

## TEMAS LIVRES

### **TL001 - A AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE LINFONODOS DISSECADOS EM CIRURGIAS ABERTA E LAPAROSCÓPICA PARA CÂNCER COLORRETAL**

ROMAGNOLO, L.G.C.; SEVA-PEREIRA, G.; OLIVEIRA FILHO, J.J.; BOLZAM-NASCIMENTO, R.; MORAES, S.P.  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Embora exista um crescimento entusiástico na cirurgia laparoscópica para câncer colorretal, ainda existem algumas preocupações quanto a adequação das ressecções oncológicas. A comparação entre laparoscopia e cirurgia aberta tem demonstrado semelhantes resultados em curto prazo. O envolvimento linfonodal tem sido muito estudado pois determina o prognóstico do paciente. Objetivos: Comparar o número de linfonodos dissecados em cirurgia aberta e laparoscópica para câncer colorretal, nos pacientes do Hospital Municipal Mario Gatti de Campinas, SP, no período de 2008 a 2010. Método: Estudo retrospectivo dos pacientes com adenocarcinoma de reto ou sigmóide do ambulatório de Câncer Colorretal submetidos a procedimento cirúrgico no período de 2008 a 2010. Foram avaliados: sexo, idade, localização do tumor, estadiamento pós-operatório e número de linfonodos dissecados. Resultados: foram submetidos a procedimento cirúrgico 73 pacientes; 27 homens e 46 mulheres. A maioria dos tumores foi localizada no reto (49). Foram operados 82,1% por via aberta e 17,8% por laparoscopia. A média de idade foi de 58,6 (22-86). O estadio IIa foi o mais freqüente. Foram dissecados em média de 9,5 linfonodos em cirurgia aberta e 10,4 nas laparoscopias. Conclusão: A cirurgia laparoscópica oferecer dissecção linfonodal adequada, quando realizada por profissionais experientes.

### **TL002 - A EFICÁCIA DA CRIOTERAPIA NO TRATAMENTO DOS CONDILOMAS ACUMINADOS PERIANAIS ISOLADOS**

NADAL, S.R.; MARIANELLI, R.; MACHADO, S.P.G.; HORTA, S.H.C.; MANZIONE, C.R.  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: avaliação dos efeitos da crioterapia nos condilomas acuminados perianais isolados. Método: usamos produto crioterápico contendo gases fluoretados voláteis nas verrugas perianais de 22 doentes HIV-positivo. O procedimento foi ambulatorial sem necessidade de sedação ou anestesia. Eram 19 homens e três mulheres, com idades entre 20 e 48 anos e média de 36 anos. Selecionamos doentes que apresentavam até quatro lesões condilomatosas. O agente provocou congelamento da lesão e após a regressão à coloração normal, foi aplicado novamente, até a terceira aplicação. Os doentes retornaram após uma semana e novas aplicações foram feitas conforme a necessidade. As queixas foram anotadas. Resultados: Durante as aplicações os doentes referiram desconforto tolerável provocado pelo congelamento, que cessou após poucos minutos. Doze doentes receberam uma sessão de tratamento, oito foram submetidos a duas sessões e dois a três sessões. As lesões desapareceram em 14 doentes (64%) e se reduziram em número e tamanho em oito (36%). No retorno, 18 (82%) doentes não relataram sintomas, quatro citaram ardor perianal, dois deles com sangramento na forma de estrias na roupa íntima nos dois primeiros dias. A inspeção da margem anal revelou úlcera rasa no local da aplicação em ambos. A contagem sérica média dos linfócitos T CD4 foi de 548/

mm<sup>3</sup> naqueles que tiveram as lesões erradicadas e de 469/mm<sup>3</sup>, quando a remissão foi parcial. A análise estatística não mostrou diferença significativa (p = 0,542). Conclusão: a crioterapia com gases fluoretados voláteis foi eficaz no tratamento dos condilomas acuminados isolados na região perianal, com poucos efeitos colaterais.

### **TL003 - A IMPORTÂNCIA DA PROPORÇÃO DE LINFONODOS METASTÁTICOS NA SOBREVIDA EM CINCO ANOS DE DOENTES COM CÂNCER DE RETO**

MARTINEZ, C.A.R.<sup>1</sup>; JACOMO, A.L.<sup>2</sup>; PEREIRA, J.A.<sup>3</sup>; AKEMATSU, F.E.<sup>4</sup>; MARGARIDO, N.F.<sup>5</sup>  
*1,3. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2,4,5. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A presença de comprometimento linfonodal é uma das principais variáveis relacionada à sobrevida em 5 anos nos portadores de câncer colorretal. Todavia, particularmente no câncer de reto, espécimes cirúrgicos com menos de 12 linfonodos analisados dificultam o estadiamento da doença e a correta seleção dos doentes que se beneficiariam do tratamento adjuvante. O estadiamento incorreto modifica a predição da sobrevida dos portadores de câncer de reto. Com o intuito de diminuir o impacto que o pequeno número de linfonodos ressecados tem no estadiamento, vem sendo proposto o emprego da relação entre o número de linfonodos ressecados e comprometidos (proporção de linfonodos metastáticos) como variável relacionada à sobrevida em doentes com câncer colorretal. Poucos estudos avaliaram a proporção de linfonodos metastáticos no câncer de reto. Objetivo: Determinar o valor prognóstico da proporção de linfonodos metastáticos na sobrevida em 5 anos de doentes com câncer de reto. Método: Foram incluídos 90 doentes (41 mulheres) portadores de câncer de reto. Foram excluídos os doentes suspeitos de pertencerem a famílias portadoras de câncer colorretal hereditário e os submetidos a tratamento radioquimioterápico neoadjuvante. As variáveis, sexo, raça, idade (<65 anos ou e" 65 anos), tipo histológico (adenocarcinoma usual ou mucoprodutor), grau de diferenciação celular, classificação de Dukes, classificação TNM, e proporção de linfonodos metastáticos foram relacionadas à sobrevida em cinco anos. O tempo médio de seguimento foi de 39,4 meses. Os doentes foram estratificados em três grupos segundo a proporção de linfonodos metastáticos: PLM-0: 0%, quando não havia linfonodos comprometidos pela neoplasia; PLM-1: quando existia comprometimento neoplásico em até 20% do número total de linfonodos ressecados; PLM-2: quando se encontrou mais de 21% dos linfonodos ressecados comprometidos pela neoplasia. O número total de linfonodos ressecados e o número total de comprometidos foram utilizados para obtenção do percentil de corte estabelecido por meio da curva ROC. As variáveis anátomo-clínicas foram analisadas por estatística descritiva. As curvas de sobrevida foram determinadas pelo teste de Kaplan-Meier e a diferença entre elas pelo teste Cox-Mantel estabelecendo-se nível de significância de 5%. Resultados: Não houve diferença significativa na sobrevida de 5 anos segundo o tipo histológico (p=0,85), grau histológico (p=0,07). Houve diferença significativa na sobrevida em 5 anos quando se considerou a classificação de Dukes (p=0,0001), TNM (p=0,0001) e PLM (p=0,0001) Doentes do grupo PLM-0 apresentaram sobrevida global em 5 anos maior que 86%, enquanto os pertencentes aos grupos PLM-1 e PLM-2 a sobrevida global foi menor que 73% e 19%,

respectivamente. Conclusão: Os resultados do presente estudo permitem concluir que a PLM encontra-se relacionada à sobrevida em 5 anos nos portadores de câncer de reto mesmo nos doentes com ressecção linfonodal inadequada.

**TL004 - A IMPORTÂNCIA DO ESTRESSE OXIDATIVO NAS MODIFICAÇÕES DO CONTEÚDO E LOCAL DE EXPRESSÃO DAS PROTEÍNAS E-CADERINA E Â-CATENINA EM MODELO DE COLITE DE EXCLUSÃO**

MARTINEZ, C.A.R.<sup>1</sup>; PEREIRA, J.A.<sup>2</sup>; SILVA, C.M.G.<sup>3</sup>; NONOSE, R.<sup>4</sup>; CADRI, C.J.<sup>5</sup>; FABRIS, F.M.<sup>6</sup>; MARGARIDO, N.F.<sup>7</sup>

1,2,3,4,5,6. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SE, BRASIL; 7. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: As junções aderentes, formadas pelas proteínas E-caderina e  $\beta$ -catenina, possuem papel fundamental na manutenção da integridade do epitélio cólico. Ruptura nesses mecanismos de defesa vem sendo responsabilizadas pela invasão bacteriana e infiltração neutrofílica em doentes com colite. Apesar do estresse oxidativo estar relacionado a etiopatogenia da colite de exclusão, ainda não se estudou a sua relação com modificações nas proteínas que compõe as junções aderentes. OBJETIVO: Verificar se o estresse oxidativo provoca modificações no conteúdo e padrão de expressão das proteínas E-caderina e  $\beta$ -catenina em modelo experimental de colite de exclusão. MÉTODOS: Sessenta ratos Wistar foram submetidos à derivação intestinal por meio de colostomia proximal no cólon esquerdo e fístula mucosa distal (grupo experimento). Os animais foram divididos em três grupos experimentais segundo o sacrifício ter sido realizado 6, 12 e 18 semanas após a cirurgia. Para cada grupo, 5 animais foram submetidos apenas a laparotomia (controle). A presença de colite foi diagnosticada por estudo histopatológico, a infiltração neutrofílica tecidual pelos níveis de mieloperoxidase e o estresse oxidativo pelo ensaio em cometa. A expressão das proteínas E-caderina e  $\beta$ -catenina foi analisada por imunistoquímica e a quantificação do conteúdo tecidual por morfometria computadorizada. O local de expressão nas glândulas cólicas foi estratificado em cruzes (+ a +++). Para análise estatística dos utilizou-se os testes t de Student, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). RESULTADOS: Constatou-se que nos segmentos sem trânsito fecal havia presença de colite que piorava com o tempo de exclusão. Os níveis teciduais de mieloperoxidase foram maiores nos segmentos sem trânsito fecal, reduzindo com o tempo de exclusão ( $p = 0,00001$ ). Os segmentos sem trânsito fecal apresentam níveis de estresse oxidativo maiores quando comparados àqueles com trânsito preservado ( $p < 0,0001$ ), aumentando com o decorrer do tempo ( $p = 0,007$ ). Os níveis de estresse oxidativo encontravam-se diretamente relacionados a piora da inflamação tecidual e inversamente relacionado aos níveis de mieloperoxidase ( $p = 0,0001$ ). O conteúdo total de E-caderina no cólon sem trânsito diminuía com o tempo de exclusão, principalmente na região apical das criptas cólicas ( $p = 0,001$ ). O conteúdo total de  $\beta$ -catenina no cólon sem trânsito reduzia após 6 semanas de exclusão não variando a partir de 12 semanas ( $p = 0,90$ ). O conteúdo apical de  $\beta$ -catenina nas criptas cólicas diminuía com o tempo de exclusão, enquanto, na região basal, aumentava ( $p = 0,001$ ). As modificações do conteúdo total de E-caderina e as modificações no local de expressão da  $\beta$ -catenina relacionavam-se ao grau de inflamação e ao estresse oxidativo. CONCLUSÃO: Existem modificações no conteúdo tecidual de E-caderina e aumento de expressão de  $\beta$ -catenina nas regiões

proliferativas das criptas cólicas, relacionadas ao estresse oxidativo tecidual.

**TL005 - A INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV, NO SEGUIMENTO DOS PORTADORES DO HPV ANAL TRATADO**

NADAL, S.R.; MARIANELLI, R.; MACHADO, S.P.G.; MANZIONE, T.S.; CALORE, E.E.; HORTA, S.H.C.; MANZIONE, C.R.

INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Determinar a presença de neoplasia intraepitelial anal (NIA) em portadores de condilomas anais macroscopicamente erradicados, comparando indivíduos soropositivos e soronegativos para a infecção pelo HIV. MÉTODO: A amostra do estudo foi constituída por 117 indivíduos divididos em 2 grupos, sendo 80 soropositivos e 37 soronegativos para o HIV. No grupo de soropositivos, 75 (94%) eram masculinos, com idade média de 40 anos (18 – 64 anos). No grupo de soronegativos, 18 (48%) eram homens, com idade média de 30 anos (18 – 53 anos). Todos foram submetidos à citologia e à colposcopia anal, 30 dias após a constatação da ausência de lesões macroscópicas. Classificamos os achados da colposcopia anal em normais ou alterados, quando na presença de lesões acetobranças compatíveis com a NIA, e conforme sua distribuição na margem ou no canal anal. Colhemos duas amostras do canal anal, com escova, para citologia. Distribuímos os de acordo com a classificação de Bethesda (ASCUS, LSIL e HSIL). Os achados foram comparados entre os grupos, fazendo correlação entre os resultados da colposcopia e os da citologia. RESULTADOS: No grupo dos soropositivos, a colposcopia anal mostrou alterações em 45 indivíduos (56%) contra 10 (27%) do grupo dos soronegativos. A análise estatística mostrou diferença significativa ( $p = 0,006$ ). Quanto à distribuição das lesões no grupo de soropositivos, em 15 pacientes (33,3%), elas acometiam apenas a margem anal, em 16 (35,5%), somente o canal anal, e os dois locais em 14 (31,1%). Entre os soronegativos, três (30%) apresentavam lesões na margem anal, em quatro (40%) no canal anal e, associadas em três (30%). A citologia anal foi normal em 21 (26%) dos soropositivos e em 15 (40,5%) dos soronegativos. As alterações da citologia ocorreram em 57 (71,5%) dos soropositivos e em 20 (64%) dos soronegativos ( $p = 0,132$ ), com uma maior ocorrência de HSIL no grupo de soropositivos (34% contra 24%), embora sem significado estatístico ( $p = 0,466$ ). O achado de LSIL ocorreu em 30 (37,5%) dos soropositivos e em 10 (27%) dos soronegativos. A descrição de ASCUS ocorreu em apenas 1 paciente (3%) do grupo de soropositivos. CONCLUSÃO: Os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que a infecção pelo HIV influenciou na presença das lesões acetobranças identificadas durante a colposcopia anal, mas não na ocorrência das alterações citopatológicas detectadas no raspado do canal anal.

**TL006 - A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE ANTES E APÓS O ESTOMA INTESTINAL**

DE PAULA, M.A.B.<sup>1</sup>; PAULA, P.R.<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP, BURUNDI.

Resumo: Objetivo: Identificar as Representações Sociais (RS) da pessoa estomizada intestinal sobre a vivência da sexualidade antes e após confecção do estoma. Métodos: Estudo exploratório, descritivo, qualitativo a luz do referencial da RS. Participaram 15 estomizados, oito homens e sete mulheres, idade média 57,9 anos, período agosto-setembro/2005. Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP 326/05). Dados obtidos por entrevistas, transcritas, submetidas à análise de conteúdo, originando Unidades Temáticas: Vivência da sexualidade antes do estoma e Ressignificando a sexualidade e sub-temas. Considerações Finais: RS sobre vivência da sexualidade antes e após estoma estão ancoradas nos significados atribuídos ao corpo, veiculadas no cotidiano e presentes no imaginário social. É influenciada por outros fatores, tais como alterações fisiológicas decorrentes do ato cirúrgico e existência de parceiro. Cuidados adotados nas práticas sexuais propiciam maior segurança e conforto nos momentos de intimidade, tornando-as mais próximas daquilo que vivenciavam antes do estoma. A auto-irrigação associada ou não ao oclisor constituiu estratégia facilitadora para melhor aceitação do estoma, e essencial para vida sexual mais prazerosa. A assistência à pessoa estomizada deve ser integral, não se limitando apenas a doença e cuidado técnico, que são importantes, mas não únicos. O trabalho interdisciplinar da equipe de saúde deve vislumbrar a pessoa em sua totalidade, buscando real encontro entre sujeitos.

**TL007 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO EM PACIENTE COM FECALOMA POR MEGACOLON CHAGÁSICO**

WESTPHALEN, A.P.<sup>1</sup>; PEREIRA, T.<sup>2</sup>; NASCIMENTO, N.S.<sup>3</sup>; MAIOLI, R.A.<sup>4</sup>; VIEIRA, P.B.<sup>5</sup>; FRANÇA, A.<sup>6</sup>; MENDONÇA, T.<sup>7</sup>; KOFHLER, L.A.F.<sup>8</sup>

*1,2,3,4,5,6,7. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 8. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A Doença de Chagas é uma enfermidade infecciosa, endêmica, causada pelo *Trypanosoma cruzi*, sendo o megacólon chagásico a sua complicação mais freqüente. A infecção ocasiona a destruição dos plexos mioentérico e submucoso, especialmente em seu componente parassimpático, ocasionando o surgimento de um obstáculo funcional à passagem das fezes. A complicação mais comum é o fecaloma, seguida de vôlvo, colite isquêmica e úlcera por estase fecal. A ulceração pode ser incipiente, diagnosticada apenas no anatomopatológico, ou causar perfuração levando o paciente a uma cirurgia de emergência. Em casos necropsiados de megacólon chagásico, úlceras (ditas de decúbito ou de estase) representam a complicação mais freqüentemente observada (74,3% dos casos de megacólon complicado, na casuística de ROCHA et al). **RELATO DE CASO:** Paciente J.M., masculino, 70 anos, pardo, católico, casado, agricultor aposentado, natural de Regente Feijó – SP, residente em Santa Tereza do Oeste – PR. Queixa de distensão abdominal progressiva, associada a parada de eliminação de gases e fezes há 30 dias. Relata constipação crônica com evacuações provocadas por laxativos a cada 15 dias, com fezes características. Há 3 dias da internação hospitalar refere dor abdominal difusa, de forte intensidade, associada a vômitos e hiporexia. Nega emagrecimento. Nega comorbidades e uso de medicação continuada. Sem cirurgias prévias. Refere inúmeros fleet enemas não efetivos nos últimos dias que antecederam a internação. Paciente ex-etilista há 20 anos e tabagista 100anos/maço. História familiar de Doença de Chagas intestinal em irmão. Ao exame admissional apresentava-se em REG, desidratado, normocorado, dispnéico, taquicárdico e hipertenso. Ausculta respiratória com roncospirais difusos e cardiovascular sem particularidades. Abdome com grande distensão e circulação colateral, hipertimpânico, tenso, doloroso a palpação difusa sem sinais de peritonite. Nos exames laboratoriais encontrou-se uma bastonetose de 24% (7179 leucócitos), com eletrólitos e creatinina normais. Imunofluorescência indireta reagente para Doença de

Chagas. RX de abdome com pneumoperitônio e grande distensão de cólon esquerdo repleto de fezes, sem ar em ampola retal. Submetido a laparotomia exploradora que evidenciou sigmóide e reto dilatados com pequena perfuração de sigmóide bloqueada pela omento. Realizado retossigmoidectomia a Hartmann. **DISCUSSÃO:** A literatura revela uma grande incidência de úlceras em pacientes com megacólon chagásico complicado, sendo que nos fecalomas, a freqüência maior de úlceras parece ligar-se, essencialmente, à pressão exercida pela massa fecal retida contra a parede intestinal dilatada, causando isquemia e necrose. Episódio de obstrução intestinal por fecaloma, tratado com cirurgia de emergência, no insucesso da conduta conservadora, alertam o cirurgião para a ressecção do sigmóide, pois a perfuração colônica que poderá ocorrer neste segmento em quadros subsequentes é uma situação cirúrgica dramática. **CONCLUSÃO:** Considerando a freqüência de úlceras em megacolon com fecaloma, é recomendável usar, nas urgências, a ressecção obrigatória do sigmóide, independente do aspecto macroscópico perioperatório encontrado. A sigmoidectomia, já na urgência, previne a ocorrência de perfurações intestinais por aprofundamento de úlceras.

**TL008 - ACHADO DE ADENOCARCINOMA EM COTO RETAL RESIDUAL APÓS PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE COLECTOMIA TOTAL POR POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

SOUSA, A.V.; KLUG, W.A.; FANG, C.B.; FERNANDES, M.S.; RODRIGUES, P.C.; FONSECA, H.P.; ZANETTI, A.V.D.; MURIANO, A.; RUGERRO, A.G.

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **RESUMO:** Relatamos o caso de um paciente portador de polipose adenomatosa familiar, submetido a colectomia total com ileoreto anastomose há 21 anos e que em sua evolução, durante os controles seriados endoscópicos do reto residual, apresentou achado de adenocarcinoma e numerosos pólipos retais, com indicação de amputação abdomino-perineal do reto. O objetivo deste relato foi de evidenciar o aparecimento de adenocarcinoma no coto retal residual e discutir as técnicas e táticas cirúrgicas frente a um paciente portador de PAF. Concluímos que a melhor opção cirúrgica é Proctocolectomia total com ileostomia definitiva, porém, esta técnica é de difícil aceitação por pacientes jovens. O tratamento deve ser individualizado a cada doente, esclarecendo os riscos e benefícios de cada uma delas.

**TL009 - ANALISE RETROSPECTIVA DOS EXAMES DE PROCTOGRAFIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SAO PAULO**

SOUSA, A.V.; RUGERRO, A.G.; FERNANDES, M.S.; FANG, C.B.; KLUG, W.A.; CANDELARIA, P.A.P.; GOMES, C.M.C.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O exame de proctografia é indicado e realizado para a investigação e diagnóstico de diversas patologias do assoalho pélvico bem como do colon reto e anus. Consiste na introdução de material contrastado pela Via retal seguido de visualização dinâmica radiológica do mecanismo colo-retal com o paciente simulando o ato da evacuação. **OBJETIVO:** Realizar um levantamento prospectivo dos exames de proctografia realizados pela disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo no período de 2009 a 2011. Analisar o perfil dos pacientes, das principais indicações para a realização do exame e os achados radiológicos encontrados. **MÉTODOS:** Exames são realizados no setor da radiologia

da Santa Casa de São Paulo, com sala própria preparada e equipada, com uma enfermeira, um técnico de Radiologia e um residente de 4 ano da disciplina de Coloproctologia. Após a realização do exame, o filme e levado e discutido na reunião da Disciplina de Coloproctologia e confecção do laudo com o chefe e todos os assistentes da disciplina. RESULTADOS: De 2009 a 2011 foram realizados 272 exames de proctografia registrados no sistema informatizado da Santa Casa. Média de aproximadamente 10 exames por mês. – ( toda quarta-feira a tarde) 92,6 % ( n =252 ) Sexo Feminino. Multiparas. Idade variou de 17 a 90 anos. Média de 49 anos. Gestações: Variou de Nuligestas a G 10. Média de 2 partos. 262 EXAMES - 96,3% Constipação e dificuldade na evacuação. Sensação de peso ou abaulamento. Necessidade de digitação anal ou vaginal. Sintomas de Defecação Obstruída. 4 exames – 1,4 %. Incontinência fecal. 4 exames – 1,4 %. Variáveis: - pesquisa de sangue oculto positivo - Investigar Megacolon - Exame de Rotina - Pré operatório de Fistulotomia. Em 49 % dos exames – NORMAIS. 32 % - RETOCELE. 7 % - CONTRACAO PARADOXAL DO PUBO-RETAL. 3 % - INTUSUSCEPCAO. 9 % - DESCENSCIO PERINEAL E OU DIFICULDADE DE ABERTURA DO CANAL ANAL. CONCLUSAO: O exame de proctografia quando bem indicado e um excelente método diagnostico em diversas patologias do assoalho pélvico E da fisiologia ano-retal. Nosso estudo evidenciou que a maioria dos pacientes submetidos a este exame em nosso serviço tiveram boa indicação, com achados radiológicos compatíveis com a suspeita clinica.

#### **TL010 - ANOPEXIA MECÂNICA COM GRAMPEADOR E KIT PPH III: CASUÍSTICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA-DF**

SOARES, F.A.<sup>1</sup>; REIS, T.R.L.<sup>2</sup>; REIS, T.R.L.<sup>3</sup>; DURAES, L.C.<sup>4</sup>; DURÃES, L.C.<sup>5</sup>; NEVES, N.T.<sup>6</sup>; ARAÚJO, N.T.N.<sup>7</sup>; SEIXAS, L.M.<sup>8</sup>; SEIXAS, L.M.<sup>9</sup>; DE CASTRO, E.V.<sup>10</sup>; DE CASTRO, E.V.<sup>11</sup>  
*1,2,3,4,5,6,7,8,9,11.HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 10.CLÍNICA DO APARELHO DIGESTIVO - PROCTOCENTRO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: A anopexia mecânica com kit PPH tem-se popularizado nos últimos 15 anos como alternativa às técnicas clássicas de hemorroidectomia por possibilitar melhor controle da dor no pós-operatório e retorno precoce ao trabalho, a despeito de seu elevado custo. Este estudo tem por objetivo apresentar os resultados de uma série de 64 casos consecutivos operados no Hospital das Forças Armadas, Brasília-DF entre janeiro de 2007 e junho de 2011. Foram operados 33 homens (51,6%) e 31 mulheres (48,4%). A média etária foi de 46,8 anos (25-79; mediana de 50 anos) tendo sido 27 procedimentos indicados por prolapso anal sintomático (43,9%) e os demais 37 (56,1%) por hematoquezia repercussão hematométrica. O prolapso foi classificado como de grau III em 37 (56,1%) pacientes e de grau IV em 27 (43,9%) pacientes. Além de se observar prolapso em todos os pacientes, 55 (83,3%) queixavam-se concomitantemente de hematoquezia. Todos os procedimentos transcorreram sem intercorrências trans-operatórias, mas 25 (37,9%) pacientes queixaram-se de tesmo no pós-operatório precoce (em todos os casos teve remissão espontânea em até 6 meses), dor leve em 14 (21,9%) e intensa em 8 (12,5%) pacientes, requerendo emprego de AINE's em 22 (24,4%) e opióides em 8 (12,5%) pacientes. Plicomas residuais foram observados em 16 (25%) pacientes, deiscência anostomótica em 2 (3,1%) pacientes (ambos apresentaram recidiva tardia), estenose em 4 (6,3%) pacientes e recidiva em 5 (7,8%). Pode-se concluir que a anopexia mecânica com PPH constitui alternativa segura e eficaz em pacientes portadores de prolapso

hemorroidário de graus III e IV, com ou sem hematoquezia associada. No entanto, não é procedimento isento de complicações.

#### **TL011 - ANOPEXIA MECÂNICA PARA PROLAPSO HEMORROIDÁRIO APÓS VIDEO-COLONOSCOPIA. RESULTADOS TARDIOS**

OLIVEIRA, L.C.C.

*CCP DRA.LUCIA DE OLIVEIRA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar os resultados tardios da anopexia mecânica com PPH03 para hemorróidas sintomáticas com prolapso mucoso realizadas imediatamente após video-colonosopia diagnóstica. Métodos: Pacientes portadores de hemorróidas mistas sintomáticas Grau III/IV com prolapso mucoso sem avaliação endoscópica prévia foram submetidos aos dois procedimentos sob raqui-anestesia e sedação venosa profunda com Propofol. Todos os pacientes foram operados em posição de litotomia. A avaliação pós-operatória foi realizada após 1 semana, 1 mês, 6 meses e 2 anos após a cirurgia. Os parâmetros avaliados foram: dor, necessidade de analgésicos venosos, sangramento, dor na primeira evacuação, dificuldade evacuatória, retorno às atividades, tempo de hospitalização. Resultados: 52 pacientes (38 sexo feminino) com idade média de 46 (24-80) anos foram submetidos a video-colonosopia seguida de anopexia mecânica com PPH03. O tempo médio cirúrgico da anopexia foi de 25 minutos. O tempo médio de hospitalização foi de 1 dia. Os achados endoscópicos não impediram a realização da cirurgia em nenhum paciente. 26 pacientes foram submetidos a polipectomias. Uma paciente apresentou sangramento na linha de sutura após 1 semana da cirurgia, necessitando revisão cirúrgica. Eliminação de coágulos até o terceiro dia foi apresentado em 9 pacientes, sem necessidade de revisão cirúrgica. Laxantes no pós-operatórios não foram necessários, porém todos os pacientes foram medicados com fibra desde o primeiro dia de pós-operatório. Analgesia venosa com derivado morfínico foi necessária em apenas 5 pacientes. A primeira evacuação foi bem tolerada em 36/52 pacientes (69%). O tempo médio de retorno às atividades profissionais foi de 5 dias. O grau médio de satisfação pelos pacientes após a cirurgia numa escala de 0-10 foi de 7 após 1 semana, 8 após 1 mês e 9 após 6 meses. O tempo médio de seguimento foi de 5 anos. Recorrência necessitando algum tipo de intervenção ocorreu em 2 casos. Conclusão: A anopexia mecânica para tratamento de hemorróidas sintomáticas com prolapso mucoso associado é uma opção segura e eficaz, podendo ser realizada imediatamente após a avaliação endoscópica do cólon.

#### **TL012 - ANÁLISE DA EXPRESSÃO DAS PROTEÍNAS DE REPARO DO DNA (HMLH1, HMSH2, HMSH6) EM CARCINOMAS COLORRETAIS ESPORÁDICOS**

LOSSO, G.M.<sup>1</sup>; TELLES, E.Q.<sup>2</sup>

*1.LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA MOLECULAR - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Devido à crescente necessidade de identificar o comportamento biológico individual dos tumores, o diagnóstico de erros de replicação do DNA no câncer colorretal esporádico tornou-se um avanço, possibilitando um prognóstico diferenciado e um tratamento específico a cada paciente. No Brasil, segundo as estimativas do INCA (2010), o câncer colorretal é o 4º. tumor maligno mais freqüente em ambos os sexos. Além disso, é a terceira neoplasia mais freqüente no mundo e a segunda maior causa de morte por câncer nos Estados Unidos e em países em desenvolvimento,

considerando-se o sexo. O presente estudo objetivou analisar as proteínas de reparo do DNA (hMLH1, hMSH2, hMSH6) e correlacioná-las com as variáveis clínico-patológicas em 51 tumores colorretais esporádicos. Métodos: Imunoistoquímica pela técnica do polímero marcado e Tissue Microarrays para uma melhor uniformidade das reações. Este projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em humanos (CEP: 1341.006/2007-01). Resultados: Nos 51 casos de câncer colorretal esporádico estudados, observou-se que 57% (sexo masculino), 60% (tipo histológico tubular), 51% (G2), 58,82% (pT3) e estágio (IIA) com média de idade de 59,4 anos. Na análise imunoistoquímica das proteínas hMLH1, hMSH2 e hMSH6 houve perda da expressão gênica em 15,69%, 11,76% e 17,65% dos tumores respectivamente. Ao correlacionar a expressão das proteínas de reparo do DNA com as características clínico-patológicas, observou-se que a perda da expressão da proteína hMLH1 estava mais frequentemente localizada no cólon distal do tipo histológico não mucinoso com estágio I - IIA. A perda da expressão da proteína hMSH2 esteve mais freqüente no sexo feminino, do tipo histológico não mucinoso, com localização no cólon distal e, estágio menos avançado. Já em relação à proteína hMSH6, observou-se que a perda expressão também esteve mais freqüente no sexo feminino do tipo histológico não mucinoso, com estágio I - IIA e localização tumoral distal. Conclusão: A perda da expressão da proteína hMSH6 foi maior do que hMLH1 e hMSH2 e apresentou-se associada frequentemente com a perda da expressão hMSH2. Houve correlação ( $p < 0,05$ ), entre ausência das proteínas de reparo hMSH2 e hMSH6 com o tipo histológico não mucinoso, estágio iniciais de CCR. Com o resultado da análise imunoistoquímica pode-se modificar o acompanhamento dos pacientes selecionados, possibilitando a aplicação de novas modalidades terapêuticas.

#### **TL013 - ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL ANTES E APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

DE ANDRADE, R.C.P.; NASCIMENTO, L.C.; DE JESUS SILVA, M.F.; SIMAS, G.L.A.; FERREIRA, M.C.; DOS SANTOS, D.N.; DA CONCEIÇÃO, D.S.; BURGOS, V.M.

COM HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A incontinência fecal (IF) é uma condição de incapacidade para manter o controle de fezes ou gases em tempo e/ou local socialmente aceitável. As alterações fisiológicas causadas por esta doença trazem repercussões físicas e psicológicas que incluem desde o afastamento do convívio social até a incapacidade de exercer a sua atividade laboral. Muitas vezes o portador desta patologia é quem tem que arcar com o ônus do custo de protetores e atendimento especializado. Atualmente o tratamento incluiu o conservador, medicamentoso e cirúrgico, tendo a Fisioterapia como terapêutica de primeira escolha para IF leve/moderada. A Qualidade de vida (QV) é uma condição determinante em saúde, assim, indivíduos com sinais e sintomas similares de IF podem apresentar diferentes níveis de QV. Objetivo: Avaliar o impacto na qualidade de vida antes e após o tratamento fisioterapêutico em pacientes com IF atendidos no serviço público de Saúde (COMHUPES/UFBA) em Salvador – BA. Material e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo baseado na revisão de prontuários de pacientes atendidos nos anos de 2008 a 2010; critérios de inclusão: prontuários dos pacientes que realizaram no mínimo 12 sessões de fisioterapia coloproctológica, sem restrição de raça, sexo ou idade; critérios de exclusão: pacientes portadores de doenças neurológicas ou neuropatias. Para avaliação da QV foi utilizado o Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL). A análise estatística foi

realizada no programa estatístico 'R versão 2.0.1'. A pesquisa teve aprovação do CEP do COMHUPES/UFBA sob protocolo n° 34/2010. Resultados: 12 prontuários atenderam o critério de inclusão do estudo. A idade média da amostra foi de 58,8 anos, 75% eram do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Na análise do questionário de QV os domínios mais referidos foram: Domínio geral, estilo de vida e constrangimento. Na avaliação geral observou-se que o impacto moderado foi o mais relatado pelos pacientes. Ao final do tratamento metade deles relatou impacto insignificante ou não haver impacto na QV. No domínio estilo de vida 41,7% dos pacientes iniciaram o tratamento relatando impacto moderado; ao final apenas 8,3% relatou tal impacto; 50% relataram não haver impacto na sua QV. No domínio constrangimento 50% dos pacientes relataram impacto de muito grave a moderado na avaliação inicial, e na avaliação final 58,4% destes relatou não haver impacto na sua QV. Conclusão: Através da avaliação da QV pode-se observar que o tratamento Fisioterapêutico para a Incontinência Fecal promoveu mudanças positivas na vida dos pacientes com o aumento na força da musculatura do assoalho pélvico, favorecendo o controle sobre suas funções evacuatórias, repercutindo na auto-estima e na melhora da sua qualidade de vida.

#### **TL014 - ANÁLISE DO POLIMORFISMO C936T DO GENE VEGF EM PORTADORES DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESPORÁDICO**

CREDIDIO, L.; NOWAKOWSKI, M.; COY, C.S.R.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O papel da angiogênese para o desenvolvimento do Câncer Colorretal (CC) ainda não é totalmente conhecido. Uma das principais glicoproteínas responsáveis pela pró-angiogênese é o VEGF – Fator de Crescimento Endotelial Vascular. Acredita-se que o polimorfismo C936T, localizado no gene VEGF, esteja correlacionado com menor suscetibilidade para o desenvolvimento do CC. Objetivo: Identificar a freqüência do polimorfismo C936T do gene VEGF em pacientes portadores de adenocarcinoma colorretal esporádico (ACE) e correlacionar a ocorrência do mesmo com as seguintes variáveis: sexo, idade, localização tumoral, acometimento de linfonodos (N) e infiltração tumoral (T). Casuística e métodos: No período compreendido entre outubro de 2008 a dezembro de 2009 foram coletadas amostras de sangue periférico de pacientes com adenocarcinoma colorretal, no ambulatório de Coloproctologia - HC UNICAMP. O grupo controle foi constituído por doadores de sangue e indivíduos com colonoscopia normal. Foram excluídos portadores de polipose familiar, síndrome de Lynch, doenças inflamatórias intestinais e com antecedente familiar de CC. A extração do DNA genômico se deu por cloreto de lítio (WOODHEAD, 1986) e por kit de extração de DNA (Fermentas life science) e o polimorfismo C936T foi avaliado de acordo com os métodos descritos por Renner et al (2000). RESULTADOS : A população de estudo constou de 261 pacientes, sendo 52,1% do sexo masculino com média de idade de 64,9 (32-97) anos e 261 controles. As análises foram pareadas sendo  $p = 0,737$ . A ocorrência do genótipo selvagem (cc) foi de 80,5%, do heterozigoto (ct) foi de 18,4% e do homozigoto (tt) de 1,1%. Com relação à localização do tumor, 46,85% encontravam-se no reto. Em relação ao grau de invasão tumoral, 0,4% foram classificados como Tis, T0 = 5,1%, T1 = 8,0%, T2 = 17,7, T3 = 37,4% e 4% como T4 ( $p = 0,1202$ ). Quanto ao acometimento de linfonodos, 3,13% foram classificados como Nx, 44,88% como N0, N1 = 19,69% e 8,27% como N2 ( $p = 0,7637$ ). Não se observou diferenças em relação ao grau de invasão tumoral, acometimento de linfonodos ou

ocorrência de metástases ( $p = 0,2996$ ) em relação à ocorrência do polimorfismo C936T. Conclusão: A presença de polimorfismo C936T do gene VEGF não esteve relacionado quanto a sexo, idade, localização da lesão, acometimento de linfonodos e infiltração tumoral.

#### **TL015 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS PACIENTES OCTOGENÁRIOS SUBMETIDOS A CIRURGIA COLORRETAL POR CÂNCER**

COSTA, B.X.M.; LAMOUNIER, P.C.C.; QUEIROZ, F.L.; DE OLIVEIRA, K.R.; RÊGO, R.S.N.D.; RABELO, F.E.F.; FRANÇA NETO, P.R.; PAIVA, R.A.

*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Analisar os resultados dos pacientes acima de 80 anos submetidos a Cirurgia colorretal por câncer pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho (HFR) de 2007 a 2010. Material e Métodos: Foram avaliados 414 pacientes submetidos a cirurgia colorretal por câncer pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho (HFR) de 2007 a 2010. Destes, 42 pacientes tinham idade superior a 80 anos (Grupo I) e tiveram seus resultados comparados com os pacientes do Grupo II (idade inferior a 80 anos). Foram analisados a idade média, o tipo de cirurgia, o índice de complicações e o tempo de internação hospitalar. Resultados: Os pacientes com mais de 80 anos (grupo I) representaram 10,1% (42 pacientes) do total. O grupo II representou 89,9% (372 pacientes). A média de idade foi de 84,5 anos no grupo I, contra 59,7 anos no grupo II. No grupo I, o sexo feminino representou 69% dos pacientes, enquanto no grupo II essa taxa foi de 49,7%. A colectomia direita foi a cirurgia mais realizada no grupo I (38%), seguida da cirurgia de Excisão Total de Mesorreto/TME (16,6%). A situação inverteu-se no grupo II, sendo a TME a cirurgia mais realizada (20%), seguida da colectomia D com 19%. As complicações pós-operatórias ocorreram em 30,95% das cirurgias realizadas nos pacientes do grupo I e em 19,62% nos pacientes do grupo II. O tempo médio de internação foi de 8,25 dias para o grupo I e 9,3 dias para o grupo II. Conclusões: A cirurgia colorretal por câncer em octogenários é perfeitamente factível, com índice de complicações aceitáveis na nossa casuística e tempo médio de internação hospitalar semelhante aos indivíduos com menos de 80 anos.

#### **TL016 - ANÁLISE ECONÔMICA COMPARATIVA ENTRE LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDAS TRIPLA NUMA SESSÃO VERSUS ÚNICA EM 3 SESSÕES**

SILVA, I.T.C.E.; MELO, É.L.; AFONSO, G.L.; CABRAL, C.R.B.; CARDOSO, S.O.; GIMENEZ, F.S.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Proceder à análise econômica comparativa entre a ligadura elástica de um mamilo hemorroidário por sessão e a em que três mamilos são ligados numa única sessão para definir se existe diferença, em termos de custos, entre as duas modalidades. Material e Métodos: Após consentimento informado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, pacientes com hemorroidas de 2º grau, que preencheram critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados sobre dados epidemiológicos, clínicos e faixa salarial e posteriormente foram alocados, por sorteio, em um de dois grupos: G1) ligadura elástica de um dos três mamilos hemorroidários principais por sessão; G2) ligadura dos três principais mamilos hemorroidários numa única sessão. Pacientes G1 foram submetidos à ligadura de um mamilo hemorroidário e à simulação de duas outras ligaduras em cada uma de três sessões de tratamento;

pacientes G2, à ligadura de três mamilos numa sessão e à simulação de três ligaduras em cada uma das duas sessões seguintes. Os custos de cada modalidade de ligadura, levantados no terceiro mês após a ligadura inicial, foram calculados levando-se em consideração: 1) material de consumo gasto em cada sessão de ligadura efetiva; 2) fração do salário dos profissionais envolvidos na realização de cada procedimento; 3) preço de medicamentos utilizados pelos pacientes; e 4) fração do salário resultante de absenteísmo ao trabalho dos pacientes de cada grupo de estudo. Significância estatística foi considerada para  $p < 0,05$  após a aplicação do teste de Mann-Whitney. Resultados: De 76 pacientes projetados, 20 completaram os três meses de acompanhamento, 11 mulheres (6 G1, 5 G2) e 9 homens (5 G1, 4 G2). Não houve diferença na idade média dos pacientes distribuídos em ambos os grupos ( $p > 0,05$ ). A média de duração de cada sessão de ligadura foi de 227 s para pacientes G1 e 191,89 s para pacientes G2 ( $p > 0,05$ ). O custo de sala de procedimentos do tratamento completo de pacientes G1 foi de R\$ 19,97, enquanto que o equivalente para pacientes G2 foi de R\$ 6,66 ( $p < 0,05$ ). As despesas de pacientes de ambos os grupos com o tratamento foi de R\$ 78,53 para G1 e R\$ 40,40 para G2 ( $p > 0,05$ ). A média de dias de absenteísmo foi de 3,45 dias para G1 e 3,56 dias para G2 ( $p > 0,05$ ). O custo ocupacional de cada uma das modalidades de ligadura foi de R\$ 188,20 para G1 e de R\$ 124,64 para G2 ( $p > 0,05$ ), enquanto que o custo operacional foi de R\$ 3,96 para G1 e de R\$ 2,97 para G2 ( $p > 0,05$ ). Conclusões: No material estudado, ligaduras de três mamilos numa sessão foram significativamente menos dispendiosas, em relação às ligaduras escalonadas, no tocante a gastos de sala. Ambas as modalidades foram estatisticamente semelhantes em relação a custos envolvidos na compra de medicamentos por parte dos pacientes, custos operacionais de execução do procedimento e custos ocupacionais relacionados a absenteísmo.

#### **TL017 - ANÁLISE MANOMÉTRICA DA FUNÇÃO ANORRETAL DE PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA GRAVE**

FORMIGA, F.B.; DA SILVA, D.C.; LIMA, R.F.C.; BALSAMO, F.; FORMIGA, G.J.S.

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

Resumo: Introdução: A manometria anorretal é um método de mensuração das pressões anais. Na constipação, por ser causa multifatorial, é instrumento adicional de grande valor diagnóstico, mas necessita ser interpretada à luz da clínica e de outros métodos complementares a fim de identificar as alterações que são de real valor terapêutico. Objetivo: Avaliar a função anorretal dos pacientes constipados graves. Método: Análise retrospectiva dos pacientes constipados crônicos graves que foram submetidos ao exame de manometria anorretal de dezembro de 2004 a junho de 2011 no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis. Foram incluídos os pacientes que preenchem os critérios de Roma III e que não melhoraram com medidas dietéticas por mais de dois anos. Foram excluídos pacientes com fissura anal crônica, doença hemorroidária grau III e IV, prolapso retal, megacólon, hipotireoidismo descompensado, diabetes descompensada e trauma raquimedular. Resultados: Foram avaliados 43 pacientes com constipação crônica grave, sendo a maioria do sexo feminino (90,7%). A média de idade foi 49 anos, com extremos de 12 e 77 anos. A pressão máxima de repouso (PMR) está diminuída em 30,2% dos pacientes e elevada em 23,3%, enquanto a pressão máxima de contração (PMC) está diminuída em 41,9%. A média do tamanho do canal anal funcional é 2,49cm. A sensibilidade retal está elevada em 74,4% da amostra, enquanto a capacidade retal apenas em 13,9%. Sinais manométricos de contração paradoxal do puborretal estão presentes em 16,3%.

Cinco pacientes (11,6%) apresentam algum grau de incontinência associada à constipação, com PMR diminuídas em três casos e PMC, em quatro casos. Apenas três pacientes apresentam estudo manométrico normal. Discussão: O estudo manométrico na avaliação da constipação crônica grave não só visa encontrar sinais de defecação obstruída como anismo, mas também avaliar como a fisiologia anorretal é alterada, podendo ser causa ou consequência do esforço evacuatório. A amostra revela alto índice de lesão da musculatura voluntária o que demonstra tendência à incontinência, além do elevado limiar de sensibilidade retal que evidencia uma ampola retal já adaptada à constipação crônica. Conclusão: Os pacientes constipados graves são em sua maioria mulheres, com algum sinal manométrico de sofrimento da função anorretal.

**TL018 - ANÁLISE MOLECULAR DA INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITE - MSI EM PACIENTES SUBMETIDOS À MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – TEM**  
LOSSO, G.M.<sup>1</sup>; MORAES, R.S.<sup>2</sup>; REASON, I.M.<sup>3</sup>

*1,3.LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA MOLECULAR - HOSPITAL DE CLÍNICAS-HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - CAD - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Com o aumento da expectativa de vida do povo brasileiro e com a progressiva industrialização e globalização, as neoplasias ganharam importância crescente no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito. O câncer colorretal tem um importante componente genético. Seu aparecimento é fruto do acúmulo de mutações genéticas em um determinado clone de células epiteliais do cólon ou reto que conferem a essa célula epitelial uma vantagem de crescimento, diferenciação e morte celular. Os microsatélites são considerados marcadores fenotípicos de prognóstico, de resposta terapêutica e de identificação de pacientes com mutação nos genes de reparo do DNA. A análise molecular através da pesquisa de instabilidade de microsatélite - MSI tem aplicação prática na clínica, uma vez que tumores ditos “mutadores” exibem características biológicas distintas; quanto à localização (proximal no colon), idade (menos avançada), aspecto histológico (maior incidência de tumores mucinosos) e melhor sobrevida em relação ao câncer colorretal estável para microsatélites. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o perfil tumoral dos pacientes submetidos à Microcirurgia Endoscópica Transanal - TEM. Métodos: Foram selecionados (n=38) espécimes, produtos da ressecção pela TEM, no período de 2003 - 2006, sendo as peças avaliadas segundo o estadiamento patológico. Após a análise patológica foram selecionadas amostras da região tumoral dos espécimes emblocados em parafina, sendo realizada a dissecação e extração do DNA pelo Kit comercial (QIAmp® DNA FFPE Tissue Handbook – Qiagen, USA). Os tumores colorretais foram testados para instabilidade de microsatélite - MSI utilizando um painel de 5 marcadores (BAT25, BAT26, D2S123, D5S346, D17S2720). A técnica utilizada para detecção dos marcadores de microsatélite foi a Reação em Cadeia da Polimerase PCR. Resultados: Nos 38 casos de tumores reto operados pela TEM, observou-se que 63% eram do sexo masculino e 47% feminino com média de idade de 58,4 anos. Em relação ao tipo tumoral, 58% eram adenomas (24% eram adenomas de baixo grau e 76% de alto grau), e 42% eram carcinomas. Em relação à profundidade de ressecção, verificou-se que mais de 80% dos casos foram até a gordura peri-retal e 20% até a muscular própria. Extraíu-se o DNA adequado para pesquisa nas 38 amostras com média 200ng/µl. O microsatélite com maior frequência de

amplificação foi o BAT26 (100%) e o menor D17S2720 (85,4%); 16 casos (42%) observou-se a instabilidade de MSI. Destes, (n=10) eram carcinomas, (n=2) eram adenomas de baixo grau e (n=4) eram adenomas de alto grau. 22 casos apresentaram-se microsatélite estáveis - MSS. Conclusão: A detecção alélica do DNA variou conforme o microsatélite testado, sendo o microsatélite mais sensível (BAT26). Os tumores retais com MSI foram mais frequentes em carcinomas, ressaltando a frequência em adenomas, sugerindo que a instabilidade pode ser considerada uma alteração precursora do câncer de reto.

**TL019 - APENDICITE AGUDA COMPLICADA TRATADA COM COLECTOMIA DIREITA E ILEOSTOMIA**

MARINHO, A.L.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.*

Resumo: Introdução: No cadastro da Associação dos Ostomizados do Estado da Paraíba (AOEP) encontramos 14 pacientes submetidos à colectomia direita mais ileostomia devido apendicite aguda complicada. Na literatura, colectomia direita tem sido descrita como o tratamento de escolha para as neoplasias do apêndice. Objetivo: Identificar quais os motivos que levaram os cirurgiões a realizar ileostomias e colectomias direitas em pacientes com apendicite aguda. Material e método: No período de 1005 a 1010 encontramos nos registros da AOEP e nos prontuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 14 pacientes submetidos à colectomia direita e ileostomia devido apendicite aguda complicada. Em estudo retrospectivo analisamos idade, sexo, tempo entre os primeiros sintomas e a primeira cirurgia, motivo da realização desta cirurgia, tempo entre a realização e o fechamento da ileostomia e complicações relacionada à realização do estoma. A técnica utilizado no fechamento do estoma foi ileotransverso anastomose látero-lateral grampeada. Resultados: Dos 14 pacientes, 12 (85.7%) eram do sexo masculino As idades variaram entre 14 a 73 anos sendo que 3 (21.4%) tinham menos de 20 anos, 4(28.6%) tinham ente 21 a 40 anos, 5 (35.7%) entre 41 a 60 anos e 2 (14.3%) acima de 60 anos. O tempo entre os primeiros sintomas e a primeira cirurgia foi de 3 a 8 dias, com maior incidência entre 4 e 6 dias. Os motivos da realização da primeira cirurgia foram: apendicite aguda gangrenosa com necrose do ceco em 8 (57.1%) pacientes, perfuração do ceco em 4 (28.6%) pacientes e plastrão tumoral em 2 (14.3%)pacientes. O tempo transcorrido entre a primeira cirurgia e o fechamento da ileostomia foi de 4 a 13 meses. As complicações da primeira cirurgia referentes ao estoma foram dermatite periestomal e prolápio de estoma. As complicações referente a segunda cirurgias foram: Infecção do local do estoma e da ferida operatória e deiscência do local do estoma Estas complicações ocorreram em 10 (71,4%) dos casos. Conclusões: Houve predomínio do sexo masculino em 85.7%. A maior incidência ocorreu na faixa etária de 41 a 60 anos que somado aos 2 pacientes com mais de 60 anos correspondeu a 50% dos casos Entre o início dos sintomas até a realização da primeira cirurgia houve uma demora que variou entre 3 a 8 dias. Estes dados corroboram com a literatura que informa sobre o baixo índice de suspeição diagnóstica de apendicite aguda os casos acima de 40 anos. O diagnóstico e tratamento tardio predispõem ao agravamento do quadro infeccioso, piorando o resultado da cirurgia e acarretando maior número de complicações.

**TL020 - APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE MONTREAL EM 82 PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NA CIDADE DE JOINVILLE – BRASIL**

JR., H.K.; ANDRADE, F.S.; FERREIRA, L.C.; DA SILVA, F.S.P.; PINHO, M.; VALLE, C.C.

UNIVILLE, JOINVILLE, SC, BRASIL.

Resumo: Introdução: Em 2005 foi criada a classificação de Montreal para pacientes com doença de Crohn. A classificação veio para substituir a de Viena, onde são considerados novos pontos que melhor entendem a doença. Na atual classificação são levados em consideração a idade, localização, comportamento e doença perianal. Objetivo: Classificar os pacientes com Doença de Crohn de acordo com a Classificação de Montreal do ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do Hospital Municipal São José e da clínica privada do autor principal na cidade de Joinville. Método: Estudo retrospectivo onde foram classificados pacientes com doença de Crohn entre os anos de 2006 e 2011, utilizando-se de avaliação clínica, colonoscópica, endoscópica e histopatológica, que eram computados a cada consulta. O paciente com diagnóstico de doença de Crohn pode ser classificado como A1, se idade menor de 17 anos, A2 se idade entre 17 e 40 anos, ou A3 se idade maior de 40 anos. Pode-se classificá-lo também com L1 se doença ileal, L2 se doença colônica, ou L3 se doença ileocolônica. O paciente ainda pode ser B1 se doença não estenosante e não perfurante, B2 se doença estenosante ou B3 se doença perfurante. Se o paciente tem algum tipo de doença perianal ele ganha a letra "p" na classificação. Resultados: Foram classificados 82 pacientes com doença de Crohn. Sendo 41,46% homens e 58,53% mulheres. Não houve pacientes com menos de 17 anos, 47,56% deles tiveram idade entre 17 e 40 anos e 52,43 tiveram mais de 40 anos de idade. A doença ileal aconteceu em 14,63% dos casos, doença colônica em 24,39%, 58,53% com doença ileocolônica e 365% com lesão em trato digestivo alto. Patologia não estenosante e não penetrante existiram em 48,78% dos pacientes, estenosante em 35,36%, penetrante em 7,31% e ambos comportamentos em 8,53%. Por fim, 41,46 pacientes tinham algum tipo de doença perianal. Conclusão: A maioria dos pacientes tem mais de 40 anos (A3), possuem doença ileocolônica (L3), tem doença do tipo não estenosante e não penetrante (B1) e não possuem doença perianal (sem "p").

#### TL021 - ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES LIGADOS À IMUNODEPRESSÃO E O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER ANAL EM PACIENTES HIV-POSITIVOS

SILVA, I.T.C.E.<sup>1</sup>; LIRA, J.A.N.<sup>2</sup>; GIMENEZ, F.S.<sup>3</sup>; PINHEIRO GUIMARÃES, A.G.D.<sup>4</sup>; FERREIRA, L.C.L.<sup>5</sup>; FERREIRA, J.R.D.<sup>6</sup>; GALVAO, R.S.<sup>7</sup>

1,2,3,4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6,7. FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Avaliar a influência de fatores imunodepressores no diagnóstico de lesões precursoras do câncer anal em pacientes HIV+. Material e Métodos: De 399 pacientes HIV+ e HIV- atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas de Jan 2007 a Dez 2008, 203 foram distribuídos em 3 grupos de estudo: HSH/HIV+ (Homens HIV-positivos que fazem sexo com homens), MHIV+ (Mulheres HIV-positivas, anorreceptivas ou não) e GR- (grupo controle). Coletaram-se amostras de tecido anal para exames histológicos, bem como para a pesquisa de DNA de HPV, CMV (citomegalovírus), EBV (Vírus do Epstein-Barr) e HSV (Vírus do Herpes Simples). Dos prontuários de pacientes HIV+ obtiveram-se a contagem de linfócitos T/CD4+ (LTCD4), a carga viral do HIV (CV) e o tempo de uso de HAART (Terapia anti-retroviral de alta

potência). A análise estatística utilizou os testes do  $\chi^2$ , G e exato de Fisher, sendo considerados significativos os valores de p  $\leq$  0,05. Resultados: A frequência de resultados histopatológicos positivos para ASIL (lesão intraepitelial escamosa anal) de alto (HSIL) ou baixo grau (LSIL) foi de 32,5% para toda a amostra estudada. Nos três grupos estudados, foi maior (49,5%) entre HSH/HIV+ (p < 0,0001). Detectou-se DNA de HPV em 61,8% dos indivíduos analisados; ASIL foi mais prevalente no grupo de pacientes HPV positivos (42,1%) do que no grupo HPV-negativo (12,7 %, p < 0,05). Dos pacientes com LTCD4  $\geq$  500 x 106/l, 50,6% foram diagnosticados com ASIL; nos que tinham LTCD4  $<$  501 x 106/l, essa mesma prevalência foi de 23,5% (p < 0,05). ASIL foi ainda mais frequente no grupo de pacientes HIV+ com carga viral do HIV (CV)  $\geq$  30.001 cópias de RNA/ml (58,33%) do que no grupo com CV inferior (36,7%, p < 0,05). O tempo de uso e os tipos de HAART não se associaram significativamente com ASIL (p > 0,05), embora esta tenha sido mais frequente em indivíduos com o uso de HAART  $\geq$  7 anos (50%) e em indivíduos em uso de AZT + 3TC (Zidovudina e Lamivudina) e EFV (Efavirenz). ASIL foi encontrada em alguns casos de infecção anal por CMV (23,5%), EBV (42,9%) e HSV (61,9%). Todavia, apenas a presença de HSV relacionou-se estatisticamente com ASIL (p < 0,05). Conclusões: Nos pacientes estudados, o diagnóstico de ASIL esteve significativamente associado à condição de portador do HIV, mormente HSH, bem como à contagem de linfócitos T/CD4+  $\geq$  500 x 106/l e à CV  $\geq$  30.001. Positividade para HPV, de alto ou baixo risco, contribuiu fortemente para a associação com ASIL e o HSV foi um importante cofator. Por outro lado, não houve significância estatística entre o tempo de uso e os tipos de HAART com ASIL.

#### TL022 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MEGACÓLON CHAGÁSICO E CÂNCER COLORRETAL: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE SÉRIE DE 14 CASOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

BARROS, M.M.L.; MOREIRA JÚNIOR, H.; ALMEIDA, A.C.; CARNEIRO, S.S.; MOREIRA, J.P.T.; LEITE, P.C.A.; MELO, A.P.S.A.; ISAAC, R.R.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O megacólon chagásico parece estar associado a uma menor incidência de CA colorretal, contrariamente ao megaesôfago. Opondo-se à teoria de que a coproestase prolonga o contato de carcinógenos com a mucosa colônica, consequentemente determinando um maior risco de surgimento do câncer, não há relatos de maior incidência de neoplasia colorretal em regiões endêmicas para o megacólon chagásico. OBJETIVOS: Avaliar a associação entre colopatia chagásica e o desenvolvimento de câncer colorretal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão da literatura e estudo de prontuários dos pacientes com sorologia positiva para doença de Chagas que desenvolveram câncer colorretal operados pelo serviço de coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFG. RESULTADOS: Identificados 14 casos, com média de idade de 58,6 anos ("= 22-75) sem diferença entre gêneros. Eram 9 pacientes do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A localização do tumor foi: 35,7% no sigmoide, 28,6% no reto, 21,4% no transversal, 7,1% no cólon direito e 7,1% no ângulo esplênico. Quanto à classificação TNM, 42,9% pertenciam ao estágio II, seguido do estágio III (28,9%), estágio I (14,3%) e estágio IV (7,1%). Todos os pacientes tiveram estudo histológico da peça cirúrgica, não sendo encontradas alterações compatíveis com colopatia chagásica em 7, comprovada a desnervação com grau > 55% (de acordo com os dados de Koberle) em 2, e nos 5 demais encontradas alterações compatíveis com colopatia chagásica, tais



como hipertrofia muscular e miosite, porém sem alterações nos plexos mioentéricos. Apenas 2 pacientes apresentaram o tumor no segmento dilatado, porém todos com análise histopatológica negativa para colopatia chagásica, atribuindo-se a dilatação a efeitos mecânicos do processo neoplásico obstrutivo crônico, principalmente a montante do tumor. Considerando como diagnóstico definitivo de colopatia chagásica a ausência do reflexo inibitório retoanal (RIRA) ou desnervação e miosite observados no estudo histológico, confirmamos a associação entre colopatia chagásica e câncer colorretal em 7 casos (0,51% dos 1366 chagásicos operados), número superestimado, uma vez que a incidência de colopatia chagásica não se restringe aos casos operados, mas também aos tratados clinicamente. Do total, 5 pacientes realizaram eletromanometria anorretal, com pesquisa do RIRA, ausente em apenas 1 e cuja análise histopatológica mostrou apenas hipertrofia muscular. Dos outros 4, 2 não tiveram alteração histológica compatível com doença de Chagas e 2 tiveram miosite, hipertrofia muscular e hiperplasia neuronal. **CONCLUSÃO:** O estudo reforça a associação negativa entre megacólon chagásico e câncer colorretal. São necessários estudos sobre o real papel da constipação no desenvolvimento do câncer colorretal, além de fatores humorais, bioquímicos (pH) e neurais na carcinogênese na vigência do megacólon chagásico.

#### **TL023 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL SEXUAL DE MULHERES ADULTAS E OS ACHADOS DE MANOMETRIA ANORRETAL**

FERNANDES, S.F.F.<sup>1</sup>; SOUSA, J.B.<sup>2</sup>; GONÇALVES, M.L.C.<sup>3</sup>; OLIVEIRA, P.G.<sup>4</sup>; ALMEIDA, R.M.<sup>5</sup>; SILVA, S.M.E.<sup>6</sup>; PINTO, V.C.<sup>7</sup>  
*1,2.UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3,4,5.HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 6,7.UNIPROCTO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: o conhecimento sobre a função sexual dos pacientes é importante para a identificação de disfunções. Verifica-se que as disfunções sexuais, de modo geral, são mais prevalentes nas mulheres, e que 49% delas apresentam pelo menos uma disfunção. As alterações do tônus dos músculos que compõem o assoalho pélvico podem ser uma das causas. **Objetivo:** apresentar o perfil da função sexual de mulheres adultas submetidas à manometria anorretal. **Métodos:** Foram incluídas no estudo 27 mulheres submetidas à manometria anorretal por indicação médica prévia. Foram excluídas mulheres pós-menopausa, com endometriose, doenças degenerativas, megacólon, ooforectomia, histerectomia, câncer de órgãos pélvicos, quimioterapia ou radioterapia pélvica. Após o exame as pacientes responderam o questionário FSFI (Female Sexual Function Index), um dos métodos utilizados para avaliar a função e a resposta sexual. Este questionário permite uma abordagem clara e específica para domínios da função sexual e mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. **Resultados:** a amostra foi composta por 85% das mulheres com faixa etária de 31 a 50 anos, sendo 88% com escolaridade de 11 anos ou mais, 48% casadas e sem filhos e 77% sem histórico de partos normais e episiotomias. Fissura anal (40%) e constipação intestinal (29%) foram às indicações mais prevalentes para a realização do exame. Ao exame manométrico 44% das pacientes apresentaram hipertonia do esfíncter anal e 11% contração paradoxal do puborretal. Embora a maioria das mulheres entrevistadas (74%) relatou desejo sexual de moderado a alto, com excitação de moderada a alta, com pouca ou nenhuma dificuldade na lubrificação e satisfeitas emocionalmente com o parceiro e com a vida sexual, 54% das mulheres referiram alguma dor ou desconforto durante ou após a relação sexual. **Conclusão:** foram encontrados índices satisfatórios nos quesitos desejo, excitação, lubrificação,

orgasmo e satisfação, no entanto dor e desconforto foi um sintoma referido pela maioria das mulheres avaliadas, sugerindo que disfunções musculoesqueléticas, especialmente a hiperatividade dos músculos do assoalho pélvico ou o não relaxamento deles, podem ser a causa de disfunções sexuais como a dispareunia.

#### **TL024 - AVALIAÇÃO DE 132 PACIENTES COM FISSURA ANAL COM MANOMETRIA ANORRETAL**

SOUSA, A.V.<sup>1</sup>; SOUSA, C.V.A.<sup>2</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>3</sup>; ORTIZ, J.<sup>4</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>5</sup>; CANDELARIA, P.A.P.<sup>6</sup>; SOUSA, A.H.<sup>7</sup>

*1,3,4,5,6,7.SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

**Resumo:** **Objetivo:** A fissura anal é caracterizada por uma lesão tipo ulcera isquêmica, que normalmente se localiza na região posterior do canal anal, mais freqüente as 6 horas. Caracteriza-se por intensa dor ao evacuar, sangramento anal e muitas vezes causa de aumento do esforço para evacuar. **Material e Metodo:** Estudamos retrospectivamente 132 pacientes com quadro de fissura anal por meio de manometria anorretal, onde foram analisados as pressões basais máximas e pressões de contrações máximas comparando-as com um grupo controle sem anormalidades. Foram obtidos uma amostra de 70 pacientes do sexo masculino e 62 do sexo feminino. **Resultados:** Das análises realizadas, pudemos observar que 120 dos 132 pacientes apresentavam hipertonia do músculo esfíncter anal interno, entre 20 pacientes notou-se pressão basal máxima normais e em 2 pacientes notava-se hipotonia do músculo esfíncter anal interno. As pressões de evacuações nestes pacientes eram normais. **Conclusão:** Com estes resultados e frente ao acompanhamento ambulatorial destes paciente, concluímos que na maioria deles o grande responsável para a entidade seria a hipertonia do músculo anal interno, e que a manometria ano retal deveria ser sempre realizada na investigação de pacientes com este quadro.

#### **TL025 - AVALIAÇÃO CINEDEFECOGRÁFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DO DIAFRAGMA PÉLVICO DE PACIENTES PORTADORES DE COLOPATIA CHAGÁSICA SUBMETIDOS À CIRURGIA DE DUHAMEL**

MOREIRA JÚNIOR, H.<sup>1</sup>; LIMA, T.C.<sup>2</sup>; MOREIRA, J.P.T.<sup>3</sup>; BRASIL, A.M.S.<sup>4</sup>; ALMEIDA, A.C.<sup>5</sup>; ISAAC, R.R.<sup>6</sup>; KLUG, W.A.<sup>7</sup>; MOREIRA, H.<sup>8</sup>; PRIETO, F.G.<sup>9</sup>

*1,2,3,4,5,6,8,9.UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 7.FCMSCSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** A cirurgia de Duhamel é uma das técnicas mais difundidas para o tratamento do megacólon chagásico. O objetivo deste estudo é avaliar as alterações anatômicas e fisiológicas do diafragma pélvico de pacientes portadores de colopatia chagásica, e as mudanças ocorridas após serem submetidos à cirurgia de Duhamel, utilizando-se como instrumentos de avaliação o exame de cine-defecografia (CD). Foram estudados 20 pacientes, sendo 16 mulheres, com média de idade de 53,2 anos. A CD constatou, durante o esforço evacuatório no pré-operatório, um tempo prolongado de abertura do canal anal apesar do relaxamento adequado do puborretal, em 95% dos pacientes. Oitenta e cinco por cento dos pacientes, no pré-operatório, apresentaram sensação de evacuação incompleta a despeito de grande esforço evacuatório. O esvaziamento da ampola retal, observado durante a cine-defecografia pós-operatória, se processou mais rapidamente e com menor esforço quando comparado com os achados pré-operatórios. As médias do descenso perineal estático e dinâmico, no pós-operatório, diminuíram quando comparadas com os valores

observados no pré-operatório, entretanto, sem diferença estatisticamente significativa. Apenas 25 por cento dos pacientes, no pós-operatório, apresentaram sensação de evacuação incompleta do conteúdo retal, sendo um deles portador de retocele significativa. Observamos uma mudança significativa do ângulo anorretal no pós-operatório, com abertura do ângulo anorretal, tanto durante o repouso como durante o esforço evacuatório. Concluímos que as alterações anatômicas e funcionais do diafragma pélvico, observadas por meio da cinedefecografia são significativas após a cirurgia de Duhamel e que estas corroboram para a melhoria clínica dos pacientes.

#### **TL026 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA ANAL QUANTO A INDICADORES OBJETIVOS**

LIMA, T.S.<sup>1</sup>; SANTOS, V.L.<sup>2</sup>

1.HUCFF/UFRJ, RJ, RJ, BRASIL; 2.EEUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A Incontinência Anal (IA) constitui uma das mais devastadoras condições que o ser humano pode viver e por ser uma situação constrangedora, gera preocupação e insegurança, causando limitações na vida laborativa, social e afetiva. Apesar da IA não causar risco à saúde, inúmeros estudos discorrem acerca do impacto negativo sobre a qualidade de vida, por ocasionar o isolamento social, preocupação, diminuição da auto-estima além de situações vexatórias em público. (Feldner Júnior et al 2003; Miner Jr., 2004; Nakanishi et al, 1999; Yusuf et al, 2004). Este estudo foi realizado no Setor de Métodos Especiais da Proctologia do HUCFF/UFRJ no período de 2008 a 2010 após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da mesma instituição. Os objetivos foram avaliar e comparar a eficácia do *Biofeedback* por orientação digital e Manométrico em pacientes com o diagnóstico de Incontinência Anal (IA), por meio de indicadores objetivos como as pressões de repouso e contração, antes e após o tratamento proposto. A amostra foi constituída por 38 pacientes distribuídos em dois grupos. A média da pressão de repouso foi de 33,24 mmHg e 38,90 mmHg no pré e pós-tratamento, não sendo estatisticamente significativa ( $p=0,17$ ), enquanto que a pressão de contração foi 73,86 mmHg e 111,89 mmHg no pré e pós-tratamento respectivamente ( $p=0,0005$ ), estatisticamente significativa. Quanto a comparação dos dois grupos de *Biofeedback*, ambos foram estatisticamente significativos quando da avaliação dos indicadores objetivos. Este estudo permitiu concluir que os métodos de *Biofeedback* digital e manométrico são igualmente eficazes, abordagens minimamente invasivas, sem efeitos colaterais, com custo acessível e efetiva opção terapêutica no tratamento de pacientes com IA.

#### **TL027 - AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS.**

RABELO, F.E.F.; COSTA, B.X.M.; QUEIROZ, FL.; RÊGO, R.S.N.D.; CÔRTEZ, M.G.W.; LAMOUNIER, P.C.C.; LACERDA FILHO, A.; JÚNIOR, A.J.M.

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.  
Resumo: INTRODUÇÃO: A avaliação da qualidade dos resultados obtidos em cirurgia é uma etapa fundamental para o seu desenvolvimento. Ela fornece subsídios para mudanças direcionadas cujo efeito final é o ganho na qualidade do atendimento, com redução mortalidade. Os parâmetros adotados para avaliação da qualidade no Serviço Coloproctologia do Hospital

Felício Rocho até 2010, foram o índice de fístulas, taxas de infecção e de mortalidade. Esses parâmetros, no entanto, permitiam uma avaliação posterior à cirurgia e não ajudavam na previsão de risco para um determinado procedimento específico. Para permitir a avaliação do risco em procedimentos a serem realizados, bem como permitir uma padronização dos resultados, o serviço adotou a utilização do indicador POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity) – um score usado como preditor objetivo de morbimortalidade pós-operatória. Tem sido possível, assim, comparar o Serviço em âmbitos nacional e internacional, avaliando mais adequadamente a qualidade do cuidado aqui prestado. MÉTODOS: Foram analisados os prontuários dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por câncer colorretal no Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho quanto às variáveis de infecção de sítio cirúrgico, fístula anastomótica e óbito nos anos de 2009 e 2010. Em 2011, os pacientes operados por câncer, tiveram também suas taxas de morbidade e mortalidade previstas através do POSSUM e comparadas com a as intercorrências reais ocorridas em seus pós-operatórios. RESULTADOS: Nos 252 pacientes submetidos a colectomia por câncer colorretal no período de 2009 a 2010, obtivemos infecção de sítio cirúrgico em 9,52%, fístula anastomótica em 2,3% e 1,9% de óbitos relacionados ao ato operatório. Dos dados de 2011, quando o POSSUM já estava sendo aplicado, obtivemos 14% de fístula anastomótica, tendo um desses casos evoluído ao óbito (3,7% do total). Infecção de ferida e o íleo funcional estiveram presentes em 7,4% dos pacientes. A previsão média de complicações pelo POSSUM foi de 25,3% e a mediana foi de 23,15%. A taxa média observada foi de 13,9%. A mortalidade média prevista pelo POSSUM foi de 6,2 e a mediana de 4,44%; já pelo PPOSSUM foi de 1,7 a média e de 0,85% a mediana. A taxa observada foi de 4,8%. Quando analisamos por faixa esperada de complicações podemos observar que houve um óbito não esperado na faixa de risco de 5 a 10 % no POSSUM e 1 na faixa de acima de 10% na avaliação do PPOSSUM. CONCLUSÃO: A avaliação da qualidade pode ser feita utilizando-se parâmetros como frequência de fístula, infecção de ferida operatória ou por metodologia padronizada que possibilite uma análise mais detalhada de diversos fatores envolvidos no risco de complicações. O POSSUM e o PPOSSUM predizem as taxas de morbidade e mortalidade e são, em última instância, métodos de auditoria que permitem a análise comparativa com outros serviços especializados.

#### **TL028 - AVALIAÇÃO DA PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA E DA ALTURA DAS CRIPTAS CÓLICAS EXCLUSAS DE TRÂNSITO APÓS APLICAÇÃO DE CLISTERES CONTENDO PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**

MARQUES, L.H.S.; LAMEIRO, T.M.D.M.; ALMEIDA, M.G.; CUNHA, F.L.; SILVA, C.M.G.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; ARRUDA, M.G.  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A colite de exclusão é uma doença inflamatória que ocorre na mucosa cólica de segmentos sem trânsito fecal. A irrigação do intestino grosso com peróxido de hidrogênio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) tornou-se um dos primeiros modelos experimentais de colite quimicamente induzida por suas características serem semelhantes à ocorrida no homem. A aplicação de clisteres contendo H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> determina o aparecimento de quadros graves de colite. É possível que

a colite induzida por H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> possa ocorrer pela quebra da barreira funcional do epitélio cólico por estresse oxidativo, apesar dos mecanismos moleculares pelos quais o H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ocasiona a lesão da mucosa intestinal ainda não estarem totalmente esclarecidos. OBJETIVO: Avaliar os níveis de peroxidação lipídica e a altura das criptas cólicas em células da mucosa cólica após instilação de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> no reto excluído de trânsito fecal. MÉTODOS: Trinta e seis ratos Wistar machos foram divididos em dois grupos com 13 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após a operação. Nove animais de cada grupo foram submetidos a irrigação com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (experimento) e quatro a irrigação com solução fisiológica (controle). O diagnóstico de colite foi firmado pelo estudo histopatológico e os níveis de peroxidação lipídica por quantificação tecidual dos níveis de malondialdeído (MDA). A altura das criptas da mucosa cólica foi mensurada por morfometria computadorizada. Os resultados encontrados foram analisados pelos testes t de Student e Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% (p<0,05). RESULTADOS: O estudo histopatológico permitiu o diagnóstico de colite nos segmentos sem trânsito independente do tempo de irrigação com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Verificou-se que após duas e quatro semanas de irrigação houve redução da altura das criptas no cólon irrigado com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Não houve variação da altura das criptas cólicas no cólon irrigado com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ao longo do tempo de exclusão. Houve aumento dos níveis de MDA no cólon provido e desprovido de trânsito após duas semanas de intervenção. Os níveis de MDA não variaram no decorrer do tempo de intervenção. CONCLUSÃO: A aplicação de clisteres com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> reduz a altura das criptas cólicas no cólon sem trânsito intestinal, apesar de não modificar os níveis de peroxidação lipídica tecidual.

#### **TL029 - AVALIAÇÃO DAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS PARA RASTREAMENTO NO HOSPITAL SÃO RAFAEL**

CARDOSO, A.F.; VIDAL, T.Q.C.E.S.; ARAUJO, N.A.L.; AGUIAR, M.S.; LEITE, L.M.C.; MARTINS, M.C.B.; BATISTA, M.C.S.; MANO, A.L.; SOUZA, E.L.Q.; AZARO FILHO, E.M.  
*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O CCR é a segunda causa de mortalidade por câncer, sendo os pólipos sua etiologia em 80%. A Colonoscopia reduz 60% do CCR-associado a mortes quando o rastreamento é feito aos 50 anos em pacientes assintomáticos. Objetivo: Avaliar os resultados das colonoscopias realizadas por rastreamento no setor de endoscopia do HSR considerando a morfologia e a histologia dos pólipos. Métodos: Análise retrospectiva dos laudos colonoscópicos e histopatológicos no período de agosto de 2010 a abril 2011 nos pacientes assintomáticos submetidos a colonoscopia para rastreamento. Resultados: 207 pacientes em sua maioria do sexo feminino, 52,6% (109) da amostra, realizaram colonoscopia para rastreamento, com uma média de idade de 52,5 anos, com um achado de 187 pólipos e 129 colonoscopias sem pólipos. Os pólipos localizavam-se mais frequentemente no reto 40,5% (75), no sigmóide 27,5 % (51) e no cólon descendente 8,1% (15) com predominância da morfologia séssil em 54,8 % (102) dos casos. Os pólipos em sua maioria eram hiperplásicos 37,1% (69) e entre os pré malignos e malignos; 13,2% (24) eram adenomas tubulares, 1,0% (2) adenoma túbulo-viloso, 0,5% (1) adenoma viloso, 1,0 % (2,0) adenocarcinoma, 0,5% (1) carcinóide. Os pólipos maiores que 10 mm 9,6% (18) em sua maioria tinham uma predominância maligna. Conclusão: Colonoscopia é um método de rastreamento efetivo para prevenção do Câncer colorretal em adultos assintomáticos por detectar e remover lesões pré- malignas e malignas.

#### **TL030 - AVALIAÇÃO DE CÉLULAS TRONCO TUMORAIS CD24 E CD44 COMO MARCADORES DO PROGNÓSTICO DO CÂNCER COLORRETAL**

BONARDI, R.A.; SARTOR, M.C.; BALDIN JUNIOR, A.; PERINE, G.H.; FERREIRA, M.G.L.A.; ALVES, B.R.B.L.

*HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO/OBJETIVOS: O modelo tradicional da carcinogênese colônica, incluindo vários passos através de ativação de oncogenes e inativação de genes supressores foi repensada, pois o epitélio intestinal se renova rapidamente, não possuindo tempo suficiente para acumular as mutações necessárias. Extrapolando-se o conceito de células tronco tumorais (CTT) das neoplasias hematopoiéticas para tumores sólidos, essas foram recentemente analisadas e comprovadas através de diversos marcadores. O objetivo do nosso estudo é demonstrá-las e compará-las com grau de extensão, metástase linfonodal e idade nos pacientes com câncer colorretal. MATERIAL e MÉTODO: Foram selecionados 69 casos de cânceres colônicos invasivos submetidos à colectomia, e, através "tissue microarray", realizado estudo imunohistoquímico com os marcadores CD44v6 e CD24. RESULTADOS/CONCLUSÃO: Foram analisados 69 casos, variando de 18 a 90 anos (média 59 anos), dentre os quais 46 (66,66%) tinham > 55 anos. O sexo feminino prevaleceu com 52,17%. Avaliando a extensão tumoral, 12 (17,40%) eram pT2, 42 (60,86%) pT3 e 15 (21,73%) pT4 e 27 (39,12%) acometiam linfonodos. Os marcadores CD24 e CD44v6 foram positivos respectivamente em 52 (75,36%) e 46 (66,66%) dos casos, duplamente positivos em 39 (56,52%) e duplamente negativos em 10 (14,49%). Comparando-se os dados coletados quanto à positividade para 1 ou ambos marcadores obtivemos: pT2=66,66%, pT3=92,85%, pT4=80%, acometimento linfonodal=85,18% e idade >55 anos=82,6%. Quanto ao gênero, foram positivos 84,84% e 100% para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Considerando agressividade tumoral elevada, ou seja, maior extensão, invasão linfonodal e a idade avançada, nota-se maior positividade para marcadores de CTTs.

#### **TL031 - AVALIAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SINAIS, SINTOMAS E ANTECEDENTES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL**

SOUSA, W.A.T.; MONTE, L.N.C.; MOURA FÉ, L.C.

*FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA, PI, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é uma afecção caracterizada pela presença de tumores localizados em cólon ou reto e configura-se como importante causa de morbi-mortalidade no mundo. O exame padrão ouro na detecção do câncer de colorretal é a colonoscopia, entretanto demanda alto custo e demora na realização do exame no sistema de saúde público do Brasil, além dos próprios riscos advindos do exame. Assim, há necessidade de métodos de triagem eficazes, visando um melhor custo benefício na diminuição da mortalidade, pela detecção precoce das lesões precursoras (pólipos) do CCR. Objetivo: Avaliar a efetividade de um questionário de sinais, sintomas e antecedentes em predizer o CCR, atuando como um meio de triagem para lesões precursoras dessa neoplasia. Metodologia: Estudo no qual a amostra consistiu em 40 pacientes, aleatórios, aos quais foi aplicado um questionário sobre sinais, sintomas e antecedentes de lesões precursoras de câncer colorretal (QSSA) momentos antes da realização de exame colonoscópico previamente agendado, no intuito de compor dois grupos: um formado pelos 20 primeiros indivíduos entrevistados que apresentassem o QSSA positivo, e outro pelos 20 primeiros sujeitos com QSSA negativo.

Foi definida como colonoscopia positiva aquela com achado de neoplasia ou lesões precursoras do câncer colorretal. O resultado foi submetido a estatística descritiva e inferencial através do Teste Exato de Fischer e calculada a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e acurácia do questionário. Resultado: Observou-se dos pacientes incluídos na pesquisa, foram 17 do sexo masculino e 23 do feminino. A média global de idade foi  $60 \pm 2$  anos. Das colonoscopias, obteve-se 14 achados positivos e 26 achados negativos. No grupo I, observou-se nove colonoscopias positivas e 11 negativas. Enquanto no grupo II, observou-se cinco colonoscopias positivas e 15 negativas ( $p=0,20$ ). A sensibilidade do questionário foi de 64,2%, especificidade de 57,7%, VPP de 45 %, VPN de 75% e acurácia de 60%. Conclusão: A utilização de um questionário de sinais, sintomas e antecedentes usado isoladamente não mostrou eficácia no rastreamento de lesões neoplásicas.

### TL032 - AVALIAÇÃO DO ACHADO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS ELETIVAS

FERNANDES, L.S.; MANZIONE, C.R.; VILARINO, T.C.; DREHMER, M.; BARAVIERA, A.C.; BRAGA, T.A.; FALLEIROS, V.; SOUZA, P.

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Avaliar os aspectos histopatológicos dos pólipos ressecados durante exames colonoscópicos eletivos. MATERIAL E METODOS: Análise retrospectiva dos dados obtidos de 549 colonoscopias realizadas entre 2008 e 2010. Eram 350 (63,8%) mulheres e 199 (36,2%) homens, com idades entre 29 a 95 anos e média de 61,9 anos. Foram encontrados pólipos em 213 (38,8%) exames. Avaliado o local de apresentação, o achado histopatológico e a relação com a história familiar de câncer colorretal. RESULTADOS: Quanto ao local, 42 (37,8%) dos pólipos encontravam-se nos cólons ascendente e transversos, 11 (9,9%) no descendente, 58 (52,2%) no retossigmoide. A história familiar de câncer colorretal foi referida por 20 (9%) doentes. Nesse grupo, a localização dos pólipos foi principalmente no hemicólon direito (62%), seguida pelos do retossigmoide com 35%. A análise estatística mostrou diferença significativa. ( $p = 0,05$ ). Quanto à histopatologia, observamos pólipos hiperplásicos em 51% e adenomatosos em 41%, sendo tubulares em 29%, tubulo-vilosos em 11% e vilosos em 1%. As atípicas de alto grau foram encontradas em 6% dos adenomas, principalmente naqueles com componente viloso. Os adenomas com atipia de alto grau se localizavam em reto e sigmóide, metade em cada um desses segmentos. Os pólipos eram múltiplos em 54 (25,3%) e associados em 9 (4,2%) dos exames – 1 tubular/tubulo-viloso; 1 tubulo-viloso/hiperplásico; 5 tubular/hiperplásico; 1 inflamatório/tubular e 1 serrilhado/hiperplásico. A avaliação estatística não mostrou diferença significativa ( $p > 0,05$ ) quanto comparamos os achados histopatológicos e o segmento colônico acometido. CONCLUSÕES: Os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que os pólipos mais comuns foram os hiperplásicos e a localização mais frequente foi o retossigmoide, exceto nos doentes com história familiar de câncer colorretal, em que o sítio preferencial foi o cólon direito.

### TL033 - AVALIAÇÃO DO ESTÁDIO PÓS-OPERATÓRIO DOS CARCINOMAS COLORRETAIS CONFORME A FAIXA ETÁRIA ACIMA OU ABAIXO DE 50 ANOS

DREHMER, M.<sup>1</sup>; FERNANDES, L.S.<sup>2</sup>; MANZIONE, C.R.<sup>3</sup>; VOLPATO, M.G.<sup>4</sup>; ALMEIDA, M.G.<sup>5</sup>; BARAVIERA, A.C.<sup>6</sup>; FALLEIROS, V.<sup>7</sup>; VILARINO, T.C.<sup>8</sup>

1,3,5,6,7,8.HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,4.HSMP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Objetivo: Avaliar o estágio pós-operatório dos carcinomas colorretais de acordo com a faixa etária dos pacientes, abaixo e acima de 50 anos. Materiais e métodos: estudo retrospectivo de 113 pacientes submetidos à ressecção colorretal por câncer, no período de 2007 a 2010. Excluímos deste estudo os doentes com prontuários incompletos e aqueles que perderam o seguimento ambulatorial. Eram 66 (58,4%) mulheres e 47 (41,6%) homens, com idades entre 35 e 83 anos, e média de 62 anos. Resultados: Os locais mais acometidos foram o reto com 47 (42,2%), seguido pelo sigmóide com 37 (32,5%) e pelo cólon direito com 22 (19,2%). O exame anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou que o estágio T3 foi o mais prevalente em 63 (55,6%) dos tumores, seguido do T2 em 23 (20,0%), T4 em 21 (18,9%), T1 em 5 (4,4%) e Tis em um outro(0,8%). Foram encontrados em média 15,51 linfonodos ressecados, sendo que 69 (61,5%) não tinham linfonodos acometidos (N0), 29 (25,6%) tinham de 1 a 3 (N1) e 15 (12,8%) tinham 4 ou mais (N2). Observamos menos de 12 linfonodos em 26 (23%) peças cirúrgicas. Os pacientes foram seguidos por um tempo médio de 27,83 semanas, ocorrendo 25 óbitos durante este período. Extratificando os pacientes de acordo com a idade encontramos distribuição semelhante nos locais de acometimento entre os pacientes com menos e mais de 50 anos. Quanto ao estágio pós-operatório, os mais jovens apresentaram maior número de tumores localmente avançados T3 e T4, que tumores T1 e T2, 13 (80%) e três (20%), respectivamente. Os pacientes da faixa etária mais avançada também tiveram maior número de tumores T3 e T4, porém em menor proporção que o outro grupo, 71 (73 %) T3 e T4 e 25 (27%) T1 e T2, entretanto, sem diferença estatística ( $p = 0,755$ ). Em relação aos linfonodos acometidos tivemos uma maior proporção de pacientes livres de neoplasia (N0) no grupo abaixo de 50 anos, 11 (73%) de N0 e 4 (27%) de N1, sendo que nenhum apresentava mais de 3 linfonodos acometidos. Enquanto que o grupo a partir dos 50 anos tinha 58 (60%) pacientes N0, 25 (25%) N1 e 15 (15%) N2. Diferenças, também, sem comprovação estatística ( $p = 0,255$ ). Conclusão: Os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que não houve diferença quanto ao estágio do carcinoma colorretal, quando comparamos doentes com idades abaixo e acima de 50 anos.

### TL034 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO USO DE CLISTERES CONTENDO N-ACETILCISTEÍNA NOS NÍVEIS DE LIPOPEROXIDAÇÃO E INFILTRAÇÃO NEUTROFÍLICA EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

ALMEIDA, M.G.; FONTE, F.P.; CUNHA, F.L.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; OLIVEIRA, D.L.C.; FERREIRA, B.C.; MARQUES, L.H.S.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: A colite de exclusão (CE) é inflamação da mucosa cólica sem trânsito. Decorre da deficiência de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) às células do cólon excluído. A deficiência dos AGCC aumenta a produção de radicais livres de oxigênio (RLO), moléculas relacionadas a CE. Apesar da n-acetilcisteína (NAC) ser antioxidante,

seus efeitos nos níveis de RLO e infiltração neutrofilica não foi avaliada na CE. OBJETIVO: Avaliar os efeitos da NAC na lipoperoxidação e infiltração neutrofilica na CE. MÉTODOS: Trinta e dois ratos foram divididos em dois grupos segundo sacrifício em duas ou quatro semanas. Todos foram submetidos à colostomia á Miculickz. Cada grupo foi dividido em dois segundo aplicação ou não de solução de NAC (100mg/kg). Diagnosticou-se a CE por histologia, peroxidação lipídica pela quantificação de malondialdeído (MDA) e infiltração neutrofilica pelos níveis de mieloperoxidase (MPO). Os resultados foram analisados pelos testes t de Student, Kruskal-Wallis, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). RESULTADOS: O estudo histopatológico do cólon mostrou presença de maior infiltrado inflamatório nos animais submetidos à irrigação com NAC relacionado ao tempo de exclusão. Os níveis médios de MDA nos cólons com e sem trânsito fecal após duas semanas de irrigação com NAC foram de  $0,0027 \pm 0,004$  e  $0,0034 \pm 0,005$  respectivamente, enquanto após quatro semanas de  $0,0144 \pm 0,01$  e  $0,0195 \pm 0,04$ . Os níveis de MPO nos cólons com e sem trânsito fecal após duas semanas de irrigação com NAC foram de  $0,044 \pm 0,03$  e  $0,054 \pm 0,004$ . Os níveis de MDA foram menores nos segmentos cólicos com e sem trânsito fecal após duas e quatro semanas nos animais irrigados com NAC ( $p < 0,01$ ). Não houve redução nos níveis de MPO no cólon sem trânsito irrigado com NAC por duas ou quatro semanas. Os níveis de MDA elevam-se menos nos animais irrigados com NAC. Os níveis de MPO no cólon sem trânsito aumentaram com o decorrer do tempo exclusão. MPO no cólon sem trânsito mostraram-se inversamente relacionados ao tempo de exclusão. CONCLUSÃO: A aplicação de clisteres com NAC reduz os níveis de peroxidação lipídica tecidual, melhora às alterações histológicas, apesar de não reduzir o infiltrado neutrofilico tecidual mostrando que a NAC apresenta potencial efeito antioxidante no tratamento da CE.

#### **TL035 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE MALONDIALDEÍDO APÓS APLICAÇÃO DE ENEMAS DE BUTIRATO, N-ACETILCISTEÍNA E CHÁ MATE NA COLITE DE EXCLUSÃO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**

MARQUES, L.H.S.; LAMEIRO, T.M.D.M.; ALMEIDA, M.G.; CUNHA, F.L.; SILVA, C.M.G.; MARTINEZ, C.A.R.; LEITE, D.S.; VICENTE, G.C.M.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Diversos estudos apontam a deficiência de butirato no cólon excluído de trânsito fecal como causa principal do aparecimento da colite de exclusão. Entretanto, não há estudos experimentais que quantifiquem a capacidade de redução do dano oxidativo do butirato, da N-acetilcisteína e do chá mate, substâncias que são conhecidas pelas suas propriedades antioxidantes, após aplicação de enemas contendo estas substâncias. OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos terapêuticos do butirato, N-acetilcisteína e chá-mate no cólon excluído de trânsito fecal após a aplicação de enemas contendo essas substâncias. MÉTODOS: Para cada substância utilizada foi aplicada em trinta e dois ratos que foram divididos em dois grupos com 16 animais cada. Cada grupo foi sacrificado duas ou quatro semanas de acordo com a data de sacrifício após estes animais terem sido submetidos à colostomia de cólon descendente com fístula distal. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos, sendo um grupo controle lavado com SF 0,9% e o outro com as substâncias estudadas, butirato 100mg/kg ou N-acetilcisteína 100mg/kg ou chá mate 150mg/kg. O diagnóstico de colite foi confirmado por histopatologia e os níveis de dano oxidativo foram avaliados pelos níveis de

malondialdeído. Os resultados foram analisados com teste t pareado e Mann-Whitney, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). RESULTADOS: Os níveis teciduais de malondialdeído no cólon provido e desprovido de trânsito intestinal, após duas e quatro semanas, nos animais irrigados com butirato, N-acetilcisteína e chá-mate foram menores quando comparados ao grupo controle ( $p < 0,05$ ). CONCLUSÃO: A aplicação de enemas contendo butirato, N-acetilcisteína e chá-mate foram capazes de reduzir o dano oxidativo à mucosa cólica, confirmando, portanto, a importância dessas substâncias na fisiopatologia dessas doenças.

#### **TL036 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA E DA ALTURA DAS CRIPTAS CÓLICAS EXCLUSAS DO TRÂNSITO FECAL APÓS APLICAÇÃO DE ENEMAS COM BUTIRATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**

LAMEIRO, T.M.D.M.; MARQUES, L.H.S.; CUNHA, F.L.; ALMEIDA, M.G.; SANTOS, E.C.C.; SILVA, C.M.G.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A deficiência dos ácidos graxos de cadeia curta é responsável pelo dano epitelial à mucosa cólica de doentes portadores de colite de exclusão. Método: Trinta e dois ratos foram divididos em dois grupos de 16 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após derivação fecal. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos experimentais segundo ter sido realizada aplicação diária de enemas contendo S.F.0,9% ou butirato na concentração de 100mg/Kg. A peroxidação lipídica foi avaliada pela quantificação dos níveis teciduais de malondialdeído. Para análise estatística adotou-se o teste de Mann-Whitney, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A avaliação da altura das criptas da mucosa cólica foi realizada por morfometria computadorizada, comparando segmentos com e sem trânsito fecal, nos dois períodos de exclusão considerados. Foram utilizados os testes Anova para análise de variância da altura das criptas entre os grupos citados e o teste t pareado na comparação da altura das criptas nos cólons com e sem trânsito, estabelecendo-se significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A altura das criptas da mucosa cólica no cólon provido de trânsito, por duas e quatro semanas foram  $17,9788 \pm 1,9325$  e  $13,6025 \pm 2,7809$ , respectivamente. Já o colo desprovido de trânsito que sofreu intervenção com butirato a altura das criptas em duas e quatro semanas foi de  $9,0050 \pm 1,7125$  e  $7,7275 \pm 2,6846$ , respectivamente. Houve redução na altura das criptas cólicas ao comparar-se segmentos com e sem trânsito intestinal após duas e quatro semanas de irrigação com butirato ( $P=0,0001$  e  $P=0,003$ , respectivamente). Não houve modificação na altura das criptas da mucosa cólica nos segmentos irrigados com butirato ( $p=0,27$ ). Os níveis de malondialdeído nos animais submetidos à intervenção com S.F. nos cólons com e sem trânsito fecal após duas e quatro semanas de irrigação foram de  $0,05 \pm 0,006$ ,  $0,06 \pm 0,006$  e  $0,05 \pm 0,03$ ,  $0,08 \pm 0,02$  respectivamente. Os níveis de malondialdeído nos animais irrigados com butirato, nos cólons com e sem trânsito, após duas e quatro semanas de irrigação foram de  $0,05 \pm 0,01$  -  $0,04 \pm 0,01$  e  $0,04 \pm 0,01$  -  $0,04 \pm 0,01$ , respectivamente. Após duas e quatro semanas de intervenção os níveis de malondialdeído foram menores nos animais irrigados com butirato, independente do tempo de irrigação ( $p=0,003$  e  $p=0,001$ , respectivamente). Conclusão: A irrigação do cólon excluído com butirato evita a atrofia das criptas da mucosa cólica e reduz os níveis peroxidação lipídica na mucosa cólica de segmentos desprovidos de trânsito fecal, independente do tempo de irrigação.

**TL037 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS EM 215 COLECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS E ANÁLISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NA CONVERSÃO.**

QUEIROZ, F.L.; ALVES, A.C.; LAMOUNIER, P.C.C.; RÊGO, R.S.N.D.; CÔRTEZ, M.G.W.; OLIVEIRA, T.A.N.; COSTA, B.X.M.; RABELO, F.E.F.

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Analisar os resultados obtidos em 215 pacientes submetidos a colectomia laparoscópica, bem como o impacto da idade, índice de massa corporal e uso ou não de pinça ultrassônica na ocorrência de conversão para cirurgia convencional. Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo observacional dos resultados obtidos em 215 pacientes submetidos a colectomias videolaparoscópicas, realizadas no período de janeiro de 2006 a junho de 2010. A análise foi feita através de protocolos específicos, preenchidos pela equipe médica. Foi analisada a relação entre a idade, IMC e uso ou não de pinça ultrassônica na ocorrência de conversão. Resultados: Foram incluídos 215 pacientes no estudo, sendo 74% do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 53,2 anos. A permanência média foi de 7,7 dias. A taxa global de complicações foi de 20%. No grupo analisado houve 10 fístulas (4,65%) e 4 óbitos (1,86%). A taxa de conversão foi de 12%. Houve redução de 47% nas taxas de conversão após o primeiro ano, possivelmente influenciada pela curva de aprendizado. No período analisado não houve associação estatisticamente significativa entre Índice de conversão, idade, sexo, IMC ou utilização de pinça ultrassônica. Conclusões: No grupo analisado não houve relação entre a idade (> ou < que 70 anos), IMC (> ou < que 30), sexo masculino ou feminino e uso ou não de pinça ultrassônica com a ocorrência de conversão. Os índices de morbidade (20%) e mortalidade (1,86%) no grupo analisado assim como as taxas de conversão, foram semelhantes aos descritos na literatura.

**TL038 - AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA E ULTRASSONOGRÁFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES PORTADORES DE COLOPATIA CHAGÁSICA SUBMETIDOS À CIRURGIA DE DUHAMEL.**

MOREIRA JÚNIOR, H.<sup>1</sup>; BRASIL, A.M.S.<sup>2</sup>; MOREIRA, J.P.T.<sup>3</sup>; ALMEIDA, A.C.<sup>4</sup>; LEITE, P.C.A.<sup>5</sup>; ISAAC, R.R.<sup>6</sup>; KLUG, W.A.<sup>7</sup>; MOREIRA, H.<sup>8</sup>

*1,2,3,4,5,6,8.UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 7.FCMSCSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A cirurgia de Duhamel é uma das técnicas mais difundidas para o tratamento do megacólon chagásico. O objetivo deste estudo é avaliar as alterações anatômicas e fisiológicas do diafragma pélvico de pacientes portadores de colopatía chagásica, e as mudanças ocorridas após serem submetidos à cirurgia de Duhamel, utilizando-se como instrumentos de avaliação os exames de eletromanometria anorretal (EMN) e o ultrassom do canal anal (US). Foram estudados 20 pacientes, sendo 16 mulheres, com média de idade de 53,2 anos. Observou-se melhora clínica significativa dos pacientes após a cirurgia (ritmo intestinal mudou de uma evacuação a cada 10 dias para uma evacuação diária; no pré-operatório, 16 pacientes faziam uso de laxantes e somente um o fazia, intermitentemente, no pós-operatório). Todos os pacientes apresentavam acalasia do esfíncter interno do ânus, e assim permaneceram no pós-operatório. A EMN evidenciou ainda, no pós-operatório, uma diminuição significativa das pressões anais de repouso (PR), contração voluntária (PCV), e da capacidade retal (CR) quando comparadas com as médias observadas no pré-operatório (PR = 60,88 vs 37,2 mmHg, com  $p < 0,001$ ; PCV = 146,56 vs 122,2 mmHg,  $p < 0,004$  e CR = 244,3 vs 161,25 ml,  $p = 0,01$ ).

A US evidenciou, no pré-operatório, que 2 pacientes do sexo feminino apresentavam lesões do esfíncter externo na porção anterior do canal anal médio. O restante tinha a anatomia muscular esfínteriana e puborretal intacta. No pós-operatório, 75% dos casos estudados apresentavam alterações anatômicas do esfíncter interno na porção posterior do canal anal, que coincide com o local de abaixamento do cólon (3 lesões completas e 12 afilamentos do esfíncter interno, além de fibrose tecidual perimuscular). Concluímos que as alterações anatômicas e funcionais do diafragma pélvico evidenciadas pela eletromanometria e ultrassom de canal anal são significativas após a cirurgia de Duhamel e que todas elas colaboram para a melhoria clínica dos pacientes no pós-operatório.

**TL039 - AVALIAÇÃO MANOMÉTRICA ANORRETAL DE MULHERES ADULTAS COM BEXIGA HIPERATIVA**

GONÇALVES, M.L.C.<sup>1</sup>; FERNANDES, S.F.F.<sup>2</sup>; ALMEIDA, R.M.<sup>3</sup>; DIAZ, F.A.F.<sup>4</sup>; OLIVEIRA, P.G.<sup>5</sup>; SOUSA, J.B.<sup>6</sup>

*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3,4,5,6.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Pacientes com desordem na coordenação da musculatura do assoalho pélvico durante a micção e a defecação, comumente podem apresentar outros sinais ou sintomas associados, tais como: resíduo pós miccional; urgência miccional; frequência urinária aumentada; infecções do trato urinário (ITU) de repetição e dor perineal crônica. Bexiga Hiperativa é o termo utilizado para explicar as contrações do músculo detrusor ocorridas na fase de enchimento vesical na qual esse músculo deveria estar em repouso, em indivíduos sem neuropatias. As disfunções miccionais, anorretais e do assoalho pélvico tem sido consideradas como fatores contribuintes dos sintomas de Bexiga Hiperativa (BH). O objetivo deste estudo foi avaliar os parâmetros da manometria anorretal em mulheres adultas com bexiga hiperativa. Materiais e Métodos: Mulheres adultas com ou sem BH formaram 2 grupos: Grupo BH constituído por mulheres com diagnósticos urodinâmico de BH, e Grupo C (controle) constituído por mulheres sem critérios clínicos para o diagnóstico de BH. Todas as participantes submeteram-se à manometria anorretal. Resultado: O Grupo BH ficou constituído por 25 mulheres (média de idade de 45,5 ± 11,9 anos), e o Grupo C por 18 mulheres (média de idade de 33,9 ± 10,7 anos). Contração paradoxal do músculo puborretal ocorreu em 6(24%) mulheres do grupo BH e em nenhuma mulher do Grupo C ( $p = 0,01$ ). Houve 13(52%) ocorrências de hipertonia de repouso isolada ou associada à hipertonia de contração no Grupo BH e 7(39%) no Grupo C ( $p = 0,39$ ). A média de pressão de repouso foi de 80,1 mmHg no Grupo BH e 67,6 mmHg no Grupo C ( $p = 0,15$ ). O total de ocorrência de hipertonia de contração no Grupo BH foi de 7(28%) e 11(61%) no Grupo C ( $p = 0,34$ ). A média de pressão de contração foi de 182,2 mmHg no Grupo BH e 148,1 mmHg no Grupo ( $p = 0,01$ ). Com relação ao reflexo inibitório retoanal, a sensibilidade e a capacidade retal máxima não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Conclusão: As mulheres com BH apresentaram maior ocorrência de contração paradoxal do músculo puborretal que as mulheres do Grupo C.

**TL040 - AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA DE POLIPECTOMIAS COLORRETAIS NO HOSPITAL SÃO RAFAEL**

VIDAL, T.Q.C.E.S.<sup>1</sup>; CARDOSO, A.F.<sup>2</sup>; ARAUJO, N.A.L.<sup>3</sup>; AGUIAR, M.S.<sup>4</sup>; LEITE, L.M.C.<sup>5</sup>; BATISTA, M.C.S.<sup>6</sup>; MARTINS, M.C.B.<sup>7</sup>; MANO, A.L.<sup>8</sup>; CODES, L.M.G.<sup>9</sup>; AZARO FILHO, E.M.<sup>10</sup>

*1.HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8,9,10.HSR, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é a quarta neoplasia mais freqüente no Brasil, sendo a terceira causa de morte por doença oncológica. A sequência adenoma-carcinoma está bem estabelecida na literatura, sendo a polipectomia endoscópica o principal procedimento terapêutico e preventivo. O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência, padrão morfológico e histológico dos pólipos retirados durante colonoscopias realizadas no HSR no período de 11/2010 a 03/2011. Materiais e métodos: Estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários eletrônicos, laudos de colonoscopia e histopatologia referentes a polipectomias colorretais. Os dados obtidos foram analisados através do SPSS. Resultados: Foram estudadas 433 colonoscopias, com evidência de pólipos em 164 exames, totalizando 556 polipectomias, com uma média de 3,39 pólipos/paciente. A principal indicação do exame foi o rastreamento de neoplasia colorretal (45,12%). Houve predomínio do sexo masculino (83 / 50,6%), com idade média da amostra de 57,65 anos, sendo a localização retossigmóide a mais frequente (346/62,23%). As polipectomias foram realizadas com pinça (462/83%) e alça diatérmica (85), sendo o diâmetro dos pólipos inferior a 5mm em 481 casos (86,51%) e a morfologia séssil predominante (486/ 87,41%). Os pólipos eram hiperplásicos em 364 casos(65,46%) e os demais eram adenomatosos (192/34,53%). Dentre os pólipos adenomatosos, a forma tubular foi a mais freqüente(170/88,5%) e a displasia de baixo grau presente em 177 casos. Observamos ainda evidência de adenocarcinoma invasivo em 6 adenomas, além de displasia de alto grau em 5 pólipos, todos adenomas maiores que 10mm. A mortalidade do procedimento foi nula, com morbidade de 0,89%, principalmente por sangramento. As margens estavam comprometidas em 16(2,87%) polipectomias. Conclusão: A polipectomia é um procedimento de baixo risco com importante papel preventivo e terapêutico, sendo os pólipos adenomatosos maiores que 10mm associados ao maior risco de câncer colorretal. Embora os pólipos hiperplásicos, pequenos e de localização retossigmóide sejam os mais prevalentes, é essencial a realização de colonoscopia com polipectomias para adequada avaliação e confirmação histológica.

#### **TL041 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA DOENÇA DE CROHN EM ATIVIDADE E EM REMISSÃO - ANÁLISE COMPARATIVA DE PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E LABORATORIAIS**

*RODRIGUES, V.S.; MILANSKI, M.; AYRIZONO, M.L.S.; NUNEZ, C.E.C.; FAGUNDES, J.J.; VELLOSO, L.A.; COY, C.S.R.; LEAL, R.F. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A desnutrição protéico-calórica comum na doença de Crohn (DC) possui uma incidência de 25 a 80% entre os portadores desta afecção, e provavelmente, seja decorrente da resposta inflamatória sistêmica exacerbada. A anorexia e a desnutrição alteram a composição corporal do tecido adiposo intra-abdominal, principalmente na DC, comprometendo a expressão de proteínas. Objetivo: Avaliar o perfil nutricional dos pacientes com DC em fase de atividade e de remissão da doença. Casuística e Método: Estudo prospectivo de 19 pacientes com DC, sendo 9 com doença em atividade (Grupo 1) e 10 com doença em remissão (Grupo 2). O grupo controle (Grupo 3) foi constituído por indivíduos saudáveis. O perfil nutricional foi analisado por meio de avaliação antropométrica que inclui: peso atual, peso habitual, estatura, circunferência do braço, circunferência do punho, prega cutânea triéptica (PCT), prega cutânea bicéptica(PCB), prega cutânea sub-escapular (PCSE), prega cutânea

supra-iliaca(PCSI), índice de massa corpórea(IMC), compleição corporal, peso ideal, percentual de perda ponderal, circunferência muscular do braço(CMB), avaliação subjetiva global (ASG) e por meio de exames laboratoriais (hemoglobina, pré albumina, albumina, proteínas totais e triglicérides). A comparação dos parâmetros antropométricos e laboratoriais entre os Grupos 1, 2 e 3 foram realizada por meio da Análise de Variância (ANOVA) e teste de significância de Tukey Kramer, com nível de significância adotado de  $p < 0,05$ . A comparação dos parâmetros nutricionais (ASG) entre os Grupos 1 e 2 foram realizada por meio do Teste T de Student, com nível de significância  $p < 0,05$ . O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Resultados: Albumina, pré-albumina e proteínas totais apresentaram menores concentrações sanguíneas no Grupo 1 em relação ao Grupo 2 ( $p < 0,05$ ), assim como hemoglobina e albumina foram menores no Grupo 1 em relação ao Grupo 3 ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença dos níveis de triglicérides entre os Grupos ( $p > 0,05$ ). O percentual de gordura corporal (PCT, PCB, PCSI, PCSE) foi menor no Grupo 1 em relação Grupo 3 ( $p < 0,05$ ). Pacientes em remissão (Grupo 2) apresentaram menor risco de desnutrição quando avaliados por meio de ASG, contudo não houve diferença significativa entre PCT, CB, CMB e IMC ( $p > 0,05$ ). Conclusão: Identificou-se diminuição da porcentagem de gordura corporal nos doentes em atividade da DC evidenciada por parâmetros antropométricos. Por outro lado, foi observada desnutrição protéica no Grupo 1 por meio dos níveis de proteínas séricas, porém não constatada pela avaliação antropométrica isolada, devendo-se portanto associá-las para melhor identificar o perfil nutricional dos pacientes com DC em atividade e em remissão da doença.

#### **TL042 - AVALIAÇÃO POR MORFOMETRIA COMPUTADORIZADA DA POPULAÇÃO DE CÉLULAS CALICIFORMES NA MUCOSA CÓLICA ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO COM N-ACETILCISTEÍNA: ESTUDO EM MODELO EXPERIMENTAL EM COLITE DE EXCLUSÃO** *SANTOS, E.C.C.; COUTO, G.R.; MELLO, R.O.; PEREIRA, J.A.; ALMEIDA, M.G.; MARTINEZ, C.A.R.; PONARA, J.S.; LEITE, D.S. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Doenças inflamatórias do cólon lesam sua mucosa alterando a expressão de mucinas, produzidas por células caliciformes. Até a presente data não tinha sido estudado, experimentalmente, os efeitos da aplicação de clisteres com n-acetilcisteína (NAC) na população de células caliciformes em modelos de colite de exclusão. Objetivo: Avaliar efeitos da intervenção com NAC no número de células caliciformes em segmentos desprovidos de trânsito fecal e verificar a interferência do tempo de intervenção. Método: Dezesesseis ratos Wister machos foram submetidos à derivação do trânsito intestinal por colostomia terminal do cólon esquerdo e fístula mucosa do cólon distal. Os animais foram subdivididos em dois grupos experimentais compostos por oito ratos cada segundo a data de sacrifício ser realizado após duas ou quatro semanas. Todos os animais sofreram aplicação de clisteres contendo solução de NAC, três vezes por semana na concentração 100mg/kg. A contagem da população de células caliciformes foi realizada por morfometria computadorizada, comparando segmentos com e sem trânsito fecal, nos dois períodos de exclusão considerados. Foram utilizados os testes de ANOVA para análise de variância do número de células caliciformes entre os grupos nos diferentes tempos de exclusão propostos, e o teste t pareado na comparação da população de células caliciformes nos cólons providos e desprovidos de trânsito, estabelecendo-se nível

de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A população de células calciformes no cólon provido de trânsito, por duas e quatro semanas foi de  $67,99 \pm 12,82$  e  $78,04 \pm 14,53$ , respectivamente. Já no cólon desprovido de trânsito, que sofreu intervenção com NAC, a população de células calciformes em duas e quatro semanas foi de  $45,75 \pm 7,08$  e  $47,16 \pm 5,49$ , respectivamente. Houve redução na população de células calciformes ao comparar-se segmentos com e sem trânsito intestinal após duas e quatro semanas de irrigação com NAC ( $p=0,0001$  e  $p=0,0001$ , respectivamente). Não houve modificação no número de células calciformes nos segmentos irrigados com NAC ( $p=0,494$ ). Conclusão: A irrigação do colo excluído com NAC evita a redução da população de células calciformes com o progredir do tempo de exclusão.

#### **TL043 - AVALIAÇÃO ULTRA-SONOGRÁFICA E MANOMÉTRICA DE PACIENTES PORTADORAS DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA**

LIMA, D.M.<sup>1</sup>; SAGAE, U.E.<sup>2</sup>; KURACHI, G.<sup>3</sup>; ROTTA, L.S.<sup>4</sup>; TANAKA, T.M.<sup>5</sup>; TSUCHIYA, R.S.<sup>6</sup>; CARVALHO, C.A.<sup>7</sup>; CHIMENTO, D.A.<sup>8</sup>; BONATTO, M.W.<sup>9</sup>

1,2,3,5,6,7,8. *GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL*;  
4,9. *FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL*.

Resumo:

Objetivo: Avaliar pacientes portadoras de Evacuação Obstruída (EO) utilizando a eletromanometria anorretal (MAR) e ultra-sonografia anorretal dinâmica tridimensional (US-3D). Material e métodos: Trabalho prospectivo envolvendo 30 mulheres portadoras de EO submetidas a MAR e US-3D para investigação diagnóstica. As pacientes foram divididas em dois grupos, de acordo com resultado observado pela US-3D: com lesão (grupo I – 15 pacientes) e sem lesão (grupo II – 15 pacientes) muscular esfinteriana. As variáveis analisadas foram: idade, número de partos vaginais e cesáreas, cirurgias oficiais, escore de constipação proposto por Wexner (ECW), dados da MAR (pressão de repouso - PR-, pressão de contração voluntária - PC - e presença/ausência de anismus - A+/A-), e dados da US-3D (integridade esfinteriana e presença/ausência de retocele, intussuscepção, enterocele e anismus). Foram excluídas pacientes com sintomas de incontinência fecal, com neoplasias e alterações inflamatórias-infecciosas. Resultados: A média de idade do grupo I é de 60 anos, variando de 31 a 82 anos, com média de 3 partos vaginais por paciente e ECW de 14. A média da PR foi de 48mmHg (19 a 92mmHg), sendo que 7 apresentaram hipotonia de repouso. A média da PC foi de 96mmHg (32 a 164mmHg), com 8 pacientes com hipotonia de contração. Seis pacientes (40%) apresentavam anismus a MAR. Neste grupo foi observado à US-3D: lesão do esfíncter anal externo (EAE) em 10 pacientes, lesão esfinteriana mista em 3, prolapso mucoso-hemorroidário em 6 pacientes. Treze pacientes foram diagnosticadas com retocele (G1 – 2; G2 – 5; G3 – 6), 9 com anismus, 6 com intussuscepção e 4 com descenso perineal. A média do grupo II é de 53 anos, variando de 37 a 78 anos, com média de 1 parto vaginal e ECW de 11. A média da PR foi de 59mmHg, variando de 32 a 93mmHg, sendo que 2 mulheres apresentaram hipotonia de repouso. A média da PC foi de 131mmHg, variando de 78 a 184mmHg, e somente 2 pacientes apresentaram hipotonia de contração. Dez pacientes (67%) apresentavam anismus a MAR. Nos resultados à US-3D, todas as pacientes possuem ausência de lesão esfinteriana, 6 apresentavam prolapso mucoso-hemorroidário, 14 foram diagnosticadas com retocele (G1 – 2; G2 – 6; G3 – 6), 6 com anismus e 4 com intussuscepção. Conclusão: Através desse estudo, pode-se inferir que a MAR e a US-3D são exames úteis e complementares na

avaliação diagnóstica de pacientes portadoras de EO, permitindo melhor seleção dos pacientes para programação do tratamento cirúrgico mais adequado. Além disso, os exames possibilitam evidenciar lesões esfinterianas ocultas e outros distúrbios evacuatórios ocultos.

#### **TL044 - BIOCAMPATÍVEL ANAL FÍSTULA PFLUG VERSUS CONVENCIONAL TREATMENT OF TRANSSPHINCTERIC ANAL FISTULAS**

HERMAN, R.M.; HERMAN, R.; NOWAKOWSKI, M.  
*JAGIELLONIAN UNIVERSITY, KRAKOW, POLÓNIA*.

Resumo: Introduction: Surgical treatment of transsphincteric anal fistulas is complex and difficult clinical issue. Fistulectomy was accepted as the standard technique, but the recurrence rate is high and risk of fecal incontinence significant. The SURGISIS AFP is biocompatible, infection resistant fistula pflug designed for fistula's occlusion. The Aim of the study was to evaluate clinical and functional results of AFP method as compared to conventional fistulectomy. Patients/ Methods: 28 patients with transphincteric anal fistulas were treated using Anal Fistula Plug (AFP group -14 patients) or conventional fistulectomy (CF group-14 pts.). Preoperative 3D ERUS, and anorectal NMR was applied to proof transsphincteric fistula tract. Anorectal manometry and electromyography were performed pre and postoperatively. Main study end point was the percentage of subjects in each treatment arm experiencing a successful treatment (defined as fistula tract healing) and preserved anal continence defined as CCF-Faecal Incontinence score <8, 12 months after treatment. Secondary end points were quality of life scores, weekly number of fecal incontinence episodes. Results: In the AFP group septic complication appeared in 2/ 14 patients, one require pflug explantation. The mean healing time were 6 weeks. In the CF group the mean time of fistula healig time was 24 weeks, and 4 of 14 patients required revisional surgery. CCF-Fecal Incontinence Index was insignificantly reduced in AFP group (8,3 to 7,8) while in the CF group CCF FI decreased significantly (from 8,6 to 6,0 3 months after). On anorectal manometry BAP and SAP were significantly reduced in CF group 3m after treatment as compared to AFP group. TAUS revealed marked anal sphincters defect in 4 of 14 CF patients. Conclusion: Anal Fistula Pflug is safe and effective treatment of transsphincteric anal fistulas, preserving fecal continence. Conventional fistulectomy revealed long healing time, high incontinence index and marked sphincter dysfunction. .

#### **TL045 - BIOFEEDBACK DE APNÉIA PÓS-EXPIRAÇÃO FORÇADA NO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO POR DISCINESIA DO ASSOALHO PÉLVICO**

COY, C.S.R.; E ROSSI, D.H.G.; FRARE, M.M.; ROMAGNOLO, L.G.C.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J.

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL*.

Resumo: A discinesia do assoalho pélvico, ou anismus, representa a principal causa funcional de constipação, podendo ser tratada por biofeedback. Objetivo: avaliar, através de dados manométricos e do escore de Agachan, a eficácia do tratamento com técnica de biofeedback com apnéia pós expiração forçada em portadores de constipação secundária a discinesia do assoalho pélvico. Materiais e métodos: foram estudados 20 pacientes, sendo 19 do sexo feminino, com idade média de 52,15 (27- 67) anos. O diagnóstico foi realizado por meio de manometria anorretal e videofecografia. Para o diagnóstico de discinesia considerou-se elevação da pressão anal, diminuição do ângulo anorretal e retenção do contraste em reto, ao



esforço evacuatório. As variáveis estudadas foram a pressão anal média de repouso, pressão anal média ao esforço evacuatório com e sem apnéia pós expiração forçada, a área sob a curva destas duas últimas situações, e o escore de Agachan, obtidos no pré e pós tratamento. Resultados: A análise do escore de Agachan evidenciou diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as avaliações pré e pós tratamento. Os valores de pressão média obtidos ao esforço evacuatório com e sem apnéia também foram estatisticamente diferentes ( $p < 0,00$ ), bem como a área sob a curva na comparação dessas mesmas situações ( $p < 0,05$ ). Conclusão: A técnica de biofeedback pós expiração forçada melhorou parâmetros clínicos e manométricos em portadores de constipação por discinesia do assoalho pélvico.

#### **TL046 - CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA POR ACESSO LATERAL: CASUÍSTICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA-DF.**

SOARES, F.A.<sup>1</sup>; REIS, T.R.L.<sup>2</sup>; DURAES, L.C.<sup>3</sup>; ARAÚJO, N.T.N.<sup>4</sup>; SEIXAS, L.M.<sup>5</sup>; DE CASTRO, E.V.<sup>6</sup>

1,2,3,4,5.HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 6.CLÍNICA DO APARELHO DIGESTIVO - PROCTOCENTRO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: A cirurgia colorretal videolaparoscópica pode ser realizada por acessos lateral, medial ou uma combinação de ambos. Este trabalho objetiva apresentar os resultados de uma séria consecutiva de 66 casos operados por acesso lateral pela equipe do Hospital das Forças Armadas, Brasília-DF entre janeiro de 2007 e junho de 2011. Foram operados 30 homens (45,5%) e 36 mulheres (54,5%). A média etária foi de 58,6 anos (30-84 anos; mediana de 53 anos), o tempo médio de internação foi de 5,8 dias (3-30 dias; mediana de 5 dias) em 4 pacientes (6,1%) foi necessária conversão laparotômica. Os procedimentos foram indicados por adenocarcinoma de ceco (n=10; 15,2%), adenocarcinoma de cólon ascendente (n=9; 13,6%), adenocarcinoma de reto médio (n=7; 10,6%), adenocarcinoma do reto superior (n=6; 9,1%), adenocarcinoma do cólon sigmóide (n=5; 7,6%), doença diverticular (n=5; 7,6%), adenocarcinoma do cólon descendente (n=4; 6,1%), proctidemia retal (n=4; 6,1%), megacólon chagásico (n=4; 6,1%), colostomia à Hartmann (n=2; 3,1%), adenocarcinoma do reto inferior (n=1, 1,5%), polipose adenomatosa familiar (n=1; 1,5%), polipose hamartomatosa de cólon direito (n=1; 1,5%) e a retocolite ulcerativa idiopática (n=1; 1,5%). Quanto aos procedimentos realizados, foram a retossigmoidectomia anterior (n=27; 40,9%), a hemicolectomia direita (n=21, 31,8%), a hemicolectomia esquerda (n=5; 7,6%), a sacropromontofixação do reto (n=4; 5,1%), o procedimento de Duhammel-Hadad modificado (n=4; 6,1%), a reconstrução do trânsito intestinal (n=2; 3%), a colectomia total (n=2) e a amputação abdômino-perineal do reto (n=1; 1,5%). A mortalidade foi de 1,5% (n=1) e a morbidade geral foi de 27,3% (n=18), sendo em 11 casos (16,7%) complicações consideradas leves e em 7 casos (10,6%) complicações graves. O tempo operatório médio foi de 220,4 minutos (130-480; mediana de 180 minutos). Pode-se concluir que o acesso lateral constitui alternativa exequível em videolaparoscopia colorretal.

#### **TL047 - CIRURGIA DE HARTMANN: ANÁLISE DE 90 CASOS EM HOSPITAL-UNIVERSITÁRIO**

DAL PONTE, M.A.; ESTOFOLETE, C.F.; GALEAZZI, C.J.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; SIMONI, A.L.; MARTINS DE LIMA, R.G.; GONÇALVES FILHO, F.A.; SATOMI, G.; NETINHO, J.G.

FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Analisar de modo retrospectivo os pacientes submetidos à cirurgia de Hartmann no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP, avaliando a morbi-mortalidade envolvida com este procedimento e após sua reconstrução de trânsito. Método: Análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de Hartmann, baseada no banco de dados da Disciplina de Coloproctologia do Hospital de Base/FAMERP, em um período de 10 anos (2000-2010). Resultados: Foram incluídos 90 pacientes, sendo 55 do sexo masculino (61,1%) e 35 do sexo feminino (38,9%). A média de idade foi de 64 anos (19 a 101 anos). A indicação mais comum foi neoplasia colorretal obstrutiva (34,4%), seguida por megacólon chagásico (26,7%) e diverticulite (25,6%). Um total de 30% (27) dos pacientes apresentaram intercorrências clínicas ou cirúrgicas no período pós-operatório, sendo a evisceração e o choque séptico os mais prevalentes. As cirurgias de reconstrução do trânsito foram realizadas em 55 pacientes (61,1%). A idade média dos pacientes no momento reconstrução foi 61,8 anos (24 a 81 anos), enquanto o tempo médio de permanência da ostomia pós-cirurgia de Hartmann foi de 11 meses. O tempo médio de sua realização foi de 253 minutos e 11 pacientes receberam ostomia de proteção após reconstrução de trânsito. Seis pacientes (6,6%) faleceram antes que pudesse ser programada aquela, sendo o choque séptico responsável por 50% dos óbitos, além de intercorrências observadas em 21,8% dos pacientes após reconstrução de trânsito intestinal, com 3% de mortalidade relacionada à segunda intervenção cirúrgica. A mortalidade envolvendo todos os estágios da cirurgia de Hartmann foi de 8,9% em 10 anos de estudo. Conclusão: Os dados do presente estudo corroboram a literatura, sendo a indicação para este tipo de cirurgia, atualmente, os casos de urgência colorretal, principalmente, associada à instabilidade hemodinâmica e más condições clínicas do paciente, além da falta de treinamento em cirurgia colorretal. Os índices de morbi-mortalidade do estudo estão de acordo com demais trabalhos publicados. Este tipo de cirurgia, mesmo que não ideal, é um procedimento amplamente realizado e tem sua indicação em casos selecionados, mesmo com altas taxas de morbi-mortalidade associada ao procedimento de reconstrução de trânsito e ao seu baixo índice de conversão.

#### **TL048 - CIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA – UMA SÉRIE DE CASOS**

DASILVA, M.J.M.<sup>1</sup>; FILHO, J.F.<sup>2</sup>; DUARTE, O.F.<sup>3</sup>; LUCENA, M.T.<sup>4</sup>; CARVALHO, J.H.<sup>5</sup>; CORDEIRO, A.C.<sup>6</sup>; SILVEIRA, R.K.<sup>7</sup>; GUENES, C.M.<sup>8</sup>

1,2,3,4,5,7,8.HOSPITAL BARAO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL; 6.IMIP, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Introdução: Cirurgia endoscópica transanal é uma técnica minimamente invasiva que fornece uma boa exposição intraluminal e acesso cirúrgico a todos os planos do reto. É técnica de escolha para remoção de pólipos do reto considerados inadequados à ressecção endoscópica e para tumores de reto estadiados como T1N0 de baixo risco. Com o melhor campo visual que oferece, além da praticidade de utilizar instrumental apropriado e sofisticado, a cirurgia endoscópica transanal tende a ser procedimento padrão para tratamento local de doenças benignas e malignas anorretais, substituindo gradativamente o acesso convencional transanal a estas doenças, sendo de baixo risco e morbidade. Objetivo: Avaliar a experiência do Serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena e do Hospital Memorial São José em Recife, com a técnica de cirurgia endoscópica transanal no tratamento de doenças retais. Métodos: O estudo é uma série de

casos, prospectivo, de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico durante o período de setembro de 2009 a março de Junho de 2011, no serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena e do Hospital memorial São José. Resultados: Foram operados 23 pacientes neste período, sendo 56,5% do sexo feminino, com idades variando de 15 a 92 anos (média de 56,4 anos). Dezesesseis pacientes (69,5%) eram portadores de pólipos considerados inadequados a ressecção endoscópica convencional, dois haviam sido submetidos previamente a polipectomia por colonoscopia e a ressecção foi considerada inadequada, um era portador de carcinóide do reto, um de adenocarcinoma do reto estadiado ultrasonograficamente como T1 e dois tinham abscessos ou fistulas. Com relação ao tipo de cirurgia, 10 pacientes foram submetidos a ressecção de parede total do reto e sutura, nove a polipectomia com mucosectomia; dois à excisão local de tumor invasivo, um paciente foi submetido a proctectomia parcial e dois a tratamento de abscessos ou fistula anal. Resultado do anatomopatológico das peças: adenomas (12), pólipos juvenis (2), carcinóide (1), tecido cicatricial (3) e adenocarcinomas estadiados como T1 (3). Dois pacientes apresentaram incontinência para gases de forma temporária, um apresentou hemorragia pós-operatória e tratado de forma conservadora e um apresentou abscesso retro-retal tratado clinicamente com antibioticoterapia. Conclusão: A cirurgia endoscópica transanal é uma técnica minimamente invasiva, que apresenta baixa morbidade e que possibilita, quando necessário, o estudo histológico de toda a parede retal, permitindo um estadiamento mais preciso e estabelecimento de conduta mais apropriada para cada caso. Tem cada vez mais ampliada sua indicação a depender da experiência do cirurgião, permitindo desde a remoção de pólipos benignos, adenocarcinomas invasivos selecionados e doenças benignas como fístulas e abscessos.

#### **TL049 - CIRURGIAS AMBULATORIAIS: QUAL A MELHOR OPÇÃO ANESTÉSICA?**

ORTEGA, F.P.; REIS NETO, J.A.; REIS JUNIOR, J.A.; KAGOHARA, O.H.; NETO, J.S.

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** As cirurgias proctológicas ambulatoriais, realizadas sob sedação e anestesia local, são seguras e trazem conforto ao paciente, porém o principal desafio do cirurgião recai sobre o controle adequado da dor, tanto no pós-operatório imediato quanto no tardio. Trabalhos atuais já demonstraram uma boa analgesia pós-operatória quando da realização de raqui-anestesia ou anestesia peridural associada aos anestésicos locais (5), porém há poucos estudos comparando as diferentes técnicas de anestesia local e o nível de dor no pós-operatório. **OBJETIVO:** Avaliar duas técnicas de anestesia local, infiltração subcutânea e bloqueio de nervo pudendo, no controle da dor no pós-operatório imediato em procedimentos proctológicos ambulatoriais. **MATERIAL E MÉTODOS:** Avaliação prospectiva de 102 pacientes com afecções proctológicas submetidos a procedimento cirúrgico ambulatorial na clínica Reis Neto de julho de 2007 a janeiro de 2008. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe cirúrgica, sob sedação, realizada com midazolam 2,5 mg, fentanil 50 mcg e propofol 40 mg IV. No momento da alta recebiam prescrição padronizada com anti-inflamatório não esteroide e analgésico VO, pomada anestésica tópica, orientação de banhos de assento, além de medicação parenteral se dor forte. Os pacientes foram divididos em dois grupos, A e B, sendo o primeiro correspondente aos submetidos à anestesia local subcutânea, e o segundo os submetidos a bloqueio de nervo pudendo, sendo utilizado citocafina 2% e ropivacaína. Foram avaliados quanto às variáveis: idade, sexo, tipo de cirurgia, nível de

dor no pós-operatório e necessidade de medicação analgésica parenteral. A avaliação da dor foi feita através de escala analógica numérica (de 0 a 10), em dois momentos, na primeira hora de pós-operatório e 24 horas pós-procedimento. Consideramos como 0 ausência de dor, 1-2-3 e 4 dor leve, 5-6 e 7 dor moderada e 8-9 e 10 dor forte. Os dados foram avaliados através do teste de t student. **RESULTADOS:** Um total de 102 pacientes, 41 (40,2%) do sexo feminino e 61 (59,8%) do masculino, idade média de 46,5 anos, sendo 35 do grupo A - anestesia local subcutânea, e 67 do grupo B - bloqueio de nervo pudendo. As principais cirurgias realizadas foram: hemorroidectomia, macroligadura, fistulectomia, fistulotomia, esfincterotomia e anuplastia. Na avaliação inicial, uma hora após o procedimento, nenhum paciente do grupo A referiu dor, e 0,5% (03) do grupo B referiram dor leve ou moderada. Após 24 horas da cirurgia, apresentavam-se sem dor ou com dor leve, 91,4% (32) dos pacientes do grupo A e 88% (59) do grupo B, sendo que nenhum do grupo A referiu dor forte e cinco do grupo B o fizeram e apenas 10 (9,8%) do total necessitaram de medicação analgésica parenteral. Ao se comparar as médias do nível de dor dos dois grupos, não houve diferença estatística significativa (P=0,04849). **CONCLUSÃO:** As duas técnicas de anestesia local, subcutânea e bloqueio de pudendo, se mostraram igualmente eficazes no controle da dor no pós-operatório imediato de cirurgias proctológicas ambulatoriais.

#### **TL050 - CITOLOGIA ONCÓTICA DO CANAL ANAL: COMPARAÇÃO ENTRE OS ACHADOS DA COLETA EM MEIO LÍQUIDO E COM ESCOVA SECA NO SEGUIMENTO DOS PORTADORES DO HPV ANAL TRATADO.**

NADAL, S.R.<sup>1</sup>; CALORE, E.E.<sup>2</sup>; MARIANELLI, R.<sup>3</sup>; MACHADO, S.P.G.<sup>4</sup>; HORTA, S.H.C.<sup>5</sup>; MANZIONE, C.R.<sup>6</sup>

*I. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,6. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **OBJETIVO:** avaliar qual das duas formas para coleta de material de raspado para citologia oncológica, em meio líquido ou seco, é a mais efetiva para detecção das lesões citológicas do canal anal dos portadores de HPV anal tratado. **MÉTODO:** realizamos raspados do canal anal no seguimento de 28 portadores de condilomas acuminados anais macroscopicamente erradicados, utilizando cytobrush, para coleta seca, duas amostras, e uma outra amostra com DNA PAP, coleta em meio líquido. Introduzimos as escovas até 4 cm a partir da margem anal, com movimentos de rotação e as retiramos da mesma forma, de modo a que toda a circunferência fosse raspada. As coletas em meio líquido foram colocadas no tubo contendo gel e no laboratório, após centrifugação, o material do fundo do recipiente foi aplicado e fixado na lâmina de vidro. Para as outras amostras, esfregamos a escova na lâmina de vidro de modo a que toda a superfície recebesse o material e condicionamos em frascos contendo álcool a 70%. As lâminas foram coradas com hematoxilina-eosina. São 21 homens e sete mulheres com idades variando entre 18 e 62 anos e média de 34 anos. Os resultados foram estatisticamente avaliados com método do chi quadrado, utilizando 5% como hipótese de nulidade. **RESULTADOS:** Na coleta em meio líquido observamos 23 coletas insatisfatórias, três LSIL (lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau), um HSIL (lesão escamosa intra-epitelial de alto grau) e um normal. Esse método mostrou maior concentração de células na lâmina, embora rotas, o que dificultou a leitura. Nas coletas secas, identificamos nove coletas normais, oito LSIL e 11 HSIL. As coletas satisfatórias em meio líquido tiveram resultados iguais àquelas feitas com escovas secas. A avaliação estatística revelou diferença

significante ( $p=0,0001$ ). CONCLUSÃO: os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que as coletas com escova seca foram mais efetivas na identificação das lesões citológicas do canal anal do que as realizadas em meio líquido.

#### **TL051 - COLONOGRRAFIA POR TC NO PRE-OPERATORIO DE TUMOR OBSTRUTIVO DE COLON**

AKIBA, R.T.; VONATZINGEN, A.C.; DEAK, E.; TIFERES, D.A.; PRADO-KOBATA, M.; FERNANDES, L.C.; ARTIGIANI-NETO, R.; DIPPOLITO, G.; SAAD, S.S.

*UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Colonoscopia é o exame de escolha na investigação de lesões colônicas. Após a identificação de uma lesão, a avaliação pré-operatória da totalidade do intestino grosso é mandatória devido a alta prevalência de adenocarcinomas (2-9%) e adenomas (14-49%) sincrônicos. Por outro lado até 15% dos tumores são obstrutivos impedindo a passagem do colonoscópio e a avaliação dos segmentos proximais à lesão. Neste contexto a colonografia por TC apresenta-se como um método promissor para a complementação do estadiamento pré-operatório de lesões colônicas e extra-colônicas capaz de modificar condutas e orientar estratégias cirúrgicas e/ou terapêuticas. Objetivo: Apresentação de caso de paciente com tumor obstrutivo de cólon esquerdo, onde a realização da colonografia permitiu modificar a programação cirúrgica previamente planejada. IDFP 72 anos com queixa de fraqueza, palidez e dispnéia aos médios esforços há 1 ano, associado a perda de 13 kg, e fezes em borra de café. Negava alterações do hábito intestinal. AP HAS, DM, Angina Instável. Ao exame: Descorada +3/+4, sem massas abdominais palpáveis, toque retal sem lesões com melena residual. Colonoscopia: Lesão vegetante, infiltrativa, ulcerada, endurecida, friável, a 40 cm da borda anal ocluindo toda a luz, impedindo a progressão do aparelho com biópsia, evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. TC de abdome: tumor em suprarenal direita de 9 cm e espessamento estenosante em transverso distal. Devido a colonoscopia incompleta e a incongruência entre a tomografia e a colonoscopia sobre a localização do tumor, indicou-se a colonoscopia virtual. Paciente com programação de nefrectomia direita e colectomia esquerda foi submetida a Colono TC que evidenciou 2 lesões colônicas uma em sigmóide e outra no transverso distal, além de vários pólipos em ascendente; e melhor detalhamento da lesão renal. Em face ao novo quadro a paciente foi submetida a coléctomia subtotal com íleo-reto anastomose e nefrectomia total direita no mesmo ato operatório. Estudo das peças cirúrgicas comprovou adenocarcinomas sincrônicos de cólon com tipo histológico distintos, adenomas túbulo vilosos e carcinoma de células claras com metástase para suprarenal direita. Paciente recebeu alta no 14º Pos operatório. Discussão: A colonografia é um exame rápido e pouco invasivo capaz de identificar e localizar com precisão lesões colônicas maiores que 0,6 mm permitindo a investigação completa dos cólons mesmo na presença de lesões obstrutivas. No caso apresentado a colonoscopia virtual foi decisiva para a elucidação do caso modificando a estratégia cirúrgica permitindo oferecer um tratamento completo e planejado para a paciente. Conclusão: Colono TC deve ser adotada como exame de rotina no pré operatório do câncer de cólon especialmente quando a lesão é obstrutiva.

#### **TL052 - COMPARACAO ENTRE REPARO CIRURGICO E BIOFEEDBACK PARA TRATAMENTO DE RETOCELE E CONTRACAO PARADOXAL DO PUBO-RETAL**

SOUSA, A.V.<sup>1</sup>; SOUSA, C.V.A.<sup>2</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>3</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>4</sup>; CANDELARIA, P.A.P.<sup>5</sup>; ORTIZ, J.<sup>6</sup>

*1,3,4,5,6.SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: O tratamento cirúrgico da retocele apresenta melhores resultados em comparação ao BiofeedBack em pacientes com retocele e contração paradoxal do músculo pubo-retal. Tanto a retocele como a contração paradoxal do pubo retal são causas muito frequentes de constipação relacionadas ao assoalho pélvico. Material e Método: Estudamos retrospectivamente 22 pacientes do sexo feminino entre 2008 e 2010 com associação de retocele e contração paradoxal do pubo retal, com mediana de idade de 38 anos. 11 pacientes foram realizadas correção de retocele por via perineal e 11 pacientes encaminhadas a sessões de BiofeedBack ( média de 6 sessões). Resultados: Das 11 pacientes submetidas a correção da retocele, 9 tiveram aumento da frequência evacuatoria, enquanto que das que foram encaminhadas as sessões de biofeedback, apenas 4 melhoraram a frequência das evacuações. Conclusão: Com estes resultados e frente ao acompanhamento ambulatorial destes paciente, concluímos que a correção cirúrgica da retocele isoladamente mostrou-se superior ao tratamento através de Biofeedback.

#### **TL053 - CONCORDÂNCIA ENTRE O ACHADO ULTRASSONOGRÁFICO DA ULTRASSONOGRRAFIA TRIDIMENSIONAL E O ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS A NEOADJUVÂNCIA**

PINTO, R.A.; CORRÊA NETO, I.J.F.; DE CAMARGO, M.G.M.; NAHAS, S.C.; NAHAS, C.S.R.; MARQUES, C.F.S.; COTTI, G.C.C.; RIBEIRO JUNIOR, U.; CECCONELLO, I.

*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é a 3ª neoplasia maligna em incidência no Brasil, sendo mais comum nas regiões Sudeste e Sul. O reto corresponde a cerca de 30% da incidência dos cânceres colorretais. O adequado estadiamento oncológico dos adenomas e adenocarcinomas do reto tem importância essencial tanto no tratamento quanto na avaliação prognóstica do paciente. Para tanto, a utilização de métodos diagnósticos auxiliares como o ultrassom endorretal (USER 3D) e a ressonância magnética pélvica podem promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal e do acometimento linfonodal. Desde o início da utilização do USER na década de 1980, este método vem demonstrando ser bastante eficaz, seguro e com acurácia no estadiamento do câncer retal, com acurácia global para o estadiamento T de cerca de 82% e para o envolvimento linfonodal de 73%. Objetivo: Correlacionar os achados da ultrassonografia tridimensional com o anatomopatológico de pacientes portadores de neoplasia de reto médio e distal encaminhados diretamente para procedimento cirúrgico. Métodos: Estudo prospectivo dos pacientes portadores de neoplasias do reto médio e distal acompanhados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HC-FMUSP) e no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), submetidos a USER 3D. Os parâmetros de profundidade de invasão da lesão na parede retal (T) e acometimento linfonodal (N) foram analisados durante o USER 3D e comparados com o anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Os exames foram laudados pelo mesmo médico que realizou os exames. Todos os pacientes foram submetidos a preparo retrógrado intestinal na véspera e na manhã do exame sendo avaliados através de exame físico proctológico, retoscopia e, posteriormente,

pela realização da ultrassonografia endorretal. Para correlação dos parâmetros analisados foi utilizado o índice de concordância kappa. Resultados: No período de 1 ano foram estudados 14 pacientes, sendo 9 do sexo feminino, com idade média de 63,2 anos, submetidos a ressecção transanal (TEM-10) e retossigmoidectomia (4). Quanto ao parâmetro de T o USER 3D definiu 7 T0 ou in situ, 2 T1, 3 T2 e 2 T3. Já quanto ao estádio linfonodal o USER 3D demonstrou positividade apenas em 2 casos. O índice de concordância kappa foi 0,8 (miuto bom) para a profundidade de invasão na parede retal (T) e 0,63 (bom) para acometimento linfonodal (N). Conclusão: O USER 3D é um método seguro, rápido e eficaz na avaliação e estadiamento das neoplasias de reto médio e distal. A avaliação ao USER 3D de lesões precoces e outras onde a terapêutica neoadjuvante não é indicada demonstrou boa correlação com os produtos de ressecção, comprovando a eficácia do método.

#### **TL054 - CONFECCÃO DE BOLSA ILEAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETOCOLITE ULCERATIVA E POLIPOSE MÚLTIPLA FAMILIAR: ESTUDO DE 52 CASOS**

MEDEIROS, B.A.; IEZZI, L.E.; PARRA, R.S.; FEITOSA, M.R.; URBANO, G.; GUZELA, V.R.; CARVALHO, R.G.; ALMEIDA, A.L.N.R.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A proctocolectomia total (PCT) com bolsa ileal em J e anastomose íleo-anal (BI) é considerada o tratamento cirúrgico ideal para a maioria dos pacientes com retocolite ulcerativa (RCU) e em casos selecionados de polipose adenomatosa familiar (PAF). OBJETIVO: avaliar resultados da PCT com BI em 52 pacientes portadores de RCU e PAF operados na Divisão de Proctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. MÉTODOS: Análise retrospectiva dos prontuários de 52 pacientes submetidos a BI no HCFMRP-USP. Foram avaliados: idade à época da cirurgia, sexo, diagnóstico, cirurgias prévias, tempo cirúrgico e de internação, complicações pós-operatórias e resultados funcionais. RESULTADOS: 34 eram portadores de RCU (65%) e 18 portadores de PAF (35%). A média de idade foi de 39,5 anos e 43% eram do sexo masculino e 57% feminino. Dentre os casos de PAF, 61% já se apresentavam na admissão com neoplasia maligna. Dos pacientes com RCU, 21% apresentaram megacólon tóxico, 31% haviam sido submetidos a alguma abordagem cirúrgica antes da BI e metade dos pacientes já havia apresentado outras complicações (sangramento com necessidade de transfusão ou cirurgia, peritonite ou displasia grave). O tempo cirúrgico médio foi de 4h30min (4h36min PAF e 4h27min RCU). Esse tempo incluiu pacientes do começo da experiência cirúrgica, quando as anastomoses eram realizadas manualmente. Atualmente com as anastomoses todas grameadas esse tempo é em média 2h30. Todas as cirurgias foram feitas por via aberta O período médio de internação foi de 10 dias (5-57 dias): PAF 10,1 dias e RCU 10,7 dias. Dos pacientes com RCUI, 50% apresentaram complicações cirúrgicas no pós-operatório (estenose anastomótica 18%, deiscência de anastomose íleo anal 15,6%). Dos portadores de PAF, complicações cirúrgicas ocorreram em 29,4%: 3 casos de estenose de anastomose, 1 deiscência de anastomose íleo-anal, 1 fístula da bolsa para a incisão. Houve 1 caso de infecção do trato urinário. Foi feita ileostomia protetora em 100% dos pacientes com RCU e em 88% dos pacientes com PAF. O fechamento da ileostomia foi realizado em 87,5% dos pacientes com RCU e 76,4% dos pacientes com PAF 76,4%. Ocorreu bolsite em 8

casos – 16,3% (7 de RCU e 1 de PAF), sendo necessário a retirada da BI em 3 casos de RCU (duas bolsites refratárias que depois mostraram ser doença de Cröhn e uma dermatite perineal grave associado a incontinência ). Houve 4 óbitos: 2 por neoplasia na bolsa e 2 por complicações pós-peratórias – 1 precoce e 1 tardio. Complicações tardias (oclusão intestinal, disfunção erétil, abscesso pélvico e hepático) ocorreram em 22,4% dos casos, sendo 6 casos nos portadores de PAF e 5 nos portadores de RCU). Dois pacientes apresentaram disfunção erétil e, um destes, ejaculação retrógrada. Incontinência foi observada em 6,1% dos casos, sendo um caso grave, que evoluiu com dermatite perineal grave e foi necessário amputação da bolsa. Dois pacientes referiam pequeno escape, no período noturno. A média do hábito intestinal foi de 5 vezes ao dia. CONCLUSÕES: O presente estudo demonstra ser a BI (com proctectomia ou proctocolectomia) uma cirurgia segura e de morbidade aceitável, se bem indicada e realizada por equipe especializada em centros de referência. Esta operação traz bons resultados funcionais e pode evitar ileostomia permanente. A morbi-mortalidade aceitável e bons resultados funcionais demonstram a eficácia da cirurgia

#### **TL055 - CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA APÓS INTERVENÇÃO COM BUTIRATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**

SANTOS, E.C.C.; LAMEIRO, T.M.D.M.; COUTO, G.R.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; CUNHA, F.L.; MARQUES, L.H.S.; PONARA, J.S.; ALMEIDA, M.G.

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

Resumo: Introdução: Estudos vêm demonstrando que a deficiência dos ácidos graxos de cadeia curta leva ao dano epitelial à mucosa cólica de doentes portadores de colite de exclusão (CE) e modificações no conteúdo de mucinas nas criptas intestinais. Até a presente data não tinha sido estudado, experimentalmente, os efeitos da aplicação de enemas com butirato no conteúdo de mucinas neutras e ácidas em modelos de CE. Objetivo: Avaliar efeitos da intervenção com butirato na expressão de mucinas neutras e ácidas na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal e verificar a interferência do tempo de intervenção no conteúdo de mucinas neutras e ácidas. Métodos: Dezesseis ratos Wistar, machos foram submetidos à derivação do trânsito intestinal por colostomia terminal do cólon esquerdo e fístula mucosa do cólon distal. Os animais foram subdivididos em dois grupos experimentais compostos por oito ratos segundo a data de sacrifício a ser realizado após duas ou quatro semanas. Todos foram irrigados com solução de butirato, três vezes por semana. A quantificação tecidual dos níveis mucinas ácidas e neutras foi realizada por morfometria computadorizada, comparando segmentos com e sem trânsito fecal, nos dois períodos de exclusão considerados. Foram utilizados os testes ANOVA para análise de variância dos níveis de mucinas entre os grupos nos diferentes tempos de exclusão propostos, e o teste t pareado na comparação do conteúdo de mucinas nos cólons providos e desprovidos de trânsito, estabelecendo-se nível de significância de 5% (pd<0,05). Resultado: Verificou-se que o conteúdo de mucinas neutras no cólon com trânsito após duas e quatro semanas foi de 47,5838±8,9673 e 49,1614±17,0365, enquanto o de mucinas ácidas de 19,9288±6,2338 e 19,0071±3,6707. Constatou-se que o conteúdo de mucinas neutras no cólon sem trânsito irrigado com butirato após duas e quatro semanas foi de 36,5975±10,3216 e 29,2800±6,8098, sendo o de mucinas ácidas de 10,6313±5,3174 e 9,6900±5,0225, respectivamente. Houve redução no conteúdo de mucinas ácidas no colo sem trânsito após 2 e 4 semanas de irrigação (p=0,02 e p=

0,005, respectivamente). Não houve variação no conteúdo de mucinas ácidas nos segmentos com e sem trânsito com o progredir do tempo de exclusão ( $p=0,72$ ). Não houve redução no conteúdo de mucinas neutras no cólon sem trânsito após 2 semanas de intervenção ( $p=0,08$ ), porém após 4 semanas ocorria redução no conteúdo de mucinas neutras no cólon sem trânsito ( $p=0,02$ ). Não houve variação no conteúdo de mucinas neutras nos cólons com e sem trânsito relacionado ao tempo de exclusão ( $p=0,81$  e  $p=0,11$ , respectivamente) Conclusão: A aplicação de enemas com butirato no cólon sem trânsito fecal não é capaz de manter o conteúdo de mucinas ácidas e neutras após 4 semanas de intervenção.

#### **TL056 - CORRECAO CIRURGICA DE RETOCELE : RESULTADOS DE DEZ ANOS DE EXPERIENCIA DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO - FCMSCSP**

SOUSA, A.V.<sup>1</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>2</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>3</sup>; FANG, C.B.<sup>4</sup>;  
CANDELARIA, P.A.P.<sup>5</sup>; KLUG, W.A.<sup>6</sup>; GOMES, C.M.C.<sup>7</sup>

1.SANTA CASA DE MISERICORDIA DSAO PAULO DE SAO PAULO,  
SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,6,7.SANTA CASA DE  
MISERICORDIA DSAO PAULO DE SAO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUCAO: A retocele é uma projeção sacular anormal da parede retal, de etiologia multifatorial e uma causa muito significativa de sintomas anorretais com plenitude retal, sensação de peso anal durante a defecação, evacuação incompleta e dor reto anal.Sua etiologia é multifatorial e ocorre especialmente em mulheres idosas e múltiparas. Frequentemente associa-se à síndrome da defecação obstruída podendo ser também assintomática e diagnosticada incidentalmente em defecografias em 15 a 40% dos indivíduos. O diagnóstico inicial da retocele pode ser feito, durante o exame físico, pela palpação da herniação da parede do reto. No entanto, somente o exame clínico não permite quantificar precisamente o tamanho, nem estimar o grau de esvaziamento retal durante a evacuação. Estes parâmetros são mais bem avaliados por meio de exames complementares, como a defecografia. OBJETIVO: Avaliar os resultados obtidos no tratamento cirúrgico de Retocele pela disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo nos últimos dez anos. Avaliação do diagnóstico, da indicação cirúrgica, da técnica empregada e das complicações cirúrgicas. METODOS: Revisão retrospectiva de prontuários de 58 pacientes do sexo feminino submetidas a correção cirúrgica de retocele no período entre marco de 2001 a Janeiro de 2011. RESULTADOS: Total de 58 pacientes do sexo feminino. Todas as pacientes eram múltiparas, com paridade variando entre 2 a 9 partos normais, sendo a média de 3. A idade variou de 32 a 72 anos, com média de 44 anos. Constipação Intestinal Crônica persistente apesar de tratamento clínico durante 6 meses em 100 % das pacientes. Sensação de Peso na vagina foi identificado em 52 % das pacientes. Necessidade de Digitação para evacuação em 32 %. 49 % das pacientes possuíam Retocele evidente e de grandes dimensões ao exame de defecografia (> 3 cm ). 69 % conseguia se identificar a retocele pelo exame proctológico e ginecológico 10 das 58 pacientes – ( 17,2 % ) houve retorno dos sintomas, com recidiva diagnosticada clínica e radiologicamente. Houve 1 paciente com pneumonia pos operatório 13 pacientes com queixa de sangramento discreto, que não houve necessidade de transfusão ou outra medida intervencionista, cessando espontaneamente com tampão anal. 8 pacientes tiveram dor intensa nos primeiros 15 dias de pos operatório, que resolveram com uso de analgésicos e AINH, sendo que 2 destes, necessitou uso de medicação EV 2 casos de fissura anal aguda que necessitaram de Esfínterectomia

para resolução do quadro, com hipertonia do músculo esfínter anal vistos a manometria. 20 % houve deiscência dos pontos da ferida perineal 15 % de Infecção de Ferida Operatória, sem repercussão clínica , tratados com sucesso com limpeza local e atb Vo. CONCLUSAO: 74 % obtiveram melhora clínica dos sintomas e passaram a ter frequência evacuatoria satisfatória. 7 % tiveram Recidiva já no pos operatório precoce. (< 2 meses ). 19 % houveram melhora no periodo inicial e retorno dos sintomas após 6 meses de pos operatorio. Após esta analise retrospectiva podemos concluir que a retocele quando bem diagnosticada pode ser passível de tratamento cirúrgico com bons resultados. A Via Perineal e uma via segura e com baixas taxas de complicação, com resultados satisfatórios.

#### **TL057 - CORRELAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA FECAL LEVE (SOILING), FADIGA PRECOCE DA SUSTENTAÇÃO DA CONTRAÇÃO VOLUNTÁRIA E REDUÇÃO DA AMPLITUDE DA FASE EXCITATÓRIA DO REFLEXO INIBITÓRIO RETOANAL À ELETROMANOMETRIA ANORRETAL: CASUÍSTICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA-DF**

SOARES, F.A.; REIS, T.R.L.; DURÃES, L.C.; ARAÚJO, N.T.N.;  
SEIXAS, L.M.; DE CASTRO, E.V.

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: Soiling é uma queixa frequente e pouco explorada na prática clínica. No entanto, é causa de isolamento social de grande repercussão psíquica, especialmente no idoso. Assume-se que lesões de componente sensorial e motor do nervo podendo bem como dos mecanismos de amostragem do reflexo inibitório retoanal (RIRA) podem estar relacionados ao soiling, sendo a fadiga precoce à contração voluntária e redução da amplitude da fase excitatória do RIRA marcadores passíveis de aferição objetiva por meio de eletromanometria anorretal. Este estudo objetiva avaliar a correlação entre duas cortes de pacientes portadores ou não de soiling e os referidos achados manométricos, sendo os pacientes pareados para idade e comorbidades. Dentre aqueles que referiam soiling (n=35) , 10 (28%) apresentavam fadiga precoce em intervalo de sustentação voluntária (inferior a 30 segundos) e 4 (12%) tinham a amplitude da fase excitatória do RIRA reduzida. No grupo controle, os achados foram, respectivamente, de 2 (6%) e 2 (6%) pacientes. Conforme o teste exato de Fisher com P duplo-caudado, foi demonstrada correlação estatisticamente significativa ( $P=0,0234$ ;  $OR=6,600$ ;  $IC95\%=1,326-32,856$ ) entre soiling e fadiga precoce da sustentação voluntária, ao passo que não houve correlação entre soiling e redução da amplitude da fase excitatória do RIRA ( $P=0,6733$ ;  $OR=2,129$ ;  $IC95\%=0,3637-12,464$ ). Pode-se concluir que a eletromanometria é útil para avaliação de pacientes portadores de soiling, devendo-se realizar o teste de sustentação da contração voluntária de maneira rotineira neste grupo de pacientes.

#### **TL058 - CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS DA ULTRASSONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL PÓS-NEOAJUVÂNCIA E O ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE ADENOCARCINOMA DE RETO MÉDIO E DISTAL**

PINTO, R.A.; CORRÊA NETO, I.J.F.; DE CAMARGO, M.G.M.;  
NAHAS, S.C.; NAHAS, C.S.R.; MARQUES, C.F.S.; COTTI, G.C.C.;  
RIBEIRO JUNIOR, U.; CECCONELLO, I.  
HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: O adequado estadiamento oncológico do adenocarcinoma do reto tem importância essencial tanto no manejo do paciente. No entanto, a neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia na região pélvica provoca alteração dos tecidos da região que podem dificultar a avaliação. O ultrassom endorretal (USER 3D) pode promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal e do acometimento linfonodal, quando da sua utilização pré-neoadjuvância. O estudo ultrassonográfico quando realizado apenas pós-neoadjuvância pode sofrer interferência de fatores associados à irradiação prévia da pelve. **Objetivo:** Correlacionar os achados da ultrassonografia tridimensional pós-neoadjuvância com o relatório anatomopatológico de pacientes portadores de neoplasia de reto médio e distal submetidos a ressecção cirúrgica após 8 a 12 semanas. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de adenocarcinomas do reto médio e distal acompanhados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HC-FMUSP) e no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), submetidos à USER 3D (BK Medical 2052®) somente no período pós-neoadjuvância. Por motivos inerentes ao estudo os pacientes não foram submetidos a USER 3D antes da neoadjuvância. Os parâmetros de profundidade de invasão da lesão na parede retal (T) e acometimento linfonodal (N) foram analisados durante o USER e comparados com o anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após a ressecção. Os exames foram laudados pelo mesmo médico que realizou USER. Todos os pacientes foram submetidos a preparo retrógrado intestinal na véspera e na manhã do exame sendo avaliados através de exame físico proctológico, retoscopia e ultrassonografia endorretal. Para correlação dos parâmetros analisados foi utilizado o índice de concordância kappa. **Resultados:** No período de 1 ano foram estudados 18 pacientes com anatomopatológico pronto, sendo 11 do sexo feminino, com média de idade de 63,2 anos, submetidos à ressecção transanal (3), retossigmoidectomia (9) e amputação abdominoperineal de reto (6). Quanto ao parâmetro de T o USER 3D definiu 2 T0 ou in situ, 6 T2, 8 T3 e 2 T4. Já quanto ao estadiamento linfonodal o USER 3D demonstrou positividade em 2 casos. O anatomopatológico encontrou 5 T0 ou in situ, 4 T2, 8 T3 e 1 T4, e positividade linfonodal em 3 casos. Houve uma tendência do USER 3D superestadiar as lesões da parede do reto. O índice de concordância kappa foi 0,36 (regular) para a profundidade de invasão na parede retal (T) e 0,31 (regular) para acometimento linfonodal (N). **Conclusão:** A avaliação de adenocarcinomas de reto médio e distal pós-neoadjuvância ao USER 3D demonstrou correlação regular com os produtos de ressecção, sugerindo que seu uso apenas após a neoadjuvância apresenta baixa acurácia. O exame controle pré-neoadjuvância pode melhorar os resultados de estudos subsequentes.

#### **TL059 - CURVA DE APRENDIZAGEM EM LAPAROSCOPIA COLORRETAL PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA E USO DE TESOURA MONOPOLAR**

**FIGUEIREDO, J.A.<sup>1</sup>; HANAN, B.<sup>2</sup>; MEYER, M.M.<sup>3</sup>; MARANHÃO, R.P.<sup>4</sup>; REIS, M.C.<sup>5</sup>; FERREIRA, P.M.<sup>6</sup>; VALENTE, G.S.<sup>7</sup>**  
*1,2,3,5,6,7.HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A aprendizagem da operação laparoscópica colorretal requer a participação do cirurgião com experiência nesse tipo de procedimento. Os instrumentos mais utilizados na curva de aprendizagem são as tesouras ultrassônicas ou tesouras coaguladoras bipolares. Não se conhece a curva de aprendizagem com predomínio de tesoura monopolar. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar

se o uso de tesoura monopolar influencia na taxa de conversão nos primeiros 50 casos de operação laparoscópica colorretal. Foram consideradas operações, em que houve ressecção de segmento do cólon ou reto. **Pacientes e Métodos:** Avaliaram-se os 50 primeiros casos de ressecção de cólon ou reto realizados por equipe única de cirurgiões. Separou-se o índice de conversão dos pacientes submetidos a operação com tesoura monopolar e tesoura ultrassônica. **Resultados:** Houve cinco conversões nas operações em que utilizou-se tesoura monopolar e quatro conversões com a tesoura coaguladora ultrassônica. Noventa e dois por cento dos pacientes eram oncológicos e o índice de conversão total foi 18%. Suas causas foram sangramento não controlado, não identificação de estruturas retroperitoneais, mesocólon espesso e problemas com o material da laparoscopia. A operação mais realizada foi a ressecção anterior alta. **Discussão e Conclusão:** O uso de tesoura monopolar não foi determinante na conversão para operação aberta, mas foi limitante em pacientes obesos. É possível passar pela curva de aprendizagem em operação laparoscópica do cólon e reto sem tesoura coaguladora ultrassônica.

#### **TL060 - CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTE FEMININA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO**

**WESTPHALEN, A.P.<sup>1</sup>; MAIOLI, R.A.<sup>2</sup>; NASCIMENTO, N.S.<sup>3</sup>; PEREIRA, T.<sup>4</sup>; VIEIRA, P.B.<sup>5</sup>; DE LIMA, L.<sup>6</sup>; FRACARO, G.B.<sup>7</sup>; MENDONÇA, T.<sup>8</sup>**

*1,2,3,4,5,6,8.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 7.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O câncer colorretal (CCR) é um dos três tipos de câncer mais comuns em mulheres, porém é raro em gestantes, com uma incidência de 0,002%, ou um caso a cada 50.000 gestações. O estadiamento não difere daquele das pacientes não gestantes. Seu diagnóstico e terapêutica na gestação representam um desafio, devido a semelhança entre os sintomas do CCR e da gestação em curso. Não está plenamente estabelecido um protocolo a respeito do melhor tratamento e seguimento. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente gestante com câncer colorretal. **Materiais e métodos:** Revisão do prontuário da paciente e revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente I.A., feminina, 36 anos, gestante de 11 semanas, admitida com quadro de enterorragia e constipação há 4 meses, sem puxo ou tenesmo, associada a perda ponderal de 4 kilos no período e anemia grave (Hb:4,6). História familiar de mãe falecida por câncer colorretal, não sendo especificado o sítio pela paciente. Submetida a colonoscopia em 29/11/10, que demonstrou lesão estenosante a 12 cm da margem anal sugestiva de neoplasia. Realizada biópsia que demonstrou adenocarcinoma intestinal tubular moderadamente diferenciado infiltrando a lâmina própria. Ecografia abdominal e Raios-x de tórax sem evidências de lesões metastáticas. CEA pré-operatório(02/12):4,8. Realizada retossigmoidectomia com anastomose primária em 08/12/2010. Estadiamento III B (pT3,pN1,pMx), presença de micrometástases em um de treze linfonodos; realizado biópsia de implante peritoneal-metástase de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado G2 em peritônio, com presença de êmbolos neoplásicos vasculares e bordos envolvidos pela lesão. Apresentou boa evolução e segue em vigência de quimioterapia adjuvante com 5-fluoracil e leucovorin (12 sessões). A paciente foi submetida a operação cesariana em 14/06/2011, pesando o feto 3,3 kilos em boas condições. **Discussão:** O câncer colorretal na gestação é geralmente diagnosticado tardiamente, pois os sinais e sintomas (anemia, alteração do hábito intestinal e sangramento retal) são freqüentemente interpretados como sintomas clássicos da gravidez

ou manifestação de doenças orificiais. A indicação de tratamento cirúrgico está condicionada à idade gestacional e ao estadiamento. Quando o diagnóstico é feito na primeira metade da gestação, a cirurgia para ressecção tumoral deve ser prontamente realizada. Se o diagnóstico é feito após a segunda metade da gestação, a intervenção cirúrgica deve ser postergada em prol da gestação, e realizada indiscutivelmente em casos emergenciais (obstrução, perfuração). Alguns estudos sugerem que os níveis aumentados de estrogênio e progesterona durante a gestação estimulariam a carcinogênese, conferindo um pior prognóstico para as pacientes. O retardo na indicação de cirurgia radical implica em disseminação neoplásica. Conclusão: O diagnóstico de câncer colorretal em gestantes é difícil, porém tal hipótese deve ser aventada face a sintomatologia sugestiva. Devemos atentar para o discernimento dos sinais típicos da gestação versus o quadro clínico do câncer colorretal, visando atingir melhor prognóstico e sobrevida para as pacientes.

#### **TL061 - CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPÓIDE HEREDITÁRIO – RELATO DE CASO**

BARRETO, J.B.P.; LEAL, K.F.C.S.; GUERRA, L.F.A.; BARRETO, R.G.L.; COSTA, R.C.N.C.; RIBEIRO, D.A.; BARBOSA, F.L.; OLIVEIRA, R.A.S.; CASTRO, I.T.C.  
HUUFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal não polipóide hereditário (HNPCC) é responsável por 5% a 10% do total dos cânceres colorretais em todo o mundo e representa uma predisposição genética para o surgimento destas neoplasias. A identificação das famílias susceptíveis a partir dos Critérios de Amsterdã é de suma importância, pois visa um rastreio mais intenso com objetivo de um diagnóstico precoce. Objetivo: Relatar um caso clínico de HNPCC metacrônico em paciente pertencente a família com Critérios de Amsterdã positivos. Relato de Caso: Paciente feminina, idade atual de 76 anos, em 1989 apresentou dor abdominal em flanco e fossa ilíaca direita, que piorava com a ingestão de certos alimentos. Em alguns meses, evoluiu com aumento intensidade da dor, que passou a ser contínua, acompanhada de diarreia, perda ponderal não aferida e astenia. Ao exame físico havia em flanco direito massa palpável, indolor, de consistência firme e aderida a planos profundos. Submetida a clister opaco, que evidenciou lesão tumoral em colon direito. Realizou colectomia direita com íleo-transverso anastomose, termino-terminal manual, evoluindo sem complicações. Histopatológico da peça cirúrgica revelou Adenocarcinoma pouco diferenciado, infiltrando até a serosa e tecido adiposo adjacente. Margens de ressecção livres de neoplasia – classificação DUKES C. Entre os anos de 1996 à 2006, 6 parentes de primeiro grau tiveram diagnóstico de adenocarcinoma colorretal, todos em cólon direito, sendo que uma delas, apresentou dois anos após a colectomia, adenocarcinoma gástrico. Segundo os critérios de Amsterdã, os pacientes em questão apresentavam diagnóstico clínico de HNPCC. A paciente permaneceu assintomática, fazendo seguimento com colonoscopias anuais. Em 2007 queixou-se de dor abdominal difusa, associada a constipação, aumento do esforço evacuatório e sangramento baixo. Nesta época, foi submetida a colonoscopia, com diagnóstico e ressecção de 2 pólipos sesséis próximos a linha de anastomose. Histopatológico mostrou tratar-se de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Em 2010, em nova colonoscopia foi visualizada lesão vegetante ulcerada próximo a anastomose íleo colica, que ao histopatológico apresentava-se como adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Indicado cirurgia para ressecção do íleo, cólon transverso, cólon descendente e sigmoide, com anastomose latero-lateral. Exame

macroscópico da peça mostrava lesão ulcerada com aproximadamente 2,5 cm na metade do cólon transverso. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, obtendo alta para acompanhamento ambulatorial no oitavo dia pós operatório. CONCLUSÃO: Trata-se de um caso de câncer colorretal não polipóide hereditário metacrônico, em paciente com duas intervenções cirúrgicas, com intervalo de 21 anos entre elas, em uma paciente pertencente a uma família com critérios clínicos de Amsterdã positivos, demonstrando a importância do rastreio diagnóstico nos integrantes de familiares portadores desta síndrome.

#### **TL062 - DEARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) – EXPERIÊNCIA INICIAL BRASILEIRA**

KLAJNER, S.; BORGES, P.C.M.; KRUGLENSKY, D.  
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: O objetivo de nosso trabalho é relatar a experiência inicial com pacientes submetidos à técnica de THD. Pacientes e Métodos: De Junho de 2010 a Junho de 2011, 47 pacientes consecutivos foram submetidos à técnica de THD. A queixa principal dos pacientes foi sangramento às evacuações associado ao prolapso hemorroidário. Foram submetidos ao procedimento cirúrgico pacientes com doença hemorroidária graus II, III e IV. Todos os procedimentos foram realizados sob regime de internação hospitalar e preparo através de lavagem com solução de fosfato de sódio (200ml) 30 minutos antes da cirurgia. Os procedimentos foram realizados com o paciente sob raquianestesia e sedação e na posição de litotomia. Utilizou-se o dispositivo THD slide®, THDLab, Corregio, Itália para a realização de todos os procedimentos. O seguimento foi realizado pelo próprio cirurgião, com acompanhamento no pós operatório imediato, 7 dias, e 1 mês de cirurgia. Todos os pacientes receberam alta com orientações de dieta laxativa, mucilagem, antiinflamatório não hormonal e analgésico se necessário. Resultados: Quarenta e sete pacientes foram submetidos ao procedimento, sendo 31 do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 42 anos (56 - 24). A doença hemorroidária grau III foi a mais prevalente (59,6% 28/47), seguida das de grau II (21,3% 10/47) e grau IV (19,1% 9/47). A média de dias de internação para o procedimento foi de 1,1 dia. Três pacientes apresentaram sangramento entre o 5º e o 12º dia pós cirurgia com necessidade de revisão. Nenhum apresentou trombose pós-operatória. Um paciente apresentou fecaloma no 4º dia pós-operatório. 95,7% (45/47) dos pacientes apresentaram melhora total dos sinais e sintomas, com 2 pacientes mantendo pequeno prolapso de mucosa. Todos os pacientes com queixa prévia de sangramento obtiveram remissão dos sintomas. A maioria dos pacientes retornou às atividades laborais entre o 4º e 5º dia de pós operatório. Conclusão: A técnica de THD consiste em mecanismo inovador para o tratamento da doença hemorroidária de graus II, III e IV e em nossos casos mostrou-se segura e eficaz. Estudos com casuísticas maiores, prospectivos e randomizados são necessários e esperados em futuro próximo para a melhor avaliação tanto da eficácia, como dos sintomas pós-operatórios e índice de recidiva a longo prazo.

#### **TL063 - DILATAÇÃO COM SONDA DE FOLEY ACOPLADA A COLONOSCÓPIO EM ESTENOSE BENIGNA DE ANASTOMOSE DE RETOSSIGMOIDE**

BARRETO, J.B.P.; RIBEIRO, D.A.; BARRETO, R.G.L.; COSTA, R.C.N.C.; TEIXEIRA, F.G.; BARBOSA, F.L.; GUERRA, L.F.A.; LEAL, K.F.C.S.; OLIVEIRA, R.A.S.; CASTRO, I.T.C.  
UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: Estenoses benignas do reto sigmoides são complicações pós-cirúrgicas nas quais a dilatação com cateteres balonados está indicada. A dilatação possui fácil acesso à estenose, podendo ser realizado sob controle endoscópico e/ou radiográfico, apresentando baixo risco de perfuração da víscera, sendo geralmente corrigida com este tipo de tratamento. O serviço de endoscopia digestiva não dispunha de balões para dilatação de estenose baixa. Optamos por utilizar um cateter de Foley, acoplado a um colonoscópio. Relato de caso: MNS, 46 anos, feminino, em julho/2010 recebeu diagnóstico de adenocarcinoma in situ em reto sigmoides a ±20 cm da margem anal. Realizou colonoscopia, seguida de biópsia confirmatória. Submeteu-se a retossigmoidectomia em setembro/2010 com anastomose primária por duplo grampeamento com grampeador circular 33mm. A histopatologia da peça cirúrgica mostrou margens livres. Admitida no HUUFMA no dia 04/02/2011, com quadro de dor e distensão abdominal, enjoos, e parada de eliminação de gases e fezes havia 96 horas. Encontrava-se desidratada. Ao toque retal ampola retal vazia. Na radiografia do abdomen da admissão visualizou-se dilatação cólica. Após 24 horas de hidratação vigorosa defecou espontaneamente em pequena quantidade, sem esforço excessivo. No dia 08/02/2011 realizou clister glicerinado, com eliminação de moderada quantidade de fezes de consistência líquido-pastosa com melhora temporária dos sintomas. No dia 09/02/2011 realizou-se colonoscopia que evidenciou estenose de anel anastomótico, sendo realizado no mesmo momento dilatação utilizando dilatador de Savary-Gilliard n° 15 seguido de cateter de Foley n°20 (com 15ml de água) acoplado ao colonoscópio, obtendo-se sucesso no procedimento, tendo a paciente defecado ainda em sala. No dia seguinte evoluiu sem sintomas obstrutivos e foi submetida a novo procedimento endoscópico, com nova dilatação com cateter de Foley n° 20 (com 15 ml) acoplado ao colonoscópio. Recebeu orientações para alta hospitalar e retorno ambulatorial. Retornou no dia 16/03/2011 sem queixas, com toque retal pérvio. Conclusão: Há alguns trabalhos que se utilizaram de cateter de Foley ou colonoscópio em conjunto com os mais diversos métodos, mas não encontramos descrição dos mesmos acoplados, como aqui descrito. A técnica por nós utilizada mostrou-se simples, fácil, sem necessidade de equipamento sofisticado, feito sob visão direta. Consideramos que apesar de termos logrado êxito no nosso estudo, há a necessidade de estudos posteriores, controlados e com maior amostragem para confirmação da eficácia do método.

#### TL064 - DILEMAS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA

NIGRO, R.<sup>1</sup>; MORY, E.K.<sup>2</sup>; RIVKIND, A.<sup>3</sup>

1,3. INSTITUTO LE FORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Dilemas no tratamento cirúrgico da endometriose intestinal profunda. Introdução: A cirurgia constitui a principal opção no tratamento da endometriose intestinal profunda. No entanto, muitos aspectos relativos à fisiopatologia, bem como a evolução, da endometriose intestinal profunda ainda não são completamente compreendidos. Os poucos estudos disponíveis ainda não permitem determinar qual a melhor maneira de abordar cirurgicamente a endometriose intestinal profunda. Objetivo: Discutir os principais aspectos da abordagem cirúrgica da endometriose intestinal através de revisão bibliográfica. Metodologia: Revisão bibliográfica relacionando as seguintes palavras chaves: endometriose intestinal e tratamento cirúrgico. Resultados: Levantamento de artigos no sistema PUBMED retornou um total de 72 trabalhos dos quais a grande

maioria é constituída por relatos e pequenas séries de casos e 8 revisões. Não foi encontrado nenhum trabalho clínico randomizado abordando este tema. Discussão: Discutimos em forma de tópicos os principais dilemas relacionados ao tratamento cirúrgico da endometriose intestinal profunda com apresentação dos principais trabalhos na área. 1. Quem deve realizar o tratamento cirúrgico? A abordagem multidisciplinar é ponto fundamental no tratamento da endometriose intestinal, porém as ressecções intestinais devem ser realizadas preferencialmente por cirurgiões especializados. 2. Tratamento medicamentoso ou cirúrgico? Apenas o tratamento cirúrgico pode oferecer melhora duradoura dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes. Estudos demonstram indícios de benefício do tratamento medicamentoso como terapia adjuvante da cirurgia, porém sem comprovação. 3. Qual a melhor via cirúrgica? A melhor via de abordagem cirúrgica é a laparoscópica com ganhos comprovados em termos de segurança e custos. 4. Qual o melhor procedimento? A realização do shaving vem sendo progressivamente abandonada. A ressecção segmentar e a ressecção discóide apresentam vantagens e desvantagens. Apesar de existirem evidências que a ressecção discóide não apresentar a mesma eficácia na excisão de todos os focos de endometriose, há evidências de melhora dos sintomas e de qualidade de vida com menores índices de complicações. Sendo assim, defendemos que cada procedimento apresenta indicações específicas dentro do espectro evolutivo e sintomatológico da endometriose intestinal. 5. A ressecção radical é essencial? A eliminação de todos os focos de endometriose deve ser sempre o objetivo do cirurgião no tratamento da endometriose intestinal, no entanto, mesmo ressecções “não-carcinológicas” apresentam bons resultados na melhora dos sintomas e de qualidade de vida. Conclusão: Diversos aspectos envolvendo o tratamento cirúrgico da endometriose intestinal ainda encontram-se sem resposta adequada. Apesar dos poucos trabalhos disponíveis, é possível afirmar que a ressecção discóide e a ressecção segmentar constituem opções viáveis e devem ser indicadas de acordo com a sintomatologia e grau de acometimento da paciente. Faz-se necessário novos estudos, bem como a definição de guidelines para auxiliar na avaliação e tratamento da endometriose intestinal.

#### TL065 - DIVERTICULO DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BEMFICA, A.G.<sup>1</sup>; KALUME, F.A.<sup>2</sup>

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.

Resumo: A doença diverticular dos cólons foi descrita pela primeira vez por Littre, em 1700. Ocorre mais frequentemente no cólon sigmóide, seguido pelos cólons descendente e transversos. Acometimento do reto é extremamente raro, correspondendo a menos de 0,1%. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de divertículo de reto diagnosticado no Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre-MG e fazer uma revisão da literatura em relação à etiologia, diagnóstico e tratamento. Paciente masculino, 56 anos, procurou o ambulatório com queixa de tenesmo, incontinência fecal leve principalmente à noite e dor na região anal, com evolução de cinco meses. Negava história de alteração do hábito intestinal, hematoquezia ou muco nas fezes, emagrecimento e dor abdominal. Ao exame proctológico observou-se ao toque divertículo na parede anterior do reto. Não foram observadas outras alterações à anuscopia e à retossigmoidoscopia. Ao enema opaco observou-se formação diverticular na parede anterior do reto, de 2,0cm e com colo de



aproximadamente 1,8cm, sem divertículos em outros segmentos do cólon. Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da doença diverticular dos cólons são: o gradiente de pressão entre a luz intestinal e a mucosa e as áreas de relativa fraqueza na parede intestinal, sendo a parede colônica mais fraca nas áreas onde os vasos penetram na camada submucosa. Alguns fatores contribuem para justificar a baixa incidência do divertículo de reto: a disposição anatômica da camada muscular que envolve o reto promove maior resistência a variações de pressões intraluminares; o reto possui pressão interna menor e atividade peristáltica menos evidente quando comparado ao cólon sigmóide. Vale ressaltar a possível origem congênita dos divertículos de reto, reforçada pela semelhança entre o divertículo retal e a duplicação congênita do reto, além do divertículo de reto apresentar-se como verdadeiro. Fraqueza da camada muscular circular, atrofia muscular primária e ausência de estruturas de suporte como o cóccix são descritos como anomalias congênitas que têm importância no desenvolvimento do divertículo de reto. Estima-se que uma fraqueza muscular congênita evolua para a formação do divertículo de reto na presença de fatores desencadeantes ao longo da vida. Divertículos de reto tipicamente não requerem tratamento, sendo a cirurgia reservada a casos de sintomatologia local significativa, complicações ou associação com neoplasias. Pacientes devem ser acompanhados periodicamente devido à possibilidade de metaplasia de mucosa no interior do divertículo e à associação com o câncer de reto. Conclui-se que o divertículo de reto, apesar de pouco descrito, deve ser aventado em quadros de sintomas que possam envolver patologias do reto. O exame proctológico minucioso leva ao diagnóstico, que pode ser complementado por outros exames de imagem ou fisiologia.

**TL066 - DOENÇA DE CROHN EM PACIENTES ABAIXO E ACIMA DE 40 ANOS. ESTUDO RETROSPECTIVO DE 278 PACIENTES TRATADOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP**  
URBANO, G.; IEZZI, L.E.; GUZELA, V.R.; CARVALHO, R.G.; FEITOSA, M.R.; MEDEIROS, B.A.; PARRA, R.S.; ALMEIDA, A.L.N.R.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: A doença de Crohn acomete principalmente adultos jovens na 2ª e 3ª décadas de vida, e aparece em menor incidência, após os 40 anos. O presente estudo busca comparar as diferenças entre estes grupos em relação à apresentação da doença, complicações, complexidade, necessidade de abordagens cirúrgicas e reintervenções. Material e Métodos: Foram revisados prontuários de 278 pacientes com diagnóstico clínico, radiológico/endoscópico ou anatomo-patológico de doença de Crohn seguidos na Divisão de Coloproctologia do HC – FMRP-USP. Foram excluídos aqueles cujos prontuários não continham as informações solicitadas pelo questionário. Os dados coletados foram tabulados e analisados. Resultados: 213 paciente (76,9%) apresentavam menos de 40 anos ao diagnóstico. Os seguintes dados puderam ser discriminados entre as populações: - Antecedentes familiares positivos: 7% dos pacientes com menos de 40 anos e 14% dos pacientes com 40 anos ou mais. - Manifestações extra-intestinais: 29,6% dos pacientes com menos de 40 anos e 40,6% dos pacientes com 40 anos ou mais. Em ambos os grupos as manifestações extra-intestinais mais comuns foram as articulares. - Anemia: Hemoglobina média à época do diagnóstico de 10,8 g/dl nos pacientes com menos de 40 anos e 11,1 g/dl dos pacientes

com 40 anos ou mais. - Apresentação clínica mais prevalente: comprometimento ileal foi o mais frequentemente observado em ambos os grupos. Formas mistas, com comprometimento ileal, colônico e peri-anal foi observado em mais de 50% dos pacientes de ambas as faixas etárias. - Pacientes com abordagem cirúrgica: 81,2% dos pacientes com menos de 40 anos foram submetidos a cirurgia abdominal ou peri-anal em algum momento, e 79,7% dos pacientes com 40 anos ou mais. - Pacientes com necessidade de reintervenção cirúrgica (mais que 1 cirurgia): 58,7% dos pacientes com menos de 40 anos foram submetidos a 2 ou mais procedimentos cirúrgicos, e 46,9% dos pacientes com 40 anos ou mais. - Média de cirurgias por paciente: na população abaixo de 40 anos foram realizadas a média de 2,83 cirurgias por paciente, enquanto que na população com 40 anos ou mais foi realizada 1,92 cirurgia por paciente. - Uso de terapia biológica (infliximabe ou adalimumabe): 26,8% dos pacientes com menos de 40 anos utilizaram terapia biológica em algum momento da evolução, e 15,6% dos pacientes com 40 anos ou mais. Conclusões: Em ambos os grupos etários as manifestações iniciais foram semelhantes, diferindo apenas na maior frequência de manifestações extra-intestinais no grupo mais idoso. Da mesma forma, neste mesmo grupo, havia maior número de pacientes com antecedentes familiares de doença inflamatória intestinal. O número de pacientes com necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas, assim como a média de cirurgias por paciente, foi maior no grupo diagnosticado em idade mais precoce. Estes dados nos permitem inferir que a doença de Crohn tende a ser mais agressiva e causar mais complicações na faixa etária mais jovem. Os pacientes mais jovens também foram submetidos mais frequentemente a terapia com agentes biológicos, seguindo a tendência atual da terapia “top down” para os casos que já iniciam mais graves.

**TL067 - DOENÇA DE CROHN PERINEAL COMPLEXA: IMPORTÂNCIA DA MANOMETRIA ANORRETAL**

FORMIGA, F.B.; CARVALHO, M.A.; PACHECO, M.V.; BALSAMO, F.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.

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

Resumo: Introdução: A manometria anorretal é um método de investigação funcional da atividade anorretal. Possibilita a medida das pressões anorretais e suas variações em decorrência de respostas fisiológicas ou disfunções do assoalho pélvico. Na doença de Crohn perineal (DCP) complexa, a manometria ainda é um exame pouco utilizado e que deve ser adicionado a outros métodos de investigação anátomo-funcional, podendo trazer informações ao planejamento terapêutico. Objetivo: Analisar a função anorretal dos pacientes com DCP complexa. Método: Análise retrospectiva dos pacientes com DCP fistulizante que foram submetidos ao exame de manometria anorretal de dezembro de 2004 a junho de 2011, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis. Foram incluídos pacientes com fístulas perianais complexas, múltiplas e reto-vaginais tratadas ou em vigência de tratamento. Foram excluídos pacientes com fístula superficial, única, além dos pacientes com doença exclusivamente não fistulizante. Resultados: Foram avaliados 25 pacientes no período, sendo 56% mulheres, média de idade de 40 anos, variando entre 22 e 62 anos. DCP exclusiva caracterizava 48% da amostra. Todos foram submetidos a exame proctológico sob anestesia para avaliação da extensão da doença e realização de procedimentos cirúrgicos, sendo a média de 1,6 procedimento/paciente. A média do tempo de Doença de Crohn foi 9,7 anos, com 7,6 anos de doença perineal. Apenas 20% dos pacientes apresentavam fibrose pós tratamento medicamentoso e cirúrgico das fístulas complexas, ao contrário do

restante que apresentavam fístulas perianais, 56% exclusivamente e 24% associadas a fissuras, úlceras, abscessos, estenoses e fístulas reto-vaginais. A avaliação da tonicidade esfinteriana ao exame clínico foi possível em 44% dos pacientes, sendo 54% dos avaliados normotônicos. Isso não se relacionou com a pressão máxima de repouso, diminuída em 64% dos pacientes, sem concordância clínica-manométrica em seis de 11 casos. A pressão máxima de contração estava diminuída em 52% da amostra. Apenas 16% dos pacientes tinham pressões anais dentro da normalidade. Discussão: A presença de fístulas e abscessos é a apresentação mais comum da DCP. A caracterização funcional da evolução para a incontinência e a decisão da preservação esfinteriana estão hoje baseadas em dados subjetivos devido a dificuldade diagnóstica. Para tal, o exame clínico associado ao estudo manométrico e a avaliação da extensão da doença sob anestesia se impõe como medidas diagnósticas fundamentais, podendo se somar à ressonância nuclear magnética de pelve e à ultrassonografia anorretal. Conclusão: A DCP complexa é caracterizada por disfunção grave do assoalho pélvico e o estudo manométrico da função anorretal adiciona informações para o diagnóstico e tratamento.

#### **TL068 - DOENÇA DE CROHN: IMPORTÂNCIA DA ÍLEOCOLONOSCOPIA NA AVALIAÇÃO DA RECIDIVA E DA NECESSIDADE DE MUDANÇA DE PROFILAXIA NO PÓS-OPERATÓRIO**

NOGUEIRA, F.S.; WERNECK, S.L.; CARVALHO, M.A.; LIMA, R.F.C.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.  
HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade inflamatória intestinal crônica e recidivante, em que 80% dos pacientes podem necessitar de ressecção intestinal ao longo da vida. No seguimento dos pacientes submetidos a cirurgia pode ocorrer recidiva endoscópica na anastomose ou próxima dela em 75% dos pacientes após dois anos de pós-operatório sem profilaxia medicamentosa. Objetivo: Avaliar a recidiva endoscópica nos pacientes em pós-operatório de DC e a necessidade da mudança de profilaxia medicamentosa. Método: Estudo retrospectivo de janeiro de 2006 a dezembro 2009 com 28 pacientes submetidos a cirurgia abdominal por DC e que receberam profilaxia medicamentosa no pós-operatório. As variáveis avaliadas foram o tempo entre a cirurgia e a realização da íleocolonoscopia, a atividade endoscópica pelo escore de Rutgeerts, a necessidade de mudança de profilaxia medicamentosa após o uso de medicação em dose otimizada e avaliação dos preditores de recidiva nos pacientes com escore de Rutgeerts e" 2. Resultados: Na amostra avaliada o tempo médio, até a realização do exame endoscópico foi de 15 meses. Em 60,7% dos pacientes o escore de Rutgeerts foi i0; 25% com escore i1; 10,7% com escore i2 e 3,5% com escore i3. A mudança de profilaxia medicamentosa no pós-operatório foi necessária em 14% dos pacientes em função do achado endoscópico do escore de Rutgeerts e" 2, sendo que os preditores de recidiva nesta amostra estiveram presentes em 75% dos pacientes. Conclusão: A baixa recidiva endoscópica nos pacientes em pós-operatório de DC está associada a uma eficaz profilaxia medicamentosa e o controle endoscópico foi importante para a determinação na mudança da profilaxia medicamentosa.

#### **TL069 - DOENÇA HEMORROIDÁRIA – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SEGUIMENTO DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMORROIDECTOMIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIÚNA - SP**

ROMAGNOLO, L.G.C.; NAMIKAWA, S.; CARDOSO, K.; PACHECO, D.; DIAS, R.; TRINDADE, G.; KASSOUF, M.; HIRANO, E.  
HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI, JAGUARIUNA, SP, BRASIL.

Resumo: Hemorróida é a patologia anal mais comum. Fatores predisponentes são constipação intestinal, diarreia crônica, gravidez, esforços físicos, anormalidades do esfíncter interno, hereditariedade e idade. Os sintomas mais comuns são prolapso, sangramento, dor, edema, desconforto, prurido, mucorréia. Como complicações tem se trombozes, estrangulamentos, hemorragias, ulcerações com infecção secundária e abscessos. Em pacientes com hemorróida grau I e II, realiza-se tratamento clínico, Escleroterapia, Ligadura elástica, Fotocoagulação. Indicações cirúrgicas incluem falha no tratamento clínico, complicações associadas e hemorróidas grau III e IV. Objetivo: Revisar os pacientes atendidos pela cirurgia geral do HMWF, de 2008 a 2011 com doença hemorroidária submetidos a tratamento cirúrgico. Método: Levantamento de pacientes submetidos à hemorroidectomia, utilizando idade, sexo, sintomatologia, tempo de doença, exame para diagnóstico e grau da doença, intervalo do diagnóstico até cirurgia, técnica cirúrgica, tempo de internação, seguimento ambulatorial e complicações. Resultados: Foram estudados 74 pacientes submetidos a hemorroidectomia, sendo 25 homens e 49 mulheres. Como sintomatologia, 28 referiram dor e sangramento; 13 dor, sangramento e nodulação anal; 10 sangramento e nodulação anal; 16 dor e nodulação anal e 8 nodulação anal. Vinte e quatro pacientes relatam queixa de 1 a 4 meses de história; onze de 5 a 8 meses; vinte e quatro de 9 a 12 meses; seis de 12 a 24 meses e dez acima de 24 meses. Em 100% dos casos utilizou-se o exame físico para diagnóstico, sendo 9 casos classificados como Grau II, 43 como Grau III e 23 como Grau IV. Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico, o tempo foi de 1 mês para 37 pacientes, 2 meses para 21 pacientes, de 3 a 6 meses para 9 pacientes, de 7 a 12 meses para 5 pacientes e apenas 2 acima de 12 meses. Foram utilizadas três técnicas: 42 pacientes à Milligan Morgan; 26 à Ferguson e em 3 foi realizada ligadura elástica. O tempo de internação foi de um dia para todos e o seguimento ambulatorial de 15 dias para 12 pacientes, 21 dias para 12 pacientes, 30 dias para 39 pacientes, 60 dias para 8 pacientes e 45 dias para 3 pacientes. As complicações foram deiscência sutura e prolapso por ligadura elástica. Conclusão: O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária apresenta um baixo índice de complicações, demanda pouco tempo cirúrgico e internação, boa resolutividade, necessita de um acompanhamento pós cirúrgico breve, e não observou-se vantagens significantes entre as técnicas utilizadas.

#### **TL070 - EFEITOS ADVERSOS DOS AGENTES BIOLÓGICOS NO MANEJO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: HÁ DIFERENÇAS ENTRE INFLIXIMABE E ADALIMUMABE?**

KOTZE, P.G.<sup>1</sup>; KOTZE, L.M.S.<sup>2</sup>; AKIYOSHI, F.K.<sup>3</sup>; LUVIZOTTO, M.J.<sup>4</sup>; NISHIHARA, R.<sup>5</sup>

1,2,3,4. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - SECOHUC - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 5. LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: o papel da terapia anti-TNF está cada vez mais sólido no manejo terapêutico das doenças inflamatórias intestinais (DII). Há dois agentes biológicos liberados para este fim, o Infliximabe (IFX) e o Adalimumabe (ADA). Ambos são utilizados no tratamento da doença de Crohn (DC), porém só o IFX está liberado no Brasil para uso na retocolite ulcerativa

inespecífica (RCUI). A eficácia destas drogas e os seus perfis de segurança são amplamente documentados na literatura. Há escassez de dados sobre efeitos adversos destes medicamentos em pacientes brasileiros portadores de DII. O objetivo deste trabalho foi analisar a incidência e perfil dos efeitos adversos do IFX e do ADA no manejo das DII em uma série de casos. MÉTODO: estudo retrospectivo e longitudinal de uma série de casos de portadores de DII (DC e RCUI) que tiveram em algum momento do seu tratamento utilização de IFX ou ADA. Os pacientes foram divididos em 2 grupos (IFX e ADA) e as informações provenientes de uma base de dados foram analisadas em um protocolo específico. As variáveis analisadas foram: dados demográficos, classificação de Montreal (nos portadores de DC), uso de imunossuppressores, efeitos adversos, interrupção do tratamento, entre outros. A hipótese principal do estudo foi de que não haveria diferença estatística entre os dois grupos em relação à incidência e aos tipos de efeitos adversos. A análise estatística foi realizada com o método de Fischer, pelo programa Statistica 5.0, com  $p < 0,05$ . RESULTADOS: foram analisados dados de 27 pacientes que usaram IFX (3 portadores de RCUI e 24 de DC) e 25 que usaram ADA, todos com DC. A média de idade dos grupos foi de 41,3 ( $\pm 14,6$ ) anos para o grupo IFX e 37,4 ( $\pm 14,6$ ) para o grupo ADA. O tempo de seguimento médio dos dois grupos foi de 20,81 meses (IFX) e 19,32 meses (ADA) com  $p=0,65$ . Os efeitos adversos encontrados foram 14 em 27 pacientes no grupo IFX (51,8%) e 14 em 25 pacientes (56%) no grupo ADA, ( $p=0,49$ ). Dor no local da injeção foi um efeito excluído do grupo ADA pela subjetividade de análise. Os efeitos mais encontrados no grupo IFX foram reações cutâneas ( $n=5$ ), reações infusoriais ( $n=4$ ), artralgias ( $n=2$ ) neuropatia periférica, HPV perianal e sinusite (1 paciente cada). No grupo ADA os efeitos mais encontrados foram sinusite ( $n=3$ ), alopecia, artralgias, lesões cutâneas (2 pacientes cada) e herpes zoster, herpes facial, vasculite e ungueíte (1 paciente cada). Não houve diferença significativa no número e no perfil de eventos adversos entre os dois grupos. CONCLUSÕES: em uma série de casos de portadores de DII em uso de biológicos, não houve diferença estatística entre os dois agentes (IFX e ADA) na incidência e perfil de eventos adversos encontrados.

#### TL071 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA EM PEDIATRIA: ASPECTOS RELEVANTES

MATOS DE SANTANA, R.; DA ROCHA TORRES NETO, J.; PRADO NUNES, M.A.; DO PRADO TORRES, F.A.; RAMOS TEIXEIRA, F. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL. Resumo: Introdução: A Endoscopia Digestiva Baixa (EDB) é um método diagnóstico cada vez mais utilizado na avaliação e prevenção das doenças do cólon e reto. A segurança e efetividade da EDB na investigação de patologias colorretais em crianças estão estabelecidas na literatura mundial há mais de duas décadas. Equipamento específico disponível permite que sejam realizados exames em todas as faixas etárias pediátricas, incluindo os neonatos. Objetivos: Levantar os aspectos relevantes (idade, gênero, preparo, anestesia, indicações, achados, rendimento diagnóstico e complicações) das EDBs realizadas em pacientes na faixa etária de 0 a 18 anos incompletos. Material e Métodos: Estudo observacional descritivo do tipo coorte longitudinal, retrospectivo, no qual foram estudados todos os pacientes na faixa etária de 0 a 18 anos incompletos submetidos à endoscopia digestiva baixa (EDB) no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) no período de 2008 a 2010. Resultados: Foram avaliados 60 pacientes submetidos à EDB, sendo que 38 (63%) foram submetidos à colonoscopia e 22 (37%) à retossigmoidoscopia. O alcance da EDB foi completo em 83,3% dos

pacientes, com uma taxa de intubação ileal de 44,7%. A média de idade dos pacientes foi de 9,1 anos com desvio padrão de 5,4. As principais indicações à realização da EDB foram: sangramento retal, diarreia crônica e dor abdominal. O preparo foi classificado como bom em 43 (71,7%) pacientes. A análise estatística demonstrou que a qualidade do preparo influenciou diretamente o alcance da colonoscopia. Em 38 (63,3%) pacientes foi realizada anestesia geral, em 9 (15%) pacientes foi realizada sedação, e em 13 (21,7%) pacientes não foi realizada anestesia. Os principais achados endoscópicos foram: pólipos, hiperplasia nodular linfóide, retocolite ulcerativa – RCU e outras colites. Os principais achados anuscópicos foram: doença hemorroidária, papilite e plicoma anal. Das 60 EDB realizadas, 11 (18,3%) pacientes foram submetidos à polipectomias endoscópicas e em 21 (35%) foram realizadas biópsias intestinais. Dos 32 (53,3%) pacientes submetidos ao estudo histopatológico, 11 (18,3%) apresentavam pólipos intestinais, 14 (23,3%) apresentavam colite, 5 (8,3%) apresentavam doença inflamatória intestinal, 1 (1,7%) apresentou condiloma acuminado e 1 (1,7%) apresentou esquistossomose mansônica. Das 60 EDB realizadas, encontramos achados endoscópicos significativos em 39 (65%) pacientes. O rendimento diagnóstico das EDB cuja indicação foi sangramento retal foi de 82,7%, diarreia crônica foi de 52,7%, ardor anal foi de 100% e dor à evacuação foi de 71,5%. Houve complicações em 3 (5%) pacientes. O único tipo de complicação encontrado foi bradicardia, sendo esta facilmente revertida durante o procedimento. Não houve relatos de outras complicações como: desidratação, hipóxia, sangramentos ou perfuração intestinal. Conclusões: A EDB é um procedimento seguro e eficaz na faixa etária pediátrica, e se houver indicações precisas, apresenta um rendimento diagnóstico significativo.

#### TL072 - ESFINCTEROPLASTIA ANAL: VALE A PENA?

GAMA, A.H.; LIMA, M.A.; JORGE, J.M.N.; LYNN, P.B.; PEREZ, R.O.; WILNER, G.; GAMA-RODRIGUES, J.J. INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Com o advento de novos métodos terapêuticos, a indicação da esfincteroplastia tem sido questionada, sobretudo no que tange aos seus resultados tardios. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da esfincteroplastia anal por sobreposição dos cotos musculares no tratamento da incontinência anal. Material e Métodos: Foram avaliados retrospectivamente pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da incontinência anal com esfincteroplastia por sobreposição dos cotos musculares no período de 1990-2010 no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia do Instituto do Angelita e Joaquim Gama. Dados demográficos, índices de incontinência (índice subjetivo e Índice de incontinência de Jorge e Wexner) e possíveis fatores prognósticos foram analisados. Resultados: Foram incluídos no estudo 45 pacientes, com média de idade de 54 anos (12 a 84 anos), sendo 44 (98%) do sexo feminino. A causa mais comum foi obstétrica (35,8%), seguida da iatrogênica, secundária aos procedimentos cirúrgicos orificiais prévios (28,8%). Em 26,6% duas etiologias se somaram: a obstétrica e a iatrogênica. A esfincteroplastia anterior foi realizada em 93,3% dos pacientes. Em apenas um paciente foi feita ileostomia de proteção em alça devido a múltiplas tentativas de reparo prévio em outro serviço. A morbidade pós-operatória foi de 55%, sendo que 92% apresentaram apenas deiscência de pele que foi tratada conservadoramente. Biofeedback foi indicado como terapia complementar pós-operatória em 49% dos pacientes. O período médio de seguimento foi de 68 meses (1 a

253 meses). O índice de incontinência reduziu de  $12 \pm 3,8$  para  $5 \pm 6,08$  no pós-operatório. Melhora significativa dos sintomas foi referida em 60% dos pacientes na última avaliação pós-operatória. Os pacientes com idade >50 anos apresentaram piores resultados funcionais pós-operatórios. Conclusão: A esfinteroplastia anal apresentou bons resultados funcionais pós-operatórios, mesmo após 5 anos de seguimento. Pacientes com mais de 50 anos apresentaram pior prognóstico quanto à continência após a cirurgia. Continua sendo, portanto, método de escolha para pacientes com incontinência anal associada a defeitos esfinterianos.

**TL073 - ESTUDO COMPARATIVO DA LINFADENECTOMIA EM RESSECÇÕES COLORRETAIS ELETIVAS E DE URGÊNCIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLON SIA. O.N.; TENÓRIO, E.J.; BEDRAN, J.C.; CORRÊA NETO, I.J.F.; WATTE, H.H.; ROLIM, A.S.; SOUZA, R.F.; ROBLES, L. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

Resumo: Introdução: Apesar dos avanços na técnica operatória e cuidados per-operatórios é sabido que as ressecções colônicas de urgência tem maior morbi-mortalidade e muitas vezes devido as condições locais e sistêmicas não consegue atingir os princípios oncológicos da linfadenectomia ampla, contribuindo dentre outros fatores para um pior prognóstico. Objetivos: Comparar o número de linfonodos extraídos em peças de colectomias realizadas de forma eletiva e na urgência realizadas no Hospital Santa Marcelina – SP. Materiais e Metodos: Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 45 pacientes submetidos a ressecções colônicas em portadores de tumores de cólon, excluindo-se os tumores de reto e sigmóide, no ano de 2010. Os pacientes foram divididos em dois grupos, 32 pacientes operados eletivamente e 15 pacientes operados em caráter de urgência. Todos os pacientes foram operados por via laparotômica. Realizado análise retrospectiva dos casos e estudo estatístico com Mann-Whitney Test e teste de Fisher. Resultados: No período foram realizadas 25 hemicolectomias direitas eletivas e 8 de urgência. A média de linfonodos ressecados foi de 17,4 nas eletivas e de 12,1 nas urgências ( $p=0,070$ ). Considerando-se o critério oncológico de ressecção de 12 ou mais linfonodos observamos que nas hemicolectomias direitas eletivas 88% preencheram o critério enquanto nas urgências 62,5% ( $p=0,137$ ) Em relação as hemicolectomias esquerdas, foram 7 eletivas e 5 de urgência, a média foi de 24,8 linfonodos nas eletivas e 14,8 nas urgências ( $p=0,087$ ). Comparando o critério de 12 ou mais linfonodos, nas hemicolectomias esquerdas eletivas 85,7% preencheram o critério enquanto que na urgência em 20% foram ressecados acima de 12 linfonodos ( $p=0,072$ ) Conclusão: As ressecções colônicas eletivas devem ser estimuladas sempre quando possível. Embora em nosso estudo não houve diferença significativa entre o número de linfonodos dissecados entre as cirurgias eletivas e de urgência, verificamos haver uma importante tendência a maior dissecação linfonodal nas cirurgias realizadas em caráter eletivo.

**TL074 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE E IMPRESSÃO CLÍNICA DIAGNÓSTICA E O RESULTADO DO ANATOMOPATOLÓGICO DE BIÓPSIA DE CANAL ANAL EM ANUSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO EM PACIENTES HIV+. DA SILVA FILHO, E.V.<sup>1</sup>; NAHAS, C.S.R.<sup>2</sup>; ATUI, F.C.<sup>3</sup>; SEGURADO, A.<sup>4</sup>; GUTIERREZ, E.B.<sup>5</sup>; PINTO, R.A.<sup>6</sup>; MARQUES, C.F.S.<sup>7</sup>; RIBEIRO JUNIOR, U.<sup>8</sup>; NAHAS, S.C.<sup>9</sup>; CECCONELLO, I.<sup>10</sup> 1,3,4,5.HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,6,7,8,9,10.ICESP-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.**

Resumo: OBJETIVO- Avaliar a concordância entre a impressão clínica diagnóstica e o resultado anatomopatológico da biópsia de canal anal guiada por anoscopia de magnificação em pacientes HIV+. MÉTODO: Conduzimos uma análise transversal de pacientes infectados pelo HIV submetidos a rastreamento de displasia anal rotineiro. Todos os pacientes foram submetidos a biópsia de canal anal quando havia suspeita de displasia anal. Os pacientes que não tinham lesões clínicas suspeitas também foram submetidos a biópsia aleatória da zona de transição para confrimação da ausência de displasia. Estimativas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos foram calculados através de sistema de avaliação clínica (impressão diagnóstica no ato do exame de anoscopia de magnificação) e avaliação histológica de duas categorias (“ausência de displasia de qualquer grau” e “presença de displasia de qualquer grau”). RESULTADOS: No decorrer de um ano, 164 pacientes foram submetidos a biópsias satisfatórias guiadas por anoscopia de alta resolução. Considerando-se a histologia como padrão, a frequência de displasia anal foi de 53%. Para detecção de displasia anal independente do grau, a impressão clínica diagnóstica demonstrou sensibilidade de 93%, especificidade de 43%, valor preditivo positivo de 85% e valor preditivo negativo de 65%. CONCLUSÃO: Nossa experiência demonstra que a impressão clínica diagnóstica do examinador durante a anoscopia de magnificação de imagem tem alta sensibilidade e valor preditivo positivo, apesar de baixa especificidade.

**TL075 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES COM ESTOMAS TEMPORÁRIOS EM TRÊS PERÍODOS ENTRE 1997-2011**

MARINHO, A.L.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A associação dos Ostromizados do Estado da Paraíba. (AOEP) é uma organização auxiliar do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFPB. É centro de referencia para tratamento das complicações e fechamento de estomas no estado da Paraíba. OBJETIVO: Estudar a tendência das patologias que suscitam a realização de estomas que tipo foram realizadas e as anastomoses realizadas nos seus fechamentos. MATERIAL E MÉTODO: Foi realizado estudo retrospectivo em 815 pacientes registrados na AOEP entre 1997 a 2011 (grupo I) 2005 a 2009 (grupo II) e de 2010 a maio de 2011 (grupo III), comparando sexo, faixas etárias, patologias que levaram os pacientes a serem estomizados, tipos de estomas e anastomoses realizadas nos seus fechamentos. RESULTADOS: Dos 815 pacientes com estomas temporário, 60,25% eram do sexo masculino e 39,75% eram do sexo feminino. Na faixa etária até 20 anos foram registrados uma média de 13,74% dos pacientes. Entre 20 a 40 anos houve um aumento de 27,93% no grupo I para 33,65% no grupo II e 48,39 no grupo III. Entre 41 a 60 anos a média foi de 28,34% e acima de 60 anos o grupo I 21,75%, grupo II 23,49% e grupo III 9,68%. Quanto as patologias que necessitaram da realização de estomas, o abdômen agudo foi o de maior incidência, principalmente nos primeiros grupos, com média de 22,03%. O traumatismo abdominal foi a segunda maior causa, mostrando crescimento de 23,67% para 38,71 do grupo I para o grupo III. O Câncer colorretoanal manteve-se em percentual estável, em torno de 22,21%. Houve um discreto crescimento nos quadros de obstrução intestinal de 14,07% para 16,13%. Referente aos procedimentos realizados, os pacientes portadores de colostomias à Hartmann, submetidos a abaixamento colorretal foram os de maior incidência e apresentaram percentual estável nos 3 grupos, em torno

de 48%. Os portadores de estomas em alça submetidos a fechamento extra peritoneal tiveram decréscimo de 22,86% para 16,13% do grupo I para o grupo III. Os pacientes portadores de ileostomia, submetidos a ileotransverso anastomose e os portadores de sigmoidostomia e transversostomia submetidos a anastomose colorretal tiveram crescimento discreto entre o grupo I e o grupo III. CONCLUSÕES: Os Portadores de estomas do sexo masculino tiveram um crescimento de 16,73% de 1997 a 2011. Os estomizados na faixa etária entre 21 a 40 anos foi a que teve maior crescimento entre os grupos I a grupo III. O abdômen agudo foi o de maior incidência com maior percentual no grupo II. O traumatismo abdominal teve um considerável crescimento principalmente no grupo III. Os pacientes com câncer coloproctológico mativeram-se no mesmo percentual nos 3 grupos. Os pacientes portadores de estoma à Hartmann foram os de maior incidência porém com percentual estável em torno de 48%. Os pacientes com ileostomia, sigmoidostomia e transversostomia tiveram discretos crescimentos do grupo I para o Grupo III.

**TL076 - ESTUDO DE PACIENTES PORTADORES DE FÍSTULA ANAL UTILIZANDO-SE DA ULTRA-SONOGRAFIA ANORRETAL TRIDIMENSIONAL COM E SEM CONTRASTE**  
LIMA, D.M.<sup>1</sup>; SAGAE, U.E.<sup>2</sup>; KURACHI, G.<sup>3</sup>; RODRIGUES OLIVEIRA FILHO, J.M.<sup>4</sup>; EBRAHIM, K.C.<sup>5</sup>; BONATTO, M.W.<sup>6</sup>; MATSUMOTO, H.M.<sup>7</sup>; ORSO, I.R.B.<sup>8</sup>; HAMAOU, S.<sup>9</sup>; CARVALHO, C.A.<sup>10</sup>

1,3,7,8,10.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2,6.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4,5,9.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O sucesso cirúrgico nos casos de fístula anorretal decorre de um diagnóstico preciso pré-operatório dos componentes do complexo fistuloso: local do orifício externo, trajeto fistuloso, possível local do orifício interno e extensão de trajeto, se tiverem, bem como se há cavidade ou coleção associada. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi a avaliação dos pacientes portadores de fístula anal com ultra-sonografia anorretal tridimensional (US-3D) com e sem utilização de peróxido de oxigênio na identificação dos componentes da fístula anorretal em um serviço de coloproctologia do Paraná. MÉTODOS: Trabalho retrospectivo com análise prospectiva dos dados de cinquenta e cinco (55) pacientes provenientes do ambulatório de Coloproctologia da Gastroclínica de Cascavel – PR. Os pacientes apresentavam suspeita de fístula anal ao exame físico e história clínica, os quais foram submetidos a US-3D, no período compreendido entre junho de 2009 e abril de 2011. Foram excluídos os pacientes que não realizaram o exame. A média de idade foi de 43 anos (23-74), sendo trinta e dois do sexo masculino (58,18%). Os pacientes foram examinados em decúbito lateral esquerdo, sob sedação anestésica e com preparo retal com fleet enema realizado 2 horas antes. Em 43 pacientes (78,18%) foi possível utilização de peróxido de oxigênio através de um orifício externo sendo cateterizado o trajeto e instilação de 0,2 a 0,3 ml para contraste. RESULTADOS: Quarenta e seis pacientes (83,64%) apresentaram característica de fístula trans-esfincteriana, três de fístula inter-esfincteriana (5,45%) e seis de fístula em ferradura complexa (10,9%), sendo que um deles apresentou característica de ser uma fístula recidivada. Três dos pacientes (5,45%) com fístula em ferradura eram portadores de doença de Crohn. Os achados demonstraram orifício interno situado no quadrante anterior em 26 pacientes (47,27%) e posterior em 29 pacientes (52,72%) com cavidade

associada em 27 pacientes (49,1%). A média de extensão do trajeto foi de 2,16 cm, em 12 pacientes foi evidenciado extensão do trajeto com média de 1,49 cm e trinta e sete pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos com achados que corroboraram aos achados ultra-sonográficos acima descritos. CONCLUSÃO: A ultra-sonografia anorretal tridimensional mostrou-se importante no estudo dos pacientes portadores de fistula anal, orientando o cirurgião quanto ao trajeto cirúrgico, local do orifício interno e a presença de extensão do trajeto e cavidade associada. A utilização do contraste permite definição mais precisa do trajeto bem como da extensão do trajeto.

**TL077 - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 278 PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN SEGUIDOS NA DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO HCFMRP-USP**

CARVALHO, R.G.; IEZZI, L.E.; PARRA, R.S.; FEITOSA, M.R.; URBANO, G.; GUZELA, V.R.; MEDEIROS, B.A.; ALMEIDA, A.L.N.R.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.  
DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: No Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos que permitem conhecer a incidência, a prevalência e o perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais. A incidência da doença de Crohn tem aumentado gradativamente nos últimos anos. Objetivo: Reunir e analisar dados epidemiológicos dos pacientes acompanhados com diagnóstico de doença de Crohn na Divisão de Proctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP). Métodos: Foram revisados prontuários de pacientes com diagnóstico clínico, radiológico/endoscópico ou anatomo-patológico de doença de Crohn. Foram excluídos paciente cujos prontuários não continham as informações solicitadas pelo questionário. Os dados coletados foram tabulados e analisados. Resultados: O total de pacientes com doença de Crohn foi de 278. Desses, 144 (52%) eram mulheres e 134 (48%) eram homens. A idade média de início dos sintomas foi de 30,6 anos. As manifestações clínicas mais comuns foram diarreia (83%), dor abdominal (81%) e perda de peso (58%). 89 pacientes (31%) apresentaram manifestações extra-intestinais, as mais frequentes: articulares (25%), litíase biliar (8%), manifestações cutâneas (7%), litíase renal (5%) e sintomas oculares (2%). 47% dos pacientes apresentaram anemia ao longo do seguimento, sendo a média da hemoglobina de 10,8, variando de 5,0 a 16,3. A forma de apresentação mais comum da doença foi a ileal, estando presente em 75% dos casos, seguida da forma colônica (62%) e perineal (45%). 58% dos casos apresentaram formas mistas da doença. Os medicamentos mais utilizados para controle clínico da doença de Crohn foram: corticosteróides (usados em 91% dos pacientes), mesalazina (45%), azatioprima (38%) e sulfasalazina (38%). 24% dos pacientes fizeram uso de infliximade e/ou adalimumabe. 79% dos pacientes com doença de Crohn necessitaram, em algum momento, de cirurgia abdominal ou perineal, e a média de cirurgias realizadas nesses pacientes foi de 3,8, variando de 1 até 30 procedimentos em um mesmo doente. A média de reoperação foi de 2,8. Conclusão: A análise dos dados mostra uma alta incidência de cirurgia por paciente. Esse fato pode ser explicado por se tratar de hospital terciário, com pacientes de alta complexidade. Outro aspecto relevante é que a maioria dos pacientes estiveram internados, o que define amostra específica de pacientes com características cirúrgicas. Estudos futuros epidemiológicos analisando pacientes em uso da terapia biológica desde o início (“Top-down”) poderão trazer outros resultados.

**TL078 - ESTUDO RETROSPECTIVO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE CÂNCER RETAL EM 2009 E 2010**

SCHMITT, D.S.<sup>1</sup>; PINTO DE CARVALHO, L.<sup>2</sup>; VOLPATO, G.<sup>3</sup>  
1,3. ULBRA, CANOAS, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: O Câncer de Reto é um dos tumores mais comuns em países industrializados, e um dos tumores mais agressivos do trato gastrointestinal. Apesar de sua relevância, há pouco material disponível específico sobre Câncer de Reto. Em função disso, este trabalho tem por objetivo analisar a casuística de pacientes com câncer de reto que realizaram cirurgia eletiva para câncer de reto. MÉTODOS: Nesse estudo de uma série de casos, foram revisados os prontuários de pacientes com câncer de reto submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, no ano de 2009 e 2010. Os pacientes foram analisados quanto ao gênero, idade, localização do tumor no reto, se este foi alcançado pelo toque retal. No tratamento cirúrgico foram estudados: se o tipo de tratamento foi cirúrgico ou não, se a cirurgia foi curativa ou paliativa. Além disso, foram analisados os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados. Os dados dos pacientes foram digitados em um único banco de dados criado no programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente exportados para o programa SPSS v.14.0 para análise estatística dos mesmos. Foram analisadas as variáveis quantitativas pela média e desvio padrão e as variáveis qualitativas ou categóricas pela proporção. RESULTADOS: Participaram do estudo 78 pacientes, sendo 58 do sexo masculino (65,4%), e 27 do sexo feminino (34,6%). A idade dos pacientes média dos pacientes foi 60,64 anos. Quanto à localização do tumor, a maior frequência ocorreu no reto inferior com 42,3% (33) dos casos. No exame físico, 66,7% (53) dos tumores eram identificados pelo toque retal. A grande maioria dos pacientes 86,7% (39) realizou cirurgia. Considerando-se os pacientes operados, 87,2% (68) realizaram tratamento cirúrgico curativo e 12,78% (10) foram submetidos a tratamento cirúrgico paliativo. A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia, com 75,8% (47). A amputação abdomino-perineal, obteve a frequência de 17,7% (11). Já os procedimentos cirúrgicos em que foram feitas ostomias (temporárias e definitivas), isoladamente, ou associadas a outra procedimento cirúrgico, foram realizadas em 59,4% (41) dos pacientes analisados nesse estudo. Também em 6,5% (4) dos pacientes foram submetidos somente laparoscopia para fins diagnósticos. No estadiamento TNM, o tumor mais prevalente foi o T2NOM1 com 23,4% (11) dos casos, analisando isoladamente T, o que obteve maior prevalência foi o T3 com 27,3% dos casos. CONCLUSÕES: Nesse estudo, a maioria dos pacientes com Câncer de Reto 65,4% (58) eram do sexo masculino. A média de idade obtida nos pacientes com Câncer de Reto analisados foi 60,64 anos. A localização mais frequente do tumor ocorreu em reto inferior com 42,3% (33) dos casos e tumores de reto identificados pelo exame de toque ocorreram em 66,7% (53) dos tumores. A cirurgia mais realizada foi a Retossigmoidectomia com 75,8% (47) casos. Em relação ao estadiamento TNM, o tumor mais prevalente foi o T2NOM1 com 23,4% (11) dos casos.

**TL079 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO VIDEOLAPAROSCÓPICA: PODEMOS CONSEGUIR OS MESMOS RESULTADOS DA CIRURGIA ABERTA?**

RÊGO, R.S.N.D.; QUEIROZ, F.L.; LAMOUNIER, P.C.C.; CÔRTEZ, M.G.W.; ALVES, A.C.; COSTA, B.X.M.; RABELO, F.E.F.; LACERDA FILHO, A.  
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A cirurgia por via laparoscópica para as neoplasias de cólon já é uma realidade. Para a cirurgia de reto, são necessárias técnica cirúrgica apurada e técnica laparoscópica avançada. Os primeiros estudos sobre laparoscopia em cirurgias de reto apresentaram maiores índices de acometimento de margens cirúrgicas que não se confirmaram com maiores taxas de recidivas locais, gerando dúvidas sobre equivalência oncológica das cirurgias para neoplasias de reto. Trabalhos recentes mostram que as cirurgias com excisão total do mesorreto videolaparoscópicas (ETMVL) apresentam segurança, menor perda de sangue, retorno precoce à dieta normal, menos dor pós-operatória, menor necessidade de analgésicos opióides e menores alterações imunológicas. OBJETIVOS: Avaliar resultados cirúrgicos em curto prazo, taxas de conversão e adequação oncológica das ETMVL realizadas no serviço em comparação ao grupo controle das ETM abertas e a literatura. MÉTODOS: Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos a excisão total do mesorreto por câncer de reto por via laparoscópica no período de janeiro de 2008 a maio de 2011 no serviço de Coloproctologia do HFR. Os pacientes submetidos a ETM por via convencional no período formaram o grupo controle. É um estudo observacional prospectivo. Os pacientes tiveram seus dados sobre aspectos demográficos, terapêutica cirúrgica, complicações e histopatologia registrados em formulário específico. Os dados foram agrupados em banco de dados único e as variáveis de interesse foram analisadas comparativamente entre os dois grupos. RESULTADOS: Foram realizadas 32 cirurgias com ETMVL no período, sendo 21 homens (65,62%). Todas as cirurgias foram realizadas com intenção curativa. O período médio de internação foi de 8,9 dias. O tempo cirúrgico médio foi de 311 minutos. Em 3 casos (9%) foi utilizada pinça ultrassônica. A taxa de conversão para laparotomia foi de 18,75%, indicadas por lesão de alça de delgado, dificuldade de exposição cirúrgica ou sangramento. No grupo controle de ETM convencional foram incluídos 51 pacientes, sendo 44 homens (86,27%); o tempo de internação médio foi de 8 dias e o tempo médio de cirurgia, 277 minutos. Para retirada da peça cirúrgica, a incisão mais utilizada foi a de Pfannestiel (59,37%), seguida de Maillard (37,50%). A média de linfonodos dissecados no grupo ETM VL foi de 13,1 enquanto no grupo aberto foi de 12,9 e houve 100% de margens cirúrgicas livres de neoplasia no ETMVL. As principais complicações da ETMVL foram fístula anastomótica (3 casos) e bexiga neurogênica (3 casos). Houve 1 óbito por sepse secundária a fístula anastomótica. CONCLUSÕES: As cirurgias com ETMVL no HFR encontram-se dentro dos padrões preconizados pela literatura médica. É adequada oncológica para tratamento das neoplasias do reto. Os resultados cirúrgicos e oncológicos são semelhantes ao da cirurgia convencional.

**TL080 - EXPERIÊNCIA COM 137 PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ABORDADOS POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE (2009-2011)**

SAMPAIO, D.V.; MEYER, M.M.; SANTOS, G.A.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; COUTINHO, C.P.; TEIXEIRA, R.G.; SILVA, I.G.; LIMA, M.J.R.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O estudo envolve 137 pacientes retirados de um grupo de 180 pacientes submetidos à cirurgia colorretal videolaparoscópica, atendidos entre abril de 2009 e abril de 2011 pelo GCP de Belo

Horizonte: A grande maioria dos pacientes contava com 50 e 79 anos (101 pacientes, 73,7%); a média etária foi 61,65 anos, mínima de 23 e máxima de 93 anos, variância de 196,15 e desvio padrão de 14,0. Oitenta pacientes eram mulheres (58,4%) e 57 eram homens (41,6%). As localizações mais comuns dos CCR foram o reto (56 casos, 40,9%) e sigmóide e retossigmóide (40 casos, 29,2%), totalizando 96 casos (70,1%). De 90 casos de câncer retal a radioterapia neoadjuvante foi realizada em 27 casos de CR baixo (30,0%). As técnicas cirúrgicas mais realizadas foi a retossigmoidectomia abdominal alta (69 pacientes, 50,3%), a hemicolectomia direita (29 pacientes 21,2%) e a retossigmoidectomia abdominal baixa (24 pacientes, 17,5%). O tempo cirúrgico variou de 60 (mínimo) a 540 minutos (máximo), com tempo médio de 201 minutos, ficando 99 casos (72,3%) entre 121 e 240 minutos. Foram feitos estomas em 37 pacientes (27,0%), sendo 24 enterostomias protetoras (17,5%) e 12 colostomias terminais (8,8%). O eletrocautério foi usado em 86 pacientes (62,8%) e o bisturi ultrassônico em 48 pacientes (35,0%). Houve conversões em 17 pacientes (12,4%), sendo o aprendizado o motivo mais comum (oito casos, 5,8%) e o momento mais frequente a laparoscopia (nove casos, 6,6%). Houve 13 complicações cirúrgicas (9,5%), destacando as deiscências de anastomose (três casos, 2,2%). 92 pacientes permaneceram internados menos de cinco dias (67,2%), sendo a média 6,27 dias, com mínimo de três e máximo de 40 dias, variância de 14,49 e desvio padrão de 3,8). 43 se internaram no CTI (28,3%), tendo 18 permanecido por um dia (41,9%), sendo o período máximo 18 dias, com média de 1,18 dias, variância de 4,46 e desvio padrão de 2,11. 53 pacientes apresentavam comorbidades (38,7%), sobretudo a hipertensão arterial sistêmica (34 casos, 24,9%). 73 pacientes tiveram a dieta liberada em um dia (53,3%), sendo o período máximo de cinco dias, com média de 1,79 dias, variância de 0,827 e desvio padrão de 0,9081. As dimensões das peças cirúrgicas foram feitas por tipo de cirurgia executada. Pelo TNM atualizado assim se distribuíram os 137 pacientes: 22 S-0 (16,0%), 17 S-I (12,4%), 51 S-IIA (37,2%), cinco SIIB (3,6%), seis S-IIIA (4,4%), 26 S-IIIB (19,0%), três S-IIIC (2,2%) e sete S-IV (5,1%). 76 peças apresentavam entre 11-15 gânglios (55,4%), o mínimo de gânglios por peça cirúrgica foi zero, o máximo foi 48, a média foi 13,31, a variância foi de 82,98 e o desvio padrão foi de 9,1. A média de gânglios acometidos por metástases foi de 1,71, mínimo de zero, máximo de 17, variância de 14,15 e desvio padrão de 3,76. Os resultados do exame histopatológico foram adenocarcinoma em 109 casos (79,5%), ausência de tumor em 22 casos (16,1%) e displasia de alto grau em seis casos (4,4%).

**TL081 - EXPERIÊNCIA COM 180 PACIENTES ABORDADOS POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE (2009-2011)**

SANTOS, G.A.; SAMPAIO, D.V.; MEYER, M.M.; COUTINHO, C.P.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; LANNA, D.; JUNIOR, A.C.B.L.; GOMES, D.M.B.M.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O estudo envolve 180 pacientes submetidos à cirurgia colorretal videolaparoscópica, atendidos entre abril de 2009 e abril de 2011 pelo GCP de Belo Horizonte: A maioria dos pacientes (65) contava entre 50-79 (72,2%), com média de idade de 62,7 anos, com extremos de 17 e 93 anos, com prevalência das décadas 50-79 (127 pacientes, 70,5%). Quanto ao gênero, eram 106 mulheres (58,9%) e 74 homens (41,1%). Preparo intestinal foi feito em 174 pacientes

(96,7%), prevalecendo 66 com Lactulose (36,7%) e 54 com Picolax (30,0%). O diagnóstico mais comum foi câncer colorretal (137 casos, 76,1%), seguido pela doença diverticular de sigmóide (12 casos, 6,7%) e pólipos colorretais (12 casos, 6,7%). As cirurgias mais praticadas foram a retossigmoidectomia abdominal alta (85 pacientes, 47,2%), retossigmoidectomia baixa (30 pacientes, 16,7%) e a hemicolectomia direita (39 pacientes, 21,7%). Houve estomas em 38 pacientes (21,2%), 25 foram ileostomia protetora (13,9%) e 12 colostomias terminais definitivas (6,7%) e uma ileostomia terminal (0,5%). Os tempos variaram de 60 minutos (mínimo) a 540 minutos (máximo), com tempo médio de 185 minutos, ficando 86 casos abaixo (47,7%) e 94 acima (52,3%) de 180 minutos. Houve anastomoses em 165 pacientes (91,7%), sendo 47 manuais (26,1%) e 118 mecânicas (65,6%). Como instrumentos de corte e dissecação foram usados o eletrocautério em 113 cirurgias (62,8%) e o bisturi ultrassônico em 64 (35,6%). Foram usados 241 grameadores em 180 pacientes operados, sendo os mais comuns os circulares (108; 44,9%), os lineares articulados (102; 42,3%) e os lineares cortantes (28; 11,6%). Houve 156 incisões abdominais (86,7%), sendo as mais comuns a de Mallard (65 casos, 41,7%) e a mediana (54 casos, 34,6%). Houve 23 conversões para laparotomia (12,8%), sobretudo devido ao aprendizado (nove casos, 5,0%), principalmente durante a laparoscopia (11 casos, 6,1%). As dimensões das peças cirúrgicas foram feitas por técnicas cirúrgicas utilizadas. Houve 21 complicações cirúrgicas (11,7%) representadas principalmente por deiscências de anastomose (sete pacientes, 3,9%). 125 pacientes permaneceram internados por até cinco dias (63,3%), seguidos por 37 por seis a 10 dias (26,7%). 50 pacientes se internaram no CTI (27,8%), 21 por um dia (11,7%) e 15 por dois dias (8,3%). 68 pacientes apresentaram comorbidades (37,8%), principalmente hipertensão arterial sistêmica (41 casos, 22,8%). Em 94 pacientes dieta oral foi liberada com um dia de operado (52,2%) e em 71 com dois dias (39,4%). O exame histopatológico revelou o achado mais frequente: o adenocarcinoma (118 casos, 64,4%), ausência de neoplasia (19 casos, 10,6%) e displasia de alto grau (18 casos, 10,0%).

**TL082 - EXPERIÊNCIA COM 77 PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ABORDADOS POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE**

MEYER, M.M.; SAMPAIO, D.V.; COUTINHO, C.P.; SANTOS, G.A.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; BRAGA, Á.C.G.; NEVES, P.M.; CONSTANTINO, J.R.M.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O estudo envolve 77 pacientes retirados de um grupo de 90 pacientes submetidos à cirurgia colorretal videolaparoscópica, atendidos entre abril de 2010 e abril de 2011 pelo GCP de Belo Horizonte: Dos 77 pacientes, 59 (77,7%) tinham entre 50 e 79 anos, com média etária de 61,6 anos, mínima de 23 e máxima de 87 anos, variância 196,15 e desvio padrão 14,0. Deles, 43 eram mulheres (56,6%) e 34 homens (43,4%). As localizações mais prevalentes dos CRC foram o reto (36 casos, 46,1%) e o sigmóide (15 casos, 19,7%). Foi feito preparo intestinal em 74 pacientes (96,0%), sobretudo com Lactulose (46 casos, 58,7%) e Fleet enema (22 casos, 29,3%). A radioterapia neoadjuvante foi realizada em 11 pacientes com CR abaixo da reflexão peritoneal (30,3% de 34 com CR). A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia abdominal alta (44 pacientes, 52,6%), seguida da hemicolectomia direita (16 pacientes, 21,1%) e

retossigmoidectomia abdominal baixa (14 pacientes, 18,4%). A média de tempo gasto em cirurgia foi de 206,82 minutos, com extremos de 90 minutos e 360 minutos, variância de 3329,54 e desvio padrão de 57,7. Houve anastomoses em 72 cirurgias; e, dentre elas, 54 foram mecânicas (75,0%) e 18 foram manuais (25,0%). Foram usados gramepeadores circulares em 45 (58,4%), lineares cortantes em 15 (19,5%), lineares articulados em 39 (50,6%) e endogrampeadores em três pacientes (3,9%). Foram feitos estomas em 19 pacientes (23,7%), sendo 14 protetores e quatro colostomias terminais (5,3%). O eletrocautério foi usado em 41 pacientes (52,6%) e o bisturi ultrassônico em 36 pacientes (47,4%). Houve 10 conversões para laparotomia (14,5%), sobretudo durante a laparoscopia (seis casos, 7,8%), mais devido ao aprendizado (cinco casos, 6,5%). Houve sete complicações cirúrgicas (9,1%). A média de internação foi de 6,27 dias, com mínimo de três e máximo de 40 dias, variância de 14,49 e desvio padrão de 3,852, tendo 52 pacientes permanecidos internados por menos de cinco dias (67,5%). 26 pacientes ocuparam o CTI (33,8%), com período máximo de 18 dias, média de 1,18 dias, variância 4,46 e desvio padrão 2,11. As peças cirúrgicas foram medidas por tipo de ressecção executada. Quanto ao estadiamento dos tumores, haviam 20 S-0 (26,0%), 11 S-I (15,5%), 16 S-IIA (29,8%), cinco SIIB (6,5%), quatro S-IIIA (5,2%), 12 S-IIIB (15,6%), dois S-IIIC (2,6%) e sete S-IV (9,1%). Quanto aos linfonodos, 41 peças apresentavam entre 11-15 gânglios (53,2%), o mínimo de gânglios foi zero, o máximo 48, média 13,31, variância 82,98 e desvio padrão 9,1. A média de gânglios com metástases foi de 1,71, com mínimo de zero, máximo de 17, com variância de 14,15 e desvio padrão de 3,76. O exame histopatológico revelou adenocarcinoma em 57 casos (73,7%), ausência de tumor em 15 casos (19,7%) e displasia de alto grau em cinco casos (6,6%).

#### **TL083 - EXPERIÊNCIA COM 90 PACIENTES ABORDADOS POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE**

COUTINHO, C.P.; MEYER, M.M.; SAMPAIO, D.V.; SANTOS, G.A.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; LEITE, S.M.O.; JUNIOR, H.N.V.; ALVARENGA, I.M.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O estudo envolve 90 pacientes submetidos à cirurgia colorretal videolaparoscópica, atendidos entre abril de 2010 e abril de 2011 pelo GCP de Belo Horizonte: A maioria dos pacientes (65) contava entre 50-79 (72,2%), com média de idade de 59,87 anos (mínimo de 21 e máximo de 87 anos), variância de 226,6 e desvio padrão de 15,05. Quanto ao gênero, 54 pacientes eram mulheres (60,0%) e 36 eram homens (40,0%). A maioria (84 pacientes; 93,3%) fez preparo intestinal, sobretudo com Lactulose (51; 56,7%) Fleet enema (26; 28,9%). Dentre os diagnósticos sobressaiu o câncer colorretal (77 casos; 76,8%), seguido pela doença diverticular de sigmóide (cinco casos, 5,6%). As cirurgias mais praticadas foram a retossigmoidectomia abdominal alta (47 pacientes; 52,2%), seguida pela hemicolectomia direita (19 pacientes, 21,1%) e pela retossigmoidectomia baixa (14 pacientes, 15,6%). Foram feitos 20 estomas (21,2%), sendo 15 como ileostomia protetora (16,7%) e cinco como colostomia terminal (5,6%). As cirurgias duraram entre 90 e 360 minutos, com média de 204,61 e desvio padrão de 57,33, sobressaindo os tempos de cirurgia de 121 a 180 minutos (36 casos, 40,0%) e de 181 a 240 minutos (30 casos, 33,3%). Houve anastomoses em 84 casos (93,3%), tendo 22 (26,2) sido manuais e 62 (73,8%)

mecânicas. Foram usados 113 gramepeadores em 84 anastomose - 53 circulares (46,9%), 44 lineares articulados (39,9%) e 16 lineares cortantes (14,2%). Foram usados o eletrocautério em 45 pacientes (50,0%) e o bisturi ultrassônico em outros 45 pacientes (50,0%). Houve 86 incisões abdominais, sendo a mais comum a mediana (32 casos, 37,2%), seguida pela incisão de Mallard (26 casos, 30,2%), pela incisão de Pfannenstiel (22 casos, 25,6%). Houve 11 conversões cirúrgicas para laparotomia (12,2%), principalmente pelo aprendizado (seis casos, 6,7%), mais comum à laparoscopia (seis casos, 6,7%). As peças cirúrgicas foram medidas pelas técnicas cirúrgicas usadas. Houve 10 complicações cirúrgicas (11,1%), sobretudo aderências (três casos 3,3%) e fístulas de anastomose (três casos, 3,3%). A maioria simples dos pacientes (46; 51,1%) apresentaram comorbidades, sobressaindo a hipertensão arterial sistêmica (30 casos, 33,3%). O exame histopatológico foi realizado em todas as peças cirúrgicas, tendo sido muito prevalente o diagnóstico de adenocarcinoma (58 casos, 64,4%).

#### **TL084 - EXPRESSÃO TECIDUAL DA PROTEÍNA DE ADESÃO CELULAR E-CADERINA NO CÓLON SEM TRÂNSITO FECAL APÓS IRRIGAÇÃO COM N-ACETILCISTEÍNA**

FICKINGER, M.E.C.; ALMEIDA, M.G.; SATO, D.T.; CUNHA, F.L.; RODRIGUES, M.R.; MARTINEZ, C.A.R.; PEREIRA, J.A.; VICENTE, G.C.M.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: estudar os efeitos antioxidantes da aplicação de clisteres com N-acetilcisteína (NAC) no conteúdo de E-caderina na mucosa do cólon excluído. Método: quatorze ratos Wistar machos foram submetidos à colostomia proximal e fístula mucosa distal, sendo divididos em dois grupos de sete animais de acordo com o tempo de sacrifício, em duas ou quatro semanas, após a intervenção com NAC três vezes por semana. A expressão da E-caderina foi avaliada por imunistoquímica e a mensuração por análise de imagem assistida por computador (morfometria computadorizada). Para análise estatística utilizou-se os testes de Mann-Whitney e ANOVA entre os dois períodos de exclusão. Adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: O conteúdo de E-caderina, no cólon com e sem trânsito após duas semanas, foi de  $3,85 \pm 1,08$  e  $1,25 \pm 0,33$ , respectivamente e, após quatro semanas, de  $3,24 \pm 1,4$  e  $0,83 \pm 0,44$ , respectivamente. Houve redução do conteúdo de E-caderina no cólon excluído irrigado com NAC ( $p = 0,002$ ) que, entretanto, se manteve estável ao longo do tempo ( $p = 0,07$ ). Conclusão: A NAC apresentou atividade antioxidante e, apesar de não impedir a redução do conteúdo de E-caderina no cólon excluído, impediu que a redução se agravasse com o decorrer da exclusão intestinal.

#### **TL085 - EXPRESSÃO TECIDUAL DE MUCINAS ÁCIDAS E NEUTRAS NA COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM N-ACETILCISTEÍNA. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**

OLIVEIRA, D.L.C.; PONARA, J.S.; ALMEIDA, M.G.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; SANTOS, E.C.C.; COUTO, G.R.; FICKINGER, M.E.C.; CUNHA, F.L.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Colite de exclusão (CE) é uma doença caracterizada pelo desenvolvimento de processo inflamatório crônico na mucosa de segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. Modificações na expressão de mucinas na mucosa intestinal



são um dos achados mais importantes no espectro histológico desta patologia. A maioria dos autores propõe que a doença surja em decorrência da deficiência de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) na luz intestinal, ocasionada pela derivação do trânsito fecal, causando a formação de radicais livres de oxigênio, que formados em excesso, são capazes de danificar a função de barreira de muco localizada na superfície do epitélio cólico. Esse processo facilita a translocação bacteriana para a intimidade da camada submucosa estéril, desencadeando a resposta inflamatória de defesa encontrada na CE. OBJETIVO: Avaliar a expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas, sendo as últimas subdivididas em sialomucinas e sulfomucinas, na colite de exclusão após intervenção com n-acetilcisteína (NAC) em modelos experimentais de colite de exclusão. MÉTODO: Trinta e dois ratos Wistar machos foram submetidos à derivação do trânsito fecal através de cirurgia de Mikulicz. Os animais foram divididos em dois grupos: experimento e sham. Ambos foram subdivididos segundo o sacrifício ser realizado em duas ou quatro semanas. O grupo experimento sofreu intervenção de clisteres com solução de NAC a 100mg/kg no cólon excluído. A avaliação das mucinas neutras foi realizada pela técnica histoquímica do Periódico Ácido de Schiff e as ácidas pela técnica de Alcian Blue. A diferenciação entre sulfomucinas e sialomucinas foi realizada pela técnica DFA-alcian-blue. Para comparação entre os níveis teciduais de mucinas neutras e ácidas utilizou-se o teste de Mann-Whitney e para os de sulfomucinas e sialomucinas, utilizou-se o teste t de Student. Para análise da variância utilizou-se o teste de KruskalWallis, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). RESULTADOS: Houve aumento do conteúdo de mucinas neutras nos cólons com trânsito, no entanto, não houve variação no cólon sem trânsito, independente do tempo de exclusão. Houve redução no conteúdo de mucinas ácidas após quatro semanas de exclusão. Ocorreu redução na expressão tecidual de sulfomucinas após quatro semanas de irrigação no cólon sem trânsito e no com trânsito e redução acentuada na expressão tecidual de sialomucinas no cólon sem trânsito, independente do tempo de exclusão. CONCLUSÃO: A aplicação de clisteres com NAC manteve o conteúdo de mucinas neutras. Com relação às mucinas ácidas, houve redução do seu conteúdo, observado principalmente na análise separada de sialomucinas e sulfomucinas. Esses achados confirmam o efeito antioxidante da NAC na patogênese da CE.

#### **TL086 - EXPRESSÃO DE TLR-4, F4/80 E CITOCINAS PRÓ-INFLAMATÓRIAS EM MUCOSA E EM TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN.**

LEAL, R.F.; MILANSKI, M.; AYRIZONO, M.L.S.; ARAÚJO, M.P.M.; RODRIGUES, V.S.; COOPE, A.; VELLOSO, L.A.; COY, C.S.R. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A doença de Crohn (DC) é uma doença intestinal crônica de etiologia multifatorial, cuja incidência tem aumentado nas últimas três décadas. Além disso, é multigênica e com vias complexas, envolvendo defeitos nas vias inflamatórias, principalmente imunidade inata, e em vias de apoptose e autofagia. Mais recentemente, têm-se estudado o papel da gordura mesenterial na etiopatogenia da DC, uma vez que a mesma encontra-se hipertrofiada próxima à área intestinal afetada, no entanto, existem poucos dados na literatura abordando este aspecto. Objetivo: Avaliar aspectos da imunidade inata e atividade inflamatória na mucosa intestinal e gordura mesenterial de pacientes com DC e controles por meio da expressão de TLR-4, F4/80, TNF- $\alpha$ , IL-1  $\beta$  e IL-6. Casuística e Método: Para atingir esse objetivo, dez pacientes com DC ileocecal (Grupo DC), oito pacientes com megacólon que foram submetidos à cirurgia (Grupo

Controle 1), e oito pacientes com ileocolonosopia normal (Grupo Controle 2) foram estudados. As biópsias foram congeladas em nitrogênio líquido e as expressões protéicas foram avaliadas por imunoblot de extrato total. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Os resultados foram notificados como média com variação do erro padrão. Utilizou-se Teste t de Student para comparações separadas entre os diferentes tecidos. Nível de significância:  $p < 0,05$ . Resultados: Houve maior expressão de TLR-4, F4/80, TNF- $\alpha$ , IL-1  $\beta$  e IL-6 em mucosa intestinal do Grupo DC quando comparada ao Controle 1 ( $p < 0,05$ ). No entanto, não houve diferença estatística das expressões destas proteínas entre os tecidos mesentéricos do Grupo DC e Controle 2 ( $p > 0,05$ ). Conclusão: Pacientes com DC apresentaram níveis mais elevados de TLR-4 e F4/80 na mucosa intestinal e menos significativos no tecido adiposo mesentérico quando comparados aos seus respectivos controles. Estes achados podem explicar a tendência de ativação de macrófagos (F4/80) e de vias intracelulares ativadas por antígenos bacterianos (TLR4), mais importantes na mucosa intestinal do que no tecido adiposo mesentérico em DC, o que revela uma alteração da imunidade inata na interface meio externo-mucosa, o que pode contribuir para a produção de mediadores pró-inflamatórios e desenvolvimento da doença. Portanto, a investigação molecular identifica as diferenças tecido-específicas que podem estar envolvidas com a susceptibilidade à doença, além de constituírem potenciais alvos farmacológicos no futuro. (Este projeto de pesquisa está sendo financiado como Auxílio Regular pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP).

#### **TL087 - FACTORES PREDICTORES DE ÍLEO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL**

GRZONA, E.G.; CARBALLO, F.; PEREYRA, L.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.; ROTHOLTZ, N. HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Resumo: Antecedentes: El íleo postoperatorio (IPO) se define como un trastorno transitorio de la motilidad gastrointestinal causado por una cirugía que retrasa los tiempos del postoperatorio habitual. La patogenia es multifactorial y compleja, sin estar totalmente definidos sus factores predisponentes. Si bien una de las ventajas de la cirugía laparoscópica es la reducción del tiempo de recuperación, se registran también tasas de IPO, con el uso de esta técnica. Objetivo: Evaluar la incidencia de IPO en cirugía laparoscópica colorrectal y sus eventuales factores predictores. Métodos: Se realizó una evaluación retrospectiva sobre una base de datos prospectiva que incluyó pacientes operados entre Marzo de 2000 hasta Junio de 2011. Se definió como IPO a la condición que retrasa el tiempo de recuperación postoperatorio por detención del tránsito intestinal sin otra causa que lo justifique. Se incluyeron pacientes operados por distintas patologías colorrectales con diferentes resecciones. Se evaluaron características demográficas, patológicas, quirúrgicas y de la morbilidad en relación a los parámetros vinculados al tránsito intestinal. Se evaluó la predicción del evento adverso comparando el grupo de pacientes con recuperación habitual (G1) y los pacientes con IPO (G2). Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza 95% (IC). Se consideró significativo un valor de p menor a 0.05 o un OR que no atraviese a la unidad. Resultados: Se evaluaron un total de 869 pacientes. Se excluyeron 23 pacientes con íleo secundario. La edad media de la muestra fue de 58,7 años (15-92). 55,1% fueron hombres. Las etiologías fueron: Cáncer

colorrectal 31,5%, Enfermedad diverticular 28,1%, Pólipos 19,6%, Enfermedad inflamatoria intestinal 13%, Otras 7,8%. Se realizaron 399 (40%) colectomías izquierdas, 169 (20%) derechas, 120 (14,2%) proctectomías, 33 (3,9%) colectomías subtotales, 32 (3,7%) proctocolectomías, 25 (2,95%) colectomías totales, 18 (2,1%)colectomías segmentarias, 16 (1,89%) reconstrucciones del tránsito colónico, 15 (1,8%) ileocequectomías, 10 (1,2%) amputaciones abdominoperineales y 3 (0,35%) sigmoidectomías con colostomía terminal. Se observó una tasa de IPO del 6%. Los grupos G1 (n=795) y G2 (n=51) no presentaron diferencias muestrales. Cuando se comparan los parámetros de tiempo de recuperación del tránsito intestinal todos resultan más breves en G1 [RHA(+): 0,85 vs 1,4; (p<0,05), eliminación de gases 1,57 vs 2,8 días; (p<0,05); tolerancia a líquidos 1,1 vs 5,9 días; (p<0,05) y sólidos 2,1 vs 7,2(p<0,05) días] que llevaron a una prolongación de la estadía hospitalaria [3,9 (2-8) vs 9,43 (3-20) días (p<0,05)]. El tiempo operatorio mayor a 180 min: [G1: 308/795 (38,7%) vs G2: 28/51 (54,9%); OR: 1.85 (IC: 1.05-3.25, p<0,05)], la conversión [G1: 73/795 (9,1%) vs G2: 14/51 (27,45%); OR: 10.95 (IC: 5.24-16.66, p<0,01)]; la colectomía Izquierda [G1: 386/795 (48,5%) vs G2: 13/51 (25,5%); OR: (-5.24) (IC:(-1.87)-(-8.61), p<0,01)] y la colectomía total [G1: 20/795 (2,51%) vs G2: 5/51 (9,8%); OR: 14.4 (IC:3.33-25.47, p<0,05)] mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariado. En el análisis multivariado fueron predictores la colectomía total OR: 13.5 (IC: 2.18-10.47) y la conversión OR: 3.84 (IC: 1.84-8.04); y protector la colectomía izquierda OR: 0.37 (IC: 0.18-0.75). Conclusión: Existe un porcentaje de pacientes operados con cirugía laparoscópica colorrectal que desarrolla IPO. La conversión y la colectomía total fueron predictores independientes de IPO, mientras que la colectomía izquierda fue un factor protector.

#### **TL088 - FATORES DE RISCO PARA MARGEM RADIAL POSITIVA (d"1MM) APÓS TEM NOS PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS A QUIMIORADIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

GAMA, A.H.; PEREZ, R.O.; LYNN, P.B.; PRASKURSHIM, I.; SÃO JULIÃO, G.P.; GAMA-RODRIGUES, J.J.  
INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A microcirurgia transanal endoscópica (TEM) é considerada uma alternativa viável à cirurgia radical em pacientes selecionados evitando as morbidades postoperatorias significativas e com resultados oncológicos aceitáveis. A margem de ressecção circunferencial positiva ( $\leq 1$ mm) é considerada como um marcador significativo de recorrência local após ressecção radical no câncer retal. Neste contexto, a identificação de fatores de risco para apresentar uma margem radial positiva pode fornecer informação relevante para estabelecer critérios de seleção para TEM como procedimento radical após tratamento neoadjuvante. Métodos: Pacientes com adenocarcinoma de reto distal avançado (cT2-4NxM0) tratados com quimioradioterapia neoadjuvante (50.4-54 Gy e 5FU) foram incluídos no estudo. Pacientes que apresentaram uma regressão tumoral significativa (de tamanho  $\leq 2$ cm ou de estágio T ycT0-2N0) foram tratados com TEM como procedimento radical inicial. As características clínicas, radiológicas e patológicas foram comparadas para determinar fatores de risco estatisticamente significativos para margem radial positiva. O teste de Chi-quadrado e t de Student foram utilizados para a comparação de variáveis categóricas e contínuas. Valores de  $p \leq 0.05$  foram considerados

estatisticamente significativos. Resultados: Entre 2009 e 2011 28 pacientes foram incluídos no estudo. Três pacientes tiveram estágio T ypT0, 5 ypT1, 15 ypT2 e 5 ypT3. Nenhum paciente apresentou margem de ressecção comprometida. Quatro pacientes apresentaram margem circunferencial d"1mm (média 0.8cm). O tamanho tumoral final foi significativamente menor nos pacientes com margem radial  $\leq 1$ mm (1.1cm vs. 2.1cm;  $p=0.02$ ). Estádio radiológico inicial avançado, estágio final ypT avançado (2 ou 3) e graus de regressão tumoral menos favoráveis (TRG0-2) não foram fatores de risco para margem radial d"1mm. Conclusão: Uma margem radial  $\leq 1$ mm pode estar presente em até 15% dos pacientes tratados com TEM após quimioradioterapia neoadjuvante. Nesta série as características tumorais radiológicas e patológicas não foram preditivas de margem radial d"1mm. A margem radial não deve ser subestimada nos tumores residuais de pequeno tamanho.

#### **TL089 - FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA EM ALCA POS LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA: ALGUMA DIFERENÇA?**

RUIZ, D.; SILVA, E.; CANEDO, J.; HIRANYAKAS, A.; SILVA, G.; WEISS, E.; WEXNER, S.D.

CLEVELAND CLINIC FLORIDA, W, ESTADOS UNIDOS.

Resumo: OBJETIVO: Ileostomia temporária em alca é comum enteralizada para proteger anastomoses distais durante colectomias, seja convencional ou laparoscópica. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da ressecção intestinal em ambas as modalidades sobre os resultados do fechamento da ileostomia. MATERIAIS E METODOLOGIA: Todos os pacientes que se submeteram a fechamento de ileostomia de Agosto/01 a Outubro/07 foram identificados, retrospectivamente, a partir de um banco de dados. Dados demográficos, diagnóstico, classificação ASA, dados da cirurgia primária (tipo de ressecção), tipo de abordagem (laparoscópica (AL) vs. convencional (AC)), o uso de adesivo anti-barreira e resultados do fechamento da ileostomia foram obtidos da revisão de prontuários. Os resultados do fechamento da ileostomia após AL e AC foram comparados pelo teste qui-quadrado e o teste t de Student para variáveis categóricas e contínuas, respectivamente;  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. RESULTADOS: 351 pacientes (160 homens, 191 mulheres) com idade média de 51 (14 -89) anos foram identificados. Cirurgia primária foi laparoscópica em 145 (41,2%) pacientes e convencional em 206 (58,8%). Ambos os grupos apresentaram características demográficas semelhantes, IMC médio (24,4 kg / m<sup>2</sup>), ASA classe (91% ASA II), diagnóstico (maligno, benigno) e uso de adesivo anti-barreira (4 AL, 16 AC). Os procedimentos mais comumente realizados foram proctocolectomia total com reservatório ileal em J e anastomose ileoanal em 109 (49 AL, 60 AC) seguido por proctectomia em 99 (34 AL, 65 AC). No momento do fechamento da ileostomia, os pacientes do grupo AL apresentaram significativamente menor tempo operatório, (AL 60,9 vs 82,6 AO min,  $p < 0,001$ ) e menor tempo de permanência hospitalar (AL 4,9 vs AO 5,8 dias,  $p = 0,042$ ). Conversão para incisão mediana ocorreu em 6 pacientes (1 AL vs 5 AC). A taxa de complicação geral foi de 20,1% (70 pacientes), sendo significativamente maior no grupo AC comparado ao AL (14,5% vs 24,5%,  $p = 0,028$ ). As complicações mais comuns foram íleo pós-operatório em 36 pacientes (13 vs 28 AL AC), seguida de fístula enterocutânea em 5, todos no grupo AC. CONCLUSÃO: Fechamento de ileostomia em alca após cirurgia colorrectal laparoscópica está associada a menor tempo operatório, menor permanência hospitalar e menos complicações pós-operatórias sem relação à cirurgia convencional. Achados superiores pós

abordagem laparoscópica favorece o emprego desta nas ressecções colorretais com ileostomia temporária.

**TL090 - FÍSTULA PERIANAL COMPLEXA: COMPARAÇÃO DA FUNÇÃO ANORRETAL DE PACIENTES COM E SEM DOENÇA DE CROHN**

FORMIGA, F.B.; LIMA, R.F.C.; PACHECO, M.V.; BALSAMO, F.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.  
HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Fístulas perianais complexas são, por definição, aquelas que possuem trajetos profundos ou múltiplos, que envolvem outros órgãos, que tem múltiplos orifícios externos ou que estão associadas a abscessos, estenoses ou retite. Podem estar associadas ou não à doença de Crohn (DC). Objetivo: Comparar a função anorretal de pacientes com fístula perianal complexa com e sem doença de Crohn associada. Método: Análise retrospectiva dos pacientes com fístula perianal complexa que realizaram manometria anorretal entre dezembro de 2004 e junho de 2011 no serviço de coloproctologia do Hospital Heliópolis. Os doentes foram divididos em dois grupos: com DC (grupo I) e sem DC (grupo II). Resultados: O grupo I apresentava 25 pacientes, sendo 56% do sexo feminino e idade média de 40 anos com extremos de 22 e 62 anos. Já o grupo II, com 29 pacientes, apresentava a minoria de 24% de mulheres e média de idade de 47 anos (18 a 78 anos). A pressão máxima de repouso (PMR) estava diminuída em 64% no grupo I e em apenas 3,4% no II, enquanto que sua elevação predominava no grupo II com 41,3% contra 16% no grupo I. A pressão máxima de contração (PMC) estava diminuída em 52% no grupo I e em apenas 13,7% no II. Apenas 16% dos pacientes do grupo I tinham pressões anais dentro da normalidade, enquanto 37,9% do grupo II se apresentavam normais. A média do canal anal funcional foi 2,8cm no grupo I e 3,2cm no II. Discussão: As fístulas perianais complexas são de difícil tratamento e exigem, por vezes, muitos procedimentos. Nesse contexto, a função anorretal preocupa tanto na avaliação inicial do doente quanto na evolução da doença e no resultado do tratamento realizado. A avaliação manométrica desses doentes mostrou que a DC perineal, conhecidamente destrutiva para a função anorretal, tem diferença significativa em relação às fístulas complexas de origem criptoglandular, que preservam a função anorretal. Conclusão: As fístulas complexas por doença de Crohn acarretam mais prejuízo à função anorretal que aquelas de origem criptoglandular.

**TL091 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: RELATO DE CASO**

BARRETO, J.B.P.<sup>1</sup>; BARRETO, R.G.L.<sup>2</sup>; COSTA, R.C.N.C.<sup>3</sup>; OLIVEIRA, R.A.S.<sup>4</sup>; RIBEIRO, D.A.<sup>5</sup>; LEAL, K.F.C.S.<sup>6</sup>; GUERRA, L.F.A.<sup>7</sup>; BARROS, L.T.<sup>8</sup>; DIAS, L.R.<sup>9</sup>; SOARES, B.B.<sup>10</sup>  
1,2,3,4,5,6,7.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HUUFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL;  
8,9.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-HUUFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL;  
10.CENTRO UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO-CEUMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Hemorragia Digestiva Baixa é responsável por cerca de 15 a 33% dos episódios de hemorragia do trato gastrointestinal e, embora menos comum que a hemorragia digestiva alta, é causa freqüente de internação hospitalar. Em indivíduos acima de 50 anos as causas mais associadas são doença diverticular e angiodisplasia (60 a 80%). Objetivo: Relatar um caso clínico de hemorragia digestiva baixa em paciente de 53 anos, secundário a um

tumor de delgado(GIST). Relato de Caso: AMBF, 53 anos, feminina, professora, há seis meses apresentou episódio de melena e evacuação com fezes amolecidas, acompanhada de dor abdominal tipo cólica difusa, evoluiu com piora da dor abdominal e um episódio de enterorragia, foi internada no Hospital Carlos Macieira (HCM) a paciente apresentou bom estado geral, sem queixas álgicas, porém com alguns episódios de melena. Realizou nesse período endoscopia digestiva alta - EDA (presença de pangastrite erosiva), radiografia e ultrassonografia de abdome (sem alterações) e colonoscopia (sem evidência de lesão), recebeu alta hospitalar. Após 3 dias da alta hospitalar, apresentou enterorragia profusa sendo reinternada no HCM, com estado geral regular, orientada, hipocorada (++)/4+, hemoglobina de 5,4g/dl, realizando hemotransfusão. Foi realizado ainda arteriografia do intestino delgado que evidenciou grande processo expansivo hipervascular no hipogástrico e fossa ilíaca direita em topografia do íleo, com vasos anômalos no interior da lesão (alto fluxo na lesão). Submetida a laparotomia exploradora que evidenciou tumor de delgado a cerca de 40cm da válvula íleo-cecal. A paciente recebeu alta hospitalar após 10º dia pós-operatório em boa evolução clínica. Conclusão: Em situações nas quais a colonoscopia não é efetiva ou mesmo não pode ser realizada, a arteriografia se apresenta como recurso propedêutico importante no diagnóstico da hemorragia digestiva baixa.

**TL092 - HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDÁRIA A FÍSTULA ARTERIOVENOSA MESENTÉRICA IDIOPÁTICA - RELATO DE CASO**

RÊGO, R.S.N.D.; QUEIROZ, F.L.; LAMOUNIER, P.C.C.; COSTA, B.X.M.; RABELO, F.E.F.; FRANÇA NETO, P.R.; CARMONA, M.Z.; ALVES FILHO, V.

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.  
Resumo: Fístulas arteriovenosas são causas raras de hemorragia digestiva, correspondendo a menos de 1% dos casos. Geralmente são secundárias a trauma abdominal penetrante ou cirúrgico, mas podem ainda ser idiopáticas e congênitas. O diagnóstico é feito por tomografia, ressonância ou arteriografia. O tratamento pode ser cirúrgico, por radiologia intervencionista ou ambos. Paciente de 63 anos admitido no serviço com quadro de enterorragia. Possuía hipertensão portal devido a trombose de veia porta, com hepatomegalia, ascite e varizes esofágicas. Internado no CTI para ressuscitação volêmica. Realizou endoscopia que evidenciou varizes esofageanas de médio calibre, sem sinais de sangramento ativo ou recente; e colonoscopia que evidenciou diverticulose colônica e pequenas lesões vasculares em cólon direito sem sangramento ativo. Manteve sangramento, sendo realizado arteriografia que evidenciou grande fístula arteriovenosa em vasos mesentéricos superiores. Realizado embolização com gelfoam e laparotomia 2h após, com ressecção de segmento isquêmico e a fístula e confecção de ileocolostomia em dupla-boca. O paciente evoluiu com elevação crescente de índices hematimétricos, internação prolongada para controle de descompensação de hipertensão portal no pós operatório e suporte nutricional. Aguarda reconstrução do trânsito intestinal. Trata-se raro caso de fístula arteriovenosa mesentérica idiopática complicada com hemorragia digestiva e seu tratamento combinado por hemodinâmica e cirurgia. A abordagem endovascular é o tratamento de escolha e vem sendo cada vez mais utilizada, mas não é eficaz em todos os casos.

**TL093 - HEMORROIDECTOMIA SEM LIGADURA DO PEDÍCULO**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; MORY, E.K.<sup>2</sup>; RIVKIND, A.<sup>3</sup>

1,3.INSTITUTO LE FORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A ligadura do pedículo hemorroidário constitui passo fundamental da hemorroidectomia segundo as principais técnicas descritas. No entanto, alguns autores preconizam a possibilidade de realizar este procedimento sem a realização da mesma, utilizando a eletrocoagulação do pedículo em substituição. Esta opção apresenta ainda resistência por parte de grande parte dos coloproctologistas por falta de estudos que comprovem sua eficácia. Objetivo: Demonstrar a viabilidade da realização de hemorroidectomia sem ligadura do pedículo como método seguro e eficaz. Métodos: Estudo prospectivo dos primeiros 300 casos de hemorroidectomia sem a ligadura do pedículo hemorroidário com pelo menos 5 anos de acompanhamento. Resultados: Realizamos 300 hemorroidectomias de graus 2 e 3 (87%), sendo a maioria composta por 2 mamilos hemorroidários (67%). Utilizou-se a técnica aberta (Milligan-Morgan) de princípio. No entanto, em casos com 3 mamilos (10%), realizou-se técnica fechada (Fergusson) em um dos mamilos ressecados. Registraram-se 3 casos de sangramento com necessidade de reinternação, porém sem necessidade de reposição de hemoderivados. Outras complicações verificadas foram incontínências à gases (2 casos) e retenção urinária (5 casos). Não se verificaram casos de estenose. O índice de satisfação entre os pacientes foi bom para 85% deles e regular para 10%. Discussão: Conforme demonstrado anteriormente, a realização de hemorroidectomia sem ligadura do pedículo hemorroidário é um método seguro e eficaz quando comparado às técnicas tradicionais. Estudos prévios demonstraram equivalência nos resultados e do índice de complicações no pós-operatório imediato e precoce. O presente estudo avaliou de forma prospectiva a evolução dos pacientes submetidos à técnica proposta. Não se verificou aumento no índice de complicações nesta casuística quando comparados aos encontrados na literatura com uso das técnicas tradicionais. Conclusão: O tratamento diatérmico do pedículo hemorroidário apresenta resultados equivalentes aos métodos tradicionais, sem apresentar aumento nos índices de complicações.

#### TL094 - IMIQUIMODE TÓPICO NO TRATAMENTO DA PAPULOSE BOWENÓIDE PERIANAL

MANZIONE, C.R.; NADAL, S.R.; MARIANELLI, R.; MACHADO, S.P.G.; MANZIONE, T.S.; HORTA, S.H.C.; CALORE, E.E. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Papulose bowenóide é uma doença provocada pelo HPV e que acomete a pele da região anogenital. Caracteriza-se pelas múltiplas pequenas pápulas planas ou aveludadas e de coloração que varia do róseo ao castanho-escuro. O objetivo do nosso estudo é apresentar os resultados que encontramos com aplicações tópicas de creme com imiquimode nos doentes HIV-positivo, com papulose bowenóide perianal. MÉTODO: aplicação tópica de imiquimode, 3 vezes por semana durante 8 a 16 semanas, em 24 adultos HIV-positivo com papulose bowenóide perianal. Avaliamos os resultados obtidos, as contagens de linfócitos T CD4 antes e depois do tratamento e os efeitos colaterais do produto. RESULTADOS: Após 8 semanas, as lesões foram erradicadas em 12 (50%), reduziram em outros 11 e em um a lesão se manteve. Após 16 semanas, as lesões desapareceram em outros oito doentes (33%). A média dos linfócitos TCD4 ao término do tratamento aumentou em relação à inicial (459 e 354, respectivamente) (p = 0,025). Como efeitos colaterais, 14 doentes queixaram-se de ardor discreto, um de estado gripal e sete não relataram

sintomas. Ao exame, observamos dermatites eritematosas em nove, dermatites ulcerativas em sete, e em oito doentes, o exame foi normal. No seguimento após seis meses, dos 20 doentes com remissão completa, 14 (70%) permaneceram sem lesões clínicas, a papulose bowenóide recidivou em dois, um apresentou condilomas e outro, lesão ulcerada cujo exame histopatológico revelou carcinoma espinocelular invasivo da margem anal. As biópsias trimestrais não têm observado o tumor. Os outros quatro doentes foram submetidos ao tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: o imiquimode tópico foi eficaz no tratamento das papulose bowenóide perianal dos doentes HIV-positivo, com efeitos colaterais bem tolerados e sem a necessidade de ressecção cirúrgica.

#### TL095 - INDICAÇÕES E ACHADOS EM 466 COLONOSCOPIAS ELETIVAS, CONFORME A FAIXA ETÁRIA

DREHMER, M.<sup>1</sup>; FERNANDES, L.S.<sup>2</sup>; MANZIONE, C.R.<sup>3</sup>; ROSETTI, E.<sup>4</sup>; ALMEIDA, M.G.<sup>5</sup>; BRAGA, T.A.<sup>6</sup>; FALLEIROS, V.<sup>7</sup>; VILARINO, T.C.<sup>8</sup>

1,2,3,7.HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4,5,6,8.HSMP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Objetivo: Avaliar as indicações e os resultados de colonoscopias realizadas em caráter eletivo, de acordo com a faixa etária. Material e método: Avaliamos 466 pacientes submetidos a colonoscopia eletiva no período de 2008 a 2010, sendo 310 (66,2%) mulheres e 156 (33,8%) homens. A média de idade foi 59,53± 12,76 anos (extremos de 16 e 95 anos). Destes, 88 (19%) tinham menos de 50 anos; 294 (63%), entre 50 e 70 anos e 84 (15%), mais de 70 anos. Resultados: As principais indicações foram sangramento com 122 exames (26%), rastreamento para câncer em 70 (14,9%), seguimento pós polipectomia em 37 (7,9%), dor abdominal em 35 (7,5%) e alteração hábito intestinal em 24 (5,1%) exames. Os principais achados foram pólipos colônicos em 159 (30,4%), diverticulose em 141 (30,1%) e adenocarcinoma em 25 pacientes (5,3%). Relacionando as indicações com os achados, dos 122 pacientes com sangramento, 40 (32,8%) tinham pólipos, 34 (27,9%) tinham diverticulose. Dentre os 70 com indicação para rastreamento, 22 (31,4%) tinham pólipos, 26 (37,1%) tinham diverticulose. Nos 37 pacientes do seguimento pós polipectomia, 19 (51,4%) tinham pólipos, 15 (40,5%) tinham diverticulose. Nos 25 adenocarcinomas, sete estavam localizados no reto, sendo as principais indicações o controle de pólipos e o sangramento (dois em cada grupo), e 18 estavam distribuídos no cólon, sendo as principais indicações o sangramento (quatro pacientes) e o controle de pólipos (três pacientes), os outros 11 casos estavam distribuídos nas demais indicações. Dividindo os pacientes conforme as faixas etárias, observamos naqueles com menos de 50 anos, 22 (25%) com pólipos, 14 (16%) com diverticulose e três (3%) com adenocarcinoma. Para aqueles entre 50 e 70 anos, tivemos 109 (37%) com pólipos, 101 (34%) com diverticulose, e 16 (5%) com adenocarcinoma. Quando acima de 70 anos, encontramos 29 (34%) com pólipos, 33 (39%) com diverticulose e seis (7%) com adenocarcinoma. A análise estatística com o método do chi quadrado revelou que os doentes mais jovens têm menos pólipos, divertículos e câncer (p = 0,0001) combinados, que os mais velhos que 50 anos. Entretanto, a mesma avaliação mostrou que houve menos diverticulose (p= 0,0105) e pólipos (p = 0,049) na população mais jovem, porém a incidência de carcinomas não mostrou diferença estatística (p = 0,552). Conclusão: Os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que os achados das colonoscopias diferiram

conforme as faixas etárias, em relação aos divertículos e pólipos, que foram mais comuns entre os indivíduos com mais de 50 anos. Porém a presença de adenocarcinomas obteve proporção semelhante nos 2 grupos.

**TL096 - INFLUÊNCIA DO PNEUMOPERITÔNIO NA IMPLANTAÇÃO TUMORAL NA INCISÃO PARIETAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INCISÕES DE TROCARTES E DA LAPAROTOMIA EM RATOS**

KAGOHARA, O.H.; DA COSTA, S.L.

PUC-CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Analisar a influência do pneumoperitônio (PNP) com CO<sub>2</sub> na implantação tumoral parietal, realizando um estudo comparativo entre incisões dos trocartes da videolaparoscopia (VLP) e a incisão da laparotomia (LP) convencional em ratos. MATERIAL E MÉTODOS: Foram utilizados 30 ratos Wistar machos, que foram separados, aleatoriamente, em 2 grupos idênticos, com quinze ratos cada um, denominados de A e B. Os 15 ratos do grupo A foram submetidos a LP mediana de 5cm de extensão, inoculando-se o líquido ascítico com células tumorais viáveis, ao redor de 1ml com 3x10<sup>5</sup>, diretamente na cavidade abdominal, que ficou exposta durante 15 minutos. A seguir, a incisão foi suturada com pontos totais, separados, distantes 5 mm cada um, com fio inabsorvível quatro-zeros. Os 15 ratos do grupo B foram submetidos à VLP com punção no hipocôndrio esquerdo com agulha de Vêress e, a seguir, ao PNP, pela insuflação intra-abdominal de gás carbônico, até alcançar a pressão intracavitária de 3mmHg. Atingida essa pressão, introduziram-se, por novas punções, dois trocartes de 3mm, um no flanco direito e outro no esquerdo do abdome, inoculando-se logo após, o tumor, com as mesmas características do grupo anterior, por um dos trocartes. O PNP e os dois trocartes intra-abdominais foram mantidos por 15 minutos. Após esse período, o PNP foi esvaziado pelos trocartes, que foram retirados e, a seguir, as incisões foram suturadas com um ponto total de fio inabsorvível quatro zeros. A evolução pós-operatória dos dois grupos foi acompanhada por 7 dias, submetendo os ratos que não foram a óbito até esta data à nova anestesia para avaliação abdominal. A avaliação relativa à implantação tumoral parietal constou de ressecção da parede abdominal para verificação da presença ou não de implantação tumoral nas incisões cirúrgicas em ambos os grupos, finalizando-se com a retirada dos órgãos abdominais com suspeita de alguma alteração macroscópica. Todo material foi submetido à análise histopatológica. Os ratos que morreram antes do sétimo dia foram analisados com mesmo método. Os resultados deste trabalho foram comparados com a literatura atual e fontes como SCIELO e LILACS. RESULTADOS: Houve desenvolvimento de neoplasia em todas as amostras examinadas, exceto na biópsia do retroperitônio (RPT) do rato número 26. A análise histopatológica evidenciou, em todas as amostras, neoplasia constituída por massa sólida de células de tamanho intermediário, com citoplasma claro e basófilo, núcleos grandes, com cromatina grumosa e nucléolos proeminentes. Tal neoplasia infiltrava o subcutâneo, tecido adiposo e muscular, delaminando as fibras musculares. Em praticamente todas as amostras haviam focos de necrose, em alguns casos, extensa, não havendo células neoplásicas viáveis, como nas amostras do material da incisão dos ratos números 5, 7, 10, 20, 21, 24, 26 e 27. No material coletado do peritônio dos ratos 5, 28 e 30, bem como no RPT dos ratos 22, 27 e 30, haviam também focos de necrose. Nas amostras colhidas das incisões dos ratos 23 e 25, e do RPT do 23, a necrose também era extensa, mas ainda se observaram áreas viáveis da neoplasia. A princípio estava

prevista a análise estatística dos resultados deste estudo que tornou-se desnecessária, pois ocorreu o desenvolvimento de neoplasia em todas as amostras das incisões parietais de ambos os grupos. CONCLUSÃO: O PNP não influenciou a implantação tumoral nas incisões dos trocartes, comparadas com a LP.

**TL097 - INVAGINAÇÃO GASTROCOLO-CÓLICA – RELATO DE CASO**

SEVERINO, N.P.; DA SILVA KNEIPP, A.F.; KIONO SIQUEIRA, O.H.; BEZERRA NETO, J.A.; SARAIVA JESUS, R.P.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI, RJ, BRASIL.

Resumo: A invaginação intestinal consiste na telescopagem de uma alça intestinal para dentro de outro segmento intestinal adjacente, geralmente ileo-cecal ou colo-cólica. É uma doença mais comum na infância, ocorrendo apenas em cerca de 5% em adultos. O objetivo do presente trabalho é apresentar o relato de um caso raro de intussuscepção intestinal envolvendo múltiplos órgãos. O paciente foi admitido no Serviço de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro com queixa de alteração do hábito intestinal de 2 meses de evolução, associado a prolapso de tumoração pelo ânus. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, desidratado, com abdome bastante distendido e doloroso. O exame proctológico evidenciou a presença de alça intestinal prolapsada pelo ânus com necrose parcial, associada a pólipos pediculados volumosos também necrosados. A tomografia computadorizada de abdome demonstrava a presença típica da lesão em “alvo”, além de grande distensão gástrica, sem distensão de intestino delgado. O paciente foi então encaminhado à cirurgia de urgência e o inventário da cavidade revelou distensão gástrica e do cólon proximal a lesão, com invaginação colo-cólica, e envolvimento de parte do omento maior e da grande curvatura gástrica por tração do mesocólon transversos. O segmento invaginado percorria cólon transversos distal, descendente, sigmóide, reto e exteriorizava-se pelo ânus com pólipos pediculados necrosados (provável “cabeça de invaginação”). Procedeu-se a ligadura de vasos do grande omento e curvatura gástrica maior, reduzindo-se a invaginação do estômago. Procederam-se a hemicolectomia esquerda alargada com síntese do coto retal e transversostomia terminal à esquerda (Hartmann). O laudo histopatológico definiu a lesão pediculada como adenoma viloso. O pós-operatório transcorreu sem complicações. Na literatura estudada não há relato de casos de intussuscepção intestinal envolvendo o estômago.

**TL098 - INÉRCIA COLÔNICA: EXISTE LUGAR PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO?**

GAMA, A.H.; LIMA, M.A.; LYNN, P.B.; JORGE, J.M.N.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; DOMINGUEZ, M.L.; NETO, A.S.

INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA RODRIGUES, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: O tratamento cirúrgico da constipação intestinal de trânsito lento (inércia colônica) persiste motivo de controvérsia na literatura mundial. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados do tratamento cirúrgico dos pacientes com constipação intestinal crônica refratária com padrão funcional de inércia colônica. Métodos: Foram avaliados os pacientes atendidos no Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia Angelita e Joaquim Gama no período de 1990-2010 com diagnóstico de constipação intestinal crônica idiopática. Os pacientes preencheram questionário padronizado para distúrbios funcionais anorretais e foram submetidos à investigação funcional, incluindo manometria anorretal, tempo de

trânsito colônico e videodefecografia. Foram estudados os casos com o diagnóstico final de inércia colônica, baseado na estase de > 80% dos marcadores radiopacos em topografia do cólon direito e esquerdo no 5º dia de estudo. Os dados demográficos e clínicos pré-operatórios e os resultados do tratamento cirúrgico foram avaliados através de avaliação de prontuário médico e contato telefônico. Resultados: Neste período foram atendidos no Instituto 1162 pacientes com constipação intestinal crônica. Após investigação funcional, em 38 pacientes do sexo feminino foi confirmado o diagnóstico final de inércia colônica (3,27%). O tratamento cirúrgico foi indicado em todas e após esclarecimento sobre a indicação operatória, resultados e possíveis complicações, apenas 19 (50%) foram operadas. A média de idade foi de 42±14 anos e o tempo de duração dos sintomas variou de 1 a 45 anos (média 19 anos). Todas as pacientes foram submetidas à colectomia total com íleo-reto anastomose. Não ocorreram complicações pós-operatórias imediatas. O número médio de evacuações aumentou de 0,83±0,5 por semana no pré-operatório para 3,4±1,5 por dia após o procedimento. Uma paciente teve quadro de obstrução intestinal por aderências no pós-operatório tardio e foi submetida à laparotomia e lise de aderências. Episódios de suboclusão ocorreram em duas pacientes no pós-operatório tardio. Houve regressão do quadro com medidas clínicas. Setenta por cento das pacientes ficaram muito satisfeitas com a cirurgia. O tempo de seguimento médio foi de 55 meses. Conclusão: Existem poucas opções de tratamento para os pacientes com inércia colônica, e diante da refratariedade dos sintomas e da confirmação diagnóstica pelos métodos diagnósticos funcionais, a colectomia total com ileoretoanastomose constitui opção terapêutica válida, em doentes em que realmente o tratamento conservador é ineficaz.

#### **TL099 - IRRIGAÇÃO DA COLOSTOMIA: CONHECIMENTO DE MÉDICOS CIRURGIÕES GERAIS E ESPECIALISTAS**

**DE PAULA, M.A.B.; PEREIRA LEITE, G.M.M.**

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP, BRASIL.

Resumo: A irrigação da colostomia é um método de regulação da atividade intestinal do colostomizado, conseguida pela lavagem intestinal (enema), realizada através do estoma, na qual se utiliza um volume líquido planejado, mais comumente água, à temperatura corporal, para limpar o intestino grosso, e que possibilita controlar a eliminação de fezes pela colostomia por um período regular. Foi desenvolvida no século XVIII, é procedimento que deve ser prescrito pelo médico, entretanto, muitos profissionais da área de saúde ainda tem pouco conhecimento do método e, os que conhecem muitas vezes não recomendam aos pacientes, por dificuldades de serviços especializados e do não fornecimento do material pela rede pública. Objetivo: Identificar o conhecimento dos médicos cirurgiões e especialistas, a respeito do método de irrigação. Método: Estudo descritivo, quantitativo, realizado no Município de Guaratinguetá, com 16 (dezesseis) profissionais médicos cirurgiões gerais, especialistas e oncologistas, que realizavam cirurgias geradoras de estomas e atuavam no Pronto Socorro Municipal, Hospital Geral e consultórios particulares. Os dados foram coletados por meio de formulário com sete questões. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP n: 400/10) Resultados: Quanto ao conhecimento do método e sua descrição, nove (56,25%) profissionais afirmaram conhecer e o descreveram como sendo lavagem intestinal para desobstrução do trânsito intestinal trazendo alívio imediato aos pacientes. Desses, cinco (31,25%) descreveram a irrigação como lavagem, onde se utiliza soro fisiológico(SF) e cateter de foley para limpeza do intestino,

um (6,25%) como procedimento onde se utiliza esta sonda com SF ou o uso de fleet enema, um (6,25%) médico descreveu como uma lavagem realizada com soro glicerinado a 5%, um (6,25 %) como procedimento utilizando cateter foley e soro fisiológico e ainda reforçou que orientava os pacientes a repetirem o procedimento de duas a três vezes ao dia, um (6,25%) profissional indicava o uso de dreno de petzer com solução glicerinada a 10%, com intenção de melhorar o trânsito intestinal do paciente, três (18,75%) afirmaram conhecer o procedimento, mas ao descreverem alegaram desconhecer os materiais que são utilizados e apenas um (6,25%) descreveu o procedimento corretamente, porque segundo seu relato sua mãe era colostomizada e realizava o procedimento, mostrando que os médicos participantes desconhecem ou não estão atualizados a respeito do procedimento da irrigação da colostomia. Conclusão: Se faz necessário incluir este conteúdo nos cursos de graduação e especialização dos profissionais de medicina, a fim de favorecer a qualidade de vida dos estomizados, uma vez que este é um procedimento de indicação médica.

#### **TL100 - LESÃO URETERAL EM CIRURGIA COLORRETAL: INCIDÊNCIA, FATORES DE RISCO E PAPEL DA PROFILAXIA POR MEIO DE STENTS URETERAIS**

**RUIZ, D.; SILVA, E.; CANEDO, J.; BOUTROS, M.; SILVA, G.; WEXNER, S.D.**

CLEVELAND CLINIC FLORIDA, WESTON, FL, ESTADOS UNIDOS.

Resumo: OBJETIVO: Lesão ureteral (LU) é uma complicação temida na cirurgia colorretal. Alta incidência como 10% é baseada em dados históricos de laparotomia. Fatores de risco para LU, em cirurgia colorretal, não tem sido ainda identificados. Objetivamos, com este estudo, relatar a incidência atual de LU em pacientes submetidos à cirurgia colorretal, identificar seus fatores de risco e avaliar o papel da colocação profilática de stent ureteral (CPSU). MATERIAIS E METODOLOGIA: Todos os pacientes submetidos à cirurgia colorectal entre 04/01 e 10/06 foram identificados a partir de um banco de dados, retrospectivamente. Variáveis demográficas, cirúrgicas e de doença foram coletadas. Análise univariada e multivariada foram utilizados para avaliar fatores de risco para LU. RESULTADOS: 3.950 pacientes (2.014 homens) com média de idade de 57 anos foram identificados. Indicações cirúrgicas incluíram o câncer (35%), colite ulcerativa (CU) (17%), doença diverticular (17%) e de Crohn (11%). 1493 (38%) pacientes foram submetidos a laparoscopia, 2.091 (53%) tiveram dissecação pélvica, 1777 (45%) apresentaram antecedente de cirurgia anterior, e 191 (5%) cirurgia de emergência. Pacientes que receberam CPSU 1038 (26%) apresentaram faixa etária significativamente maior (p <0,01), maior IMC (p <0,02), maior emprego da laparoscopia (p <0,002), doença diverticular, doença de Crohn, a fístula, radiação e dissecação pélvica (todos p <.001, individualmente). 9 (0,23%) pacientes apresentavam LU (8 com CPSU). Todas as LU foram reconhecidas no intra-operatório, 78% se resolveram completamente, em uma média de 14 semanas de seguimento. A presença de fístula (p <0,04) e dissecação pélvica (p <0,03) foram significativamente associados com LU. Na análise multivariada, fístula (OR3.39 CI: 1,6-18,7) permaneceu como preditor forte e independente para LU. Pacientes de alto risco (fístula, IMC > 35 de radiação, anterior ou operação) que foram submetidos a cirurgia pélvica tiveram significativamente maior número de LU (0,42% vs 0,12%, p <0,05). CONCLUSOES: A incidência atual de LU parece decrescido, mesmo em pacientes de alto risco. A presença de fístula ou dissecação pélvica em pacientes de alto risco aumenta

significativamente o risco de LU. Nesses pacientes, a CPSU pode ajudar na identificação de LU intra-operatória promovendo sua reparação com sucesso.

#### **TL101 - LINFOMA NÃO-HODGKIN PERIANAL EM PACIENTE PORTADORA DE HIV**

WESTPHALEN, A.P.<sup>1</sup>; MAIOLI, R.A.<sup>2</sup>; NASCIMENTO, N.S.<sup>3</sup>; PEREIRA, T.<sup>4</sup>; VIEIRA, P.B.<sup>5</sup>; DE LIMA, L.<sup>6</sup>; FRACARO, G.B.<sup>7</sup>; MENDONÇA, T.<sup>8</sup>

1,2,3,4,5,6,8. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 7. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Relatar um caso de abscesso perianal causado por Linfoma não-Hodgkin cutâneo em paciente portadora do vírus HIV. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão do prontuário da paciente durante seu internamento no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e seu acompanhamento no Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECCAN). INTRODUÇÃO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além da associação com infecções oportunistas, apresenta elevado risco para o desenvolvimento de neoplasias, muitas dessas relacionadas a vírus conhecidos como oncogênicos, como o vírus Epstein-Barr relacionado ao Linfoma não-Hodgkin (LNH). Os linfomas não-Hodgkin são freqüentes neoplasias malignas em pacientes portadores de HIV1. Pacientes com LNH apresentam envolvimento cutâneo em 15% a 20% dos casos e em 5% a 10% destes, a lesão na pele foi a primeira manifestação da doença<sup>2</sup>. O linfoma cutâneo de células B é menos freqüente que o de células T, correspondendo de 20% a 25% de todos os linfomas cutâneos primários<sup>3</sup>. O número de lesões é fator prognóstico em linfomas cutâneos de células B primários<sup>4</sup>. Corti et al, numa série de seis casos, mostrou que pacientes com lesão cutânea perianal única tiveram uma sobrevida maior, além de ausência de evidências de disseminação da doença depois de 2 anos do diagnóstico<sup>5</sup>. RESULTADOS: Paciente RBS, feminina, 33 anos, portadora do vírus HIV, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral do HUOP em novembro de 2010 com queixa de dor, edema e secreção purulenta em região perianal. Ao exame físico apresentava grande massa vegetante de aproximadamente 12x7 cm, com edema, hiperemia e secreção sero-purulenta fétida. Foi submetida à drenagem do abscesso e biópsia da lesão, com boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico diagnosticou neoplasia maligna de pequenas células redondas, grau III. Realizou-se estudo imuno-histoquímico que confirmou Linfoma não-Hodgkin B difuso de alto grau. Foi encaminhada ao serviço de oncologia clínica da OUPECCAN, onde excluiu-se doença sistêmica através de exames como tomografia e biópsia de medula óssea. Foi submetida à quimioterapia com 6 ciclos de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (CHOP). Paciente apresentou boa resposta ao tratamento proposto e após seis meses do diagnóstico encontra-se assintomática, com resolução total da lesão. Continua em acompanhamento com a oncologia clínica da UOPECCAN. CONCLUSÃO: Pacientes portadores do vírus HIV têm maior predisposição tanto para infecções oportunistas quanto para neoplasias. O linfoma com comprometimento cutâneo primário é incomum, principalmente o de células B, sendo importante a realização de biópsia de lesões cutâneas suspeitas para não retardar o tratamento adequado.

#### **TL102 - MANEJO DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO NA RESIDÊNCIA DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL**

ARAUJO, N.A.L.<sup>1</sup>; CARDOSO, A.F.<sup>2</sup>; VIDAL, T.Q.C.E.S.<sup>3</sup>; AGUIAR, M.S.<sup>4</sup>; CODES, L.M.G.<sup>5</sup>; MANO, A.L.<sup>6</sup>; SOUZA, E.L.Q.<sup>7</sup>; AZARO FILHO, E.M.<sup>8</sup> 1,2,3,5,6,7,8. HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 4. HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer de reto apresenta incidência anual de 22/100.000 em homens e de 16/100.000 nas mulheres, com média de idade de 60 a 65 anos. O tratamento desses pacientes é baseado na localização da lesão e estadiamento pré e pos operatório. Objetivo: Apresentar o tratamento realizado para pacientes com diagnóstico de câncer de reto na Residência de Coloproctologia do Hospital São Rafael. Material e métodos: Realizada análise retrospectiva de prontuários de pacientes com câncer de reto submetidos a tratamento cirúrgico, no período de abril de 2009 a junho de 2011. Resultados: Incluídos no total 25 pacientes, com média de idade de 65 anos e diagnóstico de câncer de reto, de localização em reto inferior (5 pacientes), reto médio (8 pacientes) e reto superior (12 pacientes). A maioria dos pacientes obtiveram anatomo-patológico de Adenocarcinoma (22 pacientes); os demais corresponderam a Adenoma tubulo-viloso. As cirurgias realizadas foram Retossigmoidectomia (15), Retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto (6) e Amputação abdomino perineal (4). Ostomias foram realizadas em 15 pacientes, sendo 4 definitivas. Neoadjuvância foi indicada para 13 pacientes, correspondendo àqueles com neoplasia em reto médio ou inferior. Adjuvância foi realizada em 15 pacientes. A mortalidade no período foi de 16%. Conclusão: Associada ou não à radio ou quimioterapia, a cirurgia permanece como primeira indicação curativa para o câncer de reto. A neoadjuvância combinada com a Excisão Total do Mesorreto foi o tratamento de escolha para aqueles pacientes com câncer de reto médio e inferior. Terapia adjuvante foi indicada conforme estadiamento pós cirúrgico.

#### **TL103 - MEGACÓLON ADQUIRIDO AVANÇADO: ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS PRECOSES E TARDIOS DA HEMICOLECTOMIA ESQUERDA AMPLIADA COM ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL MANUAL E TÉRMINO-LATERAL MECÂNICA**

RUGERRO, A.G.; KLUG, W.A.; FANG, C.B.; DA ROCHA, K.G.; SOUSA, A.V.; FERNANDES, M.S.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: RESUMO: As manifestações digestivas ocorrem em cerca de 10 a 20% dos pacientes chagásicos, entre elas o megacólon. Ao longo da evolução da doença, muitos desses pacientes assumem formas avançadas e complicadas, exigindo tratamento cirúrgico. Entre as técnicas propostas, a hemicolectomia esquerda ampliada demonstrou, em prazo longo, eficácia no controle da obstipação e prevenção de recidivas, baseada na diminuição da complacência retal e evacuação de fezes pastosas. A forma original da anastomose colorretal nessa operação consiste em realizá-la manualmente, término-terminal, entre o cólon transverso e o reto médio, na altura da reflexão peritoneal. No sentido de facilitar a execução, alternativamente passamos a realizá-la com anastomose do cólon transverso ao reto distal, término-lateral, usando grampeador circular e fechando o coto retal com sutura no reto superior. Foram operados 29 pacientes com a primeira versão técnica e 22 com a segunda, em grupos epidemiologicamente semelhantes. Os resultados funcionais foram idênticos, com uma evacuação ao dia nos pacientes recuperados para avaliação a longo prazo. Em relação às complicações operatórias, houve vantagem numérica com a técnica de sutura mecânica, embora sem diferença significativa por teste estatístico.

#### **TL104 - MELANOMA RETAL PRIMÁRIO – UMA RARA ENTIDADE**

TORRES, E.R.; DO CARMO, G.A.A.; DA SILVA, A.A.W.; CHAVES, E.G.S.; PELEGRINELLI, L.R.; FATURETO, M.C.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução / Objetivos: Melanoma anorretal primário representa uma rara e agressiva entidade correspondendo a aproximadamente 1% das doenças malignas anorretais. O prognóstico é ruim e os pacientes frequentemente apresentam metástases ao diagnóstico. Devido à sua baixa incidência, a experiência no seu tratamento é limitada e há controvérsias em relação ao procedimento cirúrgico de escolha. Relato de caso: Relatamos o caso de um paciente de 55 anos de idade, masculino, casado, leucoderma, admitido no Serviço de Coloproctologia do HC- UFTM com história de hematoquezia progressiva há 6 meses, tenesmo, discreto afilamento fecal e perda ponderal de 3kg neste período. Negava tabagismo e etilismo. Sem antecedentes familiares relevantes. Realizados exame proctológico e colonoscopia que revelaram lesão exofítica endurecida em parede posterior de reto distal com extensão para canal anal, hiperpigmentada, friável, sangrante ao toque, com diâmetro aproximado de 5 cm. Análises histopatológicas e imuno-histoquímicas do material colhido através de biópsias guiadas pelo exame endoscópico confirmaram o diagnóstico de melanoma. Durante o estadiamento, tomografia computadorizada (TC) de crânio, Raio X e TC de tórax foram normais. À TC de abdome foi evidenciada lesão expansiva anorretal medindo 3x4,3cm reduzindo o calibre luminal a este nível, com espessamento mesorretal. O paciente foi submetido a avaliação dermatológica e oftalmológica, não sendo evidenciado qualquer outro foco de melanoma, comprovando a origem primária de reto. Realizada amputação abdominoperineal a Miles com linfadenectomia “en bloc”, sem intercorrências. O paciente evoluiu favoravelmente, tendo alta hospitalar no 4º dia pós-operatório e permanece em seguimento ambulatorial sem evidências de recidiva ou metástases em 3 meses de acompanhamento. O exame anátomo patológico revelou, à macroscopia, massa ulcerada exofítica, firme e parda com focos negros em reto distal, justaposta à mucosa anal, com comprimento de 6 cm e espessura de 2,5 cm; à microscopia, células volumosas ora epitelioides ora fusiformes, com núcleos volumosos, nucléolos centrais evidentes e citoplasma eosinofílico por vezes com pigmento de melanina e numerosas figuras de mitoses, por vezes atípicas, compatível com melanoma maligno invasor do reto que infiltra mas não ultrapassa a camada muscular própria; À imuno-histoquímica houve positividade para S-100, HmB – 45 e Melan – A e negatividade para CK 7 e CK 20. Conclusão: line-height:115%;font-family:”> Melanomas anorretais primários são patologias raras e agressivas, com sintomatologia pobre e inespecífica, cujo diagnóstico é dependente de alto índice de suspeição. Não há consenso na literatura quanto ao tratamento de escolha. A individualização do tratamento é fundamental, cabendo ao cirurgião considerar as vantagens e desvantagens de cada opção terapêutica.

#### **TL105 - MELHORANDO OS RESULTADOS DO PROGRAMA DE BIOFEEDBACK ANAL PARA INCONTINÊNCIA ATRAVÉS DE MEDIDAS CLÍNICAS**

NETTO, F.A.; OLIVEIRA, L.C.C.

CCP DRA. LÚCIA DE OLIVEIRA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.  
Resumo: Objetivo: Avaliar o benefício da associação de medicações que aumentam a consistência das fezes durante sessões de Biofeedback anal. Métodos: Mulheres incontinentes que iniciaram tratamento

através de Programa de Biofeedback semanal no Serviço de Fisiologia Anorretal foram avaliadas prospectivamente através de índice de incontinência ( Jorge/Wexner ), diário da evacuação e escala de Bristol. Todas as pacientes apresentavam episódios de incontinência para fezes pastosas/líquidas associadas a quadros de diarreia. 10 pacientes eram colecistectomizadas e 8 apresentavam doença diverticular. 2 pacientes apresentavam intolerância à lactose. As pacientes colecistectomizadas foram medicadas com colestiramina. As pacientes com história de diarreia ou fezes amolecidas foram medicadas com probióticos. Todas foram acompanhadas durante um período médio de 5 semanas e receberam orientação dietética como parte do programa semanal. Resultados: Entre janeiro e julho de 2011, 32 pacientes do sexo feminino com idade média de 62 (45-82) anos foram tratadas no Serviço de Fisiologia através de Programa de Biofeedback. O índice de incontinência antes do tratamento era de 12, caindo para 4 após as 5 semanas.(p<0.05) A melhora da incontinência foi relacionada ao aumento da consistência das fezes em 83% dos casos, sendo semanalmente avaliada através dos diários de evacuação e escala de Bristol. Conclusões: Medidas clínicas simples, como a associação de colestiramina e probióticos e retirada da lactose nos casos de intolerância podem melhorar os resultados de pacientes incontinentes que encontram-se em Programa de Biofeedback anal.

#### **TL106 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (MET) EXPERIÊNCIA HC-FMUSP/ICESP**

MARQUES, C.F.; NAHAS, C.S.; NAHAS, S.; COTTI, G.C.; JUNIOR, U.R.; CECCONELLO, I.; PINTO, R.Â.; PINTO, M.R.; NAMUR, G.  
INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octávio Frias de Oliveira. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina da Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Introdução: A microcirurgia transanal endoscópica é a técnica de ressecção de lesões neoplásicas colorretais através do ânus auxiliado por aparato especialmente desenvolvido para o trabalho dentro luz retal através de da insuflação de CO2. É possível através desta técnica ressecções de espessura total e o defeito pode ser corrigido através de sutura manual. Objetivo: Os autores descrevem sucintamente a técnica e a atual casuística no Hospital das Clínicas/Instituto do Câncer de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Material e Métodos: Foram avaliados prospectivamente 46 pacientes submetidos a técnica de ressecção transanal microscópica para neoplasias colorretais entre agosto 2008 e maio 2011. Os autores demonstram a técnica e a atual casuística. Resultados: 46 casos (28 fem); Idade média 62 (49-92) anos; Duração: 2,1 hs (1,5hs-4,5hs); Alta hospitalar média : 3o PO (2o-7o); Complicações: 2 sangramentos (1 transfusão sanguínea), 7 casos de tenesmo/supuração pelo reto (2 por impossibilidade de sutura do leito), 4 pneumoperitônios sintomáticos (1 sem abertura franca da cavidade peritoneal). Conclusão: A cirurgia transanal endoscópica apresentou baixa morbidade e elevada eficácia. A técnica não causou complicações de disfunção urinária ou sexual e incontinência fecal é mínima e temporária.

#### **TL107 - MORFOLOGIA E IMUNO-HISTOQUÍMICA DO PLEXO MIENTÉRICO DAS VÁLVULAS CONFECCIONADAS NO COLO DE RATOS SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL E COLOSTOMIA PERINEAL**

DEOTI, B.<sup>1</sup>; DA SILVA, A.L.<sup>2</sup>; ARANTES, R.M.E.<sup>3</sup>; CAMPOS, C.F.<sup>4</sup>; HAYCK, J.<sup>5</sup>; COSTA E SILVA, I.C.<sup>6</sup>



1,2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3,6.INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS ICB/UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 5.HOSPITAL CRISTIANO MACHADO FHEMIG/FUPEC, SABARÁ, MG, BRASIL. Resumo: O objetivo é o estudo histopatológico das válvulas biológicas, confeccionadas por seromiectomia, no colo de ratos, submetidos à amputação abdominoperineal e colostomia perineal. Propõe-se contribuir na elucidação dos mecanismos que promovem o retardo do conteúdo intestinal ou a continência parcial e a natureza deste tecido. Foram operados 36 ratos, divididos em 3 grupos. No controle (GC), 6 animais foram submetidos a laparotomia e exploração da cavidade abdominal. No grupo amputado (GA), 6 animais foram submetidos à amputação do conjunto esfinteriano e abaixamento do colo com colostomia perineal. No grupo amputado com válvula (GACV), 24 animais foram submetidos à confecção de três seromiectomias no colo abaixado, amputação do conjunto esfinteriano e colostomia perineal. No 40º dia pós-operatório o segmento intestinal foi submetido à análise histológica nos seus aspectos microscópico descritivo (H&E), análise morfométrica, imuno-histoquímica (PGP) e Tricrômico de Gomori no nível do plexo mientérico. O número de pontos por válvula e a abertura puntiforme da mucosa não foi significativa para explicar a ocorrência de quatro óbitos. Os três grupos ganharam peso, mas houve aumento médio de peso, de forma significativa, no GC e GA. A microscopia H&E revela uma inflamação crônica, com presença de células gigantes do tipo corpo estranho, e uma interrupção linear das camadas musculares, região que se encontra substituída por tecido conjuntivo vascular exuberante com deposição de colágeno, sem reinervação no local operado. A observação sistemática das áreas adjacentes à válvula mostra aspecto arquitetural muito preservado. A coloração com Tricrômico de Gomori expõe deposição de colágeno sem revelar diferenças qualitativas ou quantitativas entre os grupos. As espessuras das camadas musculares interna e externa não variaram significativamente nas amostras estudadas. A imunoposição da PGP 9.5, que evidencia os elementos do sistema nervoso entérico, mostra uma despopulação neuronal no plexo mientérico nas regiões valvulares. As válvulas biológicas: 1-não obstruem e não desnudem os animais; 2-são contentivas permitindo um retardo no fluxo intestinal e na exoneração fecal, restaurando o ato evacuatório próximo do padrão funcional fisiológico; 3-são desnervadas somente no local da confecção; 4-geram uma resposta adaptativa intestinal com preservação das estruturas histológicas no segmento intestinal operado interválvulas; 5-não se reinervam no período de quarenta dias pós-operatórios; 6-não se comportam como estenoses cicatriciais e sim como válvulas; 7-transformam o segmento intestinal onde são confeccionadas em um segmento de armazenamento. A técnica é de fácil execução e tem importante potencial de aplicação clínica.

**TL108 - MORTALIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO: RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS**  
KOTZE, P.G.; FROEHLER JUNIOR, L.; ABOU-REJAILE, V.; MARTINS, J.F.; MIRANDA, E.F.  
SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

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

mortalidade dos pacientes portadores destas doenças, principalmente da RCUI, apresentou significante declínio devido à utilização de novas medidas terapêuticas clínicas e cirúrgicas. Muitos pacientes são submetidos a procedimentos cirúrgicos no decorrer das suas vidas. As ressecções intestinais em portadores de doença inflamatória intestinal (DII) realizadas em regime de urgência estão associadas a maior mortalidade em relação às operações eletivas. O objetivo deste estudo foi avaliar o índice de mortalidade em portadores de DII (DC e RCUI) submetidos a tratamento cirúrgico, com detalhes das causas e fatores de risco para os óbitos em uma série de casos. MÉTODO: estudo retrospectivo de uma série de casos submetidos a tratamento cirúrgico para DII, em um serviço de referência em coloproctologia, em período de aproximadamente 7 anos. Os pacientes foram divididos em dois grupos, DC e RCUI. Os casos de óbitos foram discriminados e avaliados individualmente, considerando aspectos demográficos e fatores de risco associados. RESULTADOS: Noventa operações foram realizadas em 52 pacientes, sendo 19 em 10 pacientes (RCUI) e 71 em 42 pacientes (DC). A média de idade dos grupos foi 35,8 e 37,8 anos, respectivamente. No grupo RCUI, ocorreram 9 operações de ressecção intestinal, 5 de reconstrução de trânsito intestinal e 5 outros procedimentos. No grupo DC, foram realizadas 39 operações abdominais em 30 pacientes e 32 procedimentos perineais em 20 pacientes. No subgrupo DC - abdominal, ocorreram 13 colectomias, 11 enterectomias, 7 colectomias e enterectomias e 8 outros procedimentos. No subgrupo DC - perineal, foram realizadas 27 fistulotomias anais em 2 tempos, 3 drenagens de abscesso perineal e 2 outros procedimentos. Ocorreram no total 5 óbitos, 1 no grupo RCUI e 4 no DC, (1 não relacionado à doença em si). Todos os óbitos ocorreram após cirurgias abdominais. A mortalidade geral foi de 7,69% (total de pacientes) e 4,44% (total de operações), para DC, 7,14% e 4,22%, e para a RCUI, 10% e 5,26%, respectivamente. Todos os pacientes foram submetidos a procedimentos de urgência, sendo colectomias, associadas ou não a enterectomias, recebendo corticóides endovenosos e apresentando desnutrição. As causas dos óbitos foram todas ligadas a sepse: respiratória (2 pacientes), Síndrome de Fournier em 1 paciente e fúngica em outro. CONCLUSÕES: a mortalidade no tratamento cirúrgico das DII encontrada variou de 4 a 10%, de acordo com o parâmetro avaliado, dados compatíveis com a literatura. Os principais fatores de risco associados foram procedimentos emergenciais, ressecções intestinais, desnutrição e corticoterapia.

**TL109 - NEOADJUVANCIA NO CANCER DO RETO: QUAL PAPELATUAL?**

ORTEGA, F.P.; REIS NETO, J.A.; REIS JUNIOR, J.A.; KAGOHARA, O.H.; NETO, J.S.

CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: A recidiva local no câncer de reto ocorre em relação direta com o grau de infiltração da parede retal, com a presença de metástases linfáticas e com o grau de diferenciação celular do tumor. Quanto ao grau de diferenciação celular, quanto maior for o grau de diferenciação celular mais agressivo o câncer. Alto grau de diferenciação celular indica presença de maior número de células indiferenciadas (carcinomatosas) e, portanto, de tumores com pior prognóstico. Sob este ponto de vista, considerando-se todos os fenômenos responsáveis pela recidiva local, há que se considerar que poucos destes fatores mencionados podem ser resolvidos unicamente pela cirurgia, por mais ampla e adequada que seja. A análise multifatorial da incidência de recidiva local demonstrou a importância de um tratamento neo-adjuvante, em especial, no câncer do reto

extraperitoneal (inferior). O objetivo deste trabalho é o de avaliar os efeitos da radioterapia sobre a gradação celular do câncer de reto inferior. Metodologia: o mesmo protocolo foi utilizado em todos os 378 pacientes: 400 cGy, 200 cGy /dia, por quatro semanas consecutivas (campos pélvicos anterior e posterior) por meio de um Acelerador (25 MeV). A cirurgia foi realizada entre duas a três semanas do termino da irradiação. Foi realizada a análise da gradação histológica do tumor, comparando-se o resultado obtido por ocasião do diagnóstico da enfermidade com o obtido ao termino da irradiação, por ocasião da cirurgia. Todas as biópsias obedeceram ao mesmo critério patológico. Resultados: Gradação celular por ocasião do diagnóstico: 201 tumores (53,2%) é alto grau de indiferenciação celular, 127 tumores (33,6%) é moderado grau de indiferenciação celular, 50 tumores (13,2%) é baixo grau de indiferenciação celular. Após a radioterapia a gradação histológica foi classificada como: 61 tumores (16,2%) é alto grau de indiferenciação celular, 210 tumores (55,5%) é moderado grau de indiferenciação celular, 107 tumores (28,3%) é baixo grau de indiferenciação celular. A variação observada quanto à gradação histológica do tumor mostra que houve um efeito da irradiação sobre as células carcinomatosas, suficiente para inverter o prognóstico quanto à recidiva local do tumor. Apenas 3,48% dos tumores demonstraram ser rádio-resistentes, sem alteração de sua histologia. Conclusão: A análise estatística da gradação histológica do câncer de reto inferior comprova que existe um efeito da irradiação sobre as células indiferenciadas, provocando uma involução tumoral, que, sem dúvidas altera a incidência de recidiva local ( índice de recidiva local observada nestes pacientes foi de 3,4%).

#### **TL110 - O EFEITO ANTI-INFLAMATÓRIO E ANTIOXIDANTE DA BOSWELLIA SERRATA EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE**

FILLMANN, H.S.<sup>1</sup>; HARTMANN, R.M.<sup>2</sup>; MARTINS, M.I.M.<sup>3</sup>; TIEPPO, J.<sup>4</sup>; MARRONI, N.P.<sup>5</sup>

1.PUC-RS; UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.4.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.UFRGS; ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: O metabolismo oxidativo anormal com o aumento de espécies reativas de oxigênio (ERO) pode ter uma grande importância na atividade da retocolite ulcerativa idiopática (RCUI). Esse estudo tem como objetivo avaliar os efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes da *Boswellia serrata* (*B. serrata*) nos animais com colite induzida por ácido acético. Métodos: Foram utilizados 20 ratos machos Wistar, 300 g, divididos em grupos: 1: Controle (CO), 2: Controle+*Boswellia serrata* (CO+B); 3: Colite (CL) , 4: Colite+*Boswellia serrata* (CL+B). O extrato de *B. serrata* (34,2 mg/Kg) foi administrado sob a forma de gavagem antes e após a indução da colite durante 48 horas. Foi aferida a pressão anal esfinteriana e realizada a avaliação da lipoperoxidação (LPO) por TBARS e a atividade das enzimas antioxidantes: superóxido dismutase (SOD), glutatona peroxidase (GPx) e glutatona total (GSH). Obtivemos também análise histológica por coloração de hematoxilina e eosina. Resultados: A análise estatística utilizada foi ANOVA seguido do teste Student-Newman-Keuls (média±EP) com (p<0,05). Na pressão anal esfinteriana (cm/H<sub>2</sub>O) os grupos CL+B mostrou um aumento significativo em relação ao grupo CL (CO: 59,8±0,4; CO+B: 61±1,1; CL: 29,5± 0,6; CL+B: 47,7±1,0). Na avaliação da LPO por TBARS (nmoles/mgProt) houve uma diminuição significativa nos grupo CL+B em relação ao grupo CL (CO: 2,7±0,7; CO+B: 2,8±0,8; CL: 9,0±1,1; CL+B: 3,6±0,6). Quanto às enzimas antioxidantes, a SOD (U/mgProt) apresentou uma diminuição significativa nos grupos CL+B em relação

ao grupo CL (CO: 2,8±0,8; CO+B: 2,8±0,4; CL: 11,8±0,6; CL+B: 3,2±1,0). A enzima GPx (nmoles/mgProt) apresentou um aumento significativo nos grupo CL+B em relação ao grupo CL (CO: 1,2±0,1; CO+B: 1,1±0,1; CL: 0,5±0,0; CL+B: 1,2±0,1) da mesma forma que a enzima GSH (µmol/mgProt) (CO: 0,013±0,003; CO+B: 0,013±0,003; CL: 0,005±0,003; CL+B: 0,013±0,002). Na avaliação histológica do grupo CL foram verificadas alterações na arquitetura como a destruição das criptas, edema na submucosa (E) e infiltrado inflamatório (IF). Entretanto, no grupo CL+B foram observados uma preservação das criptas e um edema menor. Conclusão: Esse estudo sugere que o extrato de *B. serrata* tem ação anti-inflamatória, a julgar pelo aumento na pressão anal esfinteriana e pelos resultados mostrados na histologia. Também sugerimos a ação antioxidante do extrato, pois o mesmo diminuiu a LPO nos animais tratados assim como os valores das enzimas antioxidantes.

#### **TL111 - O EFEITO DA ENZIMA SUPERÓXIDO DISMUTASE SOBRE AS ALTERAÇÕES INTESTINAIS PROVOCADAS PELO DIABETE MÉLITO**

FILLMANN, H.S.<sup>1</sup>; RODRIGUES, G.<sup>2</sup>; PORAWSKI, M.<sup>3</sup>; FILHO, N.K.<sup>4</sup>; MARRONI, N.P.<sup>5</sup>

1.UFRGS - PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.4.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.UFRGS - ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: O sistema gastrointestinal é frequentemente afetado em pacientes com diabetes mellitus (DM). Algumas destas alterações são devidas ao estresse oxidativo e à produção de radicais livres. O presente estudo avalia a ação protetora da enzima superóxido dismutase (SOD) sobre as alterações intestinais em ratos com diabetes mellitus induzida por estreptozotocina. Material e Métodos: Foram utilizados 40 ratos Wistar machos com peso médio de 350g e divididos em quatro grupos: Controle (CO); Controle+SOD (CO+SOD); Diabetes Mellitus (DM); Diabetes+SOD (DM+SOD). O diabetes mellitus foi induzido através da injeção intraperitoneal de estreptozotocina na dose de 75mg/Kg. A glicemia foi medida através de sangue coletado do seio orbital. A lipoperoxidação foi avaliada pela técnica de TBARS. A quantificação da atividade antioxidante da SOD foi feita em leitura espectrofotométrica do homogeneizado do intestino grosso distal do rato. A avaliação da lesão histológica foi feita através da aplicação do escore de dano inflamatório de Morris e Sandborn. Nós utilizamos a medida de pressão anal esfinteriana para avaliar o estresse nitrosativo. O dano ao DNA foi demonstrado através da utilização de ensaio cometa. Resultados: O estresse oxidativo e o dano ao DNA estão elevados no grupo DM e apresentaram uma redução significativa com a administração de SOD. O uso da SOD também melhorou as alterações inflamatórias do intestino e a pressão anal esfinteriana que estava reduzida no grupo diabético. Conclusão: A administração de SOD demonstrou efeito benéfico sobre as alterações de todos os parâmetros avaliados no intestino grosso de ratos diabéticos.

#### **TL112 - O EMPREGO DA NEUROESTIMULAÇÃO SACRAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL GRAVE SEM DEFEITO ESFINCTERIANO: EXPERIÊNCIA INICIAL COM SEGUIMENTO DE SEIS MESES**

JORGE, J.M.N.; PINTO, R.A.; CORRÊA NETO, I.J.F.; AMARAL, S.S.; MACHADO, S.P.G.; GUILGER, N.R.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Não existe procedimento cirúrgico simples e eficaz na restauração da continência anal em pacientes com esfínter

anal externo anatomicamente íntegro, porém com deficiência funcional grave. Tradicionalmente, esses pacientes são tratados com orientações dietéticas, agentes anti-diarréicos, antidepressivos e biofeedback, mas os resultados são em geral insatisfatórios. A procura de métodos mais eficazes para o tratamento desses pacientes levou ao desenvolvimento da eletroestimulação sacral, a partir de experiência prévia pelos urologistas no tratamento da incontinência urinária. Porém, a experiência do método no tratamento da incontinência anal grave idiopática ou neurogênica, sobretudo em nosso meio, é ainda inicial. Objetivo: Avaliar a eficácia da neuroestimulação sacral no tratamento da incontinência anal idiopática ou neurogênica. Métodos: Este estudo prospectivo foi realizado no Ambulatório de Fisiologia Colorretoanal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). A avaliação pré-operatória incluiu avaliação clínica, índice de incontinência (II - Cleveland Clinic Incontinence Score; pontuação: 0 a 20), eletromanometria anorretal e ultrassonografia endoanal tridimensional. Os critérios de seleção incluíram pacientes com incontinência grave, com  $II > 14$ , com hipotonia esfíncteriana acentuada e estrutura anatômica preservada (ausência de defeitos do esfíncter anal externo ou mistos). A implantação do neuroestimulador (Interstim®) foi realizada pelo método percutâneo, e em duas etapas: 1- os implantes dos eletrodos definitivos com estimulador provisório para teste durante duas semanas; 2- implantação do gerador definitivo nos casos de teste positivo. Como avaliação pós-operatória foi utilizado diário com o número de evacuações e episódios diários de incontinência, o índice de incontinência e a manometria anorretal. Para a análise estatística foi utilizado o teste pariado t-Student. Resultados: Foram avaliadas quatro pacientes do sexo feminino, com idade variando de 29 a 58 anos, portadoras de incontinência anal grave (II: 14 a 20) relacionada a um ou mais dos fatores: parto vaginal, constipação intestinal com esforço evacuatório crônico e operações anorretais prévias. Em dezembro de 2010 foram, após investigação clínica e funcional, submetidas à implantação de eletrodos sacrais. Como o teste foi positivo (redução em pelo menos 50% dos episódios de perda de fezes) em 100%, procedeu-se nas 4 pacientes, após duas semanas, a colocação do gerador definitivo. O seguimento ambulatorial foi realizado a cada dois meses com evidência de melhora dos índices de incontinência anal, após 6 meses de seguimento, de 18 para 5,6 ( $p < 0.05$ ). Somente uma paciente não manteve melhora superior a 50%, mantendo o índice de incontinência de 13. Conclusão: A experiência inicial com a neuroestimulação sacral para incontinência fecal idiopática ou neurogênica demonstrou melhora significativa para a maioria das pacientes estudadas. Os resultados são promissores, dado a inexistência de métodos eficazes para estes casos.

**TL113 - O EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS REDUZ OS NÍVEIS DE LIPOPEROXIDAÇÃO E A ATROFIA DAS CRIPTAS CÓLICAS EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO?**

CUNHA, F.L.; FONTE, F.P.; ALMEIDA, M.G.; MELLO, R.O.; SILVA, C.M.G.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; LAMEIRO, T.M.D.M.  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Os polifenólicos da *Ilex paraguariensis* possuem atividade antioxidante, antiinflamatória e antineoplásica. O dano à mucosa cólica na colite de exclusão (CE) está relacionado a ação de radicais livres de oxigênio que oxidam a membrana celular epitelial,

ocasionando atrofia das criptas intestinais. Nenhum estudo avaliou a eficácia do extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* na CE. Talvez a substância seja capaz de reduzir a lipoperoxidação e o dano à mucosa cólica. Objetivo: Avaliar os efeitos antioxidantes da aplicação de extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* em modelo de CE, verificando a capacidade de prevenção da atrofia do epitélio cólico. Método: Trinta e dois ratos foram divididos em dois grupos de 16 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após colostomia no cólon esquerdo. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos segundo diária com enemas de soro fisiológico 0,9% ou extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* na concentração de 0,2 g/100 g. A colite foi confirmada por estudo histopatológico, a altura das criptas por morfometria computadorizada e a lipoperoxidação pela quantificação de malondialdeído (MDA). Na análise dos resultados utilizaram-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: Os níveis de MDA nos animais irrigados com soro fisiológico, nos cólons com e sem de trânsito fecal, após duas e quatro semanas foram de  $0,05 \pm 0,006$ ,  $0,06 \pm 0,006$  e  $0,05 \pm 0,03$ ,  $0,08 \pm 0,02$  respectivamente. Os níveis de MDA nos irrigados com *Ilex paraguariensis*, nos cólons com e sem trânsito, após duas e quatro semanas foram de  $0,010 \pm 0,002$ ,  $0,02 \pm 0,004$  e  $0,03 \pm 0,007$ ,  $0,04 \pm 0,01$ , respectivamente. Após duas e quatro semanas de intervenção os níveis de MDA foram menores naqueles irrigados com *Ilex paraguariensis*, independente do tempo ( $p = 0,0001$  e  $p = 0,002$ , respectivamente). A altura das criptas nos irrigados com *Ilex paraguariensis*, nos cólons com e sem trânsito, após duas e quatro semanas foram de  $14,67 \pm 2,95 \mu\text{m}$ ,  $9,26 \pm 1,23 \mu\text{m}$  e  $12,44 \pm 2,94 \mu\text{m}$ ,  $7,06 \pm 1,14 \mu\text{m}$ , respectivamente. Após duas e quatro semanas a altura das criptas foi menor no cólon sem trânsito, independente do tempo ( $p = 0,0001$  e  $p = 0,002$ , respectivamente). No sem trânsito houve redução na altura das criptas relacionadas ao tempo. Conclusão: O extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* reduz os níveis de lipoperoxidação no cólon sem trânsito fecal, independente do tempo de irrigação, não evitando a atrofia das criptas intestinais que piora com o tempo de exclusão.

**TL114 - O PROGNÓSTICO NO CÂNCER COLORRETAL ESTÁ RELACIONADO A LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA?**

DOS SANTOS, J.A.; DE ASSIS, M.M.; MOREIRA, A.L.; FIALHO, L.O.; AGUERO, H.J.V.; PAULO, F.L.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar se a localização anatômica do tumor influencia no prognóstico oncológico. Matérias e Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes consecutivos operados com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre Janeiro de 2000 e Maio de 2011. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, comorbidades, localização do tumor, características histopatológicas, estadiamento tumoral, morbimortalidade e resultados oncológicos. Os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com a localização da lesão: Grupo A (os pacientes com tumor proximal ao ângulo esplênico), Grupo B (tumor do ângulo esplênico até reto intra-peritoneal), Grupo C (reto extra-peritoneal). Os testes exato de Fisher e Qui-quadrado foram utilizados para variáveis categóricas e os testes de Wilcoxon Rank-Sum e Kruskal-Wallis foram utilizados para variáveis contínuas. A análise dos resultados oncológicos foi realizada através da curva de Kaplan-Meier. O valor  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: Foram incluídos 251 pacientes, 65 (26%) no Grupo A, 124 (49%) no Grupo B e 63 (25%) no Grupo C. As

variáveis demográficas, comorbidades, cirurgia paliativa, estadiamento tumoral, grau de diferenciação, invasão linfovascular e mortalidade pós operatória foram similares entre os três grupos. Os tumores do Grupo A apresentaram maiores dimensões e maior quantidade de linfonodos isolados na peça cirúrgica ( $p < 0.05$ ). O seguimento pós-operatório mediano foi de 32 (5-91) meses, não havendo diferença estatística entre os grupos. Os tumores do Grupo C tiveram menor sobrevida livre de doença, maior mortalidade relacionado ao câncer e menor sobrevida global quando comparados com o grupo A e B. Conclusão; Entre os tumores intra-peritoneais, os proximais ao ângulo esplênico tiveram tamanhos maiores e maior número de linfonodos isolados na peça cirúrgica, porém os resultados oncológicos foram semelhantes aos tumores distais ao ângulo esplênico. Os tumores localizados no reto extra-peritoneal apresentaram piores resultados oncológicos quando comparados com os tumores intra-peritoneais.

#### **TL115 - OPERAÇÕES DE CANCER DO INTESTINO GROSSO SEM O PREPARO MECÂNICO**

SANTOS JR., J.C.M.

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

Resumo: Introdução: O preparo intestinal mecânico é prática comum antes das cirurgias eletivas colorretais, mas pode ser considerado desnecessário ou até mesmo prejudicial, quando a intenção é proteger o paciente contra as complicações pós-operatórias. Objetivo: Avaliar o índice de infecção e de deiscência de anastomose após operações colorretais de ressecções e reconstrução primária em pacientes portadores de câncer do intestino grosso que não receberam o preparo intestinal mecânico. Pacientes e métodos. O estudo foi desenvolvido entre janeiro de 1989 e janeiro de 2011, envolvendo 453 pacientes - 262(58%) com câncer (128 homens e 134 mulheres, média de idade de 60 anos) serão destacados para o estudo. Os fatores de riscos para complicações foram: aspectos demográficos, sexo, peso, idade, doenças associadas, permanência hospitalar pré-operatória, duração do ato cirúrgico e local da anastomose. Resultados. Cento e cinquenta e sete anastomoses foram colorretais (ACR): 39(25%) com o reto intraperitoneal (RI); 118 (75%) foram extraperitoneais - reto baixo ou cólon-anal (RE) e 105 foram cólon-cólicas(ACC). Entre essas foram incluídas 9 operações de Miles. No grupo das ACR(RE), 16 pacientes tiveram infecção da ferida(10,2%) e 12(7,6%) deiscência da anastomose. Houve 2 (1,5%) óbitos. Considerando apenas as anastomoses baixas ou cólon-anais os índices de infecção e de deiscência foram de 15,4%. Os óbitos assinalados ocorrem nesse grupo. Na ACR(RI), a infecção foi de 5% e não houve deiscência de anastomose. Nas ACC: sigmoidectomias e colectomias a esquerda não houve infecção nem deiscência de anastomose; nas colectomias a direita o índice de infecção foi de 3,2% e a deiscência da anastomose de 2%. Conclusão: Não há diferença, quanto ao índice de infecção, quando se compara esses resultados com os estudos em que o preparo mecânico não foi omitido. Contudo, o índice de deiscência de anastomose é significativamente menor entre os pacientes que não receberam o preparo mecânico.

#### **TL116 - PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL TRATADOS EM UM HOSPITAL 100% SUS DE PORTO ALEGRE**

PINTO DE CARVALHO, L.<sup>1</sup>; VOLPATO, G.<sup>2</sup>; SCHMITT, D.S.<sup>3</sup>; NOGUEIRA SANTOS JUNIOR, C.A.<sup>4</sup>; CERQUEIRA KOPPE, D.<sup>5</sup>; TAKASHI KOSHIMIZU, R.<sup>6</sup>; CALIL MURY MALLMANN, A.<sup>7</sup>; MANSUR, R.A.<sup>8</sup>

1,5,6,7.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,8.ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é o terceiro tumor maligno mais incidente no mundo. O objetivo do presente estudo é demonstrar o panorama atual do câncer colorretal em um hospital público da capital do Rio Grande do Sul que atende 100% dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde, enfocando aspectos relacionados ao diagnóstico, estadiamento e terapêutica cirúrgica abordada nestes respectivos pacientes. Material e Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo que inclui os pacientes com CA colorretal internados pelo Serviço de Proctologia do Hospital Conceição durante o período de janeiro de 2009 a maio de 2011. As variáveis analisadas foram gênero, idade, CEA, localização da lesão, descrição da colonoscopia, cirurgia realizada e se esta foi curativa ou paliativa, comprometimento de órgãos adjacentes, tipo histológico do tumor, comprometimento da circunferência do cólon, positividade nodal, número de linfonodos por peça cirúrgica, estadiamento, presença e local de metástases. Resultados: Foram estudados 61 pacientes, 34,4% homens e 65,6% mulheres. A idade variou de 40 a 84 anos, sendo a média 65,81 anos. Realizaram colonoscopia 58 pacientes, destes nenhum apresentou perfuração, 48,3% apresentavam obstrução que impediam a passagem do aparelho, 56,9% apresentavam mais de 50% de comprometimento da circunferência devido ao tamanho da lesão e 48,3% das lesões foram caracterizadas macroscopicamente como úlcero-vegetantes. O CEA foi coletado em 59 pacientes, sendo que 47,5% apresentavam CEA > 5ng/mL. Metástases à distância foram encontradas em 23,3% do total de 60 pacientes avaliados, sendo o fígado o órgão mais acometido (57,1%), seguido pelo pulmão (35,7%) e pelo osso (7,1%). Dos 61 pacientes estudados, 58 (95,1%) foram submetidos a tratamento cirúrgico, destes a intenção curativa foi em 84,5%. Em 32,8% dos operados houve comprometimento de órgãos adjacentes, no qual em 63,2% o anatomopatológico confirmou lesão maligna, sendo ressecados 57,9% do total de pacientes com órgãos adjacentes acometidos. Foram analisadas 52 peças cirúrgicas, destas 67,3% comprometiam mais de 50% da luz do cólon e 44,2% a macroscopia do tumor era ulcero-vegetante. A média do tamanho do tumor foi de 5,2cm. Quanto a variável margem de ressecção, 51 pacientes (98,15%) apresentaram margens livres. A média de linfonodos foi de 17,69 e uma positividade de 50%. A presença de mais de 12 linfonodos por peça foi de 73,1%, sendo que em pacientes estadiado II este percentual foi de 66,7%. Os 61 pacientes estudados foram estratificados como 9,8% Estádio I, 29,5% Estádio II, 29,5% Estádio III e 31,1% estádio IV. Conclusão: O perfil dos pacientes tratados na nossa instituição é de doença avançada, entretanto os métodos curativos empregados tem ido ao encontro de um tratamento cirúrgico oncológico adequado em nossos pacientes.

#### **TL117 - PADRONIZAÇÃO DO MÉTODO DE EXTRAÇÃO DE DNA PARA TESTES GENÉTICOS DE INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITE - MSI E KRAS NO CÂNCER COLORRETAL**

LOSSO, G.M.<sup>1</sup>; MORAES, R.S.<sup>2</sup>; REASON, I.M.<sup>3</sup>

1,3.LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA MOLECULAR - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - CAD - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC / UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Estima-se que para o ano de 2020, o número de casos novos anuais de câncer colorretal (CCR) no mundo seja de ordem de 15 milhões, sendo cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países

em desenvolvimento. Salienta-se que 1/3 desses novos casos poderiam ter prevenção. No Brasil, o câncer colorretal é o 4º tumor maligno mais freqüente em ambos os sexos. A capacidade de se predizer a agressividade biológica e a resposta terapêutica através da análise molecular é de valor inestimável para o tratamento dos pacientes com CCR. Para a dissecação e extração do DNA foram realizadas seis metodologias baseadas em kits comerciais (I Protocolo Kit Wizard Genomic (Promega), II Protocolo Kit Wizard Genomic Promega modificado, III Protocolo Kit Wizard Genomic Promega modificado, IV Protocolo Kit Hexiprep Norgen Biotek, V Protocolo Kit QIAmp® DNA FFPE Tissue Handbook Qiagen, Califórnia, USA, VI Protocolo Kit Hexiprep com Kit Wizard Genomic), onde se avaliou a técnica de melhor relação custo-benefício, considerando a qualidade da purificação, quantidade de DNA extraído e integridade do DNA. As amostras de tecido tumoral para extração de DNA foram obtidas a partir de tecidos fixados em formol e emblocados em parafina, obtidas através de Microcirurgia Endoscopia Transanal (TEM). A área da amostra foi selecionada após revisão por microscopia ótica dos cortes histológicos (corados pelo método hematoxilina-eosina) correspondentes aos blocos, para evitar a coleta de área de gordura ou necrose. O protocolo IV, utilizando-se o kit comercial Hexiprep (Norgen Biotek), apesar de eficiente, de execução simples e adequada para rotina, tornou-se inviável, tendo em vista que o mesmo foi retirado do mercado pelo fabricante. Os protocolos I, II, III e V não atenderam aos padrões adotados. O protocolo V Kit QIAmp® DNA FFPE Tissue Handbook (Qiagen, Califórnia, USA), foi o que teve melhor relação custo-benefício quanto à praticidade, execução, quantidade de DNA obtido e tamanho de fragmento obtido por PCR. Com a utilização do protocolo V, obteve-se boa qualidade e concentração do DNA genômico, avaliadas por espectrofotômetro NanoDrop2000 (Thermo Scientific) (213,4ng/µl). A análise do DNA amplificado por PCR demonstrou que o DNA extraído apresenta excelente viabilidade, possibilitando a pesquisa com amostras de CCR parafinadas aplicadas no teste de Instabilidade de Microssatélite – MSI e sequenciamento do gene KRAS.

#### **TL118 - PADRONIZAÇÃO TÉCNICA E RESULTADOS DE 300 APENDICECTOMIAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>

1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A apendicectomia é a cirurgia abdominal mais frequentemente realizada. Alguns estudos randomizados, multicêntricos e comparativos demonstraram a superioridade da apendicectomia videolaparoscópica (AVL) em relação à técnica aberta nos quesitos: dor pós-operatória, tempo de internação e retorno às atividades (Sauland S, Cochrane Library, 2004). Diversas técnicas são utilizadas no tratamento do coto apendicular pelo acesso videolaparoscópico, desde grampeadores (Endostaplers™), Endoloops™, cliques até bisturi bipolares, sem supremacia de nenhuma destas até então na literatura. O presente estudo tem o objetivo de demonstrar os resultados da técnica cirúrgica padronizada da apendicectomia por videolaparoscopia, empregada em 300 casos, com posicionamento alternativo da equipe cirúrgica devido utilização de três tocateres em posições diferentes. Houve um óbito, seis abscessos pélvicos - sendo que 2 foram tratados clinicamente e os outros reabordados por vdl - um paciente apresentou quadro de suboclusão precoce e foi reoperado, 2 apresentaram hérnia umbilical no pós-operatório tardio e 15 infecção de pele e subcutâneo no local dos portais. A sistematização visa a otimização do tempo intraoperatório

e o aumento da segurança no tratamento do coto apendicular de uma forma rápida e por um custo acessível, sem perder as vantagens do acesso videolaparoscópico.

#### **TL119 - PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NA ABORDAGEM DO ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO - EXPERIÊNCIAS E DIRETRIZES**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>

1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A obstrução intestinal é causa frequente de internação hospitalar. As patologias mais prevalentes variam conforme tipo de assistência médica oferecido pelos hospitais - bridas e aderências, tumores, hérnias da parede abdominal, doença inflamatória intestinal, volvo. Até hoje há dificuldade em se determinar o momento exato da abordagem cirúrgica destes pacientes. Concorde-se que pacientes com obstrução completa ou suboclusão com falha do tratamento clínico ou piora clínica devam ser submetidos ao tratamento cirúrgico. A videolaparoscopia (vdl) surge como alternativa para o tratamento destes pacientes por suas já conhecidas vantagens: menor estadia hospitalar, menos dor no pós-operatório, menor tempo de ileo paraltico pós-operatório, menor probabilidade de infecção de ferida. São consideradas contraindicações deste tipo de abordagem a instabilidade hemodinâmica, radioterapia pélvica prévia e coagulopatia. Apresentamos quatro casos de suboclusão intestinal tratados de forma diferente, de maneira a esclarecer melhor o papel da vdl e desenvolver as diretrizes desta abordagem. O primeiro caso é de um paciente do sexo masculino, 62 anos, que havia se submetido a colecistectomia videolaparoscópica e correção de hérnia inguinal direita pela técnica TAPP, uma semana antes de procurar o pronto socorro com quadro de suboclusão intestinal. O segundo caso é de uma paciente do sexo feminino, 42 anos, que havia sido submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica 1 ano antes da procura ao PS. O terceiro caso é de um paciente do sexo masculino, 54 anos, submetido anteriormente a colectomia total com ileorreto anastomose. O quarto caso trata-se de quadro suboclusivo em pós-operatório precoce - quarto dia de apendicectomia vdl. As principais dificuldades do tratamento laparoscópico da oclusão intestinal são a realização do pneumoperitônio (preconizando-se a técnica aberta devido as possíveis aderências intra-abdominais), a ausência de espaço na cavidade devido a distensão das alças e a friabilidade das mesmas. Decorre que os limites da abordagem por vdl são ainda subjetivos. Faz-se necessário desenvolver critérios mais precisos que possam direcionar o tratamento e seu tipo de acesso quando este for indicado.

#### **TL120 - PARACOCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DOENÇA DE CROHN. RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

BEMFICA, A.G.<sup>1</sup>; KALUME, F.A.<sup>2</sup>

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBANIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.

Resumo: A paracoccidiodomicose (PCM) é a principal micose sistêmica endêmica da América Latina, causada pelo fungo *Paracoccidiodioides brasiliensis*, sendo descrita pela primeira vez em 1908, por Lutz, em São Paulo. O objetivo do presente relato é descrever um caso de Paracoccidiodomicose intestinal em um paciente de 18 anos de idade, cujo diagnóstico inicial foi Doença de Crohn, além de realizar uma revisão bibliográfica de Paracoccidiodomicose. Paciente L.E.S, 18 anos, branco, masculino,

solteiro, proveniente de zona rural do Sul de Minas Gerais, foi encaminhado em abril de 2010 ao Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio para investigação de anemia e massa abdominal. Referia quadro de diarreia com muco e sangue nos últimos dois anos, dor abdominal em fossa ilíaca direita e emagrecimento. Encontrava-se desnutrido, hipocorado ++/4+ e com lesão eritematosa em lábio inferior de cerca de 0,5cm. Apresentava massa de consistência endurecida e limites imprecisos em fossa ilíaca direita, de cerca de 8cm de diâmetro. Exames laboratoriais revelaram: Proteína C Reativa 50,4mg/l, Velocidade de Hemossedimentação 40mm, hemoglobina 9,7g/dl, hematócrito 31,8%, plaquetas 425.000, leucócitos totais 6.800 com 18% de bastões e 12% de linfócitos e proteínas totais 5,4 com albumina de 2,8. A tomografia de abdome evidenciou massa localizada em região de ceco, com borramento da gordura pericecal, além de áreas de espessamento do cólon transverso. A colonoscopia evidenciou áreas de hiperemia, edema e friabilidade, coberta por muco e fibrina, intercaladas por áreas de mucosa normal. A biópsia evidenciou granuloma na submucosa, compatível com Doença de Crohn. Foi iniciado tratamento com mesalazina e prednisona, com pouca melhora do quadro. Em dezembro, iniciou quadro de febre, dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita, queda do estado geral e presença de abscesso em flanco direito. Foi indicada laparotomia exploradora, sendo observado espessamento de fíleo terminal, cólon direito e transverso, massa localizada em ceco aderida ao retroperitônio, e presença de coleção purulenta ao se descolar o ceco, estendendo-se até o retroperitônio e drenando para a pele em flanco direito. Foi realizada colectomia direita e drenagem do abscesso com exteriorização de dreno de sucção para a pele em flanco direito. O exame anatomopatológico evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com células gigantes multinucleadas contendo estruturas birrefringentes, compatível com Paracoccidiodomicose. Foi iniciado sulfametoxazol-trimetoprim e o paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Encontra-se sem diarreia, sem sangue ou muco nas fezes e apresentou ganho ponderal. Conclui-se a importância do diagnóstico diferencial entre doenças inflamatórias intestinais e Paracoccidiodomicose frente a um quadro de diarreia com muco e sangue, tendo em vista os custos sociais e econômicos, tratamento prolongado e seqüelas que podem levar à morte.

#### **TL121 - PERFIL DE SEGURANÇA NO USO DE ANTI-TNF NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS**

LIMA, R.F.C.; DA SILVA, D.C.; NOGUEIRA, F.S.; CARVALHO, M.A.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.  
HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A introdução da terapia biológica com o uso dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF) na moléstia inflamatória intestinal mudou drasticamente a história natural destas doenças. No entanto, ao neutralizar o TNF, exercendo assim ação imunomoduladora, o uso de biológicos como infliximabe e adalimumabe eleva o risco de infecções oportunistas. Objetivo: Analisar a segurança no uso de terapia biológica na doença inflamatória intestinal no serviço de coloproctologia do Hospital Heliópolis. Metodologia: Estudo retrospectivo com todos os pacientes que fizeram uso de terapia biológica para o tratamento da doença inflamatória intestinal, desde sua introdução no serviço, em 2003, até dezembro de 2010. Destes pacientes, foi analisada a presença ou não de infecção oportunista, assim como a idade, o sexo, o medicamento utilizado, a dose e o tempo de uso. Resultados:

Utilizaram a terapia biológica 46 pacientes, sendo 28 homens (60,8%) e 18 mulheres (39,2%). 82,6% eram portadores de doença de Crohn, enquanto 17,4% tinham retocolite ulcerativa. 47,8% tinham o diagnóstico da DII entre cinco e dez anos, e 23,9% há mais de dez anos. 37 (80,4%) utilizavam o infliximabe, enquanto 9 (19,4%) utilizavam o adalimumabe. 34,7% usavam a terapia biológica há menos de um ano, 39,1% entre um e três anos, 13,04% entre três e cinco anos e a mesma porcentagem há mais de cinco anos. Quanto à dose, 86,96% faziam uso da dose habitual das medicações, enquanto 13,04% usavam dose otimizada. Foram encontradas seis (13,04%) complicações infecciosas, duas tuberculoses, sendo uma pleural e uma pulmonar, uma pneumonia atípica, uma pielonefrite grave, um herpes-zoster e uma conjuntivite atípica. Não houve óbitos por causa infecciosa na amostra. Discussão: O TNF está envolvido na imunopatogênese de diversos processos infecciosos; por este motivo, sua inibição com o uso de infliximabe ou adalimumabe pode trazer à tona infecções oportunistas que devem ser rapidamente diagnosticadas e tratadas. A importante resposta no controle da doença inflamatória e a ocorrência de 13% de complicações infecciosas reflete a importância do uso criterioso desta modalidade terapêutica, por grupos com experiência na condução destas enfermidades. Conclusão: As complicações infecciosas causadas pela imunossupressão dos inibidores de TNF não são raras, e devem ser sempre lembradas pelas equipes que utilizam este tipo de terapia.

#### **TL122 - PERFIL DOS PACIENTES QUE REALIZARAM MANOMETRIA ANORRETAL NO HGRS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS)**

OLIVEIRA COSTA, P.F.; FONSECA ALVES FILHO, E.; MENDES, C.R.S.; MOREIRA DE CARVALHO, A.C.; CARVALHO PEREIRA DA SILVA, C.; SERRA, J.A.; GONÇALVES CARNEIRO, I.; MENDONÇA, R.S.

HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A manometria anorretal é um exame que qualifica o tônus dos esfíncteres anais, avalia o reflexo anal sendo utilizado para investigação de patologias anorretais com incontinência, obstipação, proctalgia e pré operatório de doenças orificiais. Pode ser utilizado como medida terapêutica no treinamento de biofeedback. OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo apresentar o perfil dos pacientes que realizaram exame de manometria anorretal no período de Fevereiro à Abril de 2009 no Hospital Geral Roberto Santos. MÉTODOS: Foram avaliados os 50 primeiros pacientes que se submeteram ao exame no HGRS no período de Fevereiro à Abril de 2009. Os dados foram coletados no banco de dados após preenchimento de questionário antes do exame e analisados pelo serviço de Coloproctologia. DISCUSSÃO: Em nossa casuística podemos observar sexo feminino com a maioria com 72% (n=36) e com 18% (n=14) foram do sexo masculino. O motivo mais freqüente de realização do exame foi incontinência fecal 24% (n=12); seguido de obstipação e proctalgia 18% cada (n=9); fístula anal 12% (n=6); fístula 8% (n=4); prolapso retal 6% (n=3); pré-operatório de hemorroidectomia 4% (n=2); Soiling, abuso sexual, pós-operatório de incontinência fecal, hipotonia esfíncteriana e desconhecida 2% cada conforme tabela abaixo apresentada. Percentagem das Patologias. Incontinência anal Obstipação Proctalgia Fístula anal Fístula anal Prolapso retal Pré-op. de Hemorroidectomia Soiling Abuso sexual PO de Incontinência Desconhecida Hipotonia esfíncteriana. 24 % 18% 18% 12% 8% 6% 4% 2% 2% 2% 2% 2%. A idade média dos pacientes foi 48 anos variando de 18 a 78 anos. Nos pacientes portadores de fístula anal observaram-se hipertonia

esfincteriana em 50% dos casos. Vinte e cinco por cento dos pacientes portadores de incontinência fecal observou-se pressões esfincterianas normais. Todos os pacientes portadores de prolapso retal apresentaram hipotonia do esfíncter interno e 33,3% normocontratibilidade do esfíncter externo e 66,7% hipocontratibilidade do esfíncter externo. Foi visto 1,7% de pacientes com aumento da capacidade retal (360 ml). RIRA ausente foi observado em 55,5% dos pacientes portadores de obstipação. **CONCLUSÃO:** O exame manométrico é bastante utilizado e dúvidas ainda existem com seus achados. Falta uma padronização dos diversos serviços para estudos comparativos serem realizados e assim obter maior confiança com seus resultados. Referências Bibliográficas: Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS et al. Epidemiology of constipation (EPOC) Study in the United States: relation of clinical subtypes to socioeconomic features. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:3530-40. Pare P, Ferrazzini S, Thompson WG et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:3130-7. Sonnenberg A, Koch TR. Epidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:1-8. Devroede G, Vobecky S, Masse S et al. Ischemic fecal incontinence and rectal angina. *Gastroenterology* 1982; 83:970-980.

### **TL123 - PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS FUNCIONAIS COLORRETOANAI: É POSSÍVEL UMA AVALIAÇÃO OBJETIVA?**

JORGE, J.M.; BRANDÃO, A.; GUILGER, N.R.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Os distúrbios funcionais colorretoanais, frequentemente representados por constipação intestinal crônica idiopática refratária (CICIR), incontinência anal (IA) e dor anorretal crônica idiopática refratária (DACIR), apresentam alta prevalência na população geral. A etiologia multifatorial inclui fatores orgânicos, funcionais, culturais, comportamentais e psicológicos. Existe, no entanto escassez de dados sobre avaliação do perfil psicológico, principalmente com o uso de métodos diagnósticos mais objetivos. O objetivo deste estudo foi avaliar, de forma qualitativa e quantitativa, o perfil de psicológico de pacientes com CICIR, IA e DACIR. Métodos: Este estudo prospectivo foi realizado no Ambulatório de Fisiologia do Cólon, Reto e Ânus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A amostra, heterogênea, aleatória e pareada de 90 pacientes diagnosticados com distúrbios funcionais do cólon, reto e ânus crônicos, idiopáticos e refratários foi composta de 30 pacientes em cada grupo de sintoma: CICIR, IA e DACIR. Como grupos controle foram estudados 60 indivíduos, divididos em dois grupos: Grupo I composto por indivíduos assintomáticos, representados por auxiliares e técnicos de enfermagem; e Grupo II, formado de pacientes da mesma instituição, com diagnóstico de colelitíase e sem queixas do hábito intestinal ou de dor anorretal. Todos os grupos foram igualmente distribuídos por sexo e com faixa etária entre e 18 e 79 anos. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-dirigida, seguida da versão reduzida do Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota, denominada MMPI-IRF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Improved Readability Form). Este instrumento consiste de 167 proposições divididas em quatro escalas de validade (“não sei dizer”, mentira, erro e defensividade) e 10 escalas clínicas (hipocondria, depressão, histeria, desvio-psicopático, masculinidade e feminilidade,

paranóia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania e introversão-extroversão social). O estudo estatístico incluiu o teste ANOVA, Belferroni, Tamhane e o teste exato de Fisher sendo considerados significativos quando  $p < 0,05$ . Resultados: No período de setembro de 2007 a agosto de 2010 foram avaliados 150 sujeitos. A média de idade correspondeu a: 48, 52, 49, 33 e 37 anos para o CICIR, IA, DACIR e grupos de controle I e II, respectivamente. O início da depressão precedeu o início do sintoma funcional colorretal em 37% dos pacientes com CICIR e em apenas 20% e 23% dos pacientes com IA e DACIR, respectivamente ( $p < 0,05$ ). Nas variáveis avaliadas pelo MMPI – IRF os escores para as escalas depressão, hipocondria e histeria foram significativamente maiores em todos os grupos de pacientes quando comparados aos indivíduos do grupo controle ( $p < 0,05$ ). Conclusão: As elevações nas escalas hipocondria, depressão e histeria são indicativas que os sintomas funcionais colorretoanais são mecanismos de defesa que atuam protegendo os indivíduos da ansiedade e da depressão excessivos. Estas alterações confirmam a importância de combinar a abordagem psicológica aos cuidados médicos convencionais no tratamento destes distúrbios.

### **TL124- PERFIL ULTRASSONOGRÁFICO TRIDIMENSIONAL E MANOMÉTRICO ANORRETAL DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA ANALE ANTECEDENTE OBSTÉTRICO**

DE CAMARGO, M.G.M.; PINTO, R.A.; CORRÊA NETO, I.J.F.; JORGE, J.M.N.; MACHADO, S.P.G.; AMARAL, S.S.; GUILGER, N.R.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I. HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A incontinência anal (IA) é condição degradante, além de acarretar gastos e transtornos para a sociedade. Em mulheres, gravidez e paridade têm demonstrado importante relação com IA em diversos estudos. O trauma obstétrico é a causa mais comum de IA em mulheres jovens. As lacerações clinicamente diagnosticadas após partos vaginais variam de 0,6 a 5,4% e levam à IA em 40 a 60% das pacientes. Na avaliação dessas pacientes, a manometria e ultrassom (USG) endoanal auxiliam na investigação de lesões. O USG é útil para avaliação da anatomia e detalhamento das lesões dos esfíncteres anais. Objetivos: Descrever o índice de IA e o perfil anatômico-funcional das pacientes com antecedentes obstétricos que acompanham no Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Método: Estudo prospectivo, com pacientes do sexo feminino submetidas ao USG endoanal tridimensional (3D) e à manometria anorretal durante 1 ano. As queixas clínicas e gravidade da IA foram avaliadas pelo índice de Cleveland Clinic Florida (IICCF). Foram excluídas pacientes nulíparas e com doença crônica do tecido conjuntivo. De 64 pacientes que realizaram os exames, 50 foram incluídas no estudo. As imagens do USG 3D foram analisadas quanto à integridade dos esfíncteres anais, medidas de comprimento crânio-caudal e espessura nos quatro quadrantes. No caso de lesões, a extensão foi determinada pelo ângulo radial e comprimento de esfíncter restante no plano sagital. Foram considerados defeitos parciais e totais da integridade esfincteriana. Na manometria foram utilizados os valores de pressão de repouso e contração total, limiar de sensibilidade e capacidade total retal, reflexo inibitório reto-anal (RIRA) e canal anal funcional. Resultados: A média de idade foi 58 anos. A média de partos transvaginais foi 2,74 por paciente, e 16 pacientes tinham antecedente de cesárea (média 1,44). No total foram 163 partos, com média de 3,26 partos/paciente. A média de peso do maior recém-nascido foi de 3,7 kg. O IICCF variou de 3 a 18 (média 12). Das 50 pacientes, 44% passou

por cirurgia anorretal e 8% fez algum tipo de ressecção intestinal. 10% relacionou alguma cirurgia com o início dos sintomas. As medidas do USG 3D foram (médias de espessura x comprimento): puborretal - 6,9mm x 13,7mm; esfíncter interno do ânus (EIA) - 1,8mm x 13,2mm anterior, 2,4mm x 19,9mm posterior, 2,3mm x 22,5mm direito e 2,3mm x 22,8mm esquerdo; esfíncter externo do ânus (EEA) - 5,2mm x 11,6mm anterior, 6,5mm x 22mm posterior, 5,9mm direito e 6,6mm esquerdo. Foram detectadas 16 lesões de EIA (32%) e 18 lesões de EEA (36%). O corpo perineal mediu em média 6,9mm. Nas manometrias, as médias foram: pressão de repouso 27,7mmHg, contração total 68mmHg, limiar de sensibilidade 51,5ml, capacidade retal total 156ml e canal anal funcional 2,1cm. RIRA presente em 68,3%, indeterminado em 22%, ausente em 2,4% e não avaliado em 7,3% (por hipotonia esfíncteriana acentuada). Conclusões: As pacientes com IA apresentam alterações anatômicas e funcionais detectadas aos métodos diagnósticos. O USG 3D associado à manometria anorretal são instrumentos importantes de avaliação de pacientes incontinentes, auxiliando na conduta terapêutica.

**TL125 - PESQUISA DE LINFONODOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL: SOMOS TODOS RESPONSÁVEIS**  
MOREIRA, A.L.; DE ASSIS, M.M.; FIALHO, L.O.; AGUERO, H.J.V.; DE PAIVA, D.D.; DOS SANTOS, J.A.; PAULO, F.L.  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar se a sistematização no processo de envio e investigação da espécime cirúrgica resultou em uma melhora no número de linfonodos identificados. Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes consecutivos operados com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre Janeiro de 2000 e Maio de 2011. Os pacientes com cirurgias paliativas foram excluídos. Os pacientes foram separados em dois grupos para análise estatística, Grupo A (operados de 2000 a 2009) e Grupo B (operados de 2010 a 2011), baseado em uma sistematização no processamento e análise da espécime cirúrgica iniciada em Janeiro de 2010. Essa sistematização inclui principalmente o processamento da espécime cirúrgica a fresco, ao invés de pré-fixada com formalina, e uma análise realizada por patologistas gastrointestinais especializados. As variáveis coletadas incluíram dados demográficos, tipo de cirurgia, localização tumoral, tamanho do tumor, estadiamento (TNM), grau de diferenciação, invasão linfovascular, terapia neoadjuvante e adjuvante. Os testes exato de Fisher e Qui-quadrado foram utilizados para variáveis categóricas e o teste de Wilcoxon Rank-Sum foi utilizado para variáveis contínuas. O valor  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: Foram incluídos 216 pacientes, 176 no Grupo A e 40 no Grupo B. As variáveis sexo, idade, localização do tumor, tipo de cirurgia, características histopatológicas e estágio tumoral foram similares em ambos os grupos. A mediana de linfonodos isolados foi maior no Grupo B (19, intervalo 0-55) quando comparados com o Grupo A (8, intervalo 0-67),  $P < 0,0001$ . Além disso, o Grupo B apresentou 78% de pacientes com 12 ou mais linfonodos isolados versus 34% no grupo A,  $P < 0,0001$ . Os pacientes com câncer de reto submetidos a neoadjuvância foram semelhantes em ambos os grupos (12% Grupo A VS. 22% Grupo B,  $P = 0,1$ ). Os pacientes com estágio TNM I e II no Grupo B foram menos submetidos a quimioterapia adjuvante do que no Grupo A (53% versus 14%,  $P = 0,01$ ). Conclusão: A sistematização no envio e análise da espécime cirúrgica levaram a uma maior identificação de linfonodos, propiciando um melhor estadiamento tumoral e uma redução no emprego de quimioterapia

adjuvante. O cirurgião e o patologista são igualmente responsáveis nesse processo. Um seguimento mais prolongado poderá avaliar o impacto dessa sistematização na recidiva e sobrevida nesse grupo de pacientes.

**TL126 - PREVALENCIA DE COMPLICACIONES TEMPRANAS EN LA COLOCACIÓN DE LIGADURAS ELÁSTICAS Y SU RELACIÓN CON LA CURVA DE APRENDIZAJE**

GRZONA, E.G.; CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.; ROTHOLTZ, N.

HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Resumo: Antecedentes: La aplicación de bandas elásticas es un procedimiento sencillo y frecuente en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. En los centros de entrenamiento en coloproctología, esta práctica es realizada en gran medida por el médico en formación. Es poco lo publicado sobre la tasa de complicaciones en el uso de ésta técnica y su posible vinculación con la curva de aprendizaje. Objetivo: Analizar la prevalencia de complicaciones tempranas luego de la aplicación de ligaduras elásticas y su eventual relación con la curva de aprendizaje. Lugar de aplicación: hospital de alta complejidad. Diseño: Estudio prospectivo comparativo. Métodos: Se realizó una evaluación prospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal sintomática con indicación de ligaduras elásticas entre febrero y junio de 2011. Se incluyeron pacientes tratados por coloproctólogos experimentados (G1) y cirujanos en periodo de formación (G2). Se evaluaron características demográficas, patológicas, e inherentes al procedimiento, con particular énfasis en las complicaciones tempranas. Resultados: Se evaluaron un total de 198 aplicaciones en 75 pacientes (52 Hombres y 23 Mujeres). Edad media 51 (23-84) años. La categorización de la enfermedad Hemorroidal fue Grado 2: 34(45,3%); Grado 3: 41(54,7%). Los motivos de la indicación fueron: Prolapso 11 (14,6 %); Proctorragia 62 (82%); Ambos 2 (2,7 %). Se registraron un total de 55 (27%) eventos adversos. Ellos fueron: Dolor inmediato 6 (3,03%), Dolor tardío 24 (12,1 %), Proctorragia leve a moderada 35 (17,67%), Tenesmo 20 (10%). Ningún paciente requirió internación o extracción de las ligaduras. 47 (23,7%) de las aplicaciones fueron realizadas por G1 y 151 (76,26%) por G2. No existen diferencias entre ambos grupos cuando se comparan la tasa global de complicaciones ni por complicación específica. Conclusiones: La tasa de complicaciones tempranas luego de la aplicación de ligaduras no es despreciable. Son menores y factibles de tratamiento sintomático. El entrenamiento del operador no parecería afectar dicha incidencia.

**TL127 - PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES HOSPITALARES EM CIRURGIA COLORRETAL ABDOMINAL EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM COLOPROCTOLOGIA: ESTUDO PILOTO**

KOTZE, P.G.<sup>1</sup>; MIRANDA, E.F.<sup>2</sup>; MARTINS, J.F.<sup>3</sup>; FROEHLER JUNIOR, I.<sup>4</sup>; ABOU-REJAILE, V.<sup>5</sup>; GERHARDT, J.<sup>6</sup>; SCHMIDT, A.L.A.<sup>7</sup>

1,2,3,4,5.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - SECOHUC - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 6,7.SERVIÇO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: avanços nas técnicas cirúrgicas associados a melhora nos cuidados pré, pós e trans-operatórios diminuíram a morbidade e mortalidade relacionadas a



operações abdominais gastrointestinais. Mesmo assim, as complicações infecciosas continuam a ser importante fator de aumento de permanência hospitalar, reinternações e óbitos. Muitas destas infecções ocorrem por germes hospitalares. O objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência de complicações infecciosas hospitalares pós-operatórias em cirurgia colorretal abdominal em um Serviço de referência em Coloproctologia e identificar possíveis fatores de risco associados. **MÉTODO:** estudo retrospectivo da evolução pós-operatória das cirurgias colorretais realizadas em um serviço de referência em coloproctologia, entre maio 2010 e maio de 2011, conforme protocolo previamente estabelecido. As variáveis analisadas foram: dados demográficos, tipo de operação, ocorrência de infecção, origem da infecção e fatores de risco (comorbidades). **RESULTADOS:** a taxa de infecção hospitalar foi de 10,20% em 49 cirurgias realizadas no período estudado. A mais incidente foi a sepse associada a infecção de cateter venoso central (6,12%), seguido de infecção do sítio cirúrgico, pneumonia e infecção de acesso venoso periférico (cada uma em 4,08% das operações). Os principais fatores de risco identificados para infecção foram: idade maior ou igual a 60 anos, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar representando respectivamente, 80%, 60% e 40% dos casos com infecção. Apenas 3 cirurgias foram realizadas em regime de urgência, destas, apenas 1 desenvolveu infecção hospitalar (33%). O acesso videolaparoscópico foi utilizado em 32,65% dos procedimentos (16 de 49). Nenhum paciente deste grupo apresentou infecção hospitalar. **CONCLUSÕES:** as taxas de infecção hospitalar encontradas neste estudo piloto são compatíveis com as da literatura mundial. A uniformização e descrição adequadas das complicações infecciosas são a base do controle de qualidade que permite identificar os pacientes de risco a apresentar infecção hospitalar. Com estes dados, almeja-se desenvolver medidas preventivas mais efetivas para se diminuir a morbidade associada a essa complicação.

**TL128 - PREVISÃO DA RESPOSTA TUMORAL APÓS TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM QUIMIO RADIOTERAPIA EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO DISTAL UTILIZANDO DADOS DE EXPRESSÃO GÊNICA DIFERENCIAL**  
GAMA, A.H.; PEREZ, R.O.; LYNN, P.B.; SÃO JULIÃO, G.P.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; PRASKURSHIM, I.  
INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: A quimioradioterapia neoadjuvante pode levar à completa regressão do tumor em uma proporção significativa de pacientes com câncer de reto distal. estes pacientes são candidatos ideais para estratégias alternativas a excisão total do mesorreto a fim de evitar a morbidade pós-operatória desnecessária assim como distúrbios funcionais associados. Apesar disso, a identificação destes pacientes através de exames radiológicos e clínicos pode ser insuficiente em grande proporção dos casos. Neste cenário, uma assinatura gênica capaz de identificar aqueles pacientes que tem maior chance de desenvolver regressão completa do tumor seria de grande utilidade clínica. O objetivo deste estudo é identificar genes capazes de prever a ocorrência de resposta clínica completa ao tratamento neoadjuvante em pacientes com câncer de reto avançado. Métodos: Biópsias de 22 pacientes com adenocarcinoma de reto distal cT2-4NxM0 foram coletados prospectivamente. Após dissecação do tecido, o RNA total foi extraído e utilizado para a análise de transcriptoma completo sobre sequenciador SOLID3.0. Sequências foram mapeadas contra a sequência do genoma humano de referência e apenas aquelas identificadas em regiões exônicas e na orientação de genes conhecidos foram considerados para análise de expressão

gênica. Resultados: No total, 9 pacientes com regressão tumoral completa foram comparados a 13 pacientes com regressão incompleta. Uma média de 120 milhões de genes foram gerados para cada paciente. Aproximadamente 50% das sequências foram exclusivamente mapeados no genoma humano e utilizadas para análise de expressão gênica. Esta análise foi capaz de identificar 15 genes expressos de forma diferencial entre pacientes com resposta clínica completa e incompleta que permitiu a previsão da resposta tumoral dos pacientes com acurácia 91%. Conclusão: A informação sobre expressão gênica diferencial entre tumores pode fornecer uma ferramenta adicional útil na identificação de pacientes que apresentam regressão tumoral completa e incompleta e assim auxiliar na seleção e indicação de estratégias de tratamento alternativas a cirurgia radical.

**TL129 - PRIMARY AND METASTATIC COLORRECTAL ADENOCARCINOMA TREATED BY MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES**

SOUSA, A.V.<sup>1</sup>; SOUSA, C.V.A.<sup>2</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>3</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>4</sup>; CANDELARIA, P.A.P.<sup>5</sup>; ORTIZ, J.<sup>6</sup>  
1,3,4,5,6.SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.

Resumo: Introduction: Colorectal cancer (CRC) is a very prevalent disease with high mortality rates. Metastatic CRC very often involves liver and lungs. In the past, patients with colorectal liver metastasis in both lobes were not considered for resection. Nowadays several minimally invasive techniques can be used to treat these patients. Case report: A 39 years-old patient presented with a rectum sessil polyp, polipectomy was performed and revealed adenocarcinoma. A laparoscopic retosigmoidectomy was performed. Histology revealed an Astler -Coller B1 adenocarcinoma and all lymphnodes (18) were negative. She underwent follow-up with CEA and US. After 9 months, CEA raised (23) and CT scan showed 3 lesions in the liver: one very deeply located in right lobe, between segments 7 and 8, the others inside anatomical segment 3. The strategy was radiofrequency ablation of right lobe lesion, due to the extremely difficult surgical access (la lesion malplace) and laparoscopic resection of segment 3. We utilized the Glissonian approach of segment 3 pedicle, with a vascular stapler. Surgery took 25 minutes, with no bleeding. Harmonic scalpel was used as well. No drain was left in place and patient was discharged at pos-op day 2. Now she is on chemotherapy (FOLFOX), CEA is normal (2,5) and she still under surveillance. Conclusion: Laparoscopic resection is nowadays considered a safe technique to treat CRC. Indications of laparoscopic liver resection for colorectal metastasis are raising as well. The Glissonian approach facilitates the surgery since hilar dissection and ischemia of the liver remnant are avoided. Laparoscopic approach to deep lesions in the right lobe is still a challenge. For these badly-located lesions, percutaneous ablation techniques such as radiofrequency are a feasible option. The authors have been using these combined techniques (percutaneous or intraoperative radiofrequency plus laparoscopic resection) in selected cases, with good results.

**TL130 - PROPRIEDADE DA INDICAÇÃO DA COLONOSCOPIA PARA PESQUISA DE LESÕES NEOPLÁSICAS EM PACIENTES COM MENOS DE 50 ANOS COM HEMATOQUEZIA**

FREITAS, C.D.<sup>1</sup>; SARTOR, M.C.<sup>2</sup>; CORREA, M.F.M.<sup>3</sup>; FROEHNER JUNIOR, I.<sup>4</sup>; MARTINS, J.F.<sup>5</sup>; KOTZE, P.G.<sup>6</sup>; ZANONI, E.C.A.<sup>7</sup>; D ASSUNÇÃO, M.A.<sup>8</sup>

1,2,4,5,6,7.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL; 8.HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL. Resumo: Introdução: Não há consenso quanto ao método diagnóstico inicial mais adequado para a avaliação de pacientes adultos jovens com hematoquezia, visando a prevenção do câncer colorretal. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de lesões colorretais neoplásicas nesse grupo de pacientes. Método: O estudo foi retrospectivo, transversal e observacional. O banco de dados contém 5000 colonoscopias, realizadas em 3687 pacientes, no período de 2002 a 2009, em clínica privada, em cidade da região sul do Brasil. Critérios de inclusão: pacientes com hematoquezia, submetidos a colonoscopia em idade igual ou superior a 20 anos. Critérios de exclusão: história de doença inflamatória intestinal, polipectomia prévia, história familiar de câncer colorretal, sangue oculto nas fezes, anemia, emagrecimento e história pessoal de neoplasia maligna. As lesões neoplásicas foram estratificadas em proximais ou distais ao ângulo esplênico. Os pacientes foram agrupados por faixa etária. Foram considerados achados significativos: lesões neoplásicas; doença diverticular do cólon; doença inflamatória intestinal e alterações vasculares. Resultados: Nas 5000 colonoscopias realizadas, a hematoquezia foi a 2ª indicação mais comum. Foram selecionados 683 pacientes, que obedeceram aos critérios de inclusão. A média de idade desse grupo foi 49,46 anos (20 a 94 anos). Quatrocentos e oitenta e seis pacientes (71,2%) eram do sexo feminino. Do total da amostra, 54,5% (n = 372) tinham mais de 50 anos de idade. A população com mais de 50 anos teve maior frequência de achados significativos (63,7%) em relação aos com menos de 50 anos (27,4%), com  $p < 0,05$ . Não foi diagnosticado câncer no cólon proximal no grupo com menos de 50 anos. Adenomas avançados proximais foram diagnosticados em 1 (0,9%) paciente no grupo de 30 a 40 anos (n = 113) e, em 7 (3,75%), no grupo de 40 a 50 anos (n = 187). Não houve significância estatística entre esses achados ( $p = 0,268$ ). Conclusões: As lesões neoplásicas malignas e adenomas avançados são pouco frequentes na população entre 30 a 50 anos, submetida a colonoscopia por hematoquezia. A localização dessas lesões foi predominantemente distal ao ângulo esplênico. A retossigmoidoscopia flexível, portanto, parece ser suficiente como método inicial para a avaliação desses pacientes.

#### TL131 - PROTÓTIPO DE UM SISTEMA COMPUTACIONAL PARA O GERENCIAMENTO DE DADOS E DE EXAMES DE VIDEOCOLONOSCOPIA

MACHADO, R.B.<sup>1</sup>; WU, F.C.<sup>2</sup>; LEE, H.D.<sup>3</sup>; AYRIZONO, M.L.S.<sup>4</sup>; LEAL, R.F.<sup>5</sup>; COY, C.S.R.<sup>6</sup>; FAGUNDES, J.J.<sup>7</sup>

1,2,3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 4,5,6,7.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O desenvolvimento computacional tem possibilitado a aplicação de métodos e de tecnologias para o auxílio à medicina. Esses modelos multidisciplinares variam desde soluções corporativas para hospitais e clínicas até o acompanhamento remoto de pacientes. Neste trabalho é apresentado um protótipo de um sistema para o gerenciamento de informações sobre pacientes, profissionais da área da saúde e de exames de colonoscopia. Objetivos: Desenvolvimento de protótipo por meio de recursos tecnológicos computacionais para a otimização de processos relacionados ao gerenciamento de informações clínicas e de exames de colonoscopia. Materiais e Métodos: Os requisitos funcionais foram identificados

por meio de reuniões com especialistas das áreas de domínio médica e computacional. As principais características definidas foram: aplicação de mecanismos operacionais computacionais para a gestão de informações sobre profissionais médicos, pacientes e exames complementares e métodos de autenticação de usuários. Definiram-se também requisitos para a aquisição dos vídeos e captura de imagens a partir do videocolonoscópio durante a realização desse exame complementar e, a disponibilidade, por meio da Web, para a análise posterior dessas imagens. Para a elaboração do projeto e implementação do protótipo foram estudados conceitos sobre a área de domínio e avaliadas alternativas tecnológicas. No modelo proposto aplicou-se a padronização Model-view-controller, a linguagem de programação Java, o servidor de aplicações JBOSS, o servidor de Streamings Red5, a plataforma de desenvolvimento JBOSS SEAM e o banco de dados MySQL. A captura e a apresentação dos vídeos e das imagens foram desenvolvidas por meio da linguagem de programação Flex, enquanto a interação e a comunicação entre as classes, desenvolvidas em Java e Flex, foram realizadas aplicando-se o framework Flamingo. Resultados e Discussão: O modelo computacional implementado neste trabalho congrega características de Sistemas de Informações Hospitalares e de Sistemas de Arquivamento e Comunicação de Imagens, contribuindo para a área de colonoscopia ao disponibilizar recursos para a manutenção de um histórico de pacientes, exames e imagens provenientes do videocolonoscópio. A disponibilização do acesso à aplicação por meio da Web, aplicando-se métodos de segurança e de privacidade, permite maior flexibilidade aos médicos e especialistas. A implementação de mecanismos para a análise remota de dados e exames pode auxiliar pacientes a evitar ou reduzir a necessidade de deslocamentos até cidades maiores para a realização de exames e/ou diagnósticos. Conclusão: O desenvolvimento deste protótipo contribuiu para a melhoria de processos relacionados a exames médicos de colonoscopia, permitindo a construção de um histórico sobre pacientes e exames em base de dados estruturada, assim como a análise remota dos mesmos. Trabalhos futuros incluem a ampliação do modelo para o acompanhamento dos exames em tempo real.

#### TL132 - PROTÓTIPO DE UM SISTEMA PARA GERENCIAMENTO DE PROTOCOLOS DE CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA COM MONITAMENTO DE QUALIDADE DE DADOS

LEE, H.D.<sup>1</sup>; JUNG, W.<sup>2</sup>; SILVA, A.C.<sup>3</sup>; COSTA, L.H.D.<sup>4</sup>; ESPINDOLA, B.<sup>5</sup>; COY, C.S.R.<sup>6</sup>; FAGUNDES, J.J.<sup>7</sup>; WU, F.C.<sup>8</sup>

1,2,3,4,8.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 5,6,7.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Entre as ferramentas tecnológicas atuais, os sistemas de informação possuem um papel importante no gerenciamento de dados. A preocupação com a Qualidade de Dados (QD) deve ter início no desenvolvimento desses sistemas, de modo a ser construída uma base de dados (BD) consistente, atendendo às necessidades dos usuários. Neste trabalho é apresentado um sistema para gerenciamento de protocolos de Cirurgia Coloproctológica em uso (legado), que será substituído por um sistema mais adequado e que adota processos visando a QD. Objetivo: Desenvolver o protótipo de um sistema web para gerenciamento de protocolo de Cirurgia Coloproctológica, visando a QD, por meio de um processo de monitoração da QD, inexistente na maioria dos sistemas biomédicos. Material e Método: O projeto foi dividido em cinco etapas: análise do sistema legado, levantamento dos requisitos, elaboração de modelos,

definição das tecnologias utilizadas e desenvolvimento do protótipo. Na primeira etapa foi efetuada uma análise do sistema legado, para identificar o conjunto de informações coletadas, as limitações existentes e eventuais falhas que pudessem prejudicar a QD. Com base na análise realizada, foram definidos os requisitos básicos necessários ao novo sistema, como controle de acesso, elaboração de interface gráfica amigável e organizada e mecanismos que auxiliem na monitoração da QD inseridos no sistema. Após, foram elaborados modelos, que forneceram uma visão de alto nível do novo sistema. As tecnologias definidas foram a linguagem de programação Ruby somada ao framework para desenvolvimento web Ruby on Rails e o sistema gerenciador de banco de dados PostgreSQL. Na etapa de desenvolvimento foram utilizadas as tecnologias definidas para a construção do protótipo com base nos modelos elaborados. Resultados e Discussão: A análise do sistema legado revelou que sua modelagem apresenta inconsistências e não reflete adequadamente as necessidades dos processos clínicos e cirúrgicos, representados pelos dados contidos nos prontuários dos pacientes. O novo projeto contempla um número maior de atributos em relação ao sistema legado e apresenta um processo de monitoração de QD, pouco comum em sistemas biomédicos, realizando desde a validação dos campos presentes na interface até a emissão de relatórios sobre as inconsistências dos dados dos pacientes. Diretivas do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde foram incorporadas ao projeto, como o controle de acesso de usuários e a criptografia dos dados que trafegam pela rede, assegurando a privacidade dos dados dos pacientes. Conclusão: A adoção de medidas de QD no desenvolvimento de sistemas resulta na construção de uma BD confiável e consistente, contribuindo com as tarefas de gerenciamento, pesquisas científicas e futuras aplicações de métodos de análise inteligente de dados. Trabalhos futuros incluem avaliações subjetivas de QD que indiquem o nível de adequação do protótipo às necessidades dos usuários.

### **TL133 - QUAL O PAPEL DA CIRURGIA AMBULATORIAL NO TRATAMENTO DAS ENFERMIDADES ORIFICIAIS?**

**ORTEGA, F.P.; REIS NETO, J.A.; REIS JUNIOR, J.A.; KAGOHARA, O.H.; NETO, J.S.**

CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Até 90% das cirurgias proctológicas podem ser realizadas em regime ambulatorial, ou seja, sob anestesia local, sedação e retorno domiciliar precoce, poucas horas após o procedimento. Representa diminuição de custos hospitalares e maior conforto ao paciente que se recupera em ambiente domiciliar. A principal indicação continua sendo a doença hemorroidária, sendo a macroligadura a principal técnica empregada pela nossa equipe nos mamilos internos grau III ou IV. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados em cirurgias proctológicas realizadas em regime ambulatorial na Clínica Reis Neto com especial atenção à técnica da macroligadura. **MÉTODOS:** 19.035 pacientes foram operados ambulatorialmente de 1964 a 2010. Nos primeiros quarenta anos foi empregado somente anestésico local com cloridrato de prilocaína. A partir de 2005, iniciou-se o uso de sedação, sendo padronizado midazolam 2,5 mg IV, fentanil 50 mcg e dolantina 30 mcg IV em bolos para o controle da dor, e propofol 40 mg IV em bolos como hipnótico. Nos pacientes submetidos à macroligadura, era realizada infiltração submucosa com cloridrato de prilocaína. Os pacientes eram acompanhados com retornos entre duas a quatro semanas, sendo avaliados quanto à dor, recidivos dos sintomas, complicações pós-operatórias e grau de satisfação com o procedimento. **RESULTADOS:** O pós-operatório

foi bem tolerado, havendo dificuldade em manter analgesia adequada em 30% dos pacientes. A recidiva dos sintomas foi inferior a 5% em dez anos, sendo que 80% dos pacientes se mostraram satisfeitos com o procedimento. Antes da instituição da sedação, os pacientes referiam ansiedade com a anestesia local e dor no momento da infiltração. Com a sedação as vantagens observadas foram diminuição da ansiedade, despertar sem dor e manutenção da analgesia no pós-operatório por tempo mais prolongado. As principais enfermidades operadas foram: doença hemorroidária, fissuras, fístulas e condilomas. Dentre as hemorroidectomias, 866 foram tratadas exclusivamente com a técnica da macroligadura, sendo observadas as seguintes complicações: edema em 1,6%, tenesmo em 0,6%, dor em 1,6%, pequeno sangramento em 5,5%, sangramento profundo em 0,6% e retenção urinária em 0,6%. Nenhum dos pacientes necessitou de internação hospitalar para acompanhamento das complicações, e a recorrência ocorreu em 3,9%, todos tratados com nova aplicação da banda. **CONCLUSÃO:** As cirurgias proctológicas ambulatoriais podem ser realizadas com segurança e conforto principalmente sob sedação, com menor ansiedade do paciente e melhor controle algico no pós-operatório. A técnica da macroligadura tem se mostrado eficaz no tratamento da doença hemorroidária, com pequeno índice de recidiva e complicações.

### **TL134 - QUANTIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS, SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS, NOS CÓLONS COM E SEM TRÂNSITO INTESTINAL APÓS INTERVENÇÃO COM PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO**

**MARQUES, L.H.S.; ARRUDA, M.G.; FERREIRA, B.C.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; MELLO, R.O.; LAMEIRO, T.M.D.M.; ALMEIDA, M.G.; CUNHA, F.L.**

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Avaliar efeitos do H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, no conteúdo tecidual de mucinas neutras e ácidas, sulfomucinas e sialomucinas, em modelo experimental de Colite de Exclusão (CE). **Material e Métodos:** Trinta e dois ratos foram divididos em dois grupos de 13 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após cirurgia de Mikulicz. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos segundo ter sido realizada aplicação diária de enemas contendo SF ou H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> a 3%. O diagnóstico de colite foi firmado por estudo histopatológico, a quantificação das mucinas neutras por morfometria computadorizada com a técnica do Perióxido Ácido de Schiff (PAS). A quantificação das mucinas ácidas, utilizando-se a técnica do Alcian-blue (AB), e as sulfomucinas e sialomucinas foram identificadas pela técnica histoquímica da diamina de ferro alto-alcian blue (HIDAB). Na análise dos resultados foram utilizados os testes de Mann-Whitney, e Kruskal-Wallis estabelecendo-se nível de significância de 5% (p<0,05). **Resultados:** Não houve redução no conteúdo de mucinas neutras ao comparar-se os cólon com e sem trânsito fecal após duas ou quatro semanas de intervenção. Verificou-se que havia aumento da produção de mucinas neutras no cólon exposto ao H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, após duas e quatro semanas, sendo este aumento significante apenas nas duas primeiras semanas de intervenção. Houve redução no conteúdo de mucinas ácidas ao comparar-se os cólons com e sem trânsito fecal principalmente após quatro semanas de intervenção com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Ocorreu elevação do conteúdo de sulfomucinas ao compararem-se os cólons com e sem trânsito fecal principalmente após duas semanas de intervenção com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Houve aumento de sialomucinas no cólon sem trânsito fecal independente do tempo de intervenção com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

Conclusão: A aplicação diária de enemas com H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> aumenta o conteúdo tecidual de mucinas neutras nos segmentos cólicos sem trânsito fecal, independente do tempo de irrigação, mostrando que o estresse oxidativo leva ao aumento da produção deste subtipo de mucina. A aplicação diminui o conteúdo tecidual de mucinas ácidas nos segmentos cólicos sem trânsito fecal, mostrando que o estresse oxidativo modifica a produção deste subtipo de mucina. A intervenção aumenta o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas nos segmentos cólicos sem trânsito fecal, principalmente após duas semanas de irrigação, mostrando que o estresse oxidativo interfere na produção destes subtipos de mucina.

**TL135 - QUANTIFICAÇÃO DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS E DOS SUBTIPOS DE MUCINAS ÁCIDAS EM MODELOS EXPERIMENTAIS DE COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM ILEX PARAGUARIENSIS.**

LEITE, D.S.; VICENTE, G.C.M.; CUNHA, F.L.; MELLO, R.O.; PEREIRA, J.A.; MARTINEZ, C.A.R.; LAMEIRO, T.M.D.M.; MARQUES, L.H.S.; ALMEIDA, M.G.  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: avaliar os efeitos da aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* no conteúdo dos tipos e subtipos de mucinas no cólon excluído de trânsito fecal em modelos experimentais de colite de exclusão. MATERIAL E MÉTODOS: vinte e oito ratos Wistar foram submetidos à colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a intervenção com extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* (grupo experimento) na concentração de 25mg/ml, ou soro fisiológico 0,9% (grupo sham), três vezes por semana, com clisteres contendo 20 ml da substância de intervenção, até que todo o volume infundido pelo reto fosse exteriorizado pela colostomia distal. A identificação das mucinas neutras e ácidas foi feita pelas técnicas histoquímicas do PAS e Alcian Blue, respectivamente e a dos subtipos de mucinas ácidas (sulfomucinas e sialomucinas) foi feita pelas técnicas do DFA-Alcian Blue. A quantificação de mucinas foi realizada através de morfometria computadorizada. Na análise estatística utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação e o de Kruskal-Wallis para análise de variância. Adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). RESULTADOS: a aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* aumentou significativamente o conteúdo de mucinas neutras nos cólons com trânsito ( $p < 0,01$ ) e sem trânsito fecal ( $p < 0,05$ ) após 2 e 4 semanas de exclusão e reduziu significativamente o conteúdo de mucinas ácidas nos cólons com e sem trânsito fecal após 2 semanas e no colo com trânsito após 4 semanas ( $p < 0,01$ ). Não houve variação significativa, relacionada ao tempo de irrigação, do conteúdo de mucinas neutras e ácidas nos animais do grupo experimento. Em relação aos subtipos de mucinas ácidas, a intervenção com *Ilex paraguariensis* aumentou o conteúdo de sulfomucinas nos cólons com trânsito após 2 semanas ( $p < 0,05$ ), reduziu significativamente o conteúdo destas após 4 semanas em ambos os cólons ( $p < 0,01$ ) e reduziu o conteúdo de sialomucinas nos cólons com e sem trânsito após 2 e 4 semanas ( $p < 0,05$ ). Não houve variação do conteúdo de sulfomucinas e sialomucinas, nos animais do grupo experimento, relacionada ao tempo de intervenção. CONCLUSÃO: a intervenção com *Ilex paraguariensis* aumenta o conteúdo de mucinas neutras nos cólons com e sem trânsito fecal independente do tempo de intervenção e não impede a redução de mucinas ácidas em ambos os cólons com o decorrer do tempo de

exclusão. A aplicação de *Ilex paraguariensis* aumenta o conteúdo de sulfomucinas nos cólons com trânsito fecal após 2 semanas de intervenção, não impede a redução destas no cólon com e sem trânsito após 4 semanas, assim como também não impede a redução de sialomucinas em ambos os cólons com o decorrer do tempo de exclusão.

**TL136 - RADIOFREQUENCY REMODELING OF ANAL SPHINCTERS (SECCA PROCEDURE) FOR THE TREATMENT OF FECAL INCONTINENCE: ANORECTAL PHYSIOLOGY AND CLINICAL RESULTS**

HERMAN, R.M.; HERMAN, R.; NOWAKOWSKI, M.  
JAGIELLONIAN UNIVERSITY, KRAKOW, POLÔNIA.

Resumo: Radiofrequency Remodeling of Anal Sphincters (SECCA) is modern, minimally invasive treatment of Fecal Incontinence (FI). The aim of this study was clinical and physiological evaluation of the anorectal function prior and up to 36 months after the Secca procedure. Patients/ methods: Prospective, single center, non randomized, observational trial included 22 patients with FI. Primary endpoints covered : Cleveland Clinic Incontinence Score, and Fecal Incontinence Severity Index (FISI) at 0, 6, 12, 24 and 36 months. Secondary endpoints included: changes of anorectal manometry (BAP, SAP), sphincter EMG an morphology- transanal ultrasonography (TAUS). From 2005 to 2008, 6 males and 16 females, age 59 y were enrolled in to the study. Mean duration of fecal incontinence symptoms was 95 months. The etiology of fecal incontinence were: neurogenic (7), traumatic (10) and idiopathic (5) All patients were initially treated with biofeedback training. Results: There was no intraoperative or immediate post operative complications. The mean time of surgery was 40 minutes. Late complications included submucosal haematoma (1), fever (4), mucosal lesion (1). Neither of those episodes required intervention, all were selfresolved. Comparing to baseline, 6, 12, 24 and 36 months results were as follows: Incontinence evaluation: CCF-FI 12,1 - 10,4 - 9,1 - 9,3 - 6,8; FI-SI 36,9 - 38,6 - 34,9 - 35,2 - 30,8 Anorectal manometry: BAP: 30,6-34,23-39,3-42,3- 43,4; SAP 73,1-75,5-86,0-96,9-96,3; Rectal Compliance 5,6-5,6-4,0-4,2-4,0.3. EMG: All studied pEMG parameters increased after treatment as compared to preoperative values. Life Quality: FI-QoL scale revealed significant improvement in 4 of 4 measures starting from 6 months after treatment. Transanal Ultrasound: significant thickening of IAS was observed post RFR. CONCLUSION : Radiofrequency Anal Sphincter Remodeling is safe and effective method of FI treatment. It reduces the frequency and severity of FI symptoms, and improves patient's quality of life. Secca procedure restore anorectal sphincter function and recto-anal coordination, however effect on IAS morphology is also detectable. .

**TL137 - RECANALIZAÇÃO DE RETO E CANAL ANAL PÓS TRAUMA PERINEAL EXTENSO**

GOMES, C.M.C.N.<sup>1</sup>; KLUG, W.A.<sup>2</sup>; FANG, C.B.<sup>3</sup>; SOUSA, A.V.<sup>4</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>5</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>6</sup>  
1,2,3,5,6. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Lesões anais são incomuns, e pela infreqüência das mesmas existem poucos dados na literatura referentes a tratamento e desfecho. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de recanalização de reto e ânus pós trauma perineal extenso tratado na Disciplina de

Coloproctologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Este é um caso de um paciente do sexo masculino de 32 anos encaminhado a nosso serviço devido deformidade em períneo. Em 2006 sofreu acidente automobilístico onde houve trauma fechado de bacia com lesão perineal extensa. Submetido em outro serviço a sigmiodostomia em alça, debridamento de ferimento extenso em períneo e tratamento conservador de fratura de bacia. Evoluiu com fechamento por segunda intenção do reto e fenda anal. Quatro anos após o acidente, o paciente queixa dor pélvica e perineal associada a presença de bário retido em reto após realização de Enema Opaco. Após nossa avaliação, foi submetido a recanalização cirúrgica do reto e ânus. Houve saída imediata de bário através de retotomia levando a melhora da dor em região perineal. O paciente evoluiu com boa cicatrização da ferida operatória e segue em acompanhamento para investigação de continência anal e possível fechamento de colostomia. Há um consenso que as transecções esfinterianas devem ser reconstruídas anatomicamente o mais rápido possível. Colostomias sigmóideas temporárias também são recomendadas. Apesar do tratamento preconizado, alguns pacientes evoluem com cicatriz densa perineal dificultando o reparo anatômico e reabilitação após cirurgia.

#### **TL138 - RECONSTRUÇÃO DE PERÍNEO PÓS RESSECÇÃO DO CÂNCER ANORRETAL**

MARQUES, C.E.; BUSNARDO, F.F.; BATISTA, R.R.; NAHAS, C.S.; NAHAS, S.; COTTI, G.C.; JUNIOR, U.R.; FERREIRA, M.C.; JUNIOR, U.R.; CECONELLO, I.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octávio Frias de Oliveira. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina da Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Introdução: A amputação abdominoperineal do reto é uma opção no tratamento de casos localmente avançados de adenocarcinoma de reto e na recorrência/persistência do câncer de ânus. O tratamento quimio-radioterápico geralmente precede a cirurgia e influencia a cicatrização. A ressecção cirúrgica tem o objetivo de obter margens livres com impacto na recorrência local e na sobrevida. As casuísticas demonstram índices de complicações da ferida perineal muito variáveis, podendo atingir até 80%. As complicações estão associadas à presença de tecido irradiado com baixa capacidade de cicatrização, a presença de tensão excessiva no fechamento e a impossibilidade de preencher cavidades. As complicações da ferida perineal incluem abscessos, deiscências, ulcerações, fístulas, hérnias e presença de vaginas não funcionais. O uso de retalhos para a reconstrução de períneo após ressecção do câncer anorretal está associado a menor índice de complicações da ferida. Os autores descrevem sua experiência inicial com a utilização de retalhos para o fechamento de feridas perineais oriundas de uma série de amputações abdominoperineais. Objetivo: Descrever a experiência inicial com a utilização de retalhos para o fechamento de feridas perineais oriundas de uma série de amputações abdominoperineais no Instituto do Câncer de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Material e Métodos: Acesso ao banco de dados do nosso serviço permitiu a análise de aspectos clínico-patológicos, cirúrgicos peri e pós-operatórios de 46 pacientes submetidos a amputação de reto. Resultados: No período de Dezembro de 2008 a Maio de 2011 foram realizadas 48 ressecções abdominoperineais por neoplasia anorretal. Em 26 casos (54,2%) a ressecção foi a amputação abdominoperineal de reto exclusiva e em

22 casos (45,8%) a ressecção se estendeu para órgãos adjacentes. Em 8 casos (16,6%) com ressecção ampliada foi realizada reconstrução perineal com retalhos locais. Entre os pacientes reconstruídos 75% foram do sexo feminino. A idade variou de 49 a 84 anos (média 58,1). Neoadjuvância foi aplicada em 87,5% dos pacientes reconstruídos. O tempo médio de seguimento foi de 20 meses nos pacientes não reconstruídos e de 12 meses nos reconstruídos. A reconstrução com retalhos foi realizada no mesmo tempo cirúrgico da ressecção oncológica, com média de 1,62 retalhos por paciente (em 5 pacientes dois retalhos foram utilizados simultaneamente para reparo do defeito perineal). Para o fechamento foram utilizados 9 (69%) retalhos fasciocutâneos do sulco glúteo, 3 (23%) retalhos miocutâneos de grácil e 1 (8%) retalho miocutâneo de reto abdominal. Durante o seguimento dos reconstruídos houve dois casos (14,2%) de recidiva da doença à distancia, com um óbito. A taxa de complicação perineal nos reconstruídos foi de 25%. Houve um caso (12,5%) de infecção e deiscência da ferida perineal. A outra complicação (12,5%) foi um abaulamento perineal em paciente de exenteração pélvica reconstruída com retalho miocutâneo de reto abdominal. Não houve complicação na área doadora dos retalhos. Conclusões: O sucesso do tratamento do câncer anorretal está relacionado a obtenção de margens livres de tumor no procedimento cirúrgico e em tratamento quimio-radioterápico eficaz. Isto pode significar a presença de amplos defeitos perineais em área previamente irradiada após o tratamento oncológico destes doentes. A experiência inicial dos autores relata uma série de 8 (16,6%) reconstruções perineais com retalhos fasciocutâneos ou miocutâneos locais em uma série de 48 pacientes submetidos a ressecções abdominoperineais por doença oncológica anorretal. Os resultados obtidos permitiram um alto índice de sucesso no fechamento de defeitos perineais extensos em pacientes com câncer tumores localmente avançados.

#### **TL139 - RELATO DE CASO: CIRURGIA DE ENTEROSPASTIA PELA TÉCNICA DE MICHELASSI EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

MALHEIROS, A.P.; TEIXEIRA, M.G.; GAMA, A.H.; CARMO, A.M.D.; PRETE, P.R.; BRESSIANI, V.; DOMINGUES, M.L.B.; RODRIGUES, A.C.M.B.; RIBEIRO, E.R.

HOSP BENEFICENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A doença de Crohn é uma das doenças inflamatórias que pode acometer todo trato digestivo desde a boca até o ânus. A doença evolui com comprometimento de toda espessura da parede intestinal nas formas de estenose, fístula e inflamação. Não são raras as vezes que um único doente necessita de várias cirurgias para correção dessas complicações e evolui com diminuição importante do tamanho do intestino delgado com conseqüente síndrome desabsortiva e intestino curto. O objetivo desse trabalho é mostrar o resultado obtido no tratamento cirúrgico de um paciente com doença de Crohn e acometimento importante do intestino delgado por estenose e o uso da técnica de Michelassi como alternativa de enteroplastia desse segmento. HD, sexo masculino, 25 anos, com diagnóstico de doença de Crohn há cinco anos e acometimento de intestino delgado e região perianal. Evoluiu há um ano com piora do estado geral, emagrecimento, caquexia, dificuldade para se alimentar. Estava em tratamento com adalimumabe (dose de 40mg subcutâneo a cada 14 dias) há aproximadamente 36 meses após ser submetido à enterocolecotomia de urgência há três anos por quadro de obstrução intestinal. Ao exame físico apresentou-se caquético com IMC=15, desanimado, e com massa abdominal palpável e dolorosa em quadrante

inferior direito do abdome que piora após alimentação. No momento sem doença perianal ativa. O doente realizou exame de trânsito intestinal que mostrou grande segmento de obstrução em delgado, não conseguiu realizar colonoscopia mesmo sob regime de internação hospitalar pois não concluía a limpeza do cólon. Foi internado para nutrição parenteral total (NPT), interrompido tratamento atual com adalimumabe e introduzido prednisona 40mg/dia e azatioprina 100mg/dia. Realizou laparotomia eletiva onde observamos intenso processo inflamatório com obstrução da anastomose enterocólica, segmento proximal à anastomose com estenose curta e segmento de estenose de delgado de aproximadamente 40cm de comprimento distando 50cm da anastomose, com tamanho de delgado remanescente de apenas 200cm. Optou-se pela ressecção econômica da anastomose enterocólica anterior e confecção de nova anastomose látero-lateral enterocólica com grameador, realizada enteroplastia pela técnica de Heineke-Mikulicz na estenose curta e enteroplastia do segmento longo de delgado pela técnica de Michelassi ou enteroplastia isoperistáltica látero-lateral. O doente foi mantido em NPT por dez dias após a cirurgia, até iniciar dieta oral. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial. A técnica de enteroplastia de Michelassi (enteroplastia isoperistáltica látero-lateral) é uma opção cirúrgica para doentes com grande extensão de intestino delgado acometido pela doença de Crohn e pode evitar a ressecção intestinal desnecessária e a síndrome do intestino curto em pacientes selecionados.

#### **TL140 - RELATO DE CASO: HEMOFILIA PARANEOPLÁSICA A ADENOCARCINOMA DE RETO**

DE FIGUEIREDO, F.L.; ALMENDRA JUNIOR, A.J.; BELTRAME, E.C.; DUARTE, B.G.; JAZBIK, M.P.; E FONSECA, J.M.F.; DE SOUZA, P.F.; LEVI, J.M.; TELES, F.J.

HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Relatar caso de hemofilia em paciente com adenocarcinoma de reto. Após 45 sessões de radioquimioterapia neoadjuvantes, o paciente apresentou discrasia sanguínea devido à deficiência do fator VIII da coagulação, sem história prévia de sangramentos e sem fatores de melhora. Discutiremos a ocorrência de hemofilia paraneoplásica em pacientes oncológicos. MATERIAL E MÉTODOS: Paciente DCS, masculino, branco, 70 anos, ex-tabagista 55 maços/ano, apresentando síndrome consuptiva e hematoquezia há 5 meses sendo, então, diagnosticado adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto a 6cm da margem anal. Foi submetido a radioquimioterapia (Capecitabina) neoadjuvante. Durante o pré-operatório para ressecção anterior de reto, após 2 meses do tratamento, apresentou quadro de hematuria associada a equimoses de extremidades, PTT 93,8 seg, TAP 11,6 seg. RNM com imagens sugestivas de coágulos em ureter e pelve renal esquerdos. Evoluiu com persistência da discrasia e alargamento constante do PTT, inviabilizando a proposta cirúrgica. RESULTADOS: Realizou-se dosagem de fatores de coagulação evidenciando presença de inibidor do fator VIII. Iniciou-se tratamento imunossupressor com Prednisona 80mg/dia com evolução clínica satisfatória e regressão dos sintomas discrásicos. Solicitada retossigmoidoscopia 5 meses após a terapia neoadjuvante que evidenciou regressão total da lesão prévia com área cicatricial no reto associada a redução do antígeno carcinoembrionário. CONCLUSÃO: Há relatos de hemofilia paraneoplásica associada a tumores sólidos, principalmente adenocarcinoma ocorrendo, então, produção de auto-anticorpos anti-fator VIII. Clinicamente podem ocorrer eventos hemorrágicos

espontâneos enquanto os exames laboratoriais evidenciam alargamento do tempo de tromboplastina parcial ativada e tempo de ativação da protrombina sem alterações. O tratamento bem sucedido do tumor associado à plasmaférese, administração de fator VIII ou imunossupressão acarreta resolução da coagulopatia na maioria dos casos. No caso supracitado, além da presença de tumor sólido do tipo adenocarcinoma, o paciente apresenta idade avançada e sexo masculino sendo estes fatores de risco independentes para o desenvolvimento da coagulopatia paraneoplásica.

#### **TL141 - REOPERAÇÕES PRECOSES POR VIDEOLAPAROSCOPIA POR COMPLICAÇÕES APÓS RESSECÇÕES COLORRETAIS VIDEOLAPAROSCÓPICAS** PINTO, R.A.; CAMPOS, F.G.; ARAÚJO, S.E.A.; PIROLA KRUGER, J.A.; NAMUR, G.N.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I. HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Nos últimos anos, a experiência crescente com a realização de procedimentos minimamente invasivos no tratamento das afecções colorretais permitiu estender a indicação da videolaparoscopia também para o manuseio de eventuais complicações pós-operatórias. Entretanto, a experiência com este tipo de abordagem é ainda restrita. Objetivo: Apresentar a experiência do Serviço em reoperações via laparoscópica por complicações após ressecções colorretais pela mesma via. Métodos: Estudo retrospectivo baseado em dados coletados prospectivamente de pacientes submetidos a ressecções colorretais laparoscópicas que apresentaram complicações cirúrgicas pós-operatórias passíveis de reoperações pela mesma via de acesso. Os pacientes selecionados para reabordagem videolaparoscópica foram aqueles com diagnóstico precoce da complicação, sem instabilidade hemodinâmica, sem distensão abdominal importante e sem comorbidades clínicas que impossibilitassem o procedimento. Resultados: Nos últimos 2 anos, dentre 140 ressecções colorretais videolaparoscópicas 9 pacientes (6,4%) foram reabordados pela mesma via de acesso, sendo 5 do sexo feminino. A idade média foi de 40,67 anos e os diagnósticos da doença primária eram adenocarcinoma (3), Polipose Adenomatosa Familiar (3), Retocolite Ulcerativa Idiopática (1), Inércia Colônica (1) e Megacólon Chagássico (1). Os procedimentos iniciais foram 4 proctocolectomias totais com bolsa ileal, 3 retossigmoidectomias, 1 totalização de colectomia e 1 colectomia direita. As complicações que culminaram em reoperações foram, em sua maioria, deiscências de anastomose (6). Houve ainda 1 lesão inadvertida de íleo, 1 sangramento de vaso epiplóico e 1 obstrução de delgado. Somente em 2 casos a incisão auxiliar precisou ser utilizada, um para limpeza da cavidade, fechamento do coto retal e exteriorização do Hartmann, e outro para rafia do íleo lesado. Os demais casos foram completamente laparoscópicos, inclusive para rafia de deiscências de anastomoses, além de limpeza da cavidade e drenagem. Houve apenas um caso de desfecho desfavorável, com óbito no 40º dia da primeira abordagem após complicações consecutivas e 4 outras reoperações por via aberta. Os demais casos tiveram evolução favorável tendo alta em uma média de até 14,6 dias após a primeira cirurgia e 9,9 dias após a reoperação. Conclusão: Em casos selecionados, o acesso videolaparoscópico pode ser uma opção segura e pouco invasiva para a abordagem de complicações decorrentes de ressecções colorretais. Entretanto, sua indicação deve ser criteriosa, levando em consideração o tipo de complicação, o estado clínico do doente e a experiência da equipe cirúrgica.

#### **TL142 - RESSECÇÃO PRIMÁRIA COM ANASTOMOSE VS. CIRURGIA DE HARTMANN: ESTUDO RETROSPECTIVO EM HOSPITAL-UNIVERSITÁRIO**

MARTINS DE LIMA, R.G.; ESTOFOLETE, C.F.; GALEAZZI, C.J.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; SIMONI, A.L.; DAL PONTE, M.A.; GONÇALVES FILHO, F.A.; SATOMI, G.; NETINHO, J.G. FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: analisar a morbi-mortalidade relacionada à Cirurgia de Hartmann e à anastomose primária no tratamento de patologias do cólon esquerdo, através de estudo retrospectivo. Método: Análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de Hartmann e a anastomose primária como abordagem inicial de patologia de cólon esquerdo, baseada no banco de dados da Disciplina de Coloproctologia do Hospital de Base/FAMERP, em um período de 10 anos (2000-2010). Os pacientes foram alocados em dois grupos, de acordo com a técnica empregada: I) Cirurgia de Hartmann e II) Ressecção primária com anastomose. Para análise estatística foi utilizado o teste qui-quadrado, com nível de significância adotado de  $\alpha=0,05$ , isto é, diferença ou associação considerada significativa quando valor-p $\leq 0,05$ . Resultados: O grupo I contou com 90 pacientes, com idade média de 64 anos (SD 14,6), com predomínio de pacientes do sexo masculino (55 homens vs. 35 mulheres), enquanto II contou com 103 pacientes, com idade média de 62,9 anos (SD 14,2), preponderando indivíduos do sexo feminino (53 mulheres vs. 50 homens). A neoplasia obstrutiva de cólon, o megacólon chagásico e a diverticulite foram as principais indicações, independente da técnica empregada, contabilizando 86,7% (78) e 65,4% (85) nos grupos I e II, respectivamente. Foram observadas taxa de complicações, clínicas e cirúrgicas, de 32,2% (29) e de óbito de 7,78% (7) em pacientes submetidos a cirurgia de Hartmann, enquanto nos pacientes que tiveram ressecção primária com anastomose como procedimento empregado, a taxa de complicação foi de 48,5% (50) e de óbito, 13,6 (14). Os resultados evidenciaram maior chance de complicações quando feita a escolha pela ressecção primária com anastomose ( $p=0,021$ ), não havendo diferença significativa na taxa de óbitos de acordo com o procedimento ( $p=0,19$ ). Dos 90 pacientes submetidos a cirurgia de Hartmann, 60% (54) tiveram o trânsito reconstruído. Conclusão: ainda que a literatura evidencie menores taxas de complicações quando empregada a ressecção primária com anastomose na abordagem de patologias do cólon esquerdo, em nosso serviço a cirurgia de Hartmann esteve associada a menores taxas de morbi-mortalidade quanto comparada ao procedimento em um estágio. Contudo, as taxas de complicações pós-operatórias e óbito evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento da técnica, o que está relacionado a experiência dos cirurgiões, uma vez que se trata de um hospital-universitário e os mesmos estão em curva de aprendizado.

#### **TL143 - RESSECÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA MICROCIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DO RETO DISTAL APOS RADIO E QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

GAMA, A.H.; PEREZ, R.O.; LYNN, P.B.; SÃO JULIÃO, G.P.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; PRASKURSHIM, I. INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: A quimiorradioterapia neoadjuvante é o tratamento inicial de escolha no câncer de reto distal localmente avançado. Este tratamento pode levar a regressão do tamanho e estadiamento do tumor primário. Em casos selecionados de tumores com maior regressão do tumor, a ressecção transanal sem excisão

total mesorreto pode oferecer alternativa cirúrgica para o diagnóstico e tratamento definitivo destes pacientes. Apresentamos neste estudo nossa experiência nestes casos. Materiais & Métodos: Pacientes com câncer de reto distal cT2-4NxM0 foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante com 50.4-54Gy e quimioterapia baseada no 5FU. Pacientes com tumores residuais superficiais e sem evidência radiológica de metástases linfonodais (cT0-2N0) foram submetidos à ressecção transanal endoscópica microcirúrgica (TEM/TEO) como alternativa diagnóstica e terapêutica à excisão total do mesorreto e APR ou anastomose coloanal interesfínteriana. Em todos os pacientes foi realizado o fechamento primário da ferida operatória. Resultados: Entre 2009 e 2011, 28 pacientes foram submetidos ao procedimento. 50% foram de sexo masculino, a mediana de idade foi 59.5 anos (38-79). A distância média do tumor da borda anal foi de 3.6cm e o tamanho tumoral médio final foi de 2.0cm. Em 15 pacientes houve deiscência da linha de sutura sendo que 10 exigiram reinternação. Todos os pacientes apresentaram ressecção com margens livres (R0) embora uma das margens tenha sido d'1mm e 2 casos. 3 pacientes apresentaram ypT0, 5 ypT1, 15 ypT2 e yp3 T3. Apenas 5 pacientes apresentaram graus mais significativos de regressão tumoral com substituição por fibrose (TRG 3 e 4). A recidiva local foi identificada em 6 pacientes (21%). 6 pacientes apresentaram recidiva sistêmica exclusiva e 4 pacientes apresentaram recidiva combinada após intervalo de seguimento médio de 12.4 meses. A sobrevida livre de recidiva local em 24 meses foi de 78.5%. Conclusões: A ressecção transanal endoscópica microcirúrgica é alternativa cirúrgica eficiente permitindo ressecção do tumor primário com margens livres oferecendo excelente material para o diagnóstico anátomo-patológico da resposta ao tratamento. Além pode oferecer bons resultados de controle local da doença em pacientes selecionados como alternativa à amputação do reto ou anastomose coloanal com anastomose interesfínteriana.

#### **TL144 - RESSECÇÕES COLORRETAIS E HEPÁTICAS SINCRÔNICAS POR LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO COM INTENÇÃO CURATIVA DO CÂNCER DE RETO: EXPERIÊNCIA INICIAL**

MARQUES, C.F.; COTTI, G.C.C.; MAKDISSI, F.F.; NAHAS, C.; HERMAN, P.; ARAUJO, S.E.A.; DUMARCO, R.; NAHAS, S.; JUNIOR, U.R.; CECONELLO, I.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octávio Frias de Oliveira. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina da Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Introdução: A ressecção oncológica continua sendo o pilar do tratamento com intenção curativa do adenocarcinoma colorretal com metástases hepáticas. Novas drogas quimioterápicas e esquemas combinados com radioterapia permitiram a melhora de sobrevida e aumento do número de candidatos ao tratamento cirúrgico. Entretanto, em especial no câncer de reto, os tratamentos neoadjuvante e adjuvante podem retardar a abordagem das metástases hepáticas. Em casos selecionados, a ressecção conjunta do tumor primário e das lesões hepáticas pode ser adequadamente realizada por via convencional, sem aumento de morbi-mortalidade. Trabalhos atuais demonstraram a viabilidade da abordagem conjunta destas lesões por laparoscopia, no entanto, os poucos estudos apresentam pequena casuística, mostrando início de experiência. Objetivo: Avaliar a experiência inicial das ressecções colorretais e hepáticas em tempo único por laparoscopia no

tratamento do câncer colorretal no Hospital das Clínicas/Instituto do Câncer de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Material e Métodos: Acesso ao banco de dados do nosso serviço permitiu a análise de aspectos clínico-patológicos, cirúrgicos peri e pós-operatórios de 6 pacientes com adenocarcinoma de reto e metástases hepáticas sincrônicas submetidos à ressecção laparoscópica em tempo único. Resultados: A idade média dos pacientes foi de 59 anos (43 a 74 anos), e 3 eram do sexo masculino. Em 5 pacientes, as metástases hepáticas foram diagnosticadas no pré-operatório através das tomografias de estadiamento. Estes 5 pacientes foram submetidos à retossigmoidectomias. Apenas um paciente – portador de polipose adenomatosa familiar – teve as metástases hepáticas diagnosticadas no intra-operatório e a cirurgia do tumor primário foi uma proctocolectomia total com bolsa ileal em “J”. Apenas os três pacientes submetidos à excisão total do mesorreto (2 deles tratados com quimiorradioterapia neoadjuvante) foram submetidos à ileostomia em alça. Com relação às ressecções hepáticas, variaram de: enucleação de 2 metástases (1 paciente), segmentectomias regradas (2 pacientes), bissegmentectomias (2 pacientes) e hepatectomia direita regrada (1 paciente). Dois pacientes foram tratados com abordagem intra-hepática dos pedículos glissonianos. Todos os pacientes foram submetidos a ressecções com intuito curativo (R0). A alta hospital ocorreu em média após 8,6 dias (6 – 11 dias). Não houve mortalidade. Não houve deiscência da anastomose colorretal em nenhum paciente. A única complicação ocorreu no primeiro caso da série e constituiu-se em fístula biliar que foi drenada guiada por tomografia computadorizada, mas que necessitou ainda drenagem torácica por complicação pulmonar associada. Todos os pacientes recuperaram-se a tempo de receber o tratamento adjuvante programado pela equipe de oncologia clínica. Conclusões: Nossa experiência com ressecções combinadas de tumores de reto e metástases hepáticas por laparoscopia parece ser extremamente encorajadora, em especial por oferecer aos pacientes um tratamento cirúrgico radical em tempo único com as vantagens do acesso minimamente invasivo.

#### **TL145 - RESULTADO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

DE ANDRADE, R.C.P.; SANTOS, F.P.S.; BARBOSA, J.A.; DE JESUS SILVA, M.F.; NASCIMENTO, L.C.; DA CONCEIÇÃO, D.S.; DOS SANTOS, D.N.; BURGOS, V.M.

COM HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A constipação intestinal (CI) é caracterizada por esforço evacuatório, redução da frequência evacuatória semanal, sensação de evacuação incompleta e fezes duras. A alta prevalência da CI é um problema de saúde pública. A fisioterapia pode ser indicada como opção terapêutica conservadora através da utilização de recursos específicos para a melhora do mecanismo evacuatório. A grande importância da realização desta pesquisa é tentar preencher a lacuna do conhecimento científico devido a escassez de pesquisas que abranjam este tema. Objetivo: Verificar o resultado do tratamento fisioterapêutico em pacientes com queixa de CI atendidos no serviço público de Saúde (COMHUPES/UFBA). Material e Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo através de dados secundários selecionados por conveniência no Ambulatório de fisioterapia das disfunções do assoalho pélvico (FISIODAP), do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos/COMHUPES Salvador/BA, atendidos nos anos de 2008 a 2010; critérios de inclusão: prontuários de mulheres que apresentassem sintomas para CI e que realizaram no mínimo 12 sessões; critérios de exclusão: pacientes portadores de

doenças neurológicas ou neuropatias. O instrumento de avaliação baseou-se nos Critérios de Roma II. Para análise dos dados foi utilizada teste paramétrico com o T- student através do programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS). A pesquisa teve aprovação do CEP sob protocolo nº 34/2010. Resultados: Foram selecionados 15 prontuários que preenchiam os critérios de inclusão. Onde 46,6% tinham a faixa etária de 60 a 69 anos; 66,7% eram não-brancos; 60,0% apresentaram escolaridade média e 40,0% eram analfabetos; a renda familiar foi de dois salários mínimos (100%). 33,3% eram sedentárias e 53,4% praticavam atividade física. A maioria tinha história de 2 a 4 gestações (60,0%). Observou-se que 33,3% realizaram perineoplastia; o esforço evacuatório foi a queixa mais frequente (60,0%); todas realizaram exercícios de fortalecimento para os músculos do assoalho pélvico, onde, 43,3% fizeram associada a massagem de vogler, 13,0% terapia comportamental e 40,0% associaram a massagem de vogler e terapia comportamental. Conclusão: A fisioterapia coloproctológica deve ser indicada para indivíduos que apresentam queixa de constipação intestinal, pois, pode-se verificar a melhora dos sintomas e esta é mais adequada quando há associação de terapias.

#### **TL146 - RESULTADOS DEL USO DE LA LIGADURA INTERESFINTERIANA DE TRAYECTO FISTULOSO (LIFT) PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS PERIANALES COMPLEJAS. EXPERIENCIA INICIAL MULTICÉNTRICA**

GRZONA, E.G.<sup>1</sup>; CHWAT, C.<sup>2</sup>; CARBALLO, F.<sup>3</sup>; CANELAS, A.<sup>4</sup>; BUN, M.<sup>5</sup>; LAPORTE, M.<sup>6</sup>; ROSATO, G.<sup>7</sup>; ROTHOLTZ, N.<sup>8</sup>

1,3,4,5,6,8.HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; 2,7.HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, PILAR, ARGENTINA.

Resumo: Antecedentes: Existen varias alternativas para el tratamiento de las fístulas anales complejas. Ninguna de ellas ha demostrado beneficios para ser considerada la técnica de elección, particularmente en relación las tasas de recurrencia y la incidencia de la incontinencia fecal. Estudios recientes demuestran que la realización de la ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT) tendría una tasa de éxito alta sin afectación funcional. Objetivo: Evaluar los resultados de la técnica de LIFT para el tratamiento de fístulas anales. Métodos:

Se realizó un estudio multicéntrico prospectivo observacional entre marzo de 2010 y Mayo de 2011. Se incluyeron pacientes con fístulas interesfinterianas altas y transesfinterianas de origen criptogénica. Se utilizó la técnica de identificación del trayecto fistuloso en el espacio interesfinteriano y doble ligadura con sección del excedente. Para evaluar el éxito del procedimiento se realizó un seguimiento clínico periódico y se confeccionó un cuestionario para la valoración funcional previa y posterior a la cirugía. Resultados: Se evaluaron un total de 16 pacientes. La media de edad fue de 49 (25-77) años. 50% fueron hombres. 6 pacientes habían realizado tratamientos previos. 10 fístulas fueron anteriores y 6 posteriores. Se trataron 2 fístulas rectovaginales bajas. En 10 casos se realizó fistulectomía del lecho distal y en las restantes curetaje y drenaje. En 3 pacientes se ocluyó la cripta de origen. El tiempo operatorio promedio fue de 42 (20-80) minutos.. La morbilidad global fue del 31%. Solo un paciente (6.25%) presentó una complicación mayor que requirió una reoperación. Luego de un seguimiento promedio de 9 (2-14) meses, la tasa de éxito fue del 93,7% sin afectación funcional secundaria. Conclusiones: Los resultados iniciales permiten inferir que la técnica de LIFT parece ser una alternativa segura y factible, sin afectar la función esfinteriana. Es necesaria la realización de estudios prospectivos y randomizados, con mayor número de casos que avalen éstos hallazgos.



**TL147 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES OCTAGENÁRIOS COM CÂNCER COLORRETAL EM UM CENTRO TERCIÁRIO**

MARQUES, C.F.; COTTI, G.C.C.; NAHAS, C.; NAHAS, S.; LEONARDI, P.C.; JUNIOR, U.R.; TACCONNI, M.; MAKDISSI, F.; JUREIDINI, R.; CECONELLO, I.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octávio Frias de Oliveira. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina da Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Introdução: Observa-se nas últimas décadas um aumento da expectativa de vida, tal como o número de pacientes idosos com câncer. Os principais estudos prospectivos randomizados que avaliam o impacto da cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia no tratamento do câncer tem pacientes com idade média mais jovem e excelente performance clínica, o que pode dificultar a transposição destes resultados de uma população geral para uma mais idosa e sensível à morbi-mortalidade do tratamento. Apesar disso, é cada vez mais freqüente estudos com séries de pacientes submetidos às mais variadas cirurgias acima de 80 anos, com resultados bem sucedidos de onde se conclui que a morbidade, mortalidade e sobrevida tardia por câncer de órgãos sólidos não é afetada pela idade cronológica. Objetivo: Rever os resultados do tratamento cirúrgico em pacientes octagenários com adenocarcinoma colorretal em um centro oncológico terciário. Material e Métodos: Foram revisados todos os pacientes com adenocarcinoma colorretal operados entre janeiro de 2009 e junho de 2011 no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo/Faculdade de Medicina da USP e selecionados todos os octagenários (idade maior ou igual a 80 anos). Resultados: Foram identificados 44 pacientes octagenários. A idade média: 84,2 anos (80 a 91 anos). Procedimentos realizados variaram entre retossigmoidectomia (n = 19), colectomia direita (n = 12), ressecção transanal -TEM (n = 5), amputação de reto (n = 4), colectomia esquerda (n = 3), colectomia total (n = 1). A morbidade geral foi de 38% (17 pacientes) e a mortalidade geral pós-operatória foi de 9% (4 pacientes). Três pacientes (7%) necessitaram ser reoperados. A maioria dos pacientes não apresentava estágio clínico IV do adenocarcinoma colorretal e foi tratado com intenção curativa. Entre as colectomias, 9/39 foram realizadas por laparoscopia. Conclusão: Embora apresente morbi-mortalidade não desprezíveis, o tratamento cirúrgico do adenocarcinoma colorretal em pacientes octagenários num centro especializado apresenta resultados aceitáveis, com provável impacto positivo na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes.

**TL148 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DO CÂNCER RETAL**

MARCHIORI JR, M.A.<sup>1</sup>; CHRISTIANO, A.B.<sup>2</sup>; TERCIONI JR, V.<sup>3</sup>; ANGELINI, M.C.<sup>4</sup>; FRANCO, F.V.T.N.<sup>5</sup>

1,2,3.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS E CLÍNICA MAURO MARCHIORI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4,5.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a utilização da videocirurgia para o tratamento cirúrgico do câncer retal ainda apresenta controvérsia e os dados disponíveis escassos e limitados. Objetivos: estudar recorrência local, margens cirúrgicas, números de linfonodos retirados, complicações pós operatórias e sobrevida, analisamos os resultados obtidos com a utilização da videocirurgia. Métodos: através da análise retrospectiva de dados, todos os pacientes com diagnóstico de câncer retal entre

1994(data do início de nossa experiência com videocirurgia) e 2011 foram revistos. Os critérios de exclusão foram aqueles submetidos a tratamento de urgência devida a obstrução intestinal e aqueles cujo seguimento se perdeu. Resultados: 78 pacientes com idade média de 60,2a foram submetidos a tratamento vídeolaparoscópico . 32% apresentaram ca de reto alto, 28% ca de reto médio e 40% ca de reto baixo. Todos os que apresentaram ca de reto médio e baixo foram submetidos a excisão total do mesoreto; a neoadjuvância quimioradioterápica foi indicada para os tumores t2(a partir de 2008), t3 e t4 de reto médio e reto baixo com remissão completa em 2 deles. Todos os pacientes foram operados e realizadas 75% de cirurgias de preservação esfinteriana, 24% de amputações de reto e 15% de conversões a laparotomia. Um paciente apresentou margem cirúrgica distal comprometida, 6% de recorrências locais, e 12 óbitos relacionados a doença num seguimento médio de 48 meses. Conclusões: a utilização da videocirurgia no tratamento do câncer retal apresenta resultados favoráveis de sobrevida, recorrência local e margens de ressecção aos relatados com a laparotomia.

**TL149 - RESULTADOS INICIAIS DA PASSAGEM DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS EM PACIENTES COM NEOPLASIA AVANÇADA COLO-RETAL: EXPERIÊNCIA DO ICESP**

MARQUES, C.F.; NAHAS, C.S.; MARTINS, B.C.; SATO, C.; FILHO, F.M.; NAHAS, S.; COTTI, G.C.; JUNIOR, U.R.; KAWAGUTTI, F.; CECONELLO, I.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octávio Frias de Oliveira. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina da Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Introdução: A neoplasia avançada estenosante colorretal é um desafio terapêutico devido a gravidade do quadro clínico aliada a dificuldade de estadiamento adequado e a necessidade intervenção imediata para alívio dos sintomas obstrutivos. A morbi-mortalidade da cirurgia de urgência nesses casos torna a descompressão endoscópica uma possibilidade bastante atraente. Os autores descrevem seus resultados iniciais relacionados a passagem da prótese metálica auto-expansível (PMAE). Objetivo: Descrever os resultados iniciais relacionados a passagem da prótese metálica auto-expansível (PMAE) no tratamento do câncer colorretal no Hospital das Clínicas/Instituto do Câncer de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Material e Métodos: Acesso ao banco de dados do nosso serviço permitiu a análise de aspectos clínico-patológicos, endoscópicos, cirúrgicos peri e pós-operatórios de 19 pacientes com neoplasias obstrutivas colorretais submetidos a passagem de PMAE no período de março 2010 a maio 2011. Resultados: Onze pacientes receberam a PMAE com intuito paliativo e 11 com o intuito de alívio dos sintomas como ponte para a cirurgia. Todos os pacientes receberam próteses não recobertas (Wallflex) variando entre 18 e 22mm de diâmetro e os procedimentos foram realizados com auxílio de radioscopia. Quinze pacientes apresentavam tumores de reto médio/distal, 5 tumores de transição retossigmóide e 1 tumor de sigmóide. Sucesso técnico foi obtido em 100% dos casos e sucesso clínico em 90%. Houve um caso de perfuração, tendo o paciente evoluído posteriormente a óbito. Dos 11 pacientes que receberam a prótese com intuito de ponte para cirurgia, 8 foram operados e em 5 foi possível realizar ressecção com anastomose primária. Em 3 pacientes houve a necessidade de colostomia. Quatro pacientes foram

submetidos a colonoscopia virtual através de CT pré-operatória, permitindo uma avaliação mais adequada. Conclusões: A PMAE endoscópica é um procedimento seguro e com boa eficácia clínica. Permite o alívio dos sintomas obstrutivos, propiciando estadiamento mais seguro, adequado e melhor planejamento terapêutico. Quando disponível essa opção deve sempre ser considerada como importante opção à cirurgia de urgência.

#### **TL150 - SANGRAMENTO TARDIO GRAVE PÓS COLONRETO ANASTOMOSE TRATADA COM EMBOLIZAÇÃO POR ARTERIOGRAFIA**

SIA, O.N.; RIBEIRO, G.B.; BEDRAN, J.C.; CORRÊA NETO, I.J.F.; WATTE, H.H.; ROLIM, A.S.; SOUZA, R.F.; ROBLES, L. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A hematoquezia discreta em pacientes submetido a ressecções colorretais com anastomose mecânica é relatada em alguns casos após os primeiros movimentos peristálticos. Entretanto a complicação pós-operatória com sangramento gastrointestinal intenso é rara. O objetivo desse estudo é relatar caso de Hemorragia digestiva grave, exteriorizada por enterorragia de grande monta com sinais de baixo débito, controlada por embolização por arteriografia. Materiais e métodos: Paciente de 65 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, submetido à terapia neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia. Realizada retossigmoidectomia com colonreto anastomose mecânica e ileostomia de proteção associado a drenagem da cavidade. No intra-operatório evidenciada lesão de 4 cm de diâmetro localizada a 8 cm da borda anal. Apresentou fistula de anastomose tratada conservadoramente com antibioticoterapia e drenagem. No 40º pós operatório procura atendimento em pronto socorro do HOSPITAL SANTA MARCELINA com relato de enterorragia volumosa há 2 horas com sinais de baixo débito. Realizada ressuscitação volêmica com cristalóide e hemoderivados. Encaminhado a arteriografia de urgência com visualização de sangramento ativo proveniente de ramos das artérias sacrais. Realizada embolização com micropartículas de gelfoam em ilíacas internas com controle da hemorragia e estabilização clínica. Realizada revisão de literatura em banco de dados LILACS e PUBMED. Resultados: O sangramento gastrointestinal intenso é complicação rara após ressecções colorretais. Em recente artigo retrospectivo de foram revisados 1389 prontuários de pacientes submetidos a colon reto anastomose e apenas 7 (0.5%) apresentaram sangramento de grande monta com repercussão hemodinâmica. O sangramento tardio pós colonreto anastomose é muito raro. A causa mais comum de sangramento é a presença de vasos do mesocolon na linha de sutura da anastomose o que ocasiona sangramentos precoces. O tratamento expectante com suporte clínico e hemotransfusão é realizado com sucesso na grande maioria dos casos (85.7%). Nos sangramentos persistentes podemos lançar mão da colonoscopia e da arteriografia para controle do sangramento. Em último caso a re-intervenção cirúrgica é indicada com re-confecção da anastomose e revisão da hemostasia. Nesse estudo, o controle do sangramento gastrointestinal foi realizado com embolização por arteriografia, não necessitando submeter o paciente a procedimento cirúrgico. Procedimento realizado com resultado satisfatório. Conclusão: Hemorragia gastrointestinal grave corresponde a complicação rara em pacientes em pós-operatório de ressecções colorretais com anastomose mecânica. A arteriografia está indicada em casos com instabilidade hemodinâmica e também quando há persistência do sangramento. É um método útil e que pode ser utilizado com segurança.

#### **TL151 - SARCOMA SINOVIAL PRÉ-SACRAL EM GESTANTE FORMIGA, F.B.<sup>1</sup>; GOMES, C.M.C.N.<sup>2</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>3</sup>; ARRUDA BOTELHO, M.L.A.<sup>4</sup>; SILVA, A.Z.<sup>5</sup>; SOARES, I.C.<sup>6</sup>; GALVÃO SILVA, M.A.L.<sup>7</sup>; FANG, C.B.<sup>8</sup>**

1,2,3,4,5,7,8.SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6.HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL. Resumo: Introdução: Os sarcomas se originam das células mesenquimais primitivas, sendo raros na região anorretal. Os tumores pré sacrais são também muito raros e os subtipos de sarcoma mais comum dessa região são leiomiossarcoma, lipossarcoma e fibrossarcoma. Não há relatos na literatura do sarcoma sinovial retrorretal. Objetivo: Relatar localização infrequente do sarcoma sinovial, pré-sacral, em gestante. Relato do caso: IAMB, 35 anos, sexo feminino, internou pelo Serviço de Emergência com dor sacro-coccígea intensa e febre 38oC. Sem alteração de hábito intestinal. Fez Tomografia Computadorizada de abdome e pelve que evidenciou formação heterogênea sólido-cística sacrococcígea de 6,3x6x4,7cm, em íntimo contato com o reto, deslocando-o anteriormente, além de gás no glúteo direito. Houve melhora do quadro com cinco dias de antibiótico endovenoso, evoluindo apenas com dor ao sentar. Ao exame físico, apresentava cicatriz interglútea (por exérese de cisto pilonidal 10 anos antes), dor à palpação profunda sacro-coccígea, toque retal com abaulamento de 3cm próximo ao cóccix e retossigmoidoscopia com compressão extrínseca e mucosa lisa. A Ressonância Magnética de Pelve confirmou o diagnóstico de tumor pré-sacral. Durante investigação do quadro, paciente engravidou e foi submetida a exérese da lesão durante primeiro trimestre gestacional. A via de acesso foi perineal, em posição prona, com incisão longitudinal em linha média na região sacro-coccígea. Realizada dissecação e ressecção completa de tumor heterogêneo bocelado pseudoencapsulado entre o cóccix e o reto sem invasão de qualquer estrutura adjacente. O diagnóstico histológico com auxílio de estudo imuno-histoquímico e hibridização "in situ" fluorescente (FISH) confirmou sarcoma sinovial. Atualmente, a paciente está com gestação em curso, sem intercorrências. Discussão: O diagnóstico mostrou se tratar de neoplasia bifásica epitelial/mesenquimal com positividade imuno-histoquímica para citoqueratina e vimentina, com índice de proliferação nuclear de 5% no componente estromal. A complementação do estudo por FISH identificou neoplasia com presença de aberração cromossômica estrutural envolvendo o gene SYT (locus 18q11). A presença desta translocação é um evento freqüente em sarcoma sinovial, dando assim este diagnóstico nunca descrito em tumores retrorretais.

#### **TL152 - SCHWANNOMA DE CECO: UM RARO TUMOR DO INTESTINO GROSSO**

PAULA, P.R.<sup>1</sup>; PAULA, M.B.<sup>2</sup>; SILVA, F.P.A.<sup>3</sup>; BARTOLOMUCCI, A.C.<sup>4</sup>; BASSI, D.G.<sup>5</sup>

1,3,4,5.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP, BRASIL; 2.UNIFOA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: Schwannomas são tumores derivados das células de Schwann, que formam a bainha neural, raros no intestino grosso. Localizam-se mais no ceco, seguido pelo sigmóide e retossigmoide, cólon transversal, colon descendente e reto. Ocorrem como lesões vegetantes e ulceradas. Acometem ambos os sexos. A variante histológica mais comuns é o de células fusiformes, com atipia focal nuclear presente, e atividade mitótica inferior a 5 por 50 campos de grande aumento. Apresenta proteína S-100 positiva e CD117 (cKIT) negativo. Comporta-se em geral de forma benigna sem evidência de comportamento agressivo ou conexão com Neurofibromatose 1 ou

2. OBJETIVO: Relatar um caso de Schwannoma de ceco tratado com colectomia direita. MÉTODO: Paciente nissei, feminino, 57 anos, que após o diagnóstico de neoplasia de reto no irmão, foi orientada a realizar colonoscopia. Negava alteração do hábito intestinal e elementos anormais nas fezes. Colonoscopia: pólipos em ceco e lesão vegetante com três cm de diâmetro, com superfície irregular e friável. Dois pólipos sésseis e um pediculado em trasverso distal. Um pólipos pediculado em descendente. RESULTADOS: Anatomopatológico das polipectomias - Ceco com adenoma túbulo-viloso com atipia de alto grau e lesão de fundo ulcerado com adenoma tubular com displasia de baixo grau. Colon transverso com adenomas túbulo-vilosos e o distal com atipia de alto grau, descendente com adenoma túbulo-viloso com atipia de alto grau. Conduta: Colectomia direita com fleo-transverso anastomose. Anatomopatológico: Schwannoma de ceco (proteína S-100 positiva), com margens cirúrgicas livres. Evoluiu sem intercorrências, alta com 96h. Um ano após cirurgia paciente encontra-se assintomática. CONCLUSÕES: Schwannomas do intestino grosso são extremamente raros e a excisão deve ser radical com margens amplas. A maioria são benignos e assintomáticos, mas há possibilidade de degeneração maligna relacionada com as dimensões do tumor. Deve ser lembrado como parte do diagnóstico diferencial nos tumores colônicos. A imunologia desempenha papel central para o diagnóstico desse tumor.

#### TL153 - SISTEMA DE GESTÃO DE PROTOCOLO DE CÂNCER COLORRETAL: MÓDULO DE SEGURANÇA

LEE, H.D.<sup>1</sup>; COSTA, L.H.D.<sup>2</sup>; FERRERO, C.A.<sup>3</sup>; MACHADO, R.B.<sup>4</sup>; COY, C.S.R.<sup>5</sup>; FAGUNDES, J.J.<sup>6</sup>; WU, F.C.<sup>7</sup>

1,2,3,4,7. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 5,6. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Com o advento da computação, muitos sistemas são desenvolvidos para auxiliar a área médica, como os sistemas de gestão de informações de prontuários. No entanto, tratando-se de dados médicos é necessário considerar fatores adicionais como a segurança das informações. Para isso é necessário desenvolver sistemas que implementem módulos de segurança e restrição de acesso às informações. Objetivos: Implementar um módulo de segurança (MS) para o sistema web de gestão de Protocolo de Câncer Colorretal (ProtCC) com uma política ampla, no entanto flexível, de restrições para que somente usuários autorizados acessem às informações dos pacientes, que trafegam por um canal de comunicação seguro. Material e Método: O sistema foi implementado com a linguagem de programação Java e a plataforma de desenvolvimento web JBoss Seam. O MS é dividido em três partes: restrição de acesso ao sistema (RS), restrição de acesso às informações (RI) e segurança do canal de comunicação (SC). A RS foi contemplada com a criação de um sistema de controle de usuários, no qual cada usuário do sistema possui um nome e uma senha de acesso. As senhas são armazenadas na base de dados (BD) em forma de hashes, que são transformações matemáticas aplicadas a senha, utilizando a técnica SHA-1. A RI foi contemplada com a criação de um controle de permissões no qual um usuário administrador pode atribuir ou revogar permissões específicas de acesso aos registros do sistema, com as permissões armazenadas de modo persistente em uma BD. A SC entre o computador servidor que hospeda o sistema e o computador cliente que acessa o sistema foi contemplada com a utilização do protocolo de comunicação HTTPS que utiliza criptografia para o envio de informações do cliente para o servidor e vice-versa. Resultados e Discussão: O MS do sistema ProtCC foi implementado de modo completo. A utilização da técnica

de hash SHA-1 para armazenar as senhas na BD permite evitar que alguém com acesso à BD de senhas descubra as senhas dos usuários. Isso é possível devido ao armazenamento das senhas de forma codificada. Quando o usuário solicita acesso com sua senha, essa é convertida em um hash e comparada com o valor na BD. O controle de permissões permite que o administrador do sistema limite o acesso às informações, evitando alterações por usuários não autorizados. Esse controle permite definir as ações aplicáveis a um determinado registro, como consultar, alterar, excluir e/ou criar e quem pode fazê-las. Com o uso de HTTPS, a informação transmitida é codificada no computador do usuário e decodificada no computador servidor. Caso seja interceptada não será possível interpretá-la sem as chaves necessárias que só as aplicações servidora e cliente conhecem. Conclusão: O módulo apresentado foi testado por especialistas da área da saúde e considerado adequado de acordo com o objetivo proposto. Trabalhos futuros: Integração do sistema com o sistema de gestão de cirurgia coloproctológica, em desenvolvimento.

#### TL154 - SOILING PÓS FISTULOTOMIA: ANÁLISE DA FUNÇÃO ANORRETAL

FORMIGA, F.B.; PIMENTEL, J.A.; BALSAMO, F.; FORMIGA, G.J.S. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento da fístula anorretal é procedimento de risco para a continência. Tipos distintos de tratamento cirúrgico visam a menor recidiva com o menor índice de incontinência. O soiling é pouco valorizado pelo paciente, porém muitas vezes é o primeiro sinal do sofrimento esfínterino pós procedimento. Objetivo: Caracterizar as alterações manométricas de pacientes com soiling pós fistulotomia anal. Método: Análise retrospectiva dos pacientes com soiling pós fistulotomia anal que realizaram manometria anorretal de dezembro de 2004 a junho de 2011 no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis. Foram incluídos pacientes que apresentavam fístulas simples e foram submetidos exclusivamente a fistulotomia neste serviço e que evoluíram com soiling, como queixa principal, após um ano pós operatório. Foram excluídos pacientes com fístulas complexas e incontinência fecal para fezes líquidas e sólidas. Resultados: Dez pacientes foram avaliados no período, sendo 70% mulheres, com média de idade de 47,8 anos variando entre 27 e 74 anos. Dois pacientes apresentavam urgência fecal associada ao soiling e dois apresentavam incontinência para gases, ambas queixas secundárias. A pressão máxima de repouso (PMR) estava diminuída na metade da amostra, assim como a pressão máxima de contração (PMC). A média do canal anal funcional foi 2,8cm. Todas as mulheres apresentavam redução pressórica, seja na PMR (cinco delas), na PMC (cinco) ou em ambas (três). Já os homens (três pacientes), todos apresentavam PMR e PMC normais, porém com deslocamento proximal da zona de hiperpressão em dois pacientes. A sensibilidade retal estava elevada em 40% dos pacientes e a capacidade retal estava normal na quase totalidade dos pacientes (nove). Discussão: Baixa pressão de contração é fator de risco conhecido para incontinência fecal pós fistulotomia. A maioria das fístulas simples são interesfínterianas baixas e, durante a fistulotomia, há secção de parte das fibras do esfínter anal interno. Assim, a somatória da lesão da musculatura involuntária com a menor função da musculatura voluntária leva a incontinência. O soiling pode ser tanto sinal de lesão do esfínter anal interno quanto a primeira manifestação da baixa contratilidade da musculatura voluntária. A identificação de alteração pressórica em todas as mulheres, associado a baixas pressões do canal anal distal dos homens da amostra ilustram as alterações anatômico-funcionais que levam ao soiling pós

operatório. Conclusão: O soiling pós fistulotomia mostrou relação com as alterações pressóricas da musculatura voluntária e involuntária do ânus.

#### **TL155 - SUBOCCLUSÃO INTESTINAL CAUSADA POR FITOBEZOAR DE COLO DESCENDENTE. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

SANTOS, C.H.M.; JUNIOR, W.M.T.; CAMPOS, D.N.; BALDUINO, M.S.O.; SILVA, A.F.

UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: RESUMO: Os bezoares são massas indigeríveis únicas ou múltiplas, de variadas composições e acumuladas em qualquer local do trato gastrointestinal. É pouco frequente sua localização em região colo-retal, principalmente em pacientes não gastrectomizados, sugerindo a presença de outros fatores capazes de estimular a formação dessas concreções. Trata-se de um caso de uma paciente de 56 anos, admitida com dor abdominal em quadrante inferior esquerdo há 4 meses, do tipo cólica e associada à constipação intestinal. Na propedêutica da subocclusão intestinal, a colonoscopia não conseguiu ultrapassar o reto, revelando a presença de um fito bezoar impactado na transição colorretal. Com base nos antecedentes dessa paciente, o único predisponente descrito e relevante seria uma sigmoidectomia há 3 anos em que foi utilizado um fio de sutura inabsorvível durante a cirurgia. O mesmo fio estava presente nas imagens dessa massa conseguidas pela colonoscopia e teria funcionado como uma espécie de âncora para a formação desse fito bezoar no terço final do intestino. A massa foi removida durante a colonoscopia e a paciente evoluiu bem com alta no pós-operatório e com melhora total dos sintomas.

#### **TL156 - SUPERIORIDADE DA LINFADENECTOMIA EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS COLORRETAIS POR VIA LAPAROSCÓPICAS SOBRE A VIA LAPAROTÔMICA EM 137 CASOS PERADOS EM 2010**

COUTINHO, C.P.; MEYER, M.M.; SANTOS, G.A.; SAMPAIO, D.V.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; CRUZ, G.M.G.; SILVA, I.G.; LEITE, S.M.O.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O benefício da cirurgia colorretal videolaparoscópica já está bem estabelecido tanto para patologias benignas quanto para as malignas. Na última década, o aumento do número das cirurgias por esta via foi notório nos principais serviços de coloproctologia. Diversas são as vantagens da videolaparoscopia (VL) sobre a cirurgia laparotômica (LT), dentre elas o tempo de internação mais breve, retorno precoce ao trabalho, menor desconforto pós-operatório, melhor resultado estético, menor sangramento, dentre outros. A segurança oncológica dessas cirurgias foi questionado durante algum tempo, mas desde 2004 trabalhos randomizados muito bem conduzidos mostraram que os resultados oncológicos se mostravam semelhantes ao da LT. Considera-se uma cirurgia oncológicamente segura para o tumor colorretal a ressecção completa da lesão com margem de segurança e uma linfadenectomia completa da região de drenagem. Com a proliferação da VL, outros benefícios foram descobertos em centros de grande casuística. OBJETIVO: Comparar a qualidade da linfadenectomia em cirurgias para câncer colorretal entre a VL e a LT. MATERIAS E MÉTODOS: O Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte registrou, no ano de 2010, 137 cirurgias oncológicas das quais 77 VL e 60 LT. Ambas seguiram as técnicas oncológicas preconizadas. RESULTADOS: As cirurgias mais comuns foram

retossigmoidectomia (alta, baixa ou Hartmann) 88 (64,2%), sendo 55 VL e 33 LT; e a colectomia direita 26 (18,97%) 16 VL e 10 LT. Na via laparoscópica a média de linfonodos dissecados foram 13,31 com desvio padrão de 9,1 com acometimento de, em média, 1,71. Na laparotômica foram 10,7 com desvio padrão de 7,57 e acometimento de, em média, 1,35. CONCLUSÃO: A cirurgia colorretal VL não só segura do ponto de vista oncológica quanto é superior em se tratando de qualidade da linfadenectomia.

#### **TL157 - SÍNDROME DE FOURNIER: ANÁLISE DOS CASOS TRATADOS NO HOSPITAL SANTA MARCELINA**

SIA, O.N.; MACACARI, R.L.; FURLAN, M.V.; BEDRAN, J.C.; CORRÊA NETO, I.J.F.; WATTE, H.H.; SOUZA, R.F.; ROLIM, A.S.; ROBLES, L.

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Analisar os resultados obtidos no Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Santa Marcelina - SP, com o tratamento da Síndrome de Fournier. MÉTODOS: Revisamos os prontuários de 11 pacientes admitidos no Hospital Santa Marcelina no período de Setembro de 2008 a Março de 2011, analisando sexo, idade, tempo de sintomatologia, etiologia, mortalidade, fatores predisponentes, agente etiológico e necessidade de confecção de estoma, número de cirurgias e antibiótico utilizado. RESULTADOS: Entre os pacientes analisados, 8 eram do sexo masculino, a média de idade de 51,45 anos. O tempo de sintomatologia variou de 1 a 15 dias, com media de 6,72 dias. A principal etiologia encontrada foi abscesso perianal (72%), seguida por abscesso de parede abdominal (9%) e celulite associada a osteomielite crônica (18%). Quatro pacientes (36%) apresentavam sinais de infecção sistêmica a internação. Dentre os fatores predisponentes, os mais prevalentes foram: Diabete Mellitus (54%), Hipertensão arterial (54%), Tabagismo (18%), etilismo (18%), obesidade (18%). Os agentes etiológicos mais encontrados nos resultados de cultura foi a E. Coli (20%) e Enterococcus ssp (20%), seguidos de Proteus mirabili (10%) e Aeromonas hidrófilas (10%). O tempo médio de internação foi de 13,6 dias, com variação de 4 a 39 dias. Todos os 11 paciente analisados foram submetidos a debridamento cirúrgico com média de 4 procedimentos por paciente com variação de 1 até 7 intervenções. Sete pacientes, (63%) necessitaram de confecção de estoma para desvio do trânsito intestinal. Em nenhum dos casos foi necessário a confecção de cistostomia. O principal antibioticoterapico utilizado foi a ciprofloxacina e o metronidazol, 54% dos casos, seguida pela ceftriaxona(36%). Três paciente evoluíram com óbito, apresentando uma mortalidade de 27%. CONCLUSÃO: Apesar dos avanços no tratamento da Síndrome de Fournier, a mortalidade ainda continua elevada. Isso mostra que os esforços para o sucesso no tratamento da síndrome também devem estar voltados para um diagnóstico precoce e tratamento agressivo desde o início do quadro, assim como medidas para controle nos principais fatores predisponentes da doença.

#### **TL158 - SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: RELATO DE DOIS CASOS**

BARRETO, J.B.P.<sup>1</sup>; BARRETO, R.G.L.<sup>2</sup>; COSTA, R.C.N.C.<sup>3</sup>; OLIVEIRA, R.A.S.<sup>4</sup>; RIBEIRO, D.A.<sup>5</sup>; MUNIZ, M.P.R.<sup>6</sup>; LEAL, K.F.C.S.<sup>7</sup>; GUERRA, L.F.A.<sup>8</sup>; CASTRO, I.T.C.<sup>9</sup>; SOARES, B.B.<sup>10</sup>  
1,2,3,4,5,6,7,8,9.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HUUFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL; 10.CENTRO UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO-CEUMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

**Resumo:** INTRODUÇÃO: A Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma rara doença hereditária autossômica dominante, caracterizada pela presença de múltiplos pólipos hamartomatosos em todo o trato gastrointestinal, acompanhada de pigmentação melanótica mucocutânea, além de risco de malignização em múltiplos órgãos. O objetivo deste estudo é relatar dois casos desta patologia, diagnosticados no Serviço de Coloproctologia do HUUFMA. **RELATO DOS CASOS:** - Caso 1 KSC, 21 anos, feminina, apresentou, no final de 2008, episódio de tenesmo e evacuação com fezes endurecidas, seguindo prolapso retal e hematoquezia. Foi submetida à ressecção de pólipo e realizou colonoscopia, que evidenciou pólipos em vários segmentos. Encaminhada ao ambulatório de Coloproctologia do HUUFMA em dezembro de 2009, realizou EDA, que evidenciou presença de pólipos hiperplásicos. Na admissão, destacava-se a presença de manchas melanóticas em mucosa oral. Levantou-se a hipótese diagnóstica de síndrome de Peutz-Jeghers. A análise anatomopatológica de 3 pólipos retirados por colonoscopia evidenciou compatibilidade com pólipos hamartomatosos, confirmando o diagnóstico. - Caso 2 CRS, 16 anos, feminina, iniciou, em julho de 2008, quadro de dor em queimação em epigástrio e desconforto em abdome superior associado a plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos e hiporexia. Evoluiu com adinamia, palidez cutâneo-mucosa e perda ponderal de cerca de 6 kg até novembro de 2008. Realizou EDA, que evidenciou lesão polipoide gástrica, com realização de biópsia e teste da urease positivo. A colonoscopia também evidenciou lesões polipóides. Em fevereiro de 2010, voltou a apresentar quadro semelhante ao inicial, sendo encaminhada para o Serviço de Coloproctologia do HUUFMA, em abril de 2010. Notou-se ao exame físico a presença de manchas hiperpigmentares puntiformes confluentes em mucosa jugal e labial e falanges distais de ambas as mãos. Realizou nova EDA, evidenciando lesões polipoide de superfície regular em corpo gástrico. O histopatológico mostrou pólipos hiperplásicos com ausência de atipias e de malignidades. A colonoscopia, realizada em julho de 2010, também mostrou lesão polipoide pedunculada em cólon transverso, com histopatológico revelando adenoma tubular. Após enterotomografia, realizada em fevereiro de 2011, foi definida a necessidade de laparotomia com exploração das alças de delgado por via endoscópica para ressecção dos pólipos. **DISCUSSÃO:** A SPJ é uma desordem muito incomum na população em geral. No entanto, tem início precoce e aumenta consideravelmente o risco de seus portadores desenvolverem neoplasias, o que justifica o seguimento pormenorizado desses pacientes. Espera-se que novas medidas sejam implementadas na tentativa de facilitar e agilizar o acesso, o diagnóstico e o tratamento dos pacientes acometidos por essa síndrome, que pode se tornar tão agressiva a ponto de colocar em risco a vida dos portadores.

**TL159 - TEM (TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY) PARA CÂNCER RETAL APÓS QUIMIORADIOTERAPIA NEOADJUVANTE – EXISTEM FATORES DE RISCO PARA RECORRÊNCIA LOCAL?**

GAMA, A.H.; PEREZ, R.O.; LYNN, P.B.; PRASKURSHIM, I.; SÃO JULIÃO, G.P.; GAMA-RODRIGUES, J.J.  
INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: A quimioradioterapia neoadjuvante pode levar a regressão do tamanho e estadiamento do tumor primário. Em casos selecionados de tumores com maior regressão do tumor, a ressecção transanal sem excisão total mesorreto pode oferecer alternativa cirúrgica para o diagnóstico e tratamento definitivo destes pacientes

evitando as possíveis complicações da cirurgia radical e com resultados oncológicos aceitáveis. Neste cenário, a identificação de fatores de risco para recorrência local podem fornecer informações relevantes no estabelecimento de critérios de seleção para TEM como um procedimento radical após a CRT neoadjuvante em pacientes com câncer retal. **Métodos:** Pacientes consecutivos com adenocarcinoma retal cT2-4, Nx, M0 submetidos a quimioradioterapia neoadjuvante (50,4-54Gy e quimioterapia baseada em 5FU) foram elegíveis para o estudo. Pacientes que desenvolveram regressão significativa do estadiamento T (ycT0-2N0) ou diminuição do tamanho ( $\leq$  lesão 2cm) foram escolhidos para tratamento com ressecção de espessura total da parede retal utilizando microcirurgia endoscópica transanal como procedimento radical. Dados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos foram comparados a fim de determinar fatores de risco para recorrência local. Cui-quadrado e teste t de Student foram usados para comparar variáveis categóricas e numéricas. Valores de Pd<sup>0,05</sup> foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** Entre 2009 e 2011, 28 pacientes foram incluídos no estudo. Na peça cirúrgica três pacientes tiveram tumores ypT0, 5 ypT1, 15 c ypT2 e 5 com ypT3. Em quanto a regressão tumoral em 5 pacientes houve focos microscópicos de tumor residual (TRG3+4). Nenhum paciente apresentou margem de ressecção circunferencial positiva (R0). A recidiva local foi observada em 6 pacientes (21%). Foram fatores preditivos de recorrência local o grau tumoral (pobre diferenciação 33% versus 0% bem diferenciados, p = 0,04), invasão linfática (50% versus 5%, p = 0,02), invasão vascular (33% versus 0%, p = 0,04), hemorragia intratumoral (100% vs 38%, p = 0,008). Tamanho do tumor, ypT status, a regressão do estado T, margens laterais / radial e grau de regressão do tumor não foram preditores de recorrência local. **Conclusão:** As características patológicas tumorais excetuando o TNM e o grau de regressão tumoral podem ser de relevância em a predição de recorrência local em pacientes tratados com TEM após quimioradioterapia neoadjuvante. Os pacientes com características desfavoráveis poderiam ser considerados para tratamentos adicionais.

**TL160 - TERAPIA BIOLÓGICA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

SANTOS, J.L.B.; DA ROCHA TORRES NETO, J.; RAMOS TEIXEIRA, F.; SANTOS, T.C.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: A terapia biológica é baseada na utilização de agentes anticitocinas como o anti-TNF alfa para modular a progressão da DII. Esses agentes anticitocinas são mediados por anticorpos como infliximabe e adalimumabe que foram utilizados na pesquisa. **Objetivo:** Acompanhar os pacientes e avaliar a eficácia, e a morbimortalidade no uso da terapia biológica. **Métodos:** Através de um protocolo de inclusão, foram avaliados a dose terapêutica e os efeitos adversos. Avaliou-se a eficácia terapêutica pelo índice de atividade da doença (CDAI). **Resultados:** Dos 120 pacientes portadores de DII, 16 (13,3%) tiveram indicação de terapia biológica. A idade variou de 14 a 67 anos (média: 37,56). Sete eram do gênero masculino e 9, feminino. Todos eram portadores de DC. Os 16 foram tratados com infliximabe, mas 2 receberam adalimumabe por perda da resposta ao infliximabe. O período de tratamento variou de 8 a 184 semanas (média: 70,5). **Efeitos adversos:** 3 (18,75%) apresentaram prurido; 3 (18,75%), eritema cutâneo; 2 (12,5%), hipertensão; 1 (6,25%), dor abdominal; 7 (43,75%), artropatia, sendo 5 (31,25%) artrite, 1 (6,25%) espondilite e 1

(6,25%) sacroileíte; 1 (6,25%), pneumonia; 2 (12,5%), alteração do PPD, sendo todos previamente tratados para tuberculose. Eficácia: 13 (81,25%) apresentaram remissão da doença; 2 (12,5%) atividade leve e 1 (6,25%), moderada. Inclusive, com melhora da sacroileíte. Cirurgia: 1 paciente na indução com infliximabe apresentou perfuração de sigmoide. Conclusão: A terapia biológica é efetiva e apresenta baixa incidência de efeitos adversos. Não houve mortalidade.

#### **TL161 - TERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO ADENOCARCINOMA RETAL. ANÁLISE DA RESPOSTA TUMORAL COMPLETA**

AYRIZONO, M.L.S.; DE ANDRADE, V.A.; LEAL, R.F.; FAGUNDES, J.J.; COY, C.S.R.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento padrão do adenocarcinoma de reto extra-peritoneal implica na realização de radioterapia e quimioterapia pré-operatória, seguida de cirurgia. Entretanto, em alguns casos, a resposta à neoadjuvância é aparentemente completa, com regressão total da lesão. Objetivo: Avaliar o percentual de resposta tumoral completa e a evolução dos pacientes com carcinoma do reto distal, submetidos à neoadjuvância e tratamento cirúrgico. Casuística e Métodos: No período de fevereiro de 2000 a junho de 2010, 212 pacientes com adenocarcinoma do reto extra-peritoneal foram submetidos à neoadjuvância e cirurgia com intenção curativa no Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP. As cirurgias realizadas foram: retossigmoidectomia e anastomose colorretal (n= 54), retossigmoidectomia com abaixamento e anastomose coloanal (n= 41), amputação abdominoperineal do reto (n= 114) e outras (n= 3). Três doentes apresentavam metástases hepáticas sincrônicas, ressecadas posteriormente. Resultados: O exame anatomopatológico do espécime cirúrgico evidenciou remissão completa da lesão no reto em 30 doentes (14,2%). Entretanto, deste grupo, três apresentavam comprometimento linfonodal, sendo que um tinha também invasão linfática e outro apresentava envolvimento de vasos linfáticos, porém com linfonodos negativos. No seguimento pós-operatório médio de 51,9 meses, 4 doentes (13,3%) apresentaram metástases à distância (duas hepáticas, uma hepática e pulmonar e uma, metástase óssea) e um destes também teve recidiva pélvica. Dos doentes com metástases no fígado, um apresentava também lesão no pré-operatório e o outro tinha comprometimento linfonodal e invasão linfática no anatomopatológico. A sobrevida média do grupo com remissão completa no reto foi de 86,7%. Conclusões: A porcentagem de pacientes com remissão tumoral completa foi um pouco menor do que a encontrada na literatura. O grupo apresentou boa sobrevida, mas mesmo doentes sem evidência de tumor residual no reto ou comprometimento linfático e/ou linfonodal podem apresentar recidiva local ou metástases à distância no seguimento tardio.

#### **TL162 - TRATAMENTO AMBULATORIAL PARA HEMORROIDAS COM LASER (DOPPLER GUIADO) SEM ANESTESIA**

BOARINI, P.<sup>1</sup>; CANDELARIA, P.A.P.<sup>2</sup>; LIMA, E.M.R.<sup>3</sup>; BOARINI, M.R.<sup>4</sup>

1.RESIDENCIA MEDICA EM CIRURGIA GERAL H.M. CARMINO CARICCHIO - H.M. ALEXANDRE ZAIO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.RESIDENCIA MEDICA SUS SP - COLABORADOR, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.RESIDENCIA MEDICA SUS SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.FAC MEDICINA SANTOS - GRADUANDO COLABORADOR, SANTOS, SP, BRASIL.

Resumo: A doença hemorroidaria ainda representa a patologia mais frequente nos consultórios de coloproctologistas. Mesmos com novas variantes no tratamento, o estigma da dor no período pós-operatório, afasta muitos pacientes do método cirúrgico tradicional. De acordo com a teoria vascular o hiperfluxo na artéria retal superior, levam a distensão do plexo hemorroidario. Sabe-se também que a obliteração destes ramos terminais da art. retal superior, diminuem o desequilíbrio do fluxo arterio venoso, promovendo contração mamilar. Objetivos: Utilizar esta tecnica em hemorroidas de Ie II grau. Interrupção do fluxo dos ramos terminais, da art retal superior, a 3 cm da linha dentada. Identificação do fluxo arterila através de sinal de Doppler. As arterias identificadas são fotocoaguladas com Diodo Laser pulsado. Materiais e Metodos: Utilizamos um proctoscopia especila com um orificio interno, onde introduzimos uma caneta de doppler e identificamos os ramos terminais arteriais. Fotocoagulamos com pulsos de Diodo Laser estes vasos promovendo constrição e diminuição do fluxo no plexo hemorroidal. Recolocamos o Doppler para verificar esta desarterialização. Repetimos este procedimento seguindo o sentido horario e em cada marcação de horas do relógio. Este procedimento não requer anestesia e é realizado em regime ambulatorial. Analisamos 30 pacientes em 3 meses onde o sangramento era o principal sintoma. Resultados: Obtivemos resultados positivos em 90% dos casos. O tempo de permanencia hospitalar foi em média de 4 horas. Foi necessaria sedação com Midazolam em apenas dois pacientes (6%). A dor pós operatória foi de leve intensidade controlada com paracetamol. Em 1 paciente foi necessaria ligadura elastica complementar. Conclusões. O método se mostrou efetivo para estancar sangramento de hemorroidas de I e II grau, seguro, não requer anestesia, facil de realizar, pode ser repetido se necessario, alta adesão pelos pacientes.

#### **TL163 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE INTRESTINAL PROFUNDA : SÃO OS DILEMAS ATUAIS OS MESMOS QUE OS DO PASSADO?**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>

1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Trata-se de patologia que acomete a mulher em idade reprodutiva, com prevalência estimada em 10-15%, determinando comprometimento dos órgãos pélvicos, principalmente. Manifesta-se através de uma ampla gama de sintomas: dismenorréia, dor pélvica crônica, dispareunia, alterações intestinais cíclicas como tenesmo, hematoquezia, diarreia, e tem relação estabelecida com infertilidade. Define-se pela presença de 3 tipos de condições histopatológicas: adenomiose, endometrioma ovariano e endometriose peritoneal, que diferenciam-se quanto a localização e potencial invasivo. Lesões profundas, caracterizadas por invasão superior a 5mm de profundidade no peritônio, acometem principalmente espaço reto-vaginal, reto, ligamentos útero-sacro, peritônio vesical e vagina. Tais lesões são pouco responsivas ao tratamento hormonal, apresentando recorrência após suspensão do mesmo, e por esse motivo com indicação de tratamento cirúrgico. Destaca-se, neste âmbito, o acometimento do trato gastro-intestinal, o que determina a necessidade de participação ativa de um cirurgião colorretal no acompanhamento destas pacientes. O diagnóstico apóia-se nos exames de imagem: ultrassonografia transvaginal e transretal, ressonância magnética e tomografia computadorizada multislice. Quanto ao tratamento, vários trabalhos demonstram a superioridade da excisão cirúrgica da lesão, porém a extensão do procedimento pode se limitar ao endometrioma ou ao retossigmóide; quando se opta pelo último a exérese da peça pode ser

feita por via abdominal (inguinotomia, pfannestil), endorretal ou vaginal. A via de acesso pode ser por laparotomia ou videolaparoscopia e há quem indique hormonioterapia antes do tratamento cirúrgico ou depois. Este trabalho pretende, quanto aos aspectos atuais da doença, apresentar diretrizes para padronização do tratamento cirúrgico e quais são suas perspectivas.

#### **TL164 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO: É POSSÍVEL SE OBTER BONS RESULTADOS ONCOLÓGICOS COM BAIXA TAXA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL?**

CÔRTEZ, M.G.W.; QUEIROZ, F.L.; ALVES, A.C.; RÊGO, R.S.N.D.; LACERDA FILHO, A.; DE CARVALHO, A.R.; COSTA, B.X.M.; RABELO, F.E.F.; PAIVA, R.A.; LAMOUNIER, P.C.C.

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.  
Resumo: As cirurgias com Excisão Total Mesorreto (ETM) para tumores de reto podem ser divididas em dois grupos: com preservação esfinteriana ou com amputação abdominoperineal do reto (AAP). Mesmo com margens cirúrgicas menores do que no passado, a ETM permitiu redução na taxa de recidivas locais, possibilitando maiores taxas de preservação esfinteriana. Apesar disso, a taxa de amputações ainda continua elevada, chegando a até 50% nos EUA. O objetivo principal do estudo foi comparar os dados de pacientes submetidos à ressecção anterior baixa (RA) versus pacientes submetidos a AAP, com foco na sobrevida e recidiva local. Como objetivo secundário avaliamos os resultados pós-operatórios de ETM realizadas pelo serviço de coloproctologia do Hospital Felício Rocho (HFR), Belo Horizonte. Foram comparadas a morbidade, mortalidade intra-hospitalar, sobrevida, recidiva local e comparados os resultados relatados na literatura médica. Avaliaram-se dados de forma prospectiva de cirurgias com ETM realizadas no HFR no período de 1999 a 2010. Como critérios para indicação de amputação abdominoperineal foram utilizados: a impossibilidade de se conseguir uma margem adequada, a presença de invasão do complexo esfinteriano anal. Foram avaliados dados de 88 pacientes submetidos a cirurgia com ETM no Hospital Felício Rocho. A taxa global de recidiva local foi de 6,2%, com sobrevida de 84,9% em 5 anos para as cirurgias curativas. Foram realizadas 78 RA e 10 AAP. O tempo médio de internação foi de 12,8 dias para RA e 14,2 dias para AAP. Houve dois óbitos como complicação cirúrgica de RA (2,5%) e um óbito para AAP (10%). A sobrevida estimada em 5 anos foi de 88,2% para RA e 53% para AAP. A taxa de amputações do serviço foi de 11,4%. Tomando-se como base apenas a distância do tumor da margem anal, em 29 casos (32,9%) estaria indicada a AAP nos pacientes do nosso estudo. Desses pacientes somente em seis foi realizada AAP, havendo uma recidiva (16,7%). Nos outros 23 casos foi realizada RA com apenas uma recidiva (4,3%). Utilizando-se as indicações clássicas para amputação abdominoperineal, pelo menos 32,9% dos nossos pacientes teriam recebido como tratamento a AAP, entretanto, obtendo-se margens distais e radiais livres, foi possível a preservação esfinteriana em 89,6% dos pacientes sem comprometimento do resultado oncológico em longo prazo. Desde que observados critérios adequados esses pacientes podem ser submetidos a ETM com preservação esfinteriana com bom resultado oncológico.

#### **TL165 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PROLAPSO RETAL PELA TÉCNICA DE PLICATURA-RETROCORTE (DÉLORME-LÁZARO)**

DEOTI, B.<sup>1</sup>; DA SILVA, A.L.<sup>2</sup>; ANGELO, J.P.A.<sup>3</sup>; OLIVEIRA, J.M.<sup>4</sup>; HAYCK, J.<sup>5</sup>

1. HOSPITAL CRISTIANO MACHADO-FHEMIG/FUPEC, SABARÁ, MG, BRASIL; 2,3,4,5. CRISTIANO MACHADO-FHEMIG/FUPEC, SABARÁ, MG, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Na busca para o tratamento cirúrgico adequado do prolapso retal completo, a melhor técnica cirúrgica deve, por um lado, ser minimamente invasiva e de baixa morbimortalidade e, por outro proporcionar os melhores resultados funcionais, sem recorrência, e melhora na continência e na constipação. Atualmente, bases claras para a recomendação e a utilização de técnicas perineal ou transabdominal, ou se as técnicas transabdominais devem ser realizadas por via convencional ou laparoscópica não são evidentes. O objetivo é apresentar uma proposta de técnica cirúrgica perineal para tratamento do prolapso retal interferindo em um dos fatores mais importantes que é a flacidez do conjunto esfinteriano perineal e hipotrofia do mesmo pela idade, desnutrição ou desuso. Somam-se às vantagens que a técnica de Délorme oferece os baixos índices de mortalidade e a melhora da incontinência em até 69% dos pacientes. MÉTODO: A via de acesso é perineal. Realiza-se tração do reto exteriorizando-o ao máximo, secção da mucosa e da submucosa circunferencialmente, próxima à transição anorretal, para evitar estenose retal tardia. Descolamento do cilindro mucoso que envolve o segmento prolapso até a extremidade da porção prolapso (intussuscepto) e secção do mesmo. Realizados pontos, com fio de absorção lenta, da linha pectínea até a extremidade da prolapso contornando o reto e reparo dos mesmos. A tração desses fios proporciona o enrugamento da parede do reto, fazendo-se a redução imediata do segmento prolapso para o períneo. Obtida a redução, faz-se então retrocortes: secção dermoepidérmica aproximando-se a um triângulo de base larga e vértice truncado, a partir da mucosa da linha pectínea (Manobra de Hey-Dupuytren, 1814 - 1832). Isso resulta em uma fibrose com retração centrípeta do ânus e melhor fixação do assoalho pélvico. A cicatrização se faz rapidamente por segunda intenção a exemplo das hemorroidectomias. RESULTADO: As pacientes evoluíram com continência fecal e hábito intestinal diário, quadro observado em seguimento ambulatorial. Verificou-se retrocortes retraídos, ausência de protusões anais e mucos. CONCLUSÃO: A associação de retrocortes à técnica de Jwara-Délorme, intitulada tratamento cirúrgico do prolapso retal por plicatura-retrocorte ou Delorme-Lázaro, parece ser uma técnica cirúrgica eficaz na experiência inicial, podendo participar do arsenal terapêutico de pacientes idosos portadores de prolapso retal pequenos ou médios. O tratamento cirúrgico do prolapso retal, ao longo da história, é uma contínua procura de um método que satisfaça a expectativa dos cirurgiões e pacientes. O tempo responderá se a modificação proposta aumentará o número de técnicas com insucesso ou trará contribuição ao tratamento dessa doença.

#### **TL166 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO CÔLON IRRITÁVEL**

SANTOS JR., J.C.M.

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

Resumo: Introdução: Uma variação anatômica do ceco-colon ascendente, com incidência de 20 - 30%, a causa de distúrbios abdominais e pode ser a base anatômica de uma das mais intrigantes doenças funcionais que a Síndrome do Colon Irritável (SCI). Objetivos: Avaliar a cecopexia como método de tratamento cirúrgico de pacientes com (SCI) e mostrar que o ceco móvel pode ser considerado

como o primeiro marcador anatomico para a SCI. Pacientes e Metodos: De abril de 1994 a abril de 2011, 258 pacientes (232 mulheres (90%) e 26 homens(10%)), idade media de 36 anos, receberam o diagnostico clinico e radiologico de ceco movel(CM). Anteriormente, 225 (87,3%) desses pacientes, satisfazendo os criterios de Roma III, foram medicados como portadores da SCI, 24 (9,3%) por outras doenças, e 9 pacientes (3,5%) nao tinham diagnosticos previos. Todos foram programados para cecopexia; 227 (87,6%) concordaram e 32 (12,4%) recusaram o tratamento cirurgico. Entre os 227 que aceitaram o tratamento, 137 (60,3%) foram operados e 89 (39,2%) aguardam tratamento cirurgico. Esses, junto com os que recusaram a operacao, estao sob tratamento clinico. Cento e setenta e uma mulheres (86,4%), de 198 que responderam uma enquete, tinham dispareunia profunda. Resultados: Os pacientes operados (137/60,3%) foram acompanhados, em media, por 2 anos e 10 meses, com resultado bom em 125 pacientes (91%), regular em 9 (6,5%) e sem resposta em 3 pacientes (2,2%). Os pacientes nao operados e tratados clinicamente apresentam os mesmos sintomas, motivos da primeira consulta. Conclusao: 1. a enfase que se tem dado a SCI deve ser revista; 2. os pacientes com sintomas intestinais funcionais atribuiveis a SCI, e os pacientes com dispareunia de etiologia obscura devem ser investigados como provaveis portadores da CM; 3. O ceco movel pode ser usado com indicador anatomico da SCI.

#### **TL167 - TRATAMENTO COM SUCESSO DA RETITE ACTÍNICA GRAVE COM OXIGÊNIO TERAPIA HIPERBÁRICA ASSOCIADA A TOCOFEROL, PENTOXIFILINA E SUCRALFATO**

COSTA, B.X.M.; QUEIROZ, F.L.; LAMOUNIER, P.C.C.; RÊGO, R.S.N.D.; RABELO, F.E.F.; MANSUR, E.S.; PAIVA, R.A.; FRANÇA NETO, P.R.

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.  
Resumo: Objetivo: Apresentar uma forma alternativa para tratamento da retite actínica grave, evitando a confecção de ostomia. Relato: H.M.O, sexo masculino, 70 anos, submetido a prostatectomia e radioterapia para tratamento de adenocarcinoma de próstata. Evoluiu com retite actínica grave, manifestada com dor intensa e incapacitante, sangramento e alternância entre diarreia e constipação intestinal. Como alternativa à confecção de colostomia para desvio do trânsito intestinal, optou-se pelo tratamento combinado com tocoferol, pentoxifilina, sucralfato e oxigênio terapia hiperbárica. As 30 (trinta) sessões iniciais já trouxeram grande melhora do quadro, com aumento significativo da qualidade de vida do paciente. Conclusão: A oxigenioterapia hiperbárica é um alternativa para o tratamento da retite actínica grave. Combinado com medicamentos como o tocoferol, pentoxifilina e sucralfato, oferece mais uma possibilidade de se poupar a confecção de uma ostomia. O tratamento tem por objetivo facilitar a angiogênese e tem sucesso de 73%, após seguimento de 23 meses (Marshall et al, série de 65 pacientes).

#### **TL168 - TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN – EXPERIÊNCIA DO HC UNICAMP COM O EMPREGO DO ADALIMUMABE**

LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; PAIVA, E.S.; OLIVEIRA, P.S.P.; PAIVA, N.M.; TOMIATO, L.H.L.; FAGUNDES, J.J.; COY, C.S.R. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: O tratamento clínico da doença de Crohn (DC) tem avançado muito no que se refere à utilização dos medicamentos biológicos. Utiliza-se o infliximabe e mais recentemente, o adalimumabe, anticorpo monoclonal anti TNF- $\alpha$  de origem totalmente humana,

de aplicação subcutânea. Objetivo: Avaliar indicações, eficácia e efeitos adversos do adalimumabe na DC. Casuística e Método: Entre abril de 2008 e abril de 2011, 36 doentes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Gastrocentro-UNICAMP, foram submetidos a tratamento com adalimumabe, sendo a média de idade atual de 41,7 (18–62) anos e 72,2% do sexo feminino. O esquema realizado foi quinzenal, com dose inicial de ataque de 160mg e 80mg, e dose de manutenção de 40mg subcutâneo. Sete doentes (19,4%) fazem uso concomitante de azatioprina. O número de aplicações variou de 1 a 72, com média de 25,7. Resultados: As indicações do uso do adalimumabe foram: DC perianal em 15 doentes (41,7%); DC de cólon não-fistulizante em três (8,3%); DC de delgado fistulizante em um (2,8%); enteroartropatia em 13 (36,1%), sendo que um doente apresentou sacro-ileíte; pioderma gangrenoso em dois (5,6%); DC de difícil controle após procedimento cirúrgico abdominal em outros sete (19,4%); e artrite reumatóide associada em um (2,7%). Nestes doentes, 14 (38,9%) haviam apresentado reação alérgica ao infliximabe, nove (25%) perda de resposta ao mesmo e 11 (30,6%) por intratabilidade clínica, sem o uso prévio de infliximabe. Quanto às reações adversas, cinco doentes (13,9%) apresentaram reação alérgica cutânea, sendo suspenso o adalimumabe em dois deles que haviam desenvolvido reação psoriática e em outro em que houve perda de resposta. Houve necessidade de suspensão da medicação em duas doentes, uma por neoplasia de reto e outra por neoplasia de mama. Na doença perianal observou-se resposta completa em oito doentes (53,3%), com cicatrização das fístulas; em três (20%) houve melhora parcial; em um (6,7%) houve perda da resposta e em outros três (20%) o adalimumabe foi suspenso por reação adversa, sendo que dois estão sintomáticos e o outro assintomático. Na DC de delgado fistulizante não houve resposta e a paciente foi submetida à cirurgia com boa evolução. Dos doentes com DC cólon, dois permanecem assintomáticos e em outro não houve resposta. Nas enteroartropatias, 69,2% (nove doentes) referiram melhora completa dos sintomas; em três (23,1%) melhora parcial e em outro não houve resposta. Nas DC de difícil controle, todos estão assintomáticos. A resposta completa ocorreu em apenas um dos dois doentes que evoluiu com pioderma gangrenoso. O tempo de acompanhamento dos doentes em uso do adalimumabe foi em média de 13,2 meses. Conclusão: A terapia com adalimumabe mostrou-se eficaz no tratamento da DC de cólon e no acometimento fistulizante perianal, na doença de difícil controle e nas enteroartropatias, sendo uma opção quando há falha do tratamento clínico tradicional com imunomoduladores, assim como quando há perda de resposta ou reação adversa ao infliximabe.

#### **TL169 - TRATAMENTO DE LESÕES NEOPLÁSICAS DO COLON COM DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA. EXPERIÊNCIA INICIAL DO GASTROCENTRO-UNICAMP**

COY, C.S.R.; DOS SANTOS, J.O.M.; MIYAJIMA, N.; CAMARGO, M.G.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A disseção endoscópica submucosa é uma técnica relativamente nova caracterizada pela ressecção em bloco de lesões com baixa taxa de recorrência se comparada com a mucosectomia ou ressecção em partes, além de possibilitar melhor avaliação histopatológica. Objetivos: Relatar a experiência inicial do Gastrocentro -Unicamp abordando exequibilidade, complicações e resultados no tratamento de lesões neoplásicas colorretais por ressecção endoscópica submucosa. Materiais e métodos: Foram considerados aptos a ressecções endoscópicas portadores de lesões



de crescimento lateral, maiores do que 20 mm, com diagnóstico histológico de adenoma ou lesão hiperplásica e padrões de cripta tipo II, III e IV (classificação de Kudo). Foram excluídos pacientes com sinais endoscópicos de invasão submucosa (padrão de cripta tipo V, convergência de pregas ou ausência de elevação da lesão após infiltração submucosa com solução salina) ou diagnóstico de adenocarcinoma com invasão submucosa. Padronizou-se para fins de acompanhamento a realização de colonoscopias após 30, 90 e 180 dias. Resultados: No período compreendido entre setembro de 2010 a abril de 2011, sete pacientes, com idade média de 54,2 (45-60) anos, sendo 4 do sexo masculino, foram submetidos ao procedimento. O tamanho médio das lesões foi de 26 mm, variando de 20 mm a 50 mm, sendo que quatro encontravam-se no reto, uma em sigmóide e duas em colon ascendente. A duração média foi de 163 min (80 a 420 min), sendo que todas as lesões foram ressecadas em monobloco. Ocorreram duas complicações (28,5%), tratadas durante os procedimentos com colocação de cliques endoscópicos, sendo um caso de sangramento e outro de perfuração, ambos com boa evolução. O diagnóstico histológico evidenciou a presença de lesão hiperplásica em um caso e adenoma nos demais, sendo que nestes a classificação de Vienna foi categoria 3 em um caso e categoria 4 em cinco. As margens de profundidade estiveram todas livres de lesão, uma das lesões apresentou margem lateral comprometida sem recidiva em exame de controle após 30 dias. Não foram constatadas recidivas com tempo médio de acompanhamento de 5,4 meses. Conclusão: A dissecação submucosa possibilitou adequada avaliação histológica dos espécimes e ausência de recidiva endoscópica. É tecnicamente difícil, exigindo curva de aprendizado longa.

#### **TL170 - TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL**

DE ANDRADE, R.C.P.; NASCIMENTO, L.C.; DE JESUS SILVA, M.F.; SIMAS, G.L.A.; FERREIRA, M.C.; DOS SANTOS, D.N.; DA CONCEIÇÃO, D.S.; BURGOS, V.M.  
COM HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Incontinência Fecal (IF) é considerada a perda da capacidade ou habilidade de limitar a passagem de fezes ou gases em tempo e/ou local socialmente aceitável. Embora afete ambos os sexos em todas as idades, a IF é oito vezes mais comum em mulheres. Atualmente o tratamento para a IF incluiu o conservador, medicamentoso e cirúrgico, tendo a Fisioterapia como a terapêutica conservadora de primeira escolha IF leve/moderada devido ao seu baixo risco. Objetivo: Verificar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em pacientes com queixa de IF, atendidos no serviço público de Saúde (COMHUPES/UFBA) em Salvador - BA. Material e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo baseado na revisão de prontuários de pacientes atendidos nos anos de 2008 a 2010, onde os critérios de inclusão foram: Prontuários dos pacientes que realizaram no mínimo 12 sessões de fisioterapia coloproctológica, sem restrição de raça, sexo ou idade; critérios de exclusão: pacientes portadores de doenças neurológicas ou neuropatias. Para avaliação do grau da IF foi utilizada a Escala de Wexner. A análise estatística dos dados foi realizada no programa estatístico 'R versão 2.0.1'. A pesquisa teve aprovação do CEP do COMHUPES/UFBA sobre protocolo n° 34/2010. Resultados: 12 prontuários atenderam o critério de inclusão do estudo. A idade média da amostra foi de 58,8 anos, 75% eram do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Na população feminina 77,8% tiveram mais de duas gestações, todas realizaram perineoplastia e 66,7 apresentaram distopias. Entre as mulheres tratadas 41,7% apresentavam incontinência urinária associada. Os sintomas mais

freqüentes foram urge-incontinência fecal em 66,7% pacientes, pequenas perdas em 50%, urgência fecal em 41,7%, perda aos esforços em 16,7% e 33,3% apresentavam soiling. Na avaliação final 41,7% evoluíram sem urge-incontinência e 33,3% não relatavam nenhum tipo de perda, porém sem diferença significativa na mensuração do grau de IF via escala de Wexner. Todos utilizaram eletroterapia para a MAP, onde, 91,7% associaram a terapia Manual e a terapia comportamental; a maioria 58,3% dos pacientes utilizou três técnicas associadas. Conclusão: A fisioterapia coloproctológica deve ser indicada para indivíduos que apresentam queixa de incontinência fecal, pois, pode-se verificar a sua eficácia na maioria dos casos com redução significativa dos sintomas fecais, contribuindo também na melhora da qualidade de vida desses pacientes.

#### **TL171 - TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM QT NO INTERVALO DE DESCANSO APOS A RT PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DO RETO DISTAL – QUASE METADE DOS PACIENTES NÃO NECESSITAM DE CIRURGIA IMEDIATA**

GAMA, A.H.; PEREZ, R.O.; LYNN, P.B.; SÃO JULIÃO, G.P.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; PRASKURSHIM, I.  
INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A quimioradioterapia (QRT) neoadjuvante é a terapia de eleição para o câncer do reto localmente avançado. Um dos efeitos deste tratamento é o fenômeno de regressão tumoral conhecido como downstaging. Em alguns casos (cerca de 30%) este fenômeno pode resultar em resposta patológica completa. Como pacientes com resposta completa apresentam melhores resultados tardios de sobrevivência, estudos tem sido realizados com o objetivo de incrementar as taxas de resposta completa após a QRT. Neste contexto, a modificação do regime de QRT tem sido sugerida com alternativa para obtenção deste incremento. Materiais & Métodos: Setenta e cinco pacientes consecutivos com câncer do reto distal não metastático foram prospectivamente incluídos. Todos os pacientes foram tratados com RT (54 Gy) e quimioterapia (5FU+leucovorin). Além de 2 ciclos convencionais de QT oferecidos no início e término da RT, todos os pacientes foram submetidos a 4 ciclos adicionais de QT (1 ciclo adicional durante a RT) e 3 após o término da RT. Pacientes com resposta clínica completa foram rigorosamente monitorados sem cirurgia imediata. Pacientes com resposta clínica incompleta foram encaminhados para cirurgia radical. Resultados: Desde Fevereiro 2005 a Março 2011 73 pacientes foram incluídos no estudo. 69 (94%) completaram o tratamento e foram analisados. 33 pacientes apresentaram toxicidade Grau III/IV relacionados ao tratamento. O tempo médio de seguimento após a QRT foi de 31 meses. 48 pacientes obtiveram Resposta Clínica Completa na primeira avaliação. No total, 7 (7/48) pacientes com resposta completa inicial apresentaram recidiva local com intervalo <12 meses enquanto 6 (6/48) pacientes apresentaram recidiva local depois de 12 meses de seguimento. 25 (25/73) pacientes apresentaram resposta clínica completa sem cirurgia imediata sustentada por intervalo mediano de 45 meses. Conclusões: A adição de QT ao período de descanso do regime convencional de QRT tem excelentes taxas de resposta clínica completa com uma toxicidade aceitável. Cerca de metade dos pacientes submetidos a este tratamento podem evitar cirurgia imediata depois deste regime de QRT.

#### **TL172 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL.**

GRZONA, E.G.; PÉREZ AZUMENDI, A.; CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.; ROTHOLTZ, N. HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Resumo: ANTECEDENTES: El compromiso gastrointestinal de la endometriosis oscila entre el 3-37% en las pacientes con enfermedad pélvica, siendo el colon sigmoide y el recto las áreas más comúnmente afectadas. Sólo el 0.7% de de éstas ubicaciones requiere resecciones intestinales por la presencia de síntomas. OBJETIVO: Evaluar la casuística de pacientes operados por endometriosis colorrectal. LUGAR DE APLICACIÓN: Hospital de alta complejidad DISEÑO: Descriptivo, retrospectivo sobre base de datos cargada en forma prospectiva. POBLACIÓN: Serie consecutiva de pacientes operados entre abril del 2004 y junio del 2011. MATERIAL y MÉTODOS: Descripción de datos demográficos, tratamiento y seguimiento de pacientes operados por endometriosis colorrectal. RESULTADOS: En un período de 7 años se identificaron 9 pacientes operadas por endometriosis colorrectal con una edad promedio de 34.2 (28-41) años. Seis (66.7%) pacientes se presentaron con dolor abdominal y cambios del ritmo evacuatorio en un caso asociados al período menstrual. Una paciente presentó un cuadro de dolor abdominal agudo de tipo apendicular y se realizó la cirugía de acuerdo a éste diagnóstico tomográfico. Dos (22.2%) pacientes se presentaron con proctorragia en uno de los casos episódica asociada al ciclo menstrual. Cinco (55.5%) pacientes presentaban antecedentes ginecológicos y quirúrgicos de endometriosis. Cinco (55.5%) pacientes tomaban anticonceptivos al momento del diagnóstico. En 8 (88.9%) casos se realizó colon por enema con doble contraste para el diagnóstico. Se realizaron 6 sigmoidectomías (una salpingectomía y una anexectomía izquierdas asociadas), 2 resecciones anteriores y una apendicectomía. En todos los casos el abordaje fue laparoscópico. No se presentaron complicaciones postoperatorias con un seguimiento medio de 32.5 (1-72) meses. CONCLUSIONES: El diagnóstico de endometriosis colorrectal debe ser considerado en mujeres en edad fértil con enfermedad pélvica con síntomas colónicos y/o cambios cíclicos en el hábito intestinal. La resección quirúrgica es un procedimiento factible y seguro.

**TL173 - TUMOR CARCINÓIDE DE RETO - RELATO DE CASO**  
DO CARMO, G.A.A.; TORRES, E.R.; DA SILVA, A.A.W.; FATURETO, M.C.; PELEGRINELLI, L.R.; SANSON, F. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores carcinóides são neoplasias do sistema neuroendócrino derivadas das glândulas de Lieberkühn que acometem o trato gastrointestinal, mais comumente o apêndice cecal. A apresentação retal é pouco frequente. O tratamento depende, fundamentalmente, das suas dimensões, da presença de metástases e da profundidade da invasão parietal. Objetivos: Relatar o caso de uma paciente de 73 anos com lesão polipóide em reto, cuja imunohistoquímica confirmou diagnóstico de carcinóide de reto. Relato de caso: I.V.A, 73 anos, sexo feminino, branca, natural de Prata (MG), procedente de Uberaba (MG). Procurou atendimento especializado com história de constipação intestinal de 6 anos de evolução e com piora progressiva. Foi solicitada colonoscopia que evidenciou sete lesões polipóides em reto e sigmóide, sendo realizada, no mesmo ato, as polipectomias. Seis lesões tiveram, como laudo anátomo patológico, pólipos hiperplásicos. Uma lesão, localizada em parede posterior de reto baixo, teve diagnóstico compatível com carcinóide, que foi confirmado com exame de imuno histoquímica.

Uma nova colonoscopia foi realizada após o diagnóstico que evidenciou recidiva de tumor carcinóide em reto baixo que foi ressecado em bloco cirúrgico com acesso trans-sacral (kraske). Estadiamento clínico com tomografia computadorizada de abdome e pelve e radiografia de tórax (dentro da normalidade). Conclusão: O tumor carcinóide representa 1,3% de todos os tumores retais. A localização retal do tumor carcinóide é a terceira mais comum no trato gastrointestinal. Em aproximadamente 50% dos casos o diagnóstico é um achado do exame proctológico. A síndrome carcinóide é rara em se tratando de tumores retais. O tratamento é baseado no tamanho da lesão, na presença de invasão da muscular própria ou de doença disseminada. Para lesões com menos de 1 cm, a excisão é o tratamento mais adequado, já que a polipectomia endoscópica apresenta uma alta frequência de recidiva. Naqueles maiores que 2 cm, as ressecções retais estão indicadas e as lesões entre 1 e 2 cm devem ser tratadas de acordo com a presença ou não de invasão da muscular própria.

**TL174 - TUMOR DESMÓIDE GIGANTE DE PAREDE ABDOMINAL EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE GARDNER: UM RELATO DE CASO**

MEYER, M.M.; SANTANA, D.P.; FIGUEIREDO, J.A.; REIS, M.C.; ALMEIDA, S.R.R.; VALENTE, G.S.; AMORIM, B.P.; LIMA, L.D.P.; BENNATON, M.P.

HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Gardner (SG) é uma entidade rara caracterizada pela tríade polipose colônica familiar, múltiplos osteomas e tumores de tecidos moles, dentre eles o tumor desmóide (TD). O TD é uma neoplasia miofibroblástica benigna originada do tecido músculo aponeurótico. Esta patologia não cursa com metástase, mas comporta-se como maligna pois o seu crescimento agressivo e seu alto índice de recidiva em locais de difícil ressecção levam, muitas vezes o paciente ao óbito. RELATO: Trata-se de um relato de caso de um paciente de 30 anos, com SG que evoluiu com TD gigante em parede abdominal, após ser submetido a diversas laparotomias. Por dificuldades sócio-econômicas e burocráticas o paciente levou longo tempo para procurar o serviço de cirurgia, passando por uma equipe de outro hospital que se negou a abordá-lo por julgar ser impossível tecnicamente realizar a ressecção. A cirurgia no nosso serviço se deu em 3 tempos. Inicialmente, foi feita a ressecção da lesão com margens macroscópicas e, por haver aderências de alças no tumor, realizamos enterectomia e fechamos a Bogotá com síntese da pele sobre a bolsa. No quarto dia pós-operatório (DPO), reabordamos o abdômen sem identificar sinal de fístula. No sétimo DPO houve nova abordagem, agora para colocar tela dupla-face. O paciente evoluiu bem, sem déficit motor debilitante apesar da extensa área de ressecção muscular abdominal. Atualmente, um ano após a cirurgia, ele se mantém sem déficit motor e com controle de recidiva negativo. Ressalta-se que na revisão da literatura feita no PUBMED não encontramos nenhum tumor desmóide de tamanho superior ao deste caso. CONCLUSÃO: O tratamento curativo dos tumores desmóides é baseado na sua ressecção cirúrgica e somente a vigilância sequencial nos permite seu diagnóstico precoce e a abordagem enquanto a lesão é ressecável.

**TL175 - TUMORES METACRÔNICOS DE CÔLON E INTESTINO DELGADO**

WESTPHALEN, A.P.<sup>1</sup>; PEREIRA, T.<sup>2</sup>; VIEIRA, P.B.<sup>3</sup>; MAIOLI, R.A.<sup>4</sup>; NASCIMENTO, N.S.<sup>5</sup>; FRANÇA, A.<sup>6</sup>; MENDONÇA, T.<sup>7</sup>; FRACARO, G.B.<sup>8</sup>

1,2,3,4,5,6,7. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 8. HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO DOOESTE DOPARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Tumores do intestino delgado são raros, correspondendo a cerca de 1% a 6% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Adenocarcinomas e carcinóides apresentam a maior incidência.<sup>2,3</sup> O diagnóstico geralmente é tardio, em estágio avançado, pela raridade e inespecificidade dos sintomas.<sup>4</sup> Adenocarcinoma primário de delgado é extremamente raro, sendo geralmente metástase de carcinoma de outra região. Tumores metacrônicos de cólon e delgado são extremamente raros na literatura, causando ainda mais dificuldade no diagnóstico. **RELATO DE CASO:** Paciente M.A.M., 56 anos, sexo feminino, parda. Queixa de dor abdominal, em mesogastro, de intensidade progressiva, tipo cólica, iniciada há 20 dias da admissão hospitalar, associada a distensão abdominal e vômitos. Há 40 dias alteração do hábito intestinal, com períodos de constipação intercalados com diarreia sem muco ou sangue. Há 7 dias sem eliminar flatos. Negava febre e perda ponderal. De antecedentes pessoais apresenta uma retossigmoidectomia abdominal laparotômica com anastomose primária há 1 ano e 6 meses por um adenocarcinoma de sigmóide pouco diferenciado, T3N0M0, estágio IIA. CEA de 5.5. Indicado quimioterapia adjuvante neste período, recusada pela paciente. Negava comorbidades, etilismo e uso de medicação. Veio por quadro de obstrução intestinal. Realizado tratamento conservador por 72 horas com sondagem nasogástrica, jejum e hidratação sem resposta clínica. Submetida a laparotomia exploradora que evidenciou lesão estenosante (40% da circunferência) em íleo, a 30 cm da válvula íleo-cecal. Aspecto compatível com lesão primária de delgado. Anatomopatológico concluiu adenocarcinoma tubular de intestino delgado, invasor, ulcerado, medindo 3,0x1,0 cm com presença de metástase em 4 linfonodos isolados, T2N2M0. Optado pelo não tratamento adjuvante. **CONCLUSÃO:** Adenocarcinoma de delgado é uma entidade rara, de diagnóstico e prognóstico reservado. Sua associação com adenocarcinoma de cólon é muito infrequente, mas deve entrar no diagnóstico diferencial da obstrução intestinal tardia em paciente previamente operados de adenocarcinoma do cólon.

**TL176 - ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL NO DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL – AVALIAÇÃO DE 124 CASOS CONSECUTIVOS ALMEIDA, R.M.<sup>1</sup>; CORREA, F.J.S.<sup>2</sup>; GOMES, J.A.S.<sup>3</sup>**

1.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.FERTILITÉ - CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Estima-se que sua prevalência seja de 8% a 15%. A endometriose extragenital não é rara e o intestino é o órgão extragenital mais afetado. O acometimento deste órgão atinge 3% a 37% das pacientes com endometriose. O local mais comum do aparecimento de lesões no intestino é o retossigmoide (65%), seguido pelo cólon sigmoide (20%), pelo ceco e apêndice (10%) e pelo intestino delgado (5%). Nas lesões com envolvimento da parede intestinal os exames endoscópicos e radiológicos nem sempre são conclusivos devido ao caráter de comprometimento ser extra-mucoso, com progressão do exterior para o interior da alça intestinal. O ultrassom endorretal tridimensional (USER 3D) tem sido usado nos últimos anos como ferramenta importante para o diagnóstico de doenças retais e anais

com excelentes índices de sucesso. **OBJETIVO:** avaliar a presença de lesões sugestivas de endometriose retal, em série de 124 casos consecutivos, por USER 3D. **MÉTODO:** 124 mulheres com quadro de dor pélvica intensa e sintomas e sinais sugestivos de endometriose profunda e intestinal, com diagnóstico já confirmado ou em investigação para endometriose, que se apresentaram a serviço de referência para o tratamento de endometriose foram submetidas ao USER 3D. Os exames foram realizados de forma ambulatorial com tempo médio de execução de 12 minutos com mais 30 minutos para avaliação dos blocos adquiridos pelo USER 3D. Foram injetados 20 ml de gel ultrassonográfico via vaginal para melhor visualização do septo retovaginal e para medir a distância da lesão ao fórnice vaginal posterior. **RESULTADOS:** 124 exames foram realizados em 122 mulheres com média de idade de 35,11 anos (mediana=35). Destes exames foi observada lesão sugestiva de endometriose profunda no reto em 45 casos (36,3%) e seis casos (6%) com lesão em órgãos adjacentes, como ovários. As lesões mediam em média 18,7 mm (7 a 38 mm), ângulo médio do comprometimento na circunferência retal de 15,8° (4 a 35,8°), com média de 15,3% (7,3-26) da circunferência comprometida. As pacientes com o diagnóstico de endometriose profunda do reto foram enviadas aos seus médicos assistentes para o adequado acompanhamento. **CONCLUSÃO:** A utilização do USER 3D em população com o diagnóstico de endometriose grave ou mesmo na população com endometriose e sintomas digestivos apresenta considerável índice de detecção de focos e pode auxiliar no diagnóstico do comprometimento retal.

**TL177 - UMA EFETIVA PROPOSTA: CONFECÇÃO DE VÁLVULAS BIOLÓGICAS (SEROMIOTOMIAS) PARA TRATAMENTO DE DIARRÉIA INTRATÁVEL APÓS COLECTOMIA TOTAL POR INÉRCIA COLÔNICA DEOTI, B.<sup>1</sup>; EL-AOUAR, A.M.C.<sup>2</sup>; PORTELA, A.R.<sup>3</sup>**

1.HOSPITAL CRISTIANO MACHADO FUPEC/FHEMIG E INSTITUTO MÁRIO PENNA - UNIDADE HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL CRISTIANO MACHADO FUPEC/FHEMIG, SABARÁ, MG, BRASIL; 3.INSTITUTO MÁRIO PENNA - UNIDADE HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Apresentar a resposta de uma paciente, submetida a tratamento cirúrgico através da construção de válvulas biológicas (seromiotomias), portadora de diarreia intratável clinicamente, após colectomia total. **Métodos:** Paciente submetida à colectomia total, há 20 anos, evoluindo com diarreia intratável (até 40 evacuações por dia), dermatite, depressão e alcoolismo graves desencadeados pelo quadro clínico incontrolável. Proposto e realizado a confecção de três seromiotomias distando, a primeira válvula, 10cm cranial à anastomose ileorretal e, as demais, 10cm cranial uma da outra. A sutura sobre a área de mucosa exposta da seromiotomia foi circunferencial, com pontos simples, seromusculares, extra-mucosos. **Resultados:** Evolução do pós-operatório imediato sem intercorrências. No tardio, a paciente apresentou no máximo 4 a 6 evacuações por dia com resolução da dermatite. Enema opaco mostrou ausência de distensão de íleo à montante das válvulas. O acompanhamento de 1 ano e 10 meses mostra uma paciente com seqüela emocional, mas sem diarreia e sem dermatite, conseguindo levar uma vida mais próxima do normal e com progressão no tratamento do alcoolismo. **Conclusões:** A confecção de válvulas biológicas (seromiotomias) mostrou-se eficaz para o arsenal terapêutico de pacientes submetidos à colectomia total que evoluíram com diarreia intratável.

### TL178 - "OS ANOS NÃO PERDOAM": RESULTADOS CIRÚRGICOS DO CÂNCER COLORRETAL EM OCTOGENÁRIOS

FIALHO, L.O.<sup>1</sup>; MOREIRA, A.L.<sup>2</sup>; DOS SANTOS, J.A.<sup>3</sup>; DE ASSIS, M.M.<sup>4</sup>; AGUERO, H.J.V.<sup>5</sup>; PAULO, F.L.<sup>6</sup>

1,4,5.HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,6.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Luciana Fialho, André da Luz Moreira, Janine Azevedo dos Santos, Marcio Mandaro de Assis, Hiram José Villanueva Aguero, Francisco Lopes Paulo. Objetivo: Analisar a morbimortalidade e resultados oncológicos em pacientes octogenários submetidos a tratamento cirúrgico do câncer colorretal. Matérias e Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes consecutivos operados com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre Janeiro de 2000 e Maio de 2011. Os pacientes com cirurgias paliativas foram excluídos. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, comorbidades, localização do tumor, tipo de cirurgia, características histopatológicas, estadiamento tumoral, tempo de internação hospitalar, morbimortalidade e resultados oncológicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: menores de 80 anos (Grupo A) e idade superior ou igual a 80 anos (Grupo B). Os testes exato de Fisher e Qui-quadrado foram utilizados para variáveis categóricas e o teste de Wilcoxon Rank-Sum foi utilizado para variáveis contínuas. A análise dos resultados oncológicos foi realizada através da curva de Kaplan-Meier. O valor  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: Foram incluídos 216 pacientes (190 no Grupo A e 26 no Grupo B), 116 (58%) pacientes eram homens e a idade mediana foi de 63 (26-79) no grupo A e 82 (80-94) no grupo B. As variáveis sexo, localização do tumor, tipo de cirurgia, características histopatológicas e estágio tumoral foram similares em ambos os grupos. O grupo B apresentou uma maior morbidade pós-operatória quando comparada com o grupo A (46% vs. 22%,  $P=0,01$ ) e um maior tempo mediano de internação hospitalar (9 vs. 7 dias,  $P=0,002$ ). A mortalidade pós-operatória não apresentou diferença estatística (4% grupo A vs. 12% grupo B,  $P=0,1$ ). Entretanto, o grupo A apresentou menos comorbidades pré-operatórias do que o grupo B (17% vs. 79% pacientes ASA 3,  $P=0,0001$ ). O seguimento médio foi de 36 meses (6-96) para o grupo A vs. 34 meses (6-73) para o grupo B ( $P=0,3$ ). O grupo B foi menos submetido a quimioterapia adjuvante do que o grupo A (9% vs. 65%,  $p<0,0001$ ). Apesar disso, não houve diferença entre os dois grupos em relação à sobrevida livre de doença e mortalidade específica relacionada ao câncer, porém o grupo B teve uma menor sobrevida global (Log-Rank  $P=0,01$ ). Conclusão: Os pacientes octogenários apresentaram uma maior morbidade pós-operatória, porém com resultados oncológicos semelhantes. Esse estudo sugere que esse grupo de pacientes pode se beneficiar do tratamento cirúrgico no câncer colorretal.

### TL179 - ÚLCERA COLÔNICA APÓS TATUAGEM POR COLONOSCOPIA – RELATO DE CASO

RÊGO, R.S.N.D.; LACERDA FILHO, A.; LAMOUNIER, P.C.C.; COSTA, B.X.M.; RABELO, F.E.F.; ALVES FILHO, V.; MANSUR, E.S.; PAIVA, R.A.

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.  
Resumo: A tatuagem é um método utilizado para marcação da localização de lesões colônicas em várias circunstâncias,

principalmente para procedimento cirúrgico ou reavaliação de sítio de polipectomia. Tinta Nanquim (ou Tinta da Índia) é a substância mais utilizada, persistindo no local aplicado por mais de 10 anos sem diminuir a intensidade. Usa-se um cateter injetor para inocular a substância na camada submucosa. Complicações com a Tinta Nanquim são raras, ocorrendo em 0,22% dos casos. Entre elas estão microabscessos no sítio de injeção e a penetração transmurar, inoculando a substância na cavidade peritoneal ou em órgãos adjacentes. Quando ocorrem, estas complicações geralmente não apresentam quadro clínico significativo. Paciente de 72 anos, com proposta de colectomia laparoscópica por lesão de crescimento lateral em cólon descendente, com focos de Ca in situ à biópsia; realizado tatuagem com tinta nanquim (1:300) por colonoscopia proximal e distal à lesão sem intercorrências, com boa evolução pós-procedimento. Após a cirurgia, ao inspecionar a peça, identificado duas úlceras no cólon, em provável local de tatuagem prévia. O anatomopatológico revelou, além de um adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau, duas lesões ulceradas, medindo 1,2 e 0,5 cm de diâmetro, com padrão inflamatório. Uma delas apresentava características penetrantes, com sua base atingindo tecido adiposo peri-intestinal, coexistindo tecido de granulação, fibrina e infiltrado grânulo-mononuclear. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 5º dia. Trata-se de um caso raro de úlcera após tatuagem por colonoscopia com Tinta Nanquim. Esta úlcera penetrava até tecido adiposo peri-intestinal, com risco de perfuração livre para a cavidade abdominal. Então, apesar de ser um procedimento com baixos índices de complicações, estas existem e o colonoscopista tem de estar ciente quanto aos seus riscos e consequências.

### TL180 - PLASTIAS NAS ESTENOSES DO INTESTINO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: COMPLICAÇÕES E MANEJO CLÍNICO NO PÓS OPERATÓRIO

MOTA, S.D.(1); SOUZA, A.C.(1); LOUREIRO, G.J.Z.(1); RIBEIRO, F.L.M.(1); NOGUEIRA GAMA, L.P.(1); GAMA, R.C.(1)  
VITÓRIA APART HOSPITAL – SERRA / ES (1)

Introdução: A doença de Crohn é uma inflamação crônica, recorrente, que afeta qualquer segmento do trato gastrointestinal, em especial o intestino delgado e o cólon. As enteroplastias constituem uma das alternativas cirúrgicas no tratamento das estenoses na doença de Crohn, cujo principal objetivo é prevenir a ressecção do segmento afetado. Objetivo: Avaliar de maneira retrospectiva, os resultados cirúrgicos do tratamento das estenoses do intestino delgado secundárias a doença de Crohn. Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo realizado no serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital no período de Janeiro de 2004 a julho de 2011. Resultado: Dos 21 pacientes, 11 eram homens e 10 mulheres. Realizado enteroplastias sob a técnica de Heineke-Mikulicz, variando de 01 a 07 plastias, reduzindo assim o número de ressecções e complicações. Conclusão: As plastias apresentaram baixos índices de complicações e propiciam alívio dos sintomas. Uma vez que muitos doentes com doença de Crohn necessitarão de várias cirurgias ao longo da vida, as plastias intestinais constituem alternativas eficazes, com resolução dos sintomas obstrutivos, evitando-se ressecções intestinais extensas e suas consequências.

## E-PÔSTERES

### EP001 - ABORDAGEM CIRÚRGICA DA RECIDIVA PÉLVICA DE ADENOCARCINOMA DO RETO

LEAL, R.F.; OLIVEIRA, P.S.P.; OLIVEIRA, L.M.F.; AYRIZONO, M.L.S.; PAIVA, E.S.; FAGUNDES, J.J.; COY, C.S.R.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A recidiva pélvica após a cirurgia para câncer do reto apresenta taxas de 3 a 35% em cinco anos. O tratamento não é padronizado e a radioterapia e quimioterapia são utilizadas como métodos paliativos. O índice de ressecabilidade é baixo, porém a cirurgia pode apresentar bons resultados. Objetivo: Revisar os casos de recidiva pélvica operados pelo Serviço de Coloproctologia da UNICAMP, sendo os tumores primários localizados nos últimos 10 cm do reto. Casuística e Métodos: Realizou-se estudo retrospectivo de 34 doentes operados por recidiva pélvica no período de 1999 a 2010. Destes, 11 eram provenientes de outros Serviços. Avaliaram-se os dados epidemiológicos, tipo de ressecção na primeira cirurgia, diagnóstico anatomopatológico, tipo de abordagem cirúrgica da recidiva pélvica e acompanhamento pós-operatório. Resultados: Foi realizada radioterapia antes da primeira cirurgia em 20 doentes; e quimioterapia pré-operatória, em 18 doentes. Em relação à cirurgia inicial, 20 doentes (58,8%) tinham sido submetidos à retossigmoidectomia e anastomose colorretal, 10 (29,4%) à amputação abdominoperineal do reto, dois (5,9%) à cirurgia de Hartmann, e dois (5,9%) à retocolectomia total com anastomose ileoanal. Ainda em relação à primeira cirurgia, em 24 doentes não havia sítio de fixação local, em sete havia um sítio de fixação, e em três, mais de um sítio de fixação. Em apenas um doente havia sido realizada linfadenectomia lateral na primeira cirurgia. Houve cinco casos de perfuração tumoral detectada no ato cirúrgico. Em relação ao laudo anatomopatológico, linfonodos positivos estavam presentes em 17 casos, e margem cirúrgica comprometida em dois. O tipo histológico em todos os casos era adenocarcinoma. Quanto ao acometimento transmural do órgão, 70,6% eram T3 ou T4. Foi possível ressecção da recidiva em 24 doentes (70,6%), sendo realizada ressecção em bloco da neoplasia com colectomia segmentar ou total e anastomose coloanal em oito doentes (33,3%); amputação abdominoperineal do reto em oito (33,3%), sendo que em dois houve necessidade de exérese do cóccix; exenteração pélvica em cinco (20,8%); cistoprostatectomia radical em dois doentes que já haviam sido submetidos à amputação abdominoperineal do reto na primeira cirurgia (8,3%), sendo que em um houve necessidade de exérese de vértebras sacrais e cóccix; e exérese de linfonodomegalia pélvica próximo aos vasos ilíacos em outro (4,2%). O tempo médio de seguimento após a cirurgia devido à recidiva foi de 29,1 meses, sendo que a sobrevida global neste período foi de 35,3% (12 doentes), enquanto que a sobrevida livre de doença foi de 23,5% (oito doentes). Conclusão: Os achados são compatíveis com a complexidade cirúrgica que envolve a abordagem da recidiva pélvica por neoplasia de reto. Em casos selecionados, como em pacientes com doença localizada na pelve e invasão óssea ressecável, a cirurgia para recidiva pélvica de adenocarcinoma retal realizada em grandes centros, pode apresentar bons resultados.

### EP002 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL RELATO DE CASO

AGUIAR, M.S.; CODES, L.M.G.; MANO, A.L.; SOUZA, E.L.Q.; VIDAL, T.Q.C.E.S.; CARDOSO, A.F.; ARAUJO, N.A.L.; AZARO FILHO, E.M.

HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Acomete o intestino em 3-12% dos casos, com envolvimento do retossigmoide entre 70-93%, seguido de intestino delgado e apêndice. O diagnóstico é feito por US trans-vaginal ou trans-retal, colonoscopia, TAC ou RNM e videolaparoscopia. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de endometriose intestinal abordado por videolaparoscopia no serviço de coloproctologia do Hospital São Rafael. Relato de caso: A. R. C. M. P., 45a, feminina, residente de Salvador-BA. Paciente com quadro de dor pélvica, tipo cólica, há 5 anos, associado ao período menstrual. Refere constipação intestinal, dejeções contendo muco e sangue e uso diário de fleet e laxativos. G03P02A01 (02PC). Histerectomia com salpingectomia direita devido a miomatose uterina. AP: Leiomiomas; Adenomiose; Endométrio com padrão secretor. Exame físico sem alterações. US Pélvica e Endovaginal: Ovários aumentados de volume, cisto hemorrágico à direita e cisto folicular à esquerda; Imagens sugestivas de aderências pélvica a esquerda. TAC de Pelve: Imagens císticas em ambos os ovários; Tecido irregular na topografia de fundo vaginal e espaço reto-vesical; A possibilidade de lesão endometriótica pode ser considerada no diagnóstico diferencial. Colonoscopia: - Abaulamento em retossigmoide há 20cm da borda anal, com projeção de 50% da parede intestinal para luz, não sendo possível progredir o aparelho - endometriose (?); - AP: Mucosa colônica com histologia dentro da normalidade.- RNM de pelve: - Sinais de extenso envolvimento pélvico por endometriose, com lesão no espaço retovaginal, junto à cúpula vaginal, estendendo-se para as regiões anexas, lesão em placa envolvendo a transição retossigmoidea (seta) e endometriomas bilaterais. Conduta: - Realizado VLP no dia 04/04/11 com retossigmoidectomia e ooforectomia bilateral com retirada da peça por incisão de Pfannestiel. - A paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências, tendo alta no 4º DPO. - Anatomo-patológico: parede intestinal e mesocólon com esparsos ninhos de endométrio com glândulas sem atípias. Margens cirúrgicas livres de endometriose. Discussão: A endometriose intestinal é a forma extra-genital mais frequente da doença. O tratamento clínico não apresenta bons resultados, sendo o tratamento cirúrgico de escolha. A abordagem é preferencialmente laparoscópica. É necessária a retirada do segmento intestinal acometido, sem consenso na literatura quanto à extensão da ressecção.

### EP003 - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL - SÉRIE DE CASOS

ALMEIDA, R.M.<sup>1</sup>; CORREA, F.J.S.<sup>2</sup>; GOMES, J.A.S.<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
3. FERTILITÉ - CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Estima-se a sua prevalência entre 8 e 15%. Os sintomas mais comuns são dismenorréia, dor pélvica crônica e dispareunia. A pelve é o local mais afetado pela endometriose, sendo o intestino o órgão extragenital mais frequentemente acometido. Relatamos uma série de casos de endometriose intestinal com tratamento cirúrgico por laparoscopia. OBJETIVO: relatar série de casos de pacientes com endometriose intestinal, submetidas a tratamento cirúrgico videolaparoscópico com

resseção intestinal por videolaparoscopia. MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente, registros de 18 pacientes consecutivas com endometriose profunda acompanhadas por equipe multidisciplinar e submetidas a tratamento cirúrgico com ressecção intestinal por videolaparoscopia. Dados clínicos, de exames complementares e da cirurgia foram avaliados. RESULTADOS: A mediana de idade foi de 33 anos. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 10,75 anos. Todas as pacientes apresentavam dismenorréia, dor acíclica e a dispareunia. Uma paciente apresentava hematúria, duas hematoquesia e doze disquesia. As 18 pacientes apresentavam útero fixo, doloroso e nódulos em FSP ao toque vaginal e em 13 nódulos palpados ao toque retal. A ressonância magnética (RM) mostrou lesão intestinal em 4 casos. A colonoscopia estava alterada em 5 casos com achados como estenose, fixação do órgão ou compressão extrínseca. A US transvaginal não mostrou lesão intestinal em nenhum caso. A US endorectal tridimensional (USER 3D) foi realizada em 17 casos e mostrou lesão intestinal em 14 fornecendo dados como o diâmetro, profundidade da lesão e extensão do comprometimento da parede retal. O maior diâmetro das lesões intestinais variou de 1,8 cm a 3,8 cm. Nos 14 casos mostrados pela USER 3D as lesões chegavam até a muscular própria do reto em 13 e um até a mucosa. Em seis os casos havia acometimento do apêndice cecal e em três pacientes não foi realizada ressecção retal, apenas lise de bridas ou shaving de lesões. A única complicação foi uma lesão ureteral que foi corrigida durante a cirurgia. Os diagnósticos foram confirmados por histopatologia. As pacientes evoluíram bem no pós operatório e apresentaram melhora dos sintomas no seguimento de 6 meses. CONCLUSÃO: A endometriose intestinal não é rara e deve ser buscada nas pacientes com sintomatologia sugestiva da doença. O tratamento cirúrgico é a escolha para pacientes sintomáticas com lesão intestinal, preferencialmente por laparoscopia.

#### **EP004 - ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM PACIENTE DE 20 ANOS COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR – RELATO DE CASO**

MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; BERALDO, F.B.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; FASOLIN, H.P.; DE SOUZA, P.H.O.; BORBOREMA, J.F.V.; MATHEUS, C.O.; YAMAGUCHI, N. GASTROCIRURGIA E COLOPROCTOLOGIA - HSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença de herança autossômica dominante, caracterizada pela presença de múltiplos pólipos adenomatosos distribuídos nos cólons e reto. O aparecimento dos pólipos ocorre geralmente na segunda década de vida, e virtualmente todos os pacientes apresentarão adenocarcinoma colorretal aos 40 anos. Este relato é sobre paciente de 20 anos com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal e PAF.

Objetivo : Relatar caso de adenocarcinoma colorretal em paciente de 20 anos com PAF submetido a proctocolectomia com confecção de bolsa ileal em J e ileostomia de proteção no Serviço de Gastrocirurgia e Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Material e Métodos : Relato de caso e levantamento de dados no prontuário. Relato de Caso : P.H.D.S.R. 20 anos, há 10 anos apresenta fezes líquidas, fétidas e com sangue. Média de 4 evacuações ao dia. Procurou clínico com dispnéia e astenia onde foi detectada anemia. Solicitado colonoscopia e EDA. História familiar negativa para neoplasia. EDA sem alterações. Colonoscopia mostrou múltiplos pólipos (mais de 1.000) sésseis e subpediculados com superfícies boceladas de 5 a 35 mm, maior número

em reto e sigmóide com massas polipóides sendo uma delas na transição retossigmoide com superfície amorfa e endurecida (AP adenoma). Proctológico evidenciou múltiplos pólipos desde a linha pectínea. TC de crânio e USG de tireoide normais. Fundo de olho com hiperpigmentação periférica da retina. A TC de abdome com múltiplas formações polipóides predominantemente em reto e sigmóide. CEA 3,5. Submetido a proctocolectomia com confecção de bolsa ileal em J, anastomose ileoanal e ileostomia de proteção. No 7º PO necessitou de laparotomia exploradora, identificado hematoma cavitário infectado com peritonite purulenta, anastomose em bom aspecto. Recebeu alta no 17º PO. O AP do espécime revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado infiltrante ate tecido adiposo, margens cirúrgicas livres, com comprometimento de 4 dos 224 linfonodos avaliados ( T3N2Mx). Aguarda início da quimioterapia. Discussão : Os pólipos colorretais aparecem em média aos 16 anos (variação 7-36 anos). Aos 35 anos, cerca de 95% dos indivíduos com PAF têm pólipos. Uma vez que eles aparecem, os pólipos aumentam rapidamente em número; são observados entre centenas e milhares de pólipos adenomatosos. Sem a remoção do cólon e/ou reto, o câncer é inevitável. A idade média de diagnóstico do câncer colorretal em indivíduos sem tratamento é 39 anos. Dos indivíduos sem remoção do cólon, 7% desenvolvem câncer colorretal até os 21 anos, 87% antes de 45 anos, e 93% antes de 50 anos. Conclusão : A PAF é uma causa rara de câncer colorretal (< 01% dos novos casos). O aconselhamento genético e o rastreio dos familiares são fundamentais para a prevenção do câncer nesta doença. Mesmo com cirurgia no final da segunda década de vida o câncer colorretal pode ser encontrado nesses indivíduos.

#### **EP005 - ADENOCARCINOMA DE COLO UTERINO PARA O CÓLON SIGMÓIDE**

BATISTA, R.G.; DAMIN, D.; TARTA, C.; CONTU, P.; HOMMERDING, F.

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

Resumo: Paciente atendida no ambulatório de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com história de adenocarcinoma de colo uterino em 2005, tendo realizado cirurgia no mesmo ano (Wertheim-Meigs) e radioterapia em 2006 e 2008. Apresentava sintomas progressivos de suboclusão intestinal, com distensão abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso. Realizado enema opaco que evidenciou área com estreitamento ao nível do cólon sigmóide, sem irregularidade de mucosa. Retossigmoidoscopia flexível mostrou área de estenose ao nível do cólon sigmóide, sem alterações da mucosa, que impediu a passagem do endoscópio. Biópsias realizadas mostraram ausência de neoplasia. Paciente foi submetida a sigmoidectomia, com boa evolução pós-operatória e melhora dos sintomas suboclusivos. No trans-operatório identificou-se segmento do cólon sigmóide aderido firmemente à parede pélvica esquerda, junto aos vasos ilíacos, próximo à área de estenose e segmento de cólon com espessamento da parede, mas sem alterações na serosa. À abertura da peça cirúrgica, identificou-se espessamento de toda a parede colônica com estreitamento da luz, porém sem alterações de mucosa. O exame anatomopatológico revelou a presença de metástase de adenocarcinoma de colo uterino em cólon sigmóide. Também foi identificada pequena quantidade ascite à abertura da cavidade abdominal, que mostrou-se positiva para células malignas. Atualmente a paciente está em acompanhamento com a equipe da Coloproctologia do HCPA e não irá realizar nenhum tratamento complementar, pois a equipe de Oncologia julgou que os benefícios do tratamento

quimioterápico não justificam os riscos da toxicidade. Os tumores metastáticos para cólon e reto são extremamente raros, sendo publicados na literatura apenas relatos de caso. Durante a pesquisa de artigos na literatura sobre o assunto, não foi encontrado nenhum caso relatado sobre adenocarcinoma de colo uterino com metástase para cólon. Os tumores que mais frequentemente originam metástases colorretais são o melanoma, as neoplasias de pulmão e mama. Dentre as neoplasias de mama, os carcinomas lobulares são mais comuns do que os carcinomas intraductais. O prognóstico destes paciente é ruim, com sobrevida média inferior a 1 ano. A maioria dos autores acredita que a cirurgia é o tratamento que oferece as melhores taxas de sobrevida e controle dos sintomas.

**EP006 - ADENOCARCINOMA DE CÓLON COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA: RELATO DE CASO**  
**MARTINS DE LIMA, R.G.; DAL PONTE, M.A.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; GALEAZZI, C.J.; ESTOFOLETE, C.F.; RONCHI, L.S.; SATOMI, G.; NETINHO, J.G.**

*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Título: adenocarcinoma de cólon com diferenciação neuroendócrina: relato de caso. Objetivos: Apresentar um caso inicialmente, de um adenocarcinoma de cólon, onde posteriormente foram identificados sítios de diferenciação neuroendócrina. Discussão: Os tumores neuroendócrinos, fazem parte de um pequeno grupo de tumores que acometem o trato gastrointestinal, surgindo geralmente acima da quinta década de vida com predomínio em homens. Dos tumores originados de células pancreáticas, 45-60% não são funcionantes apresentando a mesma sintomatologia dos adenocarcinomas, sendo então tratados como tal, através da ressecção cirúrgica. O paciente em questão foi submetido a hemicolectomia direita, sendo posteriormente acompanhado em nosso ambulatório, e até o momento sem evidências de recidiva.

**EP007 - ADENOCARCINOMA DO CECO EM UM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN TRATADO COM TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA E BIOLÓGICA**

**MENDES, C.R.S.<sup>1</sup>; LIMA, C.A.<sup>2</sup>; DE ALMEIDA, N.P.<sup>3</sup>; DE VILLAR, F.A.G.A.<sup>4</sup>; FERREIRA, L.S.M.<sup>5</sup>; SAPUCAIA, R.A.<sup>6</sup>; MENDONÇA, R.S.<sup>7</sup>; SANTANA, G.O.<sup>8</sup>**

*1,4,5,6,7.HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,8.HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A doença inflamatória intestinal está associada a elevado risco de câncer colorretal. Estima-se risco de 2 a 5 vezes maior do que na população geral. Estudos têm demonstrado que fatores inerentes ao próprio indivíduo, fatores geográficos e ambientais estejam relacionados ao desenvolvimento de neoplasia e não somente a doença inflamatória intestinal. A Doença de Crohn está ligada também a outras neoplasias extra-intestinais, sendo associadas ao uso de agentes imunossupressores e biológicos. O Infiximabe é hoje considerado uma importante ferramenta terapêutica no controle de atividade da DC, estando estabelecida sua associação com outras neoplasias, porém ainda sem definição quanto a ao câncer colorretal. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 32 anos, iniciou quadro de diarreia e dor abdominal em 1997. Realizou colonoscopia com intenso processo inflamatório. Tratada com aminossalicilatos, porém com episódios recorrentes de reativação, sendo optado pelo tratamento com terapia imunossupressora (Azatioprina) em 2000. Em Janeiro/2010 evoluiu com abscesso e fistula em região perianal. Tendo feito diagnostico de doença de

Crohn na forma perianal e inflamatória. Paciente recorreu com quadro de diarreia, sendo optado pelo tratamento com Infiximabe. Realizado colonoscopia que evidenciou lesão vegetante em ceco e válvula ileocecal, com estudo histopatológico demonstrando adenocarcinoma pouco diferenciado. Submetida a colectomia direita com linfadenectomia por videolaparoscopia, com anastomose latero-lateral, evoluindo no 3º DPO com dor abdominal e febre sendo submetido a nova laparoscopia sendo evidenciado escape em anastomose de secreção fecal sendo optado por reforço da anastomose. Evoluiu com quadro séptico na unidade de terapia intensiva tendo alta hospitalar no 14º DPO. O anatomo patológico evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, T3N1M0. Encontra-se em tratamento de quimioterapia com bom estado clinico. DISCUSSÃO: Apesar de haver menos dados na literatura em relação ao surgimento de câncer colorretal na Doença de Crohn do que na RCUI, a associação entre DC e neoplasia colorretal já está bem estabelecida. O anti-TNF alfa está relacionado com algumas neoplasias como linfomas, neoplasia de pulmão, sarcoma de Kaposi, leucemia linfoblástica, carcinoma hepatocelular e carcinoma de células escamosas e outros. Os dados da literatura ainda são contraditórios e não se pode estabelecer uma relação. Além disso, geralmente pacientes em uso de Infiximabe estão ou fizeram uso de terapia imunossupressora, o que pode propiciar ou potencializar o desenvolvimento de neoplasias como no caso apresentado. CONCLUSÃO: Existe a necessidade de seguimento dos pacientes que fizeram uso de Infiximabe a longo prazo para definir a relação com neoplasia de colon. Novos estudos devem ser realizados para esclarecimentos.

**EP008 - ADENOCARCINOMA RETAL ASSOCIADO A DISCRATOSE CONGÊNITA**

**PERINE, G.H.<sup>1</sup>; SARTOR, M.C.<sup>2</sup>; FERREIRA, M.G.L.A.<sup>3</sup>; ALVES, B.R.B.L.<sup>4</sup>; GATTO, A.<sup>5</sup>; MAURO, D.P.<sup>6</sup>; BALDIN JUNIOR, A.<sup>7</sup>; BONARDI, R.A.<sup>8</sup>**

*1,2,3,4,5,7,8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A discratose congênita consiste em condição hereditária associada a falência medular. Usualmente se apresenta com manifestações mucocutâneas características denominadas tríade da discratose: hiperpigmentação reticulada da pele, distrofia ungueal e leucoceratose das mucosas. Alterações dentárias, gastrintestinais, geniturinárias, neurológicas, oftalmológicas, pulmonares e esqueléticas associadas têm sido relatadas. Em geral, as anormalidades não estão presentes ao nascimento e surgem progressivamente com o passar dos anos, principalmente nos primeiros 5 a 10 anos. No entanto, existe na literatura relatos de manifestações da doença já nos primeiros meses de vida. Essa variação na idade de surgimento de sinais e sintomas é explicada pelo grupo genético ao qual pertence o paciente: recessiva ligada ao X, autossômica dominante ou recessiva. A discratose congênita é doença rara, com menos de dez casos descritos no Brasil até o momento e aproximadamente 500 casos descritos na literatura mundial de 1910 a 2008. A maioria é do sexo masculino. O diagnóstico precoce da doença, o rastreamento e o tratamento das complicações malignas são fundamentais para a melhora na sobrevida dos pacientes. A incidência de neoplasia nesses pacientes é 50 vezes maior do que na população geral. E as neoplasias mais comumente associadas são a mielodisplasia, leucemias, linfomas e adenocarcinomas de vários órgãos (pele/mucosa, pâncreas, pulmão e mucosa do trato

gastrointestinal). Dentre os tumores sólidos mais frequentes estão o carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço, seguido do câncer de pele e os tumores anorretais. OBJETIVO: Relatar caso de paciente com adenocarcinoma sincrônico no reto associado a disceratose congênita. RELATO DO CASO: G.P.A., feminino, 19 anos, com história de sete meses de evolução de dor abdominal na fossa ilíaca e flanco esquerdos, acompanhada de evacuações com fezes endurecidas, alternando períodos de até três dias de constipação e parada na eliminação de flatus. Submetida a colonoscopia, que evidenciou tumores sincrônicos no reto. A tomografia do abdome e pelve revelou massa intra-luminal na junção retossigmoideana e reto distal, com estenose na luz. Não foi optado por quimioterapia e radioterapia neo-adjuvante e adjuvante devido à doença primária. A paciente foi então submetida a proctocolectomia total associada a ileostomia terminal no dia 29/07/2010. Iniciada dieta oral no primeiro dia pós-operatório, a paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no sexto dia pós-operatório. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma do reto, moderadamente diferenciado, ulcerado e invasor até subserosa, com reação desmoplásica acentuada. As margens cirúrgicas eram livres. Estadiamento patológico T3 N2 Mx. CONCLUSÃO: A disceratose congênita é doença rara e comumente associada a neoplasias hematológicas e alguns tumores sólidos. O diagnóstico precoce da doença, o rastreamento e o tratamento das complicações malignas são fundamentais para a melhora na sobrevida dos pacientes.

#### EP009 - ADENOCARCINOMA RETAL EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS NEOPLASIAS

PERINE, G.H.<sup>1</sup>; SARTOR, M.C.<sup>2</sup>; FERREIRA, M.G.L.A.<sup>3</sup>; ALVES, B.R.B.L.<sup>4</sup>; GATTO, A.<sup>5</sup>; AMARO, L.C.<sup>6</sup>; BALDIN JUNIOR, A.<sup>7</sup>; BONARDI, R.A.<sup>8</sup>

1,2,3,4,5,7,8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL;  
6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O objetivo desse relato é descrever o caso de paciente com múltiplas neoplasias associadas: adenocarcinoma de reto, mielodisplasia e neurinoma do acústico. O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil. Os sintomas mais prevalentes são a alteração do hábito intestinal e o emagrecimento, estando ambos presentes em cerca de 75% dos casos, seguidos de dor abdominal (62,5%), hematoquezia e anemia (37,5%). O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia de 2 a 10 meses. Pelo fato de os 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. Os pacientes jovens possuem maior incidência de tumores pouco diferenciados, de estadiamento avançado e de localização em colon direito. Os tumores do nervo acústico representam cerca de 90% das afecções ponto-cerebelares. Derivam da bainha de Schwann e são de etiologia desconhecida. Quanto à hereditariedade, é razoavelmente difícil de considerar, com exceção dos casos indiscutíveis que entram na síndrome de Von Recklinghausen. O sintoma principal é a perda auditiva, frequentemente associada a zumbido. Mais comum no sexo feminino e seu diagnóstico precoce é crucial para seu prognóstico. O tratamento é essencialmente cirúrgico. As síndromes mielodisplásicas (SMD) são distúrbios originados na célula-tronco da medula óssea (MO) cuja morbi-mortalidade está relacionada às citopenias periféricas, à hemopoese ineficaz e à evolução para leucemia aguda. Podem surgir como doença primária ou secundária após tratamento quimio-radioterápico para outras neoplasias. São divididas em 5

subgrupos: anemia refratária (AR), anemia refratária com sideroblastos em anel (ARSA), anemia refratária com excesso de blastos (AREB), anemia refratária com excesso de blastos em transformação (AREB-T) e leucemia mielomonocítica crônica (LMMC). Na AREB há entre 5%-20% de blastos. RELATO DE CASO: A.M.P., feminino, 27 anos, atendida no HC-UFPR com febre, dor abdominal e diarreia. Paciente com história prévia de neurinoma do acústico aos 17 anos, tratado cirurgicamente e síndrome mielodisplásica AREB -2, submetida a duplo transplante de sangue de cordão umbilical não aparentado em outubro de 2010. A tomografia de abdome demonstrou espessamento concêntrico das alças do delgado, sigmóide, ceco e reto distal, sugerindo a hipótese de doença do enxerto versus hospedeiro (DECH) ou processo infeccioso. A colonoscopia demonstrou íleíte de etiologia a esclarecer (DECH? Infeccioso?), pólipos colônicos e lesão de aspecto neoplásico no reto médio. Submetida a colectomia total com ileostomia terminal, cujo estudo anátomo-patológico evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado, com discreto infiltrado linfocitário; presença de reação desmoplásica acentuada; ausência de invasão perineural; presença de invasão angiolinfática; metástases em três de onze linfonodos; com margens de ressecção livres. Estadiamento patológico: pT3 c/d pN1 pMx. CONCLUSÃO: Não foram encontrados casos descritos relacionando os três tipos de neoplasias apresentados, nesta seqüência, pela paciente. Desta forma não podemos afirmar que existe evidências de algum tipo de pré-disponibilidade para o desenvolvimento dessa combinação de neoplasias. Como sempre, o diagnóstico precoce é fundamental para um melhor prognóstico.

#### EP010 - ADENOCARCINÓIDE DO APÊNDICE VERMIFORME: UMA CAUSA INCOMUM DE CARCINOMATOSE PERITONEAL

FONTE, F.P.<sup>1</sup>; CHAER, I.D.<sup>2</sup>; MENDOÇA, R.L.<sup>3</sup>; VIAL, P.G.<sup>4</sup>; MELLO, R.O.<sup>5</sup>; NASCIMENTO, E.F.R.<sup>6</sup>; NONOSE, R.<sup>7</sup>; MARTINEZ, C.A.R.<sup>8</sup>

1,3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU-UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Resumo: Tumores do apêndice vermiforme são raros, representando cerca de 0,5% das neoplasias do tubo digestivo. Geralmente são achados de exame histopatológico, após a apendicectomia sendo encontrados em aproximadamente 0,1 % das apendicectomias. O adenocarcinóide do apêndice é um tumor raro, mais frequente entre a quinta e sexta década de vida, acometendo ambos os sexos. Metástases e carcinomatose peritoneal ocorre em apenas cerca de 30% dos casos. O diagnóstico histológico habitualmente requer o emprego de painel imunoistoquímico que apresenta positividade para citoqueratinas, cromogranina e menos frequente senoptofina e serotonina. Objetivo: Relatar um caso de adenocarcinóide de apêndice confirmado pelo estudo histológico que evoluiu com carcinomatose peritoneal. Relato do Caso: Mulher, 52 anos, com queixa de dor em epigástrio e hipocôndrio direito há 3 meses. Referia perda ponderal de 10 kg em 6 meses. Ao exame o abdômen mostrava-se distendido, flácido, difusamente doloroso à palpação profunda com RHA normais. No hipogástrio palpava-se massa com 5 cm de diâmetro, dolorosa e aderida a planos profundos. Os toques retal e vaginal eram normais. A ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdômen mostraram nódulos hepáticos e espessamento parietal em intestino delgado além de coleção retroperitoneal direita. A videolaparoscopia diagnóstica revelou carcinomatose peritoneal. O exame histológico e o painel imunoistoquímico, positivo para citoqueratina (AE1/AE3),



cromogranina e sinaptofisina possibilitou o diagnóstico de adenocarcinóide de apêndice. A doente recebeu alta hospitalar no 2º dia pós-operatório sendo encaminhada para tratamento quimioterápico. Discussão: O adenocarcinóide do apêndice é um tumor pouco frequente, raramente diagnosticado antes do tratamento cirúrgico. O diagnóstico histológico, muitas vezes não permite a diferenciação com o adenocarcinoma ou tumores neuroendócrinos, sendo necessário confirmação pela imunistoquímica. Não há consenso sobre as indicações cirúrgicas, entretanto nos tumores menores que 1cm, sem metástases linfonodais preconiza-se apenas a apendicectomia. Naqueles de maiores dimensões a colectomia direita associada a linfadenectomia é a opção mais utilizada. Quando existem linfonodos aumentados durante o ato cirúrgico a colectomia direita deve ser realizada independente da idade do doente e do tamanho do tumor. A presença de carcinomatose piora muito o prognóstico e, atualmente, preconiza-se a cirurgia citorrredutora (ressecção do tumor primário+peritonectomia+quimioterapia hipertérmica intraperitoneal), associada à quimioterapia sistêmica. Apesar de raro o adenocarcinóide de apêndice vermiforme deve ser considerado como possível causa de carcinomatose peritoneal.

**EP011 - ADIASPIROMICOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO**  
SILVA, R.G.; BECHARA, C.S.; BUZATTI, K.C.L.R.; ANDRÉ, A.C.P.; PROFETA DA LUZ, M.M.; LACERDA FILHO, A.; ALDEMAN, N.L.S.; ÁLVARES CABRAL, M.M.D.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Adiaspiromicose é uma infecção pulmonar fúngica rara, causada pelo fungo *Chrysosporium parvum* var *crecens*. A doença foi primeiramente descrita em roedores no Arizona por Emmons and Ashburn em 1942, e o primeiro caso em humanos foi publicado na França, em 1964. A infecção ocorre pela aspiração dos esporos (conídios) e a gravidade da doença depende da quantidade de esporos inalados. Lesões extrapulmonares causadas pela adiaspiromicose são mais raras, e já foram descritas na pele, peritônio, córnea e osso. Nosso objetivo é descrever um caso de adiaspiromicose intestinal sintomática. Relato de Caso: TMSG, sexo feminino, 23 anos, com diagnóstico de aplasia de medula grave, foi admitida no pronto atendimento de HC-UFMG com quadro de obstrução intestinal parcial. Após correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e início de antibioticoterapia houve melhora parcial do quadro, e posterior retorno dos sintomas. Diante da indefinição diagnóstica foi submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou área de estenose fibrótica em íleo terminal e mesentério adjacente com infiltração nodular endurecida, que foram ressecados. O estudo anátomo patológico evidenciou adiaspiromicose intestinal. Foi iniciado tratamento com anfotericina B. Evoluiu com melhora do quadro de obstrução no pós-operatório imediato, mas devido à gravidade da doença de base, faleceu 17 dias após o tratamento cirúrgico. Conclusão: Lesões extrapulmonares da adiaspiromicose são raras e acredita-se que são decorrentes de disseminação hematogênica do fungo. O acometimento intestinal pelo fungo *Chrysosporium parvum* var *crecens* deve ser uma hipótese diagnóstica em casos de lesão estenosantes semelhantes a doença de Crohn em pacientes imunossuprimidos.

**EP012 - AMOSTRA DAS CIRURGIAS COLOPROCTOLÓGICAS DO HOSPITAL SÃO RAFAEL EM QUATRO ANOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

AGUIAR, M.S.; CODES, L.M.G.; SOUZA, E.L.Q.; MANO, A.L.; VIDAL, T.Q.C.E.S.; CARDOSO, A.F.; ARAUJO, N.A.L.; BORGES, K.C.; AZARO FILHO, E.M.  
*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: RESUMO: Introdução: a residência médica em Coloproctologia no Hospital São Rafael (HSR) disponibiliza uma vaga anual desde 2007. O serviço dispõe de dois centros médicos para atendimento e realização de procedimentos cirúrgicos; o Hospital São Rafael, e o Hospital Dois de Julho (H2J). As cirurgias de maior complexidade são realizadas no HSR e as mais simples no H2J. Objetivo: quantificar o total de cirurgias coloproctológicas realizadas dentro dos quatro anos da residência médica no Hospital São Rafael (HSR). Material e métodos: foram catalogadas as cirurgias realizadas no período de fevereiro de 2007 a maio de 2011, pela equipe de coloproctologia desde a implantação da residência médica. Resultados: de oitocentos e setenta e seis pacientes operados, 518(59,13%) eram do gênero masculino, 358(40,87%) feminino; a idade variou de 14 a 89 anos com média de 49 anos. Foram realizados 992 procedimentos cirúrgicos, dentre esses 263 foram cirurgias de grande porte distribuídos da seguinte forma: 104(10,48%) retossigmoidectomias, 94(9,47%) colectomias, 31(3,12%) reconstruções do trânsito intestinal, 11(1,10%) enteropexias, 11(1,10%) amputações abdomino-perinais, dentre outras. As cirurgias de pequeno porte totalizaram 729 procedimentos sendo eles, 380(38,30%) hemorroidectomias, 154(15,52%) fistulotomias, 52(5,24%) fissurectomias, 37(3,74%) excisão e curetagem de cisto sacro-coccígeo, 29(2,92%) exérese de TU anais, 23(2,31%) drenagem de abscesso peri-anal, dentre outras. Conclusão: em 2011 a SBCP exigira para realização da prova de especialista em coloproctologia um mínimo de 50 operações coloproctológicas diversificadas (30% sobre o cólon e o reto), realizadas pelo próprio candidato no exercício profissional da especialidade. A quantificação dos procedimentos realizados por um serviço de residência e de suma importância para avaliar se esta instituição de ensino cumpre as exigências mínimas da sociedade médica para que o residente possa almejar o título de especialista.

**EP013 - APENDAGITE EPIPLÓICA – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

DAL PONTE, M.A.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; GALEAZZI, C.J.; MARTINS DE LIMA, R.G.; ESTOFOLETE, C.F.; SIMONI, A.L.; BEZERRA NUNES, W.F.; NETINHO, J.G.  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A apendagite epiplóica é uma condição clínica benigna e auto-limitada, ocorrendo entre a segunda e quinta década de vida, com incidência semelhante entre homens e mulheres, sendo o diagnóstico por TC de abdome e seu tratamento de caráter conservador. Objetivo: relatar um caso de apendagite epiplóica e realizar revisão do tema. Relato de caso: Paciente de 36 anos de idade, feminino, com dor em FIE e diagnóstico imagiológico de apendagite submetido a tratamento clínico com melhora do quadro. Discussão: A apendagite epiplóica resulta da torção ou da trombose venosa espontânea das veias que drenam os apêndices epiplóicos. Clinicamente apresenta-se por dor abdominal aguda localizada principalmente em quadrante inferior esquerdo. O diagnóstico se faz por tomografia computadorizada (TC) de abdome, sendo seu tratamento de caráter conservador, com resolução completa do caso em torno de 7 a 10 dias. Conclusão: Devido à melhora e a acessibilidade aos métodos de imagem diminuiu com isso a morbi-mortalidade da enfermidade e otimizou sua terapêutica, tornando esta com maior frequência um diagnóstico diferencial de dor em quadrante inferior esquerdo do abdome.

**EP014 - APENDICITE AGUDA EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE RETOSSIGMOIDECTOMIA**

SCHLINDWEIN, R.F.; CRUZ, J.V.; PEREIRA, G.B.; MOREIRA, A.M.S.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colo-retal é a terceira causa mais comum de morte por câncer, no Brasil. A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo. Objetivo: Relato de caso e análise do tema. Discussão: O caso demonstra a ocorrência de uma apendicite aguda, num pós-operatório de retossigmoidectomia, com difícil diagnóstico devido diagnóstico diferencial das principais complicações de cirurgias oncológicas gastro-intestinais como deiscências de anastomose e abscessos. Diagnóstico esse sugerido pelo exame de tomografia computadorizada e confirmado pela laparotomia. Conclusão: Este relato corrobora o conceito de que a apendicite é a principal causa de abdome agudo, independente da existência de outras patologias de base.

#### EP015 - ARTERIOGRAFIA EM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>

1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O sangramento digestivo é uma complicação da doença inflamatória intestinal, sendo mais prevalente na retocolite ulcerativa. Na doença de Crohn é mais raro, porém bastante grave, com uma alta taxa de mortalidade. É bem menos prevalente que fístulas, abscessos ou estenoses. Apresenta-se principalmente em pacientes com doença inflamatória ileal, porém pode apresentar-se no colon também. Sabe-se que grande parte dos pacientes com Crohn que apresentam hemorragia digestiva deverão ser submetidos a tratamento cirúrgico. Os estudos relatam que a combinação de endoscopia digestiva alta e arteriografia pode fazer o diagnóstico do local da lesão. A arteriografia é feita através da artéria femoral, com cateterização das artérias mesentéricas superior e inferior. Na fase aguda da doença de Crohn, este estudo mostra hipervascularização submucosa, com dilatação arterial, aumento da densidade capilar e enchimento venoso precoce. No caso de sangramento fica demonstrado o extravasamento de contraste para o lúmen intestinal, possibilitando ao cirurgião localização mais precisa do foco de sangramento, direcionando a ressecção. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 34 anos, que se apresentou no pronto socorro com quadro de enterorragia com repercussão hemodinâmica. Instituiu-se medidas de suporte e reposição volêmica. O tratamento clínico para o Crohn foi inicializado uma vez que o quadro clínico foi estabilizado (corticóide, derivados 5-ASA, infliximabe, dieta parenteral...). Reavaliada endoscopicamente a doença, demonstrou lesões desde íleo terminal até sigmóide. Durante sua internação voltou apresentar episódios de enterorragia necessitando reposição de derivados do sangue. Optado pela realização da arteriografia. O objetivo deste trabalho é demonstrar a relevância do exame em casos selecionados da doença com manifestação de sangramento importante. Neste caso foi fundamental a arteriografia para programação cirúrgica que permitiu a ressecção exclusiva do segmento de origem do sangramento, evitando maior trauma cirúrgico e ressecções ampliadas desnecessárias.

#### EP016 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ESTADIAMENTO DOS PACIENTES OPERADOS POR NEOPLASIA COLORRETAL NO SERVIÇO DE PROCTOLOGIA DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

FAYAD, J.B.<sup>1</sup>; ASSIS, V.F.<sup>2</sup>; PEIXOTO, L.P.<sup>3</sup>; VIZOTTO, L.<sup>4</sup>

1,2.HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3,4.FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Resumo: O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais incidente no Brasil (excluindo-se tumores de pele), possuindo uma estimativa de boa sobrevida quando o diagnóstico é precoce. Objetivo: Demonstrar os aspectos epidemiológicos de um Hospital Federal da Cidade do Rio de Janeiro, considerando o estadiamento da doença no momento do tratamento cirúrgico. Métodos: Análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes operados neste Serviço para tratamento de câncer colorretal, no período de maio de 2009 e maio de 2011, avaliando-se entre outros dados a descrição cirúrgica, laudo histopatológico e exames complementares de Imagem. Resultado: Constatamos discreta predominância no sexo feminino (53,66%), maior localização no cólon E(76,8%), incidência maior no estágio II, média de idade de 64 anos e tipo histológico predominante adenocarcinoma (95%). Foram excluídos os casos de carcinoma do canal anal.

#### EP017 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MEGACÓLON CHAGÁSICO E NEOPLASIA MALIGNA FUSOCELULAR – RELATO DE CASO

BRASIL, A.M.S.; BARBOSA, R.M.; ISAAC, R.R.; ALMEIDA, A.C.; MOREIRA JÚNIOR, H.; MOREIRA, J.P.T.; GARCIA, H.J.P.; LIMA, T.C.

UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: Introdução: A associação entre doença de Chagas e câncer colorretal é rara. Foram descritos na literatura 13 casos de associação entre megacólon chagásico e câncer colorretal, nenhum destes de neoplasia fusocelular maligna. Objetivo: Relatar o caso de paciente com megacólon chagásico e neoplasia maligna fusocelular. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 75 anos, branca. Admitida pela Cardiologia com queixa de dispnéia, diarreia e hematoquezia volumosa, sendo politransfundida com 08 concentrados de hemácias. História de obstipação há 3 anos (até 12 dias sem evacuar), com esforço evacuatório e uso de laxantes. Comorbidades: obesidade e hipertensão arterial. Refere contato com triatomíneos. Nega tabagismo. Nega casos de neoplasia ou doença de Chagas na família. Ao exame físico apresentava abdome globoso sem massas palpáveis. Toque retal com sangue em dedo de luva, sem lesões tocáveis. Realizou colonoscopia que evidenciou doença diverticular dos cólons poupando reto e sigmoide e lesão estenosante de parede de cólon sigmoide a 20cm da borda anal obstruindo 60% da luz intestinal. CEA de 2,33ng/mL. A tomografia de abdome evidenciou calcificação na parede da vesícula biliar (porcelana), lesão sólida, vegetante, em cólon sigmoide, com realce heterogêneo após injeção de contraste endovenoso, sem sinais de infiltração da gordura mesentérica adjacente. Endoscopia digestiva alta normal. Sorologia para Chagas positiva, com ensaio imunoenzimático e hemaglutinação reagentes. Estudo histopatológico de biópsia realizada durante a colonoscopia foi inconclusivo, porém com sinais de malignidade da lesão. Realizado tratamento cirúrgico com retossigmoidectomia à Hartmann. No intra-operatório foi evidenciado megassigmoide e megarreto a jusante da tumoração de cólon sigmoide. Foram ainda identificadas 2 lesões nodulares de fígado em segmentos II e VI. O estudo histopatológico da peça cirúrgica foi compatível com tumor maligno de células fusiformes, e não foi possível definir a histiogênese da lesão com a himunoistoquímica. Observou-se a presença de plexite e mioosite, sem, entretanto, ocorrer diminuição

do número de celular ganglionares da parede do cólon. A paciente foi a óbito 37 dias após a cirurgia por quadro de pneumonia. Discussão: Associação entre megacólon chagásico e câncer é rara. Dentre os casos descritos na literatura apenas sete apresentavam a lesão na área dilatada do cólon e apenas três casos tiveram comprovação da colopatia chagásica através do estudo histopatológico. Nenhum caso teve o RIRA (reflexo inibitório retoanal) avaliado. A paciente em questão não realizou estudo manométrico devido às condições clínicas desfavoráveis e, portanto, não teve a comprovação da colopatia chagásica, apesar do diagnóstico cirúrgico de megacólon. Conclusão: Apresentou-se uma possível associação entre megacólon chagásico e neoplasia maligna fúscelular não descrita ainda na literatura.

#### **EP018 - CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CANAL ANAL SINCRÔNICO COM ADENOCARCINOMA DE RETO**

**SIA, O.N.; CUNHA, D.O.; BEDRAN, J.C.; CORRÊA NETO, I.J.F.; WATTE, H.H.; SOUZA, R.F.; ROLIM, A.S.; ROBLES, L.**  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os adenocarcinomas sincrônicos de cólon ocorrem em 3 a 8% dos casos, no entanto são raríssimos os relatos na literatura de carcinoma espinocelular de canal anal sincrônico com adenocarcinoma de reto ou colon. Objetivos: Descrever relato de caso de paciente com carcinoma espinocelular (CEC) de canal anal sincrônico com adenocarcinoma de reto e fazer revisão de literatura sobre o tema, incluindo as opções terapêuticas. Materiais e métodos: Paciente 70 anos, feminina, branca com história de há 2 anos ter notado lesão vegetante em região anal. Evoluiu com hematoquezia, dor abdominal, hiporexia e perda ponderal. Ao exame físico apresentava lesão vegetante circunferencial em canal anal medindo 5 cm de extensão. Realizada biopsia que demonstrou tratar-se de CEC moderadamente diferenciado de canal anal. Realizou colonoscopia que revelou lesão vegetante de 5 cm de extensão em região perianal e lesão ulcero-vegetante em reto a 14 cm da borda anal estenosante que não permitiu a progressão do aparelho. O anatomopatológico da lesão do reto revelou: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Iniciado quimioterapia e radioterapia de acordo com o esquema NIGRO com o intuito de tratamento do carcinoma espinocelular de canal anal. Realizou um ciclo de quimioterapia associado a radioterapia (10,8 Gy). Sete dias após o primeiro ciclo evoluiu com quadro de obstrução intestinal, sendo abordada em caráter de urgência. Foi submetida a Retossigmoidectomia com confecção de colostomia terminal, exame anatomo-patológico revelou: adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando até tecido adiposo pericólico com 16 linfonodos positivos de 17 dissecados e linfonodo intercavo-aórtico positivo. Paciente apresentou instabilidade hemodinâmica no intra-operatório. Evoluiu desfavoravelmente no pós-operatório, vindo a óbito por choque séptico no 43º dia pós operatório. Discussão: O câncer de canal anal é uma neoplasia incomum, contribuindo com cerca de 1% a 2% dos cânceres intestinais. O CEC representa a maioria dos tumores com cerca de 80% dos casos de neoplasia de canal anal, ao contrário do adenocarcinoma que representa 90% dos tumores malignos colônicos. Na literatura revisada, foram encontrados raros casos de associação de CEC de canal anal com adenocarcinoma de reto, não somando 10 casos ao todo. Conclusões: São raros os relatos de tumores sincronicos de diferentes tipos histológicos em reto e por isso é pouco conhecido a melhor opção terapeutica e a sobrevida.

#### **EP019 - CARCINOMA ESPINOCELULAR METASTÁTICO EM CÓLON**

**DOMINGUES, M.L.B.<sup>1</sup>; PRETE, P.R.<sup>2</sup>; BRESSIANI, V.<sup>3</sup>; CARMO, A.M.D.<sup>4</sup>; RODRIGUES, A.C.M.B.<sup>5</sup>; RIBEIRO, E.R.<sup>6</sup>; TEIXEIRA, M.G.<sup>7</sup>; GAMA, A.H.<sup>8</sup>**

*1,2,6,8.HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA- PRO-GASTRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3,4,5.HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - PRO-GASTRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7.HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA-PRO-GASTRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Título:CARCINOMA ESPINOCELULAR METASTÁTICO EM CÓLON. Autores: Rodrigues, ACMB; Domingues, MLB; Ribeiro, ER; Bressiani, V; Prete, PR; Carmo, AM; Franzini, MFZ; Habr Gama, A; Teixeira, MG. OBJETIVO: Este trabalho tem como finalidade relatar caso raro, de carcinoma espinocelular metastático em cólon sigmóide. Relato de caso: J.A.O, masculino, 76 anos, branco, aposentado. Q.P.D: Abaulamento anal e diarreia há 1 ano. H.M.A: Paciente relatava que há 1 ano apresentava abaulamento perianal que o incomodava, associado à alteração do hábito intestinal (diarreia); negava hematoquezia e perda ponderal. A.P: Cardiopatia e Hipertensão Arterial Sistêmica. Investigação diagnóstica: Retossigmoidoscopia flexível: presença de divertículos; lesão expansiva e infiltrativa de reto, a 17cm da borda anal, 4cm de diâmetro. Realizada biópsia. Anátomo Patológico (AP): Carcinoma pouco diferenciado de padrão basalóide, infiltrando a mucosa retal. Colonoscopia: Doença Diverticular dos Cólon; pólipos colônicos (transverso e descendente, realizada polipectomia. AP: (adenoma tubular e pólipos hiperplásico); lesão infiltrativa, friável, que estendendo-se de 16-19cm da borda anal, ocupando a parede lateral da superfície colônica. AP: Carcinoma Espinocelular. Paciente foi submetido à Retossigmoidectomia à Hartmann, (12/04/2011) e realizada biopsia de lesão canal anal. AP: Sigmóide - Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado infiltrativo, de aspecto metastático e um linfonodo perirretal. Canal Anal - Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado infiltrativo. A neoplasia de células escamosas de reto e cólon é uma entidade extremamente rara, correspondendo a menos de 0,025% de todos tumores malignos do cólon. A sintomatologia é inespecífica favorecendo o diagnóstico tardio. O diagnóstico ocorre entre 39-93 anos, com média de 57 anos. A incidência maior ocorre no sexo feminino (66%). O tratamento de primeira escolha consiste em ressecção cirúrgica. A técnica cirúrgica depende das características do tumor: tamanho, localização, profundidade da invasão e locais de metástases à distância. Todos os pacientes devem ser submetidos à radioterapia e quimioterapia adjuvante. O marcador tumoral denominado Antígeno do Carcinoma de Células Escamosas (SCCAg) tem sido utilizado para monitorar a resposta pós tratamento e progressão da doença. Conclusão: A colonoscopia é exame indispensável no tratamento de qualquer lesão anal.

#### **EP020 - CASUÍSTICA DE CIRURGIAS COLORRETAIS POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL**

**CARDOSO, A.E.; AZARO FILHO, E.M.; VIDAL, T.Q.C.E.S.; ARAUJO, N.A.L.; AGUIAR, M.S.; SOUZA, E.L.Q.; MANO, A.L.; CODES, L.M.G.**

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

Resumo: Introdução: A perspectiva de oferecer aos doentes portadores de doenças do cólon e do reto tratamento cirúrgico menos invasivo, associado a menor dor, permanência hospitalar mais curta e retorno

mais precoce às atividades pessoais, levou diversos cirurgiões a provar a exequibilidade da cirurgia colorretal por acesso videolaparoscópico. Desde 1991 a cirurgia colorretal laparoscópica está em expansão, estando bem consolidada desde o tratamento de doenças benignas até malignas. Objetivo: Apresentar a experiência no tratamento das afecções colorretais utilizando o acesso videolaparoscópico no último ano. Métodos: Análise retrospectiva de todas as cirurgias laparoscópicas colorretais realizadas no serviço de coloproctologia do HSR de maio de 20 a maio de 2011. Resultados: 24 pacientes foram submetidos a cirurgias colorretais por laparoscopia com uma média de idade de 49 anos, sendo 71% (17) mulheres. As principais indicações cirúrgicas foram por doença diverticular (25%/ 6) e neoplasia (42%/10) e as cirurgias mais frequentemente realizadas foram retossigmoidectomia (54%/13) e colectomia total (9%/2). A mortalidade e a taxa de conversão da amostra foi nula. Discussão e Conclusão: Intervenções cirúrgicas colorretais laparoscópicas podem ser realizadas em todos os pacientes, independente de idade e/ou sexo. As contra-indicações são as mesmas inerentes às intervenções convencionais. Todas as técnicas cirúrgicas colorretais podem ser executadas por via laparoscópica, preservando-se os princípios oncológicos estabelecidos, demonstrando que a limitação é do cirurgião e não do método. Complicações antes frequentes como lesão visceral e sangramentos devido à utilização de instrumental cirúrgico inadequado, manobras intempestivas ou dificuldade no reconhecimento anatômico quando da presença de aderências intraperitoniais excessivas; hoje são evitadas na medida em que a equipe cirúrgica acumula experiência com o método e o material cirúrgico é aperfeiçoado.

#### **EP021 - CIRURGIA COLORRETAL VIA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO – RELATO DE CASO REALIZADO PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

SANTOS, G.A.; COUTINHO, C.P.; ANDRADE, M.M.A.; FERREIRA, R.M.R.S.; MEYER, M.M.; SAMPAIO, D.V.; NEVES, P.M.; CONSTANTINO, J.R.M.; CRUZ, G.M.G.

SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Apresentar relato de caso de cirurgia colorretal videolaparoscópica realizada por portal único pelo Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e seus resultados. O acesso laparoscópico em cirurgias colorretais representa um grande avanço em proporcionar recuperação mais rápida dos pacientes. Os materiais utilizados nos procedimentos e o tempo operatório estão associados a custos mais elevados, porém, a experiência do cirurgião e a diminuição de tempo operatório, a tendência de redução de preço dos materiais, e medidas de fast track demonstram potencial para contrabalançar ou superar os custos impostos pelo método, tornando viável e possivelmente vantajosa a via laparoscópica. O Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte, coordenado pelo Prof. Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz, realizou no período de maio de 2009 a maio de 2011, 180 casos de cirurgias videolaparoscópicas, sendo a maioria realizada no Hospital Central e em pacientes do SUS. De maneira inovadora e pioneira, no dia dezessete de setembro de 2010 foi realizada a primeira cirurgia colorretal por via de acesso único, do inglês, “single port”; no estado de Minas Gerais por este grupo. MATERIAL E MÉTODOS: Foi utilizado dispositivo composto por uma plataforma em gel (“GEL POINT”; fabricante APPLIED MEDICAL, registro RMS 10334020022) acoplado a um retrator de ferida operatória (“ALEXIS”) e através do gel são colocados trocartes, que permitem a passagem de câmara

de videocirurgia e instrumentos para realização da cirurgia por “Single port”. Tudo por uma incisão de 4 cm ao redor do umbigo do paciente. Participaram da cirurgia os assistentes do GCP, Dr. José Roberto Monteiro (cirurgião), Dr. Peterson Martins Neves (1º auxiliar), Dr. Antonio Carlos e Dra. Caroline Coutinho (médicos residentes), além de representantes do fabricante do equipamento, vindos de Curitiba-PR, que relataram ser esta a primeira cirurgia colorretal realizada no Brasil com este equipamento. A paciente foi I.P.A., atendida no CEM/Santa Casa-Ambulatório do Grupo de Coloproctologia, com diagnóstico de adenocarcinoma do cólon transversal. Além da doença de base, era portadora do vírus HIV. A cirurgia realizada foi a hemicolectomia esquerda alargada. RESULTADOS: O tempo cirúrgico foi de 1h e 53 minutos e a paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, retornando com suas funções intestinais e com dieta oral no 1º dia e recebendo alta hospitalar no 3º dia. CONCLUSÃO: A cirurgia videolaparoscópica realizada por meio de acesso único, single port, é uma técnica efetiva para procedimentos colorretais, proporcionando resultados oncológicos semelhantes às técnicas laparotômica e videolaparoscópica convencional, melhores resultados na recuperação do paciente e ótimo efeito cosmético.

#### **EP022 - CIRURGIA DE KRASKE NO TRATAMENTO DE TUMOR RETORRETAL: RELATO DE CASO**

FERREIRA, L.S.M.; MENDONÇA, R.S.; MENDES, C.R.S.; SAPUCAIA, R.A.

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Relatar um caso de tumor retrorretal, desde a abordagem diagnóstica até o tratamento cirúrgico por incisão de Kraske. MATERIAL E MÉTODOS: Trabalho realizado no Hospital Santa Izabel em Salvador-BA, através da revisão de prontuário médico hospitalar e resgate dos exames realizados pela paciente. RELATO: Sra VRM, 34a, portadora de tetraparesia secundária a mielite cérvico-dorsal, seqüela de polirradiculite pós-vacinal. Evoluiu com aparecimento de tumoração posterior em nádegas. Ao toque retal, mucosa do reto íntegra, porém aparente compressão extrínseca posterior. Retossigmoidoscopia: normal. À TC de pelve, formação expansiva lobulada, com septos no seu interior, no espaço retrorretal, em íntimo contato com a parede posterior do reto, medindo 5,2 X 5,0 X 4,4cm, sem contiguidade com o canal vertebral, mista, com conteúdo líquido associado a densidade de partes moles. RNM de pelve mostrou formação cística retrorretal lobulada e multisseptada circunscrita (5,3X5,5X4,4cm), sem alterações da gordura adjacente ou comunicação com o canal medular sacral, mostrando áreas com conteúdo protéico elevado. Foi programada cirurgia, sendo realizado acesso posterior de Kraske, com dissecação e exérese de massa sólido-cística, sem lesão à estrutura ressecada. Procedimento sem intercorrências. Alta no 2º PO, evoluiu sem abscesso, fístula ou outra complicação. À anatomopatologia, diagnosticado cisto seroso; sendo prosseguida investigação imunoistoquímica, chegou-se ao diagnóstico de cisto celomático, sem sinal de malignidade ou potencial progressivo/agressivo. CONCLUSÕES: Faz-se importante, portanto, conhecer as possibilidades diagnósticas entre os tumores retrorretais e as formas menos mórbidas de abordagem cirúrgica em cada caso, neste caso a incisão de kraske.

#### **EP023 - CISTO EPIDERMÓIDE DE LOCALIZAÇÃO RETORRETAL: RELATO DE 2 CASOS**

DE LIMA JUNIOR, S.F.; ISHAK, G.; DE ARAÚJO, W.J.P.; ALBUQUERQUE, B.C.M.; ROSAS, M.A.S.C.B.; LOBO, C.C.G. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: Cistos epidérmicos são tumores de natureza benigna, de crescimento lento, elevados, redondos, firmes, intradérmicos ou subcutâneos, que param de crescer após atingirem de 1 a 5 cm de diâmetro, sendo normalmente assintomáticos; a maioria desses cistos surge, espontaneamente, nas áreas em que há pêlos, mais comumente na face, no couro cabeludo, no pescoço e no tronco e, ocasionalmente, nas palmas das mãos e plantas dos pés, podendo ser resultado de um traumatismo. Discussão: Apresentaremos dois relatos de cisto epidérmico de localização retro-retal: 1º caso foi um paciente de 67 anos, sexo masculino, apresentando quadro de dor abdominal em região infra-umbilical em cólicas, que irradia para o dorso há aproximadamente 10 anos, intensificada após alimentação, associado à diarreia líquida-pastosa com eliminação de sangue vermelho vivo. 2º caso: Paciente, sexo feminino, 66 anos, com poucas queixas anorretais, apenas desconforto local há 8 anos, após exame de RM da pelve e toque retal, foi evidenciado tumor retro-retal de 6x6x8cm. Os pacientes foram submetidos à exérese de tumor retro-retal por acesso de Krask, apresentando histopatológico com resultado de cisto epidérmico com processo inflamatório crônico e reação xantomatosa e gigantocelular do tipo corpo estranho nos tecidos adjacentes em ambos os casos. Conclusão: Estes relatos de casos mostram uma localização incomum do cisto epidérmico, onde temos que realizar o diagnóstico diferencial entre as massas retro-retais, nas quais o diagnóstico definitivo somente será elucidado com o anatomopatológico, devendo no intra-operatório seguirmos os princípios oncológicos.

**EP024 - CISTOADENOMA DE APÊNDICE: RELATO DE CASO**  
BERALDO, F.B.; MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; CURY, R.M.; YAMAGUCHI, F.Y.; YAMAGUCHI, N.; CUNHA, J.P.B.; CALDAS GARCEZ, S.R.  
*GASTROCIROURGIA/ COLOPROCTOLOGIA HSPE-SP, SP, SP, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: O cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal, um tipo de mucocelo do apêndice, é uma neoplasia benigna caracterizada pela metaplasia focal ou difusa do epitélio superficial da mucosa, associada à dilatação do apêndice e produção de muco para a luz apendicular. É uma entidade rara e ocorre de 0,07 – 0,3% das apendicectomias. OBJETIVO: Os autores apresentam caso de paciente feminina, com cistoadenoma de apêndice cecal tratada por colectomia direita videolaparoscópica no Serviço de Gastrocirurgia e Coloproctologia do HSPE-SP. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso com levantamento de dados do prontuário. RELATO DO CASO: R. S. D. 62 anos, branca, sem comorbidades, tabagismo ou etilismo. Apresentava dor em hipogástrico e fossa ilíaca direita (FID) há 6 meses, associados a episódios de diarreia. Sem perda ponderal. Exame físico: massa palpável em FID. TC abdome: massa sólida em topografia de ceco e apêndice cecal, ausência de linfonomegalia ou lesão secundária, presença de pequena quantidade de líquido livre em FID. Colonoscopia: presença de edema e hiperemia de em óstio apendicular. Ausência de lesões colônicas. Realizada videolaparoscopia sendo identificado tumor endurecido em apêndice cecal com infiltração de ceco e válvula íleo-cecal. Indicada colectomia direita com linfadenectomia e íleo-transverso anastomose extra-corpórea término lateral manual plano único. O paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no 5º dia de pós-operatório. O estudo anatomo-patológico descreveu lesão de 8,0cm X3,5cm X 3,0cm de origem epitelial: cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal, sem infiltração de ceco, sem infiltração angio-linfática. CONCLUSÃO: O acesso videolaparoscópico para tratamento de cistoadenoma de apêndice é

uma cirurgia segura, levando-se em conta a manipulação cuidadosa e retirada da peça com proteção de parede abdominal.

**EP025 - COMPLICAÇÃO TARDIA APÓS PASSAGEM DE ENDOPRÓTESE NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL OBSTRUTIVO**

GOMES, C.M.C.N.<sup>1</sup>; KLUG, W.A.<sup>2</sup>; FANG, C.B.<sup>3</sup>; SOUSA, A.V.<sup>4</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>5</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>6</sup>  
*1,2,3,5,6.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** A prótese metálica auto expansível tem sido usada como paliativa ou tratamento “ponte” no câncer colorretal obstrutivo. Porém diversas complicações são descritas com o uso da mesma. Este é um caso de uma paciente do sexo feminino de 78 anos que durante investigação para uma lesão em reto, evoluiu com obstrução colônica após realizar preparo de cólon para colonoscopia. Optou-se pela passagem de prótese metálica em reto e realização de cirurgia definitiva em um segundo momento. A paciente foi submetida a amputação abdomino perineal de reto 6 semanas após passagem da endoprótese. No intraoperatório observou-se abscesso pélvico associado a firme aderência entre o reto perfurado com prótese parcialmente extrusa e o sacro, impedindo assim a realização de uma anastomose colorretal. Observamos que para pacientes com lesão potencialmente curável, o uso de prótese para obstrução colônica maligna deve ser considerado quando a cirurgia está agendada logo após a inserção da prótese.

**EP026 - CONSEQUÊNCIAS NA MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA DO RETO ALTO E MÉDIO APÓS USO DE PPH PARA TRATAMENTO DA RETOCELE - LIÇÕES APRENDIDAS**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>  
*1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Este trabalho visa chamar atenção quanto aos aspectos peculiares da irrigação arteriovenosa do reto alto e médio, que podem advir após uso do PPH para tratamento de retocele de terço inferior da vagina, conforme proposto por Longo. Paciente feminina, 47 anos, com quadro clínico de constipação severa. Iniciada investigação realizou manometria anorretal que se apresentava sem alterações e Ressonância Magnética Dinâmica do períneo onde foi constatada retocele de terço distal da vagina. Ainda conforme protocolos para investigação da patologia, realizou tempo de trânsito colônico que constatou inércia colônica ( mais que 75% dos marcadores distribuídos por todo colon) porém, fazia uso de drogas (antidepressivos e ansiolíticos), que poderiam interferir na motilidade colônica. Realizado outro estudo de tempo de trânsito colônico na ausência destas medicações que resultou normal. Conforme o quadro clínico e exames subsidiários foi caracterizada como portadora de síndrome obstrutiva distal devido retocele ( score > que 12 segundo Wexner). Tratada cirurgicamente segundo técnica proposta por Longo, evoluiu com melhora do quadro clínico. Entretanto, devido necessidade de reintrodução das medicações citadas, retornaram os sintomas. Proposta uma ressecção segmentar de retossigmóide por vdl quando durante o procedimento foi constatada isquemia do coto retal. Realizada colostomia terminal com cólon esquerdo. Evoluiu com constipação incapacitante. Proposta e realizada colectomia total com anastomose fleorretal, com ileostomia protetora. Apresentou fístula retovaginal após 15 dias do procedimento. Após 2 abordagens

por laparotomia para tratamento da fístula e 2 recidivas desta, foi optado por descartar o coto retal e realizada anastomose ileoanal.

**EP027 - CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA RETAL COM PROCEDIMENTO DE DELORME: RELATO DE CASO**

FEITOSA GOMES, J.W.<sup>1</sup>; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.<sup>2</sup>; BERHALDO, F.B.<sup>3</sup>; FLANK, I.<sup>4</sup>; LOURENÇO, R.S.<sup>5</sup>; DO VALLE, M.A.S.<sup>6</sup>; OBA, V.S.<sup>7</sup>; GOMES, S.V.<sup>8</sup>  
1,2,3,7.HSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4,5,6,8.C.H. MANDAQUI, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A procidência retal é uma entidade clínica pouco comum que consiste na prolapso da espessura total do intestino, relacionada à alteração do hábito intestinal, doenças neurológicas, cirurgias perineais dentre outros com principal queixa de protusão anal, além de incontinência fecal e sangramento. Objetivo: Apresentar a correção da procidência retal com a cirurgia de Delorme. Material e método: Revisão de prontuário e da literatura. Resultado: Paciente, F.B.S., 74 anos, homem, hipertenso e portador de hipertrofia prostática e de insuficiência cardíaca, deu entrada no PS do Hospital do Mandaqui – SP com queixa de dor abdominal em abdome inferior de longa data e saída de massa pelo ânus há 15 dias. Ao exame, foi evidenciado procidência retal de 12 cm com áreas de mucosa necrótica, edemaciada e irreduzível. Abdome globoso, flácido e indolor a palpação. Optado pela correção cirúrgica de urgência pelo procedimento de Delorme que consiste na incisão da mucosa a 01 cm proximal da linha pectínea, separando a mucosa da muscular até o ápice do intestino protuso. A mucosa é excisada e a muscular desnuda é retraída, sendo sanfonada e fixada. Em seguida, as bordas da mucosa são suturadas. Paciente recebeu alta com dieta laxativa no 5º pós-operatório, ao toque retal evoluiu com hipotonia esfinteriana sem queixas clínicas e hábito intestinal normal. Conclusão: Existem algumas técnicas para correção, mas devido as condições clínicas do paciente e tempo cirúrgico menor tem-se na técnica de Delorme uma opção terapêutica nesses casos selecionados. Lembrar que esse procedimento não é isento de complicações, sendo as mais comuns sangramento, deiscência, incontinência e recorrência.

**EP028 - CORREÇÃO DE PROLAPSO DE ILEOSTOMIA A BROOKE: UMA TÁTICA CIRÚRGICA**

MENDONÇA, R.S.; FERREIRA, L.S.M.; MENDES, C.R.S.; SAPUCAIA, R.A.

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Descrever uma tática cirúrgica para correção de prolapso de ileostomia a Brooke. MATERIAL E MÉTODOS: Feito registro fotográfico dos passos da tática cirúrgica e consulta ao Prontuário Médico. RELATO: JRA, 49 anos, portador de ileostomia a Brooke definitiva secundário a tumor de reto recidivado com carcinomatose peritoneal, em quimioterapia paliativa, estável, evoluiu com prolapso da ileostomia, e sinais de sofrimento de alça com edema considerável tanto em alça proximal prolapsada como em alça distal. Levado ao Centro Cirúrgico, paciente sob raquianestesia, optado por abordagem local com dissecação circular preservando cerca de 0,5cm da fixação da ileostomia à pele adjacente da alça proximal, sem dissecar essa região da alça distal, associado a dissecação por planos da parte originalmente preservada da parede posterior que unia os dois orifícios da ileostomia. Procedida então dissecação até excisão de toda região prolapsada preservando o meso da alça remanescente. Refixação da alça remanescente aos 0,5cm de tecidos preservados que estavam fixados à pele, e anastomose entre as alças proximal e distal para reconstrução da parede posterior originalmente

preservada, sempre com fio absorvível poliglactina 910 Nr 3.0. Houve regressão do edema da alça distal, e o paciente teve alta do procedimento no 3º PO, sem intercorrências. CONCLUSÕES: Em casos de prolapso de ostomias, é importante adotar procedimentos cirúrgicos menos invasivos desde que possíveis, sempre pensando no benefício ao doente.

**EP029 - CÁPSULA ENDOSCÓPICA RETIDA EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

DA SILVA, D.C.; NOGUEIRA, F.S.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.

HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A cápsula endoscópica é um exame indicado para diagnóstico de doença de Crohn, porém, entre as complicações está a retenção da cápsula, que chega a 5%. OBJETIVO: Relatar caso de cápsula endoscópica retida em paciente portador de doença de Crohn fibroestenotante. RELATO DE CASO: paciente masculino, 47 anos, com diagnóstico de doença de Crohn há três anos, em uso de azatioprina 100mg/dia e infliximabe 200mg de 7/7 semanas. Indicado exame com cápsula endoscópica para confirmação diagnóstica. A cápsula endoscópica evidenciou múltiplas erosões nas porções jejunais e ileais, de aspecto aftóides e serpiginosas, porém houve retenção da mesma em segmento ileal. Permaneceu durante três anos assintomático, sendo então submetido a laparotomia exploradora: evidenciado espessamento de intestino delgado e quatro áreas de estenoses a 110 cm da válvula íleo-cecal e a cápsula endoscópica impactada na estenose mais distal à válvula íleo-cecal. Realizado enterectomia de 50 cm e anastomose látero-lateral com grampeador linear 75 mm. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há um ano com a profilaxia medicamentosa (azatioprina 100mg/dia e infliximabe 200mg de 7/7 semanas) para doença de Crohn. DISCUSSÃO: A doença de Crohn fibroestenotante é uma contra-indicação ao uso da cápsula endoscópica, pois pode ocorrer retenção da mesma, necessitando de tratamento cirúrgico.

**EP030 - DIVERTICULITE JEJUNAL PERFURADA COMO CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO. RELATO DE CASO**

ROTTA, C.M.; MORAES, J.F.; MORAES, F.O.; ROTTA, T.C.A.; GREGORIO, J.V.A.M.; MARANGONI, B.B.; DE MELLO, V.E. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, MOGI DAS CRUZES, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: relatar o caso de um paciente com diverticulite jejunal perforada como causa rara de abdome agudo perforativo. Método: relato de caso - paciente de 61 anos, sexo masculino, finlandês, com quadro de dor e distensão abdominal há 3 dias, sem outras queixas. Ao exame físico encontrava-se em mau estado geral e ao exame abdominal apresentava sinais de irritação peritoneal. Raio X de abdome foi visto distensão gasosa e níveis hidroaéreos e laboratorialmente discreta leucocitose sem desvio. Foi optado por realizar laparotomia exploradora, onde foi encontrado líquido livre na cavidade, edema, distensão e hiperemia de alça de delgado; múltiplos divertículos em jejuno e 2 perfurações a cerca de 80 cm do ângulo de Treitz. Realizado enterectomia em todo segmento acometido pela doença. O reestabelecimento do trânsito foi feito através de anastomose término-terminal com planos únicos e contínuos de sutura. Paciente foi acompanhado por 3 meses sem complicações. Resultados: diante do quadro apresentado aventaríamos uma série de hipóteses mais comuns do que o ocorrido. Os divertículos são frequentemente encontrados no intestino grosso sendo incomuns no intestino delgado, dentre os divertículos de delgado os de região

jejunal são os mais incomuns com incidência menor que 0,5%. Os divertículos de intestino delgado são mais frequentemente de duodeno, porém sua sintomatologia e complicações ocorrem mais comumente quando presentes na região jejunoileal. A apresentação clínica varia desde formas assintomáticas até sintomas abdominais crônicos, sendo raras as complicações tornando o diagnóstico precoce dificultado. Ao se tratar de diverticulose jejunal as complicações incluem hemorragia gastrointestinal, diverticulite e abdome agudo perforativo, nestes casos, os sintomas apresentam-se de forma aguda. Devido a sua raridade e a falta de sintomatologia, o diagnóstico dos divertículos jejunais torna-se em sua maioria incidental através de exames de imagem ou laparotomia. Nos pacientes com diverticulite jejunal que evoluem com complicações agudas, o que ocorre em 10 a 19% dos casos, a laparotomia exploradora torna-se o melhor método diagnóstico e curativo. Nas complicações agudas, a ressecção do segmento envolvido e a anastomose primária tem sido o procedimento de escolha. Procedimentos cirúrgicos menores estão associados à mortalidade 3 vezes maior. A mortalidade total gira em torno de 24%, sendo 14% relacionada ao procedimento cirúrgico. A alta mortalidade está relacionada a idade avançada da maioria dos pacientes, assim como o diagnóstico e tratamento tardio. Conclusão: no caso descrito o diagnóstico e a intervenção cirúrgica foram conduzidos de maneira rápida e precisa, tendo o paciente evoluído com melhora do quadro e sem graves complicações. Porém devemos estar alertas, pois a perfuração diverticular jejunal é uma complicação rara e, portanto, frequentemente, negligenciada como causa de abdome agudo em idosos. Devendo ser considerada no diagnóstico diferencial.

#### **EP031 - DIVERTICULITE PERFURADA DE JEJUNO POR ENTERÓLITO JEJUNAL**

ALMEIDA, M.G.; SILVA, D.L.F.; VALENCIANO, J.S.; NONOSE, R.; MARTINEZ, C.A.R.; MELLO, R.O.; SANTOS, E.C.C.; ARRUDA, M.G.; CUNHA, F.L.

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A perfuração do intestino delgado secundária à diverticulite jejunal causada por enterólito é uma condição extremamente rara. Revisão da literatura mostra que existem apenas 37 casos publicados. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de perfuração do intestino delgado causada por enterólito formado no interior de um divertículo jejunal. **RELATO DO CASO:** Mulher com 86 anos foi atendida quadro de dor abdominal difusa há 4 dias apresentando sinais de peritonite generalizada. Após a recuperação hidroeletrólítica e realização de exames laboratoriais e de imagem foi submetida a laparotomia exploradora de urgência com o diagnóstico de abdome agudo inflamatório. A cirurgia mostrou que a paciente apresentava doença diverticular do intestino delgado localizada, principalmente, no jejuno proximal. A peritonite ocorreu em consequência a perfuração intestinal causada por enterólito, medindo 8 cm de diâmetro e localizado dentro de um dos divertículos. O segmento intestinal perfurado foi removido realizando-se uma anastomose término-terminal para reconstrução do trânsito. A recuperação pós-operatória transcorreu sem intercorrências tendo a paciente recebido alta no quinto pós-operatório. Apresenta-se bem um ano após o procedimento cirúrgico. **CONCLUSÃO:** Apesar de rara a perfuração do intestino delgado por enterólitos localizados em divertículos jejunais deve, deve ser sempre considerada, principalmente no paciente idoso, quando as causas mais comuns de peritonite foram excluídas.

#### **EP032 - DIVERTÍCULO GIGANTE DO SIGMÓIDE: RELATO DE CASO**

SILVESTRE DE ALENCAR, S.S.; MARIZ MAIA, J.I.P.; PINHEIRO, L.V.; DE ARAÚJO, G.R.; MACIEL NETO, J.J.; NETO, M.M.; DO AMARAL, B.M.; CORREA, R.S.

*UFRN, NATAL, RN, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: relatar o caso de uma paciente com divertículo gigante do sigmóide (DGS) operado em nosso serviço e apresentar revisão da literatura sobre o tema. Metodologia: A metodologia empregada foi a revisão do prontuário da paciente com DGC admitida no Hospital Universitário em janeiro de 2011 para construção do relato. Resultados: M.S.S, feminino, 65 anos, há dois meses apresentando dor abdominal de forte intensidade, localizada em quadrante inferior esquerdo (QIE), contínua e com piora progressiva nos últimos 08 dias. Referiu ainda distensão abdominal e náuseas. Ao exame apresentava abdome assimétrico, doloroso à palpação profunda em QIE, massa volumosa palpável, lisa, móvel, tensa e timpânica. Exames laboratoriais evidenciavam uréia de 113mg/dl e creatinina de 2.4mg/dl. A ultrassonografia mostrou hidronefrose importante à esquerda e interposição de gás localizado no QIE sugerindo patologia do cólon. Em seguida uma tomografia computadorizada evidenciou litíase ureteral média a esquerda associada à ureterohidronefrose, formação cística na topografia de fossa ilíaca esquerda e volumosa formação arredondada, contendo gás no seu interior, ocupando parcialmente a fossa ilíaca e flanco esquerdo, sugerindo volumoso divertículo colônico. Submetida à laparotomia exploradora, os achados foram de volumosa formação cística, contendo gás no seu interior, no cólon sigmóide, na qual estava aderido o ureter esquerdo. Foi realizada dissecação do divertículo com isolamento do ureter, associada à sigmoidectomia com anastomose primária. A paciente evoluiu com IRA foi tratada clinicamente e recebeu alta no 27º dia pós-operatório. O resultado do exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de divertículo colônico gigante. Conclusões: O divertículo gigante do cólon (DGC) é uma condição rara, com menos de 180 casos descritos na literatura. Trata-se de um acometimento clinicamente significativo geralmente considerado como uma complicação incomum de uma doença diverticular colônica pré-existente. Apresenta distribuição equivalente entre os sexos, tendo média de idade de 65 anos e em 90% dos casos afeta o cólon sigmóide. A apresentação clínica do DGC pode ser variável e confusa, sendo os sintomas mais comuns a dor e massa abdominal palpável em até 60% dos casos. A radiografia e tomografia computadorizada (TC) do abdome revelam um grande cisto repleto de ar e confirma o diagnóstico. Tendo em vista a alta incidência de complicações, o tratamento é realizado em todos, incluindo os assintomáticos. Consiste na excisão do DGC com a ressecção do cólon adjacente e anastomose primária. Estima-se uma taxa de complicação de 28% e uma mortalidade operatória de 5%.

#### **EP033 - DOENÇA DE CROHN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO CÂNCER COLORRETAL: RELATO DE CASO**

SOUSA, A.V.; KLUG, W.A.; FANG, C.B.; RUGERRO, A.G.; FERNANDES, M.S.

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A Doença de Crohn é conhecida pela variedade de apresentações clínicas na ocasião do seu diagnóstico. Por este motivo deve sempre fazer parte dos diagnósticos diferenciais das principais patologias colorretais. Neste trabalho apresentamos um caso em que

a confirmação diagnóstica só foi possível após ressecção de lesão em reto e estudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Trata-se de paciente do sexo masculino, 56 anos, que foi atendido no Pronto Socorro do Hospital São Luiz Gonzaga, pertencente a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com história de dor abdominal, perda ponderal e constipação há 3 meses. Durante o exame físico o paciente apresentava sinais de peritonite sendo indicada a laparotomia exploradora. No intraoperatório visualizou-se tumoração endurecida e estenosante no reto, com distensão de todo o cólon, com perfuração do sigmoide e isquemia do ceco. Foi submetido a colectomia subtotal, com ileostomia terminal, sigmoidostomia terminal (fístula mucosa) e sepultamento do coto retal. O exame anatomopatológico mostrou processo inflamatório inespecífico. No acompanhamento ambulatorial foi submetido a colonoscopia com biópsia da lesão no reto, que evidenciou processo inflamatório crônico com áreas de erosão focal. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico da lesão com retossigmoidectomia. O exame anatomopatológico mostrou Colite Crônica intensa com características de Doença de Crohn.

#### **EP034 - DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA: RELATO DE TRÊS CASOS**

WERNECK, S.L.; LIMA, R.F.C.; DE ALBUQUERQUE, I.C.; FORMIGA, G.J.S.

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade crônica, multisistêmica e que ocasiona desordens inflamatórias de etiologia desconhecida, podendo comprometer qualquer segmento do trato gastrointestinal (TGI). O termo “DC metastática” é uma rara manifestação da DC caracterizada por lesões cutâneas granulomatosas localizadas à distância do TGI. As lesões mais frequentes nos adultos são nódulos, placas com ou sem ulcerações, que ocorrem principalmente em membros e dobras, e úlceras genitais. A terapia cirúrgica associada ao uso de anti-TNF têm apresentado bons resultados. **OBJETIVO:** Relatar três casos de doença de Crohn metastática submetidos a procedimento cirúrgico em associação com terapia biológica. **CASO 1:** feminino, 41 anos. Há 20 anos com diagnóstico de DC. Refere nodulação dolorosa em virilha há dois meses. Em uso de SSZ 4g/dia, AZA 175 mg/dia, ciprofloxacino 1g/dia e metronidazol 750 mg/dia. Ao exame: úlcera PLD com 1,5 cm de diâmetro, orifícios externos LD a 3 cm e a 2 cm da BA. Nódulo hiperocrômico de, aproximadamente, 2 cm, de consistência fibroelástica e de contornos irregulares em região inguinal direita. A paciente foi submetida à ressecção da lesão inguinal e tratamento com adalimumabe (ADA). O estudo histopatológico evidenciou processo crônico em atividade sugestivo de DC. **CASO 2:** feminino, 41 anos. Há 29 anos com diagnóstico de DC. Com queixa de lesões dolorosas em virilhas com eliminação esporádica de secreção purulenta. Em uso de AZA 100 mg/dia e ADA. Antecedente cirúrgico de proctocolectomia total com anastomose da bolsa ileal ao canal anal por pancolite. Ao exame: dermatite perianal, estenose de anastomose bolsa-anal, pérvia para dedo mínimo. Região inguinal direita e esquerda com lesões hiperemiadas, ulceradas e com áreas de flutuação. Em função da pouca resposta ao tratamento medicamentoso foi realizada incisão e curetagem das lesões. A avaliação histopatológica mostrou processo inflamatório crônico e agudo em atividade em associação com granuloma. **CASO 3:** masculino, 25 anos. Há 11 anos com diagnóstico de DC em tratamento irregular com AZA e infliximabe (IFX). Antecedente cirúrgico de

colectomia total com ileostomia terminal por pancolite associada à síndrome de Fournier. Ao exame: fibrose anal com úlcera lateral direita e posterior, com fístula póstero-lateral direita a 3 cm da BA. Úlceras na base do escroto, na base do pênis e na glândula. No exame proctológico e urológico sob anestesia foi realizada curetagem das lesões e instituído AZA 100 mg/dia e IFX, ocorrendo cicatrização das lesões após o segundo mês de tratamento. **DISCUSSÃO:** A DC metastática é uma rara manifestação extra-intestinal, que apresenta boa resposta clínica com procedimentos cirúrgicos em associação com o uso de anti-TNF.

#### **EP035 - DUPLICAÇÃO DE CÓLON TRANSVERSO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

DA SILVA, I.M.; DA ROCHA TORRES NETO, J.; NASCIMENTO, K.L.

*UFS, ARACAJU, SE, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Malformações congênitas do trato digestivo são erros raros de desenvolvimento e são atribuídos vários nomes diferentes, incluindo enterocistomas, cistos enterogênicos, órgãos supranumerários ou acessórios, íleo duplicado, divertículos gigantes e divertículo de Meckel incomum. Duplicações do intestino ocorrem aproximadamente em 1 de cada 5000 nascidos vivos, não há propensão familiar ou racial, e aparentemente, mulheres são mais afetadas que os homens numa proporção de 2:1. Portter relatou 2 casos em 1961 em mais de 9000 autópsias fetais e neonatais. A grande maioria das duplicações são consideradas císticas e geralmente não têm comunicação com o intestino adjacente. As duplicações restantes são verdadeiras estruturas cilíndricas que podem não, ter uma ou mais comunicações diretas através do septo comum. Aproximadamente dois terços de todas as duplicações intestinais são descobertas em até dois anos de vida, sendo um terço identificadas no período neonatal. A apresentação clínica mais frequente é a de transtornos funcionais, acompanhada de massa abdominal. São mais frequentes no intestino médio, sendo o intestino delgado mais acometido em detrimento do acometimento colônico. Hackam et al defendem o tratamento cirúrgico em todos os casos de duplicação intestinal por prevenir complicações como sangramento, perfuração e câncer do segmento duplicado. Beyer et al, no entanto, recomenda o tratamento cirúrgico nos casos complicados. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de duplicação de cólon transversal de um homem de 41 anos admitido no pronto socorro do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) em fevereiro de 2011 e revisão de literatura desse achado incomum. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Relato de caso de um homem admitido no pronto socorro com dor de grande intensidade e distensão abdominal importante, sendo necessária laparotomia exploradora. No ato operatório, foi encontrada uma duplicação de cólon transversal, esta apresentava um fundo cego, estava bem distendida e tinha quatro torções que fechavam sua comunicação com cólon transversal normal. Foi realizada colectomia do cólon duplicado. O paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar no 5º dia após a cirurgia. **CONCLUSÃO:** Apesar de benignas, as duplicações intestinais podem gerar resultados com significativa morbidade e mortalidade se não adequadamente tratadas. Esse relato de caso e revisão de literatura tem o intuito de trazer informações desse achado raro e possibilitar uma melhor abordagem terapêutica.

#### **EP036 - EMPREGO DE IOGURTE CONTENDO POLIDEXTROSE, LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS NCFM E BIFIDOBACTERIUM LACTIS HN019 EM PORTADORES DE CONSTIPAÇÃO.**



COY, C.S.R.; MAGRO, D.O.; OLIVEIRA, L.M.R.; BERNASCONI, I.; CREDIDIO, L.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A constipação é uma queixa frequente e pode ser secundária, entre outros, a erros dietéticos, distúrbios de motilidade intestinal ou disfunção no assoalho pélvico. Atualmente existe um grande interesse em alimentos funcionais, assim como poucos estudos avaliando seu efeito na constipação, destacando-se o emprego de probióticos. Objetivo: Avaliar o efeito de iogurte contendo polidextrose (Litesse®), Lactobacillus acidophilus e Bifidobacterium lactis em portadores de constipação. Pacientes e métodos: Estudo randomizado duplo cego. Portadores de constipação crônica de ambos os sexos e faixa etária entre 18 anos e 45 anos foram convocados. Para avaliação da constipação empregou-se escore de Agachan e tempo de trânsito cólico (TTC) por exame radiográfico. Os pacientes selecionados foram randomizados em dois grupos, denominados controle e tratamento e os mesmos ingeriram 200 ml de iogurte natural pela manhã, por 14 dias. Os participantes do grupo controle receberam apenas iogurte natural enquanto que no grupo tratamento foi acrescido ao iogurte polidextrose (Litesse®), Lactobacillus acidophilus e Bifidobacterium lactis. O projeto recebeu aprovação do comitê de ética local (nº 454/2008). Resultados: Fazem parte deste estudo, 47 indivíduos, sendo 45 (95,7%) do sexo feminino. O grupo controle foi constituído por 21 participantes e o grupo tratamento, por 26, com média semanal de frequência de evacuação respectivamente de 7,4 e 6,8. O escore de Agachan foi menor em ambos os grupos ao término do estudo ( $p < 0,05$ ) e a comparação entre os grupos evidenciou valores menores no grupo tratamento. A média de evacuações reduziu-se em ambos os grupos, porém sem diferenças entre os mesmos após a ingestão dos produtos com iogurte ( $p > 0,05$ ), observando-se o mesmo com a avaliação do TCC ( $p > 0,05$ ). Conclusão: O produto contendo iogurte com polidextrose, Bifidobacterium e Lactobacillus melhorou o índice de escore de constipação, assim como o tempo de trânsito cólico, porém com resultados semelhantes ao grupo controle.

#### EP037 - ENDOCARDITE BACTERIANA EM PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER DE CÓLON

SANTOS, T.C.; DA ROCHA TORRES NETO, J.; RAMOS TEIXEIRA, F.; SANTOS, J.I.B.; SANTIAGO, R.R.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL.

Resumo: Introdução: McCoy e cols., em 1951, sugeriu que as neoplasias no cólon pudessem servir como fator de risco para endocardite, fato ratificado por Roses e cols. em 1974. O principal agente microbiano envolvido nesses casos é o Streptococcus bovis, como comprovado por Klein e cols em 1977 e 79, bem como por Zarkin e cols em 1990. O S. Bovis, um estreptococo não enterococo do grupo D Lancefield, é uma bactéria encontrada normalmente no trato gastrointestinal humano. O mecanismo, pelo qual tal bactéria provoca a endocardite, seria a sua penetração na corrente sanguínea por meio de ulcerações promovidas por neoplasias do cólon. A principal válvula atingida é a aorta, e a idade média de maior incidência da afecção é de 60 anos. Estudos caso-controle demonstram que o risco de desenvolver endocardites por S. Bovis, na presença de carcinoma colo retal, está entre 3 e 6%. Além disso, 60 a 75% dos pacientes com endocardite por S. Bovis apresentam, simultaneamente, doença gastrointestinal maligna. Por vezes, apesar de demonstrado a presença de endocardite por meio do ecocardiograma, as hemoculturas podem ser negativas. Tal fato não invalida o diagnóstico de endocardite por S bovis quando na presença

simultânea de câncer de cólon. Zarkin e cols, em 1990, descreveram mais um elemento na relação entre endocardites por S.bovis e câncer de cólon, a doença hepática. OBJETIVO: Relatar um caso de endocardite bacteriana por S bovis em um paciente portador de câncer de cólon. RELATO DE CASO: G.A.S, sexo feminino, 50 anos. Apresentou história de febre vespertina com calafrios diários há cerca de 25 dias. Esse quadro acompanhou-se de fezes diarreicas por 3 dias, com 2 episódios diários, sem sangue ou muco. Apresentou perda ponderal de 15 Kg em 2 meses. Não possuía antecedentes familiares de neoplasias. Foi realizado ecocardiograma, no qual se observou lesão vegetante em válvula aórtica de 0,8 x 0,3 cm. Deu entrada no hospital com Hemoglobina de 7,4 e massa abdominal palpável em fossa ilíaca direita. Realizou-se hemocultura, sendo a mesma negativa. Na TC e ultrassom de abdômen, visualizaram-se vários nódulos hepáticos e formação expansiva sólida em topografia de ceco. À colonoscopia, flagrou-se uma lesão tumoral em ceco. A biópsia colhida durante o exame colonoscópico foi inconclusiva. A paciente evoluiu com hemorragia digestiva baixa, sendo necessária intervenção cirúrgica para o controle do sangramento. No ato operatório, constatou-se a presença da lesão tumoral em ceco, com comprometimento linfonodal de cadeias principais e múltipla metastases hepáticas. Optou-se pela colectomia direita higiênica sem princípios oncológicos. A paciente evoluiu com progressiva perda de função hepática evoluindo ao óbito no 26º dia de pós operatório. A peça cirúrgica demonstrou tumor extremamente indiferenciado e anaplásico. CONCLUSÃO: Comprova-se a relação presente entre endocardite por S. bovis e câncer de cólon.

#### EP038 - ENDOMETRIOSE DE APÊNDICE - RELATO DE CASO.

ALMEIDA, R.M.<sup>1</sup>; CORREA, F.J.S.<sup>2</sup>; GOMES, J.A.S.<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
3. FERTILITÉ - CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Sua prevalência é incerta, mas estima-se que 8% a 15% das mulheres no menacme apresentem a doença. Mulheres inférteis ou com dor pélvica crônica têm maior prevalência de endometriose. A etiologia ainda é controversa. Os sintomas mais comuns são a dismenorréia, a dor pélvica crônica, a dispareunia, sangramento anormal e infertilidade e variam de acordo com a localização e extensão das lesões. A pelve é o local mais afetado pela endometriose. A endometriose extragenital não é rara e o intestino é o órgão extragenital mais frequentemente acometido. Pelo presente relatamos um caso de mulher com endometriose intestinal no apêndice cecal. OBJETIVO: Chamar a atenção para a possibilidade de acometimento endometriótico dos órgãos do sistema digestório, e para a necessidade da avaliação de toda a cavidade abdominal quando do tratamento da endometriose. RELATO DO CASO: Paciente de 30 anos com queixa de dor pélvica tipo cólica de forte intensidade há quatro anos, com piora progressiva da dor, que só ocorria no período menstrual e atualmente é quase contínua. Dispareunia profunda há um ano. Foi submetida a US transvaginal: Ovários com imagens sugestivas de endometriomas. CA-125: 104 U/ml. Colonoscopia: normal. A paciente foi submetida à laparoscopia na qual foi observada a presença aderências extensas entre as trompas e os ovários bilateralmente com cobertura da superfície dos ovários, aderências velamentosas entre o ovário e trompa esquerda com o sigmóide e entre o sigmóide e a parede posterior do útero. Presença de focos de endometriose

superficial (1,0cm) no peritônio próximo ao recesso vésico-uterino. Presença de foco de endometriose com cerca de 10 mm e coloração violácea e vesículas na extremidade do apêndice cecal, que se encontrava em situação pélvica e livre de aderências. Foi realizada lise de aderências e exérese das lesões da pelve, liberação do sigmóide e apendicectomia por videolaparoscopia. A análise histopatológica confirmou endometriose de apêndice. **DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS:** A localização mais frequente da endometriose extragenital é o intestino. O acometimento deste órgão pode atingir 3% a 37% da pacientes com endometriose. O local mais afetado do intestino é o cólon retossigmóide em 65% das vezes, seguido pelo cólon sigmóide em 20%, pelo ceco e apêndice em 10% e pelo intestino delgado em cerca de 5% dos casos. As lesões podem variar de pequenos nódulos até grandes tumores infiltrativos. A sintomatologia está relacionada à localização, a extensão e à profundidade das lesões. Os sintomas mais comuns são: dismenorréia e dispareunia severas e disfunções intestinais como a pressão no reto e cóccix, sangramento retal, obstipação, diarreia, defecação dolorosa, flatulência e descarga de muco. Atualmente ainda não há sintoma ou achado pré-operatório que seja sensível ou específico na predição do acometimento do apêndice cecal. Relatamos aqui um caso de endometriose de apêndice em que o diagnóstico só foi feito devido ao inventário minucioso da cavidade abdominal e suas estruturas para que o tratamento da endometriose ocorra em uma única abordagem cirúrgica.

#### **EP039 - ENQUETE NACIONAL SOBRE DIVERTICULITE AGUDA**

STEINMAN, E.; CAMPOS, T.; RASSLAN, S.  
FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objeto: Avaliar como a diverticulite aguda é vista e tratada pelo cirurgião brasileiro. Método: Trata-se de um questionário prospectivo enviado aos membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC). Dois mil questionários foram enviados obtendo-se 600 respostas (30%). O questionário consistia de perguntas relacionadas a prática de cirurgia de emergência, número e gravidade dos casos tratados anualmente e a experiência no tratamento eletivo e de urgência da diverticulite. Resultados: Dos cirurgiões que responderam ao questionário, 74% tinham mais de 10 anos de formado e 80% trabalham com cirurgia de emergência, com formação em cirurgia geral e do aparelho digestivo. 68% dos cirurgiões relataram que menos de 10% dos casos precisam de cirurgia de emergência para tratamento da diverticulite aguda. 59,7% dos cirurgiões não costumam indicar drenagem percutânea nos casos de abscesso e apenas 21% dos cirurgiões usam a laparoscopia no tratamento de urgência da diverticulite complicada por abscesso e 12% no tratamento laparoscópico da peritonite difusa e 73% indicam a cirurgia de Hartmann quando a diverticulite aguda é de indicação cirúrgica. Quando perguntado qual os critérios utilizados para indicação cirúrgica eletiva, a maior parte dos cirurgiões indicou o número de episódios para a indicação cirúrgica eletiva. 71,8% dos cirurgiões opera de 1-5 cirurgias de urgência/ano e 54,5% dos cirurgiões operam de 1 a 5 casos/ano eletivos por doença diverticular. Conclusão: estes resultados demonstram uma ampla variação no tratamento da diverticulite aguda no Brasil. A pouca experiência dos cirurgiões com esta afecção levam a um alto índice de cirurgias de Hartmann. A realização de um consenso nacional baseado nos novos conceitos e na experiência mundial é crucial para ajustar estas condutas.

#### **EP040 - ENTERORRAGIA POR VARIZES PERI-ESTOMIAIS: CAUSA INUSITADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - RELATO DE CASO**

AKIBA, R.T.; CASSÃO, B.D.; SAKAMOTO, C.A.; DEAK, E.; ARTIGIANI-NETO, R.; FERNANDES, L.C.; SAAD, S.S.  
UNIFESP-EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Varizes periostomais são uma complicação rara. Geralmente associados a doença inflamatória intestinal e hepatopatia crônica formam-se por um shunt porto-sistêmico não usual. O aumento do fluxo sanguíneo na circulação visceral leva ao engurgitamento dos vasos, podendo gerar sangramentos volumosos a semelhança das varizes esofágicas, sendo uma causa rara e de difícil diagnóstico de HDB, porém com fluxo autolimitado e geralmente não letal. Objetivo: Apresentar caso de paciente com Doença de Crohn inativa submetida a colectomia direita com ileostomia e fistula mucosa evoluindo com enterorragia intermitente pela ileostomia, sendo identificada, após investigação diagnóstica, varizes periostomais originadas de um shunt entre os vasos epigástricos e mesentéricos sendo o primeiro sinal de hipertensão portal incipiente. Descrição do Caso: Paciente A.R.M., feminino, 56 anos, branca, com diagnóstico de doença de Crohn e ileostomia após coléctomia direita por divertículo de Meckel perfurado, realizada em 2006. Há dois anos apresentava episódios intermitentes de sangramento pela ileostomia, de pequena repercussão hemodinâmica e auto limitados. Evoluiu há três meses da internação com aumento da frequência e das repercussões dos sangramentos, necessitando de internações e transfusões recorrentes. Durante as internações foram realizados: endoscopia digestiva alta, ileoscopia, colonoscopia, sem sinais de sangramento ou varizes esofágicas e ultrasonografia Doppler portal e tomografia computadorizada de abdome demonstrando discreta esplenomegalia e circulação colateral peri-portal. Optado pela realização da angiorressonância magnética de abdome evidenciando-se hérnia paraestomal (ileostomia) com presença shunt dos vasos epigástricos com os mesentéricos gerando rede de varizes peri-estomal. A paciente foi submetida a reconstrução de trânsito intestinal, com ressecção do segmento distal da estomia que apresentava vasos dilatados no mesentério e na parede abdominal peri-ileostomia. A paciente evoluiu bem no pós operatório recebendo alta no ? pós-operatório, com boa recuperação e sem novos episódios de sangramento em ? meses de acompanhamento. Conclusão: A hemorragia digestiva baixa por ruptura de varizes peri-estomias é uma complicação rara das ileostomias estando associada a hipertensão portal onde o contato direto do mesentério com os vasos da parede abdominal associado a diferença pressórica entre esses dois sistemas pode gerar shunts entre a circulação portal e sistêmica, como descrito por Edward em 1951. Deve ser cogitada como diagnóstico diferencial das enterorragias mesmo em pacientes sem hipertensão portal clara, podendo ser o primeiro sinal desta síndrome.

#### **EP041 - ESTUDO RETROSPECTIVO DAS CIRURGIAS COLORRETAIS DA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE**

FIALHO, L.O.; SILVA, I.B.D.; DA CUNHA E SILVA, J.A.D.; DIAS, V.L.; COUTINHO DE SOUZA, E.A.D.; IGLESIAS, A.C.G.  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Analisar dados demográficos e cirúrgicos de cirurgias Colorretais realizadas em uma enfermaria de cirurgia Geral do Hospital Universitário Gafrée e Guinle. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes consecutivos que foram submetidos à Cirurgia Colorretal, na 60 enfermaria - Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo, do Hospital Universitário Gafrée e Guinle. Avaliados 200 prontuários e folhas de protocolo de cirurgia Colorretal de alta hospitalar, estando disponíveis para análise 176. Foram avaliados

dados demográficos, queixa principal do doente, necessidade de hemotransfusão na internação, localização da lesão, tipo de cirurgia, tempo de internação pós-operatório, grau de ressecabilidade, grau histológico, média de linfonodos ressecados e principais complicações pós-operatórias. Resultados: Foram avaliados 176 prontuários e folha de protocolo de alta de cirurgias colorretais, foi observado que a mediana de idade foi de 63 anos com a média de 62 anos, sexo feminino 100(56%), masculino 76 (43%); brancos 121(68%), pretos 25 (21%) e pardos 31(17%). Queixa principal: anemia 114(64%), Hematoquezia 94 (53%), presença de muco nas fezes 20( 11%), dor abdominal ou retal 108( 61%), tenesmo 15 (8,5%), perda ponderal 109( 61%), massa palpável 54(30%); Localização: Ceco 13, Cólon ascendente 42, Cólon Transverso 7, Cólon esquerdo 12, Cólon Sigmóide 46, Reto superior 33, Reto inferior 22 e canal anal 1; Tipos de cirurgia: Ileocolectomia Direita 46, Transverssectomia 7, Colectomia esquerda 22, Sigmoidectomia 36, Ressecção anterior de reto 30, ressecção abdominal Perineal 13. Proctocolectomia com ileostomia 3, Colectomia Total 9 e laparotomia exploradora 10; Tempo de internação pós operatório média de 13,2 dias; Hemotransfusão foi necessária em 80 doentes( 45%), tipo histopatológico mais comum Adenocarcinoma 166 doentes(94%) seguido pelo Epidermóide 7 doentes, Cloacogênico 2 e Carcinóide 1; média de linfonodos ressecados foi de 14,53; as principais complicações operatórias foram Pneumonia, descência de anastomose, Trombose venosa profunda, abscesso de parede, descência de aponeurose e abscesso intra-abdominal. Conclusão: Em um serviço de Cirurgia geral e Aparelho digestivo de um hospital universitário concluímos que nossa amostra está compatível com os últimos trabalhos analíticos descritivos. Ratificamos a importância da prevenção de tumores Colorretais e busca ativa de história familiar destes doentes para rastreio e achado precoce da patologia que esta cada vez mais frequente.

#### **EP042 - EU TENHO HEMORRÓIDA, DOUTOR? CEC DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

SILVA, T.L.<sup>1</sup>; FONTE, F.P.<sup>2</sup>; CHAER, I.D.<sup>3</sup>; KANNO, D.T.<sup>4</sup>; NASCIMENTO, E.F.R.<sup>5</sup>; NONOSE, R.<sup>6</sup>; MARTINEZ, C.A.R.<sup>7</sup>  
1,2,4,5,6,7. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Resumo:

Introdução: Hemorróidas podem ser externas ou internas, devendo ser diferenciadas pela história clínica e exame físico. O câncer do canal anal é neoplasia pouco frequente e compreende 1% a 2% dos tumores do intestino grosso. Cerca de 75% a 80% são CEC e há uma predominância no sexo feminino. Sua incidência tem aumentado, em homens, em função da maior incidência de transmissão sexual do HPV, multiplicidade de parceiros, imunossuprimidos, entre outros. As manifestações clínicas são: sangramento (50%), dor, prurido, mucorréia, alterações do hábito intestinal e tenesmo. Num estágio mais avançado, podem ocorrer incontinência, fistula retovaginal e sintomas obstrutivos. Massas dolorosas na região inguinal denotam doença metastática. O diagnóstico é feito através do exame proctológico, com biópsia dirigida da lesão e retossigmoidoscopia, Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética, ultrassom endoanal e avaliação torácica completam o estadiamento. A abordagem terapêutica baseia-se no sistema Nigro com QT e RT. Objetivo: Relatar o caso de paciente com CEC de Canal Anal, seu diagnóstico prévio e comparar os dados da literatura correspondentes ao seu diagnóstico, para orientar a classe médica sobre a importância

do exame proctológico para diagnósticos diferenciais. Apresentação do caso: MOP, 54 anos, sexo feminino, atendida no Serviço Ambulatorial de Coloproctologia do HUSF, encaminhada com queixa de prolapso em região anal, dor, pouco sangramento, sem alteração do hábito intestinal há 6 meses, com hipótese diagnóstica interrogada de Doença Hemorroidária. Exame físico geral: presença de nódulo em região inguinal direita de aproximadamente 2 cm, indolor à palpação, móvel, aspecto fibroelástico. Sem demais alterações. Exame proctológico: Canal anal sem alterações, com presença de nódulo de aproximadamente 3,5 cm entre a cúpula anterior vaginal e posterior do canal anal; de aspecto endurecido, doloroso à palpação, com fístula presente; Toque retal sem alterações. Com provável diagnóstico de Cec de canal anal e estágio III B. Paciente encaminhada à biópsia e peça cirúrgica enviada ao anatomo-patológico. Resultado: Adenocarcinoma Pouco Diferenciado, com margens acometidas. Encaminhada ao serviço de Oncologia do HUSF para terapia Adjuvante. Discussão: Este caso, demonstra claramente, que um simples exame proctológico, associado à história clínica e anamnese levariam à uma conduta adequada precocemente.

#### **EP043 - EXPERIÊNCIA COM 60 PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ABORDADOS POR VIA LAPAROTÔMICA, NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU, PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE**

SANTOS, G.A.; MEYER, M.M.; SAMPAIO, D.V.; COUTINHO, C.P.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; MINARRINI, J.; RODRIGUES, F.G.; CRUZ, G.M.G.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O estudo envolve 60 pacientes retirados de um grupo de 90 pacientes submetidos à cirurgia colorretal laparotômica, atendidos entre abril de 2010 e abril de 2011 pelo GCP de Belo Horizonte: Dos 60 pacientes, 38 (63,3%) tinham entre 50 e 79 anos, com média etária de 59,2 anos, mínima de 28 e máxima de 82 anos, variância 210 e desvio padrão 14,5. Deles, 36 eram mulheres (59%) e 24 homens (41%). As localizações mais prevalentes dos CRC foram o reto (27 casos, 45%) e o sigmóide (8 casos, 13,3%). Foi feito preparo intestinal em 46 pacientes (76,7%), sobretudo com Lactulose (44 casos, 73%) e Manitol (2 casos, 3,3%). A radioterapia neoadjuvante foi realizada em 11 pacientes com CR abaixo da reflexão peritoneal (40,7% de 27 com CR). A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia abdominal alta (15 pacientes, 24,6%), seguida da colectomia a Hartmann (12 pacientes, 23%) e colectomia direita (10 pacientes, 16,4%). A média de tempo gasto em cirurgia foi de 157,6 minutos, com extremos de 45 minutos e 300 minutos, variância de 3657,2 e desvio padrão de 60,47. Houve anastomoses em 34 cirurgias; e, dentre elas, 28 foram mecânicas (82,4%) e 6 foram manuais (17,6%). Foram usados grampeadores circulares em 20 (33,3%), lineares cortantes em 7 (11,7%) e lineares articulados em 30 (50%). Foram feitas estomas em 32 pacientes (53,3%), sendo 22 terminais (36,7%), 7 protetoras, 2 colostomias em alça e uma ileocolostomia. A média de internação foi de 7,46 dias, com mínimo de dois e máximo de 33 dias, variância de 30,11 e desvio padrão de 5,48. Os pacientes que ocuparam o CTI, permaneceram um período máximo de 13 dias, média de 1,26 dias, variância 4,47 e desvio padrão 2,11. Quarenta e um pacientes apresentaram comorbidades (68,33%), sobretudo hipertensão arterial sistêmica (23 casos, 37,7%). A dieta foi liberada em média com 1,2 dias. As peças cirúrgicas foram medidas por tipo de ressecção executada. Quanto aos linfonodos, o

mínimo de gânglios foi zero, o máximo 36, média 10,7, variância 57,42 e desvio padrão 7,57. A média de gânglios com metástases foi de 1,35, com mínimo de zero, máximo de 10, com variância de 5,94 e desvio padrão de 2,43. O exame histopatológico revelou adenocarcinoma em 49 casos (81,7%), ausência de tumor em 3 casos (5%) e polipose adenomatosa e carcinoma espinocelular em 2 casos cada (3,3%), GIST em 1 caso e 3 casos ausência de peça (tumores irressecáveis).

#### **EP044 - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HSR EM CIRURGIA COLORRETAL POR VIA LAPAROSCOPICA**

AZARO FILHO, E.M.<sup>1</sup>; ARAUJO, N.A.L.<sup>2</sup>; CARDOSO, A.F.<sup>3</sup>; VIDAL, T.Q.C.E.S.<sup>4</sup>; AGUIAR, M.S.<sup>5</sup>; CODES, L.M.G.<sup>6</sup>; MANO, A.L.<sup>7</sup>; SOUZA, E.L.Q.<sup>8</sup>

1,2,3,4,6,7,8.HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL;  
5.HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: Desde o surgimento da laparoscopia no final dos anos 80, a indicação de cirurgias por esta via de acesso tem-se ampliado, assim como o conhecimento sobre suas consequências, desenvolvimento de instrumental e habilidade técnica. As cirurgias colorretais, devido a sua alta complexidade, iniciaram-se no início dos anos 90. No entanto, como em outros procedimentos, os benefícios quanto resultado estético, tempo de internamento e de recuperação reduzidos e menor dor em pos-operatorio também são observados. Por outro lado, tratando-se de procedimentos que exigem habilidade e experiência do cirurgião, além de materiais específicos, seu custo é maior que o determinado nas cirurgias convencionais. Objetivo: Relatar a casuística do serviço de Coloproctologia do HSR em realização de cirurgias colorretais por via laparoscópica. Método: Realizada revisão retrospectiva de prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia colorretal por via laparoscópica no período de 2001 a 2011. Conclusão: A aplicabilidade da via laparoscópica às cirurgias colorretais vem em progresso tanto do ponto de vista técnico como em relação às vantagens pós operatorias. Destacam-se os avanços no tratamento tanto de patologias benignas quanto de neoplásicas, mantendo mesmo padrão de ressecção oncológica obtido nas cirurgias convencionais. No entanto, o alto custo continua a ser obstáculo significativo para utilização da laparoscopia com procedimento padrão-ouro. Além do uso de materiais específicos, o índice de conversão para o acesso convencional é fator importante no aumento desse custo. Atualmente, o índice de conversão descrito na literatura é de 5 a 15%.

#### **EP045 - FISSURA ANAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE HODGKIN ANORRETAL EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA**

LIBARDONI, A.S.; ARIAS, L.B.; PAIVA, E.S.; E ROSSI, D.H.G.; CAMARGO, M.G.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J.; COY, C.S.R.; FONTENELE, J.P.U.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: Relatar caso de Linfoma de Hodgkin anorretal em paciente com HIV e diagnóstico inicial de fissura anal. INTRODUÇÃO: O linfoma anorretal é uma apresentação rara, apenas 0,2% dos tumores da região. Trabalhos na literatura indicam que a maioria dos casos ocorre entre homens HIV positivos. A idade média é de 34 anos em pacientes com HIV e 65 anos na população geral. Os linfomas associados ao HIV são usualmente extra-nodais e estão localizados no sítio anorretal em aproximadamente 26% dos casos. RELATO DE CASO: SOA, masculino, homossexual, 32 anos,

atendido no HC UNICAMP com pielonefrite e fissura anal, foi internado e na alta orientado tratamento clínico para fissura anal. Manteve seguimento no ambulatório de Moléstias Infecciosas sendo realizado diagnóstico laboratorial do HIV, carga viral 62.936 e CD4: 374. Encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia após seis meses do início do quadro com queixa de dor anal persistente associada a sangramento. Ao exame físico, úlcera profunda do canal anal e linfonodomegalia inguinal bilateral, realizada biópsia da lesão. O resultado anatomopatológico foi de Linfoma de Hodgkin confirmado por imunohistoquímica. CONCLUSÃO: Os autores salientam a importância do diagnóstico diferencial de Linfoma de Hodgkin anorretal em portadores de HIV, sendo a fissura anal a apresentação mais comum.

#### **EP046 - FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA EM HÉRNIA INCISIONAL APÓS TRAUMA CONTUSO**

BRASIL, A.M.S.; PENHAVAL, F.A.S.; AMORIM, F.C.; ALMEIDA, A.C.; LOUSA, L.R.; MOREIRA JÚNIOR, H.; ISAAC, R.R.; MOREIRA, J.P.T.

UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: Introdução: Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epitelizadas e o seu surgimento representa uma séria complicação. Até 85% ocorrem como complicações pós-operatórias, especialmente em situações de urgência. Entretanto, qualquer circunstância em que haja um defeito na parede do órgão ou crie condição que interfira com a cicatrização normal pode levar à formação de uma fístula digestiva. Objetivo: Relatar um caso de fístula enterocutânea pós-trauma abdominal fechado exteriorizada em hérnia incisional. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 33 anos. Procurou serviço médico devido à saída de secreção esverdeada e restos alimentares por orifício em hérnia incisional há 6 dias, após queda da própria altura e trauma abdominal contuso. Antecedente de há 7 anos ter sofrido ferimento abdominal por arma branca, sendo tratado cirurgicamente com a realização de sigmoidostomia em alça. Submetido à tentativa de reconstrução do trânsito intestinal há 5 anos, porém evoluiu com deiscência anastomótica e sepse abdominal grave; foi relaparotomizado e realizada a cirurgia de Hartmann. Submetido à relaparotomias programadas para lavagem da cavidade abdominal, mantendo-se, neste período, uma peritoneostomia protegida por tela de Marlex, devido à síndrome compartimental abdominal. Evoluiu bem do quadro séptico, com progressiva epiteliação da peritoneostomia. Nesta última admissão apresentava, ao exame físico, hérnia incisional mediana volumosa, com ferida de superfície cutânea expondo parte da tela de Marlex e orifício de fístula entérica, labiada, com saída de secreção biliosa. Presença de colostomia de sigmoide em flanco esquerdo. Após confirmação diagnóstica de fístula jejunal proximal, de alto débito, por meio de trânsito de delgado, iniciou-se dieta parenteral total. Submetido à enterorrafia, sem laparotomia, evoluindo com recidiva da fístula no 6º dia de pós-operatório. Reintroduzido nutrição parenteral associado, desta vez, a nutrição enteral por meio de cateter introduzido pela fístula jejunal e posicionado no segmento distal da alça. Depois de adequada recuperação nutricional, foi submetido à laparotomia com enterectomia de segmento jejunal fistulizado e anastomose primária. Feita ainda a hernioplastia incisional pela técnica de Ramirez, com separação por componentes. Boa evolução pós-operatória. Atualmente em acompanhamento ambulatorial com previsão de nova tentativa de reconstrução do trânsito intestinal. Discussão: Este paciente apresentava várias características desfavoráveis para o fechamento espontâneo da fístula, como localização jejunal proximal,

trajeto fistuloso curto, eversão da mucosa à pele, defeito na parede abdominal e alto débito. O tratamento cirúrgico foi bem sucedido com associação da enterectomia e da correção do defeito da parede abdominal, após recuperação nutricional adequada. Conclusão: Apresentou-se um caso raro de fístula enterocutânea após trauma abdominal contuso com tratamento cirúrgico satisfatório.

#### **EP047 - FÍSTULA RETOVAGINAL PÓS PARTO: RELATO DE CASO**

FREITAS, M.O.; ALVES RAMOS, M.I.; ALMEIDA DE OLIVEIRA, P.E.; STUART, J.M.; LÉLIS DE SOUZA, R.R.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

Resumo: Título: Fístula retovaginal pós parto: relato de caso. Objetivos: Pretende-se relatar um caso de fístula retovaginal devido trauma obstétrico. Material e Métodos: Revisão de literatura e pesquisa em prontuário médico. Relato de caso: Paciente sexo feminino, 25 anos e 3 meses, casada, residente em Montes Claros procurou este serviço relatando eliminação de fezes pela vagina. Paciente puérpera (parto vaginal há 9 dias), afirma que, no 4º dia após o parto percebeu eliminação de pequena quantidade de fezes pelo canal vaginal durante evacuação. Nega dor, alteração urinária, febre ou vômitos. Relata sangramento vaginal de pequena intensidade. Paciente G2P2A0, gestações sem intercorrências, partos vaginiais, recém-nascidos com boas condições de saúde. Relata que no último parto o trabalho de parto durou cerca de 6 horas. O parto se deu sem episiotomia com laceração mediana de terceiro grau. Ao exame PA 100x70 mmHg, frequência cardíaca 72 bpm, frequência respiratória 20 irpm, orientada, corada, hidratada, afebril, acianótica, presença de edema discreto em membros inferiores. Sistema respiratório e cardiovascular sem alterações. A palpação do abdome percebe-se útero contraído abaixo da cicatriz umbilical. Exame perineal revelou presença de fezes em pequena quantidade na região do intróito vaginal; ao toque retal e vaginal evidenciou-se fístula retovaginal sagital mediana em terço distal da vagina com tecido de granulação e odor fétido, com aproximadamente de 10 mm diâmetro, distante 3 cm da orla anal. Foi solicitado hemograma que não revelou quaisquer anormalidades. Paciente foi submetida à abordagem cirúrgica sob raqui-anestesia. O procedimento cirúrgico foi iniciado com descolamento da pele e retalho miomucoso da região anal anterior, seguida de rafia do retalho miomucoso, cobrindo o orifício fistuloso anorectal. A Paciente evoluiu bem em período pós-operatório relatando apenas dor em queimação na região anal durante evacuação, apresentando-se sem queixas no segundo dia de pós-operatório. Com finalidade analgésica fez uso de dipirona e tenoxicam, utilizou ainda antimicrobianos: gentamicina 240 mg endovenoso por 2 dias e metronidazol 500 mg via oral de 8 em 8 h por 7 dias. Conclusões: A fístula retovaginal é uma comunicação anormal entre o reto e a vagina, são infrequentes em países desenvolvidos, mas infelizmente ainda apresenta elevada prevalência em países da África e Ásia. A principal causa desta fístula é a lesão obstétrica (tais lesões incluem lacerações no períneo), seguida da Doença de Crohn, cirurgias ou tumores em região perineal ou ainda irradiação da pelve. Podem manifestar-se através da passagem de fezes, gases na vagina, infecção vaginal ou urinária recorrente, irritação na vulva e dispareunia. O caso descrito relata uma fístula retovaginal causada durante o parto que obteve êxito com abordagem cirúrgica, sem complicações, mostrando que o tratamento desta fístula pela técnica de confecção de um retalho miomucoso tem bons resultados.

#### **EP048 - GANGRENA DE FOURNIER PÓS HEMORROIDECTOMIA - RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

WIEZEL, E.H.B.; SOUZA, M.B.; MORAES, S.P.; PEREIRA, G.S.; FILHO, J.O.; NASCIMENTO, R.B.D.; CHUBASSI, W.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A Gangrena de Fournier é uma grave infecção polimicrobiana que evolui com fascíte necrotizante, comprometendo principalmente as regiões genital, perineal e perianal. Caracteriza-se por rápida evolução e pode complicar com sepse, falência de múltiplos órgãos e óbito. A hemorroidectomia, apesar de ser procedimento operatório contaminado, muito raramente evolui para complicações sépticas graves e necrotizantes. Neste relato de caso, apresentamos um caso de Gangrena de Fournier que ocorreu em um paciente de 51 anos com hipertensão arterial controlada e obesidade grau I, submetido à hemorroidectomia a Ferguson – técnica fechada. O debridamento cirúrgico associado à antibioticoterapia ampla e à oxigenioterapia hiperbárica foram fatores determinantes para o sucesso terapêutico. Neste relato de caso discutimos as principais causas ou fatores associados na gênese da fascíte necrotizante pós-hemorroidectomia, realçando a necessidade de diagnóstico e terapêutica precoces.

#### **EP049 - GIST DE MESOCÓLON TRANSVERSO: RELATO DE CASO**

SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.<sup>1</sup>; BERALDO, F.B.<sup>2</sup>; MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.<sup>3</sup>; FEITOSA GOMES, J.W.<sup>4</sup>; YAMAGUCHI, N.<sup>5</sup>; MARTINS DE SOUZA, J.R.<sup>6</sup>; FASOLIN, H.P.<sup>7</sup>; NETO, A.V.<sup>8</sup>  
1,2,3,4,6,7,8.GASTROCIURGIA E COLOPROCTOLOGIA/HSPE-SP, SP, SP, BRASIL; 5.GASTROCIURGIA/HSPE-SP, SP, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores gastrointestinais estromais (GIST) correspondem a 1-3% de todas as neoplasias malignas gastrointestinais sendo raramente encontrado no cólon (5-10%). Objetivo: Os autores apresentam caso de paciente masculino, com tumor gastrointestinal estromal (GIST) de mesocólon transverso com manifestação c línica inicial atípica com síncope e dor abdominal, operado no Serviço de Gastrocirurgia e Coloproctologia do HSPE-SP. Material e Métodos: Relato de caso e levantamento de dados do prontuário. Relato do caso: N.J.N, 66anos, casado, branco, atendido no Pronto Socorro com história de 03 episódios de síncope, acompanhado de dor abdominal inespecífica, principalmente em mesogástrico. Exame físico sem alterações. Descartadas causas neurológicas ou cardiológicas da síncope, foi solicitado USG de abdome e TC que evidenciaram volumosa massa arredondada, localizada no hipocôndrio E, estendendo-se para o mesogástrico, medindo de 169 x 104 x 123mm. Exames laboratoriais normais, CEA: 1,1. EDA e colono sem alterações. Indicada laparotomia exploradora. No intra-operatório foi visibilizada massa em mesocólon transverso, com conteúdo sólido e hemorrágico, sem contigüidade com a serosa do cólon. Realizada exérese da lesão de forma íntegra, sem linfadenectomia. O paciente apresentou boa evolução pós operatória, recebendo alta no 5º dia de pós operatório. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou GIST de 16 cm. Foi indicada terapia adjuvante com mesilato de imatinib. Paciente atualmente no 8º mês de tratamento com 300mg imatinib/dia, sem evidência clínica ou radiológica de recidiva da doença. Discussão: O termo “GIST” foi introduzido em 1983 por Mazur e Clark, indicando um distinto grupo de tumores entre os sarcomas. Com o avanço da microscopia eletrônica e métodos de imunohistoquímica, foi evidenciado sua origem nas células de Cajal ( células do marcapasso intestinal). Estes tumores expressam marcadores Kit (CD117) em 95% dos casos, CD34 em 70%; 25% são positivos p/ actina de

músculo liso e <5% p/ desmina. A incidência é de 1-2 : 100.000 habitantes e acomete igualmente homens e mulheres, na 6ª ou 7ª década de vida. A maioria dos Gist de cólon são assintomáticos e detectados incidentalmente. Não é recomendada realização de biópsia pré operatória em lesões ressecáveis. O tratamento “gold standart” é a ressecção cirúrgica sem linfadenectomia, com margem de 1-2 cm. Os fatores prognósticos devem ser avaliados. Tumores de alto risco têm elevada taxa de recorrência e menor sobrevida e devem ser tratados com terapia molecular com inibidores da tirosinaquinase ( imatinib). Ainda não há definição quanto ao tempo de tratamento com imatinib já que sua suspensão está relacionada a elevadas taxas de recidiva da doença. Conclusão: O tratamento curativo do gist é essencialmente cirúrgico e terapia adjuvante com imatinib pode ser necessária de acordo com fatores prognósticos estabelecidos.

#### EP050 - GIST DE RETO: RELATO DE CASO

KANNO, D.T.<sup>1</sup>; SILVA, T.L.<sup>2</sup>; VALENCIANO, J.S.<sup>3</sup>; NASCIMENTO, E.F.R.<sup>4</sup>; MARTINEZ, C.A.R.<sup>5</sup>; NONOSE, R.<sup>6</sup>

*1,2,3,5,6. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** o Tumor Estromal Gastrintestinal (GIST) é neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrintestinal. Representando cerca de 80% das neoplasias mesenquimais. O local mais acometido por essa patologia é o estômago, seguido de intestino delgado e cólons. O GIST de Reto acomete principalmente homens entre a quarta e a oitava década de vida. A clínica dessa patologia pode ser bastante variável, desde quadros assintomáticos aos quadros obstrutivos. O diagnóstico é feito através de biópsias guiadas pelo ultrassom endoanal ou colonoscopia, com diagnóstico de certeza feito pelo painel imunohistoquímico. O tratamento curativo da doença é a ressecção cirúrgica com margens livres. Há a possibilidade de terapia adjuvante com Imatinibe. **OBJETIVO:** relatar um caso de Tumor Estromal (GIST) de Reto. **RELATO DO CASO E DISCUSSÃO:** JS, 59 anos, masculino, procedente de Águas de Lindóia/SP, com queixa de proctalgia há três meses acompanhada de hematoquezia, diminuição do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. Ao exame: REG, desnutrido, anêmico, e no toque retal uma tumoração há dois cm da borda anal com sete centímetros de extensão. Foi realizada colonoscopia cuja duas biópsias foram inconclusivas para carcinoma. A tomografia computadorizada evidenciou lesão estenosante em Reto invadindo bexiga, próstata e vesículas seminais. Devido ao quadro algico importante e clínico sugestivo de neoplasia foi optado por Amputação Abdominoperineal do Reto. Entretanto, a massa tumoral invadia bexiga, próstata e vesícula seminal. Com isso, o paciente foi submetido à Exanteração pélvica total com derivação urinária com colostomia úmida. O anátomo-patológico mostrou neoplasia mesenquimal com margens livres, e, ausência de metástases nos linfonodos ressecados. O índice mitótico foi de quatro mitoses em dez campos de maior aumento. E, o painel imunohistoquímico foi positivo para C-kit, evidenciando GIST. **CONCLUSÃO:** GIST de reto pode ter sintomas semelhantes ao carcinoma de reto, e que seu diagnóstico é feito através do painel imunohistoquímico.

#### EP051 - GIST DO RETO - RELATO DE CASO

AYRIZONO, M.L.S.; LEAL, R.F.; FAGUNDES, J.J.; DOS SANTOS, J.O.M.; PAIVA, E.S.; CALOMENI, G.D.; LIBARDONI, A.S.; COY, C.S.R.

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrintestinal, sendo mais frequente no estômago (60%-70%), seguido de intestino delgado (20%-25%) e reto (5%). O tratamento de escolha na lesão de reto é a ressecção cirúrgica com margens adequadas, enquanto é controversa a terapia neoadjuvante com imatinibe. **Objetivo:** Descrever um caso de volumoso GIST de reto com metástase hepática, submetido à cirurgia e posterior tratamento com imatinibe. **Relato de caso:** Paciente masculino, 76 anos, encaminhado ao Serviço de Coloproctologia da UNICAMP, com história de dor abdominal e constipação intestinal há 6 meses, com piora há 2, quando apresentou retenção urinária. Trazia colonoscopia com lesão submucosa em parede posterior do reto. Foi realizada biópsia transretal guiada por ultrassonografia que evidenciou tratar-se de GIST. Ultrassonografia Endorretal e Ressonância Nuclear Magnética demonstraram volumosa lesão pélvica ocupando o espaço pré-sacral, sem plano de clivagem com a parede posterior do reto. Tomografia Computadorizada de Abdome evidenciou também uma lesão metastática no fígado. Foi submetido à amputação abdominoperineal do reto, apresentando no intra-operatório sangramento profuso da veia sacral média. Realizado tamponamento com compressas, retiradas no 3º PO. No pós-operatório imediato, evoluiu com TVP em MIE, sendo passado filtro de veia cava inferior e ITU, tratada com ciprofloxacina. Anatomopatológico mostrou tratar-se de tumor estromal gastrintestinal de reto, predominante fusocelular, com alto potencial de malignidade, medindo 18,0 cm x 11,0 cm x 9,0 cm e 36 mitoses / 50 CMA. Atualmente, paciente encontra-se bem, 2 meses após a cirurgia e em tratamento com imatinibe. **Conclusão:** GIST, apesar de ser um tumor raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de tumores retais, principalmente nas lesões que crescem na parede, sem acometimento da mucosa. A biópsia guiada por ultrassonografia pode ser útil na elucidação diagnóstica.

#### EP052 - HAMARTOMA CÍSTICO RETORRETAL: RELATO DE CASO

ARRUDA, M.G.; CUNHA, F.L.; COUTO, G.R.; OLIVEIRA, D.L.C.; FILHO, C.L.F.; MARQUES, L.H.S.; LAMEIRO, T.M.D.M.; MARTINEZ, C.A.R.; ALMEIDA, M.G.; FERREIRA, B.C.  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** O hamartoma cístico (HC) retrorretal é uma lesão neoplásica congênita e benigna, raramente descrita, originária a partir de remanescentes embrionários do intestino posterior. Em pequenas dimensões é normalmente assintomático sendo um achado de exames de imagem da região pélvica. Os tumores de maiores dimensões podem provocar distúrbios da defecação, urinários e neurológicos. O presente relato descreve um caso de HC retrorretal de grandes proporções, sintomático, confirmado por estudo histopatológico e tratado com sucesso, pela ressecção cirúrgica por via abdominal. **Apresentação do caso:** Mulher, 53 anos, hipertensa e diabética, com queixa de dor na região sacral acompanhada de dificuldade para evacuar e episódios de retenção urinária. Apresentava distúrbio de defecação progressivo necessitando do auxílio de manobras digitais para conseguir evacuar. Coursou com diminuição da complacência urinária e passou a recorrer ao uso de laxantes e clisteres. Possuía antecedentes de correção cirúrgica de mielomeningocele na infância. No exame proctológico, constatou-se hipotonia esfinteriana leve e tumor retrorretal, confirmado pela colonoscopia. A ressonância magnética do abdômen e pelve identificou tumor cístico localizado no espaço retrorretal e com 15 cm de diâmetro. Foi

submetida a laparotomia onde encontrou-se tumor cístico de aproximadamente 12 cm de diâmetro e encapsulado. O tumor foi removido e enviado para estudo histopatológico. Não havia sinais de malignidade. Seis meses após o procedimento cirúrgico, estava evacuando normalmente. Discussão: O HC retrorretal é uma neoplasia rara, mais comum em mulheres na meia idade. Quando atingirem maiores dimensões, podem causar compressão de estrutura vizinhas provocando distúrbios da defecação, constipação, dor retal e lombar, além de disúria, polaciúria e urgência miccional. O toque retal identifica o tumor na maioria dos casos. A principal complicação dos HC retrorretais é a infecção com formação de abscessos e fístulas perianais. O tratamento cirúrgico é a melhor opção terapêutica e tem como objetivo tratar os sintomas, evitar a infecção e a degeneração maligna. O HC retrorretal apresenta boa evolução, porém com índices de recidiva de até 15% principalmente quando não é extirpado na sua totalidade.

#### **EP053 - HEMANGIOMA DO RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

KOTZE, P.G.; FROEHNER JUNIOR, I.; ABOU-REJAILE, V.; AKIYOSHI, F.K.; LUVIZOTTO, M.J.

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** os hemangiomas são tumores benignos, de origem vascular, contendo uma única camada endotelial. Sua ocorrência no trato gastrointestinal é rara, e quando existentes, 50% ocorrem no reto. Até 1949, foram descritos apenas 255 casos no aparelho digestivo, sendo 96 envolvendo o cólon, reto e ânus. Distribuem-se homogeneamente entre os sexos. Comumente causam sangramento anal recorrente, e podem estar associados a síndromes como Klippel-Trenaunay, por exemplo. O objetivo deste relato é discutir o caso de uma paciente portadora de hemangioma do reto distal, com ênfase na sua evolução clínica e nas variadas formas de tratamento. **RELATO DO CASO:** paciente feminina, 27 anos, com sangramento retal indolor e constipação intestinal com anos de evolução. Apresentava dor abdominal tipo cólica e dor nos membros inferiores. Tinha histórico de 2 operações para hemangioma do reto aos 2 e 21 anos de idade. Exame clínico inalterado. Retossigmoidoscopia demonstrou lesão vinhosa do reto distal com cerca de 4 cm. Realizados exames de imagem (angiogramografia e ressonância magnética) que demonstraram extensão profunda da lesão, intimamente relacionada a parede vaginal e aos planos profundos da pelve. Optado por tratamento clínico com melhora do padrão evacuatório, fibras, atividade física e demais orientações para correção da constipação. Paciente com boa evolução e assintomática há 6 meses. Reservadas outras formas de tratamento (endovascular e cirurgia radical) para falhas do tratamento clínico ou piora dos sintomas. **CONCLUSÕES:** os hemangiomas do reto são tumores raros e que devem fazer parte do diagnóstico diferencial das doenças do reto que cursam com sangramento intermitente. Deve-se realizar exames de imagem para se avaliar extensões mais profundas da lesão. O tratamento deve ser discutido com os pacientes, pois as opções cirúrgicas tem significativa morbidade. Observação e tratamento clínico da constipação são úteis em casos de sintomas leves.

#### **EP054 - HERNIA PERINEAL: RELATO DE CASO**

DE LIMA JUNIOR, S.F.; ISHAK, G.; DE ARAÚJO, W.J.P.; ALBUQUERQUE, B.C.M.; ROSAS, M.A.S.C.B.  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** As hérnias perineais primárias ou isquiorretais são raras e menos frequentes que as secundárias. Elas são decorrentes de um defeito no assoalho pélvico, permitindo a passagem do conteúdo pélvico e levando o aumento do volume local. **OBJETIVO:** relatar o caso de uma paciente jovem, 46 anos, com queixa abaulamento em glúteo direito, estendendo-se ao períneo, com dor intensa e aumento ao esforço físico. **RESULTADOS:** foi realizada RM de pelve que demonstrou massa perirretal hipodensa, regular, de cerca de 9,9 x 4,5 x 6,6 cm, à direita. Ao USG com Doppler, constatou-se a ausência de vascularização. Foi submetida a tratamento cirúrgico por via combinada abdominal e perineal, com extração de tecido conjuntivo com intensa vascularização e foco hemorrágicos antigos e recentes. Teve boa evolução pós-operatória, sem recidiva até o momento.

#### **EP055 - HIDRADENITE SUPURATIVA**

CARVALHO PEREIRA DA SILVA, C.; MOREIRA DE CARVALHO, A.C.; FONSECA ALVES FILHO, E.; MENDES, C.R.S.; OLIVEIRA COSTA, P.F.; GONÇALVES CARNEIRO, I.; MENDONÇA, R.S.

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

Resumo: **Introdução.** A hidradenite supurativa é uma doença crônica, decorrente da infecção de glândulas sudoríparas apócrinas. Sua etiopatogenia ainda não é bem conhecida, sendo por vezes associada a distúrbios endócrinos, anormalidades imunológicas, hereditariedade e higiene precária. O objetivo deste relato de caso é revisar a literatura. **Materiais e Métodos:** Paciente do serviço de Coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos que foi submetida a tratamento cirúrgico com excisão local e cicatrização em segundo tempo. **Descrição do Caso:** Paciente MSS, masculino, 56 anos, pardo, foi admitido no serviço de Coloproctologia do HGRS com queixa de saída de secreção em grande quantidade de região perianal e nadegas há 15 anos. Apresentando colostomia em alça realizada em outra unidade para desvio do transit, havia sido submetido a três procedimentos de drenagem local, sem sucesso. O paciente não apresentava sintomas sistêmicos. Foi submetido a ressecção cirúrgica de toda área comprometida no dia 12/07/2010 sendo realizada exérese da lesão sem intercorrências. **Discussão:** A hidradenite supurativa perineal é uma doença benigna com importantes reflexos na vida familiar, social e profissional. O tratamento exige atuação multidisciplinar, com a finalidade de se obter melhores resultados funcionais e estéticos e, principalmente, redução das complicações e da recidiva. É decorrente de reação celular na luz da glândula sudorípara apócrina e mistas, causando dilatação da luz, com presença de leucócitos e infiltração celular no tecido conjuntivo peri glandular. Do ponto de vista macroscópico, ocorre espessamento do tecido subcutâneo, descoloração púrpura da pele e presença de vários orifícios fistulosos. Quanto à bacteriologia qualitativa, na fase inicial da doença mostram estafilococos, estreptococos ou germes Gram-negativos, na fase crônica fora mista. O diagnóstico diferencial faz-se na região perianal com furunculose, fístula ou abscesso anorretais, doença de Crohn, cisto pilonidal e cistos sebáceos. A degeneração para carcinoma espinocelular é condição rara. O tratamento conservador é ineficaz nas formas mais exuberantes com lesões crônicas extensas, sendo necessária a realização de tratamento cirúrgico, que possibilita a cura da doença. A ressecção ampla, de toda a área comprometida, é a cirurgia indicada, com adequada margem de segurança e profundidade suficiente até atingir tecidos normais. **Conclusão:** A hidradenite supurativa é uma doença altamente debilitante que causa sofrimento aos pacientes. O tratamento correto causa boa perspectiva de cura. **Bibliografia:** 1. Barros DE, Resende MS, Macedo EJO, Araújo JJ,

Mendes MB, Carvalho FA. Tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa perianal. Rev Bras Coloproct 1988; 8(3): 98-101. 2. 3. Formiga GJS, Horta SHC, Boratto SF, Silva JH. Hidradenite supurativa perineal. Avaliação no tratamento cirúrgico em 18 anos de experiência. Rev Bras Coloproct 1997;17(2):101-4. 4. Treatment of Perineal Suppurative Processes [editorial]. J Gastroint Surg 2005; 9(3): 457-9. 5. Bocchini SF. Hidradenite supurativa. In: Pinotti, HW, editor chefe. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. São Paulo: Atheneu, 1994. p.1118-24.

#### **EP056 - HIDRADENITE SUPURATIVA COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE - RELATO DE CASO**

DAMIN, D.; TARTA, C.; CONTU, P.; BATISTA, R.G.; HOMMERDING, F.

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

Resumo: Paciente atendido no ambulatório da Coloproctologia do HCPA, com quadro de hidrosadenite supurativa perianal extensa com 2 anos de evolução e com lesão ulcerada central associada a lesões satélites. Realizada ressecção da lesão em novembro de 2010. Anatomopatológico mostrou hidradenite supurativa com carcinoma epidermóide associado, tendo margens livres. Dois meses após a ressecção, paciente foi submetido a uma ressecção de nódulo pulmonar com equipe da Cirurgia Torácica, em consequência de um adenocarcinoma primário de pulmão (pT1pN0). Em consulta de acompanhamento, cinco meses após a cirurgia perineal, apresentou lesão ulcerada na cicatriz perineal, cuja biópsia diagnosticou recidiva de carcinoma epidermóide. Paciente foi submetido à ressecção da recidiva tumoral, tendo o exame anatomopatológico de congelação trans-operatório demonstrado limites cirúrgicos livres. Apesar disso, o anatomo-patológico definitivo revelou margem profunda comprometida. Atualmente o paciente está em acompanhamento com as equipes da Oncologia e Radioterapia para realização de tratamento complementar do tumor. Hidradenite supurativa é uma inflamação crônica supurativa das glândulas apócrinas da região perianal. Os sintomas e sinais são de longa duração e caracterizam-se por presença de abscessos e fístulas recidivantes, que, após cessada a fase inflamatória, deixam como seqüelas áreas de fibrose, orifícios fistulosos. A associação de hidradenite supurativa com carcinoma epidermóide é extremamente rara, mesmo nos casos de doença inflamatória de longa duração, com poucos casos descritos na literatura. Geralmente, o carcinoma epidermóide associado apresenta comportamento biológico agressivo. Acredita-se que o processo inflamatório crônico seja o responsável pela formação da neoplasia. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor.

#### **EP057 - ILEO-ILEAL INTUSSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIO A UM LIPOMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

DAL PONTE, M.A.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; GALEAZZI, C.J.; MARTINS DE LIMA, R.G.; ESTOFOLETE, C.F.; SIMONI, A.L.; BEZERRA NUNES, W.F.; NETINHO, J.G. *FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Dor abdominal é um problema freqüente, sendo a intussuscepção uma armadilha diagnóstica porque ocorre raramente em adultos. Intussuscepção é definida como invaginação de um segmento do intestino distalmente em outro segmento. Neoplasias são as causas mais freqüentes de intussuscepção no adulto e o lipoma gastrointestinal tem sido poucas vezes relatado como causa. Objetivo: relatar um caso de intussuscepção íleo-ileal secundário a um lipoma de íleo terminal e realizar revisão do tema. Relato de caso: Paciente

feminino, 46 anos, com queixa de sangramento via retal há 01 mês além de dor abdominal periumbilical em cólica associado ao quadro. Durante investigação foi submetida a TC de abdome (setembro/2010) que evidenciou: espessamento parietal concêntrico do ceco; Doença diverticular do cólon; Nefrolitíase bilateral, além de Colonoscopia que identificou lesão vegetante em íleo terminal. A paciente foi submetida a Laparotomia exploradora em setembro de 2010 que identificou uma intussuscepção íleo-ileal próximo à válvula íleo-cecal sendo então submetida a íleo-tiflectomia com íleo-cólon direito anastomose término-terminal, cujo A.P. identificou um lipoma pediculado; A paciente foi acompanhada no pós operatório evoluindo em bom estado. Discussão: Esta enfermidade representa cerca 2% das obstruções do intestino em adultos. Em adultos, a intussuscepção, é mais provável de se apresentar insidiosamente com sintomas abdominais vagos. Os lipomas são tumores benignos raros, representando 2,6% dos tumores não malignos do trato intestinal, mostrando uma incidência de 0,003 a 0,02% de todos as admissões hospitalares. Cirurgia torna-se necessário se o lipoma é sintomático, se ele for maior que 25 mm, ou se a lesão simular malignidade. Conclusão: Lipomas são raras neoplasias benignas do trato gastrointestinal, a maioria deles são assintomáticos e encontrados por acaso. Ressecção cirúrgica permanece o tratamento de escolha e produz um excelente prognóstico, como demonstrado na literatura consultada e no caso relatado.

#### **EP058 - IMPACTO DO TREINAMENTO PERINEAL ATRAVÉS DO BIOFEEDBACK EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA ANAL**

RIZZARDI, K.<sup>1</sup>; LIMA, D.M.<sup>2</sup>; KURACHI, G.<sup>3</sup>; RODRIGUES OLIVEIRA FILHO, J.M.<sup>4</sup>; EBRAHIM, K.C.<sup>5</sup>; CHIMENTO, D.A.<sup>6</sup>; ROTTA, L.S.<sup>7</sup>; MARTINS, P.C.<sup>8</sup>; HAMAOU, S.<sup>9</sup>; SAGAE, U.E.<sup>10</sup> *1,2,3,8. GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4,5,6,7,9. FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 10. UNIVERSIDADE ETSUO SAGAE, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o impacto do biofeedback imediato e após 6 meses de tratamento em pacientes portadores de incontinência anal. Método: No período de 2009 a 2011, foram avaliadas e tratadas 60 pacientes, com quadro de incontinência anal diagnosticadas pela história clínica e avaliada pelo escore de Wexner, eletromanometria anorretal e colonoscopia, após encaminhadas ao tratamento fisioterapêutico. O tratamento fisioterapêutico consistiu, inicialmente, de uma avaliação funcional assoalho pélvico (AFA) onde gradua a capacidade contrátil do assoalho pélvico de 0 a 5 (0- Ausência de contração, 5- Função objetiva e resistência mantida por mais de 5 segundos) de acordo com a tabela de Ortiz. Em seguida, foram direcionadas para o tratamento apenas as pacientes que apresentavam AFA acima de 3. O tratamento foi realizado através do aparelho de biofeedback eletromiográfico Miotool 400. Seguindo o tratamento baseando-se no protocolo de de Kegel que consistiu em 4 fases: 1 -Contração de 10 vezes a Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), da forma mais forte e rápida possível, descansando apenas 1 segundo entre cada contração (5 repetições). 2- Contração da MAP o mais forte possível por 3 segundos, descansando por 3 segundos (10 repetições). 3- Contração da MAP o mais forte possível por 5 segundos, descansando por 5 segundos (10 repetições). 4- Contração da MAP o mais forte possível por 10 segundos, descansando por 10 segundos (5 repetições). A numero de sessões variou de 5 a 23 sessões (média 13). As pacientes foram orientadas e incentivadas a realizarem exercícios e recomendações domiciliares durante o tratamento e ao seu término. Ao final do



tratamento e após 6 meses foi reaplicado o protocolo de Wexner. Resultados: O estudo foi composto de 60 pacientes, destas, 90% do sexo feminino. A média de idade foi 58,2 anos (22 a 85). Dessas, 72% tiveram partos vaginais, 70% algum tipo de cirurgia orificial e a média do tempo de incontinência foi de 8,5 anos (1 a 31), 38 pacientes apresentavam incontinência urinária associados no pré-biofeedback e 8 no pós biofeedback. O escore de incontinência fecal na avaliação foi de 10,8 (1 a 19) e no pós-tratamento foi de 1,6 (0 a 7) com  $p < 0,001$  pelo teste t de student. Após 6 meses o escore foi de 1,8 (0 a 5), fazendo a correlação entre o resultado no pós tratamento imediato com o resultado após 6 meses não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,32$ ). Conclusão: Conclui-se que o treinamento perineal através do biofeedback teve melhora no quadro de incontinência anal quando avaliados de forma imediata e após 6 meses, assegurando a essa técnica as vantagens de ser eficaz, indolor e de baixo custo.

#### **EP059 - INDICAÇÕES DAS MANOMETRIAS ANORRETAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS**

PACHECO, M.V.; FORMIGA, F.B.; BALSAMO, F.; FORMIGA, G.J.S. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A complexidade da fisiologia anorretal faz com que seus métodos de avaliação (exame clínico, manometria anorretal, defecografia, ultrassonografia anorretal, tempo de latência do pudendo, eletroneuromiografia) sejam somatórios. A manometria anorretal tem importante papel na avaliação quantitativa das pressões anais. Adiciona-se a isso, a avaliação da capacidade, sensibilidade e complacência retal, além do reflexo inibitório retoanal. Objetivo: Analisar a casuística e indicações das manometrias anorretais realizadas no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo - SP. Método: Foram estudadas todas as manometrias anorretais realizadas desde a implantação do procedimento até a atualidade, isto é, dezembro de 2004 a junho de 2011. Os parâmetros avaliados foram número de exames, de pacientes, sexo, idade e indicações. Resultados: Foram 746 exames, 706 pacientes, sendo 224 homens (31,7%) e 482 mulheres (68,3%). A média de idade foi 50 anos, com idade entre 9 e 91 anos. As indicações foram incontinência fecal (31,7%), fissura anal (17,6%), hemorróida ou prolapso mucoso (9,6%), pré-operatório (7,9% - reconstrução de trânsito intestinal, proctectomia ou bolsa ileal), constipação (7,0%), dor anal (5,2%), fístula anorretal (5,0%), doença de Crohn perineal (3,8%), incontinência urinária (3,5%), esfinterotomia (3,3%), Megacólon (3,0%) e outros (2,4% - Retocolite ulcerativa, estenose anal, sd. Fournier, prolapso retal, trauma anorretal). Conclusão: Incontinência fecal foi a maior indicação de manometria anorretal e o sexo feminino predominou na amostra.

#### **EP060 - INTUSSUSCEPÇÃO ILEAL – RELATO DE CASO**

OLIVEIRA, L.A.; RIBEIRO, E.R.F.; NASCIMENTO, Í.V.S.; TRENTIN, B.C.; GOMES, T.L.; SOUSA, E.C.; PACHAS, L.K.L.R.; MORAIS, L.F.S.; CARNEIRO, G.P.

UFRR- HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL.

Resumo: S.M.F, 43 anos, sexo feminino, casada, natural e residente em Boa Vista-RR, profissão do lar, deu entrada no Pronto Atendimento Airton Rocha com queixa de epigástrica tipo cólica que irradiava para todo abdome, com vômitos diários, febre diária não aferida e diarreia líquida sem sinais de melena. Paciente com histórico de cirurgia abdominal (apendicectomia) há 20 anos e com HAS. Ao exame físico apresentava abdome levemente distendido, doloroso à

palpação de epigástrico, com peristaltismo de luta, sem visceromegalias ou irritação peritoneal. Raio-x de abdome evidenciava distensão de alças de delgado e níveis hidroaéreos. Realizado tratamento conservador com SNG com melhora da distensão, porém a paciente apresentava nova distensão abdominal após a retirada da mesma. Avaliada pela cirurgia geral que optou, devido a paciente apresentar um quadro de obstrução intestinal provavelmente por bridas, pelo tratamento cirúrgico com laparotomia exploradora. Através de uma incisão xifopública onde evidenciou a presença de poucas aderências e uma intussuscepção em íleo a 50 cm da válvula ileocecal com uma massa polipoide intraluminal. Realizado enterectomia com margens de 10cm, com anastomose primária termino-terminal não sendo visualizado linfonodos metastáticos. Paciente evoluiu no pós-operatório satisfatoriamente. Resultado do anatomopatológico evidenciou uma lesão sugestiva de pólipos intestinais de origem inflamatória.

#### **EP061 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO**

WERNECK, S.L.; LIMA, R.F.C.; TODINOV, L.R.; FORMIGA, G.J.S. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é definida como a penetração de um segmento proximal do intestino dentro do lúmen de um segmento distal adjacente, causando compressão vascular do mesentério com conseqüente edema, isquemia, necrose e por fim perfuração com peritonite. Apenas 5% dos casos ocorrem em adultos e está associada a um processo patológico em mais de 90% das vezes. As lesões mais comumente envolvidas são as neoplasias (malignas e benignas), lesões inflamatórias do intestino, pólipos e divertículo de Meckel. O mecanismo da intussuscepção idiopática ainda não é compreendido, acontecendo em 8 a 20% dos casos em adultos, principalmente no intestino delgado. OBJETIVO: Relatar caso de intussuscepção intestinal idiopática pós-operatória em paciente submetido a colectomia total por megacólon chagásico. RELATO DE CASO: A.G.S., 61 anos, masculino, com diagnóstico de megacólon chagásico há 30 anos e há seis anos com formação de fecaloma de repetição com necessidade de esvaziamento em pronto socorro. Enema opaco mostrava dilatação total do cólon. Foi submetido a colectomia total com íleo-retoanastomose término-terminal grampeada. No 4<sup>o</sup> pós-operatório apresentou dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos. Ao exame: abdome distendido, ruídos hidro-aéreos hipoativos, doloroso difusamente à palpação. O raio-x simples de abdome mostrava distensão de alças com níveis hidro-aéreos. Indicada laparotomia exploradora por abdome agudo obstrutivo. Ao inventário da cavidade foi encontrada intussuscepção jejuno-jejunal de cerca de 20 cm, sem necrose, a aproximadamente 60 cm do ângulo de Treitz. Desfeita intussuscepção, não sendo encontrada causa aparente. Paciente evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta no 9<sup>o</sup> pós-operatório. DISCUSSÃO: A intussuscepção intestinal pós-operatória em adultos é rara. Embora incomum, a intussuscepção deve ser suspeitada em casos de dor abdominal crônica e recorrente ou de obstrução intestinal.

#### **EP062 - LEIOMIOMA EPITELIÓIDE DE CANAL ANAL INTERESFINCTERIANO – UM RELATO DE CASO**

MEYER, M.M.; SAMPAIO, D.V.; COUTINHO, C.P.; SANTOS, G.A.; FERREIRA, R.M.R.S.; ANDRADE, M.M.A.; RODRIGUES, F.G.; JUNIOR, A.C.B.L.; CONSTANTINO, J.R.M.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O leiomioma é um tumor benigno derivado de células mesenquimais que pode se originar em qualquer região que contenha musculatura lisa, representa cerca de 4% de todas as neoplasias benignas de tecidos moles e distribui-se igualmente entre os sexos. A patogenia não está totalmente compreendida e foi descrito pela primeira vez por Virchow em 1854. O leiomioma epitelióide de canal anal é lesão extremamente rara e os dados disponíveis na literatura são escassos. A maioria dos leiomiomas do trato gastrointestinal crescem para dentro da luz do órgão, entretanto nas lesões perianais o crescimento se dá para o exterior. À microscopia podem se confundir com GIST, por isso a imunohistoquímica é fundamental no diagnóstico diferencial. O tratamento indicado é a exérese da lesão com preservação do esfíncter sempre que possível. Em caso de malignidade a excisão deve ser alargada e a lesão esfíncteriana deve ser considerada. As taxas de recidiva são baixas se a lesão for retirada por completo. RELATO DO CASO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 52 anos, esteve no consultório 2 anos antes do diagnóstico para screening colorretal por história familiar positiva para neoplasia de cólon. Neste tempo, a paciente não tinha queixas e o exame físico mostrava apenas plicomas externos sem demais alterações. Retossigmoidoscopia e colonoscopia normais. Um ano depois retorna ao consultório com queixa de prolapso de nódulo posteriormente ao ânus, indolor, macio e móvel, com cerca de 0,8cm que se projetava para a região acima da musculatura esfíncteriana. Solicitada propedêutica com imagem, ressonância nuclear magnética (RNM). A RNM mostrou lesão expansiva sólida no canal anal com epicentro no seu terço médio, no espaço interesfíncteriano, delimitada externa e internamente pelos músculos esfíncterianos interno e externo e sem extensão para o canal anal ou para a fossa isquioanal. Indicada a cirurgia a paciente foi submetida a excisão local da lesão, era livre em relação aos planos circunjacentes e pediculada. O anátomo-patológico com imunohistoquímica evidenciou leiomioma epitelióide com Vimentina, Desmina e Actina de músculo liso positivos. CONCLUSÃO: O leiomioma epitelióide de canal anal é uma lesão extremamente rara, poucos são os dados da literatura. A conduta mais indicada atualmente é a exérese total da lesão e imunohistoquímica do material. O seguimento deve ser mantido com auxílio de métodos de imagem.

**EP063 - LIGADURA ELETIVA DAS ARTÉRIAS HEMORROIDARIAS GUIADA POR DOPPLER COM MUCOPEXIA: RESULTADOS ANATOMICOS E FUNCIONAIS** CORDEIRO, A.C.<sup>1</sup>; MEURETTE, G.<sup>2</sup>; WYART, V.<sup>3</sup>; KUBIS, C.<sup>4</sup>; PODEVIN, J.<sup>5</sup>; LEHUR, P.<sup>6</sup>

1.IMIP, RECIFE, PE, BRASIL; 2,3,4,5,6.IMAD-CHU, NANTES, FRANÇA.

Resumo: Objetivo: O objetivo de nosso estudo foi avaliar a eficácia da ligadura eletiva das artérias hemorroidárias guiada por doppler associada à mucopexia (técnica do THD®) em termos de complicações, da qualidade da correção anatômica e do benefício funcional. Pacientes e métodos: Entre julho de 2008 e fevereiro de 2011, 106 pacientes submetidos a essa técnica constituíram objeto de um estudo prospectivo, que avaliou-os clinicamente e através de escore de sintomas pré-operatoriamente e aos 3, 6 e 12 meses após o procedimento. Resultados: Todos os pacientes (média de idade 50,4+/-13,6 anos) puderam ser operados segundo esta técnica. As indicações foram: prolapso 38%, sangramento 40,4%, e associação de ambos 21,4% (n=84 pacientes). O número médio de ligaduras foi 6,1+/-0,7 por paciente e de mucopexia complementar, 4,3+/-1,9. A morbidade pós-operatória foi de 7% (n=84 pacientes), e incluíam

retenção urinária (2), fissura (1), hematoma (1), hemorragia (1 paciente com cirrose) e trombose hemorroidária (1). Ao longo do seguimento, 16 pacientes (n=106) foram re-operados: 10 por hemorroidectomia convencional (65%), 2 para excisão de plicomas residuais (12,5%), 2 por THD® (12,5%) e 2 por outras intervenções (12,5%). Aos 3, 6 e 12 meses após o procedimento nós observamos uma melhora nos escores de dor (0,54; 0,56; 0,61 vs 3,33, p<0.05), de sangramento (0,30; 0,21; 0,40 vs 2,49, p<0.05) e de exteriorização através do ânus (0,88; 0,72; 0,86 vs 2,77, p<0.05). O escore de satisfação após o tratamento teve significativo incremento (3,32 vs 0, p<0.05). Conclusão: A técnica THD® oferece uma correção anatômica satisfatória, mediante uma morbidade baixa.

**EP064 - LINFOMA HODGKIN EM COLON ASCENDENTE - RELATO DE CASO**

OLIVEIRA, L.A.; MATTOS, M.K.; TRENTIN, B.C.; NASCIMENTO, Í.V.S.; RIBEIRO, E.R.F.; GOMES, T.L.; SOUSA, E.C.; PACHAS, L.K.L.R.; MORAIS, L.F.S.; CARNEIRO, G.P. UFRR - HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL.

Resumo: P.O.B, masculino, 57 anos, natural de Boa Vista, aposentado, casado e pai de três filhos, procura atendimento médico referindo dor na barriga e saída de sangue pelo ânus. Paciente é internado devido a uma dor de grande intensidade, do tipo cólica em região de hipocôndrio D de duração contínua e que se irradiava para região umbilical. Melhorava com o uso de hioscina e piorava após refeições gordurosas, frituras e alimentos cítricos. Associavam-se a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Paciente relata que este quadro de dor em HCD teve início insidioso há cerca de 11 meses, tornando-se intenso há cinco meses quando o mesmo refere ter iniciado consumo exacerbado de bebida alcoólica e emagrecimento de 24 kg em três meses. Durante a internação paciente apresentou sete episódios de enterorragia (com saída de sangue vivo, sem fezes). Realizada tomografia que encontrou extensa lesão expansiva infiltrante retroperitoneal, envolvendo estruturas ao nível do hilo hepático, cabeça pancreática e retroperitônio, litíase intravesicular, espessamento mural de alças de delgado e do colo ascendente, numerosas lesões nodulares sólidas esplênicas suspeitas para implantes secundários. Foi submetido a laparotomia exploradora onde havia presença de massa tumoral em ângulo hepático colônico sendo realizada manobra de Catel identificado ureter direito, com sua preservação, secção do íleo a 10 cm da válvula ileocecal, identificado massa tumoral em ângulo colônico aderida ao segmento VI hepático sendo ressecada. Na ressecção evidencia-se invasão do tumor para retroperitônio. Ressecado +/- 10 cm do cólon transverso. Realizada anastomose íleo cólica termino terminal e colecistectomia com preservação do infundíbulo devido à massa tumoral nessa topografia. identificados linfonodos metastáticos em todo retroperitônio, paciente evoluindo no pós operatório sem intercorrências. Biopsia da peça: Linfoma Hodgkin

**EP065 - LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CECO: RELATO DE TRÊS CASOS**

PACHECO, M.V.; CARVALHO, M.A.; NOGUEIRA, F.S.; TODINOV, L.R.; FORMIGA, G.J.S.

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Linfoma Não-Hodgkin de Ceco: Relato de Três Casos. Mônica Vieira Pacheco, Mariana Andrade Carvalho, Flávio Silva Nogueira, Lílian Ramos Todinov, Galdino José Sítonio Formiga. Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo/ SP. Introdução: Os linfomas do cólon são pouco frequentes, constituindo

0,5% das neoplasias colônicas. O local mais acometido é o ceco, seguido do cólon direito e reto. O diagnóstico diferencial é difícil, sendo a clínica semelhante à de qualquer tumor colorretal. Objetivo: Relatar três casos de linfoma não-Hodgkin de ceco operados em nosso serviço e realizar breve revisão do tema. Relato dos casos: Caso 1: Paciente feminino, 44 anos, HIV +, referia há quatro semanas dor abdominal difusa associada a massa palpável em fossa ilíaca direita. Realizou colonoscopia com achado de neoplasia estenosante de ceco, cujo anatomopatológico demonstrou processo inflamatório crônico. Foi submetida a hemicolectomia direita, sendo o diagnóstico histológico e imuno-histoquímico de Linfoma não-Hodgkin de alto grau plasmoblástico. Após seis meses de seguimento favorável, foi a óbito por tuberculose pulmonar, não sendo indicado tratamento adjuvante com quimioterapia. Caso 2: Paciente masculino, 70 anos, referia dor abdominal, diarreia e emagrecimento de dez quilos em quatro meses. Realizou colonoscopia que demonstrou lesão vegetante e infiltrativa em cólon direito e ceco. Evoluiu com abdome agudo perfurativo sendo submetido a hemicolectomia direita e ileocolostomia a Mickulicz I. O diagnóstico histológico e imuno-histoquímico foi de Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B. Em um mês de pós-operatório foi a óbito por sepse fúngica. Caso 3: Paciente feminina, 54 anos, com epigastria há um ano e tumoração em flanco direito há dois meses. Realizou colonoscopia que demonstrou lesão úlcero-vegetante e infiltrativa, impérvia em ângulo hepático, cujo anatomopatológico revelou colite crônica. Foi submetida a hemicolectomia direita, com diagnóstico histopatológico e imuno-histoquímico de Linfoma não-Hodgkin de grandes células B. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há oito meses em vigência de quimioterapia. Discussão: A hipótese de linfoma de ceco e cólon direito no diagnóstico diferencial das neoplasias do cólon é essencial, sendo o tratamento cirúrgico considerado como primário no controle da doença local.

#### **EP066 - MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ANORRETAL-RELATO DE CASO**

VIDAL, T.Q.C.E.S.<sup>1</sup>; CARDOSO, A.F.<sup>2</sup>; ARAÚJO, N.A.L.<sup>3</sup>; AGUIAR, M.S.<sup>4</sup>; MANO, A.L.<sup>5</sup>; CODES, L.M.G.<sup>6</sup>; SOUZA, E.L.Q.<sup>7</sup>; AZARO FILHO, E.M.<sup>8</sup>

*1,2,3.HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,5,6,7,8.HSR, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As Malformações Arteriovenosas (MAVs) são redes de vasos sanguíneos anormais, onde o sangue passa diretamente das artérias para as veias sem antes passar pelo sistema capilar normal. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de mal formação arteriovenosa anorretal, tratado com ressecção cirúrgica. Relato de caso: J.L.S, sexo masculino, 61 anos. Paciente refere dor e tumoração anorretal de crescimento progressivo em região anorretal direita há 2 anos, com hábito intestinal diário sem alterações. Ausência de co-morbidades ou antecedentes cirúrgicos. Ao exame físico, apresentava presença de abaulamento extramucoso, móvel, medindo cerca de 7 cm em parede lateral direita (LD) de reto. Avaliação laboratorial sem achados patológicos. Realizou USG endoanal e RM de pelve que evidenciava formação expansiva excêntrica, localizada à direita na transição do reto com o ânus, originando-se entre EIA e EEA, medindo cerca de 6,6 x 4,2 x 4 cm. O pte foi submetido à excisão da lesão anorretal por via perineal, com incisão interesfincteriana, preservando EIA e EEA, sendo optado por drenagem por capilaridade em virtude do extenso espaço morto. Evoluiu bem,

com alta em 1º DPO, retornando ao ambulatório com presença de hematoma em topografia perianal no 8º DPO, melhorando com tratamento conservador. O exame anatomo-patológico evidenciou malformação arteriovenosa. Discussão e conclusão: MAVs são vasos sanguíneos anormais que comunicam artérias a veias. Desconhece-se o motivo pelo qual ocorrem, contudo, são mais comuns nos indivíduos que apresentam valvulopatias, doenças renais, hepáticas, colagenoses e naqueles submetidos à radioterapia para o tratamento de câncer colorretal. Os vasos anormais apresentam paredes menos resistentes, com diâmetros variáveis, sendo frágeis e propensos ao sangramento, às vezes intenso, especialmente em idosos. O diagnóstico diferencial inclui tumores extrarretais como lipomas, leiomiomas e tumores pré-sacrais. Na literatura são ausentes os trabalhos sobre MAVs na topografia anorretal. O tratamento inclui ressecção cirúrgica e, em casos selecionados, podemos considerar embolização. A raridade da MAV anorretal é demonstrada pela ausência de trabalhos na literatura, confirmando-se a necessidade de novos relatos literários.

#### **EP067 - MANOMETRIA ANORRETAL: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

BARBOSA, C.O.; ARAÚJO, J.G.F.; OLIVEIRA, J.M.; MESQUITA, D.M.; ALMEIDA, R.M.; DURAES, L.C.; FILHO, J.G.; DOS SANTOS, A.C.N.; SOUZA, J.B.; OLIVEIRA, P.G.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A manometria anorretal permite a avaliação funcional da musculatura esfinteriana. De maneira objetiva, é capaz de fazer a leitura das pressões do canal anal, seja de repouso ou contração, além de avaliar seus reflexos fisiológicos, como o reflexo inibitório retoanal. Algumas das principais indicações da manometria anorretal são incontinência fecal, fissura anal crônica e defecação obstruída. Os seus achados são levados em consideração se houver coerência com o evento clínico estudado. Material e métodos: O presente estudo tem como objetivo avaliar os dados das manometrias anorretais realizadas no Hospital Universitário de Brasília de dezembro de 2003 a abril de 2011. São avaliados os dados epidemiológicos, a indicação dos exames e a correlação entre a queixa do paciente e os resultados finais. A manometria anorretal é realizada com cateter axial de 8 canais ao longo do canal anal, com um balão de látex em sua extremidade, podendo-se avaliar as pressões de repouso e contração, a zona de mais alta pressão, o reflexo inibitório retoanal, a presença de contração paradoxal do músculo puborretal pelo método de expulsão do balão, além do limiar de sensibilidade e capacidade retal máxima. Resultados: Entre dezembro de 2003 e abril de 2011 foram realizadas 628 manometrias anorretais no Hospital Universitário de Brasília. A média de idade dos pacientes foi de 47 anos, variando de 10 a 92 anos. Setenta e quatro por cento dos pacientes eram do gênero feminino. As principais indicações para realização do exame foram: incontinência anal (21,3%), fissura anal crônica (19,7%), defecação obstruída (8,4%), constipação intestinal (8,1%), fístula anorretal (7%), proctalgia fugaz (6,4%). Dos pacientes com incontinência anal, 52,2% apresentavam hipotonia esfinteriana à manometria. Entre os pacientes com fissura anal, 76,6% tiveram pressões aumentadas durante o exame. Dos pacientes com defecação obstruída e proctalgia fugaz, 32,1% e 30%, respectivamente, apresentaram contração paradoxal do músculo puborretal durante o teste de expulsão do balão. Conclusões: A maioria dos pacientes submetidos a manometria anorretal no Hospital Universitário de Brasília são

mulheres, com média de idade de 47 anos e portadoras de incontinência anal, fissura anal crônica, defecação obstruída ou constipação intestinal. A manometria anorretal é um exame de valor na avaliação funcional do canal anal e os resultados encontrados durante o exame devem ser avaliados sempre a partir da queixa clínica do paciente e levados em consideração na tomada de conduta apenas quando em concordância com os achados clínicos.

#### **EP068 - MEDICAÇÃO BIOLÓGICA: QUAL A PREFERÊNCIA DO PACIENTE**

RIBEIRO, E.R.; DOMINGUES, M.L.B.; BRESSIANI, V.; PRETE, P.R.; FRANZINI, M.F.Z.; CARMO, A.M.D.; GAMA, A.H.; TEIXEIRA, M.G.

*HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A medicação biológica representou um grande avanço no tratamento da doença inflamatória intestinal. No comércio brasileiro, dispomos no momento de duas drogas anti-TNF. Seus efeitos parecem ser similares. No entanto, a forma de aplicação varia sendo uma de administração endovenosa (EV) e outra subcutânea (SC). Partindo do princípio de que a ação seria igual, bem como a facilidade de obtenção, questionamos os pacientes quanto a sua preferência, uma vez que a adesão do paciente ao tratamento é fundamental para obtenção de bons resultados. **OBJETIVOS:** Investigar qual a forma preferida de aplicação, buscando esclarecer quais os motivos que levam os pacientes a escolher uma determinada droga. **METODOLOGIA E CASUÍSTICA:** Foi realizado um questionário com 35 pacientes vistos consecutivamente no CADII com diagnóstico de doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa. O questionário foi aplicado para pacientes em uso de medicação biológica ou não. Foram questionadas as razões para a escolha do paciente tais como, facilidade de aplicação, tempo despendido na aplicação e conseqüente possível interferência nas atividades diárias e receio de auto aplicação. **RESULTADOS:** Dentre os 27 pacientes com Doença de Crohn, 5 estão usando medicação EV, porém apenas dois deles, por estarem satisfeitos com o resultado não querem mudar e estão adaptados às aplicações. Quatro recebem medicação SC, todos satisfeitos exceto um que havia usado a medicação EV anteriormente e acha que os resultados foram melhores com aquela. Dos 08 pacientes com RCU, apenas três fazem uso da medicação EV sendo que 2 deles estão satisfeitos com o resultado não mudariam a forma de aplicação. Dos pacientes que não fazem uso da medicação biológica que responderam ao questionário hipoteticamente, 55% optariam pela forma SC pela facilidade de aplicação. Os demais optariam pela segurança de ter alguém ao lado durante a aplicação ou por acharem que medicação EV teria mais efeito. **CONCLUSÃO:** Foi semelhante a opção por uma ou outra forma de aplicação. Pacientes que optam pela forma EV sentem-se mais seguros em ambiente hospitalar, enquanto os que optam pela forma SC preferem não perder um período do dia para receber o medicamento. Para os que já estão em uso da medicação, o bom resultado tornou a forma de aplicação sem importância.

#### **EP069 - MELANOMA DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO**

FERNANDES, F.R.; LIRA, E.F.; ARAUJO, J.J.; LYRIO, F.; VIANA, A.L.; FILHO, J.A.; SOUSA, T.N.; TALAMONTE, D.

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O melanoma anorretal é um tumor de origem neuro-ectodérmica, oriundo de melanócitos da zona de

transição acima da linha pectínea, crescendo para cima em direção ao reto ou para baixo em direção ao canal anal e anus.<sup>3</sup> É um tumor maligno e muito agressivo, responsável por 4% de todas as doenças malignas da região anal. Embora seja incomum, a região anal é o terceiro local mais acometido, depois do cutâneo e o ocular.<sup>1</sup> Os autores descrevem um caso de uma paciente com melanoma de canal anal, tratada com excisão local e acompanhada há 5 anos na Unidade de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 55 anos, procurou a Unidade de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal em dezembro de 2005 com queixa de desconforto anal, tenesmo e sangramento às evacuações. Durante avaliação proctológica foi identificado lesão polipóide em parede anterior do reto a 4 cm da borda anal, de superfície lobulada, coloração violácea, recoberta por fibrina. Foi submetida a ressecção endoanal do pólipó, com margens livres, cujo diagnóstico histopatológico mostrou melanoma maligno em pólipó retal (confirmado por imuno-histoquímica). A paciente foi avaliada pela oncologia clínica e radioterapia que não indicou tratamento adjuvante. A paciente seguiu assintomática, em acompanhamento ambulatorial rigoroso, com exames proctológicos de rotina, bem como colonoscopias e outros exames de imagens. No quarto ano de seguimento ambulatorial durante exame proctológico foi evidenciado uma lesão granulomatosa em reto inferior cuja biopsia revelou neoplasia maligna indiferenciada infiltrando a mucosa retal. Foi submetida a nova ressecção endoanal e o histopatológico mostrou melanoma maligno polipóide em reto com margens livres. A paciente está assintomática após a segunda ressecção endoanal local mesmo após passados 5 anos desde o diagnóstico inicial e segue sem evidências de metástases à distância. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O primeiro caso de melanoma maligno primário da região anorretal foi descrito em 1857 por Moore.<sup>3</sup> Os sintomas clínicos são similares a outras doenças anorretais o que torna difícil acertar o diagnóstico.<sup>5</sup> O melanoma maligno anorretal apresenta piores prognósticos que o melanoma cutâneo. No entanto, alguns estudos têm mostrado casos de maior sobrevida quando o tratamento consiste apenas em excisão cirúrgica local.<sup>4</sup> Na ausência de grandes benefícios na sobrevida de uma ressecção abdominoperineal no manejo de formas não metastáticas é importante considerar excisão local para tratamento inicial de escolha.<sup>2</sup> Os baixos índices de sucesso cirúrgico independem da técnica cirúrgica utilizada, amputação ou ressecção local alargada.<sup>3</sup> No caso descrito, apesar da recidiva local da doença, foi tomada conduta conservadora que proporcionou melhor qualidade de vida à mesma durante esses 5 anos.

#### **EP070 - MELANOMA RETAL PRIMÁRIO – UMA RARA ENTIDADE**

TORRES, E.R.; DO CARMO, G.A.A.; DA SILVA, A.A.W.; CHAVES, E.G.S.; PELEGRINELLI, L.R.; FATURETO, M.C.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.*

Resumo: **Introdução / Objetivos:** Melanoma anorretal primário representa uma rara e agressiva entidade correspondendo a aproximadamente 1% das doenças malignas anorretais. O prognóstico é ruim e os pacientes frequentemente apresentam metástases ao diagnóstico. Devido à sua baixa incidência, a experiência no seu tratamento é limitada e há controvérsias em relação ao procedimento cirúrgico de escolha. **Relato de caso:** Relatamos o caso de um paciente de 55 anos de idade, masculino, casado, leucoderma, admitido no Serviço de Coloproctologia do

HC- UFTM com história de hematoquezia progressiva há 6 meses, tenesmo, discreto afilamento fecal e perda ponderal de 3kg neste período. Negava tabagismo e etilismo. Sem antecedentes familiares relevantes. Realizados exame proctológico e colonoscopia que revelaram lesão exofítica endurecida em parede posterior de reto distal com extensão para canal anal, hiperpigmentada, friável, sangrante ao toque, com diâmetro aproximado de 5 cm. Análises histopatológicas e imuno-histoquímicas do material colhido através de biópsias guiadas pelo exame endoscópico confirmaram o diagnóstico de melanoma. Durante o estadiamento, tomografia computadorizada (TC) de crânio, Raio X e TC de tórax foram normais. À TC de abdome foi evidenciada lesão expansiva anorretal medindo 3x4,3cm reduzindo o calibre luminal a este nível, com espessamento mesorretal. O paciente foi submetido a avaliação dermatológica e oftalmológica, não sendo evidenciado qualquer outro foco de melanoma, comprovando a origem primária de reto. Realizada amputação abdominoperineal a Miles com linfadenectomia “en bloc”, sem intercorrências. O paciente evoluiu favoravelmente, tendo alta hospitalar no 4º dia pós-operatório e permanece em seguimento ambulatorial sem evidências de recidiva ou metástases em 3 meses de acompanhamento. O exame anátomo patológico revelou, à macroscopia, massa ulcerada exofítica, firme e parda com focos negros em reto distal, justaposta à mucosa anal, com comprimento de 6 cm e espessura de 2,5 cm; à microscopia, células volumosas ora epitelioides ora fusiformes, com núcleos volumosos, nucléolos centrais evidentes e citoplasma eosinofílico por vezes com pigmento de melanina e numerosas figuras de mitoses, por vezes atípicas, compatível com melanoma maligno invasor do reto que infiltra mas não ultrapassa a camada muscular própria; À imuno-histoquímica houve positividade para S-100, HmB – 45 e Melan – A e negatividade para CK 7 e CK 20. Conclusão: Melanomas anorretais primários são patologias raras e agressivas, com sintomatologia pobre e inespecífica, cujo diagnóstico é dependente de alto índice de suspeição. Não há consenso na literatura quanto ao tratamento de escolha. A individualização do tratamento é fundamental, cabendo ao cirurgião considerar as vantagens e desvantagens de cada opção terapêutica.

#### **EP071 - METÁSTASE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON: COMO ABORDAR?**

GOMES, C.M.C.N.<sup>1</sup>; KLUG, W.A.<sup>2</sup>; FANG, C.B.<sup>3</sup>; RUGERRO, A.G.<sup>4</sup>; FERNANDES, M.S.<sup>5</sup>; PREZA, M.T.G.<sup>6</sup>

1,2,4,5,6. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A presença de metástase cutânea (MC) de neoplasia de trato digestivo é um evento pouco freqüente, presente em menos de 5% dos casos(3). Tendo em vista a baixa incidência da metástase cutânea de adenocarcinoma de cólon, será descrito no presente relato um caso incomum que ocorreu no Serviço de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de São Paulo e será feita uma breve revisão de literatura. Paciente do sexo feminino, 78 anos, submetida a hemicolectomia direita, evoluiu 8 meses após com tumoração de aproximadamente 8 cm de diâmetro em sua nádega, que foi ressecada cirurgicamente, tendo diagnóstico histológico de metástase de adenocarcinoma de cólon direito. Apesar de ser estimado pela literatura uma sobrevida curta nos casos de MC

(5,10), a paciente evoluiu sem sinais de recidiva do tumor após 5 meses do surgimento da metástase em glúteo, com melhora significativa em sua qualidade de vida.

#### **EP072 - METÁSTASE DE MELANOMA EM INTESTINO DELGADO CAUSANDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL. RELATO DE CASO**

ALVES, W.; LEAL, R.F.; SILVEIRA, H.J.V.; OLIVEIRA, P.S.P.; COY, C.S.R.; FRAGA, G.P.; FAGUNDES, J.J.; AYRIZONO, M.L.S.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Metástase intestinal de melanoma é rara, e, quando ocorre, acomete mais comumente o intestino delgado, sendo o diagnóstico muitas vezes tardio, ocorrendo na vigência de complicações, como obstrução ou hemorragia. Objetivos: Apresentar relato de caso de paciente com obstrução intestinal por metástase de melanoma. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 50 anos, sem antecedentes mórbidos, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP, encaminhado de outro serviço, com queixa de dor e distensão abdominal, acompanhados de náuseas, vômitos e parada da eliminação de gases e fezes havia dez dias. Radiograma de abdômen demonstrava distensão de alças de delgado com nível hidroaéreo, e a tomografia computadorizada confirmou estes achados, além de imagem “em alvo”, sugerindo invaginação intestinal. Foi submetido à laparotomia exploradora com achado de intussuscepção íleo-ileal. Realizada enterectomia de 20 cm, com anastomose primária latero-lateral com grampeador linear. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. O anatomopatológico revelou metástase de melanoma de foco primário desconhecido. Conclusão: Trata-se de caso raro de metástase de melanoma em delgado, sendo uma possibilidade de diagnóstico diferencial das causas de obstruções intestinais. A melhora na qualidade de vida, bem como o aumento da sobrevida desses doentes, depende de intervenção cirúrgica precoce, associado à investigação e tratamento do sítio primário da lesão.

#### **EP073 - MIGRAÇÃO DE TELA DE POLIPROPILENO PARA LUZ DO CÓLON TRANSVERSO PÓS HERNIORRAFIA INCISIONAL: RELATO DE CASO**

BERALDO, F.B.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; YAMAGUCHI, N.; FEITOSA GOMES, J.W.; OBA, V.S.; SCHAFFA, T.D.; BASSANEZE, T.

GASTROCIROURGIA E COLOPROCTOLOGIA / HSPE-SP, SP, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A tela de polipropileno pode apresentar como complicação a extrusão e migração para luz de vísceras ocas, principalmente se sob contato direto, apresentando consequências potencialmente graves. OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente, em pós operatório tardio de herniorrafia incisional de incisão transversa de mesogastro com tela de polipropileno supra-aponeurótica, evoluindo com migração da tela para lúmen do cólon transverso e fístula estercoreária. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso com levantamento de dados do prontuário. RELATO DO CASO: Paciente I.K.M. 52 anos, feminina, branca, sem comorbidades, em pós operatório tardio de necrosectomia pancreática pós pancreatite aguda grave, evoluindo com hérnia incisional que foi corrigida com tela de polipropileno supra-aponeurótica. Vinte anos após o procedimento paciente apresentou granuloma de fio em incisão cirúrgica e posteriormente saída de conteúdo fecal pelo orifício. Realizada colonoscopia que evidenciou

presença de tela em luz de cólon transverso. Tc abdome: solução de continuidade e trajeto fistuloso de cólon transverso para parede abdominal. Indicada laparotomia exploradora e colectomia segmentar de cólon transverso com anastomose término – terminal. Paciente evoluiu com fístula anastomótica necessitando de reabordagem cirúrgica e colostomia. Apresentou endocardite, desencadeando choque séptico e óbito. CONCLUSÃO: O relato apresentado ilustra a complexidade e gravidade de uma complicação de doença benigna (hérnia incisional), que necessita de tratamento essencialmente cirúrgico.

**EP074 - MUCOCELE DE APÊNDICE – RELATO DE CASO**  
**BRASIL. A.M.S.; SUGITA, D.M.; LOUSA, L.R.; ALMEIDA, A.C.;**  
**LEITE, P.C.A.; ISAAC, R.R.; GARCIA, H.J.P.; BARROS, M.M.L.**  
**UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.**

Resumo: Introdução: Mucocele de apêndice cecal é um termo utilizado para descrever uma dilatação deste órgão, devido ao acúmulo de secreção mucoide em seu lúmen. Foi descrito pela primeira vez por Rokitansky em 1842. A mucocele apendicular é uma doença rara, com incidência estimada de 0,1% a 0,4% de todas as apendicectomias e de 0,15% nos achados de necropsias, com ligeira predominância do sexo feminino e maior incidência após a sexta década de vida. Objetivo: Apresentar um caso de paciente com diagnóstico de mucocele de apêndice, submetida a tratamento cirúrgico. Relato do caso: Paciente de 81 anos, sexo feminino, branca, procedente de Goiânia-GO. Procurou o serviço com queixa de dor abdominal em cólica e tumoração em fossa ilíaca direita, há cerca de 2 meses, sem outras queixas. Negava alterações do ritmo intestinal ou emagrecimento no período. Apresentava história familiar de 1º grau positiva para adenocarcinoma colorretal. Ao exame físico referia dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com massa palpável nesta topografia, com cerca de 10 cm de diâmetro. Realizou tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou massa cística em topografia de ceco, envolvendo o apêndice cecal, e calcificações periféricas. Identificado ainda múltiplas formações císticas renais, bilaterais, de aspecto benigno. Colonoscopia realizada até o ceco, evidenciando-se doença diverticular do cólon esquerdo e pólipos hiperplásicos de cólon transverso. CEA de 18,92ng/mL. Feita a hipótese diagnóstica de mucocele apendicular e submetida à laparotomia exploradora. Achado intra-operatório de tumoração apendicular de paredes espessadas e conteúdo gelatinoso, medindo cerca de 7 cm em seu maior eixo. Realizada colectomia direita com anastomose primária entre íleo e cólon transverso. Estudo histopatológico compatível com mucocele de apêndice, sem atipia celular. A paciente recebeu alta no 6º dia de pós-operatório e encontra-se em acompanhamento ambulatorial no serviço. Discussão: No caso em questão a suspeita diagnóstica foi aventada ainda no pré-operatório. Apesar do nível de CEA elevado não havia associação de doença maligna, o que pode ocorrer em até 1/3 dos casos de mucocele. Portanto, o tratamento preconizado é a colectomia direita, como realizada nesta paciente. Conclusão: A mucocele de apêndice é uma entidade rara, que precisa ser lembrada nos diagnósticos diferenciais de massa cística em topografia de apêndice cecal.

**EP075 - MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL E DOENÇA DE CROHN**  
**FERREIRA, M.G.L.A.; SARTOR, M.C.; PERINE, G.H.; ALVES,**  
**B.R.B.L.; GATTO, A.; POGRIFKA, A.D.P.V.; BALDIN JUNIOR,**  
**A.; BONARDI, R.A.**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.**

Resumo: INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal é anomalia congênita secundária a rotação incompleta ou não rotação do intestino no eixo da artéria mesentérica superior, durante o desenvolvimento embrionário. Sessenta por cento dos casos são identificados nos primeiros meses de vida. Até o final do primeiro ano de vida 82% dos casos estarão diagnosticados. Quando se apresentam tardiamente, são causas comuns de dificuldade e erro diagnóstico. A incidência dessa malformação não é conhecida. Há estimativas de 1:200 a 1:6000 nascidos vivos. Nos adultos estima-se 0,2% de incidência. 15% dos pacientes com diagnóstico firmado ficam assintomáticos por toda vida. OBJETIVO: Relatar o caso de paciente com má rotação intestinal e doença de Crohn. RELATO DO CASO: C.A.C., masculino, 15 anos, com diarreia há 5 anos e atraso de crescimento. Durante investigação em outro serviço apresentou fístula perianal, sendo submetido a fistulectomia. O estudo anátomo-patológico evidenciou doença de Crohn. Iniciado tratamento com azatioprina, budesonida e infliximabe. Após a segunda dose de infliximabe iniciou febre e dor abdominal na fossa ilíaca esquerda (FIE) sem sinais de peritonite. Iniciado tratamento com Ceftriaxona e metronidazol. A tomografia (TAC) do abdome e pelve mostrou espessamento do intestino delgado, sem coleções. Leucograma com 70% de bastões; velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa muito aumentados. Houve melhora clínica após início de nutrição parenteral total e antibioticoterapia. O trânsito do delgado foi acelerado, mostrou alterações da mucosa ileal e áreas de estenose. Após 90min de exame não havia contraste na topografia do cólon direito e o cólon sigmóide já estava contrastado. Suspeitou-se, portanto, de fístula entero-cólica e o paciente foi encaminhado ao HC-UFPR. Foi, então, submetido a exame de enema opaco que contrastou todo o cólon à esquerda da linha média, sugerindo má rotação intestinal. A esofagoduodenoscopia foi normal. A colonoscopia mostrou úlceras largas e alongadas no íleo terminal com estenose da luz, confirmando doença de Crohn. Foi indicado tratamento cirúrgico devido a estenose e atraso de crescimento. Na laparotomia confirmou-se má rotação intestinal sem sinais de torção ou necrose das alças. O ceco e cólon direito localizavam-se no abdome esquerdo. O duodeno e o ângulo de Treitz, bem como todas as alças do intestino delgado, estavam à direita da coluna vertebral, sem estenoses e sem fístulas entero-entéricas. Íleo terminal com paredes espessadas e endurecidas. Foram ressecados os 30 cm do íleo terminal e o cólon direito proximal com anastomose mecânica látero-lateral, término-terminal funcional. O paciente recebeu alta 6 dias após. CONCLUSÃO: A má rotação intestinal tem incidência rara, diagnóstico difícil e a maioria dos casos são achados ocasionais. Mais comumente se apresenta como oclusão intestinal aguda. A forma crônica não tem sintomas tão específicos. O diagnóstico por imagem pode ser feito por tomografia que confirma a junção duodeno-jejunal à direita da coluna vertebral. O exame com maior acurácia é o estudo contrastado do intestino. Não há consenso quanto à conduta a ser tomada para os casos assintomáticos. Há autores que defendem o tratamento cirúrgico para prevenir complicações como vôlvulo ou hérnia interna.

**EP076 - MÚLTIPLAS FISSURAS ANAIS COMO ÚNICO SINTOMA DA DOENÇA DE CROHN**  
**SOUBHIA FILHO, G.C.<sup>1</sup>; SOUZA, L.M.<sup>2</sup>; GAROTTI, G.B.<sup>3</sup>;**  
**JOUDATT, J.<sup>4</sup>; SILVA, I.E.<sup>5</sup>; FARIA, M.A.G.<sup>6</sup>; JUNIOR, M.F.<sup>7</sup>;**  
**SUZIGAN, S.<sup>8</sup>; QUADROS, L.G.<sup>9</sup>; KAISER JUNIOR, R.L.<sup>10</sup>**

1,2,3,4,5,6,7,9,10. KAISER CLÍNICA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 8. LABORCLIN, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Múltiplas fissuras anais como único sintoma da doença de Crohn. Soubhia Filho GC, Souza LM, Joudatt J, Silva IE, Faria MGA, Flamini Jr M, Garotti GB, Quadros LG, Suzigan S, Kaiser Jr RL,.

Instituições : Serviço de Coloproctologia da Kaiser Clínica e Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto-SP. Resumo Objetivo: Fissuras anais apresentam-se como soluções de continuidade superficiais distais à linha pectínea. A grande maioria ocorre na região anal posterior devido à alta pressão do esfíncter interno com reduzida perfusão vascular. Quando ocorrem em locais atípicos devem ser consideradas outras doenças associadas, como a Doença de Crohn, outras causas inflamatórias, sífilis, tuberculose, leucemia, câncer e síndrome da imunodeficiência humana (HIV). Na Doença de Crohn as fissuras são múltiplas sendo que ocorrem com menor frequência quando comparadas às outras manifestações orificiais da doença. Este relato de caso tem como objetivo mostrar uma característica peculiar da doença de Crohn, múltiplas fissuras anais (quatro fissuras crônicas) como único sintoma da doença. Métodos: História clínica, exame físico, videocolonosopia, hemograma, sorologias para HIV, hepatites, citomegalovírus, e VDRL. Exames histopatológicos para confirmação diagnóstica. Resultados: Relatamos um caso de múltiplas fissuras anais associada à doença de Crohn sem outras manifestações clínicas, em paciente feminina, caucasiana, 20 anos, estudante, natural e procedente de Paranaíba MS. Quadro clínico de fortes dores em região anal há cinco meses e sangramento de cor viva em pequena quantidade durante a evacuação, um episódio ao dia com fezes pastosas associada a emagrecimento de oito quilos no último mês. Negou trauma local e outras queixas. Sem antecedentes mórbitos e cirúrgicos. Desconhece doenças na família. Ao exame físico, inicialmente apresentava uma única fissura anal posterior crônica. Após oito semanas de tratamento clínico sem melhora, a paciente evoluiu com quatro fissuras anais crônicas grandes em espelho. Esfíncter normotônico, sem sangue em dedo de luva. Papila hipertrófica em fissura ântero-lateral direita. Paciente submetida à videocolonosopia que evidenciou úlceras e erosões aftóides esparsas de reto e sigmóide e ulcerações profundas de íleo terminal que foram biopsiadas. Conclusões: Fissuras anais fazem parte da rotina na prática do médico coloproctologista sendo na grande maioria dos casos lesões únicas e de fácil tratamento. Nos casos das fissuras múltiplas o diagnóstico pode estar associado a outras importantes doenças sendo que o conhecimento de suas apresentações pode ser de grande importância para orientação terapêutica destes pacientes. Palavras- chave: Fissuras anais, Doença de Crohn, Úlceras anais.

#### EP077 - NEUROFIBROMA ISOLADO DE CÓLON – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

DAL PONTE, M.A.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; GALEAZZI, C.J.; MARTINS DE LIMA, R.G.; ESTOFOLETE, C.F.; BEZERRA NUNES, W.F.; NETINHO, J.G. FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

RESUMO: Introdução: Lesões neurofibromatosas presentes no trato gastrointestinal baixo são extremamente raras, podendo ser encontradas como parte da Síndrome de Von Recklinghausen, conhecida como Neurofibromatose Tipo 1 (NF1) ou na Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 2 (NEM2). Objetivo: Relatar um caso de

neurofibroma isolado de cólon e revisão da literatura atual. Relato do caso: Paciente feminina, 52 anos de idade tendo sido submetida a ressecção de lesão polipóide colônica cujo laudo imunohistoquímico confirmou tratar-se de neurofibroma. Discussão: As lesões neurofibromatosas isoladas de cólon são alterações benignas do tecido neural do trato digestivo e que podem ser a primeira manifestação da NF1 ou NEM2. Na forma isolada, sua incidência é extremamente rara. Tendem a serem lesões firmes, sólidas, sésseis, com ulcerações e pontos hemorrágicos em lesões maiores. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica e depende de sua localização, tamanho e sintomatologia. Conclusão: Neurofibroma isolado de cólon é uma lesão rara, com poucos relatos na literatura e que tem seu tratamento fundamentado na ressecção cirúrgica caso seja sintomático.

#### EP078 - NOVO TRATAMENTO MINI INVASIVO PARA HEMORROIDAS SEM ANESTESIA

BOARINI, P.<sup>1</sup>; TAVARES, A.R.<sup>2</sup>; BOARINI, C.R.<sup>3</sup>

1.PRECEPTOR RESIDENCIA MEDICA DE CIRURGIA GERAL HOSPITAL MUNICIPAL CARMINO CARICCHIO SUS SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL HMCC SUS SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.DOUTORANDA DA FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL.

Resumo: A distensão do plexo hemorroidário e conseqüente piora no desequilíbrio do fluxo arteriovenoso pode ser causado pelo hiperfluxo arterial retal, levando a episódios hemorrágicos. A obliteração deste fluxo leva a constrição arteriolar melhorando estes sintomas. Neste novo procedimento, demonstramos que através do Doppler, podemos localizar estas terminações arteriais e fotocoagula-las com Laser. Usamos um proctoscópio especial e um kit composto com uma caneta de doppler e uma fibra de Laser. Introduzimos o proctoscópio 3 cm acima da linha denteadada; introduzimos a caneta de Doppler e quando percemos o fluxo, fotoagulamos com Diodo Laser ; introduzimos novamente o Doppler para verificar desarterialização. Repetimos este procedimento em todas as marcas horarias de um relógio (1,2,3,4...). Esta técnica não requer anestesia. Utilizamos 30 pacientes neste estudo, sendo 18 mulheres e 12 homens, sendo que alguns deles já haviam sido submetidos a outros tratamentos invasivos para hemorroidas. Todos os pacientes apresentavam hemorroidas de I e II grau, sendo o principal sintoma, o sangramento. Obtivemos cessação do sangramento em 90% dos casos. Utilizamos sedação com Midazolam em apenas dois pacientes, por desconforto. O período de internação aproximado foi de 4 horas. Concluímos que o procedimento é pouco invasivo, de fácil realização, não requer anestesia e pode ser realizado em ambiente ambulatorial.

#### EP079 - O QUE O PACIENTE ESPERA DO TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

RIBEIRO, E.R.<sup>1</sup>; RODRIGUES, A.C.M.B.<sup>2</sup>; FRANZINI, M.F.Z.<sup>3</sup>; CARMO, A.M.D.<sup>4</sup>; PRETE, P.R.<sup>5</sup>; BRESSIANI, V.<sup>6</sup>; GAMA, A.H.<sup>7</sup>; TEIXEIRA, M.G.<sup>8</sup>

1.H. BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.H. BENEFICENCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: As doenças inflamatórias intestinais, Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças crônicas sem cura conhecida até o momento. O tratamento clínico

diminui a sintomatologia, reduz a duração das crises, aumenta o tempo livre de doença. No entanto, pela gravidade destas doenças há interferência com os estudos, trabalho, vida familiar e lazer destes pacientes. Este trabalho tem por objetivo esclarecer o que é mais importante para o paciente em relação ao resultado do tratamento. **OBJETIVO:** Investigar o que o paciente espera do tratamento clínico da doença inflamatória, e qual o quesito que ele considera mais importante. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** 44 pacientes vistos consecutivamente no CADII foram incluídos no estudo. Dezoito eram do sexo masculino, 34 apresentavam Doença de Crohn (DC) e 10 Retocolite Ulcerativa (RCU). Receberam um questionário em que se solicitava responder por ordem de importância qual o aspecto mais importante a ser resolvido pelo tratamento clínico. Os quesitos foram: evitar operação, aparecimento de câncer, aumentar período de remissão, diminuir o tempo de exacerbação, evitar diarreia e sangramento, poder voltar ao trabalho ou aos estudos, vida familiar e sexual, passeio e relação com amigos e viagens. **RESULTADOS:** A idade dos pacientes variou entre 22 e 78 anos. Em relação ao tempo da doença, 20 (45,5%) pacientes tem mais de 10 anos de diagnóstico. Vinte e três (52,2%) pacientes esperam com o tratamento evitar o aparecimento de câncer. Trinta pacientes foram submetidos a algum procedimento cirúrgico, e apenas 09 (20%), incluindo os 14 não operados, escolheram como o quesito mais importante evitar a cirurgia. Diminuir o período de exacerbação e aumentar o período de remissão da doença foi escolhido por 10 (22,7%) pacientes como sendo o mais importante com o tratamento, ficando em terceiro lugar. Os itens considerados como menos importantes no tratamento foram: voltar ao trabalho/estudos, vida sexual, amizades e viagens. Dos pacientes que trabalham/estudam 18(58,06%) colocaram entre o 6° e 9° lugar de importância poder voltar às suas atividades laborais. Isso por que a maioria deles continua trabalhando e estudando normalmente apesar de sua doença. **CONCLUSÃO:** A meta mais importante do tratamento é evitar o aparecimento do câncer. Em segundo lugar evitar a cirurgia, e a seguir diminuir o período de exacerbação da doença e aumentar períodos de remissão. Outras atividades como voltar ao trabalho/estudo, vida sexual ou lazer não foram consideradas tão prioritárias.

#### **EP080 - OBSTRUÇÃO EM ÍLEO TERMINAL POR FITOBEZOAR: RELATO DE CASO**

**RAMOS TEIXEIRA, F.<sup>1</sup>; ALVES, F.S.<sup>2</sup>; DAROCHA TORRES NETO, J.<sup>3</sup>; SANTOS, T.C.<sup>4</sup>; SANTOS, J.I.B.<sup>5</sup>**  
*1,3,4,5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 2. HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Os fitobezoares representam uma causa rara de obstrução intestinal, responsável por menos de 4% das obstruções. É o tipo mais comum de bezoares e ocorre mais frequentemente em homens com pico de incidência aos 60 anos de idade. Dentre os fatores predisponentes incluem cirurgia gástrica prévia, mastigação inadequada, dietas com alto teor de fibras não-digeríveis e distúrbios do esvaziamento gástrico. **OBJETIVO:** Relatar um caso de obstrução em íleo terminal por fitobezoar. **RELATO DE CASO:** AFM, 54 anos, gênero masculino, foi admitido no Hospital de Urgência de Sergipe com quadro de dor e distensão abdominais, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, astenia e hiporexia há 06 dias. Na radiografia de abdome foram visíveis alças de delgado distendidas com níveis hidro-aéreos. Submetido à

laparotomia exploradora onde foi identificado corpo estranho intraluminal móvel impactado em íleo terminal. Após tentativa de fragmentação e ordenha através da válvula ileocecal, procedeu-se à enterotomia com identificação do agente causador, polpa de laranja inteira, e retirada do mesmo. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar após o 7° dia da cirurgia. **CONCLUSÃO:** O fitobezoar é o tipo de bezoar mais frequentemente associado à obstrução gastrointestinal. Quando ocorre impactação em íleo terminal, a conduta inicial é tentar fragmentar o bezoar e empurrá-lo através da válvula ileo-cecal. A enterotomia e retirada do bezoar fica reservada para os casos em que não é possível realizar a ordenha.

#### **EP081 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR LIPOMA DE CÓLON: RELATO DE CASO**

**FERNANDES, F.R.; LIRA, E.F.; ARAUJO, J.J.; LYRIO, F.; VIANA, A.L.; FILHO, J.A.; SOUSA, T.N.; TALAMONTE, D.**  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Lipomas de cólon são tumores relativamente incomuns de origem mesenquimal, composto por tecido adiposo bem diferenciado, com cápsula fibrosa, que usualmente ocorrem no ceco e no cólon ascendente<sup>1</sup>. Lipomas de cólon são sintomáticos quando seu diâmetro excede 3cm. Quando presente, os sintomas são inespecíficos e de longa duração<sup>2</sup>. Nosso estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com obstrução intestinal secundária a um lipoma em cólon sigmóide. **RELATO DE CASO:** Paciente de 39 anos admitida na Unidade de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal com alteração do ritmo intestinal 40 dias antes, por diarreia aquosa às vezes com sangue e muco e dor abdominal. Foi submetida a colonoscopia que evidenciou lesão polipóide em sigmóide, ocupando todo o lúmen, móvel e com fibrina. A biopsia da lesão mostrou ulceração em mucosa de sigmóide. Tomografia computadorizada de abdome revelou lesão expansiva mista, medindo cerca de 4,6 X 4,0 cm, com características de baixa agressividade e conteúdo composto por partes moles e gordura, com epicentro na topografia da parede mesentérica do sigmóide, porém sem sinais obstrutivos. Exames laboratoriais normais. Sessenta dias do início dos sintomas retornou à Unidade com quadro de obstrução intestinal sendo então submetida a sigmoidectomia com anastomose primária manual e evoluiu no 6° dia de pós-operatório com peritonite fecal, por deiscência parcial da anastomose, e sepse. Durante laparotomia exploradora foi realizada colostomia em cólon descendente e fístula mucosa. Encaminhada no pós-operatório imediato ao CTI foi relaparotomizada 2 dias após para lavagem da cavidade. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar no 23° DPO. O diagnóstico histopatológico da peça cirúrgica foi lipoma intramuscular de cólon sigmóide. Seis meses após foi submetida a reconstrução de trânsito intestinal com boa evolução pós-operatória. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Lipoma de cólon é mais comum na 5ª e 6ª década de vida. Têm distribuição oposta aos adenomas, uma vez que são raros no reto e sigmóide e frequentes no ceco. A transformação sarcomatosa não é descrita no cólon, sendo que o lipossarcoma é mais frequente no intestino delgado<sup>3</sup>. Noventa por cento dos lipomas têm origem na submucosa<sup>2</sup>. Os sintomas mais comuns são dor abdominal, alteração do hábito intestinal, sangramento, perda ponderal, sinais de obstrução e raramente massa palpável<sup>4</sup>. Se os achados endoscópicos e a tomografia computadorizada forem



sugestivos de lipomas, talvez a observação seja o indicado<sup>6</sup>. Na indefinição diagnóstica ou quando a ressecção endoscópica não é possível a cirurgia radical está indicada<sup>7</sup>. No presente caso, o lipoma intramuscular de cólon sigmóide causou sintomas comuns aos já relatados e apesar da evolução inicial pós-operatória desfavorável foi prontamente diagnosticada e tratada, retratando a importância do tratamento cirúrgico de caso incomum e do cuidado pós-operatório habitual necessário.

#### **EP082 - OCLUSÃO DAS ARTÉRIAS MESENTÉRICAS NA TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: RELATO DE CASO**

ALMEIDA, M.G.; COUTO, G.R.; CUNHA, F.L.; MELLO, R.O.; SATO, D.T.; FICKINGER, M.E.C.; CHECHTER, M.; MARTINEZ, C.A.R.; FONTE, F.P.; VILLAÇA, B.M.

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

Resumo: A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante (TAO) é uma doença vascular inflamatória, que afeta predominantemente artérias das extremidades de pequeno calibre. É mais frequente em mulheres jovens e fumantes. A sintomatologia isquêmica nos membros superiores e inferiores é a forma mais habitual de apresentação, porém o comprometimento visceral é muito pouco frequente e muitas vezes desvalorizado. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, diagnosticada com TAO há 24 anos. Em fevereiro de 2010 apresentou-se com queixa de dor abdominal há um ano. Há dois meses essa dor se intensificou, sendo do tipo pontada em flancos esquerdo e direito com alteração do hábito intestinal que alternava entre episódios de constipação e diarreia. Em seus antecedentes, relata vários surtos agudos de isquêmicos de mão e pé que acarretaram gangrena e amputação de várias extremidades dos dedos, que continuam isquêmicos compensados clinicamente. Ao exame, estava em REG, desnutrida 1/4 e fácies cushingóide. Apresentava pulso de 80 ppm e PA de 120x80 mmHg, afebril. Ao exame físico do abdome, apresentava flacidez, com RHA presentes e dor à palpação superficial e profunda em epigástrico e flanco esquerdo. Ao exame vascular, apresentava pés e mãos com hiperemia reflexa de dedos, sem pulsos periféricos, com seqüelas de amputação de extremidades dos dedos. Solicitada aortografia abdominal, constatou-se uma oclusão da artéria mesentérica superior a partir do terço médio e a não visualização da artéria mesentérica inferior. Discussão: A TAO é uma arteríte que raramente acomete a circulação digestiva. Alguns estudos demonstraram que a sintomatologia digestiva mais frequente eram dores abdominais crônicas, associadas a perda de peso. Nossa paciente apresentou crises diarreicas com perda de sangue vivo alternando quadro de dor e distensão abdominal importante. Que melhoraram com uso de prednisona 80 mg/dia mais silostazol 200 mg/dia e abstinência total do tabaco. Na grande maioria dos casos o comprometimento se dá nos membros superiores e inferiores, forma habitual de apresentação, todavia o acometimento visceral é de baixa incidência, porém alta mortalidade. Portanto torna-se de extrema importância a precocidade diagnóstica. Conclusão: O acometimento intestinal na tromboangeíte obliterante é uma complicação grave, de alta mortalidade e com uma sintomatologia de difícil diagnóstico. Portanto necessário que haja o conhecimento da patologia para que seja feito diagnóstico precoce e uma rápida intervenção para que seja diminuída a mortalidade.

#### **EP083 - OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN REFRATÁRIA**

PARRA, R.S.; IEZZI, L.E.; MEDEIROS, B.A.; FEITOSA, M.R.; ALMEIDA, A.L.N.R.; URBANO, G.; GUZELA, V.R.; CARVALHO, R.G.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO DE CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn tem importância epidemiológica nos dias atuais devido ao aumento de incidência nos últimos anos. Apresenta curso clínico variável com tendência a recidivas frequentes e malignização a longo prazo. A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) tem sido descrita como terapia adjuvante no tratamento das lesões da doença de Crohn perianal. Estudos recentes apontam indicação do método para outras formas da doença de Crohn e também na retocolite ulcerativa e em manifestações extraintestinais como o pioderma gangrenoso. A maioria dos serviços de Coloproctologia no Brasil não tem acesso a esta modalidade terapêutica. Recentemente a divisão de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) tem utilizado a oxigenoterapia hiperbárica em casos selecionados de doença de Crohn. Objetivo: Avaliar o efeito da OHB em pacientes com doença de Crohn refratária. Métodos: Foram estudados retrospectivamente onze pacientes com doença de Crohn refratária, tratados com OHB adjuvante do HCFMRP-USP. As sessões de OHB foram realizadas em câmara monoplace (Sechrist) em hospital privado. O número de sessões realizadas variou de 20 a 60, com pressão de 2,4 ATA, uma sessão ao dia, com duração de duas horas. Resultados: Todos os pacientes apresentaram melhora parcial ou completa de suas lesões. Em um caso houve melhora acentuada da dor pélvica (proctite grave e lesão perineal) evitando-se a confecção de colostomia. Conclusão: Um grupo significativo de pacientes com doença de Crohn é refratário ou intolerante às várias estratégias terapêuticas existentes. Desta forma, existe uma busca constante por novas estratégias e modalidades de tratamento para a doença de Crohn, e entre elas está a OHB. O efeito de tal terapia pode ser explicado pela redução da atividade do óxido nítrico sintase, inibição de citocinas inflamatórias. Isto leva a um efeito antiinflamatório sistêmico, o que pode colaborar para melhora da doença. O aumento da concentração de oxigênio durante a sessão de OHB e seu efeito residual promove aumento da pressão parcial de oxigênio nos tecidos e estimula o crescimento dos fibroblastos, formação de colágeno, angiogênese e capacidade de fagocitose dos leucócitos com hipóxia, favorecendo a cicatrização da ferida. Desta forma além do efeito antiinflamatório sistêmico que leva a melhora dos sintomas gerais a OHB também tem papel importante na cicatrização de feridas, áreas cruentas pós operatórias e fístulas.

#### **EP084 - PACIENTE PORTADOR DE TUMORES SINCRÔNICOS DE CÓLON, DIAGNOSTICADOS APÓS PERFURAÇÃO: RELATO DE CASO**

SAMPAIO, D.V.; MEYER, M.M.; SANTOS, G.A.; COUTINHO, C.P.; FARIA, F.F.; LACERDA, L.T.; CRUZ, G.M.G.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A incidência de câncer colorretal aumenta com a idade, sendo 90% dos casos diagnosticados após 50 anos. Apesar da existência de síndromes hereditárias, a maioria deles é esporádica. As manifestações variam com sua localização, e incluem quadros hemorrágicos, obstrutivos e perforativos. Em 1,5 a 8% dos casos podem ocorrer tumores sincrônicos. Objetivo: Relatar caso de paciente

com tumores sincrônicos de cólon, diagnosticados após perfuração. Método: Paciente de 60 anos foi admitido com relato de perda de 22 kg em nove meses, associada a dor abdominal difusa e alteração do hábito intestinal. Apresentava leucocitose e picos febris, e permaneceu aos cuidados da Clínica Médica até realização de tomografia, que revelou lesão expansiva em cólon esquerdo e coleção perirrenal com provável perfuração de alça intestinal. Avaliado pela Coloproctologia, foi indicada laparotomia exploradora de urgência. Verificou-se grande lesão em ângulo esplênico do cólon, acometendo baço e cauda de pâncreas, abscesso em quadrante superior esquerdo, e lesão endurecida de aspecto neoplásico em cólon transverso. Realizada colectomia esquerda e transversa, esplenectomia, pancreatectomia caudal em monobloco, e confecção de colostomia à Hartmann. Resultado: O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sendo iniciada nutrição parenteral e enteral no 2º dia. Liberada dieta oral no 10º dia, e o paciente recebeu alta hospitalar no 12º dia. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma colônico bifocal, moderadamente diferenciado, invasor, com margens cirúrgicas livres, estadió pT3; pN0; pM0 (IIA) ou B2 de Astler-Coller. Conclusão: O adenocarcinoma de cólon sincrônico pode ter como primeira manifestação, embora pouco frequente, quadro de abdome agudo perforativo.

#### **EP085 - PERFIL MOLECULAR NO DELINEAMENTO TERAPÊUTICO DO CÂNCER DE RETO**

MORAES, R.S.<sup>1</sup>; LOSSO, G.M.<sup>2</sup>; OLIVEIRA, F.M.<sup>3</sup>; REASON, I.M.<sup>4</sup>  
1.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - CAD - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC /UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL;  
2,4.LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA MOLECULAR - HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC /UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL;  
3.SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC /UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Com o crescente desenvolvimento das técnicas de biologia molecular, diversos genes envolvidos na carcinogênese colorretal foram identificados incluindo: oncogenes, genes supressores de tumor e genes de reparo (cuja inativação leva o acúmulo de mutações somáticas). Atualmente existe crescente interesse na utilização de diversos biomarcadores para a seleção de pacientes que se beneficiarão de terapias com alvo para EGFR (receptor do fator de crescimento epitelial) no tratamento do câncer colorretal e outros cânceres EGFR-associados. Em particular, as mutações no oncogene Kras têm consistentemente predito a não resposta ao tratamento com anticorpos monoclonais. Esse marcador é de particular importância, dada a prevalência de até 50% de mutações entre os pacientes com câncer colorretal. O gene KRAS é um transdutor de sinal a jusante de receptores tirosina-quinase, incluindo o EGFR, que forma parte de uma complexa cascata de sinalização, envolvidas no desenvolvimento e progressão do câncer. A via EGFR é ativada pela ligação do mesmo na superfície celular / receptores da família HER para seus ligantes, tais como o fator de transformação de crescimento alfa (TGF- $\alpha$ ) e EGF. Isto leva à ativação de genes que regulam a progressão do ciclo celular, a sobrevivência da célula tumoral, metástase e angiogênese. Os anticorpos monoclonais contra o EGFR, tais como o cetuximab e panitumumab, bloqueiam o receptor de sinalização e de seus eventos a jusante, incluindo aqueles mediados por Kras. Os tumores com Instabilidade de Microssatélite – MSI estão associados com resistência à quimioterapia com 5-fluorouracil (5FU) e a menor sobrevida dos pacientes pós-tratamento com a droga (5FU). A MSI no câncer colorretal pode ainda ser marcador de suscetibilidade herdada ou adquirida para outros tumores, tais como câncer gástrico, de útero e

ovário. Delineamento: Paciente de 33 anos sexo masculino com quadro de sangramento retal foi submetido à colonoscopia que revelou lesão vegetante e ulcerada de reto ocupando 180º da circunferência (3 – 9 horas), localizado a 6 cm da margem anal na parede posterior, cujo anatomo-patológico foi de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi extraído DNA tumoral e genômico a fim de realizar a pesquisa de Instabilidade de Microssatélite – MSI utilizando 5 marcadores moleculares (BAT25, BAT26, D2S123, D5S346, D17S2720). Observou-se instabilidade de microssatélite – MSI-H em todos os microssatélites, indicando a resistência à quimioterapia com 5-fluorouracil (5FU). Submetido a Rt + QT (Folfox 6) apresentou resposta completa. A análise por sequenciamento do gene Kras (Exon2) foi negativa para o anticorpo monoclonal (cetuximab ou panitumumab). Posteriormente foi submetido à Microcirurgia endoscópica Transanal – TEM (ressecção total da parede) cuja análise anatomo-patológica da peça operatória revelou ausência de neoplasia inclusive em linfonodo satélite. O paciente encontra-se em seguimento (protocolo Treath and Watch), com 2 anos sem recidiva.

#### **EP086 - PIODERMA GANGRENOSO PERINEAL ASSOCIADO A DOENÇA DE CROHN**

SILVA, R.G.; ANDRÉ, A.C.P.; BECHARA, C.S.; BUZATTI, K.C.L.R.; FERRARI, M.L.A.; SILVA, T.B.; PROFETA DA LUZ, M.M.; LACERDA FILHO, A.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: O pioderma gangrenoso é dermatose cutânea rara, não infecciosa e não neoplásica. Está associado a condições sistêmicas como doença inflamatória intestinal, artrites e neoplasias hematológicas em 50% a 70% dos casos. Vários estudos têm sugerido que o desenvolvimento do pioderma gangrenoso está associado com a atividade da retocolite ulcerativa e Doença de Crohn. Nosso objetivo foi relatar o caso de um paciente com diagnóstico de pioderma gangrenoso associado à Doença de Crohn. Relato de caso: Paciente, 23 anos, sexo masculino, com história de lesões ulcerosas e dolorosas em região inguino-crural há cerca de um ano. Não apresentava diarreia ou dor abdominal. Durante esse período, permaneceu sem diagnóstico e recebeu vasta terapêutica, sem melhora das lesões. A sorologia e as culturas para pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis foram negativas. Foi submetido à biópsia das lesões que evidenciou úlcera crônica em atividade, com inflamação neutrofílica e sem sinais de neoplasia ou processo infeccioso. A colonoscopia evidenciou lesão inflamatória em íleo terminal. Foi então aventada a hipótese diagnóstica de pioderma gangrenoso associado à Doença de Crohn. Iniciou-se tratamento com azatioprina e infliximab, com resolução do quadro clínico. Conclusão: O pioderma gangrenoso é afecção dermatológica cujo diagnóstico é baseado em evidências clínicas e confirmado após exclusão de outras doenças ulceradas da pele. Pacientes com lesões de pele assemelhando a pioderma gangrenoso na região perianal podem se beneficiar da colonoscopia apesar de sintomas intestinais ausentes.

#### **EP087 - POROMA ÉCRINO DE MARGEM ANAL: RELATO DE CASO**

PACHECO, M.V.<sup>1</sup>; CARVALHO, M.A.<sup>2</sup>; PINCINATO, A.L.<sup>3</sup>; FORMIGA, G.J.S.<sup>4</sup>

1.HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL;  
2,3,4.HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Poroma Écrino de Margem Anal: Relato de caso. Mônica Vieira Pacheco; Mariana Andrade Carvalho; André Luigi Pincinato;

Galdino José Sítonio Formiga. Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo/ SP. Introdução: Poroma Écrino é um tumor benigno, originário da porção intra-epidérmica da glândula sudorípara écrina. Apresenta-se comumente nas regiões plantares, palmares e ocasionalmente no tronco e pescoço. É uma tumoração geralmente única, séssil ou pediculada, recoberta por pele normal ou ulcerada. Existem variantes malignas, porém raramente se transformam em porocarcinoma. Objetivo: Relatar um caso de Poroma Écrino em paciente com lesão nodular abscedada em margem anal. Relato de caso: Paciente feminina, 67 anos, natural de Minas Gerais, proveniente de São Paulo. Há seis anos com nodulação anal de aumento progressivo associada a saída de secreção purulenta local. Realizou biópsia incisional cujo anatomopatológico revelou carcinoma espinocelular in situ. Após dois meses, havia persistência de lesão em margem anal infiltrando aparelho esfinteriano, sendo realizada nova biópsia incisional revelando Poroma Écrino Pigmentado, confirmado pela revisão de lâmina. Foi indicada ampliação de ressecção, porém paciente recusou-se a ser submetida ao procedimento. Mantém acompanhamento ambulatorial há seis meses, sem evidência de progressão da lesão. Discussão: Poroma écrino é um tumor raro com incidência estimada de 18 casos a cada 450000 biópsias cutâneas. Pode simular clinicamente carcinoma de células escamosas, ceratose seborreica, melanoma e doença de Paget, podendo se apresentar como placa verrucosa ou como tumor polipóide ulcerado, geralmente único, com evolução de meses a anos. A histopatologia consiste em massas sólidas ou tratos anastomosados de células tumorais embebidos num estroma vascular. As células tumorais são uniformes, menores que as células epidérmicas escamosas e altamente basofílicas. O tratamento consiste em ampla excisão cirúrgica local. O caso apresentado mostra uma lesão não sugestiva de Poroma Écrino, não só pela localização atípica, mas também pela apresentação inicial (abscesso local). O diagnóstico foi histopatológico, após biópsia incisional, com margens comprometidas. Indicada ampliação de margens cirúrgicas pelo risco de Porocarcinoma, porém a paciente negou-se a ser submetida ao procedimento.

#### **EP088 - PROTEÇÃO DE ANASTOMOSES INTESTINAIS POR MEMBRANA DE FIBRINOGÊNIO E TROMBINA HUMANOS: EXPERIÊNCIA INICIAL**

KOTZE, P.G.; MARTINS, J.F.; FREITAS, C.D.; FROEHNER JUNIOR, I.; ABOU-REJAILE, V.

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: as fístulas decorrentes de deiscências de anastomoses intestinais se constituem na principal complicação inerente às ressecções colorretais e de intestino delgado. Apesar de respeitados os preceitos técnicos, as deiscências podem ocorrer em até 10% dos casos segundo dados da literatura. Muitos avanços ocorreram nos últimos anos para se prevenir estas complicações, principalmente melhoras nos equipamentos cirúrgicos e grampeadores. Proteção de anastomoses por variados componentes vem sendo estudados com certa frequência, dentre estes, salienta-se a membrana de fibrinogênio e trombina humanos. O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência inicial de um serviço de referência em coloproctologia com a proteção de anastomoses colorretais, entre outras, com a membrana de fibrinogênio e trombina humanos. MÉTODO: descrição detalhada de 4 casos onde se utilizou a membrana de fibrinogênio e trombina humanos para proteção de linhas de sutura sobre o intestino, discutindo-se sua evolução clínica e aspectos

técnicos. RESULTADOS: foram incluídos nesta análise os primeiros 4 casos onde se utilizou deste método para proteção de anastomoses no serviço. A média de idade foi de 55,5 anos, e dentre os 4 casos estudados, 3 eram mulheres. Em relação ao diagnóstico, 3 apresentavam câncer colorretal e 1 tinha sequelas de complicações cirúrgicas prévias como indicação para as operações. Todos os procedimentos foram realizados por via aberta. Três pacientes tiveram a membrana utilizada sobre anastomoses término-terminais, e uma paciente sobre fechamento de fístula enteral de alto débito. 3 pacientes não tiveram complicações com o método. O paciente do sexo masculino foi a óbito por complicações clínicas decorrentes de uma fístula enteral mesmo com a utilização da membrana. CONCLUSÕES: a membrana de fibrinogênio e trombina humanos é uma excelente alternativa técnica para se tentar menores índices de deiscência de anastomoses intestinais. Ainda se busca melhores dados para se selecionar pacientes para este método (hipoalbuminemia, reto irradiado, imunossupressão, entre outros). Complicações podem ocorrer mesmo com o uso da membrana. Aguarda-se estudos randomizados para uma melhor definição do papel da proteção de anastomoses com esta atraente alternativa técnica.

#### **EP089 - PÓLIPO INFLAMATÓRIO FIBRÓIDE CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL RELATO DE CASO**

SIMONETI, C.A.<sup>1</sup>; DEMAY, F.B.<sup>2</sup>; GONÇALVES, R.P.<sup>3</sup>; DIAS, F.<sup>4</sup>; SANTOS, N.B.<sup>5</sup>

*1. CONJUNTO HOSPITALAR, SOROCABA, SP, BRASIL; 2,3,5. FACULDADE MEDICINA SOROCABA, SOROCABA, SP, BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA SOROCABA, SOROCABA, SP, BRASIL.*

Resumo: Os autores apresentam caso de paciente de 51 anos com quadro de dor abdominal recorrente e diarreia com lesão vegetante em colon, submetida a tratamento cirúrgico, observou intussuscepção intestinal. O exame histopatológico demonstrou se tratar de polipo fibroide inflamatório. As imagens do ato cirúrgico, e exames subsidiários, bem como os aspectos histopatológicos relevantes são discutidos.

#### **EP090 - RECIDIVA DE VOLVO COLÔNICO - RELATO DE CASO**

OLIVEIRA, L.A.; NASCIMENTO, Í.V.S.; MINOTTO, H.R.T.; TRENTIN, B.C.; RIBEIRO, E.R.F.; GOMES, T.L.; SOUSA, E.C.; PACHAS, L.K.L.R.; MORAIS, L.F.S.; CARNEIRO, G.P.

*UFRR- HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Descrever caso conduzido no Hospital Geral de Roraima de paciente indígena que apresentou o incomum quadro de recidiva de volvo colônico em topografia similar após tratamento cirúrgico – ressecção – no quadro prévio. Material e métodos: foram utilizadas as informações colhidas no prontuário do paciente nas duas internações quando foram realizadas os procedimentos cirúrgicos devido ao quadro de obstrução intestinal. J.S., 81 anos, indígena da comunidade Serra do Sol, Uiramutã – Roraima - Brasil, da entrada por volta das 16h do dia 10/04/2011 no setor de Pronto Atendimento do Hospital Geral de Roraima com quadro de dor abdominal moderada e parada de eliminação de fezes e flatos há aproximadamente 2 semanas, associado a vômitos nos últimos 2 dias. Ao exame, paciente em regular estado geral, anictérico, acianótico, afebril, descorado 2+/4+, desidratado leve, eupnéico. Abdomen apresentava extensa hérnia incisional com volumoso conteúdo fora de domicílio, com hipertimpanismo e peristalse visível à inspeção. Radiografia de abdômen demonstrava importante distensão gasosa de intestinos,

tanto intra-abdominal quanto no conteúdo herniado. Paciente possuía história progressiva de quadro obstrutivo intestinal prévio em outubro de 2008, quando na laparotomia exploradora evidenciou-se volvo de sigmóide com estrangulamento e isquemia segmentar, sendo nesta ocasião realizada colectomia segmentar e colostomia a Hartmann, sendo a decolostomia realizada em abril de 2010, sendo realizada reconstrução termino-terminal utilizando-se colon transverso e reto. Desde a decolostomia até a última internação, paciente procurou atendimento diversas vezes devido a dor abdominal, sendo relatada a presença de hérnia incisional que o mesmo recusava-se a realizar correção cirúrgica. Diante do quadro apresentado, decidiu-se pela laparotomia exploradora, que evidenciou volumosa distensão gasosa de cólon (maior que 13cm de diâmetro), que compreendia o conteúdo herniado fora de domicílio e grande parte do volume abdominal, configurando um megacólon que teve origem em uma torção de 360 graus ao nível da anastomose colônica prévia, além de moderada distensão gasosa de todo intestino delgado. Realizou-se ressecção de aproximadamente 1 metro do colon distal, com confecção nova colostomia ao nível de colon ascendente e sepultamento de coto retal – Hartmann. No pós-operatório imediato paciente foi encaminhado a UTI, evoluindo com instabilidade hemodinâmica com necessidade de uso de droga vaso-ativa e distúrbio ácido-básico de difícil manuseio, com óbito ocorrendo no quinto pós-operatório. Diante do relatado, evidencia-se caso de paciente indígena de megacólon devido a recidiva de volvo colônico após correção cirúrgica e enterectomia no primeiro episódio, que teve uma evolução subaguda graças a possibilidade de grande distensão colônica permitida pela presença de extensa hérnia de parede abdominal, chegando ao serviço de emergência já com 2 semanas de evolução.

#### **EP091 - RECIDIVA PÉLVICA LATERAL PÓS-OPERATÓRIA EM PORTADOR DE ADENOCARCINOMA DE RETO DISTAL COM REGRESSÃO HISTOLÓGICA COMPLETA PÓS-NEOAJUVÂNCIA**

LIBARDONI, A.S.; VALENTI, M.; PAIVA, E.S.; E ROSSI, D.H.G.; OLIVEIRA, P.S.P.; CAMARGO, M.G.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J.; COY, C.S.R.

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Demonstrar a ocorrência de recidiva pélvica lateral pós-operatória em caso com regressão histológica completa de adenocarcinoma de reto após neoadjuvância. Introdução: O acometimento de linfonodos laterais pode ocorrer em até 17% dos casos sem terapia neoadjuvante. Preconiza-se a linfadenectomia lateral em casos selecionados baseados nos achados pré e intra-operatórios. Relato de caso: HAC, masculino, 53 anos, com antecedente de adenocarcinoma de reto distal pouco diferenciado. Estadiamento pré-operatório com CEA 33,62 e RNM de pelve com linfonodos perirretais aumentados e acometimento do mesorreto; colonoscopia: em reto distal, lesão vegetante e ulcerada, em parede anterior, irregular, ocupando metade da circunferência, iniciando na linha pectínea e com estendendo-se por 5 cm. Submetido à neoadjuvância, com 10 ciclos de quimioterapia com 5-FU/LV e 25 sessões de radioterapia. Foi submetido à proctocolectomia total com linfadenectomia intercavaoártrica, para aórtica esquerda e ileostomia terminal. Resultado anatomopatológico da peça operatória: Colite actínica ulcerativa extensa, ausência de neoplasia residual em reto, metástases de adenocarcinoma em 10 de 29 linfonodos dissecados, margens de ressecção livres de neoplasia (ypTx ypN2 ypM0). Realizada quimioterapia adjuvante com 5FU/LV. Após quatro anos e seis meses de pós-operatório identificou-se elevação do CEA,

solicitado PET-CT que evidenciou linfonodomegalia hipermetabólica secundária em cadeia ilíaca externa à esquerda de 2,6 x 1,9 cm, sem outras lesões captantes. Realizada laparotomia com esvaziamento da fossa obturatória após identificação de linfonodo medindo 40 mm x 25 mm x 20 mm. O diagnóstico histológico evidenciou metástase de adenocarcinoma pouco diferenciado em linfonodo enviado. Conclusão: O acometimento do linfonodo lateral apesar de raro pode ocorrer em casos com regressão histológica completa pós-neoadjuvância. Os autores ressaltam a importância do estadiamento pré e intra-operatório para orientar o nível de ressecção cirúrgica.

#### **EP092 - RELATO DE CASO DE TRATAMENTO DE FÍSTULA COLOVERTEBRAL POR EQUIPE DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL EM GOIÂNIA**

BARROS, C.A.; DOS SANTOS, A.B.; ESPERIDÃO, F.S.; FRANÇA, M.A.V.; COSTA, D.C.

*HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Meningite bacteriana recorrente é definida na presença de dois ou mais episódios de meningite. Defeitos anatômicos predispoem a formação fistular entre o espaço subaracnóide e o exterior predispondo ao quadro. Fístulas colovertebrais como causas de meningite são achados raros e pouco descritos na literatura. Objetivo: Relatar o tratamento de fístula colovertebral formada após acidente com projétil de arma de fogo atingindo o colon transverso. Relato de caso: 34, masculino, com febre (> 38°C), irritação meníngea e rigidez de nuca há três dias. Apresentou quadro semelhante há cinco anos, diagnosticada meningite. Ferimento por arma de fogo há 11 anos com lesão do cólon transverso. Trauma há 4 meses em região dorsal evoluiu com dor progressiva na região que irradiou para MMII, paraparesia, distúrbio vesical e constipação. Exame físico: paraparesia MIE grau 2, MID grau 3, hipotonia, hipoestesia tátil-dolorosa, parestesia e arreflexia em MMII. Evoluiu com piora do quadro e foi submetido à punção lombar, líquido de aspecto amarelo citrino (+4/+4), odor fétido, aspecto fecalóide, glicose 45 mg/dl (HGT: 106), proteínas 163mg/dl, aumento polimorfo e mononucleares, iniciou tratamento com Rocefin e Aciclovir. Ressonância magnética de coluna torácica e lombar apresentou coleção líquida sugerindo abscesso intradural na altura da transição L4-L5 a L5-S1. O abscesso determinou desvio contralateral de raízes nervosas da cauda equina e faixa linear comunicando a loja renal direita com o espaço epidural. Confirmada síndrome da cauda equina por abscesso e suspeita de fístula colovertebral. TC de abdome evidenciou fístula de alça colônica e forame de conjugação L1-L2 à direita. Definiu-se este o foco infeccioso para espaço epidural. Mielotomografia abdominal: fístula de 0,3mm. Paciente foi encaminhado à equipe de coloproctologia do serviço para tratamento cirúrgico, que com o parecer da neurocirurgia optou por colectomia, enteroanastomose e fechamento de fístula líquórica. Em procedimento verificou-se invaginação do cólon transverso em ângulo hepático em região lateral da coluna vertebral com aderência (local da fístula); seccionou-se trave colônica com permanência do segmento no local; fez-se anastomose de extremidades do cólon seccionado e o fechamento com segmento que permaneceu no orifício de comunicação com forame de L1. Após, feito fechamento de orifício na aponeurose de colostomia prévia e síntese de parede. No pós-operatório, houve melhora da constipação, da paraparesia, da marcha e da força muscular para MID grau 3 e MIE grau 4. Discussão: o caso relatado apresenta fístula colovertebral como causa de meningite de repetição. Fez-se o tratamento cirúrgico, sendo realizada discussão multidisciplinar com análise de diversas modalidades terapêuticas possíveis neste tipo

incomum. Esta é uma localização rara de fístula, pouco estudada na literatura.

#### **EP093 - RELATO DE CASO SOBRE GIST**

DE OLIVEIRA, G.B.M.; DA SILVA, M.J.M.; CORDEIRO, M.A.; SOUSA, D.D.C.; MONTEIRO, F.L.S.; VIANA, P.L.; SILVEIRA, R.K. *HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: Esse trabalho aqui apresentado foi realizado no serviço de coloproctologia do Hospital Barão de Lucena no Recife-Pernambuco. Trata-se de um relato de caso de um paciente com diagnóstico de tumor gastrointestinal estromal. Os GIST (gastrointestinal stromal tumors) são tumores mesenquimais raros que se originam predominantemente no trato gastrointestinal. Esses tumores originam-se das células de Cajal. Os GIST representam cerca de 5% de todos os sacromas. O estômago é o sítio mais frequentemente acometido (cerca de 50% dos casos), seguido do intestino delgado em 25% dos casos. O intestino grosso é responsável por 10% dos casos de GIST, sendo o reto é o local mais comum de aparecimento. Sua disseminação linfática é rara. 50% dos GIST já se apresentam com metástases no momento do diagnóstico, sendo os sítios mais comuns o fígado e o peritônio. O quadro clínico mais comumente descrito nos Gist de reto caracteriza-se por: hematoquezia, massa retal, dor retal e achado incidental durante exame proctológico. O diagnóstico é confirmado através da imunohistoquímica com KIT positivo em 95% dos casos. Existem outros marcadores para Gist incluindo o CD117, CD34, S100 e desmina entre outros. O tratamento preferencialmente cirúrgico e nos casos de doença avançada, pode-se lançar mão de terapia adjuvante. Devido a alta recorrência local, há necessidade de remoção em bloco do tumor e de sua pseudocápsula. Esse paciente J.B.S., 45 anos, masculino, casado e procedência – Igarassu PE foi atendido no ambulatório de coloproctologia do hospital Barão de Lucena no Recife com história de drenagem de abscesso perianal em hospital de urgência havia 2 semanas. Durante o exame sob anestesia, observou-se abscesso em quadrante anterior direito e tumoração submucosa, sem sinais de flutuação, de consistência elástica em parede posterior de reto inferior próxima a linha pectínea. Realizado biópsia na urgência e drenado o abscesso em quadrante anterior direito. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico e devido ao tamanho da lesão e sua íntima relação com a musculatura esfinteriana, optou-se pela amputação abdomino-perineal evoluindo sem intercorrências no pós-operatório recebendo alta no sétimo dia de internação. O Anátomo-patológico da peça cirúrgica confirmou GIST de baixo grau localizado no reto distal. Linfonodos pericólicos com arquitetura folicular preservada. A Imunohistoquímica também confirmou tumor estromal gastrointestinal, tipo fusocelular, de alto risco, com índice mitótico de 8/15 no campo de grande aumento.

#### **EP094 - RELATO DE CASO: INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN**

DE FIGUEIREDO, F.L.; ALMENDRA JUNIOR, A.J.; MACHADO, R.L.; DUARTE, B.G.; BELTRAME, E.C.; JAZBIK, M.P.; DE SOUZA, P.F.; E FONSECA, J.M.F.; LEVI, J.M.; TELES, F.J. *HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVO: Relatar caso de tratamento cirúrgico na doença de Crohn complicada. Após insucesso do tratamento clínico e parâmetros anatômicos para drenagem percutânea, foi realizada laparotomia para drenagem dos abscessos com ileotiflectomia e ostomias em dupla boca. Discutiremos o manejo dos abscessos intraperitoneais de acordo com a literatura. MATERIAL E

MÉTODOS: Paciente LACC, masculino, branco, 65 anos, tabagista 40maços/ano, diagnosticado com doença de Crohn ileocolônica de fenótipo penetrante há 4 anos, sem tratamento regular. Admitido no HCA em 08/05/11 com quadro de suboclusão intestinal alta. O paciente encontrava-se em regular estado geral, estável hemodinamicamente e com abdome sem peritonismo. A TC de abd/pelve evidenciou duas coleções entre alças de delgado e líquido livre em pelve. Iniciado tratamento clínico com Hidrocortisona 300mg/dia, Metronidazol e Ciprofloxacina. No 9º dia de internação, foi visualizado aumento aproximado de 40% das coleções na TC de controle. Apresentou dor abdominal associada à massa palpável em hipogástrio sem irritação peritoneal. Houve piora da leucometria. Devido a estabilidade clínica do paciente foi acrescido ao tratamento medicamentoso Mesalazina 4g/dia e Ampicilina. Após 3 semanas sem resolução do quadro, foi submetido a laparotomia. Realizada ressecção do íleo terminal e ceco onde se localizava maior abscesso, drenagem das demais coleções e ileostomia com fístula mucosa. RESULTADOS: Paciente com boa evolução clínica pós-operatória. Iniciada dieta líquida após 72h do procedimento, sendo evoluída para pastosa no 5º dia. Apresentou hipocalcemia de difícil controle, apesar de ileostomia com baixo débito. Realizada nova TC no 7º dia com achados compatíveis com estado cirúrgico do paciente. Recebeu alta hospitalar no 9º dia pós-operatório com Ciprofloxacina, Metronidazol, Prednisona 40mg/dia e Mesalazina 4g/dia. CONCLUSÃO: As indicações cirúrgicas clássicas no manejo da doença de Crohn compreendem megacólon tóxico, hemorragia, perfuração, falência da terapia medicamentosa, entre outras. Nos casos de abscessos intra-abdominais, pode-se adotar conduta conservadora com tratamento medicamentoso associado ou não à drenagem percutânea. No entanto, a maioria dos casos evolui com necessidade de tratamento cirúrgico onde preconiza-se a ressecção do segmento intestinal acometido com anastomose ocasional. Assim sabemos da dificuldade do manejo da doença de Crohn complicada, sendo o momento certo para a indicação da cirurgia é incerto e duvidoso, e ainda o que realizar na cirurgia também é motivo de controvérsias.

#### **EP095 - RELATO DE CASO: SÍNDROME DE LYNCH II**

BARROS, M.M.L.; MOREIRA JÚNIOR, H.; ALMEIDA, A.C.; DA MOTA, N.C.; LOUSA, L.R.; MOREIRA, J.P.T.; GARCIA, H.J.P.; LEITE, P.C.A.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Lynch ou Câncer Colorretal Hereditário Não-Polipose é condição autossômica dominante, responsável por até 6% dos cânceres colorretais. Mais comum no cólon direito ou manifestando-se com lesões sincrônicas ou metacrônicas, sua gênese resulta de alterações em genes de reparo do DNA. O teste genético de sequenciamento do DNA para identificação de mutações está disponível em centros especializados e pode ajudar nas decisões de tratamento, seguimento e aconselhamento genético. OBJETIVO: Relatar um caso de paciente com Síndrome de Lynch II operada no serviço de coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFG. MATERIAL E MÉTODOS: Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuário e da literatura. RESULTADOS: Paciente de 53 anos, sexo feminino, com quadro de 11 meses de dor abdominal em cólica e diarreia crônica, além de perda ponderal, hiporexia e astenia. Antecedente pessoal de carcinoma de endométrio (histerectomizada) há 9 anos, e antecedentes familiares de: mãe e irmão falecidos por câncer colorretal (o irmão teve a doença antes dos 50 anos); irmã viva de 49 anos operada de câncer colorretal; irmã operada de câncer de útero. Propedêutica revelou, à

colonoscopia, lesão vegetante obstrutiva em cólon sigmoide e TC de abdome evidenciou espessamento parietal de cólons ascendente e sigmoide. CEA pré-operatório de 4,97. Submetida à laparotomia exploradora, sendo identificadas lesões sincrônicas em cólons ascendente e sigmoide. Realizada proctocolectomia total com anastomose ileoanal, bolsa ileal e ileostomia protetora. A biópsia revelou adenocarcinoma tubular invasor de ambas lesões, porém do cólon direito com estadiamento T3N0 e de sigmoide T2N0. Atualmente no 6º ciclo quimioterápico de xeloda e oxaliplatina, sem sinais de recidiva tumoral. **DISCUSSÃO:** Neste estudo, descreve-se caso de Síndrome de Lynch cuja paciente preenche todos os critérios de Amsterdam: presença de CA colorretal em 3 ou mais familiares, sendo um parente de 1º grau dos demais; pelo menos 1 caso de CA colorretal < 50 anos; envolvimento de pelo menos 2 gerações; ausência de síndrome de polipose hereditária. Apresenta ainda antecedente de carcinoma ginecológico (endométrio), que ocorre em até 45% das mulheres da família afetada (há caso descrito da irmã da paciente), confirmando o diagnóstico de Síndrome de Lynch II. Testes genéticos detectam a instabilidade de microssatélites. Alto custo e valor preditivo dos testes de apenas 30-50% reforçam a importância da pesquisa de história familiar e realização de rastreamento endoscópico. A adequada vigilância reduz a incidência do CA colorretal e mortalidade associada. **CONCLUSÃO:** Trata-se de caso de Síndrome de Lynch II, cuja importância para o coloproctologista está principalmente no rastreamento de CA colorretal de familiares, devendo ser realizada colonoscopia a cada 2 anos a partir dos 25 anos e anual a partir dos 40 anos para todos os que preenchem os critérios.

**EP096 - RESSECCAO LOCAL DE TUMOR DE RETO**  
**FREITAS, M.O.**

*UNIMONTES, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.*

Resumo: objetivos: apresentar um caso de ressecção transanal de tumor de reto. Material e métodos: revisão de literatura e pesquisa em prontuário médico. Relato de caso: paciente de 63 anos com diagnóstico de tumor de reto feito por colonoscopia (10/06/2011) localizado em parede anterior a 7 cm da orla anal elevado e ulcerado, com diâmetro de 2,5 cm, onde no estadiamento clínico por toque retal, ressonância magnética mostrou tratar-se de tumor T1, invasão de submucosa sem invasão muscular, CEA de 0,7. Após conversa com a paciente optou-se por ressecção transanal (01/07/2011) com margem de 2 cm de toda a parede retal, com anastomose em pontos separados de fio absorvível sintético. A paciente evoluiu muito bem e recebeu alta com 4 dias sem complicações. O anatomista revelou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado invadindo a submucosa sem invasão muscular, neural, linfática ou vascular. Conclusões: O adenocarcinoma de reto tem sua base de tratamento em cirurgia realizada por via transanal, perineal ou abdominal, sendo que deve-se seguir critérios rígidos de seleção dos pacientes que irão para ressecção local, e ainda avaliar o tratamento neoadjuvante radio e quimioterápico, desta forma, seguindo critérios e protocolos estabelecidos a ressecção local como neste caso será bem sucedida.

**EP097 - RESSECÇÃO DISCÓIDE ASSISTIDA POR LAPAROSCOPIA PARA O TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA RETAL - RELATO DE CASO**

**ALMEIDA, R.M.<sup>1</sup>; CORREA, F.J.S.<sup>2</sup>; GOMES, J.A.S.<sup>3</sup>**

*1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3. FERTILITÉ - CLÍNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: **OBJETIVO:** Abordar a endometriose profunda do reto e ilustrar uma forma de abordagem cirúrgica minimamente invasiva. **INTRODUÇÃO:** A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Sua prevalência varia de 8% a 15% das mulheres no menarca. Mulheres inférteis ou com dor pélvica crônica têm maior prevalência de endometriose. Os sintomas mais comuns são a dismenorréia, a dor pélvica crônica, a dispareunia, sangramento anormal e infertilidade. A pelve é o local mais afetado pela endometriose. A endometriose extragenital não é rara e o intestino é o órgão extragenital mais acometido. O acometimento intestinal pode atingir 3% a 37% das pacientes com endometriose. O local mais afetado do intestino é o retossigmoide em 65% das vezes, seguido pelo sigmoide em 20%, ceco e apêndice em 10% e intestino delgado em 5% dos casos. As lesões variam de pequenos nódulos até grandes tumores infiltrativos. A sintomatologia está relacionada à localização, a extensão e à profundidade das lesões. Os sintomas mais comuns são: dismenorréia, dispareunia e disfunções intestinais como a pressão no reto e cóccix, sangramento retal, obstipação, diarreia e disquezia. **RELATO DO CASO:** Trata-se de paciente com 30 anos, que apresentava história de dismenorréia intensa desde a menarca com piora progressiva e dispareunia profunda. Sem outros sintomas. Ao exame físico havia dor à mobilização do colo uterino, útero retrovertido fixo, além de nódulo de 10mm, endurecido. Anexos fixos de tamanho normal, dolorosos. À ultrassonografia transvaginal foi observada imagem sugestiva de endometrioma. Ao ultrassom endorretal tridimensional foi observada lesão hipoeecóica com 17x9,4x13,4mm que invade até camada muscular própria da parede anterior do reto, sugestiva de endometriose retal. Tal lesão ocupava 13% (47o) da circunferência do órgão. Foi realizada ressonância magnética foi observada a presença de endometrioma no ovário esquerdo e formação tecidual de aspecto retrátil comprometendo o torus uterino, ligamentos útero-sacros, obliterando FSP com acometimento do reto médio. À laparoscopia evidenciamos a presença de endometrioma em ovário esquerdo, aderência entre retossigmoide ao útero e anexos, lesão profunda em reto de 2,0cm de extensão, lesão profunda em ligamentos útero-sacros bilateralmente. Realizamos o tratamento do endometrioma de ovário, dos ligamentos útero-sacros, lise de aderências e ressecção discóide da lesão profunda retal com grameador circular 33 mm, introduzido pelo ânus, assistido por videolaparoscopia. A análise histopatológica confirmou endometriose de reto com margens livres, além das outras lesões descritas acima. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta no 2º DPO, com reavaliações periódicas até seis meses após a cirurgia, sem queixas. **CONCLUSÃO:** Os autores apresentam este caso para ilustrar mais uma opção na tática cirúrgica minimamente invasiva nos casos de lesões pequenas de endometriose profunda do reto.

**EP098 - RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PARA RECIDIVA LOCALMENTE AVANÇADA DE CÂNCER COLORRETAL**

**FEITOSA, M.R.; IEZZI, L.E.; MEDEIROS, B.A.; PARRA, R.S.; URBANO, G.; GUZELA, V.R.; CARVALHO, R.G.; ALMEIDA, A.L.N.R.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.**

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O câncer de cólon e reto configura-se como um dos mais frequentes no mundo. No Brasil ocupa a quarta posição em incidência. Registraram-se cerca de 28.000 novos casos no país em 2010. Não obstante todos os esforços para seu diagnóstico

precoce, a prática clínica nos mostra elevados índices de doença em estágios avançados. Possui sobrevida média global em cinco anos de 40% nos países em desenvolvimento. A ressecção cirúrgica do tumor é a base do tratamento. A radioterapia no câncer retal e a quimioterapia no câncer de cólon e reto são fatores adjuvantes. **RELATO DE CASO:** JS. 62 anos. Submetido a colectomia total mais íleo-reto anastomose por adenocarcinoma sincrônico de sigmóide e cólon direito em junho de 2010. Não apresentava metástases à distância e o estadiamento pós-operatório foi classificado como IIA. Optou-se por não realizar terapia adjuvante. Após 06 meses de seguimento apresentou recidiva da doença na íleo-reto anastomose com invasão da próstata e vesículas seminais, bexiga e parede abdominal. Os exames de imagem bem como a avaliação intra-operatória mostraram possibilidade de ressecção completa da lesão. Foi realizado ressecção em bloco da íleo-reto anastomose, bexiga, próstata, vesículas seminais, ureteres distais e da parede abdominal com consequente sepultamento do reto, ileostomia terminal e neobexiga ileal à Bricker. Foi submetido a quimioterapia adjuvante com oxaliplatina e capecitabina. Encontra-se livre de doença há 06 meses e já retornou às suas atividades habituais. **CONCLUSÃO:** Apesar de possuir boa sobrevida se descoberto precocemente, dados brasileiros recentes mostram que 80% dos pacientes se encontram em estágio avançado ao diagnóstico do câncer colorretal fazendo com que apenas 40% dos pacientes tratados permaneçam vivos após 5 anos. Com o avanço das técnicas cirúrgicas modernas, neoplasias consideradas intratáveis podem ser abordadas através das ressecções multiviscerais. Deve-se entretanto selecionar bem o candidato ao procedimento cujo sucesso está intimamente relacionado à saúde geral do doente e à extensão do acometimento neoplásico e à experiência do cirurgião.

#### **EP099 - RESULTADO COMPARATIVO DAS RESSECÇÕES CÓLICAS DIREITA, ESQUERDA NA INFLUÊNCIA DO PROGNÓSTICO INTRA-OPERATÓRIO**

FIALHO, L.O.; SILVA, I.B.D.; DA CUNHA E SILVA, J.A.D.; DIAS, V.L.; COUTINHO DE SOUZA, E.A.D.; IGLESIAS, A.C.G.  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** Objetivo: Analisar se a topografia da lesão influencia nos resultados de ressecabilidade no intra-operatório. Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes consecutivos, através da análise de 176 prontuários, de paciente operados de tumores Colorretais, pela 60enfermaria de Cirurgia Geral e Aparelho digestivo do Hospital Universitário Gafreé e Guinle no período de 2000 à 2005. Foram divididos em tumores proximais ao ângulo Esplênico-tumores de Cólon direito e distais ao ângulo, excluindo tumores de , Cólon esquerdo. Foram avaliados dados demográficos, epidemiológicos e ressecabilidade do tumor (R0 – curativas macroscopicamente) intra-operatório. Resultados: a Mediana de idade dos pacientes foi de 63 anos, média de 62 anos, sexo feminino 100(56%0, masculino 76(43%); Raça: brancos 121(68%), pretos 25(21%) e pardos 31(17%); Tumores de Cólon direito : 68, Tumores de Cólon Esquerdo : 58; Cirurgias R0 Cólon Direito 60, Cólon Esquerdo 52. P valor<0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Conclusão: Em nosso estudo não houve diferença estatisticamente significativa tanto da localização dos tumores como também no grau de ressecabilidade da lesão. Limitações do estudo; estudo retrospectivo, amostra pequena. Não houve conflito de interesses na elaboração do projeto.

#### **EP100 - RETITE ACTÍNICA SANGRANTE: RELATO DE CASO**

KANNO, D.T.<sup>1</sup>; SILVA, T.L.<sup>2</sup>; VALENCIANO, J.S.<sup>3</sup>; NASCIMENTO, E.F.R.<sup>4</sup>; MARTINEZ, C.A.R.<sup>5</sup>; NONOSE, R.<sup>6</sup>  
*1,2,3,5,6. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: a radioterapia é amplamente utilizada no tratamento de câncer, especialmente nos órgãos da pelve: próstata, bexiga, colo do útero, reto e canal anal. O reto é o órgão que mais sofre com a radiação ionizante. Por isso, cerca de 75% dos paciente irradiados desenvolverão sintomas proctológicos como urgência, proctalgia, tenesmo e sangramento. A retite actínica apresenta-se com complicação comum nos pacientes em radioterapia podendo apresentar-se agudamente ou tardiamente. Na retite actínica aguda a alteração histológica limita-se a mucosa, cursando com: diarreia, mucorréia, constipação, raramente cursando com sangramento. Diferentemente, da retite actínica tardia que pode ocorrer até dois anos após a última sessão de radioterapia, apresentando alteração vascular e fibrose da camada subíntima. Nos quadros de retite actínica tardia a clínica pode apresentar: dor, urgência retal, ulcerações, estenoses, fístulas e sangramento variando entre 3 a 20% dos casos. OBJETIVO: relatar um caso de retite actínica tardia sangrante. RELATO DO CASO: L.G.G., 74 anos, homem, procedente de Bragança Paulista, procura o serviço de saúde com queixa de hematoquezia há duas semanas associada de tenesmo e alteração do hábito intestinal. Antecedentes pessoais: tabagista, hipertenso, agenesia renal esquerda, litíase renal, adenocarcinoma de próstata em tratamento radioterápico há dois anos, e, retossigmoidectomia anterior com colo-reto anastomose há um ano por adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi solicitado exame colonoscópico com hipóteses de recidiva da neoplasia ou retite actínica devido a sessões de radioterapia. A colonoscopia evidenciou retite actínica com sangramento ativo. Optou-se por realizar novo exame endoscópico, solicitando plasma de Argônio. Foram realizadas duas sessões de terapia com plasma de Argônio via endoscópica. O paciente está em acompanhamento ambulatorial há seis meses sem queixas de sangramento. DISCUSSÃO: a eletrocoagulação com Argônio mostra-se como método terapêutico seguro e efetivo no tratamento de doenças hemorrágicas vasculares na retite actínica, sendo bem tolerado pelos pacientes, e, factível de realização ambulatorial. CONCLUSÃO: o sangramento apresenta-se como uma complicação na retite actínica em pacientes submetidos à radioterapia, e, a eletrocoagulação com Argônio aparece como boa opção terapêutica nesses casos.

#### **EP101 - RETECOLITE ULCERATIVA IDIOPÁTICA COM EVOLUÇÃO FULMINANTE PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E HDB PÓS INÍCIO DE HEPARINIZAÇÃO PLENA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

RABELO, F.E.F.; FRANÇA NETO, P.R.; QUEIROZ, F.L.; COSTA, B.X.M.; LAMOUNIER, P.C.C.; RÊGO, R.S.N.D.; LACERDA FILHO, A.; CARMONA, M.Z.

*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*  
**Resumo:** INTRODUÇÃO: A retocolite ulcerativa idiopática é uma doença intestinal de etiologia desconhecida e grau variável de gravidade. O tratamento é bem definido e feito de forma inespecífica, com salicilatos, associados ou não aos corticóides. A cirurgia fica reservada para aqueles casos em que há falha do tratamento clínico ou complicações, sejam elas crônicas ou agudas, tomando a cirurgia caráter emergencial. OBJETIVO: Relatar um caso de paciente jovem com quadro de RCUI/ pancolite agudizada com TVP de vv. cava e ilíacas e que evoluiu com drástica HDB após anticoagulação,

confrontando com dados da literatura médica. MÉTODOS: CSF, masculino, 18anos, admitido em 29/12/2010, com quadro de dor abdominal e diarreia que configurou-se como RCUI na forma pancolite, agudizada com trombose de v.cava inferior e vv. Ilíacas comum, internas e externas, vista à enterotomografia. Iniciado tratamento para fase aguda de RCUI e anticoagulação com heparina na BIC. Paciente evoluiu com sangramento intestinal importante, tendo a hemoglobina sérica atingido valores de 3,9. Foi, então, levado a laparotomia de urgência, com colectomia total, preservação do reto – que se encontrava pouco acometido – e ileostomia terminal à Hartmann. O cólon mostrava-se extremamente acometido, com úlceras profundas difusas e extensa reação inflamatória. Paciente evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta do CTI já no 4º DPO e alta hospitalar em 25/01/2011. RESULTADOS: Sangramento intestinal de grande monta por RCUI é raro. Porém, ocasionalmente representa a principal causa de indicação de cirurgia de urgência nesse contexto. A frequência de hemorragia grave observada na Literatura Médica varia de 0 a 4,5%. Entretanto, essa complicação relativamente rara é responsável por 10% de todas as colectomias feitas na urgência por retocolite ulcerativa idiopática. CONCLUSÃO: Apesar de ser uma complicação rara, a hemorragia digestiva baixa secundária a RCUI tem alto potencial de morbidade e mortalidade. O diagnóstico preciso e o pronto tratamento cirúrgico na urgência são fundamentais na resolução desse caso, com aumento na sobrevida. Estudos sobre o momento ideal de se intervir cirurgicamente na RCUI de evolução grave ou refratária ao tratamento inicial ainda estão em andamento, o que deve ser encorajado.

#### **EP102 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA ATUAL SITUAÇÃO NO TRATAMENTO DE CARCINOMATOSE PERITONEAL**

**FONTE.** F.P.<sup>1</sup>; CHAER, I.D.<sup>2</sup>; MENDOÇA, R.L.<sup>3</sup>; VIAL, P.G.<sup>4</sup>; MELLO, R.O.<sup>5</sup>; NASCIMENTO, E.F.R.<sup>6</sup>; NONOSE, R.<sup>7</sup>; MARTINEZ, C.A.R.<sup>8</sup>

*1,3,4,5,6,7,8. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU-UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*

Resumo: A carcinomatose peritoneal é a disseminação metastática de tumores primários para o peritônio. Sugarbaker em 91 mudou prognóstico selado de uma sobrevida de no máximo seis meses sem o tratamento. Os fatores de risco incluem a história natural da doença, tumores em estágio avançado, tratamento cirúrgico progressivo e procedimentos invasivos. O quadro clínico varia conforme local afetado e é classificado como sinais maiores, ascite e a obstrução intestinal, e menores, perda de peso, anorexia, dor abdominal e febre vespertina. É mais comum no omento, espaço sub-frênico, pelve e diafragma. Para o diagnóstico o exame de escolha é a tomografia computadorizada (TC). A videolaparoscopia é indicada se há suspeita de carcinomatose sem confirmação. Objetivo: Ilustrar um caso de carcinomatose peritoneal e com base na revisão bibliográfica internacional atualizar o manejo diagnóstico e terapêutico. Relato do Caso: Mulher, 52 anos, queixa-se de dor em hipocôndrio direito há 3 meses, e refere perda de peso de 10 kg em seis meses. Exame físico: cardiopulmonar s/ alterações, Abdome: RHA+, distendido, flácido doloroso a palpação, massa em hipogástrio. Realizado USG e TC que evidenciou nódulos sólidos hepático em seguimentos VI, VIII e em raiz do mesentério, imagem tubuliforme com líquido em retroperitônio, suspeita de carcinomatose. CEA=2 e alfa-feto=2. Videolaparoscopia diagnóstica confirma carcinomatose peritoneal por adenocarcinoma pouco diferenciado e Peritoneal Cancer Index=26. DISCUSSÃO: Através de estudos randomizados feitos por

Sugabaker, passou-se a utilizar de novas técnicas de tratamento para a carcinomatose. Assim sendo, foi proposto associar a cirurgia citorrredutora (peritonectomia e retirada de estruturas acometidas possíveis de ressecamento), responsável por remover macroscopicamente as células tumorais, à drogas quimioterápicas intraperitoneais aquecidas (HIPEC), sendo esta via de melhor absorção e menos efeitos colaterais. Mas o próprio autor verificou que alguns pacientes evoluíam da mesma forma que os que não utilizavam da terapia combinada, então foi criado o PCI que é um marcador quantitativo. Com o auxílio do PCI e alguns fatores, como origem primária do tumor, estadió da doença, margens de ressecção, indica-se a terapêutica combinada. Estatisticamente os melhores resultados deste tratamento são em pacientes que apresenta carcinomatose isolada. Conclusão: A tomografia computadorizada é o exame de escolha para o diagnóstico de carcinomatose, sendo que se há suspeita sem confirmação indica-se a videolaparoscopia diagnóstica. O tratamento para carcinomatose sem metástases à distância é a cirurgia citorrredutora com HIPEC, trazendo melhores prognósticos e em alguns casos a cura.

#### **EP103 - ROTURA ESPLÊNICA PÓS COLONOSCOPIA. RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**WIEZEL, E.H.B.**<sup>1</sup>; DE SOUZA, M.B.<sup>2</sup>; PINOTTI, S.<sup>3</sup>; UTRINI, M.<sup>4</sup>; RIBEIRO, G.<sup>5</sup>; KHARMADYAN, V.<sup>6</sup>; AMATE, A.<sup>7</sup>  
*1,2,5,6,7.MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3,4.MADRE THEODORA, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A rotura esplênica é uma complicação rara da colonoscopia. Talvez por isso, é, muitas vezes, tardiamente considerada como possíveis prejuízos na sua evolução. A maioria dos 51 casos descritos foi diagnosticada por tomografia computadorizada e sujeita a esplenectomia. Descreve-se o caso de uma doente de 44 anos submetida a colonoscopia de rotina. Após colonoscopia, que não revelou lesões significativas e decorreu sem dificuldades técnicas, iniciou dor no quadrante abdominal esquerdo e hipotensão com diminuição do hematócrito. Submetida a laparotomia exploradora de emergência, constatou-se rotura esplênica, sendo realizado esplenectomia com boa evolução pós-operatória. Fez-se uma revisão da literatura chamando a atenção para a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico, muitas vezes subdiagnosticado.

#### **EP104 - SANGRAMENTO, INVAGINAÇÃO INTESTINAL E DEGENERAÇÃO MALIGNA COMO COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: RELATO DE CASO**

**DA SILVA, D.C.**; NOGUEIRA, F.S.; FORMIGA, F.B.; LIORCI, M.P.; FONSECA, M.F.M.; FORMIGA, G.J.S.

*HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença hereditária autossômica dominante com penetrância variável e mutação do gene STK11 (LKB1), com maior incidência em jovens. É caracterizada por pólipos hamartomatosos intestinais associados a máculas melanocíticas cutâneo-mucosas. Complicações como oclusão, perfuração e sangramento frequentemente requerem intervenções cirúrgicas. OBJETIVO: Relatar caso de Síndrome de Peutz-Jeghers com complicações, em paciente de meia idade. RELATO DE CASO: Paciente de 45 anos, negra, feminina, investigando anemia crônica há sete anos. Evoluiu com melena e fadiga intensa, chegando ao Serviço de Emergência estável hemodinamicamente, mas com índice de hemoglobina de 2,5g/dL, necessitando transfusão sanguínea. Negava qualquer dor abdominal,



sangramento prévio, alteração de hábito intestinal, história familiar de câncer ou doenças hereditárias conhecidas. Notavam-se manchas melânicas periorais, palmo-plantares e nasais. A colonoscopia evidenciava três pólipos sésseis de 3mm em cólon transverso e inúmeros pólipos sésseis e pediculados, de 2mm a 3cm de diâmetro, em cólon descendente, sigmóide e reto. O estudo histológico revelou tratar-se de pólipos hamartomatosos. A endoscopia digestiva alta evidenciou múltiplos pólipos gástricos e duodenais, variando de 4mm a 2,5cm. A tomografia computadorizada de abdome e pelve revelou duas imagens em alvo, sugestivas de intussuscepção em topografia de jejuno, além de irregularidades de mucosa em cólon esquerdo e reto. Indicada laparotomia exploradora na qual confirmou as duas intussuscepções jejunais descritas e múltiplas lesões polipóides intraluminais palpáveis em todo delgado. Optado por redução das intussuscepções, enterectomia segmentar de grande pólipos (4cm - cabeça da invaginação mais proximal, 10 cm do ângulo de Treitz) e enterotomias para ressecção dos pólipos maiores de 2cm. O estudo histológico confirmou a característica hamartomatosa, porém detectou também displasia de alto grau e adenocarcinoma "in situ" no maior pólipos hamartomatoso. **DISCUSSÃO:** Peutz-Jeghers é uma síndrome caracterizada por dor abdominal recorrente e perda de sangue nas fezes. Os pólipos hamartomatosos raramente sofrem degeneração maligna (2 a 3%). O tratamento cirúrgico é dirigido às complicações, tais como sangramento e invaginação, não sendo indicado procedimento muito agressivo dada a grande extensão da doença.

#### **EP105 - SIMPLES TÉCNICA DE IDENTIFICAÇÃO DE ESTENOSES OCULTAS EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

FERREIRA, M.G.L.A.; PERINE, G.H.; ALVES, B.R.B.L.; KOOL, R.; KOZAK, V.N.; SARTOR, M.C.; BALDIN JUNIOR, A.; BONARDI, R.A.

*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** A doença de Crohn é uma inflamação crônica que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, em especial o intestino delgado e cólon. Apesar dos avanços no tratamento medicamentoso, a maioria dos pacientes com doença de Crohn necessitará de uma cirurgia intestinal ao longo da vida. Embora não curativa, a cirurgia é necessária para corrigir as complicações da doença como estenose sintomática, fístula, abscesso, perfuração e doença fulminante refratária. Entretanto as taxas de reoperação são altas. Há um subgrupo de pacientes que apresentam um curso clínico problemático, necessitando do retorno ao centro cirúrgico menos de 2 anos após a primeira cirurgia. Um dos principais fatores que contribuem para essa necessidade precoce de reoperação são as estenoses não detectada na primeira cirurgia. **OBJETIVO:** Relatar uma técnica simples, de baixo custo e efetiva para detecção de estenoses ocultas durante laparotomia para correção de estenoses de intestino delgado em pacientes com Doença de Crohn. **RELATO DE CASO:** ID: A.C, 54 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn desde 2001. Iniciou quadro com dor abdominal em cólica e diarreia em grande quantidade. Realizou tratamento com Mesalazina 500mg e perdeu acompanhamento, retornando após 5 anos com emagrecimento de 15 kg. Iniciado Imunossupressor. Na colonoscopia o aparelho não progrediu devido a estenose concêntrica no ângulo esplênico. No trânsito de delgado havia múltiplas áreas de estenoses. Paciente foi submetido a laparotomia, na qual foi utilizado uma esfera de vidro com 2 cm de diâmetro que foi introduzida no delgado através de enterotomia junto a estenose

palpável. A esfera foi deslocada pela luz intestinal e quando ocorria dificuldade para a sua progressão era considerado um ponto de estenose, sendo então realizado estenoplastia tipo Heineck Mikulicz. Nesse caso, foram realizadas 19 estenoplastias, porém apenas 15 eram palpáveis. Foi também realizado colotomia no transverso e introdução de uma esfera de vidro de 3 cm para avaliação da estenose sugerida na colonoscopia. A esfera de vidro passou livremente até o reto superior, o que não confirmou o achado colonoscópico. O paciente evoluiu bem no pós-operatório e está em acompanhamento ambulatorial, assintomático. **DISCUSSÃO:** A técnica de calibração das estenoses com esfera descrita por Garcia Granero et al utilizava um esfera de plástico com 2,5cm de diâmetro. Posteriormente viu-se que estenoses com mais de 1,5 cm de diâmetro raramente ocasionavam sintomas. Por isso optamos por utilizar uma esfera menor, com 2 cm, eficaz na detecção das estenoses sintomáticas, porém com menor risco de complicações do procedimento. **CONCLUSÃO:** O uso da esfera de vidro para identificação de estenoses ocultas durante a laparotomia em pacientes com doença de Crohn é um método simples, eficiente e de baixo custo, trazendo benefícios para o paciente pois pode evitar uma reoperação precoce por estenoses sintomáticas não percebida na primeira cirurgia.

#### **EP106 - SIMULADOR FARMACOECONOMICO DE TERAPIA ANTI-TNF NA DOENÇA DE CROHN: AUXILIO NA ESCOLHA DO AGENTE BIOLÓGICO**

KOTZE, P.G.<sup>1</sup>; MORALEZ, R.<sup>2</sup>; PERROUD, A.P.<sup>3</sup>

*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2,3.ABBOTT LABORATORIOS DO BRASIL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** a terapia biológica é uma importante alternativa no manejo dos casos de doença de Crohn (DC) moderada a grave. Dois agentes são disponíveis no mercado brasileiro para este fim, o Infliximabe (IFX) e o Adalimumabe (ADA). A eficácia das duas drogas é semelhante segundo dados da literatura, e a escolha de qual agente deve ser utilizado em cada paciente depende de uma série de fatores. O objetivo desta apresentação é a demonstração de um simulador eletrônico virtual, baseado em dados farmacoeconômicos de custo-minimização, que pode auxiliar os prescritores na decisão de qual droga pode trazer menores custos para determinado paciente. **MÉTODO:** simulador apresentado em forma de software (arquivo eletrônico) dinâmico, que determina os custos do tratamento com agentes anti-TNF em variadas situações encontradas na prática clínica diária. As variáveis imputadas no modelo são: peso do paciente, mercado de compra da droga (público ou privado), tempo de tratamento desejado, doses utilizadas e número necessário para tratar (NNT). Demonstração de simulação de dois casos clínicos para assimilação das informações. **RESULTADOS:** Simulação de caso 1: paciente com DC fistulizante, com 40 kg, com indicação de terapia anti-TNF. Apresentou custo para um ano de tratamento de R\$ 53.716,52 com IFX e de R\$ 54.577,50 com ADA, no mercado público. Simulação de caso 2: paciente com DC luminal, com intratabilidade clínica e indicação de terapia biológica, com 90 kg. Apresentou custo para um ano de tratamento de R\$ 113.983,88 com IFX e de R\$ 88.016,10 com ADA, no mercado privado. **CONCLUSÕES:** uma série de fatores determina a escolha de qual agente anti-TNF pode ser utilizado em cada paciente, como a experiência do médico, disponibilidade da droga e perfil do paciente. Nas situações onde as duas drogas sejam igualmente distribuídas, deve-

se optar pela droga de menor custo. Este simulador pode ser útil nos consultórios e ambulatórios de gastroenterologia e coloproctologia na decisão de qual droga teria melhor farmacoeconomia em determinados pacientes. Aguarda-se novos modelos e estudos sobre farmacoeconomia e DC no Brasil.

#### **EP107 - SÍNDROME DE GARDNER ASSOCIADA A CARCINOMA COLÔNICO: RELATO DE CASO**

RAMOS TEIXEIRA, F.; SANTIAGO, R.R.; DA ROCHA TORRES NETO, J.; SANTOS, T.C.; SANTOS, J.I.B.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Gardner é uma variante da Polipose Adenomatosa Familiar, porém com manifestações extraintestinais específicas. Possui herança autossômica dominante e sua patogênese está relacionada à presença do gene APC mutante que não bloqueia o crescimento celular desordenado. Em consequência, acarreta a formação de inúmeros pólipos intestinais. Está associada a osteomas (ossos longos, mandíbulas e crânio), tumores de tecidos moles (dermóides, cistos epidermóides, fibromas, lipomas), hipertrofia congênita do epitélio retiniano e presença de dentes supranumerários. A probabilidade de ocorrer câncer colorretal nos portadores desta síndrome está próxima de 100% aos 40 anos de idade. Portanto, todos os pacientes devem ser submetidos à colectomia profilática assim que a doença for diagnosticada. Os pólipos em duodeno eventualmente malignizam, fenômeno que pode originar um tumor periampular com icterícia obstrutiva. OBJETIVO: Relatar um caso de um paciente com Síndrome de Gardner. RELATO DE CASO: F.M.S., 33 anos, masculino, natural e procedente de Itabaiana, internou no Hospital Universitário em 25/04/11 com relato de sangramento retal, perda de peso de cerca de 10kg, associado a dor abdominal, em cólica, de forte intensidade há 5 meses. Avô, pai e tios paternos com história de neoplasia intestinal. Ao exame físico apresenta osteomas em fronte e antebraço esquerdo, múltiplas tumorações amolecidas em tórax e membros e malformações dentárias. Polipose colorretal com lesão vegetante em cólon descendente (adenocarcinoma na patologia) visibilizada na colonoscopia. Realizado proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia de proteção, além de exérese de divertículo de Meckel (achado intra-operatório). O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar após o 6º dia da cirurgia. CONCLUSÃO: A Síndrome de Gardner é uma patologia rara com risco elevado de malignização dos pólipos colorretais como o relatado neste caso.

#### **EP108 - SÍNDROME DE ROCKITANSKY: RELATO DE CASO**

SOUSA, A.V.; KLUG, W.A.; FANG, C.B.; RUGERRO, A.G.; FERNANDES, M.S.

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O ânus imperfurado é uma condição congênita de causa desconhecida geralmente diagnosticada ao nascimento. Possui uma incidência de 1/5000 nascidos vivos. A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuenter-Hauser consiste na falha de desenvolvimento dos Ductos de Muller, resultando em atresia vaginal somada a malformações variadas do útero e tuba uterina. Neste relato de caso apresentamos o caso de uma paciente de 25 anos operada pela equipe de coloproctologia da Santa Casa de São Paulo. A paciente teve seu diagnóstico feito logo após o parto e foi submetida a tratamento cirúrgico em outro serviço. Procurou o nosso hospital sendo submetida a reimplante do canal anal com posterior vaginoplastia.

#### **EP109 - SÍNDROME MUIR-TORRE: RELATO DE CASO**

FEITOSA GOMES, J.W.; NETO, A.V.; YAMAGUCHI, N.; FASOLIN, H.P.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; BERALDO, F.B.; BASSANEZE, T.

*HSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A síndrome de Muir-Torre é rara, autossômica dominante, definida pela associação de glândulas sebáceas e neoplasias viscerais, principalmente de câncer colorretal. Objetivo: Relatar o caso clínico e achados anatomopatológicos de paciente portador da Síndrome de Muir-Torre e discutir seus achados e orientações. Material e método: Revisão de prontuário e da literatura. Relato de caso: Relato clínico do caso do paciente L.T., 69 anos, homem, hipertenso, diabético, portador de insuficiência renal crônica (transplantado renal há 3 anos) com queixa de diarreia há 1 semana (5-10 episódios/dia) sem muco ou sangue com resolução espontânea, sendo avaliado e solicitado colonoscopia no dia 17/12/2010 onde foi relatada lesão de crescimento lateral com depressão central, ocupando menos de 50% da circunferência do cólon transverso e 02 pólipos, sendo um sésil de 4mm e outro pediculado de 10mm. Realizado biópsia da lesão e ressecção dos pólipos cujo anatomopatológico evidenciou, respectivamente, adenocarcinoma moderadamente diferenciado de padrão tubular e mucoprodutor e pólipos hiperplásicos. Realizado exames pré-operatórios como TC de abdome e tórax sem outras lesões suspeitas, EDA com processo inflamatório crônico e hiperplasia polipóide e marcadores tumorais (CEA de 2,8 e CA 19-9 de 8,7). Optado pela ressecção oncológica da lesão. Possui história familiar de irmão com câncer colorretal. Paciente relatava também lesões em face e braço esquerdo que foram biopsiadas excisionalmente em 16/02/11 evidenciando, respectivamente, adenoma sebáceo e queratoacantoma. Neste momento, foi diagnosticada a Síndrome de Muir-Torre. Foi solicitado US de tireóide que mostrou nódulo sólido em lobo direito/istmo de tireóide de 2,4 x 1,8cm, estando este em seguimento. Resultados: Em 1966 e 1967, E. G. Muir e Douglas Torre, respectivamente, descreveram casos clínicos de pacientes com neoplasias de glândulas sebáceas associadas a neoplasias viscerais múltiplas, posteriormente denominada Síndrome Muir-Torre. A maioria dos casos se manifesta entre 50 e 70 anos de idade, com predomínio em pacientes do sexo masculino na relação de 2:1. Tumores de glândulas sebáceas são raros na população geral e alguns autores sugerem quando diagnosticados devem suscitar este diagnóstico, inclusive com pesquisa de alterações genéticas, principalmente do gene MSH2. Conclusão: Em pacientes com diagnóstico da Síndrome de Muir-Torre e em seus parentes de primeiro grau, um rastreamento cauteloso para neoplasias, principalmente dos tratos gastrointestinal e urogenital, é mandatório, devendo receber também aconselhamento genético.

#### **EP110 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DIVERTICULITE DE CECO**

SIA, O.N.; IVERVOLINO, R.; BEDRAN, J.C.; CORRÊA NETO, I.J.F.; WATTE, H.H.; ROLIM, A.S.; SOUZA, R.F.; ROBLES, L.

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

Resumo: Tratamento cirúrgico da Diverticulite de Ceco. Introdução: A diverticulite de ceco é uma condição rara em países ocidentais, com maior incidência em descendentes asiáticos. Sua etiologia permanece desconhecida porém acredita-se que sua origem seja congênita. Ocorre em uma incidência inferior a 4% na doença diverticular dos colon. Predominante no sexo masculino com média de idade de 36 anos e asiáticos. São divertículos verdadeiros e em sua maioria únicos (80%), anteriores (60%), entre 1 e 2 cm distais a

válvula ileo cecal, assintomáticos. O tratamento varia desde o tratamento conservador, similar a diverticulite não complicada no cólon distal até a hemicolectomia direita. Materiais e métodos: Relato de caso de paciente de 71 anos, sexo feminino. Admitida com quadro de dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita associada a diarreia. História previa de Diabetes melitus, Hipertensão arterial e Demência senil (Karnofsky Performance Status-40). Ao exame físico apresentava dor abdominal em fossa ilíaca direita associado a descompressão brusca dolorosa. Submetida a exame tomográfico contrastado do abdome e pelve com evidência de espessamento da parede do ceco e borramento de planos adjacentes, redução da luz, ausência de líquido livre ou coleções. Realizada laparotomia exploradora que evidenciou bloqueio entre ceco e epiplon associado a divertículo de base larga (2 cm) próximo a tenia livre do colon. Realizado colectomia direita com confecção de estoma a Micklucz. Paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta no 6º dia pós operatório. Realizado ampla revisão de literatura em banco de dados PUBMED e LILACS. Discussão: A diverticulite do ceco é patologia rara em nosso meio e pouco diagnosticada no pré operatorio (cerca de 9% das ocasiões). Wagner e Zollinger et al encontraram cerca 5.3% de diagnóstico pré operatorio entre 318 pacientes avaliados. O diagnóstico intra operatorio ocorre entre 65% a 85%, sendo os diagnósticos diferenciais apendicite aguda (principal), doença inflamatória pélvica, litíase urinária, prenhez ectópica rota, cisto ovariano roto e gastroenterite. Cerca de 10 entre 5000 exames radiológicos apresentam imagem compatível e 1 em 300 apendicectomias são decorrentes de diverticulite do ceco. A apresentação clínica é semelhante a apendicite aguda, incluindo dor abdominal em fossa ilíaca direita, febre baixa, náuseas, vômitos e leucocitose. As cirurgias relatadas na literatura vão desde a hemicolectomia direita, diverticulotomia e ileocectomia com ou sem auxílio da videolaparoscopia. O tratamento conservador apresenta recorrência de ate 71 % em alguns estudos, com índice de complicação maiores. Conclusão: Recomendamos a conduta cirúrgica no manejo da diverticulite de ceco, com ressecção do segmento colônico afetado já no primeiro tempo cirúrgico, optando-se pela anastomose primária ou não devido aos altos índices de recorrências.

#### EP111 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE RETOCOLITE ULCERATIVA NO HUOL DE 1999 A 2010

SILVESTRE DE ALENCAR, S.S.; BEZERRA, C.F.; CORREA, R.S.; ALENCAR, M.J.C.; CUNHA DE MEDEIROS, E.S.; ALVES DA COSTA, D.A.; DO NASCIMENTO, A.L.; RAFAEL, R.F.  
UFRRN, NATAL, RN, BRASIL.

Resumo:

Objetivo: avaliar as indicações e resultados do tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa (RCU), conhecer o perfil dos operados e confrontar dados com a literatura através de uma revisão atualizada dos artigos, ensaios e revistas especializadas no assunto. Material e Métodos: análise retrospectiva de 45 prontuários de pacientes com RCU atendidos no serviço de doenças inflamatórias intestinais entre 1999 e 2010 no HUOL. As seguintes variáveis foram avaliadas: idade ao diagnóstico, raça, sexo, história familiar, sintomatologia, localização, tratamento medicamentoso, cirurgias realizadas e complicações. Resultados: Os resultados encontrados apresentam predominância na faixa entre os 30 e 50 anos de idade (48%), com discreto predomínio no sexo masculino (53,3%). Sintomas mais frequentes: diarreia sanguinolenta em 100% dos casos, dor abdominal e tenesmo com 73,3% cada e perda ponderal em 86,6%. A forma de

acometimento predominante foi colite distal com 53,3%, seguido da colite esquerda com 26,7% e pancolite com 20 % dos casos. Dentre os pacientes estudados houve indicação de cirurgia em 20%, todos os casos dentro dos 10 anos de doença, sendo 67% eletivamente e 33% de emergência. As cirurgias executadas foram proctocolectomia total com ABIA em 75% e colectomia total com ileostomia terminal em 25% nas cirurgias de emergência. Complicações pós-operatórias ocorreram em 62% dos pacientes. Conclusões: O tratamento cirúrgico na RCU é realizado por complicações da doença ou insucesso do tratamento clínico, como mostra a literatura. E que a proctocolectomia restauradora com bolsa ileal é a cirurgia padrão – ouro, porque além de curativa tem demonstrando excelentes resultados e boa qualidade de vida em longo prazo. REFERÊNCIAS: 1. ANGELBERGER, S, et al, Public awareness of Crohn's disease and ulcerative colitis: A national survey. Journal of Crohn's and Colitis, vol.3, no.3, págs.157 – 161, 2009; 2. SANDS, B., GRABERT, S., Epidemiology of inflammatory bowel disease and overview of pathogenesis. Medicine & Health, vol.92, no.3, págs.73 – 77, 2009; 3. BAERT, F., et al, Mucosal healing predicts sustained clinical remission in patients with early-stage crohn's disease. Gastroenterology, vol. 138, págs.463 – 468, 2010; 4. SPIEGEL, B.M.R., et al, Controversies in Ulcerative Colitis: A Survey Comparing Decision Making of Experts Versus Community Gastroenterologists. Clinical Gastroenterology and Hepatology, vol.7, págs. 168 – 174, 2009; 5. PICCO, M.F., CANGEMI, J.R., Inflammatory Bowel Disease in the Elderly. Gastroenterol Clin N Am, vol.38, págs. 447 – 462, 2009.

#### EP112 - TRATAMENTO COLONOSCÓPICO DE CORPO ESTRANHO

MARCHIORI JR, M.A.<sup>1</sup>; CHRISTIANO, A.B.<sup>2</sup>; TERCIONI JR, V.<sup>3</sup>; DIAS, E.E.P.<sup>4</sup>; CARVALHO, R.J.<sup>5</sup>

1,2,3.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS E CLÍNICA MAURO MARCHIORI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4,5.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Tratamento endoscópico de corpo estranho em cólon sigmóide com microperfuração em 3 pacientes com clínica e diagnóstico de diverticulite de sigmóide, evidenciado por tomografia computadorizada abdominal sem necessidade de tratamento cirúrgico.

#### EP113 - TRATAMENTO COMBINADO DE MEGAESÔFAGO E MEGACÓLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO

BERALDO, F.B.; MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; YAMAGUCHI, F.Y.; MATHEUS, C.O.; YAMAGUCHI, N.; FASOLIN, H.P.; BASSANEZE, T.  
SERVIÇO DE GASTROCIROURGIA E COLOPROCTOLOGIA HSPE-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A necessidade de tratamento cirúrgico combinado do megaesôfago e megacólon é infrequente, pois geralmente há predomínio de sintomatologia de uma das formas. A apresentação esofágica requer na maioria das vezes tratamento prioritário. OBJETIVO: Os autores apresentam caso de paciente, portadora de megaesôfago, megacólon e cardiopatia chagásica tratada no Serviço de Gastrocirurgia e Coloproctologia do HSPE-SP. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso com levantamento de dados do prontuário. RELATO DO CASO: J. A. O. de 67 anos, sexo feminino, branca, natural de Carneirinhos/MG. Portadora de Doença de Chagas diagnosticada há 16 anos. Apresentava queixa de constipação intestinal crônica com piora progressiva, com uma evacuação semanal, dependente de laxativos. Tem antecedente de sigmoidectomia (outro serviço) por vôlvo de sigmóide há 10 anos.

Relata também disfagia progressiva para sólidos e líquidos, associada a perda ponderal no período de 2 anos, evoluindo com desnutrição grave (IMC=15). Durante investigação identificado bloqueio de ramo direito em ECG, assintomática e ecocardiograma dentro da normalidade. EDA: esôfago de calibre acentuadamente aumentado, trajeto tortuoso, estômago sem alterações. EED: esôfago dilatado com 8 cm de diâmetro e afilamento distal. COLONOSCOPIA: dilatação acentuada de sigmóide e cólon descendente. ENEMA OPACO: sinais de dilatação flácida e apagamento de haustrações de sigmóide e cólon descendente. MANOMETRIA ESOFÁGICA: aperistalse de corpo esofágico, pressão de esfíncter esofágico inferior não aferida devido a intensa dilatação. Realizada retossigmoidectomia e colectomia de cólon descendente com anastomose colorretal em parede posterior de reto com grampeador circular nº33, associada a cardiomiectomia à Heller com válvula anterior a Dor. Paciente evoluiu bem em pós-operatório com alta no 6º PO. Em acompanhamento precoce encontra-se assintomática. CONCLUSÃO: O tratamento combinado é conduta de exceção, sendo necessário em paciente com sintomatologia exuberante da forma esofágica e colônica.

#### **EP114 - TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN ANORRETOPERINEAL – RELATO DE CINCO CASOS**

LOBO, C.C.G.; DA CONCEIÇÃO, R.M.F.; DE LIMA JUNIOR, S.F.; DA SILVA, M.O.; TRINDADE, A.C.S.; PASTANA, C.D.; RODRIGUES, A.C.N.; BARBALHO, C.L.R.; GUIMARÃES, A.P.R. *FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, BELÉM, PA, BRASIL.*

Resumo: O comprometimento da região anorretoperineal na doença de Crohn tem profundo impacto na qualidade de vida dos pacientes. Seu tratamento visa à completa cicatrização de trajetos fistulosos e fissuras, redução, ou preferencialmente, completa parada de drenagem de secreção purulenta, e a diminuição da indicação de cirurgias extensas que comprometam a continência dos esfíncteres anais e/ou incorram em necessidade de derivações do trânsito intestinal, transitórias ou permanentes. Com esta finalidade, é bem conhecido o uso associado da terapêutica clínica com antibióticos, imunossuppressores e mais recentemente, medicação biológica à qual tem sido atribuída a capacidade de alterar a história natural da doença de Crohn. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de cinco pacientes em tratamento de Crohn perianal no ambulatório de Coloproctologia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Os pacientes apresentavam de 23 a 48 anos de idade ao darem início ao seu tratamento nesta unidade, dois eram do sexo masculino e três do sexo feminino. Apenas um foi diagnosticado neste hospital, sendo que os outros quatro foram encaminhados pela disponibilidade de terapêutica biológica no serviço. Quatro pacientes apresentam doença fistulizante perianal ou reto-vaginal e uma das pacientes fissura anal de difícil tratamento. Todos os pacientes com fístulas foram submetidos a exame sob sedação, um deles associado à fistulectomia e retalho mucoso e dois à aposição de sedenho. A única paciente que não foi submetida a exame sob sedação durante o acompanhamento nesta unidade, já o havia sido previamente em outro hospital e na ocasião do encaminhamento não apresentava doença perianal ativa. Em todos os casos foi indicado, em associação o tratamento com biológicos, a saber, adalimumabe, sendo que em um dos casos o mesmo ainda não foi iniciado pois aguarda liberação da medicação. Este mesmo paciente havia utilizado previamente infliximabe. No momento, dois pacientes encontram-se com todos os trajetos cicatrizados. Uma refere drenagem de secreção purulenta perianal em pequena quantidade e parada da drenagem de fezes pela vagina. Uma paciente apresenta-se assintomática com fissura

cicatrizada, mas com doença ativa no íleo e elevação da calprotectina. O paciente que aguarda início do adalimumabe apresenta drenagem através de múltiplos orifícios fistulosos, além de doença ativa no cólon. Apesar do grande ganho com a introdução dos biológicos no tratamento das doenças inflamatórias intestinais, sem dúvida o tratamento da doença de Crohn com comprometimento perianal ainda é um grande desafio.

#### **EP115 - TRATAMENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS PERI-ANAI E DO CANAL ANAL COM ARGON PLASMA (AP): UMA NOVA INDICAÇÃO PARA O USO DE AP**

SARMENTO, J.A.; ALBUQUERQUE, A.; RODRIGUES, S.; MARQUES, M.; FERREIRA, F.; BARROS, L.; LISBOA, C.; MACEDO, G.

*HOSPITAL DE S. JOÃO, PORTO, PORTUGAL.*

Resumo: O TRATAMENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS (CA) ANAIS E PERI-ANAI É LIMITADO PELA DÔR ASSOOCIADA À MAIORIA DOS MÉTODOS USADOS, PELA ELEVADA RECORRÊNCIA DAS LESÕES PELA SUA LOCALIZAÇÃO, SENDO ESPECIALMENTE DIFÍCIEIS OS LOCALIZADOS NO CANAL ANAL. TODAS AS MODALIDADES DE TRATAMENTO NÃO CIRURGICO SÃO DE DIFÍCIL APLICAÇÃO ANAL. APESAR DE ALGUMAS RECIDIVAS PRONTAMENTE RETRATADAS, O USO DE AP NOS CA PERI-ANAI E PARTICULARMENTE NOS DO CANAL ANAL, É UMA ALTERNATIVA VÁLIDA DADA A SUA EFICÁCIA, SEGURANÇA E FALCIDADE DE APLICAÇÃO, PARECENDO SER MELHOR TOLERADA QUE OUTRAS TERAPÊUTICAS.

#### **EP116 - TRATAMENTO DO CÂNCER DO RETO NA ERA DA NEOADJUVANCIA E DOS NOVOS MÉTODOS DE IMAGEM.RELATO DE CASO**

OLIVEIRA, L.C.C.

*CCP DRA.LUCIA DE OLIVEIRA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino com tumor de reto precoce tratada através de radio e quimioterapia e submetida a avaliação local e sistêmica através de métodos de imagem e endoscópicos, com resposta clínica favorável. A paciente foi submetida a ressonância magnética pélvica, tomografia abdominal e do tórax, ultrassonografia endorectal pré e pós tratamento, colonoscopia com magnificação e FICE e ressecção endoscópica transanal de cicatriz pós-radioterapia.

#### **EP117 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO: ESTUDO DE UMA SÉRIE DE CASOS**

BARBOSA, C.O.<sup>1</sup>; ARAÚJO, J.G.F.<sup>2</sup>; LUITGARDS, B.F.<sup>3</sup>; ALMEIDA, R.M.<sup>4</sup>; DURAES, L.C.<sup>5</sup>; FILHO, J.G.<sup>6</sup>; DOS SANTOS, A.C.N.<sup>7</sup>; SOUSA, J.B.<sup>8</sup>; OLIVEIRA, P.G.<sup>9</sup>

*1,2,3,4,5,6,8,9.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 7.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: O megacólon é uma das complicações crônicas da doença de Chagas, uma condição endêmica na América Latina. É causado por danos ao sistema nervoso do reto, levando à constipação crônica. A correção cirúrgica é recomendada em casos complicados por fecaloma, volvo ou intratabilidade clínica. Não existem muitos estudos sobre o papel da laparoscopia no tratamento dessa doença, mas parece ser um procedimento seguro e com bons resultados. Este estudo tem, portanto, o objetivo de avaliar os resultados da

laparoscopia no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. Material e métodos: Foram analisados todos os pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica para tratamento do megacólon chagásico no Hospital Universitário de Brasília entre os anos de 2005 e 2010. Todos os pacientes foram submetidos a manometria anorretal pré-operatória e naqueles com função esfíncteriana normal, o procedimento escolhido foi a operação de Duhamel modificada, enquanto a retossigmoidectomia foi realizada nos pacientes com função esfíncteriana alterada. Todos os pacientes foram instruídos a manter acompanhamento ambulatorial anual após a convalescença cirúrgica. Resultados: Dos 16 pacientes estudados, 14 foram submetidos à operação de Duhamel modificada e 2, à retossigmoidectomia. Nove pacientes (56%) eram do gênero feminino e a mediana de idade foi de 52,5 anos. A mediana do tempo de duração do procedimento foi de 270 minutos e houve uma conversão (6%), devido dificuldades técnicas. Não houve mortalidade. A mediana do dia de alta hospitalar foi o quarto dia e as medianas do tempo de primeira eliminação de flatus, início da deambulação e da alimentação foram menores do que 24 horas. O tempo médio de acompanhamento foi de 19 meses e não houve recorrência da constipação. Um paciente desenvolveu incontinência fecal e outro, estenose da anastomose. Um paciente que também apresentava prociência retal e foi submetido a retossigmoidectomia, apresentou recorrência da prociência. Conclusões: Os resultados da laparoscopia no tratamento do megacólon chagásico no nosso serviço são similares aos da literatura e mostram mortalidade nula e sem recorrência da constipação, com poucas complicações e apenas uma conversão.

#### **EP118 - TRICOBEOZAR GÁSTRICO SIMULANDO FECALOMA**

BRASIL, A.M.S.; GOMIDE, R.P.; PENHAVAL, F.A.S.; ALMEIDA, A.C.; LOUSA, L.R.; REBOUÇAS JÚNIOR, F.A.; LEITE, P.C.A.; BARROS, M.M.L.

*UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O bezoar é definido como impação de material não digerível no interior do trato digestivo, formando concreções, originada a partir da ingestão de fibras vegetais, cabelos, e outros produtos não-absorvíveis. O termo tricobezoar representa uma concreção de cabelos. Entre os bezoares, o mais comum é o fitobezoar, exceto na infância, período em que o tricobezoar é mais comum. Os tricobezoes são mais raros e mais frequentes em mulheres, preferencialmente na segunda década de vida. Objetivo: Relatar um caso de tricobezoar gástrico simulando fecaloma. Relato do caso: Paciente de 15 anos, sexo feminino, branca, procedente de Goiânia-GO. Atendida em Hospital de Urgências de Goiânia com quadro de dor abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Na ocasião evidenciava-se volumosa massa abdominal que se estendia desde epigástrico até fossa ilíaca esquerda e hipogástrico. Realizado tomografia de abdome que evidenciava imagem com aspecto heterogêneo semelhante a “miolo de pão” sugerindo fecaloma volumoso. Formulado hipótese de doença de Hirschsprung. Paciente encaminhada para investigação diagnóstica no Hospital das Clínicas da UFG, sendo admitida aos cuidados da Coloproctologia. Na ocasião, a paciente queixava de desconforto abdominal, associado a poucos episódios de vômitos. Relatava evacuação com uso de irrigação retal contínua com soro fisiológico. O hábito intestinal, previamente, era normal. Ao exame físico encontrava-se desnutrida (IMC = 19), com abaulamento em região de epigástrico e mesogástrico visto à inspeção, com massa palpável de superfície lisa, móvel, indolor e estendendo-se desde o epigástrico até a fossa ilíaca esquerda e hipogástrico. Sinal de

Gersuny presente. Exame proctológico sem alterações. Sorologia para doença de Chagas negativa. Radiografia Simples de abdome com imagem de “miolo de pão” se estendendo desde epigástrico até pelve. Realizado manometria anorretal com o reflexo inibitório retoanal presente. Enema opaco com contraste hidrossolúvel: cólon e reto normais e visualização de imagem heterogênea com aspecto de “miolo de pão” ocupando região central do abdome. Feito hipótese de tricobezoar gástrico e ao ser questionada, a paciente revelou que ingeria os próprios cabelos até 3 anos atrás. Realizou endoscopia digestiva alta com o diagnóstico de tricobezoar gástrico de grande volume associado a megagastria. Submetida à gastrotomia com retirada de tricobezoar gástrico. Foi encaminhada para acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Discussão: A paciente apresentou um caso raro de tricobezoar gástrico, que devido ao grande volume, simulou fecaloma alto, com sub-oclusão intestinal. A epidemiologia e os hábitos de vida foram típicos de tricobezoar, o qual foi prontamente tratado cirurgicamente após o diagnóstico endoscópico. Conclusão: Apresentou-se um caso raro de tricobezoar gástrico, de apresentação atípica, simulando fecaloma alto.

#### **EP119 - TROMBOSE DA VEIA PORTA ASSOCIADA A RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO**

DE ASSIS, M.M.; MOREIRA, A.L.; FIALHO, L.O.; DOS SANTOS, J.A.; AGUERO, H.J.V.; PAULO, F.L.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Trombose vascular é uma rara, mas bem reconhecida complicação em pacientes com doença inflamatória intestinal. Pacientes com Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa parecem ter risco três vezes maior de evento tromboembólico venoso que a população geral. Por causa da natureza inespecífica dos sintomas, a trombose do sistema porta permanece uma condição raramente reconhecida, geralmente com diagnóstico incidental. Tem sido observada a presença de trombo na veia porta após proctocolectomia com bolsa íleo-anal, demonstrando o papel de uma cirurgia de grande porte como fator de risco importante. Material e Métodos: Análise de prontuário e revisão da literatura. Resultados: Paciente feminina, 43 anos com Retocolite Ulcerativa há 14 anos, foi submetida a colectomia total e ileostomia terminal por doença refratária ao tratamento clínico. Em um segundo tempo, após 6 meses, realizou procedimento para confecção de bolsa íleo-anal com ileostomia de proteção. No décimo quarto dia de pós-operatório foi diagnosticado presença de trombo na Veia Porta em Tomografia abdominal realizada para investigação de febre e taquicardia. Foi iniciada anticoagulação plena com heparina e cumarínico com boa resposta clínica. Conclusões: A incidência de trombose de veia porta pode ser uma seria complicação pós-operatória em paciente com Retocolite Ulcerativa que geralmente responde a anticoagulação. O uso alargado de exames de imagem tem permitido o diagnóstico precoce. Reconhecimento precoce das complicações trombóticas pode acelerar o tratamento e prevenir as seqüências. A mais seria complicação da trombose de veia porta é a hipertensão portal a qual é associada alta morbidade e mortalidade. Considerações sobre terapia em longo prazo, como a duração da anticoagulação com varfarina é controversa devido ao risco potencial de sangramento intestinal em pacientes com doença inflamatória intestinal.

#### **EP120 - TUBERCULOSE INTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA: RELATO DE CASO**

SILVA, R.G.; BUZATTI, K.C.L.R.; BARROS, H.G.; COSTA, E.L.O.; BECHARA, C.S.; ANDRÉ, A.C.P.; PROFETA DA LUZ, M.M.; GOMES, C.G.O.; FERRARI, M.L.A.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A tuberculose intestinal (TI) é doença rara e de apresentação clínica inespecífica. A incidência da TI tem aumentado nos últimos anos, em especial devido à infecção pelo HIV. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso incomum de TI em uma paciente HIV positivo, manifestando-se com enterorragia maciça e com necessidade de cirurgia de urgência. Relato do caso: S.R.S., feminino, 43 anos, natural e procedente de Belo Horizonte, previamente hígida, internada no Hospital das Clínicas da UFMG com quadro de dor abdominal, diarreia e emagrecimento com 30 dias de evolução. Inicialmente, intercorreu com choque séptico de provável foco abdominal, com boa resposta à antibioticoterapia e suporte intensivo. Durante o tratamento da infecção, iniciou quadro súbito de hemorragia digestiva baixa e instabilidade hemodinâmica, com indicação de cirurgia de urgência. No peroperatório, identificou-se uma lesão com aspecto tumoral, com coágulos aderidos, na topografia do íleo terminal, linfonodomegalia mesentérica difusa e inúmeros nódulos esplênicos, sendo submetida à ileocectomia direita. O exame histopatológico da peça cirúrgica e dos linfonodos confirmou TI disseminada. No pós-operatório imediato, apresentou febre alta, candidíase oral, convulsões, rebaixamento do sensório e défices neurológicos focais. O teste rápido para HIV foi positivo, confirmado pelo ELISA e Western Blot. A TC de crânio mostrou lesão em núcleos da base à direita, com efeito de massa e com realce anelar pelo contraste. A paciente iniciou tratamento para tuberculose e neurotoxoplasmose, com boa resposta clínico-neurológica. Conclusão: A TI deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva baixa, sobretudo no paciente HIV positivo. Por ter manifestação inespecífica, e pelas dificuldades de confirmação histopatológica e microbiológica, representa um desafio diagnóstico. O tratamento cirúrgico é importante identificação e no tratamento das complicações da tuberculose com acometimento intestinal.

**EP121 - TUMOR CARCINÓIDE DE RETO - RELATO DE CASO.**  
DO CARMO, G.A.A.; TORRES, E.R.; DA SILVA, A.A.W.; FATURETO, M.C.; PELEGRINELLI, L.R.; SANSON, F.  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os tumores carcinóides são neoplasias do sistema neuroendócrino derivadas das glândulas de Lieberkühn que acometem o trato gastrointestinal, mais comumente o apêndice cecal. A apresentação retal é pouco frequente. O tratamento depende, fundamentalmente, das suas dimensões, da presença de metástases e da profundidade da invasão parietal. Objetivos: Relatar o caso de uma paciente de 73 anos com lesão polipóide em reto, cuja imunohistoquímica confirmou diagnóstico de carcinóide de reto. Relato de caso: I.V.A, 73 anos, sexo feminino, branca, natural de Prata (MG), procedente de Uberaba (MG). Procurou atendimento especializado com história de constipação intestinal de 6 anos de evolução e com piora progressiva. Foi solicitada colonoscopia que evidenciou sete lesões polipóides em reto e sigmóide, sendo realizada, no mesmo ato, as polipectomias. Seis lesões tiveram, como laudo anátomo patológico, pólipos hiperplásicos. Uma lesão, localizada em parede posterior de reto baixo, teve diagnóstico compatível com carcinóide, que foi confirmado com exame de imuno histoquímica. Uma nova colonoscopia foi realizada após o diagnóstico que

evidenciou recidiva de tumor carcinóide em reto baixo que foi ressecado em bloco cirúrgico com acesso trans-sacral (kraske). Estadiamento clínico com tomografia computadorizada de abdome e pelve e radiografia de tórax (dentro da normalidade). Conclusão: O tumor carcinóide representa 1,3% de todos os tumores retais. A localização retal do tumor carcinóide é a terceira mais comum no trato gastrointestinal. Em aproximadamente 50% dos casos o diagnóstico é um achado do exame proctológico. A síndrome carcinóide é rara em se tratando de tumores retais. O tratamento é baseado no tamanho da lesão, na presença de invasão da muscular própria ou de doença disseminada. Para lesões com menos de 1 cm, a excisão é o tratamento mais adequado, já que a polipectomia endoscópica apresenta uma alta frequência de recidiva. Naqueles maiores que 2 cm, as ressecções retais estão indicadas e as lesões entre 1 e 2 cm devem ser tratadas de acordo com a presença ou não de invasão da muscular própria.

**EP122 - TUMOR CARCINÓIDE E FIBROGÊNESE**  
FONSECA ALVES FILHO, E.; MENDES, C.R.S.; OLIVEIRA COSTA, P.F.; MENDONÇA, R.S.

*HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

RESUMO: Tumores carcinóides são pouco frequentes, podem surgir em todo o trato gastrointestinal e respiratório, podem ser únicos ou múltiplos. O prognóstico depende do tamanho e da localização do tumor. Podem ocorrer sintomas relacionados à síndrome carcinóide, decorrente da produção de substâncias ativas, em especial serotonina. Um aspecto comumente ignorado associado a estes tumores é a estimulação da fibrogênese. Relatamos um caso de tumor carcinóide de íleo, tratado por vídeo-laparoscopia, associado à infiltração fibroadiposa.

**EP123 - TUMOR CARCINÓIDE RETAL – RELATO DE CASO**  
DAL PONTE, M.A.; SOARES DE MORAES FILHO, A.C.; GALEAZZI, C.J.; MARTINS DE LIMA, R.G.; ESTOFOLETE, C.F.; SIMONI, A.L.; BEZERRA NUNES, W.F.; NETINHO, J.G.  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O termo Carcinóide foi introduzido na literatura por Oberndorfer, em 1907, ao descrever um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma, porém de evolução atípica, geralmente benigna. A incidência dessa neoplasia no reto é de cerca de 0,04% dos exames proctológicos, representando 1 a 2% de todos os tumores retais. Objetivo: relatar um caso de Carcinóide de reto e realizar revisão do tema. Relato de caso: L.P, 62 anos, feminino, há 6 meses com dor abdominal difusa, em cólica, em fossa ilíaca esquerda, com piora há 1 semana, associada a proctalgia, sem relação com evacuação. Relatava episódios de hematoquezia discreta ocasional. Submetida à Retossigmoidoscopia rígida que evidenciou pólipó sésil, amarelado, 1cm de diâmetro, à 7 cm da BA, realizado biópsia, cujo histo-patológico e imuno histoquímico confirmou tumor carcinóide de reto. Discussão: Até o início da década de 1980, o apêndice cecal era a localização preferencial dos tumores carcinóides, seguindo-se do reto, íleo, pulmão, brônquios, cólon e estômago. São mais frequentes entre a quinta e sexta décadas de vida não havendo predominância entre os sexos. Metástases ocorrem em cerca de 3% dos tumores menores que 1 cm, 11% naqueles entre 1 e 2cm, e 74 % nos maiores que 2 cm. Dessa forma, o tratamento deve levar em consideração o tamanho da lesão e a disseminação tumoral. Conclusão: Tamanho do tumor e acometimento linfonodal são importante preditores de malignidade. No caso relatado a paciente encontra-se em estadiamento e estudo de programação terapêutica.

#### **EP124 - TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES NO CECO**

FERREIRA, M.G.L.A.<sup>1</sup>; SARTOR, M.C.<sup>2</sup>; PERINE, G.H.<sup>3</sup>; ALVES, B.R.B.L.<sup>4</sup>; KOOL, R.<sup>5</sup>; FONTANA, T.H.F.<sup>6</sup>; BALDIN JUNIOR, A.<sup>7</sup>; BONARDI, R.A.<sup>8</sup>

1,2,3,4,5,7,8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL;  
6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O tumor de células granulares (TCG) foi descrito por Abrikossoff em 1926, sendo denominado mioblastoma de células granulares por sua similaridade às fibras musculares na microscopia óptica. O TCG se desenvolve a partir das células de Schwann. Pode surgir em qualquer órgão, no entanto é mais comum na cabeça e pescoço, especialmente na língua, mucosa oral e palato. O esôfago é o segmento mais afetado do trato gastrointestinal, sendo muito raro em outros segmentos. Apresenta-se geralmente como nódulo submucoso, elástico, benigno, de coloração rosa-parda, com diâmetro menor que 2 cm. Quando está disponível, a ecoendoscopia mostra lesão iso ou hipocogênica, na camada submucosa. A confirmação diagnóstica é feita por biópsia ou ressecção da lesão. Comumente apresenta a expressão da proteína S-100 à imunistoquímica. O seguimento pode ser feito com controle endoscópico periódico, pode ser ressecado por meio de endoscopia ou, nas lesões maiores, com dúvida diagnóstica, submetido a ressecção cirúrgica. Se for observado aumento de volume ou quando for maior que quatro centímetros, deve-se considerar a possibilidade de lesão maligna. OBJETIVO: Relatar o caso de paciente com tumor de células granulares no ceco. RELATO DE CASO: O.S., masculino, 53 anos, aposentado por deficiência mental, natural e procedente de Curitiba-PR, procurou o ambulatório de coloproctologia do HC-UFPR com queixa de hematoquezia, não relacionada às evacuações, em moderada quantidade, durante três dias, há três meses, sem outros sintomas. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva. Sem alterações no exame físico. Na colonoscopia evidenciou-se lesão elevada na submucosa do fundo cecal, com cerca de 5 mm de diâmetro, móvel, endurecida e rosa-amarelada, que foi ressecada com alça diatérmica, suspeitando-se de tumor carcinóide. O exame anatomopatológico descreve nódulo bem delimitado com células arranjadas em trabéculas. As células têm citoplasma granular fino, núcleos pequenos, clivados, com focos de calcificação. A imunistoquímica foi reagente para proteína S-100. O diagnóstico macroscópico, microscópico e imunistoquímico foi compatível com tumor de células granulares. Houve boa evolução clínica e a colonoscopia de controle foi normal. CONCLUSÃO: Apesar de raro, o TCG deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões encontradas na colonoscopia, especialmente tumor carcinóide, lipoma submucoso e GIST.

#### **EP125 - TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DA PELVE- RELATO DE CASO**

CARDOSO, A.E.; VIDAL, T.Q.C.E.S.; ARAUJO, N.A.L.; AGUIAR, M.S.; SOUZA, E.L.Q.; AZARO FILHO, E.M.; MANO, A.L.; CODES, L.M.G

HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é uma neoplasia rara, de comportamento agressivo apesar da sua natureza benigna. Mais comum em crianças e adolescentes, sendo o pulmão a localização mais frequente. Pode ocorrer também em outros locais como órbita, mesentério, omento, no trato gastro intestinal e urinário. Sua sintomatologia depende da localização e na maioria das vezes é inespecífica. O manejo desses tumores é a ressecção cirúrgica, já que sua resposta a quimioterápicos é muito ruim. Relato de caso:

IQS, 21 anos, F, natural e procedente de Eunápoles –Ba, com queixa de dor pélvica, incapacitante, tipo cólica à direita, há 1 ano e meio com piora no período menstrual. Ritmo intestinal regular. Fez uso de ACO por 6 meses devido a suspeita de endometriose, sem melhora. Ao exame: Emagrecida. Abd: Flácido, doloroso a palpação profunda em FID com abaulamento local. TR:Abaulamento endurecido em região antero-lateral-direita a 7cm da borda anal. Exames Complementares: USG transvaginal: Cisto ovariano direito endometrióide 40x38x45 mm, RNM Pelve: Massa pélvica PLD em situação extraperitoneal lateral ao reto e PL ao colo uterino medindo 6.2x4.5x4.3 cm. Insinua-se no espaço pré sacral LD. Comprime a fásia mesorretal e contacta os músculos periforme e obturador interno direito, Colonoscopia: Normal. Optado por laparotomia exploradora para retirada da lesão. Ao inventário da cavidade não foi evidenciado sinais de Endometriose e sim massa de 4,5x3,5x3,0 cm bastante aderida a musculatura obturadora à direita que foi enucleada. Achados histopatológicos e imuno-Histoquímico confirmaram tumor miofibroblástico inflamatório. Discussão e conclusão: TMI é uma lesão rara, sendo este o segundo caso na pelve extraperitoneal. Histopatologicamente caracterizado pela proliferação de miofibroblastos e células inflamatórias. Sua etiologia pode estar associada a um processo inflamatório ou imunológico causado por agentes infecciosos, história de trauma ou até mesmo uso de esteróides. No caso da paciente nenhum desses fatores foram associados. A maioria dos tumores manifestam-se com dor abdominal, massa palpável e perda de peso, no nosso caso a manifestação foi dor pélvica. O diagnóstico é histopatológicos e imuno-histoquímico. O exame de imagem é inespecífico revelando apenas uma massa sólida bem definida, sendo útil no planejamento cirúrgico. A ressecção cirúrgica completa é o padrão-ouro e a mesma foi realizada com a enucleação da lesão diminuindo o risco de recorrência, mas quando o tumor está aderido a estruturas vitais pode-se tentar ressecção parcial.

#### **EP126 - TUMOR NEUROENDÓCRINO EM RETO: RELATO DE CASO**

SOUSA, A.V.; KLUG, W.A.; FANG, C.B.; RUGERRO, A.G.; FERNANDES, M.S.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Os tumores neuroendócrinos não possuem apresentação comum no reto. Neste relato de caso temos um paciente de 79 anos, do sexo masculino que após polipectomia de lesão polipóide em reto a 5 cm da borda anal durante colonoscopia, com anatomopatológico de tumor neuroendócrino, decidimos por acompanhá-lo sem cirurgia.

#### **EP127 - TUMOR RETRO-RETAL**

OLIVEIRA COSTA, P.F.; FONSECA ALVES FILHO, E.; MENDES, C.R.S.; MOREIRA DE CARVALHO, A.C.; CARVALHO PEREIRA DA SILVA, C.; SERRA, J.A.; GONÇALVES CARNEIRO, I.; MENDONÇA, R.S.

HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: RELATO DE CASO DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - SALVADOR – BAHIA. Introdução: Tumores retro-retais são localizados no espaço retro-retal, são raros e têm variadas origens histológicas, podendo causar compressão extrínseca do reto e canal anal. São mais comumente encontrados em mulheres, podendo também ocorrer em crianças. O objetivo deste relato de caso é revisar a literatura. Materiais e Métodos: Paciente do serviço de coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos que foi submetida a tratamento de tumor retrolateral pela técnica de Parks. Descrição do

Caso. Paciente CPG, feminina, 36 anos, negra, deu entrada no ambulatório de Coloproctologia do HGRS com queixa de abaulamento em região glútea e dor local há 06 meses com aumento do volume durante o período menstrual. Negava alteração do hábito intestinal. Realizou RNM de assoalho pélvico que mostrava tumoração retro-retal que se insinuava para região glútea esquerda e havia plano de clivagem com reto. Submetida à abordagem perineal (incisão de Parks) no dia 16/09/2010 sendo realizada exérese da lesão sem intercorrências. Anátomo-Patológico demonstrou leiomioma. Paciente encontra-se assintomática após 06 meses da cirurgia. Discussão: Os tumores retro-retais são patologias raras e sua incidência é discutível por se tratar de patologia com poucas descrições na literatura. Normalmente são assintomáticas, até que causem sintomas proctológicos (compressão). Toque retal consegue diagnosticar a lesão quando este comprime o reto ou canal anal. Exames de imagem com TC ou RNM têm importância significativa tanto para avaliar plano de clivagem como para diagnosticar lesões assintomáticas. A origem embriológica das lesões podem ser congênita ou de desenvolvimento (cisto dermóide, teratoma, cordoma etc); neurogênica (neurofibroma, neurofibrossarcoma, neuroblastoma etc); ósseas (osteoma, osteocondroma, sarcoma osteogênico etc); miscelâneas (leiomioma, lipoma, lipossarcoma etc). O tratamento destas lesões é cirúrgico, podendo sua abordagem ser abdominal, pélvica ou associada. A abordagem pélvica pode ser pela incisão de Kraskie(quando houver invasão do sacro até a ponta do cóccix) e Parks. Abordagem abdominal para lesões altas, características malignas e aderidas à órgãos adjacentes. A amputação abdomino-perineal pode ser realizada para lesões volumosas e com muitas aderências à órgãos pélvicos. Conclusão: Os tumores retro-retais são patologias raras e que ao serem diagnosticadas devem ser submetidas à cirurgia. Referência Bibliográfica: Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, Fleshman JW, Kodner IJ, Mutch DG et al . Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:1581-1587. Satyadas T, Davies M, Nasir N, Halligan S, Akle CA. Tailgut cyst associated with a pilonidal sinus: an unusual case and review. *Colorect Dis*.2002; 4(3):201-204. Habr-Gama A, Vieira MJF, Marchan LA, Rodriguez JA, Sousa Jr AHS, Jatobá PP et al . Tumores retro-retais no adulto.Descrição de cinco casos. *Rev Bras Coloproct*. 1986; 6(1):28-36. Sobrado CW, Mester M, Simonses OS, Justo CR, Abreu JN, Habr-Gama A. Retrorectal tumors complicating pregnancy. Report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:1176-9. Piura B, Rabinovich A, Sinelnikov I, Delgado B. Tailgut cyst initially misdiagnosed as ovarian tumor. *Arch Gynecol Obstet*. 2005; 272(4): 301-303.

#### **EP128 - ULTRASSOM ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL NA AVALIAÇÃO DE TUMORES RETORRETAIS – SÉRIE DE CASOS**

ALMEIDA, R.M.<sup>1</sup>; PINTO, V.C.<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
2. UNIPROCTO - UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA E FISILOGIA ANORRETAL DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Os tumores retrorretais, aqueles localizados entre o mesorreto e o sacro, formam um grupo misto e relativamente incomum. Sua incidência é rara e incerta. As etiologias mais comuns são congênitas (2/3 dos casos), neurogênicas, ósseas e miscelâneas. As lesões císticas congênitas incluem cistos dermóides e epidermóides, tailgut cysts (também chamados cistos hamartomatosos, cistos de duplicação ou cistos mucossecretores), cistos enterogênicos, teratomas e teratocarcinomas. Devido aos seus sintomas, ao risco de infecção e

malignidade, tais cistos devem ser avaliados e ressecados. A avaliação pré-operatória é feita com ressonância magnética e tomografia computadorizada da pelve, e mais recentemente com o ultrassom endorretal tridimensional (USER 3D), onde além da localização e do dimensionamento da lesão, se faz necessário a investigação de sua relação com a parede retal. OBJETIVO: Relatar a avaliação de quatro pacientes consecutivas com tumores císticos retrorretais avaliados por USER 3D e sua importância em determinar a relação entre tais lesões e a parede retal. MÉTODO: Quatro pacientes do gênero feminino com mediana de idade de anos foram submetidas ao USER 3D com a indicação de avaliação de tumores císticos retrorretais percebidos ao exame físico ou como achados ocasionais em exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética pélvica (RMP). Caso 1: 41 anos, sensação de peso no reto e dispareunia, tumor cístico localizado na transição anorretal, à margem do complexo esfinteriano sem comprometê-lo com di. Operada - Tailgut cyst. Caso 2: 41 anos, achado em RMP, assintomática, tumor cístico retrorretal com diâmetro de 52x32x32 mm a 9 mm do m. puborretal. Após orientada, a paciente optou por não operar. Caso 3: 55 anos, achado em RMP, assintomática, tumor cístico retrorretal com diâmetro de 17x10x19 mm a 21 mm do puborretal. Operada - Tailgut cyst. Caso 4: 45 anos, achado em RMP, tenesmo, sensação de pressão no reto e dispareunia. Tumor septado, com predomínio de componente cístico, que vai da reflexão peritoneal até a fossa isquirretal, rechaçando o reto, com diâmetro de 82x39x58 mm, a altura do puborretal do puborretal. Paciente em pré-operatório. CONCLUSÃO: O USER 3D representa ferramenta útil na avaliação de tumores retrorretais, pois permite a sua mensuração, localização precisa e suas relações com o complexo esfinteriano e com a parede retal, informações estas que são de suma importância para a programação operatória.

#### **EP129 - USO DA AZATIOPRINA EM PACIENTES COM DII EM SALVADOR-BA: INDICAÇÕES E RESULTADOS**

MENDES, C.R.S.<sup>1</sup>; LIMA, C.A.<sup>2</sup>; DE ALMEIDA, N.P.<sup>3</sup>; MENDONÇA, R.S.<sup>4</sup>; SANTANA, G.O.<sup>5</sup>

1.HOSPITAL GERAL ROBERTO SANNTOS, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4,5.HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Descrever frequência, indicações e resultados do uso de azatioprina em pacientes com DII em um centro de referência. Materiais e métodos: Descrever frequência, indicações e resultados do uso de azatioprina em pacientes com DII em um centro de referência. Resultados: Foram analisados 106 pacientes, sendo 47.2% com Doença de Crohn, 49.1% Retocolite Ulcerativa e 3.8% Colite indeterminada. A média de idade foi de 42.27 ± 13.69 anos. 57 pacientes eram do sexo feminino. 56.6 % se declararam pardos, 25.5% negros e 9.4% brancos. 61 (57.5%) pacientes estavam ou fizeram uso de azatioprina. Destes, 65.6% tinham diagnóstico de DC, 32.8% RCUI e apenas 1.6% CI. No grupo de outras medicações, 32(71.1%) tinham RCUI, 10 (22.1%) DC e 03 (6.7%) CI. As principais indicações para o uso de azatioprina foram corticodependência (23 / 37.7%) e DC penetrante (19/31.1%). 22 (36.1%) pacientes em uso de azatioprina tiveram internação hospitalar no último ano e no grupo de outras medicações apenas 03 pacientes (6.7%) com p <0.01. Pacientes em uso de azatioprina necessitaram de mais intervenções cirúrgicas (p< 0.01). A maioria dos pacientes (48/78.7%) em uso de azatioprina não apresentaram efeitos colaterais, sendo estes identificados em 13 pacientes (21.31%): leucopenia (9), cefaléia (1), artralgia (1), epigastralgia (1), pancreatite (1). O tempo médio de tratamento com azatioprina nos pacientes



com efeitos colaterais foi de  $30.25 \pm 21.98$  meses e naqueles sem efeitos adversos foi  $24.77 \pm 19.58$  meses. 92.5% dos pacientes com DC e todos com RCUI, em uso de Azatioprina, estavam em remissão clínica. Assim como todos com DC e 96.78% com RCUI em uso de outras medicações. Conclusão: Nessa população, a frequência do uso de Azatioprina foi similar a de outros centros. A principal indicação foi corticod dependência. Pacientes com DC necessitaram mais de imunossupressores que os portadores de RCUI. Pacientes em uso de azatioprina demonstraram uma maior gravidade da doença, porém com bom controle de atividade durante o tratamento. Essa droga é bem tolerada, mesmo em locais onde a dosagem da enzima TPMT não está disponível.

### **EP130 - USO INADEQUADO DE TERAPIA BIOLÓGICA LEVANDO A COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS: RELATO DE CASOS**

RODRIGUES, A.C.M.B.; GAMA, A.H.; TEIXEIRA, M.G.; CARMO, A.M.D.; FRANZINI, M.F.Z.; BRESSIANI, V.; PRETE, P.R.; DOMINGUES, M.L.B.; RIBEIRO, E.R.

*BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO; CADII; PROGASTRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVO: Alertar sobre o uso inadequado de Anti-TNF alfa em pacientes com indicação cirúrgica, desencadeando complicações graves. CASOS: Caso n.1. H.N.N., M, Am. Diagnóstico: retocolite ulcerativa. Início da doença aos 21 anos, em 2000. Evolução sem intercorrências até 2005, quando apresentou aumento do número de evacuações > 10x/dia, com sangue e dor abdominal. Foi internado por 17 dias, tendo perdido 6 kg na ocasião. Desde então, medicado com várias medicações. Em 2006, procurou nosso serviço por piora do quadro. A colonoscopia exibiu intenso processo inflamatório, pseudopólipos e áreas de necrose de mucosa em todo o cólon. Indicamos cirurgia, mas devido à oferta de trabalho no exterior, o paciente recusou o procedimento. Indicado infliximabe com melhora da sintomatologia, uma evacuação / dia sem sangue. A colonoscopia realizada em 18/03/2008 mostrava pseudopólipos e áreas cicatriciais. Em 21/10/2009, passou a apresentar 6 evacuações/dia, com sangue, dor abdominal e perda de peso. Em 7/11/2009, o paciente foi internado devido à piora progressiva do quadro. Em 13/11/2009, foi operado com diagnóstico de megacólon tóxico. Submetido à colectomia total, sepultamento do reto e ileostomia terminal. Em 15/04/2010 foi submetido a confecção de bolsa ileal e ileostomia em alça, a qual já foi fechada. Está em tratamento de manutenção com adalimumabe. Caso n.2. T.S., M, BCO, data de nascimento: 18/12/1980. Diagnóstico: doença de Crohn em cólon e perianal. Início da sintomatologia aos 19 anos, diagnosticado em 2002. Foi medicado com infliximabe e apresentou choque anafilático na segunda aplicação. Tratamento irregular durante este período. Recebeu adalimumabe a partir de 2007. Em abril de 2008, apresentou abscessos e fístulas perianais. Foi encaminhado ao nosso serviço, quando devido a incontinência anal foi indicada proctocolectomia total, que o paciente recusou. Em 11/2008, foi internado para melhora do estado geral. Novamente, indicamos cirurgia que foi recusada. Atendido em outro serviço, voltou a ser medicado com adalimumabe semanalmente e foi submetido a 25 sessões de câmara hiperbárica. Apesar de vários tratamentos clínicos, continuou perdendo peso. Por piora importante do quadro clínico fez uma TC de abdome que mostrou perfuração tamponada no cólon descendente, ocasião em que o paciente não compareceu mais a consulta médica. Em setembro/09, foi internado com quadro de desnutrição importante e sepse, que evoluiu para megacólon tóxico, tendo sido operado em 18/09/09 e

submetido a proctocolectomia total com ileostomia definitiva. Permaneceu em UTI por 20 dias, com instabilidade hemodinâmica e repercussão respiratória grave. Atualmente, recuperou o peso e convive bem com a estomia. Caso n.3- M.V.J.B., branco, M. Diagnóstico: retocolite ulcerativa desde 2006. Encaminhado ao nosso serviço, 5 dias após ter recebido a primeira dose de infliximabe, com quadro de megacólon tóxico já com evidências de perfuração. Na ocasião em que foi prescrita a droga, o paciente apresentava diarreia intensa, dor abdominal e febre. Foi operado em 11/04/2008, tendo sido realizada colectomia total, sepultamento do reto e ileostomia terminal. Evoluiu com abscessos intra-peritoneais e deiscência de parede, tendo sido submetido a nova laparotomia para limpeza de cavidade, colocação de tela de nylon e peritoneostomia. O paciente evoluiu com aplasia medular e abscessos em todos os pontos em que foi puncionado. Em junho de 2009, necessitou drenagem de abscesso intra-peritoneal por TC. Devido às intercorrências da primeira operação, o paciente relutou em aceitar a tentativa de reconstrução do trânsito, o que só veio a ocorrer em 25/03/2010, através de bolsa ileal e ileostomia de proteção. Evoluiu com síndrome compartimental. Aguarda fechamento da ileostomia. SSN, 42 anos, Feminino. Diagnóstico: doença de Crohn há 10 anos. Paciente em uso de Infliximabe, tendo utilizado 4 doses, foi submetida à cirurgia para correção de fístulas perianais em 28/03/2011. Na manhã seguinte à cirurgia, apresentou quadro de dor abdominal intensa, com defesa e descompressão brusca positiva. O Rx Simples do abdome evidenciou pneumoperitônio. Foi então submetida à laparotomia exploradora de urgência, onde evidenciou-se cólon bastante doente e perfuração em cólon sigmóide. Devido à gravidade do caso e à urgência da situação, optou-se por fazer-se ressecção do segmento perfurado e colostomia à Hartman. Evoluiu com sepse grave e ficou 1 mês internada em UTI, onde paulatinamente foi havendo melhora do quadro. Atualmente está bem, e aguarda reconstrução do trânsito intestinal. CONCLUSÃO: A terapia biológica é extremamente eficaz na doença inflamatória intestinal, e seu uso não precipita complicações cirúrgicas, entretanto, deve ser lembrado que também não as evita. Nos pacientes com indicação cirúrgica, seu uso pode ser desastroso, levando a complicações graves. REFERÊNCIAS: Herrlinger KR, et al. Infliximab as rescue medication for patients with severe ulcerative/indeterminate colitis refractory to tacrolimus. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 ; 31(9):1036-41; Bordeianou L, et al. Preoperative infliximab treatment in patients with ulcerative and indeterminate colitis does not increase rate of conversion to emergent and multistep abdominal surgery. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25: 401-404; Iborra M, Beltrán B, Bastida G, Aguas M, Nos P.J Crohns Colitis. 2011 Apr; 5(2):157-61. Infliximab and adalimumab-induced psoriasis in Crohn's disease: a paradoxical side effect; Mor I, Vogel J, Shen B et al. Infliximab in Ulcerative Colitis is Associated with an Increased Risk of Postoperative Complications After Restorative Proctocolectomy. *Dis. Colon Rectum* 2008; 51: 8 p 1.202-1210; Uchino M, Ikeuchi H, Bando T, Matsuoka H, Takesue Y, Takahashi Y, Matsumoto T, Tomita N. *World J Gastroenterol*. 2011 Mar 7;17(9):1174-9. Long-term efficacy of infliximab maintenance therapy for perianal Crohn's disease.

### **EP131 - UTILIZAÇÃO DE ENXERTO AUTÓLOGO PARA CORREÇÃO DE HIDRADENITE SUPURATIVA EXTENSA. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

JOUDATT, J.; KAISER JUNIOR, R.L.; QUADROS, L.G.; JUNIOR, M.F.; FARIA, M.A.G.; SOUBHIA FILHO, G.C.; SILVA, I.E.; GAROTTI, G.B.; SOUZA, L.M.; ROSA, M.P.

*SERVICO DE PROCTOLOGIA KAISER CLINICA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo Apresentar imagens da utilização de enxerto autólogo de região abdominal na reparação de área resultante de ressecção total de uma Hidradenite Supurativa Crônica, com acometimento de todo glúteo esquerdo, parte do glúteo direito e região perianal. Relato de Caso: A Hidradenite Supurativa é uma doença crônica, decorrente da infecção de glândulas sudoríparas apócrinas com alto índice de recorrência. Sua etiopatogenia ainda não é bem conhecida, sendo por vezes associada a distúrbios endócrinos, anormalidades imunológicas, hereditariedade e higiene precária. É uma doença altamente debilitante que causa sofrimento aos pacientes, podendo levar ao isolamento social e à depressão. Estima-se que a prevalência na população seja de um em cada 300 adultos. Quando a doença compromete a região anogenital, os homens são os mais afetados. A doença é mais comum na raça negra provavelmente pela maior concentração de glândulas apócrinas. O tratamento eficaz da doença regional generalizada se baseia em ressecção de toda a pele e tecido subcutâneo envolvidos. Fechamento das feridas grandes é dependente de flap ou cobertura de enxerto de pele. Paciente sexo masculino, 69a, procedente de Chapadão do Sul – MS, portador de Diabetes Mellitus tipo II, em uso de Metformina 850mg 2x dia e Tabagista de longa data. Relatava dor, sangramento e saída de secreção em região perianal e glútea a mais ou menos 15 anos com piora dos sintomas há seis meses. Acompanhante queixava que paciente apresentava-se deprimido e com isolamento social. Tinha dificuldade de sentar, sendo necessário utilizar forro constantemente. Refere ter feito vários tratamentos usando antibiótico sem melhora do quadro. Exame físico: Pele com coloração escura em toda extensão de glúteo esquerdo, parcial área de glúteo direito e região perianal. Presença de vários orifícios fistulosos externos em região de glúteos, com liberação de secreção purulenta à palpação por vários orifícios. Resultado: Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com ressecção de quase toda área do glúteo esquerdo, região perianal e uma parte do glúteo direito. Foi fechada área com utilização de um enxerto de região abdominal (retirado um fuso de Região Hipogastrica). Realizado curativo de Brown sob enxerto com pomada a base de antibióticos e retirado no 8º PO. Recebeu alta hospitalar 1º PO. Primeiro retorno no 8º PO onde foi retirado curativo de Brown e observado ótimo processo de cicatrização e aderência do enxerto. Último retorno realizado com 21 dias de pós-operatório, onde nota-se região de enxerto e de suturas em ótimo processo cicatricial. Anatomo: Cistos epidérmicos rotos, fistulizados. Sugestivo de cistos de inclusão epidérmica, secundária a injeções medicamentosas na área. Conclusão Hidradenite Supurativa maciça regional pode ser tratada com excisão ampla em um único tempo e enxerto de pele, permitindo uma melhor qualidade de vida para os portadores desta patologia.

#### **EP132 - VOLVO DE CECO - RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

WIEZEL, E.H.B.; DE SOUZA, M.B.; PIERRO, A.; RIBEIRO, G.D.; KHARMANDAYAN, V.; MENDONÇA, F.; SANTAELLA, A.C.; BARROS, R.A.; PIRES, S.P.; KAWASHITA, K.M. *MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: O volvo de ceco constitui a principal apresentação das anomalias relacionadas as más rotações intestinais. É caracterizado por torção axial envolvendo o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesos, resultando em obstrução intestinal. A incidência é de 2,8 a 7,1 por milhões de pessoas ano, perfazendo

22% dos volvos colônicos<sup>4</sup>, ocasionando 1 a 1,5% das obstruções intestinais em adultos. O objetivo é relatar um caso de volvo de ceco com ênfase nas suas diferentes condutas diagnósticas e terapêuticas bem como realizar uma revisão bibliográfica deste assunto. Método: Relato de um caso acompanhado pela equipe de Cirurgia Geral do HMMG no ano de 2011. Resultado: Paciente do sexo feminino, 81 anos, com queixa de dor abdominal difusa, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Solicitada TC de abdome evidenciando ceco distendido e dilatação de alças a montante. Indicada laparotomia exploradora, sendo encontrado grande volume de líquido sero-hemático em todo abdome e evidenciado volvo de ceco com comprometimento vascular do íleo terminal. Realizada ileocectomia direita com ileotransverso anastomose latero-lateral com grampeador linear. A paciente apresentou boa evolução, tendo recebido alta hospitalar no 9º pós operatório.

#### **EP133 - VOLVO DE SIGMÓIDE DURANTE A GESTAÇÃO: RELATO DE CASO**

ALMEIDA, M.G.; CHECHTER, M.; PULS, N.; VALENCIANO, J.S.; NONOSE, R.; BONASSA, C.E.G.; CUNHA, F.L.; FONTE, F.P.; MARTINEZ, C.A.R.; MELLO, R.O.

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

Resumo: O abdome agudo obstrutivo por volvo de sigmóide durante a gestação é uma complicação rara. O retardo do diagnóstico pode levar a necrose intestinal, relacionando-se a altos índices de mortalidade materno-fetal. Objetivo: Descrever um caso de volvo de sigmóide durante a 32ª semana de gestação que evoluiu com gangrena do cólon esquerdo e transversal. Relato do Caso: Gestante, 27 anos na 33ª. semana de gestação foi admitida queixando-se de dor abdominal em cólica há três dias, com distensão abdominal, parada de eliminação de gases e fezes e vômitos de estase. Evoluiu com piora progressiva, choque séptico e insuficiência respiratória grave. Apresentava-se em MEG, descorada, taquipnéica, T° 38°C, p: 120 bpm, PA de 100X70 mmHg. O abdome mostrava-se doloroso à palpação, com DB +, distensão assimétrica e RHA diminuídos. Não se auscultavam batimentos cardíofetais. A radiografia do abdome evidenciou dilatação de intestino delgado, com níveis líquidos e imagem característica de volvo de sigmóide. A USG abdominal revelou líquido livre na cavidade confirmando o óbito fetal. Foi submetida à laparotomia exploradora onde se encontrou gangrena do colo esquerdo, do terço superior do reto até a metade do cólon transversal, por volvo duplo de sigmóide, optando-se por ressecção do segmento cólico necrosado e colostomia no flanco direito. Após cesárea apresentou hemorragia incontrolável por atonia uterina havendo necessidade de histerectomia. Apresentou evolução satisfatória recebendo alta no 15º PO. Conclusão: O volvo de sigmóide na gestação é complicação grave com altos índices de mortalidade materno-fetal e o tratamento cirúrgico deve ser indicado o mais rapidamente possível.

#### **EP134 - VULVECTOMIA RADICAL PARA PALIAÇÃO DE RECIDIVA LOCO-REGIONAL DE ADENOCARCINOMA DO RETO BAIXO**

NADAL, L.R.M.<sup>1</sup>; REIS, D.A.<sup>2</sup>; PERES, S.L.L.<sup>3</sup>; DOS SANTOS, C.A.R.<sup>4</sup>; COSTA, R.L.<sup>5</sup>; CALHEIROS, Y.B.<sup>6</sup>; FARAH, J.F.M.<sup>7</sup>

*1,2,3,4,6,7.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.CLÍNICA PARTICULAR, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O controle loco-regional das neoplasias retais baixas ainda representa um desafio clínico a despeito da abordagem multidisciplinar

padronizada. As recidivas pélvicas ainda são freqüentes e o resgate cirúrgico nem sempre é possível. O território de drenagem linfática peculiar dos tumores retais baixos soma-se a todas as demais dificuldades no manejo desses indivíduos. Relatamos a vulvectomy radical com esvaziamento linfonodal da região inguinofemoral como alternativa não convencional para palição cirúrgica de paciente com linfangite carcinomatosa vulvar secundária a um adenocarcinoma retal, demonstrando ser método reprodutível e eficaz de abordagem de lesões singulares como estas.

**EP135 - CONDILOMA ANAL GIGANTE ASSOCIADO À INFESTAÇÃO POR MIÍASE: RELATO DE CASO**

MOTA, S.D. (1); SOUZA, A.C.(1); SILVA, C.K.(2); LOUREIRO, G.J.Z.(1); RIBEIRO, F.L.M.(1); NOGUEIRA GAMA, L.P.(2); GAMA, R.C.(1)

VITÓRIA APART HOSPITAL – SERRA/ES (1); SANTA CASA DE VITÓRIA – VITÓRIA/ES(2)

**INTRODUÇÃO:** O Condiloma é uma lesão que acomete geralmente o aparelho genital e aparece, comumente, na vulva, vagina, colo do útero, pênis e nas margens do ânus. Há três formas distintas: o condiloma plano, observado, com frequência, no colo uterino, o condiloma acuminado, desenvolvido na vulva, períneo e em torno do ânus e finalmente, o condiloma gigante. **RELATO DE CASO:** Homem de 25 anos, atendido no serviço de coloproctologia do Hospital Santa Casa de Vitória – ES, com queixa de prurido anal associado a tumoração local. Ao exame proctológico, apresentava lesão verrucosa e extensa na região anal, associada a infestação por miíase. Iniciado tratamento clínico com ivermectina e posteriormente encaminhado para tratamento

cirúrgico. Submetido a ressecção de lesão anal, cujo laudo histopatológico identificou condiloma gigante, com ausência de carcinoma associado.

**EP136 - RELATO DE CASO: CISTO EPIDÉRMICO EM REGIÃO SACRAL**

SOUZA, A.C.(1); MOTA, S.D. (1); LOUREIRO, G.J.Z.(1); RIBEIRO, F.L.M.(1); NOGUEIRA GAMA, L.P.(1); GAMA, R.C.(1)  
VITÓRIA APART HOSPITAL – SERRA/ES (1)

**INTRODUÇÃO:** Os tumores retrorretais são raros. Sua real incidência é desconhecida devido a pouca exatidão de dados registrados na literatura. A maioria das lesões são benignas, porém neoplasias malignas não são incomuns. O diagnóstico costuma ser tardio devido a sintomas inespecíficos ou mesmo assintomáticos. **OBJETIVO:** Os autores apresentam um caso de tumoração retrorretal operado, pelo serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital, no Hospital Dr. Dório Silva, Serra - ES. Trata-se de paciente do sexo feminino, branca, natural do interior do ES, 79 anos, com quadro de dor abdominal, tenesmo e alterações na conformação das fezes (fezes em fita). Ao exame proctológico identificado massa volumosa, consistência cística, abaulando a parede posterior do reto. Ressonância Magnética de pelve revelou tumoração retrorretal de 11 cm de tamanho de aspecto cístico. Paciente submetida a tratamento cirúrgico pela via de acesso de Kraske, com ressecção completa da lesão e vértebras sacrais, cujo estudo anatomo-patológico identificou cisto epidermóide. **CONCLUSÃO:** Quase todos os tumores retrorretais exigem tratamento cirúrgico e seu conhecimento é de extrema importância, tanto pelo potencial de malignidade quanto para diagnóstico diferencial com outras patologias.

## VÍDEOS LIVRES

### **VL001 - ACESSO VAGINAL ASSOCIADO À LAPAROSCOPIA NA CIRURGIA COLORRETAL (MANOS).**

SAGAE, U.E.<sup>1</sup>; LIMA, D.M.<sup>2</sup>; SAGAE, L.M.T.<sup>3</sup>; KURACHI, G.<sup>4</sup>; CARVALHO, C.A.<sup>5</sup>; BONATTO, M.W.<sup>6</sup>; TSUCHIYA, R.S.<sup>7</sup>; MATSUMOTO, H.M.<sup>8</sup>; ORSO, I.R.B.<sup>9</sup>; TANAKA, T.M.<sup>10</sup>  
1,6,7,10. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2,3,4,5,8,9. GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A possibilidade de realizar anastomoses totalmente intracorpórea, com retirada de espécime por orifício natural evitando incisões é o passo final para a realização de cirurgia totalmente laparoscópica do cólon, onde as únicas incisões serão as dos trocartes. A incisão abdominal para a extração de espécime é um fator que limita suas vantagens. A grande discussão é a sua exequibilidade com segurança, os custos e as vantagens. dessas novas técnicas, como NOTES, MANOS e NOSE. Objetivo: Demonstrar a exequibilidade e as vantagens da cirurgia colorretal minilaparoscópica, associada ao acesso vaginal, através do relato de 30 casos de pacientes com diferentes doenças colorretais, submetidas à cirurgia laparoscópica com extração do espécime por via vaginal, demonstrando que a extração da peça por orifício natural (NOSE - Natural Orifice Specimen Extraction) é uma alternativa cirúrgica a ser considerada em casos selecionados. Analisamos os seguintes parâmetros: dor, fístulas, tempo cirúrgico, tempo de internamento, além do resultado estético. Método: 30 pacientes com consentimento informado, portadoras de doenças no cólon e reto com indicação cirúrgica de ressecção, foram submetidas à laparoscopia, à extração da peça por via transvaginal e à anastomose mecânica intracorpórea pela técnica de duplo grameamento, sem incisão abdominal e sem ostomia protetora. Resultado: O tempo médio cirúrgico foi de 175 minutos; o tempo de internação de 4,1 dias e o seguimento médio de 3,2 anos. Não houve complicação intra-operatória. Um caso de fístula reto-vaginal necessitou reoperação e ostomia protetora para resolução da complicação; dois casos de estenose da anastomose foram resolvidos com uma sessão de dilatação; uma paciente persistiu com sintomas proctológicos de tenesmo e puxo. Conclusão: O acesso vaginal para retirada do espécime, assistido por laparoscopia (NOSE), associada à anastomose mecânica intracorpórea em doença do reto e/ou cólon é factível, não aumenta a incidência de complicações e tem inúmeras vantagens, sendo as mais marcantes a facilidade do procedimento, a segurança, a rápida recuperação e a estética.

### **VL002 - ACESSO VAGINAL EM CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

NADAL, L.R.M.; MARCARI, R.S.; SANTANA, A.V.; DOS SANTOS, C.A.R.; ESPIRITO SANTO, E.J.M.; PEDROSO, M.A.; LUPINACCI, R.A.; FARAH, J.F.M.  
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Relatar e descrever o acesso vaginal para extração da peça operatória e para a anastomose manual ou grameada nas ressecções colorretais videolaparoscópicas. Método: Vídeo editado de procedimentos constando dissecação videolaparoscópica do ângulo esplênico, abertura da parede posterior da vagina para retirada da peça cirúrgica e anastomoses, manual e grameada. Resultados: A via vaginal possibilita a extração da peça cirúrgica com boa mensuração

da margem distal, a utilização dos grameadores convencionais, a secção retilínea do reto, facilita a anastomose manual, e tem resultado estético superior, por evitar incisão abdominal. Conclusão: O acesso vaginal, quando bem indicado, é válido, com segurança na realização da retossigmoidectomia com anastomose primária.

### **VL003 - ADENOMA SOBRE A VÁLVULA ILEAL – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA POR MUCOSECTOMIA**

SARTOR, M.C.<sup>1</sup>; D ASSUNÇÃO, M.A.<sup>2</sup>; ZANONI, E.C.A.<sup>3</sup>  
1. CLÍNICA LUCANO; HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. CLÍNICA LUCANO; HOSPITAL SÍRIO LIB, CURITIBA, PR, BRASIL; 3. CLÍNICA LUCANO; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL.

### **Resumo: ADENOMA SOBRE A VÁLVULA ILEAL – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA POR MUCOSECTOMIA**

AUTORES: MARIA CRISTINA SARTOR, MARCO AURÉLIO D' ASSUNÇÃO, ESDRAS ANDRADE ZANONI

Clínica Lucano de Curitiba – Coloproctologia e Endoscopia Digestiva  
INTRODUÇÃO: Os sintomas relacionados aos pólipos não são comuns. Pode haver sangramento devido a ulcerações ou trauma, dor abdominal por estímulo ao aumento do peristaltismo ou mesmo intussuscepção, por isquemia e tração. Mais raramente pode haver sintomas de obstrução intestinal, geralmente ligados aos pólipos gigantes. No entanto, a maioria é assintomática. A maior preocupação quanto aos pólipos colônicos é o seu potencial em progredir para carcinoma, relacionado aos pólipos neoplásicos, especialmente os adenomas. Sendo assim, é fundamental determinar os indivíduos em situação de risco para o desenvolvimento de adenomas e câncer e submetê-los a programas de rastreamento para evitar o diagnóstico tardio do câncer. Quando diagnosticadas precocemente, boa parte dessas lesões podem ser submetidas a ressecções endoscópicas com segurança, desde que haja equipamento adequado e preparo técnico. Muitas delas encontram-se em locais de difícil acesso ao colonoscópio porém o conhecimento técnico e a experiência do colonoscopista tornam possível a ressecção segura, evitando-se procedimentos laparotômicos com maior morbidade. DESCRIÇÃO DO CASO: ITL, 50 anos, atendida para seguimento de polipectomia no cólon há dez anos. Obstipação crônica e sangramento retal fresco, em pequena quantidade, eventual, após evacuar fezes endurecidas. No exame físico observou-se hemorróidas internas de segundo e terceiro grau, posteriores e prolapso mucoso pequeno retal associado. Submetida a colonoscopia, diagnosticou-se lesão de crescimento lateral no fundo cecal, com cerca de 2 cm de extensão, envolvendo o lábio proximal da válvula ileal. Criptas do tipo IIIIL da classificação de Kudo, sugerindo adenoma em toda a sua extensão. A lesão foi ressecada completamente pela técnica de mucosectomia, com o aparelho em posição de retrovisão devido à dificuldade de abordagem. O estudo anátomo-patológico revelou adenoma tubular sem displasia de alto grau. Os exames de controle três meses e um ano após mostraram a cicatriz da mucosectomia, com deformidade leve da válvula ileal no seu lábio proximal, sem recidiva. CONCLUSÃO: O rastreamento das neoplasias colorretais é fundamental para evitar o diagnóstico tardio da doença. Para tanto deve-se informar a importância e encaminhar os indivíduos em situações de risco para um programa regular de seguimento. Algumas lesões neoplásicas trazem dificuldades técnicas importantes para a ressecção endoscópica. O empenho e o preparo técnico do

endoscopista pode ressecar muitas delas com segurança, evitando procedimentos cirúrgicos com maior morbidade.

**VL004 - AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO CILÍNDRICA POR VIA LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA OPERATÓRIA E IMPRESSÕES INICIAIS**

CAMPOS, F.G.; SEID, V.E.; DUMARCO, R.; ARAUJO, S.E.A.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.  
HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Diversos trabalhos da literatura t-emregistrado uma maior incidência de margem circunfer-enciaç comprometida (CRM+) em operações de amputação do reto (APR) quando comparadas às reossigmoidectomias com restauração do trânsito intestinal. Tal resultado é quando atribuído à conização da dissecação pélvica ao nível dos elevadores, tendo como consequência maiores índices de recidiva local e menor sobrevida de doença. Objetivo: apresentar e discutir os diversos aspectos técnicos da APR laparoscópica cilíndrica, ressaltando as modificações do tempo abdominal e perineal relacionadas ao procedimento. Métodos: apresentação de vídeo de paciente de 60 anos submetido a APR laparoscópica onde, após a ligadura da artéria e veia mesentérica inferior, a dissecação pélvica do reto progride até a altura das vesículas seminais. Neste ponto interrompeu-se a dissecação e seccionou-se o cólon sigmóide, que foi exteriorizado na parede abdominal como colostomia terminal definitiva e drenou-se a cavidade pélvica por via abdominal. Após reposicionar o paciente em posição de "jackknife", iniciou-se o tempo perineal com o fechamento do orifício anal e dissecação externamente ao esfíncter externo. A dissecação progride cranialmente e a secção dos elevadores pe feita lateralmente na pelve, atingindo-se o reto previamente dissecado por via abdominal. Após ressecção de peça operatória, a ferida perineal é revista, lavada e fechada. Resultados: do ponto de vista cirurgico, o tempo abdominal difere apenas no sentido de que se interrompe a dissecação ao nível das vesículas seminais no homem e da cúpula vaginal na mulher. Entretanto, o tempo perineal executado com o paciente em decúbio ventral provê ampla visualização do campo operatório etoda a equipe, permitindo maiores cuidados durante a dissecação (melhor homeostasia e identificação das estruturas anatômicas) e manutenção de um campo de dessecção amplo e limpo. Conclusão: a realização de APR cilíndrica por cia laparoscópica adicionada às vantagens de uma operação minimamente invasiva a possibilidade de executar o tempo perineal da operação com maior conforme e visualização, provavelmente proporcionando menor chance de obter um ressecção com CRM comprometida ou perfuração intra-operatória do reto.

**VL005 - CIRURGIA CITORREDUTORA ASSOCIADA À QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL NO TRATAMENTO DO PSEUDOMIXOMA PERITONEAL**

SILVA, R.G.; GAMBONI, E.; BUZZATTI, K.C.L.R.; ANDRÉ, A.C.P.; PROFETA DA LUZ, M.M.; SAVASSI-ROCHA, P.R.; SANCHES, S.R.A.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: O pseudomioma peritoneal é doença rara, lentamente progressiva, geralmente originária do apêndice vermiforme. A introdução do procedimento de Sugarbaker (cirurgia citorredutora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) parece aumentar a sobrevida desses pacientes. O objetivo desse estudo foi mostrar os aspectos técnicos da cirurgia citorredutora. Relato do caso: Paciente M.R.F., masculino, 50 anos, natural do Estado de São

Paulo, procedente de Belo Horizonte, MG. Em primeira consulta o paciente queixava-se de emagrecimento importante com perda de 20Kg em 3 meses e aumento exagerado do abdome, além de muito desconforto. Ao exame físico, observou-se abdome distendido, endurecido, maciço difusamente e circunferência abdominal muito aumentada, cujo aspecto era incaracterístico de adiposidade central. Solicitada TC de abdome que evidenciou aspecto das lesões, distribuídas por toda a cavidade englobando difusamente as vísceras abdominais, sugestivo de pseudomixoma. A biópsia guiada ultrassonograficamente confirmou a hipótese diagnóstica. Realizada laparotomia xifopúbica e cirurgia citorredutora associada a quimioterapia intraperitoneal com Mitomicina C, conforme técnica de Sugarbaker. Realizadas peritonietomia parietal direita e esquerda, esplenectomia total, omentectomias menor e maior, colectomia direita alargada, peritonietomia pélvica com preservação do retossigmoide, colecistectomia. Anastomose colocolônica com grampeador foi realizada. A cavidade foi drenada no flanco esquerdo. O tempo operatório foi de 9 horas e 30 minutos, incluindo a quimioterapia intraperitoneal por 90 minutos. Conclusão: A cirurgia citorredutora do pseudomixoma é um desafio cirúrgico que exige equipe com experiência na técnica de Sugarbaker. Além disso, a equipe anestésica e o suporte intensivo são essências para bons resultados no pós-operatório.

**VL006 - CIRURGIA DE DUHAMEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (ANASTOMOSE CRAM)**

ORTEGA, F.P.; REIS NETO, J.A.; REIS JUNIOR, J.A.; KAGOHARA, O.H.; NETO, J.S.

CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Atualmente, a cirurgia de Duhamel modificada é a mais aceita para o tratamento cirúrgico do megacolon. É uma cirurgia usualmente difícil podendo apresentar complicações e recidiva de sintomas em longo prazo mesmo quando realizada por um cirurgião com experiência em operações de abaixamento. Com a atual experiência em acesso videolaparoscópico e utilização de grampeadores mecânicos nas anastomoses colorretais baixas, observou-se uma diminuição nos índices de complicações nesse tipo de operação. A cirurgia de Duhamel por videolaparoscopia com anastomose colo-reto-anal com sutura mecânica longitudinal, além de ser realizada em tempo único, apresenta outras vantagens: menor índice de deiscência, passagem de material fecal diretamente para o seguimento perineal do reto, manutenção da continência e exclusão do segmento retal responsável pela discinesia e retenção fecal. OBJETIVO: Avaliar e demonstrar, através de vídeo didático, as vantagens da anastomose colo-reto-anal com sutura mecânica longitudinal (CRAM) na cirurgia de Duhamel. METODOS: Foram avaliados 51 pacientes de 1993 a 2003, sendo 32 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, idade média de 56 anos. Quatro pacientes apresentavam cardiopatia chagásica, mas nenhum com diagnóstico de megaesôfago. O preparo dos pacientes foi feito com dieta líquida 48 horas antes da cirurgia, manitol 10% 24 horas antes, três enemas com fosfo-soda (24/20/16 horas), metronidazol 500 mg IV 'as 4 horas da manhã do dia da cirurgia, retossigmoideoscopia aspirativa, tricotomia e sondagem vesical na sala cirúrgica. Foram avaliadas reposição volêmica, tempo cirúrgico, viabilidade do colo abaixado, deiscências e complicações gerais. Um procedimento completo foi gravado e editado para exemplificar a técnica. RESULTADOS: O tempo operatório médio foi de 142 minutos, sendo que nenhum paciente apresentou necrose do coto abaixado ou deiscência de sutura. Dentre as complicações intra-operatórias houve sangramento sacral

(1,78%), e alternância para laparotomia em um paciente (1,78%). As complicações imediatas foram infecção urinária (3,57%) e trombose venosa profunda (1,57%). Já as complicações mediatas foram plicoma residual (3,57%), prolapso mucoso (1,57%), incontinência parcial (5,35%) e ejaculação precoce em 1,57% dos pacientes. CONCLUSÃO: Embora o número de casos tratados por videolaparoscopia seja inferior a 10% da experiência adquirida com a cirurgia convencional, o que se obteve foram resultados similares quanto à cura, porém, com índice menor de complicações: um total de 5,35% de complicações intra-operatórias. As complicações pós-operatórias imediatas observadas (infecção urinária, trombose venosa profunda), foram de baixa morbidade e resolvidas sem o comprometimento do estado geral do paciente.

#### **VL007 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM CAUTÉRIO MONOPOLAR**

DUTRA VILA, R.D.; BONAMIGO, K.S.; ANZOLIN, D.; PASSOS, P.S.; MICHAELSEN, M.C.

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVO: DEMONSTRAR A EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COM USO DE CAUTÉRIO MONOPOLAR. MATERIAS E MÉTODOS: OS AUTORES RELATAM O CASO DE UMA PACIENTE DE 67 ANOS, COM DIAGNÓSTICO DE ANGIODISPLASIAS VOLUMOSAS DE CECO E CÓLON ASCENDENTE, INTERNANDA APÓS SEGUNDO EPISÓDIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA E ANEMIA. NÃO HAVIA SIDO SUBMETIDA A CIRURGIA ABDOMINAL PRÉVIA. FOI SUBMETIDA A COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM JANEIRO DE 2011, COM AUXÍLIO DE CAUTÉRIO MONOPOLAR COMO INSTRUMENTO DE HEMOSTASIA E DISSECÇÃO. O TRANSPERITONEAL DE MOSTROU ALGUMAS ADERÊNCIAS DE DELGADO, DESFEITAS SEM INTERCORRÊNCIAS. ANASTOMOSE EXTRA-ABDOMINAL ILEOCOLÔNICA TÉRMINO-LATERAL MANUAL. APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO, COM ALTA HOSPITALAR NO 4º PÓS-OPERATÓRIO. CONCLUSÃO: UMA COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA PODE SER REALIZADA COM USO DE CAUTÉRIO MONOPOLAR COMO FERRAMENTA DE HEMOSTASIA E DISSECÇÃO, SEM COMPROMETER A SEGURANÇA DO ATO CIRÚRGICO. A INDISPONIBILIDADE DE MATERIAIS MAIS AVANÇADOS, COMO SELADORS DE VASOS OU ULTRASSÔNICOS, NÃO DEVE IMPEDIR O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE CÓLON POR VIA LAPAROSCÓPICA.

#### **VL008 - COLECTOMIA DIREITA POR SINGLE PORT EM NEOPLASIA COLÔNICA AVANÇADA – ASPECTOS TÉCNICOS**

PEREIRA, G.B.; SIMOES, A.A.; SCOLARO, B.L.; PEREIRA, R.B.; MAGRO, L.I.; PERES, Y.P.; COSTA, M.D.; MACHADO PEREIRA JUNIOR, J.V.

*HMMKB, ITAJAI, SC, BRASIL.*

Resumo: Objetivo – Expor os detalhes técnicos da colectomia direita por acesso único em um caso de neoplasia avançada de cólon ascendente. Demonstrar uma cirurgia viável, segura e com resultados cirúrgicos comparáveis aos procedimentos laparoscópicos convencionais. Material e Métodos – Paciente do sexo feminino, 85 anos, leucoderma previamente hígida e assintomática, apresentou ao

exame físico massa abdominal em FID. Solicitada Ultrassonografia de abdome total que evidenciou vários nódulos hiperecogênicos em lobo esquerdo de fígado apresentando halo periférico hipocóide. Prosseguiu a investigação com TC de abdome que mostrou espessamento grosseiro e irregular comprometendo a parede do ceco ate o terço médio do cólon ascendente em uma extensão de mais ou menos 7 cm, associado a envolvimento da válvula íleo cecal e densificação dos planos gordurosos pericolicos inferindo extensão extra-parietal da doença. Presença de linfonodos homogêneos satélites ao colon direito. Notou-se presença de múltiplos nódulos hipodensos com impregnação de contraste em segmentos II e III do lobo esquerdo. Solicitada colonoscopia para complementar estudo colônico que chegou somente até o cólon transverso devido a dificuldades técnicas. Realizada Colectomia Direita com uso Single Port do tipo GelPoint em acesso único mediano transumbelical, usando-se 4 trocarters ( 5, 5, 10, 10 mm) no dispositivo. O material usado foi de laparoscopia convencional. O tempo cirúrgico foi 185 minutos e o sangramento trans-operatório inferior a 50 ml. Demonstra-se detalhadamente no vídeo a técnica operatória: posição da paciente, instalação do dispositivo, estudo da anatomia abdominal, lise das aderências, dissecação laparoscopia habitual, anastomose (extracorpórea) e o aspecto final da ferida operatória. Resultados - A cirurgia laparoscópica para o câncer de cólon avançado fornece aumento da satisfação do paciente com melhorias na dor pós-operatória, resultados cosméticos e recuperação. A laparoscopia requer tipicamente 5-6 trocarters com 5-12 mm de diâmetro. Comparada com a cirurgia de acesso único apresenta maior risco associado à hemorragia no local do trocar, hérnia incisional, infecção da ferida, dor e resultados cosméticos. Conclusão – O Single Port para o tratamento oncológico do cólon direito é uma cirurgia viável e segura.

#### **VL009 - COLECTOMIA DIREITA SINGLE PORT EM ADENOCARCINOMA DE CECO**

PEREZ, R.O.; GAMA, A.H.; LIMA, M.A.; LYNN, P.B.; NETO, A.S.; GAMA-RODRIGUES, J.J.

*INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Apresentar um caso clínico de uma paciente com neoplasia de ceco que foi abordada por laparoscopia de único portal (single port). Métodos: Apresentação do caso e demonstração do filme da cirurgia, com especial atenção aos aspectos técnicos e dificuldades do procedimento. Resultados: Paciente do sexo feminino, 53 anos, com anemia em investigação. Realizou colonoscopia onde foi diagnosticada lesão ulcero-vegetante de ceco. Anatomopatológico confirmou se tratar de um adenocarcinoma. Ao estadiamento não foram encontradas lesões secundárias. Foi submetida, então, a colectomia direita laparoscópica por único portal. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente foi de alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório. O histopatológico da peça cirúrgica mostrou se tratar de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, margens livres, 29 linfonodos dissecados, todos negativos (T4N0M0). Conclusão: A técnica de laparoscopia com único portal pode ser utilizada com sucesso em caso bem selecionados, com iguais resultados oncológicos que a laparoscopia convencional e melhor resultado estético.

#### **VL010 - COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACAVITÁRIA NO TRATAMENTO DA INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCOLÔNICA EM PACIENTE ADULTO**

MANZANO GARCIA JUNIOR, J.R.; SAMPAIO DE SOUZA, M.A.M.; BERALDO, F.B.; DE SOUZA, P.H.O.; FEITOSA GOMES, J.W.; BASSANEZE, T.; YAMAGUCHI, N.; AZEVEDO, O.C.  
*GASTROCIURGIA E COLOPROCTOLOGIA HSPE-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Intussuscepção é uma condição rara em adultos. Representa 1% das obstruções intestinais. Ao contrário da intussuscepção de pacientes pediátricos, no adulto é identificado fator etiológico na maioria dos casos. Este vídeo relata o tratamento de uma intussuscepção ileocolônica por videolaparoscopia devido lesão extra mucosa de ceco em paciente adulto. Objetivo: Demonstrar a colectomia direita videolaparoscópica com anastomose intracavitária no tratamento da intussuscepção ileocolônica por lesão extra mucosa de 6 cm em ceco no paciente adulto no Serviço de Gastrocirurgia/Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Material e Métodos: Relato de caso, edição de vídeo e levantamento de dados no prontuário. Relato de Caso e Vídeo: C. C., 70 anos, refere dor em região de hipogástrio há 3 meses, tipo cólica e perda ponderal de 10 kg no período. Nega alteração no hábito intestinal ou na consistência das fezes. Piora da dor com alimentação. Exame físico sem alterações. Colonoscopia evidenciou em cólon ascendente proximal, junto a papila ileal, extensa lesão elevada submucosa, observando-se um deslucamento da mucosa em sua porção apical com exteriorização de uma lesão bocelada, nacarada, endurecida, friável e com áreas de necrose em sua superfície, e medindo cerca de 6 cm, não passível de ressecção endoscópica (biópsias). O AP resultou em processo inflamatório crônico sem sinais de malignidade. A TC mostrou formação com densidade adiposa no interior do cólon direito medindo 53 mm, aspecto de casca de cebola, compatível com intussuscepção associada. CEA 2,7. Realizada colectomia direita videolaparoscópica com ligadura da artéria ileocecolica e ramo direito da cólica média em suas origens. Espécime retirado por incisão suprapúbica de 7cm. Confeção de anastomose intracavitária. Abertura da peça evidenciou lesão extra mucosa de 6 cm em ceco, aspecto lipomatoso, com ulceração e área endurecida sugerindo degeneração maligna. Discussão: Intussuscepção pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Uma lesão neoplásica é a causa em 50 a 80% dos casos; no intestino delgado a causa é mais benigna, já no cólon são as neoplasias. A apresentação clínica é inespecífica, geralmente é uma obstrução intestinal que pode ocorrer de forma aguda ou crônica. O diagnóstico definitivo é estabelecido no momento da cirurgia. Tratamento conservador não é recomendado e intervenção cirúrgica é necessária. Em geral sugere-se ressecção em bloco do segmento do intestino envolvido sem redução intra-operatória. Prognóstico está relacionado com a etiologia, ao invés da intussuscepção em si. Conclusão: A colectomia direita videolaparoscópica com anastomose intracavitária é um procedimento factível na intussuscepção ileocolônica devido lesão extra mucosa em ceco no paciente adulto.

#### **VL011 - COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

ARAÚJO, S.E.A.; SEID, V.E.; FONSECA, G.M.; KAWAMOTO, F.M.; BERTONCINI, A.B.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Recentemente, a colectomia direita videolaparoscópica por portal único ou incisão única foi descrita por diferentes grupos. Em alguns casos, a falta de triangulação característica dessa forma de cirurgia minimamente invasiva foi driblada pelo uso de pontos de

tração transparietais. O princípio da colectomia por portal único é o de operar por vídeo-laparoscopia através de um acesso umbilical e remover o espécime por esse mesmo acesso. A colectomia direita preenche os requisitos de um modelo inicial para a adoção da técnica porque durante essa operação, a dissecação é relativamente restrita e uma incisão periumbilical já é praticada pela maioria das videocirurgiões colorretais para a confecção de anastomose e retirada do espécime cirúrgico. No presente vídeo desmontra-se a realização de uma operação de colectomia direita por vídeo por portal único por adenocarcinoma superficial e adenoma sincrônico do colon ascendente previamente tatuados com emprego do SILS Port (Covidien). Instrumental curvo foi utilizado para a realização de alguns tempos operatórios. O procedimento foi realizado seguindo-se a mesma técnica da colectomia direita por vídeo com uso de múltiplos portais. Foram empregados instrumental de vídeo convencional e bisturi harmônico. A dissecação foi realizada no sentido médio-lateral e a anastomose mecânica foi realizada por ampliação do acesso umbilical para a retirada da peça. As dificuldades na cirurgia por portal ou inciseo únicos repousa no paralelismo dos instrumentos de apreensão e diérese. Essa dificuldade pode ser superada pelo uso de instrumental curvo e dispositivos óticos especiais. No entanto, a coordenação entre o cirurgião e o assistente já experientes com a técnica videocirúrgica parece ser o fator mais importante para impedir a ocorrência de falha de progresso durante o procedimento. A videocirurgia colorretal por portal único é promissora na medida em que permite a realização de cirurgia minimamente invasiva padronizada através de uma ínfima incisão que pode evoluir sem cicatriz. É importante que seja avaliada de forma prospectiva e multi-institucional.

#### **VL012 - COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM DESCOLAMENTO INTERCOLO-EPIPLÓICO PARA ABORDAGEM NA INÉRCIA COLÔNICA**

PINTO, R.A.; NAMUR, G.N.; ALMEIDA, J.L.; ARAÚJO, S.E.A.; SEID, V.E.; JORGE, J.M.N.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.  
*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Apresentar vídeo de colectomia total videolaparoscópica e discutir a padronização do acesso minimamente invasivo para ressecções colônicas em doenças funcionais. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 28 anos, sem comorbidades. História de constipação progressiva desde a infância com piora há 2 anos, com hábito intestinal a cada 30 dias, associado a distensão abdominal e cólicas. Fazia uso regular de laxantes, com discreta diminuição nos intervalos evacuatórios. Também já teve de ser submetida a lavagens intestinais e tal evento acontece geralmente uma vez ao ano. Ao exame físico não apresentava nenhuma alteração significativa. Iniciado investigação com Tempo de Trânsito Colônico que revelou achados sugestivos de inércia colônica e videodefecografia que sugeria sinais de evacuação obstruída com retocele discreta e anismus. Indicado biofeedback por 1 ano e reavaliação após. Como não houve melhora do quadro, os exames foram repetidos, havendo resolução do anismus, com manutenção, no entanto, da inércia (24 marcadores dispersos no cólon após o 5o dia). Optou-se então por colectomia total videolaparoscópica com fleo-reto anastomose. A disposição dos portais compreende um portal umbilical de 10 mm para passagem da óptica e outros quatro de trabalho (um em cada quadrante do abdome), sendo que um deles também é de 10 mm na fossa ilíaca direita. A operação foi realizada do cólon direito para o reto e médio lateral, iniciando-se pelo tratamento da artéria fleo-ceco apêndico-cólica e descolamento do mesocólon D da fásia de Gerota e do

duodeno. Em seguida realizou-se o tratamento dos vasos cólicos médios e liberação do cólon direito sobre o ligamento intercólo-epiplóico em direção ao ângulo hepático e goteira parieto-cólica D. A seguir liberou-se o transverso no sentido do ângulo esplênico também acima do epíplon. Tal procedimento tem potencial de incurrir o tempo cirúrgico por não utilizar-se do descolamento intercoló-epiplóico. A seguir foi realizado o tratamento da veia mesentérica inferior, seguido pelo descolamento do mesocólon esquerdo da fásia de Gerota. Em seguida, procedeu-se a liberação do mesocólon transverso da borda inferior do pâncreas em direção ao ângulo esplênico, encontrando a área previamente dissecada acima. Na sequência, realizou-se o tratamento da artéria mesentérica inferior, descolamento da goteira parieto-cólica esquerda e preparação do reto para anastomose na altura do promontório. A anastomose foi mecânica por duplo grameamento e realizada pela incisão auxiliar de Pfannenstiel, seguido de drenagem da cavidade. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo recebido alta no 5º dia pós-operatório. Dois meses após a cirurgia, a paciente encontra-se bem e com evacuações diárias. Conclusão: a laparoscopia é a via de acesso de escolha ressecções colônicas em pacientes portadores de doenças benignas funcionais. A ressecção colônica associada a retirada parcial do epíplon tem potencial de encurtar o tempo cirúrgico em casos selecionados.

#### **VL013 - COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA A TRAVES DE MONOINCISIÓN SIN DISPOSITIVO DE PUERTO ÚNICO**

GRZONA, E.G.; CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.; ROTHOLTZ, N.

*HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUCCION: La colectomía laparoscópica por incisión única es factible y segura en manos de cirujanos colorrectales con experiencia en cirugía laparoscópica, sin embargo presenta mayores dificultades técnicas que el método laparoscópico convencional. El abordaje a través de una incisión única presentaría mejores resultados cosméticos pero un mayor costo debido a la utilización de dispositivos de puerto único. El objetivo del presente video es mostrar una colectomía derecha laparoscópica a través de una incisión única sin la utilización de dispositivo de puerto único. DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS: Caso Clínico: mujer de 61 años con diagnóstico de un adenoma veloso con displasia de alto grado de 3,5 cm de diámetro localizado sobre la válvula ileocecal. Se realiza el neumoperitoneo con aguja de Veress a nivel umbilical. Incisión mediana de 5 cm. en la región umbilical sin la apertura de la fascia. Se colocó un trocar de 10-12 mm en la porción cefálica de la herida y luego dos trocres de 5 mm alineados distalmente. Se utilizó una endocámara de 5 mm. a través del trocar medial y la mano derecha del cirujano en el trocar cefálico de 10-12 mm. Utilizando un abordaje medial se secciona el mesocolon derecho por dentro de los vasos ileocólicos. Descenso de los elementos del retroperitoneo respecto del mesocolon. Durante el procedimiento observamos la corta distancia entre la cámara, las pinzas y el colon lo que hace que la disección sea más dificultosa debido a la posición de los trocres. Ligadura de los vasos ileocólicos y cólicos derechos. Sección del mesocolon. Por último se secciona el peritoneo parietocólico y se desciende el angulo hepático completando la movilización del colon derecho. Se repara el ciego con una pinza y se realiza la apertura de la fascia de la incisión umbilical. Extracción del colon a través de un protector de la pared. Se secciona la pieza y se confecciona una anastomosis ileotransversa laterolateral. Reintroducción del colon

remanente a la cavidad y cierre de la fascia umbilical con material irreabsorbible. OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones otorgándose el alta hospitalaria al segundo día postoperatorio.

#### **VL014 - EFICÁCIA DA VIDEOCOLONOSCOPIA COM NARROW BAND IMAGING (NBI) NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE LESÕES PLANAS**

SOUZA, L.M.<sup>1</sup>; KAISER JUNIOR, R.L.<sup>2</sup>; JUNIOR, M.F.<sup>3</sup>; QUADROS, L.G.<sup>4</sup>; FARIA, M.A.G.<sup>5</sup>; SILVA, I.E.<sup>6</sup>; SOUBHIA FILHO, G.C.<sup>7</sup>; JOUDATT, J.<sup>8</sup>; GAROTTI, G.B.<sup>9</sup>; SUZIGAN, S.<sup>10</sup>

*1,2,3,4,5,6,7,8,9. KAISER CLINICA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 10. LABORCLIN, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

RESUMO: Objetivos: O presente estudo tem como objetivo evidenciar precocemente lesões planas, através da magnificação de imagem e cromoscopia optica, para auxiliar no planejamento terapêutico. Materiais e métodos: Narrow Band Imaging (NBI) é uma tecnologia óptica inovadora que modifica o comprimento de onda e largura de banda da luz de um endoscópio em banda estreita de iluminação. Melhora o contraste do padrão capilar e é um método in vivo para a visualização de alterações morfológicas dos microvasos superficiais e lesões neoplásicas. A base científica para NBI é que a luz de comprimento de onda curta cai dentro da faixa de absorção da hemoglobina, facilitando assim a visualização mais clara das estruturas vasculares. Vários estudos relataram vantagens e limitações da colonoscopia NBI no cólon. A magnificação é utilizada para a detecção de lesões planas precoces, diferenciando entre as neoplásicas e não-neoplásicas. Neste estudo mostraremos lesões que certamente passariam despercebidas pela colonoscopia convencional. Resultados: Alguns estudos discutem a importância do uso da magnificação com cromoscopia comparada ao exame convencional, sendo que não houve parâmetros significativos que comprovassem tal eficácia. Neste exemplo as lesões evidenciadas foram completamente excisadas e encaminhadas para estudo histopatológico, com comprovação de margens livres sendo de grande importância no prognóstico do paciente, pois com a ausência da magnificação não seria possível a visualização de tais lesões. Conclusão: A colonoscopia com Narrow Band Imaging (NBI) facilita o diagnóstico e manejo de lesões planas e pode apresentar um impacto positivo no prognóstico do paciente.

#### **VL015 - EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO ASSOCIADA À ANASTOMOSE COLORRETAL BAIXA COM DUPLO GRAMPEAMENTO POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

PINTO, R.A.; NAMUR, G.N.; ALMEIDA, J.L.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: discutir acesso minimamente invasivo para excisão total do mesorreto em pacientes portadores de adenocarcinoma do reto médio pós-neoadjuvância. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica. História de um ano de tenesmo e hematoquezia. Ao exame físico apresentava lesão endurecida e sangrante ao toque a 6 cm da margem anal acometendo mais de 50% da circunferência retal. Colonoscopia não mostrou lesão sincrônica e biópsia da lesão revelou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto. Realizado estadiamento com Tomografia Computadorizada de Abdome e Ressonância Nuclear Magnética de Pelve que não mostraram metástases à distância, observando-se apenas lesão localmente avançada. Indicada neoadjuvância com quimio e radioterapia (5-FU



e leucovorin + 5400 cGy), de novembro a dezembro de 2010. Reestadiamento pós-neoadjuvância mostrou boa resposta tumoral superior a 50%, sendo então indicada retossigmoidectomia videolaparoscópica com excisão total do mesorreto. A disposição dos portais compreende um portal umbilical de 10 mm para passagem da óptica e outros quatro distribuídos nos flancos e fossas ilíacas, sendo o portal da fossa ilíaca direita de 12 mm para permitir entrada e saída de gases e outros materiais necessários. A operação iniciou-se pelo tratamento da veia mesentérica inferior, seguido pelo descolamento do mesocólon esquerdo da fâscia de Gerota. Em seguida, procedeu-se a liberação do mesocólon transversal da borda inferior do pâncreas e descolamento intercólo-epiplóico, culminando na liberação do ângulo esplênico. Na sequência, realizou-se o tratamento da artéria mesentérica inferior e dissecação médio-lateral, descolando-se da goteira parieto-cólica esquerda. A seguir procedeu-se dissecação do mesorreto até o nível dos elevadores sem violação da fâscia mesorretal. A anastomose foi mecânica por duplo grampeamento e realizada através de incisão auxiliar de Pfannenstiel, após retirada do espécime. Na fossa ilíaca direita, foi exteriorizada ileostomia em alça de proteção, devido à neoadjuvância prévia e à altura da anastomose. A paciente evoluiu satisfatoriamente sem complicações, tendo recebido alta no 7º dia pós-operatório. O anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma de reto médio (T3N0M0). Dois meses após a cirurgia, a paciente encontra-se bem e sem sinais de recidiva. Conclusão: A laparoscopia é uma via de acesso minimamente invasiva que pode facilitar a dissecação do mesorreto e preservação nervosa em pacientes portadores de câncer retal após a neoadjuvância.

**VL016 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO E DISSECAÇÃO INTER-ESFINCTERIANA EM PELVE PREVIAMENTE IRRADIADA POR CARCINOMA ESPINOCELULAR DE COLO UTERINO**

NAHAS, S.C.; PINTO, R.A.; NAMUR, G.N.; ALMEIDA, J.L.; CECCONELLO, I.

HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: apresentar vídeo e discutir a excisão total do mesorreto por laparoscopia associada à ressecção inter-esfincteriana e anastomose colo anal manual em paciente previamente irradiada por lesão extra-retal. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 67 anos, sem comorbidades, com história de hematoquezia há 1,5 anos, e anemia sintomática submetida a múltiplas transfusões sanguíneas. Antecedente de câncer de colo de útero tratado há 2 anos com quimio e radioterapia, sem necessidade de cirurgia. Ao exame físico apresentava lesão endurecida e sangrante ao toque a 7 cm da margem anal acometendo mais de 50% da circunferência retal, além de friabilidade de toda a mucosa abaixo. Colonoscopia não mostrou lesão sincrônica e biópsia inicial da lesão revelou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto. Realizado estadiamento com Tomografia Computadorizada de Abdome e Ressonância Nuclear Magnética de Pelve que mostraram ausência de metástase à distância e espessamento difuso da parede do reto médio. Considerando o antecedente da paciente, foi então indicado retossigmoidectomia videolaparoscópica com excisão total do mesorreto. A disposição dos portais compreende um portal umbilical de 10 mm para passagem da óptica e outros quatro de trabalho dispostos nos flancos e fossas ilíacas, sendo o da fossa ilíaca direita de 12 mm e os demais de 5 mm. A operação iniciou-se pelo tratamento da veia mesentérica inferior, seguido pelo descolamento do mesocólon esquerdo da fâscia de Gerota. Em seguida, procedeu-se a liberação do mesocólon transversal da borda inferior do pâncreas e descolamento

intercólo-epiplóico, culminando na liberação do ângulo esplênico. Na sequência, realizou-se o tratamento da artéria mesentérica inferior e dissecação médio-lateral até descolamento da goteira parieto-cólica esquerda. A seguir realizou-se excisão total do mesorreto até o nível dos elevadores. Iniciada então a dissecação inter-esfincteriana pelo períneo completando toda a circunferência do reto distal até encontrar o ponto de dissecação no abdome. Finalmente retirada a peça por via trans-anal realizada anastomose colo anal manual. Não foi realizada nenhuma incisão auxiliar no abdome. Na fossa ilíaca direita foi exteriorizada ileostomia em alça de proteção. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo recebido alta no 6º dia pós-operatório. O anatomopatológico da peça revelou tratar-se de retite crônica com ausência de adenocarcinoma. Dois meses após a cirurgia, a paciente encontra-se assintomática e em programação de fechamento da ileostomia. Conclusão: A anastomose colo-anal é manual, com dissecação interesfincteriana é uma alternativa técnica interessante em pacientes com pelve irradiada e com grande fibrose tecidual. A abordagem videolaparoscópica completa, sem incisões auxiliares abdominais torna o pós-operatório confortável para o paciente, sem comprometimento dos resultados cirúrgicos.

**VL017 - EXENTERAÇÃO PELVICA MASCULINA LAPAROSCÓPICA COM COLOSTOMIA ÚMIDA: SEGUIMENTO DE 2 ANOS**

FIGUEIREDO, J.A.; MARELI, G.C.; MEYER, M.M.; FERREIRA, P.M.; VALENTE, G.S.; HANAN, B.

HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O tumor de reto localmente avançado pode ser tratado com intenção curativa com uma operação ampliada que inclua outros órgãos da pelve. A reconstrução do trânsito urinário e do trânsito intestinal dependerão da distância do tumor em relação a margem do ânus, da experiência da equipe de cirurgiões assim como das comorbidades do paciente. Apresenta-se o caso de uma paciente do sexo masculino, com tumor de reto baixo localmente avançado que foi submetido a exenteração pélvica por laparoscopia. Houve indicação para ressecção do ânus e a peça cirúrgica foi retirada por via perineal. A anastomose uretero-colônica foi confeccionada de maneira extracorpórea. O paciente recebeu alta hospitalar após 14 dias e encontra-se com 24 meses pós-operatórios. O método se mostrou factível e seguro. O resultado estético foi bem aceito pelo paciente. A via de acesso laparoscópica pode ser considerada uma alternativa para a exenteração pélvica no tratamento do tumor de reto baixo avançado que necessita de amputação anoperineal.

**VL018 - HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR TUMOR OBSTRUTIVO DE CECO**

PINHEIRO, N.B.; DAUD, D.; BERNARDO ZIEGLER, A.M.; COTTI, G.C.C.

HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Tradicionalmente a laparotomia exploradora é considerada a modalidade terapêutica de escolha para a grande maioria dos pacientes que necessitam de abordagem cirúrgica, porém os avanços da videolaparoscopia tem encorajado a abordagem das doenças obstrutivas do intestino grosso. As principais vantagens em relação a via tradicional são: menor trauma operatório, menor necessidade de analgesia pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e retorno mais breve as atividades. A abordagem do abdome agudo obstrutivo por videolaparoscopia em alguns casos selecionados e em mãos experientes pode se tornar factível. OBJETIVOS: Relatar o caso de abdome agudo obstrutivo por adenocarcinoma de ceco em

paciente idosa. CASO CLINICO: Sexo feminino, 63 anos, apresentava crises de dor abdominal difusa recorrente há 1 ano, com piora há 4 dias; associado a alteração do hábito intestinal, perda de 15Kg em 8 meses, sendo internada por suboclusão e recebendo alta para cirurgia eletiva. Há um mês, foi submetida a colonoscopia, sem evidência de lesões intestinais; USG de abdome total mostrando colelitíase, e CT de abdome e pelve mostrando distensão de ceco e delgado, sem nível hidroaéreo. Deu entrada no PA com quadro compatível com suboclusão intestinal. Ao exame físico, encontrava-se desidratada, emagrecida e com dor a palpação abdominal, em quadrante inferior direito palpava-se plastrão importante. O RX de abdome mostrou distensão de alças, com sinal de “empilhamento de moeda”. Indicado procedimento cirúrgico de emergência. Realizado laparoscopia exploradora, que mostrou grande massa intraluminal endurecida em ceco, aderido ao íleo terminal; linfadenomegalia periaórtica; vesícula biliar com paredes espessadas. Realizada, liberação do íleo terminal, ceco e cólon ascendente; liberação do duodeno; dissecação das artérias cólica direita e íleo-ceco-apêndice-cólica com ligadura e posterior secção de ambas; linfadenectomia periaórtica; colecistectomia laparoscópica; anastomose íleo-transverso término-terminal manual; drenagem da cavidade abdominal. ANATOMOPATOLÓGICO: tubular moderadamente diferenciado de ceco; nível de invasão: tecido adiposo adiposo peri-cólico; invasão vascular e perineural: presentes; budding: presente; adenocarcinoma metastático em 4/43 linfonodos. IMUNOHISTOQUÍMICA: adenocarcinoma de cólon com expressão das proteínas PMS-2, hMLH-1, hMSH-2 e hMSH-6 do complexo de reparo do DNA (“mismatch repair complex”). ESTADIAMENTO FINAL: pT3N2. ESTADIAMENTO PÓS-OPERATÓRIO: CEA 1,1 mcg/l. EVOLUÇÃO: Paciente evoluiu bem, com dreno retirado no 3º PO; alta hospitalar no 4º PO e pontos retirados no 7º PO. Seguimento oncológico. CONCLUSÃO: Foi demonstrado que em casos de pacientes selecionados e equipe treinada, o acesso videolaparoscópico se torna factível em casos de abdome agudo obstrutivo; tendo em alguns trabalhos índices de complicações intra (3,5%) e pós operatórios (18,6%) semelhantes e até mesmo inferiores a abordagem convencional.

#### **VL019 - HÉRNIA PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO: RELATO DE CASO**

SILVA, R.G.; BECHARA, C.S.; BUZATTI, K.C.L.R.; HANAN, B.; FONSECA, L.M.; DEOTI, B.; PROFETA DA LUZ, M.M.; LACERDA FILHO, A.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Hérnia perineal pós-operatória é definida como a protrusão de vísceras através do assoalho pélvico até a região perineal. Fatores de risco associados ao seu aparecimento são: não fechamento primário da ferida perineal, excisão do cóccix na cirurgia, sacrectomia, radioterapia, histerectomia, pelve feminina, excisão dos músculos elevadores. A introdução da amputação abdominoperineal cilíndrica no nosso serviço resultou em formação de hérnia perineal nos casos nos quais a rotação de retalho muscular não foi realizada. Nosso objetivo foi mostrar a correção da hérnia perineal com prótese de polipropileno. Relato de caso: SEM, 48 anos, feminino, submetida a amputação abdominoperineal de reto cilíndrica para tratamento com intenção curativa de adenocarcinoma de reto baixo após radio e quimioterapia neoadjuvante. Realizada histerectomia e ooforectomia devido a adenomiose. Estudo histopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão até a subserosa. Margens cirúrgicas livres. Ausência de metástase em 8 linfonodos dissecados –

ypT3ypNxcM0. Pesquisa de instabilidade de microssatélites negativa. Evoluiu bem no pós-operatório, apresentando seroma na ferida perineal, que foi puncionado. Cerca de 1 ano e cinco meses após a operação, paciente refere tumefação em cicatriz perineal e incômodo para assentar. Tc de abdome e pelve evidenciaram presença de hérnia perineal. Submetida a correção da hérnia por via perineal com colocação de tela de polipropileno. Conclusão: Fechamento primário da ferida perineal e prevenção da infecção do sítio cirúrgico são medidas importantes para evitar a formação da hérnia perineal. Os princípios do tratamento cirúrgico são: mobilizar o saco herniário, reduzir o conteúdo e reparar o defeito. As opções incluem as abordagens por via perineal, via abdominal ou abordagem combinada. A abordagem por via perineal permite a correção do defeito de maneira simplificada e eficaz na maioria dos casos.

#### **VL020 - ILEOLECTOMIA DIREITA E COLECISTECTOMIA “EM BLOCO” PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DE NEOPLASIA MALIGNA LOCALMENTE AVANÇADA DE CÓLON TRANSVERSO PROXIMAL**

MARCHIORI JR, M.A.<sup>1</sup>; CHRISTIANO, A.B.<sup>2</sup>; TERCIONI JR, V.<sup>3</sup>; MASSON, M.S.<sup>4</sup>; MONAZZI, B.V.<sup>5</sup>

*1,2,3.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS E CLÍNICA MAURO MARCHIORI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4,5.CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Os autores apresentam em vídeo os detalhes técnicos de uma ressecção alargada com inclusão da vesícula biliar em bloco utilizada no tratamento cirúrgico videolaparoscópico de uma neoplasia maligna localizada no terço proximal do cólon transversal. Detalhadamente, apresentam a dificuldade técnica de liberação do arco duodenal e rim direito, a ligadura proximal dos vasos cólicos direitos e médios bem como a adequada linfadenectomia. Por fim demonstram a viabilidade e exequibilidade do método com todas as vantagens já consagradas.

#### **VL021 - ILEOLECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN**

SILVA, R.G.; BECHARA, C.S.; ANDRÉ, A.C.P.; DEOTI, B.; FONSECA, L.M.; HANAN, B.; PROFETA DA LUZ, M.M.; LACERDA FILHO, A.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn (CD) é doença inflamatória crônica do intestino que envolve mais comumente o íleo terminal e cólon (55 por cento). O tratamento cirúrgico é necessário em cerca de 70 por cento dos pacientes. Múltiplos procedimentos e operações de repetição são necessários em 30-70 por cento de todos os pacientes. A laparoscopia ganhou ampla aceitação na cirurgia gastrointestinal com vantagens potenciais de retorno mais rápido às atividades normais, dieta mais precoce, redução da permanência hospitalar, redução da dor pós-operatória, melhor cosmesis e seu uso já é aceito em doenças benignas e malignas colorretais. A laparoscopia na Doença de Crohn apresenta alguns desafios relacionados, principalmente, às alterações inflamatórias do mesentério e à dificuldade de avaliação da extensão da doença. A perda da capacidade tátil, além da existência de aderências, fístulas e abscessos são responsáveis por essa suposta limitação. Objetivo: Apresentação de dois vídeos de pacientes com Doença de Crohn estenosante do íleo terminal submetidos a ileolectomia laparoscópica, mostrando passos cirúrgicos essenciais em toda operação para doença de Crohn do íleo terminal. Conclusão:

A ileocelectomia na Doença de Crohn é factível e apresenta os benefícios já conhecidos da laparoscopia.

**VL022 - LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL EXTENSA NO RETO DISTAL: ASPECTOS TÉCNICOS DA RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA POR COLONOSCOPIA**

SARTOR, M.C.<sup>1</sup>; D ASSUNÇÃO, M.A.<sup>2</sup>; ZANONI, E.C.A.<sup>3</sup>

1. CLÍNICA LUCANO-CURITIBA; HOSPITAL DE CLÍNICAS-UFPR; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU-PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. CLÍNICA LUCANO-CURITIBA; HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS-SP, CURITIBA, PR, BRASIL; 3. CLÍNICA LUCANO-CURITIBA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU-PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Os sintomas relacionados aos pólipos não são comuns mas os sintomas secundários a lesões neoplásicas volumosas no reto distal, benignas e malignas, costumam ser relativamente mais precoces. Geralmente se traduzem por sangramento, prolapso e puxo. Quando diagnosticadas precocemente, a maioria das lesões pode ser submetida a ressecções trans-anais com segurança, desde que haja equipamento adequado e preparo técnico. No entanto, em pacientes com estenose anal pode ser impossível o acesso cirúrgico trans-anal convencional ou por microcirurgia, podendo levar o paciente a trauma esfinteriano e incontinência. A história natural dessas lesões, se não ressecadas adequadamente, certamente levará a cirurgias com grande morbidade, como a amputação do reto, e a consequências funestas para a qualidade de vida do paciente. Nesses casos a colonoscopia traz a possibilidade da ressecção pela técnica de mucosectomia por retrovisão. Trata-se de procedimento mais trabalhoso, que envolve atenção especial para os critérios de qualidade de ressecção e cuidados com a segurança dos equipamentos usados. No entanto, torna possível o tratamento das neoplasias benignas ou do câncer precoce nesse grupo de pacientes sem envolver procedimentos que levem a incontinência. **OBJETIVO:** Descrever o caso de paciente com lesão tumoral de crescimento lateral volumosa no reto distal, associada a estenose anal, secundária a síndrome de Fournier. **DESCRIÇÃO DO CASO:** ESS, 80 anos, apresentou fasciíte necrotizante perineal secundária a abscesso anorretal, 8 anos antes. Foi submetido, na época, na cidade de origem, a drenagem do abscesso e desbridamentos sucessivos, com melhora clínica adequada. Como mantinha fístula residual, foi encaminhado para tratamento especializado. Referia escape fecal eventual e incontinência a gases. No exame físico havia estenose anal pérvia para uma polpa digital e a palpação mostrava massa esfinteriana circunferencial e com espessura adequada. A fístula era extrarretal, que foi aberta e apresentou boa resolução cirúrgica. Três anos depois (novembro de 2011) foi novamente encaminhado por sangramento, perda de muco em grande quantidade e prolapso mucoso. O exame endoscópico do reto revelou lesão de crescimento lateral extensa, com 4 centímetros de extensão, com áreas planas e outras elevadas, junto à linha pectínea. A lesão foi completamente ressecada pela técnica de mucosectomia, com o endoscópio em retrovisão. O procedimento foi complementado com plasma de argônio, para hemostasia residual. O estudo anátomo-patológico mostrou adenoma túbulo viloso com displasia de alto grau. O exame de controle, três meses após, não mostrou recidivas. **CONCLUSÃO:** Algumas lesões neoplásicas no reto distal trazem dificuldades técnicas importantes para as ressecções convencionais. O empenho e o preparo técnico do endoscopista pode ressecar muitas delas com segurança, evitando procedimentos cirúrgicos com maior morbidade e mutilantes.

**VL023 - LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM CÂNCER COLORRETAL**

NADAL, L.R.M.; MARCARI, R.S.; SANTANA, A.V.; DOS SANTOS, C.A.R.; PERES, S.L.L.; PEDROSO, M.A.; LUPINACCI, R.A.; FARAH, J.F.M.

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Relato do procedimento. **Material:** Linfadenectomias em hemicolectomias direita e esquerda por via videolaparoscópica por neoplasia com adenomegalia mesentérica. **Resultados:** A via de acesso em questão foi satisfatória na exérese das lesões linfonodais durante a ressecção colônica. **Conclusão:** Em videolaparoscopia, há melhor visibilização das estruturas, possibilitando melhor ressecção linfonodal, com resultados oncológicos satisfatórios.

**VL024 - LINFADENECTOMIA PRE-AORTICA POR VIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLON SIGMOIDE**

COY, C.S.R.; PAIVA, E.S.; E ROSSI, D.H.G.; OLIVEIRA, P.S.P.; CAMARGO, M.G.; LEAL, R.F.; AYRIZONO, M.L.S.; FAGUNDES, J.J.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A linfadenectomia no tratamento do câncer colorretal esta associada a melhor prognóstico e os esquemas de quimioterapia atualmente disponíveis propiciam melhor sobrevida nos estádios III e IV, denotando a importância do adequado estadiamento pós-operatório. A cirurgia laparoscópica tornou-se a melhor opção para o tratamento do câncer de cólon, e o cirurgião deve estar preparado para seguir os preceitos oncológicos também por esta via. Este vídeo demonstra a padronização da linfadenectomia pre-aórtica em paciente do sexo feminino, 37 anos, portadora de adenocarcinoma de cólon sigmoide, com achado intra-operatório de linfonodomegalia. O diagnóstico histopatológico da peça operatória mostrou a presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado, medindo 4,5x3,0x2,0 cm, com acometimento de serosa e metástase em um linfonodos de 41 examinados.

**VL025 - MAGNIFICAÇÃO E CROMOSCOPIA ÓPTICA NO DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DAS MARGENS LATERAIS DE LESÕES PLANAS EM MUCOSECTOMIAS**

SILVA, I.E.<sup>1</sup>; KAISER JUNIOR, R.L.<sup>2</sup>; QUADROS, L.G.<sup>3</sup>; FARIA, M.A.G.<sup>4</sup>; SOUZA, L.M.<sup>5</sup>; GAROTTI, G.B.<sup>6</sup>; SOUBHIA FILHO, G.C.<sup>7</sup>; JOUDATT, J.<sup>8</sup>; SUZIGAN, S.<sup>9</sup>; JUNIOR, M.F.<sup>10</sup>

1,2,3,4,5,6,7,8,10. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA KAISER CLÍNICA E HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO JOSÉ DO RIO P, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 9. LABORCLIN SAO JOSE DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** O objetivo deste estudo é apresentar através de imagens o valor presuntivo da ressecção completa de lesões planas em mucosectomia pelo uso de colonoscopia com magnificação de imagem e cromoscopia óptica (NBI). **Método:** A avaliação das margens laterais das lesões foi realizada pela inspeção visual macroscópica seguido, por mucosectomia através do uso da magnificação e NBI, e posterior confirmação pelo anatomopatológico. **Resultados:** Obteve-se correlação entre a avaliação das imagens das margens laterais e análise anatomopatológica, com ausência de invasão das bases da lesão, e margens de segurança cirúrgica, laterais e em profundidade, livres de

lesões. Conclusão: Presenciou-se uma análise positiva entre os resultados, de imagem e anatomopatológica, do comprometimento das margens laterais, mas estudos a longo-prazo deverão ser realizados para melhores conclusões.

#### **VL026 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DA FÍSTULA COLORRETAL SEM ILEOSTOMIA PROTETORA**

FREITAS, C.D.<sup>1</sup>; SCHMIDT, E.M.<sup>2</sup>; DE ALBUQUERQUE, M.M.<sup>3</sup>; ROSSI JUNIOR, É.E.<sup>4</sup>; GERENT, W.A.<sup>5</sup>; NUNES, L.A.<sup>6</sup>; DACUNHA, V.J.L.<sup>7</sup>; DA SILVA, L.F.B.<sup>8</sup>

*1,2,3,4,5,6,7. IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 8. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** A relaparoscopia vem se mostrando como uma alternativa atraente para o manejo das complicações pós-operatórias. A fistula da anastomose colorretal é complicação temível nas ressecções por neoplasia colorretal. Tem risco aumentado em tumores avançados, pacientes desnutridos ou submetidos a radioterapia prévia. O objetivo deste vídeo é demonstrar uma abordagem laparoscópica a esta complicação. **MÉTODO:** vídeo editado demonstrando a abordagem laparoscópica de fistula de anastomose colorretal sem estoma de proteção. **RESULTADO:** a cirurgia foi realizada em paciente masculino, 43 anos submetido a retossigmoidectomia, cistectomia parcial e enterectomia em bloco com anastomose mecânica colorretal término-terminal, por videolaparoscopia, por adenocarcinoma do retossigmoide em estágio T4. O paciente evoluiu com distensão abdominal, parada de eliminação de gases e fezes e enfisema subcutâneo no andar inferior do abdome entre o 5o e 6o dia de pós-operatório, com todos os sinais vitais estáveis. Apresentava Ht = 26 mg/dl e albumina = 2,4 no pré-operatório. A tomografia abdominopélvica evidenciou líquido livre na cavidade, extravasamento do meio de contraste pela anastomose colorretal e pneumoperitônio. Realizada transfusão de 3 concentrados de hemácias. Foi submetido a relaparoscopia no 6o dia de pós-operatório. O vídeo mostra a irrigação e limpeza vigorosa da cavidade, a qual estava repleta de secreção com fibrina aderida às alças. Realizada a sutura da fistula e drenagem bilateral da cavidade com dreno de Blake perianastomótico. O paciente evoluiu com melhora do quadro. Recebeu alta no 16o dia de pós-operatório sem necessidade de nutrição parenteral. **CONCLUSÃO:** em pacientes hemodinamicamente estáveis, com fistula colorretal, o manejo laparoscópico com sutura do orifício fistuloso associado a irrigação vigorosa e drenagem da cavidade, sem estoma de proteção, parece ser uma opção inicial factível em serviços com experiência em cirurgia laparoscópica colorretal.

#### **VL027 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM PÓS-OPERATÓRIO DE COLECTOMIA ESQUERDA**

FREITAS, C.D.<sup>1</sup>; SCHMIDT, E.M.<sup>2</sup>; DE ALBUQUERQUE, M.M.<sup>3</sup>; ROSSI JUNIOR, É.E.<sup>4</sup>; GERENT, W.A.<sup>5</sup>; NUNES, L.A.<sup>6</sup>; DACUNHA, V.J.L.<sup>7</sup>; HENNICH, M.C.R.<sup>8</sup>

*1,2,3,4,5,6,7. GASTROCIRÚRGICA - SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 8. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** obstrução intestinal após colectomia é complicação comum, independente da via de acesso. O manejo desta complicação por videolaparoscopia é desafiador ao cirurgião. É necessária experiência em cirurgia videolaparoscópica

para a resolução do quadro sem conversão. O objetivo é ilustrar o manejo desta complicação por videolaparoscopia. **MÉTODO:** vídeo editado demonstrando a lise de brida de intestino delgado localizada na pelve próximo a anastomose colorretal. **RESULTADO:** a cirurgia foi realizada em paciente feminina, 51 anos, portadora de megacólon esquerdo idiopático em pós-operatório de hemicolectomia esquerda incluindo ressecção do reto superior e médio com anastomose colorretal mecânica término-terminal a 8 cm da margem anal. No 6o dia de pós-operatório, a paciente evoluiu com quadro clínico e radiológico de obstrução intestinal sem melhora com tratamento clínico. O vídeo demonstra a relaparoscopia com liberação de aderência de intestino delgado junto a pelve, localizando-se posterior ao mesocólon do cólon abaixado e próximo à anastomose colorretal. A paciente teve alta no 4o dia após a reintervenção. **CONCLUSÃO:** o tratamento laparoscópico da obstrução intestinal por brida ou hernia interna após colectomia laparoscópica pode ser realizado de maneira segura e eficaz.

#### **VL028 - MUCOCELE DE APÊNDICE COMO CAUSA DE DOR CRÔNICA EM FOSSA ILÍACA DIREITA**

GAROTTI, G.B.<sup>1</sup>; KAISER JUNIOR, R.L.<sup>2</sup>; QUADROS, L.G.<sup>3</sup>; JUNIOR, M.F.<sup>4</sup>; FARIA, M.A.G.<sup>5</sup>; SILVA, I.E.<sup>6</sup>; SOUBHIA FILHO, G.C.<sup>7</sup>; JOUDATT, J.<sup>8</sup>; SOUZA, L.M.<sup>9</sup>; SUZIGAN, S.<sup>10</sup>

*1,2,3,4,5,6,7,8,9. SERVIÇO DE PROCTOLOGIA KAISER CLINICA, SAO JOSE RIO PRETO, SP, BRASIL; 10. LABORCLIN, SAO JOSE RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: **OBJETIVO:** Mostrar imagens pré, intra e pós-operatório de Mucocele apendicular como causa de dor crônica em FID. **RELATO DE CASO:** A Mucocele é uma patologia rara do apêndice cecal que ocorre em 0,1% a 0,4% das apendicectomias realizadas. Está associada à presença de três fatores: obstrução crônica da luz, esterilidade do conteúdo e atividade secretória contínua do epitélio. São classificadas em três entidades clínico-patológicas: Tipo I: mucocele ou cisto de retenção; Tipo II: Cisto adenoma mucinoso; Tipo III: Cisto adenocarcinoma mucinoso. As Mucoceles Tipo I e II são formas benignas, e o tratamento cirúrgico mais indicado é apendicectomia. Já o Tipo III, uma forma maligna, a colectomia direita é mais indicada. Os sinais e sintomas são inespecíficos e quando surgem são: discreta dor em fossa ilíaca direita aguda ou crônica, presença de massa palpável, alterações do trânsito intestinal, anemia, enterorragia, insuficiência renal obstrutiva, e a depender da localização do apêndice pode ocorrer outros sinais e sintomas. Devido a isso a Mucocele de apêndice é uma patologia de difícil diagnóstico pré-operatório e frequentemente encontrada acidentalmente durante uma exploração radiológica ou procedimento laparoscópico. Paciente masculino, 39 anos, com quadro de dor em cólica em fossa ilíaca direita há dois meses e tratamentos anteriores sem sucesso. Ao exame físico o paciente apresentava-se com abdômen normotenso, indolor, descompressão brusca negativa, ausência de massas palpáveis. Foi solicitado Ultra-sonografia (US) com resultado sem alterações. A Tomografia Computadorizada (TC) do abdome mostrou apendicite com aumento de suas dimensões apresentando calcificações grosseiras parietais sugestivas de apendicite crônica. A paciente foi submetida à apendicectomia convencional com apêndice bastante aumentado, paredes endurecidas, discretamente aderido ao ceco e base livre. **RESULTADOS:** O exame anatomopatológico mostrou Mucocele de apêndice cecal sugestivo de Cistoadenoma Mucinoso. Descrição macroscópica: apêndice cecal medindo 7,3cm de comprimento por 2,2cm de diâmetro na extremidade proximal e 1,1cm na extremidade distal. Consistência cística. Serosa de cor parda, de aspecto congesto.

Aos cortes, luz dilatada em toda sua extensão, medindo 1,7cm na área de maior diâmetro ocluída por muco branco-amarelado. Descrição microscópica: mucosa e submucosa dissociadas difusamente por acúmulo de mucina e focos de calcificação. Esparsos focos da mucosa mostrando projeções papilares do epitélio de revestimento, com atipias do tipo displasia leve (displasia de baixo grau). CONCLUSÃO: Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada. Exames de imagem como USG, TC, clister opaco, e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico. Os autores sugerem: se em uma apendicectomia laparoscópica encontrarmos um tumor mucinoso de apêndice, devemos converter o procedimento para laparotomia e a apendicectomia ser totalmente atraumática.

#### **VL029 - MUCOSECTOMIA DE POLIPO RETAL VILOSO CIRCUNFERENCIAL DO RETO - RELATO DE CASO**

DASILVA, M.J.M.; FILHO, J.F.; SILVEIRA, R.K.; CORDEIRO, A.C.; LUCENA, M.T.; CARVALHO, J.H.; DUARTE, O.F.  
*HOSPITAL BARAO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: O uso da cirurgia endoscópica transanal vem propiciando realização de procedimentos endoscópicos de patologias retais benignas e malignas com segurança. Sendo técnica minimamente invasiva possibilita um pós-operatório com baixa morbidade e resultados finais superiores aos obtidos com a excisão local convencional. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de paciente de 48 anos do sexo feminino portadora de grande pólipó viloso do reto que envolvia toda a circunferência retal, dese cerca de 2 cm acima da linha pectínea e com extensão cranial de 5cm. Ultrasonografia endorretal constatou que a lesão limitava-se a mucosa retal. Devido impossibilidade de realizar a ressecção do pólipó por colonoscopia e levando em consideração que uma cirurgia radical de retossigmoidectomia com anastomose colo-anal, envolveria riscos de grande morbidade à paciente, optamos pela indicação de excisão local da lesão por meio de cirurgia endoscópica transanal (TEO). RESULTADOS: O pólipó foi inteiramente ressecado endoscopicamente segundo esta técnica, de forma circunferencial, mas escalonada e a ferida retal resultante foi fechada por meio de sutura endoscópica. Não houve complicações imediatas e a paciente recebeu alta no dia seguinte à cirurgia. Desenvolveu urgência fecal transitória e durante seu seguimento não apresentou sinais de recidiva da doença. O exame histopatológico da peça operatória evidenciou tratar-se de adenoma viloso do reto com áreas focais de displasia epitelial de alto grau, base livre. A lesão não invadia a lâmina própria. CONCLUSÃO: Concluímos que para casos como o descrito, a técnica do TEO constitui-se em excelente indicação, propiciando a excisão de todo o tecido polipóide com segurança e baixa morbidade. Com o advento de instrumentais cada vez mais apropriados e com aumento de experiência das equipes cirúrgicas envolvidas com o método, outros e mais complexos procedimentos poderão ser incluídos para realização com esta técnica.

#### **VL030 - NEOADJUVÂNCIA EM NEOPLASIA DE RETO BAIXO PINHEIRO, N.B.; CUTAIT, R.; DAUD, D.; COTTI, G.C.C.; FARIAS, R.L.S.; BERNARDO ZIEGLER, A.M.**

*HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVOS: Relatar o caso de neoplasia de reto baixo tratada com neoadjuvância e avaliar a possibilidade de preservação esfinteriana. CASO CLINICO: Sexo feminino, 42 anos; há três meses apresentando quadro de saída de secreção mucóide e sangramento anal, associado à cólica abdominal e afilamento das

fezes. Realizada colonoscopia que evidenciou uma lesão ulcerada e infiltrativa de reto distal, a cerca de 5 cm da borda anal, que se estendia até a porção superior do reto médio, cujo exame anatomopatológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma. ESTADIAMENTO PRE NEOADJUVÂNCIA: ao exame físico - toque retal doloroso; lesão à 3-4cm da linha pectínea; CEA de 10,3 microgramas/mL; RNM evidenciando lesão de reto médio, com extensão extramural (antero-lateral esquerda) obliterando a gordura sem sinais de invasão do órgão adjacente. Paciente jovem, sem comorbidades, com uma lesão de reto médio extensa, sem sinais de doença metastática local ou à distância, indicada a neoadjuvância. CONDUTA PRE OPERETÓRIA: Indicada quimioterapia com 5-fluoracil (10 dias) e radioterapia 5040 CGy (40 dias). ESTADIAMENTO PÓS NEOADJUVÂNCIA: toque retal 5-6 cm da linha pectínea (diminuição parcial); CEA 2,9 microgramas/mL; RNM espessamento focal da parede ântero-lateral esquerda do reto médio por cerca de 2,0cm de extensão, distando aproximadamente 8,0cm da borda anal. IMPRESSÃO CLINICA: Paciente com resposta à neoadjuvância com diminuição do tamanho e da extensão da lesão do reto, permanecendo lesão residual, cerca de 40% menor do que a lesão inicial. CONDUTA PÓS NEOADJUVÂNCIA: retossigmoidectomia laparoscópica com excisão do mesorreto + linfadenectomia radical local + reconstrução com anastomose mecânica colorretal baixa + drenagem da cavidade pélvica; com a passagem do colonoscópio para identificação precisa do local da lesão. EXAME ANATOMOPATOLÓGICO: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado (2,0x1,7x1,5cm); Bormann III, porcentagem de componente mucinoso 40%; margens de ressecções livres; margem radial: livre menor distância 0,4cm; grau de regressão tumoral (TRG): R3 (resposta mínima). ESTADIAMENTO FINAL: pT3N0M0 (LN: 0/25). EVOLUÇÃO: Paciente evolui sem intercorrências, recebendo alta hospitalar com dreno abdominal no 6° PO e retirada do dreno no 8° PO em regime ambulatorial. Não foi indicado tratamento adjuvante, e sim o seguimento clínico periódico ambulatorial.

#### **VL031 - OPÇÃO DE TRATAMENTO DA DIVERTICULITE PERFURADA COM PERITONITE PURULENTA EM PACIENTE OBESO MÓRBIDO POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

NIGRO, R.; RIVKIND, A.; SZOR, D.

*HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: O tratamento da diverticulite aparentemente adquire novas perspectivas com a introdução da videolaparoscopia (VDL) nos últimos anos. Ressecção com anastomose primária e ostomia de proteção ou ressecção com colostomia terminal e reconstrução tardia são as técnicas mais utilizadas e dependentes de inúmeras variáveis, assim como a via de acesso. Recentemente, a lavagem da cavidade com solução salina e drenagem por via laparoscópica tem sido aceitável como uma nova modalidade de tratamento. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 44 anos, obeso mórbido (IMC = 48), que procurou o pronto socorro com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda e febre de 39°C, com sinais de peritonite. Realizou TC de abdômen que evidenciou diverticulite aguda na região da transição descendente-sigmoide, com moderado pneumoperitônio e 2 coleções com nível hidroaéreo com 11 cm no maior diâmetro, uma na topografia da cicatriz umbilical e outra na região pélvica. Foi submetido a laparoscopia, na qual foi visualizado intenso processo inflamatório parcialmente bloqueado pelo omento e alças de intestino delgado. Realizado desbloqueio com dissecação roma e localizada a perfuração

na região da transição descendente-sigmoide. Optado por realizar lavagem intensa da cavidade com soro fisiológico, seguida de drenagem com dreno de Blake no 24. No 5o dia de pós operatório o paciente mantinha-se afebril, porém com sinais clínicos de atividade inflamatória. Realizada tomografia que evidenciou abscesso no flanco esquerdo de 12,0x9,0x7,0 cm. Optou-se por nova abordagem laparoscópica, quando foi realizada novamente lavagem intensa da cavidade com soro fisiológico e drenagem com mais um dreno de Blake no 24. Paciente evolui de maneira satisfatória, recebendo alta com antibioticoterapia VO e tendo os drenos retirados no 21o pós operatório. Assintomático há 8 meses e em processo de emagrecimento para possível abordagem eletiva. **CONCLUSÃO:** Os critérios de seleção dos pacientes que podem se beneficiar deste tipo de abordagem e tratamento ainda não foram delineados na literatura, mas sem dúvida que tanto a VDL como a relaparoscopia tem papel importante na condução de casos específicos.

#### **VL032 - PADRONIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA (DEZ PASSOS)**

SAGAE, U.E.<sup>1</sup>; LIMA, D.M.<sup>2</sup>; SAGAE, L.M.T.<sup>3</sup>; SILVA, M.C.L.<sup>4</sup>; KURACHI, G.<sup>5</sup>; BONATTO, M.W.<sup>6</sup>; TSUCHIYA, R.S.<sup>7</sup>; CARVALHO, C.A.<sup>8</sup>; MATSUMOTO, H.M.<sup>9</sup>; TANAKA, T.M.<sup>10</sup>

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2,3,5,8,9.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 6,7,10.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A endometriose pélvica profunda tem a característica de acometer vários órgãos pélvicos inclusive o segmento retossigmoide e ser de difícil manejo terapêutico, principalmente o cirúrgico, podendo apresentar grande índice de complicações e recidiva. Objetivo: Esse trabalho tem como objetivo orientar o cirurgião colorretal no tratamento videolaparoscópico da endometriose profunda (VLEP) que acomete o segmento retossigmoide. Método: Pacientes portadoras de endometriose profunda encaminhadas do serviço de ginecologia ao ambulatório de cirurgia colorretal com queixas gastrointestinais foram submetidas à investigação. Aquelas que apresentavam acometimento intestinal foram submetidas ao protocolo de tratamento VLEP que consiste nos seguintes itens no pré-operatório e transoperatório: 1 - Exame físico: particularidade do toque retal e vaginal; 2 - Diagnóstico pré-operatório preciso da lesão no reto: ultra-sonografia anorretal tridimensional; 3 - Posicionamento adequado da paciente no ato cirúrgico, colocação do quarto trocar e materiais cirúrgicos completos; 4 - Inventário da cavidade abdominal realizando a COPE (corrida dos órgãos peritoneais na endometriose); 5 - Uso rotineiro do Manipulador Uterino e Retal; 6 - Cadarçamento do ureter; 7 - Preservação da artéria retal superior; 8 - Cuidado especial na manipulação dos órgãos ginecológicos, inclusive presença do ginecologista no transoperatório; 9 - Uso do acesso vaginal para toque transoperatório, manipulação, abertura e retirada de peças cirúrgicas (NOTES); 10 - Manejos adequados do grampeador para ressecção dos vários tipos de infiltração do retossigmoide. Resultados: Após a adaptação da padronização do tratamento cirúrgico videolaparoscópico da endometriose profunda pélvica nos últimos 3 anos, houve melhora no índice de ressecção completa das lesões, confirmadas com exame anátomo patológico, não ocorrendo complicações cirúrgicas, urológicas e gastrointestinais neste período. Conclusão: A padronização desses procedimentos na VLEP possibilita

inúmeras vantagens, desde diminuição do índice de complicações e menor índice de recidivas.

#### **VL033 - PADRONIZAÇÃO DA ABORDAGEM MÉDIO-LATERAL NA COLECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE NEOPLASIAS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO ICESP/HC-FMUSP.**

NAHAS, C.S.R.; MARQUES, C.F.S.; NAMUR, G.N.; ARAÚJO, S.E.A.; COTTI, G.C.C.; PINTO, R.A.; RIBEIRO JUNIOR, U.; CAMPOS, F.G.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

ICESP/HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Demonstrar a padronização da abordagem médio-lateral que é feita sistematicamente passo a passo em nosso serviço no tratamento das neoplasias do colon esquerdo com intenção curativa. MÉTODOS: Através de um vídeo editado de cirurgias de colectomia esquerda utilizando-se a técnica de dissecação médio-lateral realizadas pelo Serviço de Coloproctologia demonstramos passo a passo do procedimento ressaltando os principais reparos anatômicos, posicionamento da equipe cirúrgica, disposição do set de videolaparoscopia, cuidados no posicionamento do paciente, critérios de radicalidade em cirurgia oncológica e sequência dos tempos fundamentais do procedimento. RESULTADOS: O vídeo demonstra inicialmente o posicionamento da equipe cirúrgica, disposição do set de videolaparoscopia e os cuidados no posicionamento do paciente. A seguir, demonstra a sequência de dissecação que acontece seguindo-se a seguinte ordem: 1-Descolamento do ligamento de Treitz, 2-Dissecação, isolamento e secção da veia mesentérica inferior na sua raiz, 3- Descolamento do mesocolon esquerdo médio-lateral por cima da fascia de Gerota, 4- Dissecação sobre o pâncreas até atingirmos a pequena cavidade dos epiplons, 5- Descolamento completo médio-lateral do mesocolon sobre o pâncreas até a cauda do pâncreas, 6- Descolamento intercolon-epiplóico, 7- Dissecação, isolamento e secção da artéria mesentérica inferior na sua raiz, 8- Prosseguimento do descolamento médio-lateral sobre o envelope gonadal, 9- Descolamento da goteira parieto-cólica esquerda até mobilização completa do ângulo esplênico, 10- Secção da transição retossigmoideana por endogrampeamento, 11- Retirada do espécime por incisão auxiliar supra-púbica protegida, 12- Anastomose colorretal por duplo grampeamento. CONCLUSÃO: O método está bem padronizado entre os membros da equipe, sendo realizado de maneira uniforme por todos do grupo, respeitando-se os princípios oncológicos necessários para o tratamento da neoplasia do colon esquerdo.

#### **VL034 - PADRONIZAÇÃO EM CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

NADAL, L.R.M.; MARCARI, R.S.; SANTANA, A.V.; YOSHIDA, B.Y.; PERES, S.L.L.; PEDROSO, M.A.; LUPINACCI, R.A.; FARAH, J.F.M.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Demonstrar o efeito da padronização técnica em cirurgia colorretal videolaparoscópica. Método: Comparar as retossigmoideotomias realizadas por cirurgião experiente, com mais de mil ressecções colorretais videolaparoscópicas, com as feitas por médico residente em treinamento, com dez procedimentos, utilizando-se a mesma padronização técnica, também apresentada. Resultados: Tempo cirúrgico semelhante, com boa técnica operatória e redução da curva de aprendizado. Conclusão: A padronização técnica é importante no ensino do procedimento e na redução do tempo de aprendizado.

**VL035 - PARÂMETROS ANATÔMICOS REFERENCIAIS NA RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSE PARA PRESERVAÇÃO DA INERVAÇÃO PÉLVICA**

NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>

1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A endometriose é considerada como patologia profunda quando penetra mais de 05 mm abaixo da superfície peritoneal dos tecidos acometidos. As lesões estão frequentemente localizadas nos ligamentos uterosacros, fundo de-saco de Douglas, septo retovaginal e na transição retossigmoide. A endometriose profunda está geralmente associada a dor pélvica importante e infertilidade e acomete 30% a 40 % das pacientes portadoras de endometriose; destas a invasão do cólon e do reto está presente em aproximadamente 10%. Quando a lesão endometrial acomete mais de 30% da circunferência do retossigmoide ou a camada muscular profunda a ressecção segmentar se faz necessária. Os tratamentos clínicos atualmente disponíveis (hormonioterapia) visam o alívio dos sintomas, ainda que de forma transitória, uma vez que a sua interrupção acarreta em recidiva destes. Estudos demonstram que a ressecção laparoscópica do tecido afetado traz bons resultados a longo prazo em pacientes com sintomas graves e debilitantes (Sutton, 1994). É preconizada a preservação dos nervos autonômicos pélvicos no procedimento cirúrgico visando o controle neurogênico retal, vesical e das funções sexuais no pós-operatório. O presente vídeo tem o interesse de chamar atenção aos parâmetros anatômicos utilizados na retossigmoidectomia videolaparoscópica para a preservação da inervação pélvica em paciente portadora de endometriose intestinal profunda.

**VL036 - PRESERVAÇÃO DE PLEXOS NERVOSOS AUTONÔMICOS NA RESSECÇÃO COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

NADAL, L.R.M.; MARCARI, R.S.; SANTANA, A.V.; YOSHIDA, B.Y.; ESPIRITO SANTO, E.J.M.; PEDROSO, M.A.; LUPINACCI, R.A.; FARAH, J.F.M.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Não são raras as lesões dos plexos nervosos autonômicos durante a ressecção colorretal, com implicações funcionais tais como incontinências urinária e fecal e a disfunção sexual. Relatamos a segurança da via laparoscópica na identificação e na preservação dos nervos autonômicos durante as ressecções cólicas. Material: Vídeo demonstrando os nervos erigentes e os hipogástricos durante hemicolectomia esquerda videolaparoscópica. Resultados: Foram identificadas as estruturas, com preservação das mesmas. Conclusão: A via de acesso em questão foi satisfatória na preservação das estruturas, e conseqüente manutenção das funções sexual, urinária e evacuatória, nos pacientes a ela submetidos.

**VL037 - PROCEDIMENTO DE DUHAMEL MODIFICADO COM ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO EM PACIENTE COM MEGACÓLON CHAGÁSICO**

NADAL, L.R.M.; MARCARI, R.S.; SANTANA, A.V.; YOSHIDA, B.Y.; ESPIRITO SANTO, E.J.M.; PEDROSO, M.A.; LUPINACCI, R.A.; FARAH, J.F.M.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: É consagrado o procedimento para Duhamel para os portadores do megacólon chagásico. Apresentamos a via

videolaparoscópica para a realização deste procedimento operatório. Material: Vídeo editado de retossigmoidectomia com reconstrução à Duhamel, procedimento modificado, por acesso videolaparoscópico. Resultados: Procedimento realizado com sucesso, com bom resultado funcional e estético. Conclusão: A videolaparoscopia é alternativa segura para o tratamento dessa doença colorretal.

**VL038 - PROCEDIMIENTO TRREMS CON ENGRAPADORA CPH-34HV**

SARDIÑAS, C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA.

Resumo: Introducción: La aparición de nuevas tecnologías en las engrapadoras obliga a la verificación de sus capacidades en la resección de tejidos para el tratamiento de las enfermedades anorrectales. Objetivo: Valorar las capacidades de la nueva engrapadora CPH-34HV para la resección de tejidos en el tratamiento de las enfermedades anorrectales. Material Y Método: Se emplea la CPH-34HV para la realización de la técnica TRREMS (Transanal repair of rectocele and rectal mucosectomy with one circular stapler) en un paciente con síndrome de evacuación obstruida (SEO) con modificación y la posición de la misma a navaja Sevilla 8jackknife), con el consentimiento informado de la paciente. Resultado: La CPH-34HV muestra a adecuadas capacidades de resección de tejido y su engrapado. Presenta un detalle novedoso que es la transparencia de su cilindro, permitiendo ver el tejido que se seca y medor su volumen. Conclusión: La CPH-34HV es un instrumento adecuado para la técnica TRREMS y su transparencia permite evidenciar los volúmenes de tejido resecado.

**VL039 - PROCIDÊNCIA RETAL ASSOCIADA A ENTEROCELE DIAGNOSTICADA NO INTRA-OPERATÓRIO**

JORGE, J.M.N.; CORRÊA NETO, I.J.F.; ALMEIDA, J.L.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A retossigmoidectomia perineal apresenta como principais atrativos a menor morbidade e a possibilidade de reparo dos elevadores. No entanto, outros distúrbios da evacuação podem estar associados a procidência retal, tais como as hérnias do fundo de saco de Douglas, incluindo as enteroceles e sigmidoceles. O objetivo deste trabalho é relatar caso de paciente submetida a retossigmoidectomia perineal por procidência retal com evidência no intra-operatório de volumosa enterocele, a qual foi corrigida no mesmo tempo operatório. Relato de caso: Paciente feminina, 74 anos, sem comorbidades, com história de protrusão do reto com 10 meses de evolução, redutível manualmente, com sangramento discreto às evacuações e dor contínua. Nas últimas semanas o prolapso tornou-se irreduzível e surgiu quadro de incontinência anal. Antecedente de três partos vaginais. Ao exame físico, constatou-se procidência do reto e hipotonia esfinteriana acentuada. Foi submetida a retossigmoidectomia perineal e no intra-operatório foi constatado volumosa enterocele. Procedeu-se à ressecção de 30 cm de retossigmoide com anastomose coloanal manual com pontos separados de poligalactina 3-0. A operação incluiu também plicatura do músculo puborretal, redução da enterocele, fechamento do saco herniário e plicatura da parede posterior da vagina. A paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 4º dia pós-operatório. Cinco meses após, a paciente encontra-se bem e livre de recorrência. Conclusão: As anormalidades do assoalho pélvico e do fundo de saco de Douglas, incluindo a enterocele, nem sempre são diagnosticados

na avaliação pré-operatória da procidência retal. A possibilidade de ocorrência destes distúrbios associados deve ser considerada durante o intra-operatório para possibilitar tratamento adequado e minimizar as taxas de recidiva.

**VL040 - PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA CON DISECCIÓN INTERESFINTERIANA Y RESERVORIO ILEAL POR POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR**

GRZONA, E.G.; ROTHOLTZ, N.; CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.

*HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUCCION: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una patología hereditaria con transmisión autosómica dominante cuya principal característica es el desarrollo de más de 100 pólipos adenomatosos a nivel colorrectal que inevitablemente se transformaran en carcinoma de no ser tratados. Existen distintas alternativas quirúrgicas, las cuales, gracias a los conocimientos en tácticas de conservación esfinteriana y cirugía mini-invasiva, permiten actualmente un tratamiento óptimo para las PAF con compromiso del canal anal. El objetivo del presente vídeo es mostrar una proctocolectomía total laparoscópica con disección interesfinteriana y reservorio ileal por PAF. DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS: Caso clínico: mujer de 26 años con antecedentes de proctorragia y diagnóstico posterior de poliposis adenomatosa familiar con compromiso rectal extenso hasta el canal anal. A través de un abordaje laparoscópico con seis trocares se realizó una proctocolectomía total movilizandando en forma consecutiva el colon derecho, transverso, izquierdo y recto. Se completó la resección rectal con una disección interesfinteriana por vía perineal, incluyendo la mucosa comprometida del canal anal. Se reconstruyó el tránsito intestinal con un reservorio ileal en J y una anastomosis ileoanal manual. Por último se realizó una ileostomía en asa de protección. OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones otorgándose el alta hospitalaria al quinto día postoperatorio.

**VL041 - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO POR VIDEOLAPAROSCOPIA PÓS-OPERAÇÃO DE HARTMANN**  
ALMEIDA, J.L.; CAMPOS, F.G.; NAMUR, G.N.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: apresentar aspectos técnicos de acesso minimamente invasivo para reconstrução de trânsito intestinal pós-operação de Hartmann. Relato de caso: Homem, 59 anos, portador de cirrose hepática alcoólica Child A, (abstêmio desde então) pancreatite crônica, diabético e tabagista, com antecedente de operação de Hartmann por via laparoscópica por adenocarcinoma de sigmoide 2 anos antes (estádio T2N0M0). Re-estadiamento do tumor com colonoscopia e Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve não mostrou nenhum sinal de recidiva. O nível sérico de CEA estava normal. Optado por fechamento da colostomia e reconstrução de trânsito por via laparoscópica. O primeiro tempo da cirurgia consistiu em liberação da colostomia da parede abdominal, posicionamento (através de sutura em bolsa) da ogiva do grampeador circular e abandono de todo o conjunto para dentro da cavidade abdominal. A aponeurose foi então suturada parcialmente com fio de Prolene 0 (sutura contínua) de modo a se ajustar sobre o primeiro trocarte (10 mm). O pneumoperitônio foi então confeccionado e mais duas punções foram feitas, uma na cicatriz umbilical e outra na

fossa ilíaca direita. O tempo seguinte consistiu da liberação do reto sepultado. A anastomose circular mecânica foi então realizada pela técnica do duplo grampeamento. Realizado teste do borracheiro, que se mostrou positivo. Optado então por realização de incisão auxiliar de Pfannenstiel, através da qual foi realizada nova anastomose circular mecânica e mais pontos de reforço sero-muscular. O subcutâneo da ferida da colostomia foi lavado exaustivamente com solução de Clorexedine alcóolica e a pele foi fechada com pontos simples de Nylon 4-0. A incisão de Pfannenstiel foi então fechada de maneira habitual. O paciente evoluiu satisfatoriamente, sem sinais de infecção de ferida operatória e sem evidências de fístula, tendo recebido de alta hospitalar no 6º dia pós-operatório. Dois meses após a cirurgia, o paciente encontra-se bem, não tendo apresentado infecção de ferida operatória no local da estomia prévia. Conclusão: a laparoscopia constitui excelente alternativa de acesso para reconstrução de trânsito após operação de Hartmann. Pacientes operados previamente por vídeolaparoscopia apresentam mínima quantidade de aderências.

**VL042 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL DE CLOACA PÓS TRAUMA OBSTÉTRICO**

FEITOSA, M.R.; MEDEIROS, B.A.; IEZZI, L.E.; RIGUETTI, A.E.M.; ALMEIDA, A.L.N.R.; PARRA, R.S.; ROCHA, J.J.R.; FÉRES, O.  
*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, DPTO CIRURGIA E ANATOMIA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: A causa mais comum da cloaca é o trauma obstétrico. O objetivo deste vídeo é demonstrar os passos da técnica cirúrgica da plástica reconstrutiva do corpo perineal e septo retovaginal. Trata-se de uma paciente com 19 anos, primigesta, que apresentou parto expulsivo sem episiotomia. Evoluiu no terceiro dia de puerpério com infecção, necrose e contaminação fecal importante da área cruenta perineal. Foi então indicado colostomia, antibioticoterapia, e desbridamento perineal. Permaneceu internada por 7 dias e teve alta hospitalar em boas condições. Após 40 dias foi admitida para correção cirúrgica que está ilustrada no vídeo

**VL043 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL PÓS-ROTURA PERINEAL COMPLETA EM TRAUMA DE PARTO**

PINTO, R.A.; PETERSON, T.V.; ALMEIDA, J.L.; NAMUR, G.N.; CORRÊA NETO, I.J.F.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.  
*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Roturas perineais e lesões esfinterianas causam significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos. Objetivo: Apresentar um caso de reconstrução perineal com esfinteroplastia associada à perineoplastia após rotura perineal completa. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 28 anos, sem comorbidades, com história de incontinência fecal há 6 anos, após parto vaginal. A perineoplastia foi realizada 4 meses depois, com melhora parcial dos sintomas. Seu índice de incontinência na avaliação inicial era de 18 além de haver comprometimento da função sexual. Ao exame proctológico notada acentuada hipotonia esfinteriana e ausência de corpo perineal, com o septo reto-vaginal iniciando no terço médio da vagina. Manometria ano-retal revelou hipotonia moderada do esfíncter anal interno e acentuada do externo (pressão total de contração voluntária: 45,4 mmHg). Ultrassom endoanal mostrou lesão completa anterior dos esfíncteres externo e interno do ânus no canal anal médio e inferior formando ângulo de 107°. Paciente submetida à reconstrução perineal através de incisão perineal transversa entre o reto e a vagina, separando a mucosa vaginal da parede muscular do reto distal até o terço proximal da vagina. Plicatura



da camada muscular do reto distal, na transição com o esfíncter anal interno, e sobreposição dos cabos musculares do esfíncter externo. Procedida perineoplastia a partir da aproximação do músculo transverso do períneo e fechamento do ângulo do bulbo cavernoso pela equipe de ginecologia. O fechamento do períneo foi no sentido longitudinal para aumento do corpo perineal, hermeticamente após colocação de dreno de sucção exteriorizado por contra-abertura. Dois meses após a cirurgia, a paciente encontra-se completamente continente, tendo evoluído sem complicações da ferida operatória. Conclusão: O reparo cirúrgico completo com esfíncteroplastia associado à perineoplastia deve ser tentado sempre que houver alteração anatômica identificada. Os resultados anatômicos e funcionais são adequados quando o procedimento é realizado corretamente, ocasionando baixos riscos ao paciente.

#### **VL044 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA SIMULTÁNEA DE CÁNCER DE COLON Y METÁSTASIS HEPÁTICA**

**GRZONA, E.G.;** CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.; CAPITANICH, P.; ROTHOLTZ, N.

*HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUCCION: El momento ideal para el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas sincrónicas resecables continúa en debate. La resección laparoscópica combinada de colon e hígado es un procedimiento factible y seguro para el tratamiento del cáncer de colon primario con metástasis hepáticas sincrónicas. El objetivo del presente video es mostrar una resección laparoscópica simultánea de cáncer de colon derecho y metástasis hepática. DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS: Caso Clínico: mujer de 55 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon derecho y una metástasis hepática sincrónica localizada en el sector posterior derecho. El PET-TC confirma la metástasis hepática y descarta otras lesiones de secundarismo. Con el paciente en posición de Lloyd Davies modificada se utilizaron 4 trocares de 10-12 mm a nivel umbilical, región suprapúbica, fosa ilíaca e hipocondrio izquierdo. En primera instancia se identificó la localización del tumor a nivel cecal y se confirmó la topografía de la metástasis hepática descartándose otras lesiones de secundarismo peritoneal. Por medio de un abordaje medial se realiza la colectomía derecha ligando los vasos ileocólicos y ramos derechos de los vasos cólicos medios. Se realiza una anastomosis ileotransversa laterolateral con suturas mecánicas en forma intracorpórea y se introduce la pieza en una bolsa plástica que se coloca en forma transitoria en la pelvis. Colocación de un trocar accesorio de 5 mm en hipocondrio derecho, sección del ligamento triangular derecho y resección atípica de la metástasis hepática con bisturí armónico. Control de la hemostasia con argón y colocación de la pieza en otra bolsa plástica. Ambas piezas se extraen a través de una incisión de Pfannenstiel. OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: La paciente evoluciono favorablemente sin complicaciones otorgándose el alta hospitalaria al tercer día postoperatorio. La anatomía patológica diferida mostró un adenocarcinoma semidiferenciado T3 N1 con 2 ganglios positivos de 15 y una metástasis hepática con márgenes libres.

#### **VL045 - RESSECÇÃO DISCÓIDE DE ENDOMETRIOMA PROFUNDO EM RETOSSIGMOÍDEA COM USO DE GRAMPEADOR CIRCULAR - INDICAÇÕES**

**NIGRO, R.<sup>1</sup>; RIVKIND, A.<sup>2</sup>; SZOR, D.<sup>3</sup>**

*1.HOSPITAL, LEFORTE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL LEFORTE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Endometriose é uma patologia caracterizada pela presença do endométrio fora da cavidade endometrial, ectópico. A endometriose intestinal afeta principalmente o reto sigmoide e pode estar associada a dor pélvica crônica, alteração hábito intestinal e disquezia. Existem diversas técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento desta patologia na dependência das suas características: ressecção do órgão, ressecção discóide com uso de grameador e excisão da lesão. Para definição do procedimento deve-se levar em consideração o tamanho da lesão e seu grau de invasão na parede intestinal. Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 36 anos, que procurou o consultório por queixa de dispareunia. A paciente referia já ter 2 filhos e não desejar nova concepção. Na investigação foi observada a existência de endometriose infiltrativa profunda na parede anterior da transição do reto sigmoide. Submetida a abordagem laparoscópica para o tratamento cirúrgico. Foram realizadas lise das aderências e salpingectomia bilateral táctica. Após exposição da lesão, a mesma foi excisada parcialmente com eletrocauterio. Passado um ponto de vicryl 2.0 proximal e distal a lesão. Dissecada a região a ser "grampeada" introduziu-se por via anal o grameador circular. Após abaixamento do local a ser excisado, o grameador foi disparado e a área acometida pela lesão infiltrativa excisada. A ressecção discóide com utilização do grameador circular é técnica que apresenta resultado satisfatório no tratamento da endometriose intestinal profunda em casos bem selecionados.

#### **VL046 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DO CÁNCER DA JUNÇÃO RETOSSIGMOÍDEA EM ESTADIO T4 (RETOSIGMOIDECTOMIA, CISTECTOMIA PARCIAL E ENTERECTOMIA EM BLOCO)**

**FREITAS, C.D.; SCHMIDT, E.M.; DE ALBUQUERQUE, M.M.; ROSSI JUNIOR, É.E.; GERENT, W.A.; NUNES, L.A.; DA CUNHA, V.J.L.**

*GASTROCIRÚRGICA - SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: a cirurgia videolaparoscópica é considerada efetiva e segura oncológicamente para o tratamento cirúrgico do câncer colorretal. A taxa de conversão das ressecções laparoscópicas chega a quase 20% e a causa mais comum é o grau de invasão tumoral. A abordagem laparoscópica da neoplasia colorretal em estadió T4 é ainda controversa. Depende principalmente da experiência do cirurgião, da equipe e do material adequado para que se obtenha um bom resultado oncológico. O objetivo deste vídeo é apresentar um caso de ressecção laparoscópica do câncer colorretal em estadió T4 por videolaparoscopia. MÉTODO: demonstração de vídeo editado de retossigmoidectomia associada a cistectomia parcial e enterectomia em bloco por videolaparoscopia. RESULTADO: a cirurgia foi realizada em paciente masculino, com 43 anos, portador de adenocarcinoma estenosante a 18 cm da margem anal. A tomografia abomino-pélvica de estadiamento pré-operatório demonstrou espessamento da junção retossigmoídea, não identificando invasão de outros órgãos. O vídeo demonstra tumoração da junção retossigmoideana com invasão de íleo terminal e parede superior da bexiga. Realizado retossigmoidectomia, cistectomia parcial e enterectomia em bloco com anastomose mecânica colorretal término-terminal por videolaparoscopia. Através de incisão de Pfannenstiel, a peça foi extraída e foram realizadas a cistorrafia e a enteroanastomose. Ao exame anátomo-patológico: adenocarcinoma tubular bem diferenciado, 29 linfonodos, sem acometimento

neoplásico, margens livres. Paciente evoluiu com fistula no 6o dia do pós-operatório a qual foi abordada por videolaparoscopia (sutura e drenagem sem derivação) com alta no 16o dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** o tratamento da neoplasia colorretal em estadio T4, em casos selecionados, pode ser realizado por videolaparoscopia com resultado oncológico satisfatório.

#### **VL047 - RETOCOLECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR DOLICOMEGACÓLON ESQUERDO IDIOPÁTICO**

FREITAS, C.D.; SCHMIDT, E.M.; DE ALBUQUERQUE, M.M.; ROSSI JUNIOR, É.E.; GERENT, W.A.; NUNES, L.A.; DA CUNHA, V.J.L.

*GASTROCIRÚRGICA - SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** Constipação crônica associada a megacólon idiopático refratária a tratamento clínico pode ser causa de indicação de colectomia segmentar ou total. Adequada avaliação pré-operatória funcional do cólon é fundamental para o resultado satisfatório no pós-operatório. A abordagem laparoscópica para o tratamento do megacólon é uma excelente alternativa. Entretanto, é tecnicamente difícil pelo grau de dilatação cólica. O objetivo deste vídeo é demonstrar o tratamento cirúrgico laparoscópico de um caso de megacólon esquerdo idiopático. **MÉTODO:** vídeo editado de retocoliectomia esquerda e anastomose colorretal baixa por videolaparoscopia em paciente com megacólon esquerdo idiopático. **RESULTADO:** a cirurgia foi realizada em paciente feminina, 51 anos. Apresentava fecaloma e necessidade de lavagens retrógradas de repetição na vigência de tratamento clínico. Realizada pesquisa de doença de Chagas negativa. O tempo de trânsito colônico demonstrou sinais de distúrbio colônico funcional. À colonoscopia, identificou-se alteração da estrutura da morfologia do colon esquerdo com dilatação e tortuosidade. O defecograma demonstrou discinesia do músculo puborretal. Indicada colectomia esquerda laparoscópica e biofeedback no pós-operatório. O vídeo demonstra dolicomegacólon esquerdo até terço distal do cólon transversal com importante limitação do campo laparoscópico. Realizada hemicolectomia esquerda incluindo ressecção do reto superior e médio. A anastomose foi término-terminal mecânica a 8 cm da margem anal. A paciente evoluiu com obstrução intestinal por aderência e submetida a relaparoscopia no 6o dia de pós-operatório com lise das aderências com sucesso. Teve alta no 10o dia de pós-operatório. Atualmente está evacuando 1 a 6 vezes ao dia. **CONCLUSÃO:** o papel da laparoscopia nas afecções colorretais é crescente. A abordagem laparoscópica do megacólon é segura, factível e demonstra bons resultados funcionais.

#### **VL048 - RETOSIGMOIDECTOMIA SINGLE PORT POR ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE**

PEREZ, R.O.; GAMA, A.H.; LIMA, M.A.; LYNN, P.B.; NETO, A.S.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; DOMINGUEZ, M.L.  
*INSTITUTO ANGELITA & JOQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Objetivo:** Apresentar um caso clínico de uma paciente com neoplasia de sigmóide que foi submetida a Retosigmoidectomia por laparoscopia de único portal (single port). **Métodos:** Apresentação do caso e demonstração do filme da cirurgia, com especial atenção aos aspectos técnicos e dificuldades do procedimento. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, com diagnóstico endoscópico

de adenocarcinoma de sigmóide. Ao estadiamento não foram encontradas lesões secundárias. Foi submetida, então, a retosigmoidectomia laparoscópica por único portal. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente foi de alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. O histopatológico da peça cirúrgica mostrou-se tratar de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, margens livres, 32 linfonodos dissecados, todos negativos (T3N0M0). **Conclusão:** A técnica de laparoscopia com único portal pode ser utilizada com sucesso em caso bem selecionados, com iguais resultados oncológicos que a laparoscopia convencional e melhor resultado estético.

#### **VL049 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ASSOCIADA À SEGMENTECTOMIA LATERAL ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE ASSOCIADO À HEMANGIOMA ESCLEROSANTE MIMETIZANDO LESÃO METASTÁTICA**

NAMUR, G.N.; ALMEIDA, J.L.; PINTO, R.A.; NAHAS, S.C.; HERMAN, P.; MORY, E.K.; CECCONELLO, I.  
*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Objetivo:** apresentar vídeo e discutir o acesso minimamente invasivo para ressecções hepáticas e colônicas simultâneas. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, portadora de hipertensão e diabetes, com história de hematoquezia há 2 anos. Há 2 meses iniciou quadro de cólicas abdominais e distensão, que melhoravam após a evacuação. Ao exame físico não apresentava nenhuma alteração significativa. Colonoscopia revelou lesão estenosante e intransponível ao aparelho a cerca de 20 cm da borda anal (BA), em topografia de cólon sigmóide. Biópsia confirmou diagnóstico de adenocarcinoma. Realizado então estadiamento com Tomografia de abdome e pelve, que revelou lesão hepática hipoatenuante sólida de contornos irregulares, de 3 cm de extensão no segmento II, suspeita para lesão secundária, além de espessamento circunferencial do sigmóide com caráter estenosante. O nível sérico de CEA era de 6,5. Diante do quadro foi optado por retosigmoidectomia com segmentectomia lateral esquerda, ambas por videolaparoscopia. O procedimento foi realizado a partir de seis portais (um umbilical e outro epigástrico de 10 mm, e mais quatro nos flancos e fossas ilíacas, sendo que o da fossa ilíaca direita também foi de 10 mm e os demais de 5 mm) e incisão auxiliar de Pfannenstiel de 7 cm para retirada do cólon e do fígado ressecados. O procedimento iniciou pela ressecção hepática, com utilização de bisturi ultra-sônico para seccionar o parênquima hepático e grameador laparoscópico com carga vascular para secção do pedículo vascular dos segmentos correspondentes. Em seguida, o produto de hepatectomia foi armazenado em saco estéril e deixado na cavidade temporariamente. A seguir procedeu-se a retosigmoidectomia, iniciando-se pelo tratamento da veia mesentérica inferior, seguido pelo descolamento do mesocólon esquerdo da fâscia de Gerota, liberação do mesocólon transversal da borda inferior do pâncreas e descolamento intercólo-epiplóico, culminando na liberação do ângulo esplênico. Na seqüência, realizou-se o tratamento da artéria mesentérica inferior, descolamento da goteira parieto-cólica esquerda e preparação do reto para a anastomose, a qual foi mecânica e realizada pela incisão auxiliar por duplo grameamento com CDH 29 mm. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo recebido alta no 6º dia pós-operatório. O anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma de sigmóide (T3N0M0) associado a um hemangioma esclerosante em segmento II. Dois meses após a cirurgia, a paciente encontra-se assintomática e sem sinais de recidiva. **Conclusão:** A ressecção associada de lesões

colônicas e hepáticas é viável em casos selecionados. As lesões hepáticas associadas com adenocarcinoma colo-retal nem sempre são metástases. Nos casos de dúvida diagnóstica quanto à lesão hepática, a ressonância nuclear magnética pode auxiliar no pré-operatório. Na persistência de dúvida a lesão hepática suspeita deve ser ressecada.

**VL050 - RETOSSIGMOIDECTOMIA E HEPATECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICAS, EM TEMPO ÚNICO, NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA DE RETO DISTAL COM METÁSTASE HEPÁTICA**

MARQUES, C.F.; COTTI, G.C.C.; MAKDISSI, F.F.; MACHADO, M.A.; NAHAS, C.; HERMAN, P.; NAHAS, S.; JUNIOR, U.R.; CECANELLO, I.

*INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tratamento com intenção curativa do adenocarcinoma de reto distal com metástase hepática representa um desafio na prática clínica atual. Existem diferentes propostas para o melhor momento e maneira da abordagem cirúrgica, quimioterápica e radioterápica destas lesões. Estudos demonstraram que, em casos selecionados, a ressecção conjunta do tumor primário e das lesões hepáticas pode ser adequadamente realizada por via convencional, sem aumento de morbi-mortalidade. A abordagem em tempo único é estimulada principalmente nas situações com menor complexidade cirúrgica como: tumores de reto alto e cólon; lesões hepáticas que permitam ressecções menores, principalmente em lobo esquerdo. O tratamento cirúrgico dos tumores colorretais por laparoscopia está bem estabelecido e, recentemente, o mesmo vem acontecendo em relação à ressecção laparoscópica de metástases hepáticas. Estudos atuais mostraram bons resultados da abordagem conjunta por via laparoscópica do tumor colorretal e metástase hepática, entretanto, com pequeno número de pacientes. Objetivo: Descrever a execução de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal ultra-baixa com hepatectomia direita regrada sincrônica totalmente laparoscópica em paciente do sexo masculino portador de adenocarcinoma de reto distal com metástase hepática única tratado com quimiorradioterapia neoadjuvantes. Técnica: A cirurgia iniciou-se pela retossigmoidectomia com abordagem do cólon no sentido medial para lateral. Após a secção do reto distal, foi realizada a hepatectomia direita regrada com acesso intra-hepático ao pedículo glissoniano direito. Neste momento, através de um incisão supra-púbica foi retirado o produto da retossigmoidectomia e da hepatectomia seguido de ultrassonografia intra-operatória que não evidenciou lesão hepática adicional. Re-insuflando o pneumoperitônio a anastomose colorretal mecânica foi realizada, seguido de drenagem da pelve, hipocôndrio direito e confecção de ileostomia em alça. Resultados: A cirurgia transcorreu sem intercorrências. O paciente não recebeu transfusão de hemoderivados no peri-operatório e a alta hospitalar ocorreu no 10º pós-operatório. Conclusões: Embora ressecções de maior porte colorretal e hepática sejam muito raramente utilizadas na prática clínica por receio do aumento da morbi-mortalidade, é possível que a laparoscopia permita a ampliação da combinação de tais procedimentos na prática clínica, quando comparados à abordagem por via convencional.

**VL051 - RETOSSIGMOIDECTOMIA E OOFORRECTOMIA BILATERAL POR VÍDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE RETO SUPERIOR**

LOPES, R.H.<sup>1</sup>; FRAGA, J.B.P.<sup>2</sup>; OLIVEIRA, A.F.<sup>3</sup>; NASCIMENTO, A.C.R.<sup>4</sup>; RESENDE, F.A.M.<sup>5</sup>; NASCIMENTO, L.G.R.<sup>6</sup>  
*1,2,3,5. INSTITUTO ONCOLÓGICO, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 4,6. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*

Resumo: Desde 1987, quando foi descrita por Mouret a primeira colecistectomia videolaparoscópica, a cirurgia minimamente invasiva vem se desenvolvendo muito. Questionada no seu início, a videolaparoscopia nas enfermidades oncológicas já apresenta respaldo da literatura (resultado oncológico a longo prazo) em diversos tipos de câncer como: câncer de cólon, endométrio e esôfago. As vantagens deste tipo de procedimento são bastante evidentes no que se refere à recuperação pós-operatória e estética do paciente. E, hoje, vários estudos também evidenciam vantagens imunológicas, tão importantes no paciente oncológico. Objetivo: Apresentar vídeo livre de uma retossigmoidectomia e ooforectomia bilateral por videolaparoscopia em paciente com adenocarcinoma de reto superior evidenciando a técnica operatória e os tempos cirúrgicos. Materiais e Métodos: Paciente, 62 anos, sexo feminino, apresentando dificuldade para evacuar e hematoquezia. Realizada colonoscopia que evidenciou lesão ulcerada infiltrante em reto superior, a aproximadamente 12 cm da borda anal. A Tomografia de abdome e a radiografia de tórax não apresentaram alterações. Ressonância magnética de pelve apresentou espessamento parietal em reto alto sem presença de linfonodomegalia. O CEA era de 2,85. Paciente foi submetida à retossigmoidectomia e ooforectomia por vídeo laparoscopia com realização de anastomose primária. O tempo cirúrgico foi de aproximadamente 210 minutos e a paciente teve alta hospitalar no 4º DPO. A anatomia patológica da peça operatória revelou lesão ulcerada infiltrante de 3 cm, com invasão de subserosa, compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foram ressecados 38 linfonodos e todos estavam livres de doença. Conclusão: Concluímos que a vídeocirurgia é uma técnica aplicável e segura para tumores colorretais sendo possível a ressecção estendida para outros órgãos, quando necessário, num mesmo tempo cirúrgico, com resultados oncológicos semelhantes à cirurgia aberta.

**VL052 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA NO TUMOR DE RETO MÉDIO**

PINHEIRO, N.B.; CUTAIT, R.; DAUD, D.; COTTI, G.C.C.; FARIAS, R.L.S.; BERNARDO ZIEGLER, A.M.

*HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVOS: Relatar o caso de neoplasia de reto médio alto tratada com retossigmoidectomia laparoscópica. CASO CLINICO: paciente do sexo feminino, 58 anos, iniciou há seis meses quadro de sangramento anal, vermelho vivo, inicialmente atribuído a doença hemorroidária, associado a mudança de hábito intestinal. Foi submetido a colonoscopia que mostrou lesão vegetante e ulcerada, a cerca de 12cm da borda anal, que foi biopsiada, cujo exame anatomopatológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma tubular. Ao exame físico proctológico, apresentava-se sem alterações. ESTADAMENTO PRE OPERATÓRIO: CEA: 9,8 microgramas/mL; CT tórax: nódulo calcificado no ápice posterior do lobo superior esquerdo (0,4cm) (granuloma ?); RNM abdômen e pelve: espessamento parietal do reto, com aproximadamente 3,6cm de extensão, com obliteração dos planos gordurosos adjacente, cerca de 12cm da borda anal; não foram observados linfadenomegalias; ausência de líquido livre na cavidade pélvica ao exame físico - toque retal doloroso; lesão tocável à ponta do dedo indicador à cerca de 10cm da linha pectínea. IMPRESSAO CLINICA: Trata-se de uma

com neoplasia de reto médio, sem evidências de disseminação hematogênica ou peritoneal da doença. Indicada a retossigmoidectomia laparoscópica. **PROCEDIMENTO:** retossigmoidectomia laparoscópica com excisão parcial do mesorreto + linfadenectomia radical local + reconstrução com anastomose mecânica colorretal baixa + drenagem da cavidade pélvica; com a passagem do colonoscópio para identificação precisa do local da lesão. **EXAME ANATOMOPATOLÓGICO:** adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado; neoplasia avançada úlcero-infiltrativa – borrmann III; tamanho: 6,0 cm; nível de invasão: tecido adiposo perirretal; invasão vascular: presente; invasão perineural: não detectada; proliferação microglandular (“budding”): presente; componente mucinoso: não detectado; margens de ressecção: livres; Estadiamento anátomo-patológico: pT3 N2b (9/54). **EVOLUÇÃO:** Paciente evolui sem intercorrências, recebendo alta hospitalar sem dreno abdominal no 4º PO.

#### **VL053 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ONCOLÓGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

ARAÚJO, S.E.A.; SEID, V.E.; FONSECA, G.M.; BERTONCINI, A.B.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

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

Resumo: A videocirurgia por portal único ou incisão única resulta em benefício cosmético e a diminuição da agressão à parede abdominal sem abrir mão do uso do instrumental normalmente utilizado e validado durante a videocirurgia convencional por múltiplos portais. O princípio básico é o de operar por video-laparoscopia através de um acesso umbilical e remover o espécime por esse mesmo acesso. Enquanto a cirurgia através de orifícios naturais persiste experimental ou sub-clínica no que se refere ao tratamento das afecções colorretais, a cirurgia por portal único já estreou na prática clínica nos últimos três anos inicialmente com o grupo de Genebra e depois na Cleveland Clinic. Procedimentos complexos como a proctocolectomia total com bolsa ileal já foram realizados, no entanto, a principal dificuldade associada a técnica, que é a falta de triangulação, necessita de soluções. Nesse sentido, óticas, portais e instrumental curvo vêm sendo rapidamente desenvolvidos e testados. No presente vídeo, demonstra-se a realização de retossigmoidectomia videolaparoscópica em homem de 82 anos com adenocarcinoma do reto a cerca de 10 cm da borda anal. Empregou-se o portal Endocone (Storz) e telescópio de 5 mm de 50 cm de comprimento. O procedimento foi realizado com a mesma técnica da retossigmoidectomia laparoscópica multiporais. O paciente apresentou recuperação rápida e recebeu alta no quarto dia do pós-operatório. O resultado clínico e cosmético foram considerados muito bons.

#### **VL054 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL ASSOCIADA À CORREÇÃO DE ENTEROCELE**

JORGE, J.M.N.; CORRÊA NETO, I.J.F.; PINTO, R.A.; ALMEIDA, J.L.; MACHADO, S.P.G.; GUILGER, N.R.; AMARAL, S.S.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Descrita desde 1500 a.C. e com incidência anual estimada de cerca de 2,5 casos por 100.000 habitantes, a procidência retal é definida como a protrusão de todas as camadas da parede do reto através do canal anal. Acomete principalmente mulheres e associa-se a restrição social e alterações da continência anal, além de sangramento anal e dor com declínio substancial da qualidade de vida. A etiologia não é claramente definida acreditando

que a procidência decorra de uma hérnia de deslizamento do fundo de saco de Douglas já de implantação baixa ou, de acordo com teoria mais recente, de uma intussuscepção intra-retal de grau acentuado. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de retossigmoidectomia perineal associada à correção de volumosa enterocele diagnosticada no intra-operatório. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 74 anos, sem comorbidades, refere extrusão de conteúdo através da borda anal há 10 meses, redutível manualmente, sangrante e acompanhada por dor contínua nas atividades diárias. Nas últimas semanas o prolapso tornou-se irreduzível, passando a estar associado a quadro de incontinência (índice de 19). Antecedente de três partos normais sem intercorrências. Indicada retossigmoidectomia perineal devido à sintomatologia e idade da paciente. O procedimento foi realizado com a paciente em posição de litotomia, sendo realizada incisão circunferencial na parede retal, 2 centímetros acima da linha pectínea. Abertura de parede total do reto em toda a circunferência, com visualização da serosa do sigmóide protruído. Durante o procedimento foi constatada a presença grande quantidade de alças delgadas insinuadas no fundo de saco posterior, caracterizando enterocele. Realizado plicatura posterior do músculo puborretal com pontos separados de PDS 2.0 e anastomose coloanal manual, com pontos separados de fio monofilamentar absorvível 3.0, sem intercorrências. Quatro meses após o procedimento, a paciente encontra-se bem e livre de recorrência, com redução do índice de incontinência para 8. **CONCLUSÃO:** As anormalidades do assoalho pélvico associadas à procidência retal, como a enterocele, devem ser reconhecidas no intra-operatório, a fim de reduzir as taxas de recidiva pós-operatória.

#### **VL055 - SANGRAMENTO PRÉ-SACRAL NA DISSECÇÃO PÉLVICA LAPAROSCÓPICA DO CÂNCER DO RETO BAIXO: AGONIA PARA O CIRURGIÃO E RISCO PARA O PACIENTE** KOTZE, P.G.; MARTINS, J.F.; FREITAS, C.D.; FROEHNER JUNIOR, I.; ABOU-REJAILE, V.

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO E OBJETIVO:** as ressecções laparoscópicas do câncer do reto baixo tem sido cada vez mais realizadas em serviços de referência em coloproctologia. Trata-se de um procedimento complexo, onde a experiência do cirurgião, características do paciente (IMC, por exemplo) e material cirúrgico podem ser determinantes no sucesso ou nas taxas de conversão para cirurgia convencional. Na dissecação posterior, o sangramento de veias pré-sacrais é uma ocorrência grave, que pode trazer riscos para o paciente e dificuldade importante no controle da hemostasia. O objetivo deste vídeo é apresentar um caso de sangramento pré-sacral durante dissecação em uma amputação abdomino-perineal do reto por laparoscopia, mostrando a dificuldade técnica para o controle do mesmo e a rapidez necessária para uma conversão para laparotomia. **MÉTODO:** demonstração de um vídeo com 5 minutos de duração, sem edições, de um sangramento pré-sacral durante amputação abdômino-perineal do reto realizada por videolaparoscopia. **RESULTADO:** operação realizada em paciente feminina, com 73 anos, portadora de adenocarcinoma bem diferenciado do reto, submetida a neoadjuvância com 5-FU e leucovorin, associada a 5040 cGy de radioterapia convencional. Durante a dissecação posterior do mesorreto, demonstra-se um volumoso sangramento de veia pré-sacral. Discute-se as tentativas e alternativas técnicas para o controle do sangramento, e a rapidez na decisão de se converter o caso para uma laparotomia mediana, para reduzir-se a mortalidade neste tipo de situação. **CONCLUSÃO:** o sangramento pré-sacral não é uma

ocorrência rara nas disseções pélvicas para o câncer do reto baixo, e pode ocorrer tanto na via laparoscópica quanto em operações convencionais. Deve-se dispor de experiência, calma e alternativas técnicas para o controle do mesmo. A decisão para uma conversão não deve ser demorada, para se evitar complicações hemodinâmicas ainda maiores.

**VL056 - SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA DE RESSECÇÃO DE ESPESSURA TOTAL PELA RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL – TEM**

MARQUES, C.F.; NAHAS, C.S.; COTTI, G.C.; JUNIOR, U.R.; NAHAS, S.; CECCONELLO, I.; NAMUR, G.; KAWAGUTTI, F.; PINTO, R.Â.; BORBA, M.R.

*INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A cirurgia transanal endoscópica é a técnica de ressecção de lesões neoplásicas através do ânus associada a baixa morbidade e elevada eficácia. A técnica não causa complicações de disfunção urinária ou sexual e incontinência fecal é mínima e temporária. Métodos: Os autores descrevem através de vídeo, pormenores e detalhes com a sistematização da técnica de ressecção endoscópica transanal realizada no INSTITUTO DO CANCER DE SÃO PAULO – ICESP.

**VL057 - TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO SURTO HEMORRÁGICO**

PINHEIRO, N.B.; DAUD, D.; BERNARDO ZIEGLER, A.M.; COTTI, G.C.C.

*HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A videolaparoscopia na doença de Crohn tem se mostrado superior a técnica aberta sendo as suas principais indicações; doença ileocólica recorrente e primária, estenoses isoladas do intestino delgado e grosso; sepsis anorretal; obstrução por estenose ou aderência e inflamação pancólica; dor recorrente e necessidade de restabelecimento da continuidade intestinal (após operação de Hartmann). A experiência do cirurgião para o sucesso do procedimento. OBJETIVOS: Demonstrar a exequibilidade da cirurgia laparoscópica para doença inflamatória intestinal do íleo terminal e do ceco ascendente na sua fase aguda exuberante, e com repercussões hemodinâmicas, sem remissão ao tratamento clínico. CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 52 anos, com doença inflamatória intestinal em atividade em cólon direito e íleo terminal, diagnosticado através de colonoscopia, em tratamento clínico domiciliar com omeprazol, mesalazina, ciprofloxacina e metronidazol. Piora nos últimos 3 dias, associado a diarreia, calafrios e febre de 38°C. Internada para tratamento clínico. Evolui apresentando episódios de diarreia, sendo caracterizados como em “borra de café”, associado a episódios de hematoquezia. Houve melhora do quadro após a introdução de corticoideterapia no 8º dia de internação. No 10º dia de internação, apresenta sangramento intestinal importante, com queda hematócritica (HB: 7,3 g/dL), lipotímia e aumento da PCR. Realizadas medidas de suporte clínico, hemotransfusão de 2 concentrados de hemácias, e controle hidroeletrólítico, devido a não remissão do quadro com o tratamento clínico, e aos surtos de hemorragia digestiva baixa com repercussão hemodinâmica, foi indicação cirurgia por via laparoscopia, sendo realizada a hemicolectomia direita com ressecção do íleo terminal, anastomose íleo-transverso mecânica extra corpórea, latero-lateral primária, por ampliação da punção umbilical e drenagem da cavidade abdominal.

ANATOMOPATOLÓGICO: cólon direito: doença inflamatória intestinal; úlceras lineares e fissuras com tecido de granulação e reatividade histiocitária em submucosa; mucosa regenerativa com pseudopólipos entre as úlceras; agregados linfóides em submucosa; espessamento do mesocólon por leve fibroplasia e células inflamatórias; monomorfonucleares; ausência de granulomas; áreas focais de necrose da túnica muscular com exsudato fibrino-leucocitário; apêndice cecal: tumor carcinóide, neoplasia presente em subserosa e no mesoapêndice com 0,6 cm de diâmetro; íleo terminal: anatomopatológico semelhante a cólon direito. EVOLUÇÃO: evolui sem intercorrências, apresentou melhora do quadro clínico recebendo alta hospitalar no 7º PO. CONCLUSÕES: o tumor carcinóide de apêndice em sua maioria é um achado incidental da apendicite aguda; 62-78% localizam-se na ponta do apêndice. É rara a associação da Doença de Crohn e do tumor carcinóide de apêndice, sendo em 1986 apenas 9 casos documentados e em 1997 16.3 casos.

**VL058 - TRATAMENTO DE CÂNCER DE RETO PRECOCE POR DISSECÇÃO SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA E SUAS COMPLICAÇÕES**

NAHAS, C.S.R.; SHIGUEHISSA KAWAGUTI, F.; SALLES S. MEDEIROS, R.; DA COSTA MARTINS, B.; MANABU SATO, C.F.; MARQUES, C.F.S.; PINTO, R.A.; SAKAI, P.; MALUF-FILHO, F.; NAHAS, S.C.

*ICESP-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Câncer colorretal precoce é definido, segundo a escola japonesa, como sendo limitada à mucosa ou invadindo até a submucosa, independente da presença ou não de metástase linfonodal. Adenomas e carcinomas precoces colorretais podem ser divididos em 3 categorias: protusos ou polipóides, plano-elevados ou deprimidos. Alguns adenomas plano-elevados apresentam padrão de crescimento lateral e circunferencial através da parede colorretal e são chamados de LST (laterally spreading tumor), definidos como lesões com tais características e maiores que 10 mm. Através da magnificação durante o exame colonoscópico é possível identificar áreas suspeitas para carcinoma in situ ou invasivo em adenomas. O achado de lesão suspeita para câncer precoce é uma das indicações de disseção submucosa endoscópica (ESD – endoscopic submucosal dissection) para remoção de LSTs, em peça única, proporcionando análise anatomopatológica precisa, porém é procedimento de alta complexidade e sujeita a complicações. OBJETIVO: Demonstrar tratamento de LST extensa em reto através de ESD e suas complicações. MATERIAL E MÉTODO: Paciente de 66 anos, masculino, encaminhado a centro oncológico por tumor em reto detectado em colonoscopia de reastreamento. Antecedente de laparotomia por abdome agudo obstrutivo há 6 meses e AVCi prévio. À colonoscopia com magnificação, foi diagnosticado LST de 8 cm em reto, com padrão de cripta sugestivo de lesão restrita à mucosa, sendo então indicada ressecção através de disseção submucosa endoscópica. RESULTADOS: A lesão foi ressecada em peça única através de ESD. O procedimento durou 4 horas, foi realizado sob anestesia geral, havendo 2 perfurações, tratadas endoscopicamente. Um dia após o procedimento foi diagnosticado pneumotórax, pneumoperitônio e pneumoretroperitônio devido ar extravasado pelas perfurações durante o procedimento. O pneumotórax foi tratado com dreno pigtail. O paciente permaneceu internado por 7 dias, recebendo antibiótico e evoluindo sem outras intercorrências. A análise anatomopatológica mostrou tratar-se de neoplasia glandular intra-epitelial adenomatosa de alto grau

(adenocarcinoma “in situ”) com margens profunda e laterais livres. Colonoscopia de seguimento 6 meses após mostrou retração cicatricial, sem irregularidades. **CONCLUSÃO:** O tratamento endoscópico através de ESD mostrou-se eficaz na ressecção de câncer retal precoce, apesar de complicações decorrentes da curva de aprendizado.

#### **VL059 - TRATAMENTO DE HEMORROIDAS COM LASER (DOPPLER GUIADO) DEMONSTRAÇÃO DA TECNICA E RESULTADOS**

BOARINI, P.<sup>1</sup>; CANDELARIA, P.A.P.<sup>2</sup>; LIMA, E.M.R.<sup>3</sup>; BOARINI, L.R.<sup>4</sup>

*1.RESIDENCIA MEDICA HM CARMINO CARICCHIO SUS SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.RESIDENCIA MEDICA SUS SP - COLABORADOR, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.RESIDENCIA MEDICA SUS SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA DE SANTOS - GRADUANDO, SANTOS, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Objetivos: O hiperfluxo da arteria retal superior pode promover distensão do plexo hemorroidario e consequente piora no desequilíbrio do fluxo arterial venoso causando sangramento. Sabe-se também que a obliteração deste fluxo diminui e restringe estes ramos arteriais terminais, promovendo melhora dos sintomas hemorrágicos. Procuramos mostrar neste vídeo, como identificar estas arteriolas, através do sinal de doppler e fotocoagulá-las com diodo Laser, fazendo a checagem com doppler novamente. Materiais e métodos. Usamos um proctoscópio especial que contém um orifício para introdução do Doppler e verificação do fluxo arterial de ramos terminais. Após isto retiramos o Doppler e fazemos a fotocoagulação com Diodo Laser através, do mesmo orifício. Recolocamos o doppler e verificamos se o fluxo é abolido. Repetimos este procedimento em todas as horas do relógio, fazendo uma rotação com o proctoscópio. Esta técnica não requer anestesia Utilizamos 30 pacientes ( 12 H e 18 M ) alguns com outros procedimentos hemorroidarios previos. Esta técnica foi utilizada em hemorroidas de Ie II grau principalmente. Resultados; Tivemos uma boa resposta a este procedimento, com cessação do sangramento em 90% dos casos. Tivemos adesão dos pacientes na maioria dos casos. Utilizamos sedação (Midazolam) somente em 2 pacientes. O tempo medio de permanencia hospitalar foi de quatro horas. Melhora dos sintomas de 74% nos primeiros 15 dias e de 90% em 60 dias.

#### **VL060 - TRATAMENTO DE LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL EXTENSA EM RETO DISTAL ATRAVÉS DE DISSECÇÃO SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (ESD)**

NAHAS, C.S.R.; SHIGUEHISSA KAWAGUTI, F.; DA COSTA MARTINS, B.; MARQUES, C.F.S.; SALLES S. MEDEIROS, R.; SAKAI, P.; MALUF-FILHO, F.; PINTO, R.A.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.

*ICESP/HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Câncer colorretal precoce é definido, segundo a escola japonesa, como sendo limitada à mucosa ou invadindo até a submucosa, independente da presença ou não de metástase linfonodal. Adenomas e carcinomas precoces colorretais podem ser divididos em 3 categorias: protusos ou polipóides, plano-elevados ou deprimidos. Alguns adenomas plano-elevados apresentam padrão de crescimento lateral e circunferencial através da parede colorretal e são chamados de LST (laterally spreading tumor), definidos como lesões com tais características e maiores que 10 mm. Através da magnificação durante o exame colonoscópico é possível identificar áreas suspeitas para carcinoma in situ ou invasivo em

adenomas. O achado de lesão suspeita para câncer precoce é uma das indicações de dissecção submucosa endoscópica (ESD – endoscopic submucosal dissection) para remoção de LSTs, em peça única, proporcionando análise anatomopatológica precisa. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia do tratamento de LST extensa em reto através de ESD. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente de 60 anos, masculino, com LST de 10 cm em reto distal, acometendo a borda anal. À colonoscopia com magnificação, a lesão apresentava padrão de cripta sugestiva de lesão restrita à mucosa, sendo então indicada ressecção através de dissecção submucosa endoscópica. **RESULTADOS:** A lesão foi ressecada em peça única através de ESD. O procedimento durou 5 horas, foi realizado sob anestesia geral e transcorreu sem intercorrências. Após o procedimento, o paciente permaneceu internado por 7 dias, evoluindo sem intercorrências. A análise anatomopatológica mostrou tratar-se de adenocarcinoma intestinal invasivo intra-mucoso em contexto de neoplasia/diplasia adenomatosa intra-epitelial de alto grau extenso em mucosa retal, arquitetura túbulo-vilosa e medindo 10 cm no maior eixo. Nível de invasão até muscular da mucosa e margens laterais e profundas livres (estadiamento pTis). Colonoscopia de seguimento 6 meses após mostrou retração cicatricial em que a biópsia mostrou processo inflamatório crônico. **CONCLUSÃO:** O tratamento endoscópico através de ESD mostrou-se eficaz na ressecção de câncer retal precoce neste caso.

#### **VL061 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE DOENÇA DE CROHN ILEOCÓLICA E CÂNCER DE RETO EM UM TEMPO OPERATÓRIO**

SILVA, R.G.; BUZATTI, K.C.L.R.; HANAN, B.; FONSECA, L.M.; PROFETA DA LUZ, M.M.

*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **Introdução:** O objetivo deste vídeo é mostrar operação de ileocectomia para doença de Crohn e excisão total do mesorreto para câncer de reto em um tempo operatório realizada pela via laparoscópica. **Relato do caso:** Paciente M.G.O.C., feminino, 52 anos, natural de Arupuí, procedente de Belo Horizonte, MG apresentava diagnóstico de Doença de Crohn ileocólica há 18 anos. Desde 2005, não fazia acompanhamento clínico, e usava por conta própria a prednisona. Com hematoquezia de início recente foi submetida a colonoscopia que mostrou câncer de reto médio. Estadiamento com ressonância magnética evidenciou lesão T3b. Foi submetida a tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia. Não havia metástase hepática ou pulmonar no estadiamento. A tomografia de abdome mostrou espessamento do íleo terminal. Ao exame físico, apresentava tumoração palpável em fossa ilíaca direita. Foi proposto o tratamento cirúrgico simultâneo da doença de Crohn e do câncer de reto pela via videolaparoscópica. Inicialmente, foi realizada a liberação do cólon direito, sem ligadura dos vasos do pedículo, que foram ligados por transfixação após exteriorização do cólon direito no final do procedimento. O cólon direito liberado foi deixado no leito e procedeu-se à excisão total do mesorreto. Após secção do reto, foi realizada incisão transversa suprapúbica, exterizando-se o retossigmoide. A anastomose colorretal com grampeador foi realizada. O cólon direito foi finalmente exteriorizado pela mesma incisão e foi realizada ileocolostomia protetora. A paciente apresentou íleo parálítico, com necessidade de cateterismo nasogástrico. Recebeu alta no 9 dia pós-operatório após melhora do quadro clínico. A estomia foi fechada com 50 dias após a operação

primária. Conclusão: A realização de ileocectomia direita e excisão total do mesorreto simultânea é factível e a tática de exteriorizar os segmentos apenas no final da operação foi adequada.

#### **VL062 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE INTUSSUSCEPÇÃO COLOCOLÔNICA DEVIDO A LIPOMA SUBSEROZO**

SILVA, R.G.; BECHARA, C.S.; BUZATTI, K.C.L.R.; DEOTI, B.; HANAN, B.; FONSECA, L.M.; PROFETA DA LUZ, M.M.; LACERDA FILHO, A.

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Lipomas são lesões raras, com incidência entre 0,2% e 2,6%. São benignas, subepiteliais, e podem ser encontradas em qualquer localização no trato gastrointestinal, sendo mais comuns no cólon direito. Em 90% dos casos, são de localização submucosa, mas 10% são subserosas. A maioria das lesões é assintomática, quando menores que 2cm. Quando maiores que 4cm, podem causar dor abdominal, alteração do hábito intestinal, hematoquezia e sintomas de obstrução intestinal devido a intussuscepção. São os tumores que mais comumente levam a intussuscepção em adultos. Relato de caso: JES, 34 anos, com história de dor abdominal em cólica, diarreia mucossanguinolenta, hematoquezia e emagrecimento de 11 kg em 06 meses, foi submetido a colonoscopia que evidenciou grande lesão elevada, arredondada, endurecida, com contornos lobulados, ulcerada, ocupando cerca de 75% do diâmetro, sem impedir a progressão do aparelho. A biópsia identificou apenas tecido necrótico e fibrino-leucocitário. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou espessamento da parede do cólon transverso distal; CEA 0,4. O paciente foi submetido a colectomia esquerda laparoscópica. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. O exame anátomo-patológico revelou lipoma colônico subseroso medindo 3,3 cm. Conclusão: Lesões benignas como lipomas por vezes podem apresentar quadro clínico que mimetiza o de neoplasias, como no caso reportado. A intussuscepção colo-colônica é rara e na maioria das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade.

#### **VL063 - USO DA TÉCNICA DA TATUAGEM COM TINTA DA ÍNDIA EM COLONOSCOPIA**

DA ROCHA TORRES NETO, J.; NASCIMENTO, K.L.; SANTOS, A.L.; DO PRADO TORRES, F.A.

*UFS, ARACAJU, SE, BRASIL.*

Resumo: A tatuagem é uma técnica usada para realizar a localização de uma lesão antes da cirurgia ou para permitir a identificação de uma lesão durante o acompanhamento da colonoscopia (Hilliard G, 1990). Diversas tinturas estão disponíveis para a tatuagem (Price N, 2000). A maior experiência é com a utilização da tinta da Índia [Park JW, 2008; Cohen LB, 1989; Voloyiannis T, 2008] que tem duração de pelo menos 10 anos. As indicações para realização da técnica de tatuagem são: identificação e seguimento de lesões colorretais excisadas endoscopicamente, localizar as lesões no cólon que necessitam excisão cirúrgica que podem ser de difícil identificação pela palpação na laparotomia (Richter RM, 1973) e para ser marcador visível durante a laparoscopia, onde o cirurgião não dispõe da palpação e ainda tornar mais fidedigna a localização topográfica no cólon das referidas lesões [Hancock JH, 1995]. Complicações com a injeção de tinta da Índia são raras (Nizam R, 1996- McArthur CS, 1999). São descritos microabscessos no local da injeção (Alba LM, 2000), derrame de tinta na cavidade peritoneal [Park JW, 2008] e injeção no rim. As complicações podem ser evitadas pela injeção submucosa de solução

salina que direciona a tinta no espaço submucoso e redução das propriedades tóxicas da tinta da Índia por diluição (Shatz BA, 1991). Apresentamos um vídeo com a técnica da tatuagem em dois pacientes portadores de câncer de cólon confirmados por biópsia e submetidos posteriormente à cirurgia laparoscópica. Foi realizada colonoscopia e identificação da lesão. Utilizando agulha de esclerose realizamos injeção de solução salina e posteriormente injeção da tinta da Índia em todos os quadrantes. A tatuagem é um método que permite identificar lesões para seguimento endoscópico ou para identificação durante a laparoscopia ou laparotomia. Importante na localização mais fidedigna da lesão. E as complicações podem ser minimizadas por confecção prévia de botão submucoso de solução salina e diluição da tinta. UNITERMOS: colonoscopia, técnica da tatuagem, tinta da Índia.

#### **VL064 - UTILIDADE DO ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO NA DOENÇA DE CROHN DO DELGADO**

KOTZE, P.G.; MARTINS, J.F.; FROEHNER JUNIOR, I.; ABOU-REJAILE, V.

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: a doença de Crohn (DC) comumente acomete o intestino delgado, e muitas vezes procedimentos cirúrgicos são necessários para o tratamento de estenoses ou outras complicações. Nas ressecções ileo-cólicas e colectomias, o papel da videolaparoscopia está bem definido, com todas as vantagens intrínsecas ao método. Questiona-se o papel da videolaparoscopia na exploração e manejo cirúrgico nos procedimentos sobre o intestino delgado. O objetivo deste vídeo é demonstrar os aspectos técnicos de procedimentos videolaparoscópicos na DC de acometimento do jejuno e íleo. MÉTODO: demonstração de dois casos de acometimento da DC, um com doença de localização jejuno-ileal difusa e outro com estenose inflamatória do jejuno proximal. RESULTADOS: Caso 1: DC de acometimento jejuno-ileal difuso, com laparoscopia para se identificar áreas de estenoses e possíveis complicações. Exame minucioso das alças de delgado a partir do ângulo de Treitz, com identificação de múltiplas estenoses e uma fístula entero-cólica, não identificada previamente no exame de imagem. Caso 2: DC com estenose longa e inflamatória do jejuno, com intratabilidade clínica. Laparoscopia para exame minucioso de todo o delgado e cólon. Em ambos os casos, houve melhor direcionamento da mini-laparotomia realizada para ressecção das áreas acometidas e confecção de enteroplastias quando necessárias. CONCLUSÕES: apesar da limitação da via laparoscópica nos procedimentos sobre o intestino delgado, os autores preconizam este método em casos selecionados, para que se possa realizar um exame minucioso de toda a extensão do órgão. Pode-se ainda identificar áreas acometidas e principalmente direcionar mini-incisões no abdome, evitando-se assim amplas laparotomias e almejando-se uma melhor recuperação no pós-operatório.

#### **VL065 - VARIANTES TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN LUEGO DE UNA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA LAPAROSCÓPICA**

GRZONA, E.G.; ROTHOLTZ, N.; CARBALLO, F.; CANELAS, A.; BUN, M.; LAPORTE, M.

*HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUCCIÓN: La introducción de la técnica de resección total del mesorrecto ha reducido la recurrencia local y

mejorado la supervivencia en pacientes con cáncer de recto medio e inferior. Si bien el control oncológico es la prioridad en estos casos, existen distintas alternativas para la reconstrucción del tránsito y mantener la funcionalidad cuando se conservan los esfínteres. El objetivo del presente video es mostrar las principales variantes técnicas de reconstrucción luego de una resección anterior baja laparoscópica. DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS: Luego de mostrar una resección anterior baja laparoscópica se describen en forma consecutiva aspectos técnicos de: una anastomosis colorrectal terminoterminal con sutura mecánica; un reservorio colónico en J, un reservorio ileal en J, una coloplastia y una anastomosis coloanal manual, luego de una resección interesfinteriana. OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: La tendencia hacia una mayor conservación de esfínteres, junto al desarrollo de suturas mecánicas y técnicas de abordaje miniinvasivo, permiten ofrecer distintas alternativas de reconstrucción del tránsito para mantener la funcionalidad en pacientes con cáncer de recto medio y bajo.

**VL066 - VIDEOCIRURGIA DO CÓLON POR INCISÃO ÚNICA SEM EMPREGO DE PORTAL DEDICADO**

ARAÚJO, S.E.A.; SEID, V.E.; FONSECA, G.M.; BERTONCINI, A.B.; NAHAS, S.C.; CECCONELLO, I.  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A videocirurgia colorretal realizada por portal único ou incisão única resulta em evidente benefício cosmético e provavelmente menor dor como resultado da menor agressão à parede abdominal. Associadamente, é possível realizar a técnica com emprego do instrumental normalmente utilizado durante a videocirurgia por múltiplos portais. Para a realização das operações por portal único, dispositivos especiais descartáveis ou reutilizáveis, já com autorização para utilização no Brasil, foram desenvolvidos. Esses dispositivos compartilham vantagens associadas à sua utilização tais como: múltiplos acessos de 5,10 ou 12 mm construídos no mesmo portal; • via de insuflação e via de drenagem do gás carbônico; possibilidade de ampliação da incisão cirúrgica e resinsuflação se necessário; e tampa de trabalho giratória que permitem nova disposição do instrumental de acordo com a necessidade; Como desvantagem associada ao uso desses dispositivos, há o incremento no custo. No

presente vídeo, demonstra-se a realização das operações de colectomia direita e apendicectomia por videolaparoscopia por incisão transumbilical única sem o emprego de portais dedicados com realce às limitações técnicas enfrentadas.

**VL067 - VÍDEO DEMONSTRATIVO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETOCELE, POR VIA ENDO-ANAL COM SUTURA MECÂNICA**

ORTEGA, F.P.; REIS NETO, J.A.; REIS JUNIOR, J.A.; KAGOHARA, O.H.; NETO, J.S.

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

Resumo: Na atualidade a constipação é um sintoma bastante comum que afeta a indivíduos de qualquer idade. A constipação é interpretada pelos pacientes como um incomodo constante ante um ato fisiológico normal e traduzida pela falta de evacuações regulares ou pela impossibilidade de efetuá-las com facilidade e sem inconvenientes. Existem diversas causas para a constipação, algumas mecânicas e outras fisiológicas. As mecânicas podem ser a tradução de anormalidades anatômicas ou funcionais ao nível do reto. Uma das causas mais comuns é a denominada obstrução defecatória proctógena, onde o problema se associa com a incapacidade de esvaziamento retal satisfatório. No sexo feminino uma das causas mais comuns de bloqueio defecatório é a retocele. A diminuição ou adelgaçamento do tabique reto-vaginal e o aumento da pressão intra-abdominal produzida pela contração da parede anterior e a descida do diafragma pélvico expõe a parede anterior do reto à compressão direta das alças intestinais, propiciando o mecanismo de bloqueio defecatório. Tratamento: o tratamento clínico (biofeedback e dieta) é indicado para a para a retocele de primeiro grau. Para as retoceles de grande volume o tratamento cirúrgico com a reconstrução cirúrgica do tabique reto-vaginal, por via trans-anal ou perineal, representa a melhor opção. A utilização da sutura mecânica na obliteração da parede retal anterior é uma alternativa que propicia excelentes resultados com baixo índice de complicações e pode ser realizada em regime ambulatorial. O vídeo demonstra a técnica utilizada da reconstrução do tabique reto-vaginal por via endo-anal. Conclusão: a reconstrução do tabique reto-vaginal em pacientes com retocele de grande volume por meio da sutura mecânica, por via endo-anal, representa uma variação técnica com excelentes resultados.