

TEMAS LIVRES

TL01 - ADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: UM ACHADO COLONOSCÓPICO INCIDENTAL

SCHIRMER D1, SPARVOLI AC1, SPARVOLI J1, DAMIN D2, VARGAS GS1, KIELING PJ1, ZOGBILI, HEUSER G1

1. FURG, Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Grande
2. UFRGS, Faculdade Medicina da Universidade Federal do Rio Grande Sul

Introdução: a mucocele de apêndice é qualquer dilatação globular, cística do apêndice preenchido por mucina. Em revisão da literatura, evidenciam-se apenas 1 imagem diagnósticas de intussuscepção de mucocele de apêndice com diagnóstico feito pela colonoscopia, aumentando a relevância do achado de nosso caso. **Objetivo:** chamar a atenção para a possibilidade diagnóstica de mucocele de apêndice pela colonoscopia, juntamente com todos os seus benefícios de um diagnóstico e tratamento precoce frente as suas complicações. **Método:** paciente, feminina, branca, 42 anos, assintomática, submeteu-se à colonoscopia para screening para câncer colorretal. Mãe com adenocarcinoma de reto. Exame físico e laboratoriais sem particularidades. À colonoscopia, tumoração em topografia do óstio apendicular medindo, aproximadamente, 5 cm, esférica, esbranquiçada, submucosa apresentando vasos preservados. Em cólon direito, lesão submucosa de coloração amarelada com 3x2 cm com aspecto compatível com de lipoma. O anatomopatológico da biópsia por colonoscopia, descreve a lesão com moderado infiltrado inflamatório misto, difuso, inespecífico e ausência de atipias. A investigação segue-se com ct de abdome que revela uma imagem com calcificações em aspecto em alvo, sugerindo intussuscepção do apêndice em luz do ceco. Uma vez que a tumoração compromete a base do apêndice realizou-se colectomia direita, que evidenciou apêndice com aspecto cístico de conteúdo mucinoso, com vacúolos de mucina em sua parede, núcleos sobrepostos, em alturas diferentes, hiperchromasia com displasia de baixo grau. Epitélio tipo colunar achatado pela distensão do apêndice. Núcleos de aspecto alongados. Membrana basal íntegra. O diagnóstico histopatológico: adenoma mucinoso de apêndice. **Resultados:** o cistoadenoma de apêndice é considerado uma entidade rara observada em 0,07 a 0,3% das apendicectomias. Atinge preferencialmente o sexo feminino, com média de idade de 45 anos, sem relação com história familiar. **Conclusão:** o adenoma de apêndice, bem como outros casos de mucocele do apêndice, podem ser detectados incidentalmente em exames diagnósticos como na colonoscopia, fornecendo uma oportunidade importante para o diagnóstico precoce e adequado tratamento, evitando suas possíveis complicações.

TL02 - FREQUÊNCIA DE PÓLIPOS CÓLICOS PÓS POLIPECTOMIAS

RODRIGUES, LV1, REGADAS, FSP1, MURAD-REGADAS, SM1, RIBEIRO, FJC1, KENMOTI, VT1, BUCHEN, GM1, DIÓGENES, CVVN1, SOUSA, FJA1

1. UFC, Universidade Federal do Ceará
2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: a relação entre pólipos e carcinoma colorretal torna necessário o seguimento pós polipectomia com colonoscopia para paciente submetidos à retirada endoscópica de pólipos intestinais. **Objetivos:** avaliar a frequência de novos pólipos em pacientes submetidos à polipectomia prévia. **Métodos:** avaliaram-se retrospectivamente os relatórios de colonoscopia provenientes do hospital universitário walter candidó e hospital são carlos. Foram analisados sexo, idade, preparo

intestinal, achados e procedimentos endoscópicos. **Resultados:** no total de 705 relatórios, 90 (13%) foram indicadas para o controle de polipectomia, sendo 24 (27%) do sexo masculino e 66 (73%) feminino. A média de idade dos pacientes foi de 58anos. O preparo intestinal foi realizado com solução de fosfato monobásico e dibásico de sódio, obtendo bons resultados em 67 (74%). Quanto aos achados endoscópicos, evidenciou-se cólon normal em 39 (43%), presença de pólipos em 36 (40%), divertículos associados a pólipos em 11 (12%), e doença diverticular em 4 (5%). Polipectomia endoscópica foi realizada em 39 (43%) e biópsia em 5 (5%). **Conclusão:** no seguimento colonoscópico pós polipectomia, os achados mais freqüentes foram novos pólipos e exame normal e a polipectomia foi o procedimento realizado na quase totalidade dos exames.

TL03 - ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER COLO-RETAL TRATADO EM HOSPITAL PÚBLICO NO BRASIL

CAMPOS, FG, OCAMPOS, GUILHERME, PEREZ, RO, IMPERIALE, AR, SEID, VE, SOUSA JR, AHS, NAHAS, SC, CECCONELLO, I
1. HC-FMUSP, Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da USP

Introdução: o tratamento cirúrgico de portadores de polipose adenomatosa familiar (PAF) tem por objetivo evitar o desenvolvimento de câncer colo-retal (CCR). A realização de ressecções laparoscópicas do cólon e reto ainda representa motivo de controvérsia na literatura. **Objetivos:** apresentar os resultados do tratamento cirúrgico por acesso vídeo-laparoscópico em pacientes com paf, fazendo uma correlação com os dados da literatura. **Métodos:** analisaram-se prospectivamente os resultados do tratamento cirúrgico em 26 pacientes operados entre 2003 e 2009. **Resultados:** foram tratados 11 (42. 3%) homens e 15 (57. 7%) mulheres, com idade média de 28. 3 anos (13-65). Sete pacientes (26. 9%) tinham ccr associado à polipose. Os procedimentos realizados foram proctocolectomia com ileostomia definitiva em 3 (11. 5%), proctocolectomia com ileostomia em 17 (65. 4%), proctocolectomia sem ileostomia em 1 (3. 8%) e colectomia total com anastomose íleo-retal em 5 pacientes (19. 2%). Foi necessária conversão em apenas 1 paciente (4. 0%). Nenhum paciente requereu transfusão sanguínea no período peri-operatório. O tempo médio das operações foi de 298 minutos (200-390 minutos). Ocorreram complicações pós-operatórias em oito doentes (30. 8%), classificadas como maiores em 5 e menores em 3. Quatro doentes (15. 4%) foram reoperados por diversas causas. O tempo de hospitalização variou de 4 a 16 dias (média de 7. 3 dias). Apenas um paciente teve óbito resultante de insuficiência respiratória por passado de doença pulmonar crônica. Uma breve revisão da literatura mostra que não existem estudos clínicos randomizados comparando ressecções laparoscópicas assistidas com convencionais, sendo que a maioria dos estudos é representada por séries pequenas que misturam pacientes com paf e colite ulcerativa. De maneira geral, observa-se que embora as operações laparoscópicas estejam associadas a maior tempo operatório, determinam vantagens relacionadas à recuperação operatória precoce, complicações, permanência hospitalar e cosmeses. **Conclusões:** 1) a confecção de colectomias totais ou proctocolectomias vídeo-assistidas em pacientes com paf é segura e provê excelentes resultados operatórios a curto prazo quando realizadas por equipes experientes; 2) são ainda necessários estudos prospectivos e randomizados para comparar sua real eficácia frente aos procedimentos convencionais.

TL04 - AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS GASTRODUODENAIIS E JEJUNAIIS NA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR POR ENTEROSCOPIA ASSOCIADA AO NBI

CAMPOS, FG, KUGA, R, COSER, R, PEREZ, RO, IMPERIALE, AR, SEID, VE, NAHAS, SC, CECCONELLO, I

1. HC-FMUSP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) constitui doença genética com grande risco para o desenvolvimento de adenomatose duodenal e eventualmente carcinomas duodenais. Classicamente, recomenda-se a avaliação do estômago e duodeno com técnicas endoscópicas de visão frontal e menos comumente de visão lateral. Entretanto, ainda são limitadas as informações sobre pólipos jejunais nessa população. **Objetivos:** avaliar a incidência de pólipos no trato digestivo superior e no intestino delgado de pacientes com PAF. **Métodos:** Pacientes com PAF foram prospectivamente submetidos a procedimentos endoscópicos julho a setembro de 2008 utilizando enteroscopia (Single-Balloon enteroscopy – SBE) em associação ao NBI (Narrow-band Imaging System). A análise de dados incluiu sexo, idade, período do exame, extensão da Introdução do aparelho, localização e natureza dos pólipos, histologia e complicações. **Resultados:** Foram examinados 28 pacientes (7 homens e 21 mulheres) com idade média de 34.5 ± 9.4 anos. A duração total dos procedimentos foi de 44 ± 14.5 minutos. O enteroscópio progrediu numa extensão média de 125 cm (60-200 cm) além do Treitz. Vinte e três doentes (82.1%) tinham sido previamente operados [média de 1.9 procedimentos (1-4 operações)] antes do exame endoscópico. Foram detectados pólipos gástricos em 8 pacientes (apenas um adenoma com atipia leve, 12.5%), duodenais em 22 pacientes [78.5%] (20 adenomas com atipia leve – 91%, 1 adenoma com atipia moderada – 4.5%, e 1 adenocarcinoma intramucoso bem diferenciado – 4.5%); e jejunais em 12 pacientes [42.8%] (12 adenomas com atipia leve). Quando foram encontrados adenomas duodenais (22 pacientes), pólipos jejunais também estavam presentes em 50% deles (11/22). Não houve complicações maiores como sangramento, pancreatite, perfuração ou relacionadas à sedação; entretanto, observou-se laceração superficial da mucosa jejunal em 11/23 pacientes (47.8%) com cirurgias abdominais prévias. **Conclusões:** 1) a incidência de adenomas duodenais e jejunais na PAF é alta; 2) o risco de degeneração dos adenomas duodenais, embora pequeno, ressalta a necessidade de estabelecer vigilância endoscópica para indicar polipectomia, fulguração ou tratamento cirúrgico profilático em lesões de maior risco; 3) a utilização de enteroscopia com balão único associada com o sistema NBI constitui uma ferramenta segura na investigação diagnóstica das lesões, além de permitir procedimentos terapêuticos no seguimento desses pacientes.

TL05 - EXISTEM FATORES CLÍNICOS PREDITIVOS DA ASSOCIAÇÃO DE CÂNCER COLO-RETAL COM A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ?

CAMPOS, FG, FREITAS, IN, IMPERIALE, AR, SEID, VE, KISS, DR, SOUSA JR, AHS, NAHAS, SC, CECCONELLO, I

1. HC-FMUSP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: a polipose adenomatosa familiar (paf) é afecção genética responsável por menos de 1% dos casos de câncer colo-retal (crr), e as metas de seu tratamento incluem o diagnóstico precoce e a realização de colectomia profilática antes do desenvolvimento de câncer. **Objetivos:** o presente trabalho visou avaliar as características clínicas da paf em nosso meio, correlacionando-as com a presença de crr associado à síndrome. **Métodos:** analisaram-se os dados clínicos de pacientes com paf atendidos entre 1977 e 2006, coletando informa-

ções em relação à idade, história familiar, sintomas, gravidade da polipose e associação com crr. **Resultados:** foram tratados 41 (46.67%) homens e 47 (53.4%) mulheres. A idade média e variações foram de 33,6 (13-80) no início das manifestações clínicas, 34,6 (15-80) no diagnóstico da doença e 36,8 anos (15-82) por ocasião do tratamento. Por ocasião do diagnóstico da paf, encontrou-se crr em 53 pacientes (60,2%), com incidência de 9.1% até 20 anos, 58% entre 21-40 anos e 85% acima de 41 anos de idade. História familiar para a síndrome foi reportada por 58 doentes (65.9%), grupo em que a idade média não diferiu daqueles sem antecedentes (33.4 vs. 34.4 anos). Apenas 10.2% dos pacientes eram assintomáticos; grupo em que a incidência de crr foi significativamente menor quando comparado aos doentes sintomáticos (1.1% vs. 65.8%). Os pacientes sem crr associado apresentaram menor tempo médio de sintomatologia (15.2 vs. 26.4 meses) e menor frequência de perda de peso (11.4% vs. 33.9%) quando comparados aos com câncer. À colonoscopia, o fenótipo de polipose atenuada foi detectado em 12 pacientes (14.3%); neste grupo a idade média foi mais alta que naqueles com polipose grave (48.2 vs. 33.5 anos) e a incidência de crr foi similar (58,3% em ambos). **Conclusões:** 1) em nosso meio, o diagnóstico de paf é geralmente feito em pacientes sintomáticos, que exibem um risco significativamente aumentado de crr após a segunda década de vida; 2) nessa faixa etária, a existência de antecedentes familiares não contribui para o diagnóstico mais precoce da doença; 3) o risco de crr está associado com características clínicas como maior idade, perda de peso, presença e duração dos sintomas; 4) o risco de crr é semelhante em pacientes com fenótipo atenuado ou clássico da polipose.

TL06 - FATORES PREDITIVOS DE NÃO FECHAMENTO DA ESTOMIA DESFUNCIONALIZANTE PARA ANASTOMOSE BAIXA NO CARCINOMA RETAL

FORMIGA, F.B., CREDIDIO, A.V., CRUZ, S.H.A., FANG, C.B., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: a retossigmoidectomia abdominal com anastomose baixa para tratamento do adenocarcinoma de reto trouxe preservação esfinteriana para muitos pacientes que outrora eram submetidos a amputação abdomino-perineal. Em contrapartida, a estomia que deveria ser usada para derivação temporária desta anastomose permanece definitiva para alguns pacientes. **Objetivos:** determinar os fatores preditivos de não fechamento da estomia desfuncionalizante na retossigmoidectomia abdominal com anastomose baixa para tratamento do adenocarcinoma de reto. **Métodos:** análise retrospectiva dos pacientes submetidos a retossigmoidectomia com anastomose baixa e estomia derivativa, para tratamento de carcinoma retal, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2008 na irmandade da santa casa de misericórdia de são paulo. Comparamos 22 pacientes que fecharam a estomia (grupo a) com 10 pacientes que não fecharam (grupo b). Dezesesseis fatores foram analisados: sexo, idade, localização do tumor, comorbidades, neoadjuvância, cirurgia alargada, estadió intra-operatório, dias de internação, complicações cirúrgicas, estadió anatomopatológico, margem da ressecção, quimioterapia adjuvante, radioterapia adjuvante, complicações na anastomose, na estomia e no seguimento do paciente. **Resultados:** os pacientes estudados se distribuíam de forma igualitária entre os sexos, com média de idade de 59 anos com desvio padrão de 15,24 anos. Cinquenta por cento dos pacientes apresentavam tumor de reto médio. 31,25% dos pacientes não fecharam a estomia. O tempo médio de seguimento foi 11,5 meses. A comparação entre o grupo a e b para todos os fatores analisados demonstrou significância estatística apenas na complicação pós-

operatória. Os demais fatores se distribuíram igualmente entre os grupos. Conclusões: a taxa de não fechamento é alta, porém nem fatores relacionados ao doente, ao tumor, a terapêutica, a anastomose, a estomia nem tampouco ao seguimento oncológico, foram preditivos deste índice. A complicação pós-operatória foi o único fator significativo, demonstrando que ainda é um desafio reduzir tal porcentagem.

TL07 - DISFUNÇÃO URINÁRIA E SEXUAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO

FORMIGA, F.B., CABRAL, P.H.O., MENEZES, A.D., ROCHA, G.B., CRUZ, S.H.A., FANG, C.B., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: a excisão total do mesorreto (etm) é o tratamento oncológico loco-regional mais adequado para o adenocarcinoma de reto. As disfunções urinárias e sexuais que podem advir deste tratamento são por vezes negligenciadas. Objetivos: descrever a ocorrência de disfunção urinária e sexual em pacientes submetidos a etm para tratamento de câncer de reto, identificando possíveis fatores de risco. Métodos: avaliação clínica da função sexual e miccional após o tratamento do tumor de reto através de retossigmoidectomia (ra) ou amputação abdomino-perineal (aap) com excisão total do mesorreto nos pacientes operados entre janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Resultados: foram analisados 40 pacientes, sendo 62,5% aap e 37,5% ra. A média de idade foi 61,05±12,11 anos, com 57,5% do sexo masculino. O tempo médio de pós-operatório foi 25 meses. Sintomas urinários pós-operatórios foram observados em 45% dos pacientes. Cirurgia, radioterapia e idade não foram fatores de risco para a disfunção urinária, já o sexo mostrou que os homens tiveram mais sintomas urinários (56,52%) que as mulheres (35,29%). Quanto a função sexual masculina, 52,17% mantiveram ereção. A ejaculação retrógrada ocorreu em 56,52% dos casos. Observou-se diminuição significativa de 12 relações/mês para 2,64. Cirurgia, radioterapia e idade também não foram fatores de risco para disfunção sexual masculina, porém a radioterapia neoadjuvante mostrou mais disfunção que a adjuvante. A presença da estomia foi determinante para pior função sexual nos homens, diferente das mulheres. Dentre as mulheres, 52,94% tinham vida sexual ativa prévia a cirurgia. Dessas 42,85% relataram ausência de orgasmo após a cirurgia, principalmente aquelas submetidas a ra. A frequência da atividade sexual também caiu significativamente de 7,72 relações/mês para 2,69, com diminuição mais acentuada entre as mulheres com estomia. Conclusões: a excisão total do mesorreto com tentativa de preservação autonômica para o tratamento cirúrgico do câncer de reto representa um avanço importante em relação à cirurgia oncológica não funcional, porém a morbidade a longo prazo do procedimento, representada fundamentalmente por disfunções urinárias e sexuais, não é desprezível e deve ser abordada ativamente no pós-operatório.

TL08 - REVISÃO SISTEMÁTICA DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE BIOLOGIA MOLECULAR NAS METÁSTASES HEPÁTICAS DO CÂNCER COLORRETAL

KOSZKA, A.J.M., FORMIGA, F.B., GALLO, A.S., AQUINO, C.G.G., RIBEIRO, M.A., SANTOS, M.F., FERREIRA, F.G., SZUTAN, L.A.

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Introdução: as neoplasias eclodem de uma falha na divisão celular e nos mecanismos de controle que evitam a perpetuação dessas falhas. Atualmente, devido a maus hábitos alimentares e intestinais o câncer

colorretal começou a tornar-se cada vez mais prevalente na população. Um fator prognóstico limitante da sobrevida nesses casos e de grande importância é via de drenagem venosa dos cólons e do reto. Amparado por essa drenagem sanguínea natural pelo sistema portal as metástases do câncer colorretal se alojam com grande facilidade no fígado. Novos medicamentos quimioterápicos e técnicas de aplicação também promovem uma melhora sensível da sobrevida atingindo até 60% em 5 anos quando associadas à cirurgia. A determinação da escolha do tipo de tratamento é baseada em laudos anátomo-patológicos. O prognóstico e o seguimento para a identificação de recidivas ou de metástases atualmente é determinado principalmente pela evolução dos valores séricos do cea. Não é possível determinar antecipadamente qual câncer tem o potencial de formar metástases e qual tem um perfil biológico menos agressivo. Entretanto, saber que a agressividade das neoplasias depende de um comportamento biológico comandado pela expressão genética de cada tumor traz à tona um novo desafio: o estudo da biologia molecular do câncer colorretal e de suas metástases hepáticas. Objetivo: avaliar o estado da arte da biologia molecular aplicada ao diagnóstico e prognóstico do câncer colorretal e das metástases hepáticas. Métodos: revisão sistemática da literatura médica especializada na base de dados pubmed resultados: obtivemos 72 artigos considerados relevantes no diagnóstico e seguimento do câncer colorretal baseados em técnicas de biologia molecular. A técnica empregada com maior frequência nestes estudos foi a do microarray. Os resultados são pouco específicos, pois avaliam uma grande série de genes expressados em uma amostra de tecido. A técnica mais precisa é a do pcr em tempo real. Os resultados obtidos são um valor absoluto da expressão do gene, mas para que haja validade é preciso que o gene seja de interesse e participe de alguma forma da cascata evolutiva das neoplasias e das metástases. Conclusões: partindo de resultados confiáveis da expressão de genes de proteínas relacionadas aos mecanismos de formação de metástases poderia ser possível estimar o potencial gerador de metástase para o fígado de cânceres colorretais e baseado nisso escolher o melhor tipo de tratamento.

TL09 - AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CITORREDUTORA E QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL

OLIVEIRA TAN, LOPES F, BOTREL SRS, MACEDO AP, GARCIA SLM, PAIVA RA

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a neoplasia de cólon pode apresentar disseminação transcelômica resultando em carcinomatose peritoneal. Em 25% dos casos, a cavidade peritoneal pode ser considerada como sítio primário de metástase, não evidenciando doença disseminada. Recentes estudos sugerem o uso da cirurgia citorredutora associada à quimioterapia intraperitoneal para o tratamento de neoplasias com este padrão de disseminação. No entanto, tal abordagem se relaciona com alta morbidade e mortalidade. Objetivo: avaliar aspectos clínicos e laboratoriais de pacientes submetidos à cirurgia citorredutora associada com quimioterapia intraperitoneal durante permanência no centro de tratamento intensivo. Método: pacientes submetidos à cirurgia citorredutora associada com quimioterapia intraperitoneal foram avaliados retrospectivamente. Resultados: doze pacientes submetidos à cirurgia citorredutora, com idade média de 49 anos, sendo 5 mulheres e 6 homens, foram avaliados retrospectivamente. Quatro pacientes possuíam diagnóstico de adenocarcinoma colorretal, sete de pseudomixoma e um de mesotelioma. A quimioterapia intraperitoneal foi realizada em 9(75%) pacientes. O tempo de duração de cada cirurgia variou entre 4h e 21h, sendo a média de 11h. O tempo de permanência no centro de tratamento intensivo variou entre 2 e 50 dias.

Dez pacientes evoluíram com algum quadro de sepse e utilizaram antibióticos. Infecção fúngica ocorreu em 5(42%) pacientes. Nove(75%) pacientes necessitaram do uso de aminas, sendo que o uso não ultrapassou o 11o dpo. Transfusão de hemoderivados foi necessária em 9 pacientes. A deiscência da ferida operatória(33%), a sepse abdominal(25%), a fístula pancreática(17%) e a fibrilação atrial(17%) foram as complicações mais prevalentes. Óbito ocorreu em um paciente durante permanência no centro de tratamento intensivo. Conclusões: os resultados obtidos pelo estudo evidenciam a cirurgia citorrredutora associada com quimioterapia intraperitoneal como uma abordagem de alta morbidade e mortalidade. Além do desafio de realizar um procedimento de grande porte e extenso, a equipe médica conduzirá um pós-operatório de alta complexidade. Em nosso meio, há poucos trabalhos que abordam o pós-operatório destes pacientes, sendo necessário novos estudos.

TL10 - ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA, OBESIDADE ABDOMINAL E RISCO DE NEOPLASIA DE CÓLON: ESTUDO PROSPECTIVO

SILVA, E.J.1, PELOSI, A.2, ALMEIDA, E.1

1. HSE RJ, Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro2. CP, Casa de Portugal

Introdução: a obesidade é descrita como fator de risco para neoplasia de cólon. Objetivo: avaliar a associação do excesso de peso e da obesidade abdominal na incidência de neoplasia colorretal, adenocarcinoma ccr e adenoma ad. Métodos: 1287 pacientes com idade igual ou superior a 50 anos foram submetidos a colonoscopia completa no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, tendo índice de massa corpórea imc e razão cintura- quadril rcq, medida em centímetros, calculados. Considerou-se obesidade imc ≥ 30 kg/m². Teste t de student foi usado para análise estatística de média e desvio padrão e qui-quadrado para números absolutos. P< 0,05 foi considerado significativo. Nenhum paciente pertencia a grupo de risco para ccr e adenoma ad. Resultados: tivemos 455 do pacientes do sexo masculino e 832 do feminino. Lesões neoplásicas foram encontradas em 542 (42,1%), sendo 231 (50,7%) homens e 311 (37,3 %). Imc ≥ 30 ocorreu em 43 (18,6%) de ccr/ ad em homens e 84 (27%) em mulheres p>0,05. Pacientes de imc < 30 com ccr/ ad foram 188 (49,4%) homens e 227 (36%) mulheres p>0,05. Rcq foi de 0,96+/-0,05 para homens com neoplasia e 0,94+/-0,07 sem neoplasia p/=30 não estaria associada a risco de neoplasia colorretal, porém a obesidade abdominal seria um fator de risco, mais nítido no homem.

TL11 - ADENOCARCINOMA DE RETO: ANÁLISE COMPARATIVA DE CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS COM E SEM O USO DE TERAPIA NEOADJUVANTE

CREDIDIO, L., LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.S., FAGUNDES, J.J., COY, C.S.R.

1. UNICAMP, Universidade de Campinas

Pacientes com adenocarcinoma de reto, atualmente, são submetidos à radioterapia pré-operatória com o objetivo de diminuir a recidiva local/regional. Objetivo: comparar dados histopatológicos de peças cirúrgicas em portadores de adenocarcinoma de reto com e sem emprego de radioterapia neoadjuvante. Casuística e métodos: foram avaliados 164 pacientes portadores de adenocarcinoma retal, atendidos no ambulatório de coloproctologia do hospital da clinicas - unicamp, no período compreendido entre 1989 a 2009. Foram excluídos oito pacientes que não foram submetidos ao tratamento cirúrgico e três por estarem com prontuários incompletos, resultando em 153

pacientes, com idade média de 63,81 anos dos quais 77 pacientes pertencentes ao sexo feminino (50,3%). Para a análise da sobrevida foram analisados os óbitos e pacientes com sobrevida acima de 48 meses. Os pacientes foram divididos em três grupos: grupo a, com 70 pacientes (45,75%) submetidos somente a radioterapia pré-operatória, grupo b, com 42 pacientes (27,45%) submetidos à radioterapia e quimioterapia neoadjuvante e grupo c 43 paciente (28,10%) sem submissão ao tratamento pré-operatório. Os grupos foram comparados quanto ao estadiamento tnm (m. D. Anderson surgical oncology, quarta edição (2006), recidiva local e sobrevida. Para a análise dos dados foram utilizados os seguintes testes: qui-quadrado, t de student, exato de fisher e mann-whitney. Para a análise da sobrevida foi utilizado o teste de log-rank e wilcoxon. Resultados: com relação a classificação tnm do total de pacientes, 34,61% resultaram em estágio i, 31,29% em estágio ii, 32,65% em estágio iii e 1,36% em estágio iv. A média de sobrevida no grupo a foi de 73,68 meses, do grupo b foi de 84,55 meses, do grupo c 75,5 meses. Não se observou diferenças com relação à classificação tnm, invasão tumoral, acometimento de linfonodos, presença de metástases e sobrevida (p>0,05), o estadiamento ii foi mais freqüente no grupo a e b (36,4%) em relação ao grupo c (17,5%) e o estadiamento iii foi maior no grupo c (42,5%) em relação aos grupos a e b (29%)(p=0,09). Conclusão: nesta casuística, a terapia neoadjuvante não alterou o estadiamento tnm global e a sobrevida dos pacientes, no entanto pode estar associada à maior citorrredução quando empregada com quimioterapia.

TL12 - AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, TRATAMENTO E SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE CÓLON METASTÁTICO

MOTANC, ISAAC RR, AZEVEDO IF, OLIVEIRA EC, KAOULEAS, FELIPE DAR, LEITE PCCA, ALMEIDA ACC

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina

Introdução: o carcinoma colo-retal assume uma maior importância devida sua alta incidência e mortalidade entre as neoplasias. Objetivos: avaliar de forma retrospectiva pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon metastático tratados cirurgicamente entre 1998 e 2006 no HC UFG. Material e métodos: análise retrospectiva de banco de dados preenchidos no atendimento de pacientes portadores de neoplasia colorretal no HC UFG, entre 1998 e 2006. Foram excluídos os pacientes que perderam o seguimento no ambulatório de câncer colorretal. Avaliou-se aspectos epidemiológicos, sítio primário da doença, órgão metastático acometido, proporção entre pacientes operados em regime de urgência ou eletiva, tratamento cirúrgico e adjuvante empregado e sobrevida em 3 anos. Resultados: foram identificados 205 pacientes com neoplasia colorretal; 129 eram portadores de câncer de cólon, sendo 22 destes com doença metastática, os quais foram analisados. A média de idade foi de 51,2 anos, sendo mais freqüente em homens (14:8). Os sítios primários foram: sigmóide (10 casos), transverso (9 casos), ceco(2 casos) e descendente (1 caso). Órgãos metastáticos acometidos incluíram: fígado (13 casos), pulmão (2casos), ossos (1caso), SNC (1 caso), peritônio (3casos), ovário (1), mesentério (3), retroperitônio (2), adrenal (1), baço (1), parede abdominal (1). A qt utilizada foi 5fu e lcv em 18 casos, tomudex em 2 casos, 5fu + lcv+ irinotecam em 2 casos. Observou-se que 86,4 % destes pacientes se enquadravam no estadiamento t3 e t4 e 68,2 % com n1 e n2. 11 pacientes tiveram o diagnóstico da metástase concomitante a lesão primária, com sobrevida global média de 11,6 meses. Naqueles que apresentaram metástase após o tratamento cirúrgico da lesão primária, (10 casos), foram submetidos a cirurgia em caráter de urgência; a média de tempo para o seu diagnóstico foi de 19,5 meses e a sobrevida global média foi de 26,5 meses. Conclusões: o prognóstico

de câncer de cólon com metástase é reservado, com sobrevida média entre 7 meses a 1 ano, dependendo do momento em que o diagnóstico da metástase é realizado. A doença metastática é mais freqüente em estádios locais e ganglionares avançados. O risco de desenvolver metástases em pacientes submetidos ao tratamento da doença primária em caráter de urgência é bastante elevado.

TL13 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLORRETAL: SÉRIE HISTÓRICA DE 03 ANOS DE UM SERVIÇO EM SALVADOR-BA

MNDES, CRS, FERREIRA, LSM, SAPUCAIA, RA
1. HSI, Hospital Santa Izabel

Introdução: o câncer colorretal é um importante problema de saúde da população. É a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil, sendo a quinta causa de morte por câncer em homens e a quarta, em mulheres. A carência de dados desta patologia na Bahia dificulta o conhecimento e a correlação com os demais estados do país. Objetivo: demonstrar e analisar a casuística de uma equipe cirúrgica, com 66 pacientes portadores de neoplasia colorretal, submetido a tratamento cirúrgico ao longo de três anos. Material e métodos: estudo retrospectivo, descritivo realizado no Hospital Santa Izabel em Salvador-BA após levantamento do banco de dados de uma equipe no período de junho de 2006 a junho de 2009. Resultados: o câncer colorretal foi mais freqüente em mulheres (n=36; 53,7%) que em homens (n=31; 46,3%). A média de idade foi de 57 anos com 13 pacientes (19,7%) menores que 40 anos. A localização mais comum foi o retossigmoide (n=35; 52,2%) seguidos pelo colon esquerdo e reto baixo (n=11; 16,4% cada) e colon direito (n=8; 11,9%) e dois casos de tumor sincrônico 3%. A maioria dos casos foi de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (n=39; 59%) sendo 02 casos de adenocarcinoma mucoprodutor com células em anel de sinete. Houve predomínio de tumores estadios pt3 (n=34; 51%) e pn0 (n=39; 59%); foram estadios iii (n=27; 40,4%), estadio ii (n=25; 37,3%) e estadio i (n=14; 20,9%). A média de linfonodos ressecados foi de 19 gânglios por peça, apresentando invasão em 14 pacientes. Conclusão: os dados obtidos corroboram a literatura, demonstrando que no nosso meio, ocorre predomínio de mulheres com ccr. O pico de incidência foi na sétima década de vida, sendo o adenocarcinoma moderadamente diferenciado o mais incidente e com seu diagnóstico tardio, isto reforça a necessidade de diagnóstico precoce.

TL14 - ANÁLISE DO NÚMERO DE LINFONODOS DISSECADOS EM ESPÉCIMES DE RESSECÇÕES COLORRETAIS POR NEOPLASIA: CIRURGIA CONVENCIONAL VERSUS VIDEOLAPAROSCÓPICA

KOTZE, P.G., MIRANDA, E.F., MARTINS, J.F., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., STECKERT FILHO, A., ISHIE, E.

1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru

Introdução: as ressecções colorretais por neoplasia podem ser realizadas tanto por via aberta quanto por via laparoscópica, mantendo-se os princípios oncológicos. O número de linfonodos ressecados nestes espécimes é de fundamental importância no prognóstico destes pacientes, sendo um mínimo de 12 linfonodos o padrão da literatura. Estudos demonstraram equilíbrio no número de linfonodos dissecados entre as duas técnicas. Objetivo: analisar se houve diferença no número de linfonodos nos espécimes cirúrgicos ressecados entre a técnica aberta e a laparoscópica, na experiência inicial de um serviço universitário com videolaparoscopia. Método: análise retrospectiva dos laudos anátomo-patológicos dos produtos de ressecções colorretais por

neoplasia do cólon, entre janeiro de 2006 e junho de 2009, por técnica aberta e laparoscópica. Além das variáveis demográficas (sexo, idade), foram analisados o tipo de operação realizada, estadiamento deukes e o número de linfonodos dissecados pelo patologista. Análise estatística pelo método de mann-whitney (ic=95%). Resultados: foram analisados laudos de 50 pacientes, 17 no grupo laparoscópico (grupo de estudo) e 33 no grupo aberto (controle). O número médio de linfonodos ressecados foi de 10,35 no grupo laparoscópico, contra 10,15 nos controles (p=0,72). Nas retossigmoidectomias abdominais altas, o número médio de linfonodos foi de 11,38 no grupo laparoscópico e 11,57 no grupo controle (p=0,71), enquanto que nas colectomias direitas, o valor encontrado foi de 11,33 e 10,89, respectivamente (p=0,86). Conclusões: não houve diferença estatística no número de linfonodos das peças cirúrgicas analisadas entre as duas vias de acesso. Crê-se que o número médio menor que 12 linfonodos foi devido a uma variabilidade no observador (patologista), pela uniformidade da técnica cirúrgica utilizada.

TL15 - COLOSTOMIA PERINEAL COMO OPÇÃO NA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO

RODRIGUES, L.V.1, MELANI, A.G.F.3, VEO, C.A.R.3, REGADAS, F.S.P.1, MURAD-REGADAS, S.M.1, FERNANDES, G.O.S.2, OLIVEIRA, L.M.P.2, DIOGENES, C.V.V.N.1

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos3. Pio XII-HCB, Hospital Pio XII- Hospital de Câncer de Barretos

Introdução: o câncer colorretal é a terceira neoplasia maligna mais freqüente no mundo. A amputação abdominoperineal do reto é o tratamento radical dos tumores anorretais baixos. A colostomia perineal tem sido empregada como opção à colostomia abdominal. Objetivos: analisar a colostomia perineal como opção na amputação abdominoperineal do reto. Métodos: estudo retrospectivo realizado no Hospital Pio XII (Hospital de Câncer de Barreto-SP), Hospital Universitário Walter Cantídio-CE e Hospital São Carlos-CE, no período de 1998 a 2008, pela análise de prontuários de pacientes submetidos à ressecção abdominoperineal do reto e confecção de colostomia perineal. Dos 51 pacientes incluídos no estudo, 28 (54,9%) eram do sexo masculino. A idade variou de 19 a 79 anos (média= 50,71 anos). Foram analisadas: localização do tumor, tipo histológico, tratamento neoadjuvante, via de acesso cirúrgico, conversão, complicações, evolução do paciente, óbitos, recorrência e taxa de sobrevida global em 5 anos. Resultados: dos 51 pacientes, 43(84,3%) apresentaram câncer no reto e 9 (15,6%) no canal anal. Quanto à histopatologia, 43(84,3%) eram adenocarcinoma, 4 (7,8%) carcinoma espinho celular, 2 (3,9%) melanoma, 1 (2%) carcinoma basalóide, 1(2%) glist. Dos 51 pacientes, 44(86,2%) foram submetidos à neoadjuvância. A laparotomia foi realizada em 14(27,4%) pacientes enquanto que a laparoscopia em 37(72,6%) pacientes, ocorrendo 2 (5,4%) conversões cirúrgicas. Houve complicações em 32(62,74%) pacientes. Em relação ao estoma, 12(23,5%) apresentaram prolapso, 4 (7,8%) deiscência, 3(5,9%) necrose do coto, 3(5,9%) estenoses de anastomose, 1 (2%) hérnia paracolostômica e 28(54,9%) não tiveram complicação relacionada ao estoma. Até a última consulta ambulatorial, 38 (74,5%) pacientes estavam vivos sendo 36(94,7%) destes, vivos sem doença, 13(25,5%) evoluíram para óbito, sendo 11(84,6%) devido à doença e 2(15,4%) por outras causas. A recorrência de doença foi observada em 10(19,6%) pacientes. A taxa global de sobrevida em 5 anos foi 74,5%. Conclusões: a colostomia perineal é uma opção viável para pacientes com indicação de amputação abdominoperineal do reto. Tem morbidade elevada porém não interfere na sobrevida em 5 anos.

TL16 - TERAPIA NEOADJUVANTE PARA CÂNCER DE RETO: RESPOSTA COMPLETA NA PAREDE RETAL NEM SEMPRE SIGNIFICA ESTERELIZAÇÃO NODAL DO MESORETO

MIGNANELLI, E.D.2, CAMPOS-LOBATO1, LAVERY, I.C.1, DIETZ, D.1

1. CCF, Cleveland Clinic - OH2. HCS, Hobart Colorectal Surgeons

Mignanelli ED, Campos-Lobato LF, Lavery IC e Dietz DW Department of Colorectal Surgery – Cleveland Clinic – Cleveland/OH – USA
Introdução: A terapia neoadjuvante para câncer de reto pode levar à resposta completa na parede retal. Entretanto, ainda não foi esclarecido se a ausência de tumor na parede retal significa esterilização dos linfonodos do mesoreto. Objetivo: Determinar a relação entre o estadiamento patológico T pós-neoadjuvância (ypT) e metástases nodais e avaliar em que grau a resposta completa na parede retal se correlaciona com a esterilização dos linfonodos do mesoreto. Métodos: Os pacientes foram identificados através de uma base de dados de cancer coloretal prospectivamente mantida. Foram selecionados para este estudo pacientes com câncer de reto estágio cII e cIII submetidos à terapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior ou amputação abdominoperineal realizadas em um período de 10 anos. Os critérios de exclusão foram: câncer de reto associado a doença inflamatória intestinal, história de câncer coloretal hereditário e história progressiva de outras neoplasias malignas. Os testes de Fisher, Qui-quadrado, Wilcoxon e Kruskal-Wallis foram utilizados para análise. $p < 0.05$ foi considerado significativo. Resultados: 242 indivíduos foram identificados (73.1% homens, idade mediana de 57 anos) e o estadiamento clínico encontrava-se disponível para 232 pacientes (estágio I n=1 (0.5%), II n=145 (62.5%) and III n=86 (27%). O esquema terapêutico neoadjuvante foi obtido em 177 pacientes (73.1%). A dose mediana de radioterapia foi 5040cGy (3060-6100cGy). 174 pacientes (71.6%) submeteram-se à ressecção anterior e o restante à amputação abdominoperineal. 62 pacientes atingiram resposta completa na parede do reto (25.6%). Destes, 2(3.2%) apresentavam linfonodos metastáticos no mesoreto. O percentual de pacientes com linfonodos acometidos no mesoreto aumentou à medida em que o ypT se tornou mais avançado (ypT1=11.1%, ypT2=29.2%, ypT3=37.3%). Conclusão: Apesar de representarem a minoria, alguns pacientes com resposta completa na parede retal apresentam metástase linfonodal. Este achado deve ser levado em consideração ao se indicar modalidades terapêuticas menos radicais como a excisão local ou mesmo a observação associada a um segmento mais intensivo (watch-and-wait policy). Entretanto, quando a resposta na parede retal não é completa, procedimentos menos radicais devem ser preteridos, já que as taxas de linfonodos metastáticos são consideravelmente altas.

TL17 - FATORES PREDITORES DA RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA APÓS NEOADJUVANCIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE RETO

KALADY, M.F., CAMPOS-LOBATO, STOCCHI, L., GEISLER, D.

1. CCF, Cleveland Clinic - OH/USA

Introdução: cerca de 20% dos pacientes com câncer de reto tratados inicialmente com radioterapia e quimioterapia neoadjuvante apresentam resposta patológica completa, que por sua vez, tem sido associada a um melhor prognóstico oncológico. Objetivo: identificar fatores associados à ocorrência de resposta patológica completa em pacientes com câncer de reto inicialmente tratados com radioterapia e quimioterapia neoadjuvante. Métodos: pacientes com câncer de reto estágio cII e cIII submetidos à terapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior ou amputação abdominoperineal entre 1997 e 2007 foram selecionados para este estudo. Aqueles com doença inflamatória intes-

tinal, câncer coloretal hereditário ou história progressiva de outro câncer foram excluídos. O esquema radioquimioterápico constituiu-se de 5040cgy e 5fu. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a presença ou não de resposta patológica completa: rpc vs. Não-rpc. Um modelo de regressão logística foi construído utilizando a rpc como variável dependente. Os seguintes testes estatísticos também foram utilizados para análise: teste de fisher, qui-quadrado e wilcoxon. Resultados: 242 pacientes foram estudados e 58(24%) apresentaram resposta patológica completa. Os grupos rpc e não-rpc foram estatisticamente semelhantes em termos de idade, gênero, índice de massa corporal, diferenciação tumoral, dose de radioterapia, esquema quimioterápico e estadiamento clínico. Na análise multivariada, um intervalo entre a neoadjuvância e a cirurgia maior ou igual a 8 semanas foi a única variável significativamente associada à ocorrência de resposta patológica completa. Conclusão: apesar das tradicionais crenças de que certos fatores clínicos e tumorais são associados à ocorrência de resposta patológica completa, o intervalo entre a neoadjuvância e a cirurgia foi o fator preditivo independente mais importante.

TL18 - DOWNSTAGING SEM RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA MELHORA OS RESULTADOS ONCOLÓGICOS APENAS DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO CIII

CAMPOS-LOBATO, L.F., STOCCHI, L., DA LUZ MOREIRA, A., GEISLER, D., DIETZ, D., LAVERY, I.C., FAZIO, V.W., KALADY, M.F

1. CCF, Cleveland Clinic - OH

Introdução: Cerca de 10 a 30% dos pacientes com câncer de reto submetidos à terapia neoadjuvante apresentam resposta patológica completa (RPC), que por sua vez, tem sido associada a maior sobrevida livre de doença. Entretanto, o prognóstico dos pacientes que apresentam downstaging sem RPC ainda não foi esclarecido. Objetivo: Avaliar os resultados oncológicos de pacientes com câncer de reto estágio cII e cIII que apresentaram downstaging sem RPC após terapia neoadjuvante. Métodos: Pacientes com câncer de reto estágio cII e cIII submetidos à terapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior ou amputação abdominoperineal entre 1997 e 2007 foram selecionados para este estudo. Aqueles com doença inflamatória intestinal, câncer coloretal hereditário, história progressiva de outro câncer ou RPC foram excluídos. O esquema radioquimioterápico constituiu-se de 5040cGy e 5FU. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Downstaging e Não-Downstaging. Downstaging foi definido como estadiamento patológico menor que o estadiamento clínico. Não-Downstaging foi definido como estadiamento clínico maior ou igual ao patológico. Os resultados oncológicos avaliados foram: sobrevida global e livre de doença, além de recidiva global, à distância e local. Os testes de Fisher, Qui-quadrado, Wilcoxon, Log-Rank, Kaplan-Meier e modelos de regressão de Cox foram utilizados para análise. $p < 0.05$ foi considerado significativo. Resultados: Foram incluídos 162 pacientes com câncer de reto cII e cIII tratados com terapia neoadjuvante e estadiados através de um ou mais dos seguintes métodos: ultra-som, ressonância magnética e tomografia computadorizada. A mediana da idade foi 58 anos e do tempo de seguimento 48 meses. Os grupos foram estatisticamente comparáveis em relação aos dados demográficos, distância da margem anal, terapêutica neoadjuvante, procedimento cirúrgico e tempo de seguimento. Em pacientes com estágio cIII, downstaging resultou em melhora significativa de todos os resultados oncológicos, exceto recidiva local. Nos pacientes com estágio cII, os resultados oncológicos não foram modificados pela ocorrência de downstaging. Conclusão: Downstaging sem RPC é fator prognóstico apenas para pacientes com câncer de reto estágio cIII.

Nestes pacientes, a resposta tumoral à terapia neoadjuvante deve ser levada em consideração ao se indicar o regime quimioterápico adjuvante.

TL19 - O EFEITO DO INTERVALO ENTRE A NEOADJUVÂNCIA E A CIRURGIA PARA O CÂNCER DE RETO

CAMPOS-LOBATO, L.F., GEISLER, D., DA LUZ MOREIRA, A., STOCCHI, L., LAVERY, I., FAZIO, V.W., REMZI, F.H., KALADY, M.F.

1. CCF, Cleveland Clinic - OH

Introdução: recentes estudos tem demonstrado que pacientes operados com maior intervalo entre a neoadjuvância e a cirurgia apresentam maior taxa de reposta patológica completa. Entretanto, o efeito deste maior intervalo nas complicações perioperatórias e nos resultados oncológicos ainda não foram esclarecidos. Objetivo: avaliar a influência do intervalo entre a neoadjuvância e a cirurgia nos resultados oncológicos e nas complicações perioperatórias em pacientes com câncer de reto estágio cii e ciii. Métodos: pacientes com câncer de reto estágio cii e ciii submetidos à terapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior ou amputação abdominoperineal entre 1997 e 2007 foram selecionados para este estudo. Aqueles com doença inflamatória intestinal, câncer colorretal hereditário ou história pregressa de outro câncer foram excluídos. O esquema radioquimioterápico constituiu-se de 5040cgy e 5fu. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o intervalo entre a neoadjuvância e a cirurgia: intervalo < 8 semanas e intervalo > 8 semanas. As complicações perioperatórias e resultados oncológicos foram comparados entre os dois grupos. Os seguintes testes estatísticos foram utilizados: fisher, qui-quadrado, wilcoxon, log-rank, kaplan-meier e modelos de regressão de cox. Resultados: 177 pacientes foram selecionados para este estudo. A idade mediana da amostra foi 57 (19-85) anos e 73% eram homens. O tempo de seguimento mediano foi 48 (1-143) meses e o intervalo mediano entre a neoadjuvância e a cirurgia foi 8 (4-14) semanas. Pacientes operados com um intervalo maior ou igual a 8 semanas apresentaram menor taxa de recidiva local (1,2% vs. 10,5%, p=0.04) e maior taxa de resposta patológica completa (30,8% vs. 16,5%) p=0.03. As complicações perioperatórias não diferiram significamente entre os dois grupos. Conclusão: a cirurgia para o câncer de reto deve ser realizada ao menos 8 semanas após a neoadjuvância, já que este intervalo proporciona melhores resultados oncológicos sem aumentar as complicações perioperatórias.

TL20 - IMPACTO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA SOBREVIDA DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL SUBMETIDOS À TRATAMENTO CIRÚRGICO

MOREIRA JPT, MELO APSA, MOREIRA H, MOREIRA JR H, ISAACRR, GUERRA GMLR, MARTINI J, MOTAN C

1. IGG, Instituto de Gastroenterologia de Goiânia

Introdução: o câncer colorretal é o terceiro mais comumente diagnosticado na população geral. Para os casos operados considerados como cirurgia curativa, a taxa de sobrevida em 5 anos é cerca de 60%. Entretanto, a sobrevida global é de apenas 25%, devido ao alto índice de diagnóstico de lesões avançadas. Objetivo: análise da sobrevida acima de três anos de seguimento em pacientes com diagnóstico de câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico curativo. Pacientes e métodos: análise retrospectiva de prontuários no período de jun/1996 a jun/2006. Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, tempo de início dos sintomas e momento do diagnóstico, cea pré e pós-operatório, localização da lesão, tipo de cirurgia,

estadiamento pós-operatório, esquema adjuvante e sobrevida livre de doença e global. Resultados: foram analisados 43 pacientes. Observamos, nesta casuística, que o câncer colorretal incidiu prevalentemente entre a sexta e oitava década de vida, com maior incidência no sexo masculino (1,26:1). Analisando-se 31 pacientes, observamos que o tempo médio entre o início dos sintomas e o momento do diagnóstico foi de 118 dias. Quanto à distribuição topográfica, a maioria dos tumores localizavam-se no reto, seguido do sigmóide. Em 11,7% (4/34) pacientes o cea estava elevado no pré-operatório, enquanto que em 3 de 37 pacientes analisados, livres de doença, o mesmo se elevou em algum momento no seu seguimento ambulatorial. Todas as cirurgias obedeceram aos princípios oncológicos tradicionalmente reconhecidos e recomendados, sendo a retossigmoidectomia, a cirurgia mais frequentemente realizada. Em todas as anastomoses realizadas, optou-se por grampeamento mecânico. A maioria (26/43) dos pacientes analisados apresentou estadiamento pós-operatório precoce (b de astlercoller). Nesta casuística, a sobrevida global média foi de 70,6 meses e a sobrevida livre de doença foi de 70 meses. Conclusão: os autores enfatizam a importância de se obter um curto espaço de tempo entre o início dos sintomas e o momento do diagnóstico da doença, implicando em um fator prognóstico relevante. O cea é um marcador confiável no que diz respeito ao prognóstico e recidiva da doença. A restrição de indicar adjuvância pós-operatória em casos selecionados de acordo com protocolo estabelecido pelo serviço mostrou-se eficiente no controle e tratamento dos pacientes portadores de câncer colorretal.

TL21 - POLIPOSE HIPERPLÁSICA COLÔNICA COM ADENOCARCINOMAS SINCRÔNICOS DE CÔLON ASSO- CIADA À POLIPOSE HIPERPLÁSICA GÁSTRICA: UMA NOVA SÍNDROME?

SCHIRMER D1, VARGAS GS1, TEIXEIRA CR2, SPARVOLI AC1, KLIEMANN LM3, KIELING PJ1, ZOGBI L1, DAMIN D3

1. FURG, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande2. FUGAST, Fundação Universitária Riograndense de Gastroenterologia3. UFRGS, Faculdade de Medicina da Universidade Federal Rio Grande Sul

Introdução: a polipose hiperplásica colônica (PHC) com adenocarcinomas sincrônicos associada à polipose hiperplásica gástrica (PHG) representa um caso extremamente raro e ainda não descrito na literatura. Caso semelhante foi descrito por yaron et al em uma série de quatro casos, porém relaciona a phg com adenocarcinoma de cólon (AC) e a hipergastrinemia, no qual conclui que pode representar a descrição de uma nova síndrome. Objetivos: apresentar o caso de uma paciente feminina com phc com dois ac associada a PHG devido a sua raridade podendo ser o primeiro relato de uma nova síndrome que deverá ser discutida e investigada. Métodos: feminina, 67 anos com anemia e exame de sangue oculto de fezes positivo. Realizou-se colonoscopia em que evidenciou múltiplos pólipos hiperplásicos (PH) proximal ao sigmóide com 2-4 mm, e ainda 4 outros entre 1-1,5 cm, além de duas neoplasias sincrônicas de cólon em ângulo esplênico e ângulo hepático. Como tratamento, a paciente foi submetida à colectomia total videolaparoscópica com íleo-retos anastomose. Posteriormente, como seguimento, realizou-se endoscopia digestiva alta (EDA) em que foi evidenciado mais de 40 PH em fundo gástrico que confluem entre si sendo alguns com mais de 2 cm. Cabe ressaltar que no pré-operatório realizou-se eda sendo o exame normal e após o seguimento em seis meses de pós-operatório, houve o diagnóstico da phg. Pós novo exame em 6 meses, houve um surpreendente aumento no número e tamanho dos pólipos. Tanto a patologia colônica, quanto a gástrica, preenchem os critérios estabelecidos para o diagnóstico

de phc e phg. Resultados: a PHC com adenocarcinomas sincrônicos de cólon é uma entidade muito rara, sendo identificados apenas dois casos mencionados na literatura. Com a associação da phg e análise extensa da literatura, não há relato semelhante na literatura. A phc é uma condição pré-neoplásica em que múltiplos ph ocorrem através do cólon. O risco de desenvolver CCR pode ser maior que 50%. A PHG é considerada uma condição pré-neoplásica, pois existe uma clara associação entre ph maiores que 1 cm e o seu potencial para transformação maligna, apesar de não estar claro qual o tratamento indicado para os casos de PHG. Conclusão: a phc com adenocarcinomas sincrônicos associada à PHG representa um caso extremamente raro e ainda não descrito na literatura e desta maneira se faz necessários estudos e novos relatos para a melhor compreensão desta patologia para o seu adequado diagnóstico e tratamento.

TL22 - TUMOR CARCINOIDE DE RETO – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ENDOSCÓPICO: RELATO DE CASO

SCHIRMER D1, SPARVOLIA C2, SPARVOLIA J2, GONÇALVES LF1, VARGAS GS1, TORRESINE RS1, TEIXEIRA CR1

1. FUGAST, Fundação Universitária Riograndense de Gastroenterologia2. FURG, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande

Introdução: O tumor carcinoide de reto (TCR) apresenta uma prevalência de 0,05%-0,007% em adultos selecionados para colonoscopia. O aumento de incidência dos tumores carcinoides (TC) deve-se a introdução de métodos diagnósticos mais sensíveis. O rastreamento dos tumores colorretais é efetivo para o diagnóstico de adenomas e adenocarcinomas mas também dos carcinoídes. Um amplo consenso existe sobre o manejo de lesões menores que 10 mm, bem diferenciadas, que podem ser manejadas por ressecção local por meio endoscópico ou cirúrgico. Objetivos: Apresentar o caso de um paciente com TCR com diagnóstico e tratamentos endoscópicos Métodos: Paciente, feminino, 56 anos, com queixa de constipação que realizou colonoscopia para screenig. A colonoscopia diagnóstica apresentou lesão polipóide em reto médio, com 8 mm, arredondada, amarelada, macia e móvel, a biópsia confirmou a hipótese de TCR, posteriormente, foi submetida a colonoscopia terapêutica. O uso da magnificação e cromoscopia com índigo carmim evidenciou mucosa com PITs II e FICE (tecnologia de estimação espectral) com padrão capilar tipo I e rarefação de vasos em mucosa. Foi realizada a mucosectomia após a infiltração da submucosa com soro e adequada elevação da lesão, obtendo margens livres e confirmando a hipótese de tumor carcinoide de reto. Resultados: A maioria dos TC são encontrados no trato gastrointestinal (TGI)(55%) e broncopulmonar (30%). No TGI, o intestino delgado é o sítio mais comum (45%), seguido pelo reto (20%), apêndice (17%), cólon (11%) e estômago (7%). Nos dias atuais, 50% ou mais dos TCR são diagnosticados incidentalmente por colonoscopias. Os dados de registro do Instituto Nacional do Câncer (SEER) revelam um importante aumento na incidência nos últimos 35 anos. Coincidentemente com a implementação do screening endoscópico dos tumores colorretais, a sobrevida em 5 anos dos TCR têm aumentado sensivelmente nos EUA. A sobrevida em 5 anos para TCR menores que 1 cm em que não há angioinvasão ou invasão da muscular própria é de 98,5% - 100%, sendo que, geralmente, nenhum manejo de seguimento é necessário. Os TCR com menos de 1 cm que não invade a muscular própria pode ser manejado endoscopicamente. Conclusão: Os TCR podem ser diagnosticados precocemente pela colonoscopia. Nos casos com menos de 10 mm e com fatores de bom prognóstico, podem ser adequadamente tratados pela ressecção endoscópica. Neste caso, obtemos resultados adequados no diagnóstico e o tratamento precoce.

TL23 - NEOADJUVÂNCIA EM CÂNCER DE RETO BAIXO

CARNEIRO, J.A.1, SILVA, J.A.1, MOTA, R.D.2, GOMES, C.H.R.3
1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros.2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria.3. FDQG, Fundação de Saúde de Dilson de Quadros Godinho4. LANMC, Liga Acadêmica Norte-Mineira de Cirurgia

Introdução: o câncer de reto apresenta várias opções de conduta terapêutica. Apesar de a cirurgia ser o método eletivo, a radioterapia pré-operatória vem demonstrando ser capaz de erradicar microscopicamente a neoplasia, possibilitando a preservação esfinteriana e de órgãos adjacentes, aumentando o potencial de cura e o controle local. Objetivos: avaliar a influência da terapia neoadjuvante na redução da extensão tumoral, através de dados histopatológicos, analisando as variáveis: preservação esfinteriana e tipo de cirurgia realizada. Método: análise retrospectiva dos prontuários de pacientes portadores de adenocarcinoma de reto, localizados a até 6 cm da orla anal, tratados no período de junho de 2003 a junho de 2007. Resultados: foram analisados 15 pacientes, sendo 10 (66,6%) do sexo feminino e 5 (33,3%) do sexo masculino, cuja idade variou de 28 a 80 anos, com média de 53 anos. A dose total de radioterapia ministrada variou entre 4500 e 5400 cgy. O intervalo médio entre o término da irradiação e a cirurgia foi de 63 dias. Em 13 (86,6%) pacientes foi associada quimioterapia, com esquema de 5-fu e ácido folínico. Ao estadiamento pré-operatório, 4 pacientes estavam no estágio t4, 6 em n+ e 1 em m1. Observou-se, através da retossigmoidoscopia, realizada antes da neoadjuvância e pré-operatória, regressão tumoral de 1cm em 3 casos, 2cm em 2, 3cm em 1 e remissão macroscópica total em 5, sendo que 4 pacientes não apresentaram alterações à biópsia. Após a radioterapia, 6 pacientes foram submetidos a retossigmoidectomia, 6 a amputação abdominoperineal, 2 a exenteração posterior e 1 a exenteração pélvica total. O anatomopatológico revelou ausência de neoplasia residual microscópica em 3 casos. Conclusão: a terapia neoadjuvante demonstrou, nesta série, ser capaz de reduzir o tamanho tumoral e até promover remissão patológica completa, no entanto, não permitiu diminuir a ressecção de órgãos adjacentes ou oferecer segurança em tratamento, exclusivamente, não cirúrgico.

TL24 - RESPOSTA COMPLETA À TERAPIA NEOADJUVANTE NO CÂNCER DE RETO - RELATO DE CASO

CARNEIRO, J.A.1, MOTA, R.D.2, CARDOSO, E.F.2, CANGUSSU, C.C.T.A.3, FREITAS, M.O.S.2

1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros.2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria.3. ONCOVIDA, Centro Unificado de Tratamento do Câncer4. LANMC, Liga Acadêmica Norte-Mineira de Cirurgia

Introdução: os bons resultados obtidos através da associação da quimioterapia à radioterapia levaram à adoção da terapia neoadjuvante no tratamento do câncer de reto com o objetivo de promover a redução do tamanho do tumor possibilitando melhores condições de ressecabilidade e de preservação esfinteriana. Objetivo: relatar um caso de resposta completa à terapia neoadjuvante no câncer de reto. Método: análise de prontuário e revisão de literatura. Resultado: tratase de paciente masculino (dgr), 68 anos, natural de montes claros - mg, admitido com diagnóstico de câncer de reto. Foi submetido a vídeo-colonoscopia, em que evidenciou, há 8 cm da orla anal, lesão vegetante, semifixa, irregular, com cerca de 5 cm de diâmetro em parede ântero-lateral do reto médio. Foi realizada biópsia da lesão, cujo estudo anatomopatológico demonstrou, à microscopia, fragmentos de mucosa retal apresentando neoplasia glandular ulcerada, moderadamente diferenciada e infiltrante, bem como áreas de necrose e denso infiltrado

linfocitário no estroma. Logo, conclui-se a presença de adenocarcinoma ulcerado, moderadamente diferenciado e infiltrante. A tc de pelve evidencia lesão expansiva na parede lateral direita do reto, sem sinais de adenomegalias pélvicas ou em cadeia paraórtica distal. Foi estadiado como t3, sendo encaminhado à terapia neoadjuvante. Iniciou o tratamento quimioterápico concomitante ao radioterápico, sendo proposto o seguinte esquema: - 5 fu 623 mg, endovenoso d1 a d5. - 2 cv 35 mg, endovenoso d1 a d5. - 1ª fase: rt pélvica 4. 500 cgy. - 2ª fase: boost em reto 5. 400 cgy. A vídeo-colonosopia demonstra regressão total da lesão inicial. Porém, a biópsia retal indica a presença de adenocarcinoma em alguns fragmentos. Já a rmm, conclui que houve controle da neoplasia retal não se identificando a lesão expansiva descrita em exame prévio de tc. Em seguida, foi encaminhado à cirurgia e submetido, então, ao tratamento cirúrgico padrão, com excisão total do mesoreto e a peça encaminhada ao anatomopatológico, em que não foi constatado a presença do tumor. O paciente encontra-se em controle segundo protocolo e sem sinais de recidiva. Conclusão: o câncer de reto apresenta várias opções de conduta terapêutica. Apesar de a cirurgia ser o método eletivo, a terapia neoadjuvante vem demonstrando ser capaz de erradicar microscopicamente a neoplasia, promovendo remissão patológica completa, aumentando o potencial de cura e o controle local.

TL25 - CÂNCER COLORRETAL LOCALMENTE AVANÇADO: RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO E FATORES PROGNÓSTICOS

CALIJURI-HAMRA, MC, CAMPOS, FGCM, SEID, VE, IMPERIALLE, AR, KISS, DR, NAHAS, SC, CECCONELLO, I
1. FMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP

Introdução: o câncer colorretal (CCR) localmente avançado é caracterizado pela existência de aderências do tumor primário aos órgãos e/ou estruturas vizinhas. Nesses pacientes, a ressecção em monobloco representa a melhor chance de cura. Objetivo: estimar a incidência de ccr localmente avançado em nosso meio, avaliar resultados operatórios e identificar fatores de risco que influenciaram o prognóstico. Métodos: foram analisados prontuários de 679 pacientes com ccr operados no período de 1995 a 2007 no hospital das clínicas (sp). Nos pacientes com ccr localmente avançado, tratados por cirurgia alargada, analisaram-se dados clínicos, operatórios e histológicos que influenciaram os resultados do tratamento e a sobrevida dos pacientes. Esta foi analisada pela curva de kaplan-meier, considerando-se apenas os pacientes tratados com intenção curativa, observando-se intervalo de confiança de 95% (presultados: 90 (13,2%)pacientes, dentre todos os operados, tinham tumores localmente avançados. A idade média foi de 59 anos, com prevalência no sexo feminino (61%). Em 66% dos casos o tumor estava localizado no cólon, contra 34% no reto: os tumores retais predominaram no sexo feminino (77%; p=0,02). Registraram-se complicações pós-operatórias em 25,6%, sendo elas deiscência e/ou infecção de parede (22,2%), íleo prolongado (14,8%) e deiscência de anastomose (11,1%). A mortalidade peri-operatória foi de 3,3%. Os órgãos mais freqüentemente envolvidos foram intestino delgado (19,9%), bexiga (16,4%) e útero (12,9%). Foram detectadas lesões t4 em 58% e t3 em 42%, com pior sobrevida em cinco anos entre os primeiros (50 vs. 75%;p=0,01). Em média, foram ressecados 21,6 linfonodos por procedimento; o envolvimento ganglionar pela neoplasia associou-se a menor sobrevida de cinco anos (35% vs. 80%, p=0,004). Outros fatores com pior sobrevida foram a presença de invasão vascular, linfática e perineural (35% vs. 80%, p=0,02) e a localização do tumor no reto em relação ao cólon (45% vs. 65%, p=0,01). O caráter das aderências não influenciou a sobrevida. Conclusões: a incidência de lesões localmente avançadas em nosso meio

foi de 13,2%; a morbidade operatória foi de 25%; a sobrevida de pacientes tratados com intenção curativa sofreu impacto negativo em relação à maior profundidade do tumor, localização retal, presença de invasão vascular, linfática e/ou perineural e comprometimento linfonodal.

TL26 - TROMBOCITOSE COMO FATOR PROGNÓSTICO NO CÂNCER COLORRETAL

BONARDI, RA, GRACIOSA, K, MELCHIORETTO, EF, FURLANI, LF, SARTOR, MC, BALDIN, A
1. HC-UFPR, Hospital de Clínicas de Curitiba

Introdução vários estudos clínicos têm demonstrado que a trombocitose é fator de mau prognóstico em alguns tipos de neoplasias, mas os dados relacionados com a neoplasia colorretal são bastante escassos. Objetivos investigar o significado prognóstico da trombocitose nos pacientes com câncer colorretal. Métodos trata-se de estudo retrospectivo, com análise de prontuários de pacientes submetidos a operações por câncer colorretal. Foram comparados os dados do estadiamento, recidiva tumoral e óbitos por câncer com a ocorrência de trombocitose no pré-operatório. Considerou-se trombocitose a contagem plaquetária acima de 350.000/microlitro. O grupo controle foi composto de 50 pacientes submetidos à hemiorrafia. A média da contagem de plaquetas no pré-operatório destes pacientes foi utilizada para dividir os pacientes em dois grupos: grupo 1, pacientes com contagem de plaquetas abaixo dessa média e grupo 2, pacientes com contagem de plaquetas acima dessa média. Resultados foram incluídos 243 pacientes no estudo. A média da contagem plaquetária foi 317000 entre os pacientes com câncer e de 267000 entre os pacientes do grupo controle. A prevalência da trombocitose no câncer colorretal foi 32,1%, sendo que 58,4% apresentavam um número de plaquetas acima da média do grupo controle. Houve um total de 75 óbitos por câncer, sendo que 56,7% ocorreram em pacientes com trombocitose e 32% em pacientes com plaquetas normais (p 0,001). Utilizando a média do grupo controle, a diferença foi ainda mais significativa. (p 0,0004). Quanto à recidiva tumoral, 40% dos pacientes do grupo 2 tiveram recidiva e 17,9% do grupo 1. (p 0,003). A média da contagem plaquetária foi também significativamente maior entre pacientes com recidiva tumoral. Com relação ao estadiamento t, no grupo 1, 14,1% eram t1 e 8,4% t4. No grupo 2, 2,2% eram t1 e 19,5% eram t4 (p 0.0005). O comprometimento linfonodal foi semelhante entre pacientes com e sem trombocitose, mesmo quando se utilizou a média do grupo controle como referência. Metástases à distância foram encontradas em somente 9,4% dos pacientes do grupo 1 contra 21,8% do grupo 2 (p 0.02). No que diz respeito ao estadiamento tnm, no grupo 1, 24,6% eram estadio 1 e 11% estadio 4. No grupo 2, 9,6% eram estadio 1 e 22,8% estadio 4 (p 0,02). Conclusão a contagem de plaquetas no pré-operatório parece ser útil em identificar pacientes com prognóstico desfavorável.

TL27 - O ACOMPANHAMENTO DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS COM OS INDICADORES DE SAÚDE EXISTENTES

ROMAGNOLO,L.G.C., OLIVEIRA FILHO,J.J., MORAES,S.P., SEVÁ-PEREIRA,G., BOLZAM-NASCIMENTO,R., COSTA,L.C.P., SCALDINI,A.S., JAWORSKI,P.E.D.
1. HMMG, Hospital Municipal Mario Gatti

OBJETIVO:Avaliar diferentes indicadores de saúde disponíveis para o acompanhamento da incidência do Câncer Colorretal (CCR) no município de Campinas/SP.MÉTODO: Estudo de diferentes indicadores de

saúde disponíveis tais como TABNET, Instituto Nacional do Câncer (INCA), registro de internações hospitalares (SIH), atendimentos no SUS Campinas e estudo retrospectivo de 623 colonoscopias realizadas no Serviço de Endoscopia do Hospital Mario Gatti de Campinas durante o período de um ano. RESULTADOS: Diferentes indicadores de saúde existentes permitem, mesmo que parcialmente, o acompanhamento do perfil epidemiológico do CCR na região de Campinas. Na década anterior, segundo dados do INCA, Campinas aparecia entre os três municípios com maior incidência de CCR do Brasil com cerca de 30 casos novos/100.000 hab/ano. Segundo registros obtidos através da ferramenta TABNET houve na última década, para residentes em Campinas, mortalidade por CCR com uma média anual de 101,22 óbitos. Em 2008, com 119 óbitos, o CCR representou 10,69% dos óbitos causados por câncer. Houve em 2007 317 internações hospitalares por CCR, sendo destes 124 casos de residentes de Campinas. O município de Campinas dispõe de extensa rede de saúde pública e privada, com cerca de 1,4 mil atendimentos SUS/ano. Baseados na suspeição para o CCR foram avaliadas 623 colonoscopias realizadas no Hospital Municipal Mario Gatti no período de janeiro de 2008 a março de 2009, sendo que 31% destes exames foram encaminhados pela rede pública. O diagnóstico de CCR nas colonoscopias avaliadas ocorreu em 41 exames (6,74%). Das indicações para a realização de colonoscopia as mais encontradas foram sangramento anal (14,93%), alteração do hábito intestinal (9,95%) e emagrecimento (4,65%). O exame para pacientes com teste de sangue oculto positivo nas fezes não se mostrou útil com apenas 5,62% do total das indicações e somente um paciente com CCR diagnosticado. CONCLUSÃO: Assim como ocorre em outros municípios, não existe estratégia na rede de saúde de Campinas para a prevenção e detecção precoce do CCR. Não foram encontrados neste estudo registros confiáveis de casos novos/ano de CCR, em parte devido a abrangência do município de Campinas como referência hospitalar de saúde e em parte pelo baixo registro dos casos. O uso dos indicadores de internação hospitalar(SIH), dos procedimentos de colonoscopia realizados e dos índices de mortalidade são, se realizados conjuntamente, boas referências de acompanhamento do CCR.

TL28 - CÂNCER COLORRETAL E SITUS INVERSUS TOTALIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

BASSO, M.P., CHRISTIANO, A.B., SIPRIANI JR, L.V., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., FILHO, F.A.G., MELO, M.M.C., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade De Medicina de Sao Jose do Rio Preto

Objetivo: situs inversus totalis é uma rara desordem congênita, de etiologia não definida. Este termo denota inversão completa da posição habitual dos órgãos torácicos e abdominais. Existem apenas 13 casos de neoplasias colorretais e esta condição relatados na literatura. O objetivo do tema livre é mostrar nossa experiência com o caso, suas particularidades e análise conjunta aos relatos existentes. Material e métodos: relato de caso e análise de variáveis epidemiológicas deste caso e dos já publicados. Resultados: paciente com 74 anos, masculino, branco, casado, agricultor. História clínica de dor abdominal em hemiabdomen esquerdo e astenia há 2 anos, com palidez cutâneo-mucosa e emagrecimento. Nega episódios de sangramento e alteração do hábito intestinal. Solicitada colonoscopia, esta evidenciou lesão subestenótica em ângulo hepático. A biópsia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Ao exame físico, paciente encontrava-se hipocorado e à ausculta cardíaca, com ictus e bulhas audíveis principalmente à direita. Realizou ecg e radiografia de tórax sugestivos de dextrocardia. Ultra-

sonografia e tomografia de abdome confirmaram situs inversus totalis. Paciente foi submetido à hemicolectomia proximal, com avaliação anátomo-patológica evidenciando estadiamento pt3n0mx. Apesar da escassez de dados presentes nos relatos, observa-se uma média de idade de 63,71 anos entre os pacientes, com variação de 41 a 78 anos. O sexo feminino representa 57% dos casos e o sexo masculino 43%. Localização mais freqüente consistiu no cólon transverso (42,8%) e cólon ascendente (35,7%), sendo a hemicolectomia proximal (hemicolectomia direita reversa) a cirurgia mais realizada, com 71% de freqüência. A via laparotômica foi a mais utilizada (93%) e o tipo histológico mais freqüente foi o adenocarcinoma (100%). Conclusão: esse relato demonstra o valor do exame físico para suspeição de situs inversus totalis. Situs inversus totalis não é uma entidade pré-maligna, porém está associado com malformações intestinais, cardiovasculares e outras. Assim, o imageamento pré-operatório é importante para preparo dos pacientes e menor complicação operatória. Observa-se nesses pacientes, média de idade, distribuição quanto ao sexo, história clínica relacionada a topografia, tipo histológico semelhantes a pacientes com situs solitus, porém observa-se uma inversão na topografia tumoral usual, com preferência pelo cólon proximal.

TL29 - EXPRESSÃO DA PROTEÍNA E-CADERINA COMO MARCADOR DE DIFERENCIAÇÃO CELULAR

PRIOLLI, D.G., MARTINEZ, N.P., PEREIRA, J.A., CARDINALLI, I.A., KANNO, D.T., MARTINEZ, C.A.R.

1. USF, Universidade São Francisco, Bragança Paulista (SP)

A e-caderina tem sido relacionada como uma das principais proteínas envolvidas nos mecanismos de adesão celular localizando-se, particularmente, no tecido epitelial. Quando pesquisada no epitélio normal da mucosa cólica observa-se que sua expressão está sistematicamente preservada e distribuída de forma homogênea na membrana citoplasmática. Estudos vêm demonstrando a ausência ou diminuição da expressão tecidual da proteína caderina-E no câncer colorretal. Objetivo: Relacionar o conteúdo tecidual de e-caderina com o grau de diferenciação celular do câncer colorretal. Método: Foram estudados 30 enfermos (13 homens) com média de idade de 59,1 anos, portadores de adenocarcinoma colorretal. A técnica da hematoxilina-eosina (HE) foi realizada para avaliação do grau de diferenciação. Os adenocarcinomas foram classificados em bem diferenciados, moderadamente diferenciados, pouco diferenciados, ou indiferenciados. Para avaliação da expressão tecidual da proteína e-caderina as lâminas foram coradas por imunistoquímica com anticorpo monoclonal anti-e-caderina. O conteúdo tecidual de e-caderina foi medido por processamento da imagem assistida por computador, executado e analisado em programa específico. A expressão da imunocoloração, quanto a sua distribuição tecidual, foi analisada por patologista experientada em imunohistoquímica de forma comparativa ao padrão normal de expressão em células normais e neoplásicas. A análise estatística das variáveis consideradas foi realizada pelos testes t de Student, análise de variância, teste de correlação de Spearman, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes. Resultados: Há correlação da e-caderina com sua expressão tumoral na membrana lateral ou difusa no citoplasma ($r_s = -0,393$; $p = 0,03$). Existe correlação entre diferenciação tumoral e e-caderina ($r_s = -0,415$, $p = 0,02$), com a piora do grau histológico. A quantidade de e-caderina diminuiu com a piora do grau histológico com médias de 4,8U/C nos tumores bem diferenciados, 3,6U/C nos moderadamente diferenciados e 1,4U/C nos pouco diferenciados. Conclusão: O conteúdo de e-caderina e a expressão tecidual de e-caderina podem ser utilizados como indicadores do grau de diferenciação do adenocarcinoma colorretal.

TL30 - DIFERENTES FENÓTIPOS DO ADENOCARCINOMA COLORRETAL COMO RESPOSTA AO DANO OXIDATIVO DO DNA

PRIOLLI, D.G., MIRANDA, D.D.C., MARTINEZ, N.P., PEREIRA, J.A., CARDINALLI, I.A., MARTINEZ, C.A.R., RIBEIRO, M.L.

1. USF, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, (SP)

O estresse oxidativo encontra-se relacionado a etapa inicial da carcinogênese colorretal, determinando mutações, com conseqüente distanciamento das características celulares normais e modificação na capacidade de síntese e excreção de proteínas pelas células. Poucos estudos analisaram a relação existente entre níveis de estresse oxidativo ao DNA celular e modificações morfofuncionais celulares. A análise da relação entre níveis de estresse oxidativo ao DNA e classes morfofuncionais no câncer colorretal, permitiria melhor compreensão de comportamentos evolutivos distintos. Objetivo: Relacionar o dano oxidativo do DNA às classes morfofuncionais do câncer colorretal. Método: Foram estudados 30 doentes com câncer colorretal, classificados de acordo com o grau de diferenciação celular e o estadiamento TNM. A avaliação dos níveis de dano oxidativo ao DNA foi realizada pelo ensaio do cometa, a partir de fragmentos obtidos do tecido normal e neoplásico após a retirada do espécime cirúrgico. Para o estudo imunistoquímico utilizou-se anticorpo monoclonal anti-CEA. A expressão do CEA quanto a sua distribuição tecidual, foi analisada comparando a expressão em células normais e neoplásicas. Pela imunocoloração os tumores foram divididos em bem, moderadamente e pouco polarizados, e quanto a sua distribuição celular em apical e citoplasmática. As neoplasias foram classificadas pela característica morfofuncional em: Classe 1, carcinomas bem diferenciados e bem polarizados ou moderadamente diferenciados e bem polarizados; Classe 2, carcinomas moderadamente diferenciados e moderadamente polarizados ou bem diferenciados e moderadamente polarizados; e, Classe 3, carcinomas moderadamente diferenciados e mucoprodutores pouco polarizados ou carcinomas indiferenciados pouco polarizados. A análise estatística foi realizada por análise de variância, testes de Spearman e Pearson, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: Existe relação entre as classes morfofuncionais e a localização do CEA no tumor ($rs = 0,537$, $p = 0,003$). Há correlação entre as classes morfofuncionais e o dano oxidativo ao DNA ($rs = 0,428$, com $p = 0,02$). Há maior nível de dano oxidativo em classes morfofuncionais piores, com médias respectivas de 11,4TM; 17,8TM; 20,7TM nas classes morfofuncionais 1, 2 e 3. Conclusão: A quantidade de dano oxidativo ao DNA parece ser um fator importante na determinação de comportamentos evolutivos distintos quanto a expressão fenotípica evolutiva do câncer colorretal.

TL31 - O DANO OXIDATIVO AO DNA NO CÂNCER COLORRETAL

PRIOLLI, D.G., MIRANDA, D.D.C., MARTINEZ, N.P., PEREIRA, J.A., CARDINALLI, I.A., MARTINEZ, C.A.R., RIBEIRO, M.L.

1. USF, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, (SP)

Encontra-se bem estabelecido que o surgimento do câncer colorretal, a partir da mucosa cólica normal, é mediado por uma seqüência de mutações em genes controladores do ciclo celular (proliferação, diferenciação, adesão e apoptose). Estudos já demonstraram que a hipermetilação da região promotora de genes bloqueando sua transcrição e o dano oxidativo ao DNA nuclear (estresse oxidativo), representam os principais mecanismos relacionados às etapas iniciais da carcinogênese colorretal. Poucos estudos quantificaram o dano oxidativo ao DNA em portadores de CCR comparando o tecido nor-

mal e neoplásico e a relação existente entre o estresse oxidativo e sua correlação com fatores controladores do ciclo celular. Objetivo: Comparar o dano oxidativo ao DNA em células normais e neoplásicas e sua correlação com fatores determinantes da formação do câncer colorretal. Método: Estudou-se 30 doentes portadores de adenocarcinoma colorretal. A avaliação do dano oxidativo ao DNA foi realizada pelo ensaio cometa, a partir de fragmentos de tecido cólico normal e neoplásico. Avaliou-se a extensão das rupturas das hélices do DNA com método de intensificação de imagem, em 200 células (100 de cada amostra de tecido) com o programa Komet 5.5. A mensuração da cauda obtida de cada célula (Tail Moment) representa, quantitativamente, a extensão do dano oxidativo ao DNA. A análise das variáveis consideradas foi realizada pelos testes t de Student, testes de correlação (Spearman e Pearson), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: Há diferença entre dano oxidativo ao DNA no tecido normal (Média=0,8TM) e no tumor (2,13TM) em doentes com câncer colorretal ($p = 0,0001$). Há correlação entre o dano oxidativo no tumor e o respectivo dano oxidativo total, sendo o último representado pela diferença entre dano oxidativo no tecido normal e no neoplásico ($r = 0,924$ com $p = 0,0001$). A idade do paciente se relaciona inversamente com os níveis totais de dano oxidativo ($r = -0,410$, $p = 0,03$). Existe correlação entre a quantidade de dano oxidativo total e grau histológico ($rs = -0,404$ com $p = 0,03$). Conclusão: Há maior dano oxidativo ao DNA celular em células tumorais do que em células normais de doentes com câncer colorretal. O dano oxidativo ao DNA apresenta relação com a idade, sugerindo que pacientes mais jovens necessitam maiores níveis de dano para o desenvolvimento do câncer. O dano oxidativo ao DNA está relacionado ao grau histológico.

TL32 - ASPECTOS NUTRICIONAIS RELACIONADOS A NEOPLASIAS DE CÓLON E RETO COM O AUMENTO DA INCIDÊNCIA DOS MESMOS

ARSIE DS, BRITO AR, DAINEZI MA, MOTA CC, PAESE A., RODRIGUES EA, SANDOVAL EGB E VIEIRA GHA

2. FSCMF, Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

O Câncer de Cólon e Reto têm sofrido aumento significativo em sua incidência, notada desde o início do século 21. A identificação de um padrão alimentar propenso ao surgimento do Câncer Intestinal é bem definida nos seus aspectos qualitativos, ou seja, relacionado ao tipo de alimentos ingeridos ou a falta dos mesmos. Há necessidade de estudos sobre outros fatores ligados à nutrição, como alguns tipos de alimentos e condimentos. O objetivo deste estudo é determinar se existem ou não fatores alimentares regionais que levem ao aumento da incidência do Câncer de Intestino, conseqüentemente se detectados orientar campanhas e/ou políticas de prevenção do mesmo. O estudo em questão será feito com busca de informações retrospectivamente sobre o padrão alimentar de uma população de 50 pacientes portadores de neoplasias de Cólon e Reto (em tratamento), todos moradores da regional de saúde de Franca. A coleta de dados será realizada através de entrevistas com pacientes, análise de prontuários médicos e informações de familiares. Nas entrevistas, será utilizado um formulário onde constarão questões acerca da ingestão de fibras, gorduras, etilismo e padrões particulares de alimentação de cada paciente. Cerca de 86% dos pacientes faziam uso abusivo de gordura de origem animal, 92% ingeriam menos que 25g de fibra por dia, 38% fazem ingestão regular de frutas, 22% de cereais e 74% ingeriam uma quantidade excessiva de condimentos. Contudo, concluímos que a maioria dos pacientes entrevistados ingere grande quantidade de gorduras de origem animal, pouca quantidade de fibras e fazem uso de grande quantidade de condimentos nas suas alimentações.

TL33 - TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL DE CANAL ANAL RECIDIVADO: RELATO DE CASO

NETO, IJFC, CARVALHO, GG, COSME, SL, CORDEIRO, DL, WATTÉ, HH, SOUZA, RFL, ROLIM, AS, ROBLES, L
1. HSM, Hospital Santa Marcelina-SP

Introdução o tumor estromal gastrointestinal(gist) representa a mais frequente neoplasia mesenquimal do trato gastrointestinal, sendo uma entidade extremamente rara no canal anal. Gist anorretal corresponde a 0,15 a 0,3% dos tumores malignos nesta região do trato gastrointestinal. Objetivo relatar o caso de portador de gist de canal anal submetido a ressecção local da neoplasia e avaliar o uso de imatimib na recidiva da lesão. Relato da caso jjs, 48 anos, natural e procedente de são paulo, porteiro. Referia que há 8 meses passou a apresentar proctalgia com piora às evacuações associado a puxos e tenesmo. Ao exame proctológico apresentava lesão de consistência fibroelástica a cerca de 3 cm da borda anal com 3 cm de diâmetro, localizada em parede póstero-lateral esquerda. A colonoscopia evidenciou lesão com abaulamento de mucosa cujo anatomopatológico demonstrou pólipos hiperplásico. Como a lesão era sugestiva de neoplasia, submetido a nova biópsia através de retossigmoidoscopia rígida cujo anatomopatológico foi de gist. Paciente foi submetido a ressecção endoanal da lesão, na qual se verificou uma lesão exofítica aparentemente extra mucosa de 2cm de diâmetro distando 1,5cm da borda anal. Após dois anos, relatou queixa de proctalgia e tenesmo. Ao exame físico nesta ocasião apresentava tumoração nodular de 2,5cm em parede lateral esquerda a 2 cm da borda anal. Solicitado então tomografia computadorizada de abdome e ressonância magnética de pelve com evidência de lesões metastáticas em fígado e lesão expansiva em parede de reto adjacente ao esfíncter anal. Em 25/06/08 foi submetido a nova ressecção local de tumoração em canal anal onde havia lesão endurecida subcapsular de 5 cm de diâmetro em parede póstero-lateral a esquerda distando 2 cm da borda anal, cujo histo e imunopatológico confirmaram se tratar de gist recidivado com margens livres paciente mantém acompanhamento ambulatorial com continência anal preservada, sem queixas e em regime de radioterapia. Conclusão recomenda-se excisão local sempre que possível e o uso de imatimib em casos de recorrência local ou metástase a distância. O uso de imatimib permanece controverso e estudos futuros ajudarão a responder questões como a época correta de se utilizar essa droga e seu benefício em uso isolado ou em conjunto com cirurgia assim como o tipo de cirurgia ou a radicalidade da mesma.

TL34 - ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS E CLÍNICAS DA RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO

MARCIANO MR, NETINHO JG, GONÇALVES FAF, LUPORINI RL, SIPRIANI JR LV, RONCHI LS, BASSO MP, CRISTIANO AB
1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: a radioquimioterapia neoadjuvante é indiscutivelmente um avanço no tratamento do câncer de reto. Entretanto seus efeitos colaterais são deletérios e progressivos aos tecidos sadios também irradiados. Pouco foi estudado até o momento sobre o verdadeiro efeito da radioquimioterapia neoadjuvante no aparelho esfíncteriano para tratamento de tumor de reto médio e baixo. Objetivo: avaliar as alterações da fisiologia anorretal através de dados manométricos anoretais e aspectos clínicos provocadas pela radioquimioterapia neoadjuvante em pacientes portadores de neoplasia de reto com lesões até 10 cm da borda anal. Pacientes e métodos: foram analisados dezesseis pacientes portadores de neoplasia de reto médio e baixo no período de fevereiro de 2008 a maio de 2009. Os pacientes responde-

ram a um questionário sobre sintomatologia clínica relacionada ao tumor e realizaram o exame de manometria anorretal. Encaminhados posteriormente ao serviço de oncologia onde recebiam terapia neoadjuvante. Após um mês do término da terapia neoadjuvante os pacientes eram submetidos a novo questionamento clínico e manometria anorretal. Resultados: a queixa de dor apresentou uma queda média de 6,25%, o sangramento que era referido em 93,75% dos casos se reduziu para 25%, a diarreia melhorou em 25% dos casos, a urgência fecal teve queda de 18,5% em média, sensação de resíduo fecal se reduziu de 62,5% para 18,75% e finalmente o ritmo intestinal que acometia 31,25% dos casos em mais de 4 evacuações por dia se reduziu para 2 a 4 evacuações em 62,5% após neoadjuvante. Dados da manometria anorretal apesar de sofrerem discretas alterações antes e após a terapia, permaneceram dentro dos padrões normais de referência. Conclusão: o estudo observou uma significativa melhora dos dados clínicos pesquisados, em destaque a significativa redução do sangramento, já os índices da manometria anorretal avaliados não geraram alterações expressivas, mantendo-se dentro dos valores normais de referência estudados após a terapia neoadjuvante, demonstrando assim que a terapia prévia a cirurgia além de melhorar os sintomas clínicos avaliados não prejudica o funcionamento do sistema esfíncteriano anal.

TL35 - NEOPLASIA COLORRETAL EM PACIENTES MENORES DE 40 ANOS

COSTA, SV, ALMEIDA MG, BARAVIERA, AC, GONTSHAROW,S, MANZIONE ,CR, MACHADO, SPG, FALLEIROS, V, VILARIÑO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de Sao Paulo

Neoplasia colorretal em pacientes menores de 40 anos o câncer colorretal é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil. É incomum em indivíduos menores de 40 anos, ocorrendo numa frequência de 2,1 a 14,6%. Por ser condição clínica de pacientes idosos, seu diagnóstico em pacientes jovens é frequentemente subestimado. O presente trabalho tem como objetivo avaliar variáveis clínico-patológicas em pacientes com menos de 40 anos, no que diz respeito a idade, tipo histológico, localização do tumor, sinais e sintomas, tipo de cirurgia, necessidade de quimioterapia ou radioterapia, tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico. Para tanto, foi realizado estudo retrospectivo, através da leitura de prontuários de 7 casos diagnosticados no HSPM no período de janeiro de 2007 a maio de 2009. Neste período 52 pacientes foram diagnosticados com câncer colorretal pelo serviço de coloproctologia. Encontrou-se: o sexo mais frequente foi o masculino(71,42%); a idade média do diagnóstico foi de 37,14 anos; os sinais e sintomas mais prevalentes foram: hematoquezia, alteração do hábito intestinal e dor abdominal; o tempo médio entre o início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 10,48 meses; a maioria das lesões encontrava-se no reto (57,14%); cerca de 72% dos pacientes encontrava-se no estágio III; o seguimento ambulatorial médio foi de 12 meses, tendo ocorrido 1 óbito neste período. Pacientes jovens portadores de ccr apresentam, geralmente, sintomatologia rica, com doença avançada ao diagnóstico, apresentando menor probabilidade de cura.

TL36 - CÂNCER DO CANAL ANAL: TRATAMENTO E INDICAÇÃO CIRÚRGICA

MACHADO, SPG, ALMEIDA , MG, BARAVIERA, AC, GONTSHAROW ,S, MANZIONE ,CR, FALLEIROS, V, VILARIÑO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Objetivo: avaliar o diagnóstico, tratamento clínico e indicações de cirurgia nos pacientes com câncer do canal anal. Pacientes e método: análise retrospectiva dos prontuários de pacientes diagnosticados com tumores de canal anal no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2009. Resultados: 20 pacientes diagnosticados com tumores de canal anal no período, todas do sexo feminino, a idade média foi de 60 anos (42 a 78 anos). Os sintomas mais frequentes foram hematoquezia, tumoração e dor local. O tempo de seguimento variou de 5 a 120 meses, 4 pacientes perderam o acompanhamento. A radioterapia foi realizada com dose de 4500 a 5040 cgy na pelve seguida de complementação de dose no canal anal. A quimioterapia foi realizada com 5-fu (1.000mg/m²) em infusão contínua e mitomicina c (10mg/m²) em bólus durante os cinco primeiros e os cinco últimos dias da radioterapia. Apenas 2 pacientes apresentaram recidiva precoce da doença, sendo encaminhados para amputação abdominoperineal do reto, uma paciente com tumor de buschke-lowestein ainda encontra-se em avaliação para procedimento cirúrgico. Uma paciente morreu por consequência da doença após 14 meses do diagnóstico. Conclusões: o exame proctológico e a biopsia das lesões suspeitas são fundamentais no diagnóstico, o tratamento clínico com quimio e radioterapia é a conduta de eleição sendo a cirurgia reservada para casos de falha ou recidiva precoce da doença.

TL37 - ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DOS CARCINOMAS DO CANAL ANAL

MACHADO, SPG, ALMEIDA, MG, BARAVIERA, AC, GONTSHAROW, S, MANZIONE, CR, FALLEIROS, V, TEREZADE CARVALHO VILARIÑO, VILARIÑO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Objetivo: Avaliar os aspectos diagnósticos, os resultados do tratamento radio e quimioterápico e as indicações operatórias dos doentes de carcinoma do canal anal. Pacientes e Método: Análise retrospectiva dos prontuários dos 20 pacientes com tumores de canal anal, acompanhados no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2009. Eram todas mulheres com idades entre 42 e 78 anos, com média etária de 60 anos. A radioterapia foi realizada com dose de 4500 a 5040 cGy na pelve seguida de complementação de dose no canal anal. A quimioterapia foi realizada com 5-FU (1.000mg/m²) em infusão contínua e mitomicina C (10mg/m²) em bólus durante os cinco primeiros e os cinco últimos dias da radioterapia. Resultados: Os sintomas mais frequentes foram hematoquezia, tumor e dor local. Todas as doentes responderam bem ao esquema neo-adjuvante, exceto três, que persistiram com tumor residual e foram submetidas a amputação abdominoperineal do reto. Uma delas morreu por consequência da doença 14 meses após o diagnóstico. Uma apresenta tumor recidivado na margem da ressecção. Outra teve tumor de Buschke-Lowenstein associado ao carcinoma invasivo, que regrediu com a radio e quimioterapia, mas manteve focos do condiloma gigante na margem anal que foram ressecados. O tempo de seguimento variou de 5 a 120 meses e quatro delas perderam o acompanhamento. As 14 demais estão vivas e livres da doença. Conclusões: os dados do diagnóstico e do tratamento dos nossos doentes de carcinoma do canal anal são compatíveis aos encontrados na literatura.

TL38 - PESQUISA DE LINFONODO-SENTINELA EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE CÓLON

HILARIO-FREITAS, A.A., NUNES, T.A., WAINSTEIN, A.J.A., PENNA, W.N.B.

1. UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: o câncer colorretal é responsável por cerca de 8.000 óbitos/ano no Brasil. Acredita-se que haja subestadiamento pós-operatório. Objetivo: pesquisar sobre linfonodo-sentinel em pacientes com adenocarcinoma de cólon. Métodos: a amostra foi composta de 18 pacientes, todos com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon, submetidos à laparotomia com injeção dos marcadores de linfonodos na subserosa peritumoral. Resultados: a identificação intra-operatória de linfonodo-sentinel com os marcadores ocorreu em 16 (88,8%) pacientes. O azul patente identificou linfonodos-sentinel em 72,2% e o fitato marcado com tecnécio em 88,8%. Obtiveram-se linfocintilografias do espécime cirúrgico removido em 15 pacientes. A sensibilidade global do método foi de 66,7% e o falso negativo de 33,3%. Depois do exame histológico com multisseção e imunohistoquímica de 11 pacientes, foi diagnosticada metástase em uma (9%) ocorrência, sendo considerada ultra-estadiamento. Conclusões: pode-se afirmar que o procedimento é viável; o radiofármaco é mais eficaz; a linfocintilografia da peça cirúrgica é capaz de certificar a presença de captação de radiofármaco pelo linfonodo; a incidência de metástases linfonodais é, proporcionalmente, a mesma nos linfonodos-sentinel e não-sentinel; as técnicas de multisseção e imunohistoquímica contribuem para melhorar a acuidade diagnóstica de metástase linfonodal.

TL39 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TOXICIDADE CUTÂNEA POR CAPECITABINA – XELODA® MAZZON, S.R.R.1, RISSO, A.C.M.C.R.2, MICHELIN, O.C.1, PAIVA, C.R.1, HOSSNE, R.S.3

1. UNESP - STQ, Universidade Estadual Paulista - Seç. Técn. Quimioterapia 2. FMR, Faculdade Marechal Rondon 3. UNESP, Universidade Estadual Paulista - Depto Cirurgia

1. Introdução a capecitabina, comercializado como xeloda®, é um antineoplásico utilizado como tratamento paliativo de primeira linha para câncer colorretal e de mama metastático. Os distúrbios da pele e subcutâneo dividem-se em síndrome mão-pé (smp), dermatite, pele seca, rash eritematoso, alopecia, prurido, esfoliação localizada, hiperpigmentação da pele e desordens nas unhas (xeloda, 2007). 2. Objetivos o trabalho buscou identificar a incidência de toxicidade cutânea em pacientes tratados com capecitabina-xeloda®, no hospital das clínicas – unesp - seção técnica de quimioterapia, realizar a consulta de enfermagem e orientar quanto aos cuidados que deverão ser tomados pelos pacientes ao apresentarem toxicidade cutânea decorrente ao uso da capecitabina-xeloda®. 3. Todos os estudos baseou-se em pesquisa de campo, o projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da faculdade de medicina de Botucatu. Para inclusão na pesquisa foram considerados todos os pacientes que faziam uso de capecitabina-xeloda®. A pesquisa foi realizada de junho a outubro de 2008. Todos os sujeitos da pesquisa preencheram o tcle. Houveram 3 encontros com cada sujeito da pesquisa, onde as mãos e pés foram fotografados para a identificação da toxicidade cutânea na smp e foram realizadas consultas e orientações de enfermagem. 4. Resultados o uso de creme de uréia, com frequência superior a quatro vezes ao dia foram significativamente relacionados com graus mais elevados de smp (p=0,013). Considerou-se efetiva as orientações de enfermagem em relação ao perfil de toxicidade cutânea secundário ao uso da capecitabina. Houve também significativa redução da ocorrência de dermatite entre a primeira e a última avaliação (p=0,011). O mesmo foi observado em relação a xerose cutânea (p=0,045). 5. Conclusões foram localizados 18 pacientes com doença metastática (7 com câncer de mama, 10 com câncer colo-retal e 1 com câncer de rim). A ação da enfermagem atuou proporcionando ao paciente, informações so-

bre o protocolo de tratamento, possíveis efeitos cutâneos adversos precoce ou tardio. Por meio dos resultados obtidos, houve a pretensão de trazer o olhar para a importância da enfermagem numa perspectiva complementar enfermagem / médico, atuando no campo da promoção, prevenção e orientações quanto à toxicidade cutânea causada pela capecitabina-xeloda®.

TL40 - PERFIL HISTOPATOLÓGICO DAS NEOPLASIAS COLORRETAIS TRATADAS NO HOSPITAL HELIÓPOLIS-SP
LIMA MA, RAMACCIOTTI FILHO PR, CASTRO CAT, POZZOBON BHZ, FONSECA MFM, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

INTRODUÇÃO: Carcinoma colorretal é a quarta causa de óbito por câncer no Brasil. Seu prognóstico é determinado pela possibilidade de ressecção curativa e extensão anatômica da lesão. No entanto, algumas características histopatológicas têm sido associadas à maior recidiva e reduzida sobrevida, destacando-se a presença de invasão neural e linfática. **OBJETIVOS:** Avaliar o perfil histopatológico das neoplasias colorretais tratadas com cirurgia curativa. **MÉTODOS:** Foram avaliados, retrospectivamente, os resultados histopatológicos das peças cirúrgicas dos pacientes submetidos à cirurgia curativa para neoplasia colorretal no serviço de coloproctologia do Hospital Heliópolis/SP, nos últimos cinco anos. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o teste t de student. **RESULTADOS:** Foram estudados 190 pacientes, sendo 50,5% do sexo masculino, com localização predominante no reto (48,9%). As lesões foram classificadas como T3 em 65,3% dos casos. Com relação à invasão neural, observou-se positividade de 17,8% e 44,6% para invasão linfática. Os pacientes com invasão neural e linfática positivos apresentavam maior número de linfonodos acometidos na peças cirúrgicas ($p<0,01$ e $p<0,03$, respectivamente). **CONCLUSÃO:** A identificação de invasão neural e linfática nas peças cirúrgicas de pacientes submetidos à cirurgia curativa para neoplasia colorretal indica maior chance de acometimento linfonodal. Isto implica em pior prognóstico, com maior chance de recidiva e reduzida sobrevida.

TL41 - CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA: É UMA BOA ESCOLHA NO MANEJO DE CÂNCER DE CÓLON PRECOCE?

MORIOKA, C.Y.1, ARAI, H.2, SAKAMOTO, T.2, TSUKADA, K.2
1. MCIC, Morioka's Center for Integrative Care, São Paulo2. TU, Toyama University

Introdução: câncer de cólon precoce (ccp), i. E. , quando restrito a mucosa (m) ou submucosa (sm), são geralmente tratados com ressecção endoscópica da mucosa. No entanto, quando ccp invade a mucosa, ressecção cirúrgica é indicada. **Objetivo:** esclarecer se a cirurgia minimamente invasiva com linfadenectomia local ou ressecção via videolaparoscopia pode ser uma boa decisão nestes casos. **Métodos:** quarenta e sete pacientes com ccp submetidos a cirurgia foram analisados retrospectivamente. 38 (68%) eram do sexo masculino e 15 (32%) eram do sexo feminino, com idade média de 63,5 anos. Ressecção endoscópica da mucosa foi realizada em 18 casos antes da intervenção cirúrgica. Todos os casos foram submetidos a cirurgia baseados na ecocolonosopia. **Resultados:** 44 casos foram submetidos a cirurgia minimamente invasiva e três casos foram submetidos a cirurgia de miles. A extensão das margens livres foram: 5 cm em 18 casos (38,3%) com linfadenectomia local, 10 cm em 26 casos (55,3%) com linfadenectomia à distância e ressecção radical em 3 casos. Um caso de tumor sm2 apresentou metástase hepática. A análise histopatológica

mostrou: adenocarcinoma bem diferenciado em 39 casos (83%) e adenocarcinoma moderadamente diferenciado em 8 casos (17%). Um tumor estava associado com tumor carcinóide. De acordo com a profundidade de invasão sm: sm1 foi encontrado em 15 casos (32%), sm2 em 14 (29,7%) e sm3 em 18 (38,3%). Metástases linfonodais foram encontrados em 4 casos de sm3 (8,5%), 2 casos de sm2 (4,3%) e nenhum de sm1. No follow up pós operatório de 5 anos, 42 casos estão sem doença. Considerando o tipo de tumor, apenas um caso era tipo iic no tumor sm1. Tipos iia+iic foram observados no tumor sm3. **Conclusões:** devido ao fato da taxa de metástases de ccp de sm ter sido de cerca de 13% e ausência de metástases em tumores sm1, nosso estudo sugere que cirurgia minimamente invasiva pode ser uma boa alternativa no tratamento de câncer de cólon precoce quando a profundidade de invasão é restrita a sm1. No entanto, é difícil de diferenciar lesões borderline entre sm1 e sm2 para definir o melhor tratamento baseado em encontros de ecocolonosopia.

TL42 - AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS EM CIRURGIAS COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

CORTES, M.G.W., LOPES, F.Q., ALVES, A.C., OLIVEIRA, T.A.N., LAMOUNIER, P.C.C.

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: com o avanço no conhecimento da disseminação tumoral, a excisão total do mesorreto (etm) consolidou-se como o tratamento cirúrgico mais adequado para tumores de reto médio e inferior. O princípio desta cirurgia é a completa ressecção de todo tecido perirretal envolto por sua fâscia intacta, com margem circunferencial negativa. A etm permitiu importante redução do número de amputações abdominoperineais, diminuição de recorrência local com consequente aumento da sobrevida e menores incidências de disfunção sexual e vesical. **Objetivos:** avaliação dos resultados pós-operatórios de pacientes submetidos a etm, incluindo morbidade, mortalidade, índice de amputação de reto e recidiva da doença. **Métodos:** análise retrospectiva de dados de protocolos de 58 pacientes consecutivos submetidos a etm por adenocarcinoma retal de 1999 a 2009 no hospital felício rocho. Todos os casos foram operados pelo mesmo cirurgião. **Resultados:** a média de idade dos pacientes operados foi de 62 anos. Do total 55 (95%) das cirurgias foram realizadas com intenção curativa. O tempo até fechamento de ileostomia foi de até 4 meses em 15 casos, até 8 meses em 9 casos, até 22 meses 8 casos. Em 9 (15,5%) casos foi necessário realizar amputação de reto. As neoplasias operadas apresentavam estadiamento: 0 em nove casos, i em 13 casos, ii em sete casos e iii em nove casos e iv em seis casos. Os tumores localizavam-se entre 2 e 5 cm da margem anal em 17 (29,3%) casos, 5 a 10 cm em 12 (20,6%), a menos de 2 cm em cinco (8,6%) e a mais de 10 cm em quatro (6,8%) casos. O período de acompanhamento pós-operatório variou de 3 meses a 8 anos, sendo identificados 11 casos de recidiva tumoral. Foi registrado 1 óbito como complicação cirúrgica. **Conclusões:** a excisão do mesorreto é hoje padronizada para neoplasias de reto inferior e médio. O índice de amputações está dentro dos limites preconizados. A maior parte dos casos foi operada com intenção curativa. Os resultados do hospital felício rocho são consistentes com os da literatura médica.

TL43 - LINFADENECTOMIA NA COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA: É POSSÍVEL SER ONCOLÓGICO?

FERREIRA, LA, PEDROSO, MA, FERREIRA, JM, MENDES, GN, EPSTEIN, MG, BONADIMAN, A, ANDRADE, RF, LUPINACCI, RA
1. HSPE, Hospital do Servidor Público Estadual

Objetivo: relatar a experiência do serviço na linfadenectomia na colectomia direita videolaparoscópica. A abordagem laparoscópica para realização da linfadenectomia na colectomia direita vem tendo resultados positivos nas ressecções de caráter oncológico. Relatamos 20 casos realizados durante o período de 2007 a 2009, no quais foram retirados mais de 12 linfonodos.

TL44 - COLECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA. A LINFADENECTOMIA PODER SER ONCOLÓGICA?

FERREIRA, LA, CAMPOS, MH, MENDES, GN, FERREIRA, J.M., EPSTEIN, M.G., BONADIMAN, A., PEDROSO, M.A., BEANI JR, ALCEU.

1. HSPE, Hospital do Servidor Público Estadual

Objetivo: relatar a experiência do serviço na linfadenectomia na colectomia esquerda videolaparoscópica, no período de 2007 a 2009. A importância da linfadenectomia associada à ressecção do câncer colorretal tem sido reconhecida desde a proposta formulada por Miles em 1908, destacando a tendência à recidiva tumoral na região de drenagem linfática do reto. Em 1930, Dukes demonstrou que a presença de metástases ganglionares representa o fator prognóstico de maior importância em relação à recorrência e sobrevida. Desde então, a pesquisa de linfonodos comprometidos é considerada como o procedimento de maior relevância na análise anátomo-patológica de espécimes operatórios em pacientes submetidos ao tratamento do câncer colorretal. A abordagem laparoscópica para realização da linfadenectomia na colectomia esquerda vem tendo resultados positivos nas ressecções de caráter oncológico.

TL45 - ESTUDO DE POLIPOS ADENOMATOSOS PÓS CIRURGIA COLORETAL POR CANCER. ALTERAM PROGNÓSTICO?

PAIM, O, SANFELICE, F, ARAUJO, F, DUARTE, H, MEURRER, R

1. HUSM - UFSM, Hospital Universitario de Santa Maria

Estudo de polipos adenomatosos pós cirurgia colorretal. Objetivo: avaliar pacientes em seguimento pós cirurgia colo-retal, verificando através de colonoscopia se a presença de polipos adenomatosos no seguimento teve relação direta com a evolução destes pacientes. Casuística e método: avaliamos retrospectivamente 138 pacientes tratados com intenção curativa por neoplasia de colon e reto no hospital universitario de Santa Maria no período de janeiro de 2004 até março de 2009 e que tiveram seguimento conforme orientado em nosso serviço. Foram excluídos do estudo pacientes com lesões avançadas, metástases evidentes, ou que abandonaram seguimento. Incluídos pacientes com lesão primária t2n1, t2n0, t1n1, t1n0. Resultados: no seguimento endoscópico foram evidentes polipos em 62 pacientes, cancer metacronico em 4 pacientes. Dos 62 pacientes com polipos, 10 tinham mais de 4 polipos no seguimento e estes tiveram 3 dos pacientes com cancer metacronico e 2 recidiva tumoral nos primeiros 24 meses de follow-up. Conclusão: sugere o estudo que a presença de polipos adenomatosos múltiplos no seguimento pós cirurgia colorretal por câncer é forte indicativo de recidiva tumoral iminente e ou lesão metacrônica.

TL46 - CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EM CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

SIAON, RABELO FEF, VALLE JR. HN

1. HJK, Hospital Júlia Kubitschek

A maioria dos tumores colônicos são adenocarcinomas, sendo rara na literatura a descrição do CCE dos cólons, o que se deve a ausência desse tipo celular na região e confere relevância a este trabalho. Objetivos: Relatar um caso de nosso serviço, de paciente com processo expansivo de cólon direito, cuja histologia mostrou tratar-se de CCE nessa região e confrontar com dados da literatura. Métodos: PFJ, masculino, 45 anos, admitido em 26/10/04, com dor em HCD de 4 meses de evolução. Havia Murphy +/ictericia (+/4+). US abd: colecistite. Evoluiu com obstrução. TC abd: lesão estenosante ângulo hepático do cólon direito. Colono: confirmou achado. Realizada hemicolectomia direita. Histopatológico da lesão: CCE moderadamente diferenciado até serosa, margens cirúrgicas livres, sem acometimento nodal. Não realizou adjuvância. Exames de controle anual (TC, US, RX, colono) normais até a presente data; CEA variando 4,2 a 3,6. Realizada revisão literatura sobre o tema, utilizando a base de dados Pubmed. Resultados: Recente artigo que revisou 169073 pacientes com câncer de cólon, demonstrou que destes, 97,6% eram adenocarcinomas, 0,3% se tratavam de CCE e 0,09% do total, CCE do cólon direito. Esse tipo de tumor é diagnosticado na idade média de 63 anos, tem distribuição igualitária entre os sexos e comporta-se semelhante ao adenocarcinoma na distribuição racial. A sobrevida global em 5 anos é de 34%. Doença em estágio I a III tem 65% de sobrevida, já pra estágio IV, 8,5 meses. Para linfonodos positivos 23% e negativos 85% em 5 anos. Conclusões: O CCE do colon é uma neoplasia rara, de causa e patogênese desconhecidas. Enquanto os linfonodos positivos apresentam um prognóstico ruim, pacientes livres de acometimento linfonodal apresentam a mesma evolução que o adenocarcinoma. A detecção precoce e a cirurgia constituem a principal modalidade terapêutica. O tratamento adjuvante para doença avançada ainda necessita de pesquisas, o que deve ser encorajado.

TL47 - RESSECÇÃO DE METÁSTASE HEPÁTICA DE CEC DE CANAL ANAL - RELATO DE CASO

AQUINO, C.G.G.1, RIBEIRO, M.A.1, GOMES, C.M.C.N.3, FERREIRA, F.G.1, KOSZKA, A.J.M.1, SANTOS, M.F.1, SZUTAN, L.A.1, BARBOSA, F.C.P1

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo 3. ISCMSP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

O carcinoma epidermóide de canal anal é uma neoplasia pouco frequente, tem como principais fatores de risco: tabagismo, comportamento sexual, doenças inflamatórias intestinais, HIV e HPV. As metástases mais comuns são para região inguinal, sendo raro o acometimento hepático. Quando ocorre, o melhor tratamento é a ressecção, porém o índice de recidiva é alto (mais de 50% em média em 10 meses) e a sobrevida livre de doença em 5 anos gira em torno de 20%. Em nossa instituição foram tratados mais de 18 casos de CEC de canal anal pelo Grupo da Coloproctologia, 4 evoluíram com metástase hepática, um deles passível de tratamento cirúrgico. Relatamos caso de tratamento cirúrgico de metástase hepática de CEC de canal anal realizado pelo Grupo de Fígado e Hipertensão Portal. Paciente LCPS, 55 anos, sexo masculino, Antecedentes de tabagismo, há 2 anos iniciou quadro de dor anal e sangramentos, com protusão de lesão anal e sem alteração do hábito intestinal. Exame Físico: emagrecido (IMC= 19,4 Kg/m²). Exame proctológico: área arredondada de 2,5cm de diâmetro, hipotrófica e acrômica, em região posterior do ânus, sem protusão. Palpação: edema firme em nádegas e região perianal. Toque retal: esfíncter hipotônico e alargado, lesão vegetante, circunferencial, se estendendo a 4 cm da borda anal. Exames laboratoriais normais, CEA= 3,5 (normal). Há um ano realizou biópsia excisional em outro serviço com anátomo patológico resultando em CEC invasivo mode-

radamente diferenciado de canal e borda anal. Indicado pela equipe de Oncologia tratamento quimioradioterápico pelo protocolo de NIGRO. Evoluiu com metástase hepática em lobo direito, realizou Tomografia Computadorizada que mostrou fígado apresentando 2 imagens sólidas, bem delimitadas, uma no segmento IV / VIII de 1,8cm e outra no segmento VII de 5,5cm. Foi então submetido a Laparotomia Exploradora, sendo realizado ultrassom intra-operatório que mostrou 3 nódulos: um de 6cm nos segmentos VI e VII, um de 2cm no segmento VIII e um de 1,5cm no segmento II, sem invasão de vasos. Foi optado por hepatectomia Direita com ressecção parcial do diafragma, enucleação de nódulo no segmento II, hepático-hepático anastomose por lesão inadvertida, sutura diafragmática e drenagem de tórax Direito devido à aderência tumoral ao diafragma. Evoluiu com fístula biliar sendo submetido a colangiografia endoscópica no PO30 com papilotomia e passagem de prótese no ducto hepático Esquerdo. Recebeu alta no PO38.

TL48 - INCIDÊNCIA E VALOR PROGNÓSTICO DA PESQUISA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS NO LAVADO PERITONEAL DO CÂNCER COLORRETAL

SIPRIANI JR, L.V., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., CHRISTIANO, A.B., BASSO, M.P., GONÇALVES FILHO, F.A., MELO, M.M.C., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: o câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais frequentes na atualidade, com altas taxas de mortalidade. O prognóstico está ligado ao grau de crescimento tumoral no momento do diagnóstico, ao acometimento linfonodal e a presença ou não de metástases à distância. A presença de células neoplásicas no lavado peritoneal pode representar disseminação precoce da doença, e indicar quais os pacientes que terão maior chance de apresentar recorrência local ou metástases à distância, o que pode, orientar a necessidade de outras modalidades de quimioterapia pós-operatória. Assim, objetivos desse estudo foram: identificar a presença de células neoplásicas no lavado peritoneal de pacientes submetidos a cirurgia por ccr, avaliar o significado prognóstico desse lavado no seguimento pós-operatório, estudar qual a característica da neoplasia que provoca maior esfoliação celular, e avaliar se a manipulação intra-operatória provoca disseminação. Pacientes e métodos: análise prospectiva dos pacientes submetidos a cirurgia para neoplasia colorretal, no hospital de base de São José do Rio Preto – famerp, no período entre maio de 2008 a maio de 2009. A análise do lavado peritoneal ocorreu da seguinte maneira: na abertura da cavidade, antes da manipulação tumoral, foi injetado 20 mililitros de solução salina em cada quadrante abdominal, com aspiração de 20 mililitros do líquido resultante no fundo de saco pélvico. Da mesma maneira se procedeu no momento do fechamento da cavidade, após a retirada do tumor. Esse líquido resultante foi enviado para análise citopatológica, onde realizou-se coloração por método de papanicolaou e ácido periódico de schiff. Resultados: foram realizadas 59 cirurgias que preencheram os critérios estabelecidos. Houve uma discreta prevalência no sexo masculino (52%), cuja mediana de idade foi de 66 anos (20 a 88). O principal local de acometimento da neoplasia foi o reto (62%), seguido pelo sigmóide e cólon direito (17%), cólon esquerdo e transversal (1,7%). O nível do antígeno carcinoembrionário médio foi de 2,1. Nessa amostra observou-se um total 35,5% de lavados peritoneais positivos, dos quais 22% foram encontrados apenas no fechamento da cavidade, o que indiretamente demonstra que a manipulação intra-operatória é capaz de disseminar células na cavidade peritoneal. Desses pacientes que apresentaram citologia positiva, observamos a ocorrência de 33% de recidivas tumorais, culminando com 42% de mortalidade.

TL49 - ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA INICIAL DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

VIEIRA, A.1, MAGRI, K.D.2, FORMIGA, F.B.2, QUEIROZ, M.L.B.1, ROLIM, E.G.1, FANG, C.B.2, KLUG, W.A.2

1. FCMSCSP, Disciplina de Gastroenterologia da Santa Casa de São Paulo 2. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: o adalimumabe é arma terapêutica biológica na doença de crohn com melhor aplicabilidade e menos efeito colateral que o infliximabe, já amplamente utilizado em nosso serviço. Objetivos: descrever a experiência inicial da santa casa de São Paulo com o uso do adalimumabe. Métodos: análise descritiva de 14 pacientes portadores de doença de crohn, submetidos a tratamento biológico com adalimumabe e acompanhados no ambulatório multidisciplinar de doenças inflamatórias intestinais da santa casa de misericórdia de São Paulo. Resultados: a indicação do uso da terapia biológica com adalimumabe foi por ausência de resposta ou perda de resposta com o uso do infliximabe. Isso se deu em portadores de doença de crohn com fístulas complexas (64,3%) ou doença refratária (35,7%). Na dose inicial de 80mg houve remissão completa da doença em 28,6%, e resposta parcial em 66,6%. Já na dose de 160mg houve remissão completa em 71,4% e parcial em 33,3%. Dentre as principais reações adversas observamos dor no local da aplicação, dermatite, mialgia, herpes zoster, herpes labial e infecção do trato urinário. Conclusões: a terapia biológica com adalimumabe pode ser uma opção efetiva nos casos de doença de crohn refratária e complicada.

TL50 - CINCO ANOS DE INFILIXIMABE – EXPERIÊNCIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

VIEIRA, A.1, FORMIGA, F.B.2, MAGRI, K.D.2, QUEIROZ, M.L.B.1, ROLIM, E.G.1, FANG, C.B.2, KLUG, W.A.2

1. FCMSCSP, Disciplina de Gastroenterologia da Santa Casa de São Paulo 2. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: a terapia biológica com infliximabe, anticorpo monoclonal quimérico (75% humano e 25% murino), tem-se mostrado eficaz e segura desde sua aprovação em 1998. Objetivos: descrever a experiência da santa casa de São Paulo com o uso do infliximabe em pacientes com doença inflamatória intestinal. Métodos: trabalho prospectivo com 53 pacientes portadores de doença inflamatória intestinal em uso de infliximabe, que acompanham no ambulatório multidisciplinar de doenças inflamatórias intestinais da santa casa de misericórdia de São Paulo. Resultados: cinquenta e três pacientes com doença inflamatória intestinal foram submetidos a terapia biológica com infliximabe nos últimos cinco anos. Foram 969 aplicações indicadas aos pacientes com doença refratária (13,2%) e fístulas complexas (86,8%). No grupo da doença refratária, 46% dos pacientes apresentaram remissão completa, 31% perderam resposta ao longo do tratamento e 23% não obtiveram resposta alguma. Já no grupo da doença fistulizante, os de melhor resposta foram aqueles que apresentavam fístulas perianais (fechamento completo em 80%) e enterocutâneas (40%). Apresentaram eventos adversos 66% dos pacientes, sendo apenas 8,6% graves como meningoencefalite, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral e um óbito. Conclusões: a nossa experiência mostrou que a terapia biológica com infliximabe foi efetiva no tratamento das doenças inflamatórias intestinais de difícil controle clínico, principalmente em pacientes com doença perianal.

TL51 - ULTRASSONOGRAFIA ENDOANAL TRIDIMENSIONAL NA AVALIAÇÃO DAS LESÕES ANATOMICAS PERIANAIS EM PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN

MORELLI,U, LEAL,RF, AYRIZONO,MLS, OLIVEIRA,PSP, FAGUNDES,JJ, COY,CSR

1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: a doença perineal (dp) incide em até 30% dos pacientes com doença de crohn, causando comprometimento da musculatura esfinteriana e podendo levar à incontinência fecal em longo prazo. Objetivo: avaliar alterações esfinterianas preditivas de incontinência anal em portadores de doença de crohn. Metodologia: 11 pacientes com doença de crohn e lesões perianais agudas e crônicas, foram submetidos à ultrassonografia endoanal tridimensional, analisando-se os seguintes parâmetros: espessura do esfíncter anal interno (eai) e esfíncter anal externo (eae), presença de abscessos e tecido cicatricial em mais de 20% da circunferência do complexo esfinteriano. Resultados: foi constatada espessura reduzida do eae em 4 pacientes (36,3%), espessura reduzida do eai em 9 pacientes (81,8%), lesão tecidual peri-esfinteriana (abscessos) em 6 pacientes (54,5%) e de tecido cicatricial envolvendo mais de 20% da musculatura esfinteriana em 8 pacientes (72,2%). Conclusão: a utilização da ultrassonografia tridimensional é uma ferramenta útil no diagnóstico de lesões esfinterianas em portadores de dc, com potencial uso para prever incontinência fecal.

TL52 - INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN PERINEAL

AYRIZONO,MLS, LEAL,RF, FAGUNDES,JJ, CAMARGO, MG, OLIVEIRA,PSP, COMUNE,CEV, COY,CSR

1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: lesões anal e perianal são comuns em doentes portadores de doença de crohn (dc) e causas frequentes de morbidade, com dor e supuração crônica. Objetivo: avaliar o tratamento da dc perineal com o emprego do infliximabe. Métodos: estudo retrospectivo de 52 doentes com dc perineal, tratados com infliximabe, no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais "dr. Ricardo Góes" do gastrocentro-unicamp, no período de outubro de 2004 a março de 2009. A dose empregada foi de 5mg/kg e o esquema realizado de 0-2-6 semanas e manutenção a cada 2 meses na persistência dos sintomas. Resultados: vinte e sete doentes (51,9%) eram do sexo masculino e a média de idade de 34,1 (14-74) anos. As indicações do uso do infliximabe foram: fístula perianal em 30 (57,7%), úlcera de canal anal em 12 (23,1%), fístula perianal + fístula retovaginal em 5 (9,6%), fístula perianal e úlcera em 3 (5,8%), fístula + úlcera + fístula retovaginal em 1 (1,9%) e fístula retovaginal em uma outra (1,9%). Trinta e sete doentes (71,2%) faziam uso de azatioprina e 10 (19,2%) de mesalazina. Vinte e um doentes necessitaram ser submetidos a procedimentos cirúrgicos sendo: exploração de fístulas perianais e colocação de sedenhos em 16 (30,8%), drenagem de abscesso em 2 (3,8%), derivação intestinal em 2 (3,8%) e proctectomia em um (1,9%). O número de aplicações variou de 3 a 29. As principais complicações observadas foram: estenose anal em 10 doentes (19,2%), reação urticariforme e/ou prurido em 7 (13,5%), rash cutâneo associado com dispnéia, taquicardia e hipotensão em 4 (7,7%), mialgias e/ou parestesias em 3 (5,8%), suboclusão intestinal, herpes associado com candidíase vaginal, pneumonia, tuberculose e doença desmielinizante em um (1,9%). Em 23 doentes (44,2%) ocorreu cicatrização completa das lesões e em 25 (48,1%), a resposta foi parcial, com melhora importante. Ocorreram 2 óbitos, sendo um do doente com tuberculose disseminada e outro após

procedimento cirúrgico, sem relação direta com o uso do infliximabe. Cinco doentes (9,6%) perderam resposta ao infliximabe necessitando diminuir o intervalo das aplicações ou aumentar a dose da medicação. Conclusão: o emprego do infliximabe mostrou-se eficaz na dc perianal, porém não isenta de complicações e seu uso não diminui a necessidade de procedimentos cirúrgicos associados.

TL53 - MORTALIDADE NA DOENÇA DE CROHN

AYRIZONO,MLS, FAGUNDES,JJ, LEAL,RF, CAMARGO,MG, OLIVEIRA,PSP, COY,CSR

1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: doentes portadores de doença de crohn (dc) têm risco de mortalidade maior que a população geral, e aqueles que fazem uso de imunossuppressores, corticoterapia prolongada e medicamentos biológicos tem maior risco de infecções, mas se estes fatores aumentam a morbi-mortalidade pós-operatória é discutível. Objetivo: analisar a mortalidade dos doentes com dc acompanhados no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais. Métodos: no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais dr. Ricardo Góes da unicamp, inaugurado em outubro de 1990, estão cadastrados 393 doentes com dc, e neste período dez doentes foram a óbito. Resultados: sete (70%) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 43,2 (22-75) anos na ocasião do óbito. Todos já tinham sido submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico, sendo que dois deles tinham antecedente de proctocolectomia total com ileostomia definitiva. Quatro doentes faziam uso de mesalazina, um de azatioprina, um de infliximabe e três, associação de azatioprina com infliximabe; um não utilizava medicação. Oito doentes (80%) morreram de complicações do pós-operatório sendo 3 de sepse decorrente de fístula êntero-cutânea, 3 de pneumonia, um sem foco infeccioso definido e um outro de tuberculose peritoneal e pulmonar. Este último fazia uso de azatioprina e infliximabe. Um outro doente, internado para compensação clínica de uma fístula êntero-cutânea crônica também evoluiu para óbito por complicações sépticas e o último óbito foi em decorrência de desidratação, insuficiência renal aguda e distúrbio metabólico em um doente ileostomizado com antecedente de várias cirurgias. Em 6 doentes (60%) a principal causa da sepse foi infecção fúngica. Conclusão: doentes portadores de dc, em associação ou não a medicamentos imunossuppressores ou biológicos, podem evoluir com sepse grave devendo nestes casos dar atenção especial à etiologia fúngica.

TL54 - DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS EM PACIENTES PORTADORAS DA DOENÇA DE CROHN

KOTZE, L.M.S., KOTZE, P.G., OLANDOSKI, M.

1. PUCPR, Serviços de Gastroenterologia e Coloproctologia - HUC

INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) pode se manifestar em qualquer idade, portanto mulheres em período reprodutivo podem ser afetadas. São poucos os relatos de aspectos gineco-obstétricos (GO) na DC. OBJETIVOS: Verificar dados GO em portadoras da DC, comparando-os com os de mulheres com a síndrome do intestino irritável (SII). MÉTODOS: Foram estudadas retrospectivamente 54 mulheres com idade atual média de 36,5 anos (17 a 83) com o diagnóstico clínico, endoscópico, histológico e/ou de imagem de DC; e 84 portadoras da SII, segundo critérios de ROMA III, idade média atual de 43,5 anos (20 a 78). Idade da menarca, número de gestações e de abortos espontâneos foram os dados levantados. A análise estatística foi realizada pelos testes t de Student e de Fisher ($p < 0.05$). RESULTADOS: A idade da menarca na SII foi 12,8 anos (desvio padrão 1.6) e 13,2 anos

(desvio padrão 1.7) na DC ($p=0.208$). O número de gestações por mulher foi de 2.97 para SII e 2.37 para DC ($p=0.841$), enquanto a porcentagem de abortos espontâneos foi de 17.9% (15/84) na SII e 24,1% (13/54) na DC ($p=0.393$). Não houve significado estatístico em relação aos resultados obtidos. **CONCLUSÕES:** Embora a DC curse com alterações orgânicas de maior ou menor gravidade, inclusive com alterações nutricionais em alguns casos, diferentemente da SII onde as manifestações são funcionais, não se demonstrou diferenças entre as duas entidades em relação aos dados estudados.

TL55 - HÁ INFLUÊNCIA DA IDADE DO INÍCIO DOS SINTOMAS NA FORMA DE APRESENTAÇÃO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA?

KOTZE, P.G., KOTZE, L.M.S., MIRANDA, E.F., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., STECKERT FILHO, A., DINIZ, F.

1. PUCPR, Serviços de Coloproctologia e Gastroenterologia - HUC

INTRODUÇÃO: a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) é entidade crônica, de incidência bimodal (em adultos jovens, e em pacientes acima de 60 anos). Há três formas distintas de fenótipos da inflamação na RCUI: proctite distal, proctocolite segmentar e colite universal. Interroga-se se uma destas formas tem predominância em determinada faixa etária. **OBJETIVO:** verificar se há prevalência de alguma das 3 formas de apresentação fenotípica da RCUI em alguma faixa etária determinada, de uma coorte de pacientes. **MÉTODO:** estudo retrospectivo de coorte de 187 pacientes portadores de RCUI, que foram divididos em 4 grupos etários (até 20 a; 21-40 a; 41-60 a; acima de 61 a). Variáveis analisadas: sexo, idade de início dos sintomas, forma de apresentação (definida pela colonoscopia ao diagnóstico), medicamentos utilizados no decorrer do tratamento, necessidade de tratamento cirúrgico. A análise estatística foi realizada pelo método One-Way ANOVA, com nível de significância de 5% ($p<0,05$). **RESULTADOS:** Dos 187 pacientes analisados, 114 eram mulheres (61%) e 73 homens (39%). A idade média do início dos sintomas foi de 32,56 anos (variando entre 2 e 76 anos). Em relação à idade de início dos sintomas, 37 pacientes tiveram manifestações iniciais antes dos 20 anos (19,7%); 99 entre 21 e 40 anos (53%); 43 entre 41 e 60 anos (23%) e apenas 8 acima de 61 anos (4,3%). Quanto à forma de apresentação à colonoscopia, 89 pacientes (47,6%) tinham proctite distal, 60 (32,1%) apresentaram proctocolite segmentar e 38 (20,3%) tinham colite universal. O cruzamento destes dados demonstrou não haver predominância de um tipo de manifestação fenotípica da doença em determinado grupo etário, pois as formas de apresentação foram igualmente distribuídas nos 4 grupos analisados ($p=0,79$). **CONCLUSÕES:** as formas de apresentação da RCUI foram semelhantes em relação à idade do início dos sintomas nos pacientes estudados.

TL56 - ANÁLISE DE CUSTO-MINIMIZAÇÃO ENTRE O INFLIXIMABE (IFX) E O ADALIMUMABE (ADA) NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN (DC)

KOTZE, P.G.1, ALBUQUERQUE, I.C.2, MORAES, A.C.4, VIEIRA, A.3, SOUZA, F.5

1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia - Hospital Universitário Cajuru2. HE - SP, Hospital Heliópolis - SP3. ISCMSP, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SP4. Copa D'or, Hospital Copa D'or - RJ5. UEM - PR, Universidade Estadual de Maringá - PR

Introdução: há preocupação crescente com os custos da terapia biológica no tratamento da dc. O objetivo deste estudo foi simular o custo-minimização do tratamento contínuo com o ifx e com o ada em

portadores de dc, num período de 1 ano, em variadas faixas de peso. **Método:** estudo farmacoeconômico de custo-minimização na simulação de tratamento com agentes biológicos de pacientes portadores de dc, com pesos diferentes. Os custos foram baseados no preço dos dois medicamentos isoladamente (ifx e ada). Situações de perda de resposta foram igualmente simuladas. **Resultados:** o custo do tratamento com ifx (sistema público) foi de r\$ 29. 411,12 (entre 20 e 40 kg), r\$ 44. 116,68 (entre 41 e 60 kg), r\$ 58. 822,24 (entre 61 e 80 kg) e r\$ 73. 527,80 (entre 81 e 100 kg). O custo com ada foi de r\$ 52. 045,16, independentemente do peso. **Conclusões:** houve menores custos com o uso do ifx abaixo de 60 kg, e com o ada acima deste peso. Em simulação de perda de resposta ao ifx, houve menores custos absolutos com a troca para ada do que aumento de dose do ifx, entre 40 e 100 kg.

TL57 - ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE MONTREAL NA NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN

KOTZE, P.G., KOTZE, L.M.S., MIRANDA, E.F., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., STECKERT FILHO, A.

1. PUCPR, Serviços de Coloproctologia e Gastroenterologia - HUC

Introdução: a cirurgia na doença de crohn (dc) é comumente indicada nas complicações (fístulas, abscessos ou oclusão intestinal). Cerca de 40% de todos os casos ainda necessitam do tratamento cirúrgico, anal ou abdominal. Sabe-se que as formas estenosante e penetrante, por serem mais relacionadas a complicações, apresentam maiores índices de necessidade de cirurgia do que a forma luminal. **Objetivo:** analisar as características (baseadas na classificação de montreal) dos pacientes portadores de dc submetidos à cirurgia, comparando-os com os não-operados, em uma série de casos. **Método:** estudo retrospectivo de uma coorte de 152 pacientes portadores de dc. Os pacientes foram divididos em dois grupos: operados e não-operados. Variáveis analisadas: sexo, idade de início dos sintomas, forma de apresentação (pela classificação de montreal), necessidade de tratamento cirúrgico e tipo de cirurgia realizada. **Resultados:** dos 152 pacientes analisados, 80 eram mulheres (52,6%) e 72 homens (47,4%). Deste total, 62 foram operados (grupo de estudo) e 90 não sofreram nenhuma intervenção (grupo controle). Pela classificação de montreal, em relação à idade, as formas do grupo de estudo encontradas foram a1= 79% e a2= 21%, com a1= 70% e a2=30% no grupo controle. Conforme a localização: 11=14,52%, 12=12,9%, 13= 72,58% e 14=0 (grupo de estudo) e no grupo controle 11=30%, 12=30%, 13=37,78% e 14=2,22%. Conforme a apresentação no grupo de estudo: b1=8,1%, b2=37,1%, b3=54,8% e no grupo controle: b1=70,8%, b2=14,6% e b3= 14,6%. Somaram-se, no total, 109 procedimentos cirúrgicos (59 abdominais e 50 orificiais) em 40,8% dos pacientes (n=62). Dentre as operações abdominais, destacou-se a ileocelectomia (n=22/37,3% das operações) e a apendicectomia (n=10/17,9%). Dentre os procedimentos orificiais, a drenagem de abscesso perianal ocorreu em 54% dos pacientes operados (n=27). **Conclusões:** a média de pacientes que necessitou de cirurgia (40,8%) foi semelhante à encontrada na literatura, destacando-se a ileocelectomia, a apendicectomia e a drenagem de abscesso perianal como os principais procedimentos cirúrgicos realizados. Houve domínio da manifestação penetrante e fistulizante nos pacientes operados, conforme esperado.

TL58 - EXPERIÊNCIA NO EMPREGO DO INFLIXIMABE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

MELO, APSA, MARTINI J, MOREIRA JPT, LOUSA LR, MOREIRA JR H, FILHO JR, OLIVEIRA EC, ALMEIDA AC

1. UFG, Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas

Introdução: a doença de crohn acomete com maior freqüência as regiões do íleo e cólons apresentando um curso clínico variável. A ocorrência de complicações, incluindo abscessos, estenoses e fístulas muitas vezes levam à necessidade freqüente de cirurgias com ressecções intestinais. A doença acomete, principalmente, adultos jovens, influenciando na qualidade de vida e atividade laborativa. A terapêutica convencional consiste no ácido 5-aminosalicílico, antibióticos e corticosteróides. Estes fármacos, promovem a melhoria dos sintomas, porém, não modificam o curso da doença a longo prazo. Nos doentes refratários ou com recidivas clínicas freqüentes, poderá ser acrescentada a utilização de imunossuppressores, como a azatioprina, 6-mercaptopurina ou metotrexato. No entanto, o seu uso é limitado pela eficácia moderada, início de ação lento e possíveis efeitos adversos. O infliximabe é um anticorpo monoclonal, anti-tnf-alfa que tem demonstrado resultados promissores na indução da remissão e na manutenção da mesma, em portadores de doença de crohn na sua forma fistulizante e naqueles pacientes resistentes a outras formas de tratamento. **Objetivo:** avaliar a eficácia clínica e a segurança do infliximabe no tratamento de pacientes portadores da doença de crohn. **Método:** análise retrospectiva dos prontuários de 22 pacientes com doença de crohn em uso do infliximabe atendidos no hc-ufg, no período de abril de 1999 a junho de 2009. Foi realizada a infusão de 5mg/kg de infliximabe em todos os pacientes analisados. **Resultado:** foram avaliados 22 pacientes, sendo 12 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A média de idade foi de 28 anos. O tempo médio de doença na época do início do infliximabe foi de 48 meses. Em relação a indicação para o uso da medicação, a ausência de resposta representou 41%, doença fistulizante 41% e esquema "top down" 18%. A média de doses por paciente foi de 8,8. Houve resposta positiva em 86% dos pacientes, sendo que 45% apresentaram resposta parcial, 41% remissão completa. Em 3 pacientes (14%) não se observou resposta clínica. Apenas 2 pacientes apresentaram efeitos adversos, entretanto, não houve necessidade de suspensão da medicação. **Conclusão:** baseado nessa casuística, o emprego do infliximabe mostrou-se bastante eficaz no tratamento de pacientes portadores da doença de crohn, podendo ser indicado em pacientes sem resposta ao tratamento convencional, na doença fistulizante e até mesmo como esquema terapêutico de primeira opção.

TL59 - ADALIMUMABE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN – EXPERIÊNCIA INICIAL DO HC – UNICAMP

LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.S., OLIVEIRA, P.S.P., CAMARGO, M.G., FAGUNDES, J.J., COY, C.S.R.

1. FCM - UNICAMP, Serviço de Coloproctologia, Universidade Estadual de Campinas

Introdução: o tratamento clínico da doença de crohn (dc) tem avançado muito na última década no que se refere à introdução dos medicamentos biológicos dentro do arsenal de possibilidades terapêuticas. No Brasil utiliza-se o infliximabe e mais recentemente, o adalimumabe, anticorpo monoclonal anti tnf-alfa de origem totalmente humana. **Objetivo:** avaliar indicações, eficácia e efeitos adversos do adalimumabe na dc. **Casuística e método:** entre abril de 2008 e maio de 2009, 10 doentes (90% do sexo feminino, média de idade de 38,1 anos) do ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do gastrocentro-unicamp, foram submetidos a tratamento com adalimumabe. O esquema realizado foi quinzenal, com dose inicial de ataque de 160mg e 80mg, e dose de manutenção de 40mg subcutâneo. Três doentes (30%) fazem uso concomitante de azatioprina. O número de aplicações variou de 5 a 28, com média de 11,4. **Resultados:** as indicações do uso do adalimumabe foram: doença perianal em três doentes (30%), enteroartropatia em três (30%), dc de difícil controle em outros três

(30%), e artrite reumatóide associada em um (10%). Nestes doentes, cinco (50%) haviam apresentado reação alérgica ao infliximabe e quatro (40%) perda de resposta ao mesmo. Não ocorreram complicações, apenas um doente necessitou suspensão do medicamento por reação alérgica cutânea. Na doença perianal observou-se boa resposta em todos os três doentes, com cicatrização completa da fístula em um (33,3%). Necessitou-se de cirurgia perianal concomitante com fistulotomia e colocação de sedelhos em um destes doentes. Nas enteroartropatias, 66,6% (dois doentes) referiram melhora completa dos sintomas. Nas dc de difícil controle, todos estão assintomáticos. **Conclusão:** apesar da pequena casuística e ainda pouco tempo de acompanhamento ambulatorial, a terapia com adalimumabe mostrou-se eficaz no tratamento da dc no acometimento perineal, na doença de difícil controle e nas enteroartropatias, sendo uma opção principalmente quando há perda de resposta ou reação adversa ao infliximabe.

TL60 - DETECÇÃO DE APOPTOSE E EXPRESSÃO DE PROTEÍNAS PRÓ-APOPTÓTICAS EM MUCOSA DE RESERVATÓRIOS ILEAIS

LEAL, R.F.3, AYRIZONO, M.L.S.3, FAGUNDES, J.J.3, MORAES, J.C.2, MILANSKI, M.2, COY, C.S.R.3, COOPE, A.2, VELLOSO, L.A.2

2. LABSINCEL - UNICAMP, Laboratório Sinalização Celular, UNICAMP3. SC, FCM - UNICAMP, Serviço de Coloproctologia, Universidade Estadual de Campinas

A expressão de proteínas relacionadas à apoptose em mucosa de reservatório ileal (RI) não é totalmente conhecida, sendo importante uma vez que proteínas desta via podem ser ativadas por processo inflamatório, especialmente por proteínas da família do fator de necrose tumoral (TNF), sabidamente envolvidas com a ileite primária do RI. **Objetivo:** Avaliar a atividade apoptótica em mucosa de RI endoscopicamente normal, de doentes operados por RCUI e PAF, assintomáticos. **Pacientes e Métodos:** Dezoito pacientes (nove com RCUI e nove com PAF) submetidos à retocolectomia total e confecção de RI em "J" foram estudados. O grupo controle foi constituído por nove doentes com íleo-colonosopia normal. Realizou-se biópsias da mucosa dos RI e de íleo terminal, sendo prontamente congeladas em nitrogênio líquido. As expressões de Bax e Bcl-2 foram determinadas por meio de imunoblot de extrato protéico total e por meio de análise histológica por imunistoquímica. FADD e Caspase-8 (avaliadas via extrínseca da apoptose), APAF-1 e Caspase-9 (via intrínseca) foram mensuradas por ensaio de imunoprecipitação e imunoblot. Imunofluorescência com Anexina V foi aplicada a todas as amostras. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, e os doentes assinaram os termos de consentimento. **Resultados:** Os doentes portadores de RCUI apresentaram expressões significativamente maiores de Bax e APAF-1/Caspase-9 que PAF ($p < 0,05$), porém não diferiram do Grupo controle. As expressões de Bcl-2 e FADD/Caspase-8 foram similares em todos os Grupos. Imunistoquímica para Bax e Bcl-2, e ensaio com Anexina V mostraram positividade em todos os Grupos, com tendência maior de apoptose em mucosa de RI de portadores de RCUI. **Conclusão:** Os doentes com PAF apresentaram menor expressão de proteínas pró-apoptóticas na mucosa do RI em todos os métodos utilizados, mesmo na ausência clínica e endoscópica de ileíte do RI e de displasia na análise histológica. Estes achados explicam a tendência maior de apoptose no Grupo RCUI, principalmente da via intrínseca da apoptose, provavelmente resultante de um processo inflamatório de base presente na mucosa, podendo correlacionar com a atrofia da mesma que ocorre nos processos inflamatórios. Por outro lado, os doentes com PAF apresentaram menor atividade apoptótica na mucosa ileal, explicando um baixo potencial de renovação celular

o que poderia conduzir à proliferação celular de forma desorganizada e presuntivamente, à formação de adenomas nesta síndrome.

TL61 - TRATAMENTO DA ILEÍTE DO RESERVATÓRIO (POUCHITIS) COM INFLIXIMABE – RELATO DE CASO

LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.S., FAGUNDES, J.J., OLIVEIRA, P.S.P., CAMARGO, M.G., COY, C.S.R.

1. SC, FCM - UNICAMP, Serviço de Coloproctologia, Universidade Estadual de Campinas

A ileíte do reservatório (pouchitis) tem constituído desafio no pós-operatório dos doentes portadores de retocolite ulcerativa (rcui) submetidos à retocoléctomia total com confecção de reservatório ileal (ri) e anastomose no canal anal. A incidência pode chegar a 60% nos doentes com rcui, enquanto que acomete apenas 5% dos portadores de polipose adenomatosa familiar submetidos ao mesmo procedimento cirúrgico. A inflamação crônica do ri pode conduzir à desfuncionalização ou até mesmo à perda do reservatório. Relato do caso: doente, do sexo masculino, 49 anos, portador de rcui submetido há cinco anos à retocoléctomia total, reservatório ileal em “j”, mucosectomia e anastomose íleo-anal manual por intratabilidade clínica. Após o fechamento da ileostomia de proteção evoluiu com diarreia (20 vezes/dia) sem sangue, com muco, acompanhada de dor abdominal em cólica e febre, além de incontinência noturna. A endoscopia do reservatório ileal e biópsia revelaram tratar-se de ileíte primária do reservatório ou “pouchitis”. Utilizou metronidazol, prednisona 40mg em esquema de retirada e enema de mesalazina 1x dia com pouca melhora. Iniciada dose de indução de infliximabe 300mg (0, 2ª e 6ª semanas) com melhora parcial dos sintomas, porém com remissão endoscópica completa. Atualmente hábito intestinal 6-8 evacuações/dia, sem muco ou sangue. Nega cólica abdominal. Uso esporádico de corticóide e enema de mesalazina. Conclusão: o uso da terapia biológica com anticorpo anti-tnf-alfa pode ser uma opção para o tratamento da ileíte primária do ri não responsiva à terapêutica tradicional, melhorando a qualidade de vida e preservando a anastomose íleo-anal.

TL62 - TERAPIA BIOLÓGICA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS- EXPERIÊNCIA INICIAL

TORRES-NETO JR, PRUDENTE ACL, SANTIAGO RR, TORRES JAP, TORRES FAP, SANTANA MS, RAMOS FM

1. UFS, Universidade Federal de Sergipe

Introdução: a terapia biológica com agentes anti-citocina revolucionou o tratamento das doenças imunomediadas como as doenças inflamatórias intestinais. Seu sucesso deve-se a alta especificidade dessas drogas no bloqueio do tnf-alfa. O agente anti-citocina atualmente mais utilizado no Brasil é o infliximabe. Além deste, recentemente foi aprovado para uso na doença de Crohn o adalimumabe. Objetivo: avaliar a eficácia e os efeitos adversos nos pacientes tratados com agentes anti-tnf. Metodologia: foram avaliados 04 pacientes portadores de doença de Crohn (dc) tratados com terapia biológica entre agosto de 2008 e junho de 2009. Para tanto foi aplicado um protocolo de acompanhamento desses pacientes analisando as seguintes variáveis: diagnóstico, exames pré-tratamento (ppd, raio x de tórax, sorologias anti-hepatite, avaliação cardiológica); doses de infliximabe; efeitos adversos e eficácia. Resultados: de um total de 120 pacientes acompanhados no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do hospital universitário da universidade federal de Sergipe (hu/ufs), apenas quatro (3,3%) estão em tratamento com terapia biológica. A idade dos pacientes variou de 14 a 53 anos, com uma média de 29,25 anos, e, desvio padrão de 16,83. Quanto ao gênero, estão em trata-

mento dois (50%) pacientes do gênero feminino e dois (50%) do gênero masculino. Todos os quatro pacientes têm o diagnóstico de dc, sendo três (75%) com dc fistulizante e um (25%) com dc em criança com intratabilidade clínica. Os pacientes estão em tratamento por um período que varia de 55 semanas a 104 semanas, com uma média de 72,75 semanas. Houve resposta intensa em todos os pacientes no início do tratamento. Destes, dois (50%) se mantêm com excelente evolução, um (25%) diminuiu, recentemente, a resposta ao infliximabe e está sendo avaliado para mudança do esquema terapêutico (aumento da dose ou redução do intervalo) e em um (25%) paciente não responsivo foi substituído o infliximabe por adalimumabe com resposta excelente. Os efeitos adversos foram: um caso (25%) de rash cutâneo e um (25%) caso de elevação significativa da pressão arterial no momento da infusão. Conclusões: a terapia biológica mostra-se efetiva e com baixa incidência de efeitos colaterais no tratamento da doença de Crohn. Descritores: terapia biológica, tnf-alfa, infliximabe, Crohn

TL63 - CONFEÇÃO DE BOLSA ILEAL EM J NO IDOSO: HÁ DIFERENÇAS EM MORBIDADE COMPARADO A PACIENTES JOVENS?

PINTO RA, CANEDO JA, MURAD-REGADAS SM, REGADAS FS, EDDEN Y, WEISS EG, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a proctocoléctomia total com confecção de bolsa ileal em J é a cirurgia de escolha para o manejo cirúrgico de pacientes com retocolite ulcerativa (rcui) e polipose adenomatosa familiar (paf). Objetivo: revisar os resultados recentes de bolsa ileal em idosos comparado com o mesmo procedimento em doentes jovens. Pacientes e métodos: realizou-se uma análise retrospectiva dos pacientes submetidos a bolsa ileal de 2001 a 2008. Pacientes com 65 anos ou mais de idade (grupo i) foram pareados com um grupo de pacientes com idade inferior a 65 anos (grupo ii), de acordo com: sexo, data do procedimento, diagnóstico, cirurgias prévias e procedimento realizado. Dados pré-operatórios, intra-operatórios e complicações pós-operatórias foram analisados. Resultados: trinta e três pacientes (22 do sexo feminino), 32 portadores de rcui, foram incluídos em cada grupo. O grupo i apresentou idade média de 68,7 anos, imc de 27kg/m², duração da doença de 17,4 anos, alto score de asa e alta incidência de comorbidades (88% com pelo menos 1 comorbidade). Displasia foi a indicação mais comum de cirurgia (36,4%), seguida por doença refratária (24,4%). O grupo ii apresentou idade média de 36,9 anos, imc de 25,4kg/m², menor duração da doença (8,1 anos; p=0,001), menor asa (p=0,0001) e menos comorbidades (42,4%; p=0,0002). Dados operatórios foram similares. O grupo i teve maior índice de re-admissão por desidratação (p=0,02). Outras complicações clínicas (30% vs. 27%) e cirúrgicas (33% vs. 24%) foram comparáveis entre os grupos. A longo prazo a avaliação funcional e a morbidade foram também semelhantes. Conclusão: pacientes idosos submetidos a bolsa ileal tinham mais comorbidades que os pacientes jovens. Entretanto, exceto pela maior readmissão hospitalar por desidratação, os índices de complicações foram similares para pacientes jovens e idosos. Assim, a bolsa ileal indica ser tão segura em idosos quanto em pacientes jovens.

TL64 - FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA EM ALCA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL EM USO DE INFLIXIMAB: QUAL O INTERVALO DE TEMPO SEGURO?

REGADAS FS, MURAD-REGADAS SM, CANEDO JA, PINTO RA, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: As complicações do fechamento de ileostomia podem estar relacionadas a idade, técnica usada, patologia de base e o tempo entre a construção e fechamento da ileostomia. Existem poucos dados na literatura sobre o fechamento de ileostomia em pacientes em uso de infliximab. **Objetivo:** avaliar os resultados cirúrgicos de pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) submetidos a fechamento de ileostomia em alça em uso infliximab. **Métodos:** Pacientes com DII submetidos a fechamento de ileostomia em alça entre janeiro de 2001 e abril de 2008 foram revisados através do banco de dados prospectivo após aprovação pelo comitê de ética hospitalar. Grupo I (G-I) inclui pacientes em uso de infliximab apenas ou infliximab e associações (esteróide ou medicamento imunossupressor); Grupo II (G-II) esteróide; Grupo III (G-III) imunossupressor; Grupo IV (G-IV) pacientes sem droga. Análise estatística foi feita através de chi-quadrado e teste t student. **Resultados:** 249 pacientes foram divididos em 4 grupos. G-I inclui 28 pacientes (22 homens com idade média de 40 anos); G-II inclui 72 pacientes (39 homens com idade média de 43 anos); G-III inclui 35 pacientes (23 homens com idade média de 39 anos); G-IV inclui 114 pacientes (65 homens com idade média de 45 anos). Incidência de comorbidades foi maior em G-II (33%) e G-IV (54%; $p < 0.05$) comparado com G-I e G-III. Colite ulcerativa foi diagnóstico pré-operatório em 75%, 93%, 94% e 94% em GI, GII, G-III and GIV respectivamente. Não houve complicações intra-operatórias. Complicações pós-operatórias (infecção de ferida, hérnia, abscesso intra-abdominal, obstrução, fístula e sepsis) ocorreram em 4%, 12%, 14% e 17% em G-I, G-II, GIII e G-IV respectivamente ($p > 0.05$). Obstrução e infecção de ferida foram as complicações pós-operatórias mais comuns. Re-operação ocorreu em 3% (2) em G-II, 6% (2) em G-III e 3% (3) em G-IV. O tempo médio de internação hospitalar foi de 4.6 dias em G-I, 5 dias em GII, 5 dias em G-III e 5 dias em GIV ($p > 0.05, ns$); não houve nenhum óbito. **Conclusão:** Não houve aumento significativo do risco em pacientes submetidos a fechamento de ileostomia em alça em uso de infliximab no período de 4 meses que antecederam o procedimento.

TL65 - PROCTECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO EM OBE-SOS E NÃO OBE-SOS: COMO ESTAMOS HOJE COMPARA-DOS À PRIMEIRA DÉCADA DE EXPERIÊNCIA

CANEDO JA, PINTO RA, MCLEMORE E, SILVA E, EDDEN Y, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: proctectomia com reconstrução é o procedimento de escolha para pacientes com colite ulcerativa (cu) e polipose adenomatosa familiar (paf). Obesidade torna os procedimentos cirúrgicos tecnicamente mais complexos. O objetivo desse estudo foi avaliar os resultados de duas décadas de experiência na realização de proctectomia com reconstrução em bolsa em "j" em pacientes obesos comparados com não obesos. **Métodos:** foram avaliados retrospectivamente todos os pacientes submetidos a proctectomia e anastomose anal com bolsa ileal em "j" no período de 1998 a 2008 e distribuídos de acordo com índice da massa corpórea (imc): obeso apresentando o imc $> 29.9 \text{ kg/m}^2$ e não obeso com imc $< 25 \text{ kg/m}^2$ (grupo controle). Idade, sexo, classificação asa, diagnóstico e tipo de cirurgia foram pareados entre os grupos. Avaliou-se tempo operatório, complicações pós-operatórias precoces (ocorridas no período de até 6 semanas) e tardias (após 6 semanas) e tempo de internação hospitalar. Os resultados da 1ª década foram comparados ao da 2ª década. **Resultados:** na primeira década identificaram-se 31 pacientes com imc médio de 33.7 kg/m^2 e idade média de 45 anos. Já, no grupo controle com imc médio de 23.2 e idade média de 42 anos. Na segunda década, houve 68 pacientes com idade média de 47 anos e imc de 35 kg/m^2 . O imc do grupo controle na segunda década foi de 22 kg/m^2 . Cu foi o diagnósti-

co em 87% e 84% na primeira e segunda década respectivamente. O grupo obeso apresentou uma incidência maior de co-morbidade pré-operatória ($p=0.04$), uso de esteróide e terapia imunomoduladora ($p=0.049$). Na primeira década, o tempo operatório médio foi de 196 min. E 229 min. E tempo médio internação hospitalar de 7.7 dias e 9.7 dias para não-obesos e obesos respectivamente. Na segunda década, o tempo operatório médio foi de 210 min e 243 min e o tempo de internação hospitalar médio foi de 7.7 dias e 9.9 dias para não obesos e obesos respectivamente. As complicações precoces ou tardias tanto na primeira quanto na segunda década apresentaram resultados similares ($p > 0.05$). **Conclusões:** a incidência de complicações foi semelhante nos grupos obeso e não-obeso. Entretanto, foi observado um tempo cirúrgico mais longo, um maior tempo de internação hospitalar, e uma maior incidência de hérnia incisional no grupo obeso. Pacientes obesos apresentavam mais co-morbidades e uso de esteróide ou terapia imunomoduladora. Pacientes obesos devem ser adequadamente orientados antes da proctectomia.

TL66 - QUANTIFICAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA COLITE DE EXCLUSÃO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

SPADARI, A.P.P., NONOSE, R., MÁXIMO, F.R., PRIOLLI, D.G., PEREIRA, J.A., MARTINEZ, C.A.R.
1. USF, Universidade São Francisco

Modificações na expressão de mucinas pelas células cólicas constituem-se num dos elementos chave no espectro histológico das doenças inflamatórias. Até a presente data, em nenhuma oportunidade, quantificou-se o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas em modelos experimentais de colite de exclusão. **Objetivo:** quantificar, por morfometria computadorizada, o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica comparando segmentos com e sem trânsito intestinal relacionando-o ao tempo de exclusão de trânsito fecal. **Método:** Trinta ratos Wistar machos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo pela confecção de colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais de 10 ratos segundo o sacrifício ter sido realizado seis, 12 e 18 semanas após o procedimento cirúrgico. (sete animais submetidos à derivação fecal e três animais submetidos apenas a laparotomia exploradora) A avaliação da expressão de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica foi realizada pela técnica histoquímica da diamina de ferro alto alcian-blue (HID-AB). A quantificação da expressão tecidual foi determinada, para cada animal, nos segmentos com e sem trânsito, e nos do grupo controle em local onde existiam quatro criptas contíguas e íntegras em dois campos aleatórios com auxílio de programa de análise de imagem assistida por computador. Adotou-se como valor final a média das leituras dos dois campos selecionados. Na comparação entre a expressão dos dois subtipos de mucinas nos segmentos com e sem trânsito fecal e animais do grupo controle utilizou-se o teste t de Student pareado. Para análise de variância segundo o tempo de exclusão utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0.05$). **Resultados:** Houve redução na quantidade de sulfomucinas ($p < 0.05$) e sialomucinas ($p < 0.0001$) no cólon desprovido de trânsito independente do tempo de exclusão. Ocorreu aumento na expressão de sulfomucinas no cólon desprovido de trânsito intestinal com o progredir do tempo de exclusão ($p=0.001$), enquanto houve redução do conteúdo de sialomucinas ($p=0.002$). **Conclusões:** A derivação do trânsito fecal diminui a expressão de sulfomucinas e sialomucinas nos segmentos desprovidos de trânsito fecal. Com o progredir do tempo de exclusão no cólon excluído de trânsito ocorre aumento no conteúdo de sulfomucinas e redução no conteúdo de sialomucinas.

TL67 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA MESALAZINA NA PROTEÇÃO CONTRA O DANO OXIDATIVO AO DNA NUCLEAR NA COLITE DE EXCLUSÃO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

MÁXIMO, F.R., SPADARI, A.P.P., MIRANDA, D.D.C., RIBEIRO, M.L., PRIOLLI, D.G., MARTINEZ, C.A.R.

1. USF, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, (SP)

Estudos vêm demonstrando que os radicais livres de oxigênio são responsáveis pelo dano ao DNA da mucosa cólica na colite de exclusão. Ainda não se estudou os efeitos da mesalazina na proteção do dano oxidativo ao DNA em modelos experimentais de colite de exclusão. Objetivos: Avaliar os efeitos antioxidantes da mesalazina na proteção contra o dano oxidativo ao DNA de células da mucosa cólica em modelo de colite de exclusão. MÉTODO: Vinte e seis ratos Wistar, foram submetidos à derivação do trânsito intestinal por colostomia terminal no cólon esquerdo e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em dois grupos de 13 ratos segundo o sacrifício ser realizado após 2 e 4 semanas. Para cada grupo, 9 animais foram submetidos à irrigação do cólon excluído com mesalazina (subgrupo experimento), enquanto 4 submetidos à irrigação com SF 0,9% (subgrupo controle). No sacrifício foram removidos espécimes dos cólons providos e desprovidos de trânsito para confirmação da colite pela técnica da HE. Para a quantificação dos níveis de dano oxidativo ao DNA nuclear realizou-se o ensaio cometa em 100 células de cada segmento cólico. Após a quantificação realizou-se desafio das células com H₂O₂ para avaliar os efeitos protetores da mesalazina. Utilizou-se o teste ANOVA para a avaliação da variação dos níveis de dano ao DNA entre os subgrupos nos diferentes tempos de exclusão, estabelecendo-se nível de significância de 5% (p<0,05). RESULTADOS: Animais do subgrupo controle derivados por 2 semanas apresentavam níveis de dano ao DNA nos segmentos excluídos de 3,28±0,62 enquanto os do grupo experimento de 2,07±0,15 (p=0,0003). Animais do subgrupo controle derivados por 4 semanas apresentavam níveis de dano no segmento excluído de 3,20±0,27, enquanto os do subgrupo experimento de 2,45±0,17 (p=0,0002). Após o desafio com H₂O₂ os animais do subgrupo controle derivados por 2 semanas apresentavam níveis de dano no cólon sem trânsito de 3,55±0,43, enquanto os do grupo experimento de 2,44±0,35 (p=0,0008). Os animais do subgrupo controle derivados por 4 semanas, após o desafio, apresentavam níveis de dano no cólon excluído de 4,52±0,34, enquanto os do subgrupo experimento de 3,25±0,41 (p=0,0004). CONCLUSÃO: A mesalazina reduz significativamente os níveis de dano oxidativo ao DNA nuclear de células da mucosa cólica de segmentos desprovidos de trânsito fecal, mesmo após o desafio com H₂O₂, reforçando o papel preventivo e terapêutico da substância no tratamento da colite de exclusão.

TL68 - EFEITO DA GLUTAMINA NA ATIVAÇÃO DE MEDIADORES PRÓ-INFLAMATÓRIOS NA COLITE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR TNBS

FILLMANN, H.S., MARRONI, N.A.P., KRETZMANN, N.

2. HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Efeito Da Glutamina Na Ativação De Mediadores Pró-Inflamatórios Na Colite Experimental Induzida Por TNBS. Fillmann H, Kretzmann N, Mauriz J, González-Gallego J, Tuñon M, Dias AS, Garrido M e Marroni N. Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. Instituto de Biomedicina da Universidade de Leon - Espanha Introdução: Este trabalho investiga o efeito protetor da glutamina sobre a colite experimental em ratos Wistar, investigando a expressão de genes pró-inflamatórios e a ativação das substâncias transdutoras de sinal e ativadoras de transcrição nuclear (STAT). Material e Métodos: A colite

foi induzida em ratos Wistar machos através da administração intracolônica de 30mg de 2,4,6-ácido trinitrobenzeno sulfúrico (TNBS). A glutamina foi administrada via retal na dose de 25mg/Kg por 7 dias. A atividade inflamatória foi medida através da atividade da enzima mieloperoxidase, expressão das moléculas de adesão VCAM1 e da ativação das STATs pela técnica de Western Blot. Resultados: A glutamina diminuiu significativamente os níveis de atividade da enzima mieloperoxidase (TNBS 1890U/mg prot. X TNBS+Glut. 198U/mg prot.). A administração de TNBS aumentou de forma significativa a expressão da molécula de adesão VCAM1, este aumento foi parcialmente bloqueado pela administração da glutamina. Os níveis protéicos da forma fosforilada das proteínas STAT1 encontraram-se elevados nos animais submetidos à colite. A administração de glutamina inibiu estas alterações. Conclusão: a glutamina inibe a expressão dos mediadores pró-inflamatórios regulados pelas STATs bem como as alterações histológicas provocadas pela indução da colite por TNBS.

TL69 - MALIGNIZAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN PERIANAL
MORAIS, J.G, CALHEIROS, J.P, FORMAGGINE, L.A, TRECE, R, BARBI, R.R

1. HGA, Hospital Geral do Andaraí

Introdução: a doença de crohn(dc) é uma doença inflamatória intestinal de origem não conhecida e caracterizada pelo acometimento focal, assimétrico e transmural de qualquer parte do tubo digestivo, da boca ao ânus. Objetivo: relatar dois casos de doença de crohn perianal, que evoluiu com malignização das lesões, diagnosticado no hospital geral do andaraí – rio de janeiro – rj e realizar revisão bibliográfica sobre o assunto. Paciente e métodos: aam, 38 anos, masculino, branco, casado, nascido no rio de janeiro, morador de belford roxo, procura ambulatório de coloproctologia do hospital do andaraí em fevereiro de 2005, inicia tratamento para dc, com uso de várias medicações, inclusive inflixmab, com períodos remissão, alternados com atividade da doença, até que em jan/2009, foi realizado biópsia de lesão perianal suspeita, com o diagnóstico adenocarcinoma mucíparo infiltrando pele msr, 61 anos, feminino, parda, solteira, nascida no rio de janeiro, moradora do flamengo, inicia em 1998 quadro de fistula anal. É submetida a correção cirúrgica em outro hospital e a biópsia da peça diagnóstica doença de crohn. Em junho/2009, é internada no hga, solicitado a avaliação do nosso serviço, optamos por realizar biópsia de lesão suspeita, com o diagnóstico de carcinoma epidermóide. Resultado: somerville k w reporta carcinoma epidermóide em plicoma de paciente de 26 anos portador de doença de crohn ileal e perineal há 6 anos. Teoriza que pode ser o uso de anti-inflamatórios e/ou imunossupressores. Slater g numa revisão no mount sinai ny descreve 3 pacientes com doença de crohn que desenvolveram carcinoma anal. Conclui que isso pode ser devido ao estado imunocomprometido dos pacientes, à doença perianal severa ou à ambos e, que a transformação ocorre de 5 a 25 anos de doença. Ikeuchi h estudou 504 pacientes com crohn que foram operados, destes, 7 tiveram carcinoma do reto inferior e ânus com doença perianal. Devon km relata 14 pacientes com doença perianal (11 adenocarcinoma mucinoso e 3 epidermóide). Conclusão: a dc, é uma patologia crônica de difícil tratamento, que requer acompanhamento constante, com várias formas de manifestação clínica, podendo muitas vezes se apresentar como uma fístula anal complicada, que deve ser sempre biopsiada, e tão logo ocorra piora do aspecto inicial da lesão.

TL70 - DOENÇA DE CROHN PERINEAL

POZZOBON BHZ, CASTRO CAT, RAMACCIOTTI FILHO PR, BASTISTA RR, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: doença de crohn (dc) é doença inflamatória crônica do trato gastrointestinal, de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação transmural segmentar, podendo ocorrer da boca ao ânus. A incidência de perineal é reportada tão baixa quanto 3% e alta quanto 80%. Esta variação deve-se aos critérios empregados para a inclusão dos diversos tipos de lesões, da forma como os estudos são conduzidos (retrospectivos ou prospectivos) e, em função da população estudada. **Objetivos:** avaliar as manifestações clínicas da dc perineal, suas características demográficas, tanto quanto seu tratamento pré e pós diagnóstico. **Métodos:** estudo retrospectivo dos pacientes atendidos no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do hospital Heliópolis com manifestações perineais da dc. Foram analisados: idade, sexo, raça, localização da dc, manifestações perineais e extra-intestinais, medicações utilizadas antes e após diagnóstico da dc perineal, número de procedimentos abdominais e perineais e complicações. **Resultados:** do total de 25 pacientes, 13 eram do sexo masculino e 12 feminino, sendo 76% da raça branca. A maioria apresentou acometimento colorretal (60%), manifestando-se como fistula complexa (52%). Ao diagnóstico da dc perineal, 56% dos pacientes estavam sob regime de aminosalicilatos, sendo que, após o diagnóstico, a maioria dos pacientes foram submetidos à terapia imunomoduladora (76%) e procedimentos perineais (88%). A complicação perineal mais prevalente foi estenose anal (32%) e 16% apresentavam manifestações extra-intestinais. A taxa de colostomia foi de 24%. **Conclusões:** dc perineal manifesta-se principalmente nos pacientes com acometimento colorretal. A principal terapêutica utilizada em nosso serviço é a associação de medicações imunomoduladoras e procedimentos cirúrgicos perineais.

TL71 - PERFIL NUTRICIONAL DOS PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN ATIVA INTERNADOS NO HOSPITAL HELIÓPOLIS/SP

RAMACCIOTTI FILHO PR, BORGES JL, ALBUQUERQUE IC, LOPES C, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

INTRODUÇÃO: A desnutrição apresenta elevada prevalência em pacientes hospitalizados. As doenças inflamatórias intestinais acarretam diminuição da ingestão, má-absorção, perda acelerada de nutrientes e aumento das necessidades basais causando deficiências nutricionais e funcionais que requerem terapia nutricional adequada. **OBJETIVO:** Avaliar as características nutricionais dos pacientes com doença de Crohn ativa internados no hospital Heliópolis/SP. **MÉTODO:** Foram coletados, retrospectivamente, dados da avaliação nutricional de admissão dos pacientes portadores de doença de Crohn internados no período de 2004 a 2009. **RESULTADOS:** Foram avaliados 52 pacientes, sendo 51,9% do sexo masculino, com idade média de $42,02 \pm 13,59$ anos. O padrão estenosante da doença de Crohn foi o mais frequente representando 46,2%, sendo o intestino delgado a localização mais prevalente (36,5%). O principal diagnóstico nutricional foi de desnutrição protéico-calórica de 2º grau (42,3%), com valor médio de albumina sérica de $3,5 \pm 0,7$ mg/dl. O percentual de perda de peso foi maior nos pacientes com acometimento associado de cólon e delgado ($p < 0,02$). **CONCLUSÃO:** Pacientes com doença de Crohn ativa apresentam-se, em sua maioria, com desnutrição protéico-calórica de 2º grau e, aqueles com acometimento de cólon e delgado associados estão sujeitos a maior perda de peso.

TL72 - TRATAMENTO DE DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA UMBILICAL COM RESSECÇÃO LOCAL E INFLIXIMABE

DOMINGUES, M.C.B., FRANZINI, M.F.Z., CARMO, A.M., PAIM, S.M.M., SCANAVINI, A., MALHEIROS, A.P.R., TEIXEIRA, M.G., HABR-GAMA, A.

1. R.B.A.P.B.S.P, Real e Benemerita Assoc. Portuguesa de Beneficiencia S.Paulo

A doença de crohn que acomete a pele distante da região perianal de pacientes com doença inflamatória é designada de: doença de crohn cutânea metastática. O diagnóstico deve ser estabelecido com biópsia e as características histológicas devem ser as mesmas da condição intestinal: especificadamente inflamação granulomatosa da derme. O tratamento é realizado com corticosteróides associado ou não ao uso de antibiótico. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de doença de crohn metastática com acometimento da região umbilical e perineal tratada com infliximabe associado a ressecção local da lesão. A doente do sexo feminino, 25 anos, com diagnóstico de doença de crohn evoluiu com processo granulomatoso em região umbilical sugestivo fistula entero-cutanea que não se confirmou aos exames de imagem. Foi submetida à exereses da lesão exsudativa em setembro de 2008. Após a cirurgia ela recebeu infliximabe na dose de 5mg/kg/peso. O exame microscópico mostrou processo inflamatório havendo agrupamentos histiocitáricos formando granulomas com células gigantes multinucleadas. Após um mês houve recidiva do granuloma periumbilical sendo necessária nova cirurgia, desta vez com sucesso e cicatrização completa da lesão. Manteve-se o tratamento com infliximabe, já que a doente tem extenso acometimento da região perineal que está sendo submetido ao mesmo processo de ressecção. Este caso descreve o raro desenvolvimento de lesões granulomatosas de pele incomuns de região umbilical e perineal em paciente com diagnóstico de doença de crohn estabelecido.

TL73 - DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA PERINEAL: RELATO DE CASO

DOMINGUES, M.L.B, FRANZINI, M.F.Z, CARMO, A.M, PAIM, S.M.M., BERTEVELLO, P.L, MALHEIROS, A.P.R, TEIXEIRA, M.G., HABR-GAMA, A.

1. R.B.A.P.B.S.P, Real e Benemerita Assoc. Portuguesa de Beneficiencia S.Paulo

A doença perianal é uma frequente manifestação da doença de crohn e pode ser o primeiro sinal da doença, muitas vezes precedendo os sintomas intestinais. O diagnóstico, especialmente se não há estes sintomas, pode ser desafiador. Lesões múltiplas e dolorosas como abscessos, fissuras laterais, úlceras, fístulas e estenoses costumam ocorrer e em casos graves podem levar o paciente à perda do ânus. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de doença de crohn perianal grave tratada com infliximabe associado a ressecção local da lesão. A doente do sexo feminino, 25 anos, com diagnóstico de doença de crohn em região perineal, epilepsia e retardo mental, iniciou tratamento com ciprofloxacina, azatioprina e infliximabe após drenagem das lesões pa e fistulectomia em dois tempos mais colocação de sedenho. Apresentou controle razoável da dor e da exudação local sustentada durante o período de um ano meses, sendo necessário realizar neste tempo ressecções de lesões na vulva e períneo para controle da doença. A análise anatomo-patológica destes espécimes foi sugestiva de acometimento cutâneo da doença de crohn e a pesquisa de b. A. A. R, hpv e fungos foram negativas. No início deste ano, as lesões tornaram a ocorrer de forma dolorosa e com dor e exudação intensa, mesmo com o uso mantido e bimensal de infliximabe 5mg/kg/kg, sempre associado a alterações laboratoriais como a elevação dos marcadores de atividade inflamatória (pcr e vhs). Planeja-se iniciar tratamento com adalimumabe devido a perda de resposta com o infliximabe neste caso.

TL74 - ESTUDO COMPARATIVO DA EXPRESSÃO DE TNF-ALFA, IL-1-BETA E IL-8 NA MUCOSA ILEAL DE PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE MESALAZINA OU AZATIOPRINA

MOREIRA, APP, COY, CSR, FAGUNDES, JJ, AYRIZONO, MAS

1. UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas

A doença de crohn apresenta aspectos controversos e pouco compreendidos em relação a sua etiopatogenia e à sua evolução; o que torna difícil o manejo terapêutico desta doença. Nos últimos anos os avanços da biologia molecular tem possibilitado novas descobertas na etiopatogenia da doença de crohn; no entanto ainda existem muitas dúvidas em relação à sua etiopatogenia e em relação a ação de diversos mediadores inflamatórios. Objetivo: avaliar a expressão das citocinas pró-inflamatórias *tnf- α* , *il-1 β* e a interleucina 8 em fragmentos de íleo terminal de pacientes portadores de doença de crohn em uso de mesalazina e azatioprina e compara-los aos indivíduos normais. Casuística e métodos: foram selecionados 25 pacientes acompanhados no ambulatório de doença inflamatória intestinal do hc-unicamp, portadores de doença de crohn de intestino delgado, e que foram, de acordo com protocolos vigentes, submetidos a colonoscopia de controle para avaliação da doença ou procedimento cirúrgico para ressecção ou plastia de segmento doente. Destes pacientes foi obtida amostra de íleo terminal para avaliação através da técnica de imunoblotting do grau de ativação dos mediadores inflamatórios citados acima. Foram estudados 7 pacientes que estavam em uso de mesalazina, 9 que estavam em uso de azatioprina e comparados com 9 controles que não são portadores de doença inflamatória. Resultados: não foi encontrada diferença na expressão do *tnf- α* comparando os três grupos. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando avaliadas as expressões da *il-1 β* e da *il-8*. Os níveis de expressão de *il-8* e de *il-1 β* foram maior no grupo azatioprina quando comparado aos grupos mesalazina e controle ($p < 0,05$). Conclusão: os pacientes em uso de azatioprina apresentam maior expressão de *il-8* e *il-1 β* que os pacientes em uso de mesalazina e que os controles. Isto poderia estar associado à ação da mesalazina diminuindo a ativação destas interleucinas.

TL75 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FECALITOS NA DOENÇA DE CROHN, EM SEPTOS ENTRE ESTENOSES SANTO ANTÔNIO DA PLATINA, PR

REIS, L.D.O., CARDOSO FILHO, C.A.M., GUIMARÃES, A.C., FERREIRA, L.R.F., CHERUBIM FILHO, C.A., DURSKI, S.C.

1. HNSS, Hospital Nossa Senhora da Saúde

Introdução: enterolitíase pode ser causa de obstrução intestinal em pacientes com divertículos jejunais, divertículo de meckel, mas raramente descritos em doença de crohn. Relatamos caso de paciente com obstrução intestinal causada por vários fecalitos presos entre as estenoses. Objetivos: alertar os cirurgiões sobre a possibilidade de obstrução intestinal por fecalitos na suspeita da doença de crohn, em pacientes sem cirurgia prévia. Métodos: apresentamos paciente com dor abdominal intermitente, emagrecimento, e massa abdominal relatada pelo paciente e com certa dificuldade palpável na região retro umbilical. Ultrasonografia mostrou área em alvo compatível com intussuscepção ou lesão tumoral pediculada (ball like). Tomografia computadorizada mostrou alças intestinais discretamente dilatadas e massas imprecisas no seu lúmen. Alguns dias após paciente piorou devido à obstrução intestinal. Na laparotomia encontramos várias estenoses, próximas, com formações saculares entre as mesmas contendo massas endurecidas. Optamos por ressecção de cerca de 100 cm de jejuno que incluía a área doente, com as estenoses, dilatações e as massas palpáveis. Ao abrimos o jejuno após o término da operação

encontramos fecalitos de 4 cm cada. Paciente encontra-se bem 6 meses após o procedimento. Conclusão: apresentamos caso raro de enterofecalitos septados entre áreas de estenose, causando obstrução intestinal na doença de crohn com imagens ultrasonográficas, tomográficas e operatórias esclarecedoras.

TL76 - AVALIAÇÃO DA MICROBIOTA FECAL E ASSOCIADA À MUCOSA E DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DE BOLSITES EM PACIENTES SUBMETIDOS A RETOLECTOMIA TOTAL RESTAURADORA COM BOLSA ILEAL POR RETOCOLITE ULCERATIVA

ARASHIRO, R.T.G., TEIXEIRA, M.G., RODRIGUES, L.C.O., NAHAS, S.C., QUINTANILHA, A.G., RAWET, V., PAULA, H.M., SILVA, A.Z.
1. FMUSP, FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: a bolsite tem sido descrita como a complicação mais freqüente em pacientes submetidos a retocolite ulcerativa. Sua etiologia exata ainda não está definida, mas sua resolução com metronidazol e ciprofloxacina sugere que a estase fecal e a hiperproliferação bacteriana estejam implicados neste processo. Além disso, algumas alterações histopatológicas têm sido observadas nas bolsas ileais, como atrofia vilosa, hiperplasia da criptas, metaplasia colônica, displasias e até o desenvolvimento de adenocarcinoma. A correlação destas alterações com a presença de bolsites ainda é controversa. Objetivo: caracterizar as alterações histopatológicas, a microbiota fecal e associada à mucosa das bolsas ileais, e correlacioná-las a possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de bolsites. Métodos: foram envolvidos no estudo 41 pacientes, divididos em três grupos: 1) 20 (8 homens, média de idade de 47,5 anos), ausência de bolsite; 2) 14 (4 homens, média de idade de 47 anos), presença de bolsite, sem tratamento atual com antibióticos; 3) 7 (3 homens, média de idade de 41 anos), presença de bolsite e em uso de antibióticos. Foi realizada endoscopia da bolsa ileal e coletadas biópsias e amostras fecais para análise microbiológica e histopatológica. Resultados: foi observada uma tendência a aumento de bacteroides sp nas amostras teciduais de pacientes com bolsites ($p=0,072$) e houve um predomínio estatisticamente significativo deste microrganismo no grupo 3 comparativamente ao grupo 1 ($p=0,018$). A presença de anaeróbios estritos na flora associada à mucosa aumentou o risco de desenvolvimento de bolsites ($p=0,048$). Não houve diferença significativa entre os grupos 1,2 e 3 quanto à presença de metaplasia colônica, atrofia mucosa e grau de inflamação aguda ou crônica ($p>0,45$). Não foram observadas displasias ou neoplasias. O grau de atrofia correlacionou-se ao tempo de seguimento pós-operatório ($p=0,05$). Conclusão: maiores concentrações de bacteroides sp foram observadas em pacientes com bolsite, assim como já observado na mucosa colônica de pacientes com retocolite ulcerativa em estudos anteriores. A bolsite não está correlacionada à metaplasia colônica. O grau de atrofia mucosa correlacionou-se ao tempo de seguimento pós-operatório, o que sugere que não apenas a estase fecal e o supercrescimento bacteriano sejam responsáveis pelas adaptações da mucosa.

TL77 - CROHN PERIANAL - LIMITES DO TRATAMENTO CLÍNICO

WESTPHALEN, A.P., CAMARA FILHO, J.P.P., FERNANDES, F.G., KAMCHEM, A., BORBA, M.F.G., MENEGATTI, J.E.A., GARCIA, R.F., SANTOS, T.F.

1. UNIOESTE, Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Introdução: a doença de crohn perianal é um desafio de diagnóstico e tratamento ao coloproctologista, sendo a terapêutica clínica, cirúrgica ou clínico-cirúrgica, com resultados heterogêneos. A preferência recai sobre o tratamento menos invasivo possível, porém nem sempre efetivo. **Objetivos:** relatar 3 casos de doença de crohn perianal, sendo que um recebeu tratamento clínico, outro clínico-cirúrgico e outro cirúrgico radical. **Métodos:** relato de 3 casos de doença de crohn perianal e discussão terapêutica dos mesmos. **Resultados:** paciente 1 tratado com azatioprina e infliximab com resposta completa de fístula perianal, paciente 2 tratado com azatioprina, infliximab e passagem de sedenhos com resposta parcial, paciente 3 tratado com infliximab e azatioprina sem resposta alguma, com importante deterioração perianal sendo submetido a amputação abdominoperineal do reto. **Conclusões:** o tratamento da doença de crohn perianal se mantém um grande desafio, sendo a resposta as terapias atualmente utilizadas muito variável entre os pacientes.

TL78 - ANASTOMOSE ÍLEO-RETAL EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA

DA LUZ MOREIRA A., KIRAN R., LAVERY I.
1. CCF, Cleveland Clinic

Introdução: A proctocolectomia total com bolsa íleo-anal é considerada o principal procedimento para pacientes com retocolite ulcerativa apresentando indicação cirúrgica. Por outro lado, o papel da colectomia total com anastomose íleo-retal ainda é controverso. Alguns autores demonstraram benefícios e resultados aceitáveis em certos subgrupos de pacientes. **Objetivo:** Determinar os resultados funcionais e a qualidade de vida após a anastomose íleo-retal em pacientes com retocolite ulcerativa. **Métodos:** Pacientes com retocolite ulcerativa e colite indeterminada submetidos a anastomose íleo-retal entre 1971 e 2006 foram retrospectivamente analisados. Vinte e dois pacientes com anastomose íleo-retal que responderam o questionário de qualidade de vida (Cleveland Clinic Global Quality of Life) foram pareados (por idade, sexo e tempo de seguimento) e comparados com 66 pacientes com bolsa íleo-anal. **Resultados:** Oitenta e seis pacientes com anastomose íleo-retal foram incluídos nesse estudo. O seguimento mediano foi de 9 (1-36) anos. As taxas de complicação e mortalidade pós-operatória foram de 8% e 0%, respectivamente. As taxas de displasia e cancer no reto foram de 17% e 8%, respectivamente. O reto foi posteriormente ressecado em 46 (53%) pacientes e o intervalo mediano entre a anastomose íleo-retal e a proctectomia complementar foi de 10 (1-33) anos. As indicações para proctectomia complementar foram proctite refratária ao tratamento clínico em 24 (52%) pacientes, displasia no reto em 15 (33%) e cancer de reto em 7 (15%) pacientes. A probabilidade cumulativa de manter um reto funcional após 10 anos e após 20 anos foi de 74% e 46%, respectivamente. Pacientes com anastomose íleo-retal tiveram menos evacuações em 24 horas (6 vs. 7, $p=0.02$) e menos escape fecal noturno (5% vs. 32%, $p=0.02$), entretanto tiveram mais urgência evacuatória (68% vs. 21%, $p<0.001$) quando comparados com os pacientes submetidos a bolsa íleo-anal. A qualidade de vida foi semelhante entre os dois grupos. **Conclusão:** A anastomose íleo-retal em pacientes selecionados com retocolite ulcerativa apresenta uma qualidade de vida e resultados funcionais aceitáveis quando comparados com a bolsa íleo-anal. O seguimento desses pacientes é mandatório devido ao risco de cancer no reto.

TL79 - REPARO TRANSPERINEAL DE RETOCELE – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO, DISPAREUNIA E RECIDIVA PÓS-OPERATÓRIA

LEITE, S.M.O., OLIVEIRA, R.G., FARIA, F.F., LIMA-JÚNIOR A.C.B., RODRIGUES, F.G., BRAGA, A.C.G., CRUZ, G.M.G.
1. SCBH, Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: a retocele é uma disfunção pélvica pobremente diagnosticada, apesar de sua prevalência significativa. Seu reconhecimento é essencial para o tratamento de determinados casos, como constipação refratária. A sintomatologia é vaga, e nem sempre associada ao prolapso. O tratamento clínico é ineficaz quando utilizado isoladamente. Existem várias técnicas, e dentre elas a abordagem transperineal sem o uso de prótese, que pode ser considerada uma opção adequada na correção do prolapso. **Objetivo:** realizar um estudo retrospectivo visando avaliar o grau de satisfação, resolução de sintomas, presença de dispareunia e recidiva pós-operatória após reparo transperineal de retocele sem uso de prótese sintética, e associar os achados a resultados obtidos com outras técnicas em caráter comparativo. **Método:** foram selecionadas dezesseis pacientes operadas no período de 1997 a 2008, obtendo-se contato com doze delas. As mesmas responderam verbalmente a um questionário cujas variáveis principais eram número de partos, hábito intestinal pré e pós-operatório, presença de dispareunia pós-correção, grau de satisfação e recidiva dos sintomas. **Resultados:** o hábito intestinal das pacientes submetidas a correção cirúrgica foi normalizado no pós-operatório (100% com intervalo evacuatório menor que três dias e fezes pastosas). Dois terços das pacientes que apresentavam vida sexual ativa não tinham queixa de dispareunia e, quando este sintoma foi presente, a sintomatologia era leve. O índice de recidiva foi de 25%, porém com sintomas mais brandos. O grau de satisfação foi de 100% das pacientes estudadas. Tais dados se mostraram superiores a de outras técnicas, como as que utilizam o reparo por via vaginal e retal. **Conclusão:** houve melhora significativa do padrão evacuatório, uma resposta aceitável no tratamento da dispareunia, com índice de recidiva tolerável e alto grau de satisfação pós-operatória. A comparação com as demais técnicas ainda exige estudos comparativos mais significativos, com amostras mais expressivas. Até o momento, qualquer análise comparativa entre as técnicas cirúrgicas utilizadas pode ser falha.

TL80 - A HEMORROIDECTOMIA ALTERA AS PRESSÕES ANAIS?

MAGRI, K.D., FORMIGA, F.B., CRUZ, S.H.A., CANDELÁRIA, P.A.P., ORTIZ, J.A., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: a pressão máxima de repouso (pmr) é constituída em 60% pelo esfíncter anal interno, 30% pelo externo e puborretal e 10% pelos coxins hemorroidários. A pressão máxima de contração (pmc) é a soma da pressão de repouso com a contração voluntária exercida predominantemente pelo esfíncter anal externo. **Objetivos:** avaliar o efeito da cirurgia de hemorroidectomia nas pressões anais. **Métodos:** vinte e dois pacientes com doença hemorroidária de indicação cirúrgica foram submetidos a estudo manométrico pré-operatório e no sexto mês pós-operatório. Mensuramos duas variantes: pressão máxima de repouso e de contração. Metade da amostra foi submetida a técnica de milligan-morgan (grupo a) e o restante, a anopexia mecânica (grupo b). **Resultados:** quando avaliados os grupos conjuntamente, a pressão máxima de repouso pré-operatória foi $97,77 \pm 26,52$ mmhg enquanto a pós-operatória foi $81,39 \pm 21$ mmhg ($p=0,053$ - wilcoxon). Já a pressão máxima de contração variou de $241,18 \pm 63,04$ no pré-operatório para $229,71 \pm 71,08$ no pós ($p=0,277$). A análise dos grupos separados, isto é, das técnicas cirúrgicas utilizadas (pph e milligan-morgan) também não mostrou significância estatística. **Conclusões:** a

hemorroidectomia não altera a pressão máxima de repouso nem a de contração, independente da técnica cirúrgica utilizada.

TL81 - EFEITO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA NAS PRESSÕES ANAIS PRÉ E PÓS HEMORROIDECTOMIA

FORMIGA, F.B., MAGRI, K.D., CRUZ, S.H.A., CANDELÁRIA, P.A.P., ORTIZ, J.A., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: A pressão máxima de repouso (PMR) é constituída em 60% pelo esfíncter anal interno, 30% pelo externo e puborretal e 10% pelos coxins hemorroidários. A pressão máxima de contração (PMC) é a soma da pressão de repouso com a contração voluntária exercida predominantemente pelo esfíncter anal externo. Objetivos: Avaliar o efeito da doença hemorroidária nas pressões anais pré e pós hemorroidectomia. Métodos: Dividimos a amostra em um grupo controle (grupo C) de 57 indivíduos hígidos pariados em sexo e idade com dois grupos de pacientes com doença hemorroidária de indicação cirúrgica. O grupo A que se constitui de onze doentes submetidos a hemorroidectomia com técnica de Milligan-Morgan e o grupo B onze doentes submetidos a anopexia mecânica (PPH). Mensuramos duas variantes do estudo de manometria anorretal: pressão máxima de contração e pressão máxima de repouso, sendo que nos grupos A e B tais mensurações foram realizadas no pré-operatório e no sexto mês pós-operatório. Resultados: A pressão máxima de repouso do grupo C foi $64,14 \pm 2,02$ mmHg enquanto a pré-operatória dos grupos A e B foi $97,77 \pm 26,52$ mmHg e a pós operatória $81,39 \pm 21$ mmHg (ambos $p < 0,001$ – Teste de Mann-Whitney). Já a pressão máxima de contração do grupo C foi $236,56 \pm 103,56$ mmHg semelhante as pressões pré e pós-operatórias dos grupos A e B conjuntamente: pré $241,18 \pm 63,04$ mmHg e pós $229,71 \pm 71,08$ mmHg ($p=0,364$ e $p=0,682$, respectivamente). A análise dos grupos A e B separadamente, isto é, das técnicas cirúrgicas utilizadas (PPH e Milligan-Morgan) também mostrou a mesma significância estatística: PMR significativa e PMC sem significância. Conclusões: A doença hemorroidária eleva a pressão máxima de repouso, mas não interfere na pressão máxima de contração, mesmo após hemorroidectomia e independente da técnica cirúrgica utilizada.

TL82 - DOENÇAS FUNCIONAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL INFERIOR, PREVALÊNCIA EM AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA

ALVES FILHO, E.F., CLEMENTINO FILHO, A.C., MENDES, C.R.S., SILVA, F.F.A., SANTOS, R.M.R., LOPES, M.V.C.O., CARVALHO, A.C.M

1. HGRS, Hospital Geral Roberto Santos

Alterações funcionais são muito frequentes na gastroenterologia, sendo porém pouco reconhecidas, principalmente pelo desconhecimento dos critérios diagnósticos. Objetivo : avaliar a prevalência das doenças funcionais do trato gastrointestinal inferior (dftgi) em ambulatório de coloproctologia. Material e métodos : foi aplicado questionário , que incluía todos os critérios de roma ii para diagnóstico de dftgi e avaliação de dor a palpação do músculo pubo-retal e do cóccix , a todos os pacientes de primeira consulta atendidos em ambulatório de coloproctologia, no períodos de 12 de maio a 12 de junho de 2009. Resultados : foram avaliados 51 pacientes ,sendo 30 mulheres , média de idade de 38,4 anos, sendo a prevalência de dftgi de 62,7 % . Os principais diagnósticos foram: constipação funcional e distensão abdominal funcional com 28 e 8 casos respectivamente . As causas mais

frequentes de procura ao serviço foram : proctalgia 29 % , sangramento sem proctalgia 27 % , constipação 15 % e nodulação perianal 9,8 % . Dos pacientes com proctalgia 7,8 % tiveram diagnóstico de fissura anal, do restante 81,8% preencheram critérios de tftgi, porém somente um deve critérios de dftgi-disfunção anorretal. Dor a palpação do cóccix e ou puborretal ocorreu em 21 % dos casos e esteve associada a queixa de proctalgia em 36 % dos casos. Dos pacientes que preencheram critérios de constipação funcional (cf) somente 27,2 % haviam referido constipação durante a avaliação inicial, dos pacientes que vieram a consulta com queixa de constipação, 85 % preencheram os critérios de cf. Em 92 % dos casos o exame proctológico evidenciou algum achado como : hemorróidas, fissuras e plicomas, dos pacientes com diagnóstico de dftgi somente 8 não tinham achados no exame proctológico. Conclusão : as dftgi são comuns no consultório coloproctológico, como também sua concomitância com achados anorretais.

TL83 - TRATAMENTO DA RETOCELE PELA TÉCNICA SÍTIO-ESPECÍFICA: EXPERIÊNCIA INICIAL

KOTZE, P.G., FRAGA, R., STECKERT J.S., FREITAS, C.D.

1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru

Introdução: as retoceles são anormalidades anatômicas da região reto-vaginal, que permitem a protrusão anterior do reto por sobre a parede posterior da vagina. Sua etiopatogenia ainda é pouco esclarecida, apesar de ocorrerem comumente em mulheres que tiveram partos vaginais. Várias técnicas de correção cirúrgica são descritas, por diversas vias de acesso. A correção baseada no sítio de ruptura da fâscia reto-vaginal, com sua fixação ao anel peri-cervical, é técnica utilizada com bons resultados na literatura. Objetivo: avaliar a eficácia da correção sítio-específica das retoceles, por via transvaginal, em uma série inicial de casos. Método: análise prospectiva de uma série de pacientes submetidas à correção trans-vaginal da retocele. Variáveis analisadas: idade, número de partos vaginais, associação com correções de cistoceles, complicações, dor pós-operatória, melhora de sintomas de base (constipação, abaulamento vaginal) e presença de dispareunia no pós-operatório. Resultados: foram analisadas 8 pacientes femininas submetidas a esta técnica cirúrgica. A idade média foi de 50,88 anos (entre 34 e 72 anos). O número médio de partos vaginais prévios foi de 2,5 (entre 0 e 8). Das 8 pacientes, 3 foram submetidas a slings anteriores para correção de cistoceles associadas, no mesmo tempo cirúrgico. Em um seguimento médio de 7,2 meses (entre 2 e 12,6 meses), não se observou nenhuma complicação pós-operatória. Apenas 2 pacientes tiveram dor pós-operatória significativa. Houve melhora da constipação em 5 casos (3 pacientes continuaram o uso de laxativos) e dispareunia pós-operatória ocorreu em apenas 1 caso (2 não tiveram mais atividades sexuais). Conclusões: a correção sítio-específica das retoceles por via vaginal é técnica com altos índices de satisfação por parte das pacientes, por apresentar pouca dor pós-operatória e alta resolatividade dos sintomas. Necessita-se de um número maior de casos e de estudos comparativos com outras técnicas para uma definição do seu real papel no tratamento dos prolapso genitais posteriores.

TL84 - DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO DIAGNOSTICADO PELA ECODEFECOGRAFIA. DISTRIBUIÇÃO EM NULÍPARAS, PARTO VAGINAL E CESARIANA

MURAD-REGADAS, S.M.1, REGADAS, F.S.P.1, RODRIGUES, L.V.1, BARRETO, R.G.L.2, SILVA, F.R.S.2, OLIVEIRA, L.M.P.2, KENMOTI, V.T.1, FERNANDES, G.O.S.2

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: As disfunções do assoalho pélvico podem resultar em evacuação obstruída. Estudos associam o trauma obstétrico às anormalidades do assoalho pélvico. **Objetivos:** demonstrar as disfunções do assoalho pélvico identificadas em pacientes do sexo feminino com síndrome da evacuação obstruída comparando nulíparas com pacientes submetidas a partos vaginais e parto cesariana utilizando a ecodefecografia. **Métodos:** avaliou-se retrospectivamente 370 pacientes com sintomas de evacuação obstruída submetidas a ecodefecografia entre dezembro de 2006 a 2009. A média do escore de constipação de wexner foi 12,6. As pacientes foram distribuídas em 3 grupos. GI:105 nulíparas (média de idade=47,5 anos), GII: 165 pacientes submetidas a pelo menos um parto vaginal(média de idade=56,9a),GIII:100 submetidas somente a cesarianas (média de idade=46,5 anos). Identificou-se as alterações anatomo-funcionais do compartimento posterior (retocele, intussuscepção e anismus) e compartimento médio (sigmoidocele/enterocele) correlacionando os achados entre si e a distribuição nos 3 grupos. Considerou-se retocele significativo quando grau II e III. Utilizou-se teste qui-quadrado para correlacionar os achados entre os grupos. **Resultados:** Não houve diferença estatística na presença de retocele em graus (GI-65% GII-70% GIII-71%) e nem na distribuição de retocele significativa (GI-50% GII-60% GIII-60%). Intussuscepção foi identificada em 42(40%) pacientes do GI, em 91(55%) do GII e 30(30%) do GIII com diferenças estatística entre os GI e GII. A associação entre intussuscepção e retocele significativa foi 26(25%), 60(36%) e 18(18%) nos GI, GII e GIII respectivamente. Anismus foi identificado em 41(39%) pacientes do GI, 47(28%) do GII e em 60(60%) do GIII. Houve diferença significativa entre os GI e GIII. Anismus foi associado a retocele significativa em 24(23%), 26(16%), e 24(24%) nos GI,GII e GIII respectivamente. Sigmoidocele ou enterocele foi identificada em 8(8%) pacientes do GI, 18 (11%) do GII sem diferenças significantes. Foi associada a retocele significativa em 4 (4%) e em 12 (8%) pacientes dos GI e GII respectivamente. **Conclusões:** A distribuição dos distúrbios anatomo-funcionais do assoalho pélvico não demonstrou um padrão de associação entre os grupos, sugerindo ausência de correlação entre estes distúrbios e o parto vaginal.

TL85 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL COM BISTURI ULTRASSÔNICO PARA TRATAMENTO DO PROLAPSO DO RETO

FIGUEIREDO, M.N., SALLES, R., RIBEIRO, T.B.

1. HL, Hospital da Lagoa

Introdução: a retossigmoidectomia perineal (cirurgia de alteimeier) é uma das opções cirúrgicas para pacientes portadores de prolapso retal completo. No entanto, em alguns pacientes, o sangramento intra-operatório pode dificultar o procedimento e aumentar consideravelmente o tempo de cirurgia. **Objetivo:** apresentar a técnica de alteimeier com a utilização do bisturi ultrassônico, levando-se em consideração tempo operatório, sangramento intra e pós operatório e recidiva do prolapso. Os resultados são confrontados com dados da literatura disponível. **Método:** 9 pacientes, entre 68 e 83 anos, foram submetidos ao procedimento, sendo 5 com uso do bisturi ultrassônico, entre os março de 2006 e junho 2009 (2 a 39 meses de acompanhamento) e avaliamos o tempo cirúrgico e sangramento intra operatório. **Resultados:** o bisturi ultrassônico é instrumento facilitador para a cirurgia de alteimeier, diminuindo o sangramento per operatório e o tempo de cirurgia. **Conclusão:** a cirurgia de alteimeier é opção segura para o tratamento do prolapso retal, mesmo em pacientes com alto risco. O

uso do bisturi ultrassônico diminui o sangramento per operatório e conseqüentemente o tempo operatório e o risco do procedimento. Os resultados funcionais são comparáveis àqueles disponíveis na literatura médica.

TL86 - CINEDEFECOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DA OBSTIPAÇÃO INTESTINAL – O QUE APRENDEMOS COM ESTE MÉTODO DIAGNÓSTICO

MELO APSA, MOREIRA JR H, KURACHI G, PRIETO FG, LEITE PCCA, LOUSA LR, AZEVEDO IF, ALMEIDA AC

1. UFG, serviço de coloproctologia da faculdade de medicina

Introdução:os distúrbios da evacuação ocorrem por diversas alterações anatômicas e funcionais, presentes nos variados compartimentos pélvicos. A cinedefecografia tem papel de destaque na avaliação destes pacientes, especialmente de indivíduos obstipados. O exame registra, por meio de fluoroscopia e radiografias, as diferentes situações da dinâmica anorretal: repouso, contração voluntária, esforço evacuatório e após a evacuação. **Objetivo:** avaliar a importância da cinedefecografia no estudo dos distúrbios funcionais do assoalho pélvico. **Métodos:** análise retrospectiva de todas as cinedefecografias realizadas no período de dezembro/2007 a abril/2009, cuja indicação para a realização do exame foi a obstipação intestinal, sugestiva de obstrução de saída, refratária ao tratamento clínico convencional. Os exames foram realizados com aplicação de 200 ml de material radiopaco semi-sólido, composto por uma mistura de fubá de milho e sulfato de bário, introduzido via retal. Durante o exame, o paciente permanece sentado em assento sanitário radiotransparente. **Resultados:** foram identificados 59 pacientes sendo 54 do sexo feminino. A média de idade foi de 46 anos. 21 pacientes eram portadores de colopatía chagásica. Observamos, nestes 21 casos que, a despeito do relaxamento adequado do puborretal, o canal anal permanecia fechado por um período mais prolongado, determinando um esforço evacuatório prolongado. Entre as mulheres, 23(42,6%) apresentavam retocele (variando entre 2 a 5,5 cm), sendo considerada significativa em 65% dos casos. É comum a observação de descenso perineal, principalmente o estático. Apesar de ter sido freqüente o diagnóstico de sigmoidocele (14 pacientes), em nenhum caso foi considerado um achado com relevância clínica. Cerca de 18% dos pacientes apresentavam como causa da obstrução de saída o anismus. Para maioria dos pacientes (48 casos – 81,3%), os achados da cinedefecografia colaboraram para a identificação dos mecanismos envolvidos no aparecimento dos sintomas de obstipação intestinal. **Conclusão:**a cinedefecografia, em casos selecionados sugestivos de obstrução de saída, é um método diagnóstico importante, capaz de identificar, para a maioria dos pacientes avaliados, os mecanismos envolvidos no aparecimento da obstipação intestinal.

TL87 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CINEDEFECOGRAFIA E CINEDEFECORRESSONÂNCIA PARA AVALIAÇÃO DE DISTÚRBIOS DO ASSOALHO PÉLVICO

PRIETO FG1, MOREIRA JR H1, LEITE APTM2, MOREIRA JPT1, MELO APSA1, LAUAR MV2, LOUSA LR1, ALMEIDA ACC1

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina2. Goiânia, Clínica de Radiologia São Marcelo

Introdução:o diagnóstico e tratamento de distúrbios funcionais do assoalho pélvico representam grande desafio, pois freqüentemente se manifestam com sintomas inespecíficos e causam impacto significativo sobre a qualidade de vida. A cinedefecografia(cd) desempenha um papel central no diagnóstico destas anormalidades. A

cindefecorressonância(cdr), é uma alternativa diagnóstica devido à sua maior capacidade de distinguir os diferentes órgãos pélvicos. Objetivo: realizar uma análise comparativa entre os resultados da cd e da cdr realizada em dez pacientes. Material: análise prospectiva comparativa de dez pacientes submetidos a cd e cdr, cuja indicação para a realização do exame foi obstipação intestinal sugestiva de obstrução de saída. As cds foram realizadas com aplicação de 200 ml de material radio opaco semi-sólido, via retal sendo solicitado ao paciente, durante o exame, que executasse manobras de repouso, contração e expulsão do conteúdo retal, sob visão fluoroscópica. As cdrs foram realizadas com magneto de 1,5t e aplicação de 200 ml de gel via retal e solicitação das mesmas manobras descritas para a cd. Durante o exame os pacientes permaneceram em posição supina com cabeceira elevada e membros inferiores fletidos. Resultados: a média dos ângulos anorretais durante o repouso, contração voluntária e esforço evacuatório foram semelhantes entre as cds e cdrs. As medidas de descenso perineal e do comprimento do puborretal foram significativamente menores quando medidos pela cdr, e foram consideradas mais fidedignas devido a maior facilidade de identificar as diversas estruturas anatômicas do assoalho pélvico. A ocorrência de descenso perineal estático, observada pela cdr, é mais rara do que quando comparada com os dados obtidos pela cd. Em 2 pacientes foram identificadas a intussuscepção reto-anal somente através da cdr. A cdr também foi capaz de diagnosticar maior numero de retoceles (8 vs 5); a retocela foi considerada significativa em 3 casos diagnosticados pela cd e em 4 casos diagnosticados pela cdr. O diagnóstico de anismus somente foi realizado em 2 casos, através da cd. Sigmoidocele/enterocele são mais frequentemente diagnosticadas pela cdr (8 vs. 3 casos), sendo que 2 enteroceles de 2o grau foram visualizadas somente pela cdr. Conclusão: a cdr apresenta maior acurácia para identificação de alterações anatômicas do assoalho pélvico, além de proporcionar uma visão conjunta de todas as estruturas adjacentes ao reto e canal anal.

TL88 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL NO TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL: ANÁLISE DE 42 CASOS

MEDEIROS, B.A., MARQUES, G.S., MATTOS, B.M.R., RIGHETTI, A.E., NORMANHA, A.L.N.R., PARRA, R.S., FÉRES, O., ROCHA, J.J.R.

1. FMRP - USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

Introdução: a procidência retal (pr) tem como tratamento ideal de definitivo a cirurgia. A retossigmoidectomia perineal (rsp), divulgada na década de 60 por altemeier apresenta baixas taxas de mortalidade, recidiva e tempo de hospitalização. Ademais, evita a laparotomia em pacientes habitualmente de idade elevada. Objetivo: avaliar os resultados obtidos em 42 rsp em pacientes com pr. Método: foram analisados retrospectivamente 42 prontuários médicos no período de 2000 a 2009. Os dados pesquisados foram: idade, sexo, história clínica, evolução pós-operatória (recidiva ou incontinência). Resultados: prolapso anal: 92,8%; sangramento anal: 26,2%; tempo de internação: 02 a 11 dias (média 3,3). Dos pacientes, 84% eram mulheres e 16% homens, com idade média de 74 anos (49 a 101). O tempo médio de cirurgia foi de 70 minutos (40 a 80). Anastomose mecânica foi realizada em 69%, sendo a manual em 31%. De 12 pacientes (28%) com incontinência no pré-operatório, 02 recuperaram a continência no pós-operatório. As complicações no pós-operatório foram: pneumonia: 02 casos (9,5%); deiscência de anastomose: 02 (9,5%). Não houve mortalidade e apenas um caso (2,3%) apresentou recidiva. Conclusão: a retossigmoidectomia perineal mostrou ser excelente opção cirúrgica para a procidência retal, teve baixa morbidade, sem mortalidade, baixo índice de recidiva e curto tempo de hospitalização nesta experiência cirúrgica.

TL89 - GRADAÇÃO DA INCONTINÊNCIA ANAL PÓS-CIRURGIAS ORIFICIAIS E CORRELAÇÃO COM A MANOMETRIA ANO-RETAL

TORRES-NETO JR, VIDAL MAN, PRUDENTE ACL, TORRES FAP, TORRES JAP, RAMOS FM, SANTANA RM

1. UFS, Universidade Federal de Sergipe

Introdução: a incontinência anal (ia) é a condição na qual o indivíduo é incapaz de controlar voluntariamente a perda de gases, muco ou mesmo fezes líquidas ou sólidas em local e momento inadequados. Pode ser classificada, simplificada em menor ou maior, ou, de forma mais detalhada, através do uso de questionários, como o padronizado por wexner. Dentre as causas de ia destacam-se as cirurgias orificiais, devido à frequência com que essa complicação ocorre após tais procedimentos. Para auxílio diagnóstico, a manometria ano-retal tem sido escolhida. Objetivo: diagnosticar a ia pós-cirurgia orificial através da aplicação de questionário e manometria e correlacionar os resultados deste questionário com os índices pressóricos. Pacientes e métodos: foi realizado o estudo retrospectivo através da análise de prontuários de 455 pacientes submetidos a cirurgias orificiais no período de 2005 a 2007 para que fossem identificados aqueles com queixa de ia no pós-operatório. Foram encontrados 20 pacientes. Desses 20 indivíduos, 9 permaneciam com queixa de ia após agosto de 2008 e foram avaliados quanto ao grau de ia através da aplicação de questionário wexner score e realização de manometria anorretal. Na manometria foram avaliados os dados de pressão de repouso, pressão de contração máxima, ria (reflexo reto-anal inibitório), sensibilidade e capacidade retais, extensão do canal anal funcional. Resultados: dos pacientes avaliados, seis (66,66%) eram do gênero feminino e três (33,33%), do gênero masculino, com idades que variaram de 21 a 76 anos, com média de 47,89 anos. Cinco (55,55%) foram submetidos à hemorroidectomia, um à fistulotomia, um à fistulectomia, outro à enteropexia e dois à proctoplastia. O diagnóstico segundo o wexner score foi de ia leve para 6 pacientes (66,66%), ia intermediária para 2 (22,22%) e ia intensa para um (11,1%). À realização da manometria encontrou-se que: dos 6 pacientes com ia leve, 4 (66,66%) não preenchiam os critérios para ia, um (16,6%) possuía hipotonia das musculaturas extrínseca e intrínseca, e outro possuía perda da capacidade retal; os 2 pacientes com ia intermediária possuíam hipotonia de musculatura intrínseca; o paciente com ia intensa possuía hipotonia de ambas as musculaturas extrínseca e intrínseca. Conclusão: houve correlação significativa entre os achados manométricos e a graduação da ia pelo wexner score.

TL90 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA ANAL PÓS-CIRURGIA ORIFICIAL

TORRES-NETO JR, VIDAL MAN, PRUDENTE ACL, RAMOS FM, TORRES FAP, TORRES JAP, SANTANA RM

1. UFS, Universidade Federal de Sergipe

Introdução: a incontinência anal (ia) é uma condição debilitante, que leva ao comprometimento físico, psíquico e social do indivíduo, acarretando um grande impacto negativo em sua qualidade de vida. Não raro, esta é uma complicação decorrente de cirurgias orificiais. Objetivos: avaliar a qualidade de vida do paciente com incontinência anal após cirurgia orificial, correlacionando-a ao grau da incontinência, através da aplicação do questionário wexner score, a fim de avaliar o grau da incontinência, e em seguida do questionário fiql, a fim de avaliar a comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. Métodos: foram selecionados dentre os 455 pacientes submetidos a cirurgias orificiais no serviço de colo-proctologia do hu/ufs no período de 2005 a 2007, aqueles que apresentaram alguma queixa de incontinência.

cia anal. Destes, 20 apresentavam história compatível com ia no pós-operatório imediato. Deste total, apenas 9 puderam ser contactados e/ou aceitaram participar da pesquisa. Aplicou-se inicialmente o questionário wexner score, que permite classificar a ia em leve, intermediária e intensa; e em seguida, aplicou-se o fiql, que é constituído de 4 domínios distintos: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento, com escala de pontuação variando de 1 a 4 com exceção das questões 1 e 4 que variam de 1 a 5 e 1 a 6, respectivamente. Resultados: dos 9 pacientes avaliados, 3 (33,33%) eram do gênero masculino e 6 (66,66%) do gênero feminino; 7 (77,77%) apresentavam idade inferior a 60 anos, e 2 (22,22%) idade superior aos 60, com uma média de 47,8 anos; 6 (66,66%) apresentaram incontinência leve, 2 (22,22%) incontinência intermediária e 1 (11,11%) incontinência intensa. Em relação à qualidade de vida, nos pacientes com incontinência leve obteve-se uma média de 3,6 para estilo de vida (ev), 3,59 para comportamento (cp), 3,43 para depressão (de) e 3,33 para constrangimento (cg); nos pacientes com incontinência intermediária obteve-se ev= 3,85; cp= 3,14; de= 3,44; cg= 2,16; e no paciente com incontinência intensa obteve-se ev= 1,3; cp= 1,25; de= 2,8 e cg= 3,0. Conclusão: a incontinência anal acarreta comprometimento da qualidade de vida, independente do seu grau. Assim, pôde-se perceber um impacto semelhante na qualidade de vida de pacientes com incontinência leve e intermediária, e um comprometimento importante na incontinência intensa.

TL91 - AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE PACIENTES CONSTIPADAS POR DEFECAÇÃO OBTURADA POR RETOCELE, SUBMETIDAS À RESSECÇÃO TRANSANAL DA RETOCELE E ANORRETOPEXIA MECÂNICA

LEAL, VM1, REGADAS, FSP2, REGADS, SMM2, VERAS, LR2, ESCALANTE, RD2

1. UFPI, universidade federal do piauí 2. UFC, universidade federal do ceará

Avaliar a abordagem cirúrgica transanal proposta por regadas et al. (2005), onde a realização de ressecção completa da retocele, anorretopexia circular mecânica com intuito de retirar ambos defeitos ou seja, a parede retal com sua fâscia peri-retal doentes e a intussuscepção mucosa (prolápso circular), que são responsáveis pela defecação obstruída. Foram incluídos no presente estudo 35 pacientes consecutivas que recorreram ao ambulatório de coloproctologia do hgv, no período de 2006 a 2008, com idade média de $47,5 \pm 10,83$ anos (31 – 67) $p > 0,05$. Com relação ao tamanho da retocele ao exame clínico, observamos que treze (37,1) pacientes tinham retocele de segundo grau e vinte e duas (62,9%) tinham retocele de terceiro grau. As pacientes possuíam no pré operatório um escore para síndrome de defecação obstruída com média de $10,63 \pm 2,99$ (5 - 17) e no pós operatório $2,91 \pm 0,74$ (1 - 6), wilcoxon $p = 0,000$. Com relação ao escore de constipação de cleveland foi observado valor médio no pré-operatório de $15,23 \pm 3,90$ (8 – 23) e no pós operatório de $4,46 \pm 1,95$ (1 – 12), wilcoxon $p = 0,000$ comparando os dados defecograficos do pré e pós operatório, observamos que nas fases de repouso houve diferenças estatísticas quanto a medida da retocele ($p = 0,000$). Comparando os dados defecograficos do pré e pós operatório, observamos que nas fases de evacuação houve diferenças estatísticas, nas medidas do tamanho do angulo anorretal ($p = 0,033$), do comprimento do canal ($p = 0,028$), do comprimento do músculo puborretal ($p = 0,000$) e na medida do tamanho da retocele ($p = 0,000$). Mais de 90% das pacientes tiveram melhora de seu quadro clínico melhora do índice de continência níveis de dor muito aceitável (leve no primeiro dia e moderada no oitavo dia de pós operatório) resolução da retocele com expressiva

significância estatística tanto clínica como defecograficamente baixos índices de complicação e ausência de morbidade ausência de cicatriz externa relativo baixo custo comparado com outras técnicas material acessório utilizado na presente casuística tem melhor adaptação ao períneo, por ter apenas duas abas de fixação e não ser circular, permitindo uma melhor exposição do segmento anorretal distal e especialmente da retocele, pela chanfradura hemicircular. A realização da ressecção da retocele manualmente não aumentou o tempo cirúrgico em comparação com a técnica starr procedure

TL92 - AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM PACIENTES PORTADORES DE COLOPATIA CHAGÁSICA

MOREIRA JR H, KURACHI G, MOREIRA JPT, MOREIRA H, KLUG WA, AZEVEDO IF, ISAAC RR, ALMEIDA ACC

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina

Introdução: exames complementares que avaliam a anatomia e fisiologia anorretal ampliaram a possibilidade de se desvendar novos possíveis mecanismos envolvidos na fisiopatogenia da colopatia chagásica(cc). Objetivos: avaliar os mecanismos causadores de obstrução de saída em pacientes portadores de cc através da cindefecografia(cd), eletromanometria anorretal(emn) e ultra-som do canal anal(us). Métodos: foram selecionadas, prospectivamente, 20 pacientes com as seguintes características: sorologia (+) para doença de chagas, obstipação intestinal crônica (menos que 2 evacuações/semana), enema opaco evidenciando megacólon e/ou emn determinando a presença de acalásia do esfíncter interno(ei). Resultados: a média de idade foi de 54,75 anos; 75% eram mulheres. Us normais em 95% dos pacientes (1 caso com lesão anterior dos esfíncteres no terço médio do canal anal). A cd identificou, em todos os pacientes, um tempo prolongado de abertura do canal anal apesar do relaxamento adequado do puborretal, durante o esforço evacuatório (documentação dinâmica da acalasia do ei); 30% apresentavam retocele (significativa em 10% dos casos); sigmoidecele em 20% dos pacientes (1º e 2º grau); 10% não apresentavam relaxamento adequado do puborretal (um relaxamento parcial, outro com ausência de relaxamento); 35% dos pacientes apresentaram descenso perineal estático, 35% pacientes com descenso perineal estático e dinâmico e 5% somente com descenso dinâmico. À emn a média de pressão de repouso foi de 55,82mmhg, a média de pressão de contração foi de 126,91mmhg, a média do canal anal funcional foi de 2,44 e a capacidade retal teve média de 239,5 ml. Conclusões: a despeito das lesões dos plexos mioentéricos, a função pressórica esfíncteriana permanece inalterada a emn na maioria dos pacientes, sendo a acalásia do ei a alteração funcional mais comumente observada, seguida do aumento da capacidade retal. Os us não evidenciaram alterações anatômicas da musculatura esfíncteriana específicas para cc. A cd evidenciou, em todos os pacientes, dificuldade de abertura do canal anal durante o esforço evacuatório, a despeito do relaxamento do puborretal. Devem-se considerar fatores secundários na gênese da obstipação intestinal em pacientes portadores de cc (retocele, anismus e descenso perineal), podendo estes mecanismos corroborar para o surgimento de recidiva dos sintomas de obstipação no pós-operatório.

TL93 - EXISTE IMPORTÂNCIA NA UTILIZAÇÃO DA MANOMETRIA ANAL NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL?

CESAR, MAP, OLIVEIRA, CC

1. UNITAU, Hospital Universitário da UNITAU

Introdução: em alguns pacientes a síndrome do intestino irritável e a constipação funcional se confundem, principalmente quando o sintoma predominante na síndrome do cólon irritável é a constipação. Dentre os vários exames a manometria anal avalia a função esfinteriana e sensibilidade retal objetivo: verificar se existem diferenças entre as manometrias anais dos pacientes com constipação funcional e síndrome do intestino irritável. **Método:** trata-se de estudo de 55 manometrias anais realizadas em pacientes atendidos no ambulatório de fisiologia anal do serviço de clínica cirúrgica do hospital universitário de Taubaté com diagnóstico de constipação intestinal ou síndrome do intestino irritável no período de janeiro de 2006 a maio de 2007. Todos os pacientes possuíam colonoscopia a normal e foram incluídos nos critérios diagnósticos de Roma II para constipação funcional e síndrome do intestino irritável. As manometrias foram realizadas com aparelho alacer, de perfusão com 8 canais. **Resultados** – não foram encontradas diferenças entre as manometrias quanto às pressões de repouso, contração e evacuação, assim como nos valores de sensibilidade retal. Encontramos diferenças quanto à dor abdominal desencadeada nos pacientes com síndrome do intestino irritável no momento do volume máximo tolerável em que 69,2% destes pacientes apresentaram dor abdominal. **Conclusão** - os pacientes com a síndrome do intestino irritável apresentam dor à distensão da ampola retal, que não ocorre nos pacientes constipados, na aferição do volume máximo tolerável, não houve diferença em relação aos outros dados da manometria.

TL94 - CONSTIPAÇÃO APÓS HISTERECTOMIA -ESTUDO CLÍNICO E MANOMÉTRICO

CESAR, MAP, ANTUNES, LB, AGUIAR, RM

1. UNITAU, Hospital Universitário de Taubaté

A histerectomia é o procedimento ginecológico de grande porte mais comum, sendo a maioria das indicações por doença benigna, existindo na literatura uma incidência de 37% não relacionada com a técnica. **Obj.:** avaliação clínica e manométrica das pacientes que se submeteram à histerectomia. **Método:** trabalho prospectivo com preenchimento de score da constipação no pré e pós operatório 60 dias e realização da manometria anal nestes dois momentos. **Resultados:** foram examinadas 10 pacientes que se submeteram à histerectomia por doença benigna e encontramos 1 paciente com constipação e outra paciente com a síndrome do intestino irritável que não existia antes da histerectomia e apresentava dor abdominal à distensão da ampola retal. Não encontramos diferenças nas manometrias anais nos dois grupos. **Conclusão** - encontramos distúrbios em menor intensidade que o referido em trabalhos retrospectivos.

TL95 - DEFECORRESSONÂNCIA NA CONSTIPAÇÃO

EDUARDO VIEIRA, RAIMUNDO PESSOA

1. HG - SCMRJ, Hospital da Gamboa- Santa Casa da Misericórdia do RJ

O diagnóstico e manejo da constipação intestinal continuam sendo um desafio, com diversos métodos sendo aplicados para avaliação. A ressonância pélvica dinâmica (defecorressonância) é um novo método, com o intuito de uma avaliação pormenorizada das disfunções do assoalho pélvico. O objetivo do nosso trabalho é relatar nossa experiência com o referido exame em pacientes constipadas, sua aplicabilidade clínica e as consequências terapêuticas advindas do mesmo. **Material e métodos:** analisamos retrospectivamente a realização da defecorressonância em 20 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico clínico de constipação intestinal, independente de critérios para evacuação obstruída. **Resultados.** Observamos 7 pacientes dentro da normalidade, em 5 pacientes foram encontrada retocelos; em 10 paci-

entes alterações degenerativas da musculatura pélvica. Descenso de compartimento posterior foi observado em 5 pacientes e em 4 observamos alteração de 2 ou mais compartimentos pélvicos. Enterocel em 2 pacientes e intussuscepção em 3. Contração paradoxal do puborretal foi observado em duas pacientes. Na maioria observamos mais de uma alteração na mesma paciente. Concluímos que a defecorressonância é um bom método de avaliação da evacuatória pélvica, com a visualização de alterações muitas vezes não suspeitas, além da multiplicidade destas alterações numa mesma paciente, devendo ser utilizada sempre que possível na avaliação dos pacientes constipados.

TL96 - EXISTEM FATORES PREDITIVOS DE RECORRÊNCIA NO TRATAMENTO DA FISTULA RETO-VAGINAL?

PINTO RA, PETERSON TV, SHIH SS, CANEDO JA, DAVILA WG, SILVA E, EDDEN Y, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: A fistula reto-vaginal (FRV) é uma condição de alta morbidade e seu tratamento continua a ser um desafio para o cirurgião, devido a alta taxa de recorrência. **Objetivo:** Analisar os resultados do reparo cirúrgico da FRV e identificar fatores preditivos de recorrência. **Pacientes e Métodos:** Todas as pacientes submetidas a cirurgia para o reparo da FRV na “Cleveland Clinic Florida” entre 1988 e 2008 foram retrospectivamente avaliadas. Chi2 e regressão logística foram utilizados para análise de recorrência de acordo com etiologia da fistula, tamanho e altura do defeito, idade da paciente, número de reparos prévios, número de partos vaginais prévios, índice de massa corpórea (IMC), tabagismo, diabetes, o uso de esteróides e outros imunossupressores e presença de estomia de proteção. **Resultados:** 184 procedimentos foram realizados em 125 patients. Doença inflamatória intestinal foi o diagnóstico mais frequente (45.6%) seguido de trauma obstétrico (24%) e outros traumas cirúrgicos (16%). A duração média da fistula foi de 31.2 meses. Procedimentos para correção da FRV incluíram flap de avanço endo-retal (35.3%), interposição de músculo grácil (13.6%), colocação de seton (13.6%), reparo transperineal (8.7%) e transvaginal (8.1%). A taxa de sucesso por procedimento foi de 60%. Pacientes portadores de doença de Crohn tiveram maior índice de recorrência (44.2% sucesso/procedimento; p<0.01), entretanto 78% tiveram resolução após uma média de 1.8 procedimentos. Não houve diferença em índice de recorrência de acordo com o tipo de reparo. Com média de seguimento de 16.3 meses, a taxa de sucesso por paciente foi de 88% após um ou mais procedimentos. Fístulas de origem obstétrica tiveram sucesso de 89% após uma média de 1.3 procedimentos/paciente, assim como fístulas traumáticas. Fístulas pouch vaginais tiveram 91% de sucesso após uma média de 1.6 procedimentos/paciente. Idade, IMC, diabetes, uso de esteróides e imunossupressores, tamanho e altura da fistula, número de partos vaginais prévios, tempo decorrente entre reparos e estomia de proteção não tiveram associação clara com recorrência. No entanto, tabagismo e doença de Crohn encontram-se significativamente associados a recorrência da FRV (p=0.02). **Conclusão:** Apesar de sucesso inicial relativamente baixo (60%), a maior parte das FRV pode ser reparada com sucesso após cirurgias subsequentes. Doença de Crohn e tabagismo estão associados a maiores taxas de recorrência.

TL97 - CORRELAÇÃO ENTRE A VIA DE PARTO E A INCIDÊNCIA DE ANORMALIDADES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR AVALIADAS POR VIDEO-DEFECOGRAFIA

MURAD REGADAS SM, PINTO RA, PETERSON TV, REGADAS FS, CANEDO JA, SANDS DR, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: alguns estudos associam a presença de anormalidades do assoalho pélvico ao trauma obstétrico. Outros sugerem que a constipação e a configuração do canal anal representam importante papel no desenvolvimento das anormalidades do assoalho pélvico posterior. **Objetivo:** demonstrar a distribuição das alterações do assoalho pélvico posterior, utilizando a videofecografia, em mulheres constipadas; e correlacionar estas disfunções com a via de parto. Como objetivo secundário, avaliar o papel da idade e da paridade na retocele. **Pacientes e métodos:** 255 pacientes do sexo feminino constipadas submetidas a videofecografia entre 2001 to 2008 foram avaliadas e as alterações do assoalho pélvico posterior foram acessadas. As pacientes foram divididas em 3 grupos: grupo i incluiu 50 nulíparas com idade média de 40. 2 anos; grupo ii constava de 165 pacientes com partos exclusivamente pela via vaginal e idade média de 57 anos; grupo iii incluiu 40 pacientes com partos cesária prévios e idade média de 50. 6 anos. **Resultados:** retocele significante foi identificada em 34% dos pacientes no grupo i, 35% no grupo ii e 20% no grupo iii. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p > 0.05$). Intussuscepção foi identificada em 48% dos pacientes no grupo i, 70% no grupo ii e 67% no grupo iii ($p = 0.005$). Intussuscepção associada com retocele significante também foi mais comum em pacientes com partos vaginais prévios. Anormalidades do relaxamento do músculo pubo-retal, foram mais comumente encontradas em pacientes com cesárias prévias ($p = 0.01$). As pacientes do grupo ii apresentaram maior numero de exames anormais comparadas aos outros grupos ($p = 0.005$). Retocele significante foi identificada em 36% dos pacientes com 65 anos ou mais e em 31% dos pacientes com menos de 65 anos. Primíparas tiveram uma maior incidência de retocele quando comparadas a múltiparas ($p = 0.01$). **Conclusão:** apesar de haver maior incidência de alterações do assoalho pélvico posterior após parto vaginal, a via de parto não apresentou uma correlação determinada com as anormalidades do assoalho pélvico posterior. Não houve correlação entre idade avançada e multiparidade, e a presença de retocele.

TL98 - TÍTULO: EFEITOS DA PROSTATECTOMIA PERINEAL SOBRE A CONTINÊNCIA ANAL: ESTUDO CLÍNICO E MANOMÉTRICO

GUILGER, NR1, JORGE, JMN1, COSTA, RP2, SALA, FC2, NAHAS, SC1, CECCONELLO, II

1. FM-USP, Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto da USP2. Depto Urologia, Departamento de Urologia do Hospital Amaral Carvalho de Jaú

Introdução: O câncer de próstata é a segunda neoplasia mais freqüente em homens no Brasil e os programas de rastreamento diagnóstico tem permitido o diagnóstico precoce e cada vez mais freqüente dessa neoplasia, sendo que 75% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Várias técnicas cirúrgicas são aplicadas e estudadas para o tratamento dessa neoplasia, em busca de boa relação custo efetividade e menos complicações decorrentes da intervenção cirúrgica. Nesse contexto a prostatectomia perineal se destaca como método pouco invasivo, seguro e efetivo, sem prejuízo na radicalidade oncológica. No entanto, o acesso perineal necessário nessa cirurgia é muito questionado na literatura quanto à possibilidade de favorecer a incontinência anal. Sabe-se que a incontinência anal está presente em cerca de 11% na população idosa (faixa etária de 60-70 anos) e tem grande influência na qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliação dos efeitos da prostatectomia perineal na continência anal em pacientes submetidos à prostatectomia perineal. **Métodos:** Foram avaliados 23 pacientes com indicação cirúrgica no pré e no pós operatório (7 meses) através de avaliação clínica (índice de incontinência anal da Cleveland Clinic), manometria anorretal e avaliação do teste de

qualidade de vida para incontinência anal. Média etária de 65,5 anos (54-72 anos), Média de PSA pré-op 10,7 (3,6-22,1), Média próstata em gramas 34,35(24-54), Gleason pós op variando entre 6 e 7. A manometria anorretal foi analisada nos seguintes parâmetros : pressão de repouso, pressão de contração, índice de fadiga, taxa de fadiga, % assimetria de repouso, % de assimetria de contração, reflexo inibitório anorretal, sensibilidade retal e capacidade retal. A avaliação de qualidade de vida foi realizada por teste específico para continência anal validado em nosso meio. **Resultados:** Não foram observadas alterações significativas no padrão de qualidade de vida e clínicos dos pacientes com relação à continência anal e as análises de manometria anorretal houve alteração significativa apenas no índice de assimetria de repouso $p < 0,0031$. **Conclusões:** Os efeitos dessa cirurgia sobre a continência anal através de avaliação clínica não apresentaram padrões de significância estatística e a avaliação manométrica identificou alteração em relação aos índices de assimetria de repouso, sem repercussão clínica.

TL99 - RECONSTRUÇÃO DO CORPO PERINEAL DURANTE ESFINCTEROPLASTIA ANAL: ALTERNATIVA PARA CORREÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL

GUILGER, NR, JORGE, JMN, RODRIGUES, LCO, SCHLENSTEIN, HP, BRANDÃO, AAR, NAHAS, SC, CECCONELLO, I

1. FM-USP, Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto da USP

Introdução: a incontinência anal afeta muito a qualidade de vida das pessoas seja pela sintomatologia, seja pelo constrangimento e repercussões na vida social. Esse quadro agrava-se principalmente em paciente jovens, com vida social intensa, em que mesmo sintomas de incontinência leves podem levar à grande repercussão na qualidade de vida. Em pacientes jovens o trauma perineal pode levar a grandes lesões anatômicas de assoalho pélvico, com repercussões funcionais. O tratamento cirúrgico mais frequentemente realizado na incontinência anal é a esfínteroplastia anal. Entretanto, em alguns pacientes, devido à falha ou inexistência do corpo perineal, torna-se necessário associar técnicas de reconstrução do corpo perineal ao reparo esfínteriano convencional. **Objetivo:** apresentar 2 casos de reconstrução de assoalho pélvico associados à incontinência anal por trauma perineal e apresentar a técnica cirúrgica. **Métodos e resultados:** apresentação de 2 casos de pacientes atendidas em nosso serviço com trauma perineal (sendo uma delas pós parto e a outra pós violência sexual), encaminhadas por incontinência anal onde foi diagnosticada extensa lesão perineal com acometimento esfínteriano e de corpo perineal. As pacientes foram submetidas à esfínteroplastia anal com rotação de retalho cutâneo glúteo direito, para a reconstrução do corpo perineal. O procedimento cirúrgico será demonstrado em figuras esquemáticas e fotos. O índice de incontinência anal variou de 12 no pré-operatório para zero no pós operatório tardio (primeira paciente) e recente (30 dias) da segunda paciente, em escala de zero (continência normal) à vinte (incontinência anal completa). **Conclusão:** a esfínteroplastia anal associada à reconstrução do corpo perineal é uma alternativa eficaz no tratamento dos traumas perineais que apresentam-se com lesão de esfíncter anal e corpo perineal tanto anatômica, quanto funcionalmente.

TL100 - PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS FUNCIONAIS COLORRETOANAIS: ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO

BRANDAO, AAR, JORGE, JMN, GUILGER, NR, NAHAS, SC, CECCONELLO, I

1. FM-USP, Serviço de Cólon e Reto da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: Distúrbios funcionais do cólon, reto e ânus, em especial a constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal, apresentam definição complexa que representa um desafio na abordagem desses pacientes, que representa alto impacto na qualidade de vida. Possui etiologia multifatorial, entretanto, estudos citam que traços de personalidade, padrões de comportamento, presença e intensidade de depressão, estresse e ansiedade podem estar associados ao surgimento desses distúrbios. Com o intuito de investigar os fatores psicológicos presentes nesses distúrbios, o MMPI – IRF (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – Improved Readability Form) mostrou-se eficaz pois sua aplicabilidade não discrimina idade e grau de escolaridade. **Objetivo:** Avaliar aspectos psicológicos envolvidos nos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais, em especial constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal. **Métodos:** Foram avaliados 30 pacientes com constipação intestinal, 30 com incontinência anal, 30 com dor anorretal e 30 do grupo controle. Para isso foi utilizada entrevista aberta e aplicação do MMPI- IRF, composto de 167 proposições divididas em: escalas de validade (dúvida, mentira, erro e correção) e escala clínica (hipocondria, depressão, histeria, desvio psicopático, masculinidade e feminilidade, paranóia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania e introversão- extroversão). **Resultados:** Pacientes constipados: 70% apresentaram alterações elevadas na escala hipocondria (escore aproximado 58), 65% na escala depressão e histeria (escores de 70 e 62 respectivamente). Pacientes com incontinência anal: 60% obtiveram pontuação elevada na escala depressão (escore 74), 55% na escala histeria (escore 70) e 50% na escala hipocondria (escore 72). Dor anorretal: 60% hipocondria (escore 72), depressão (escore 68) e 50% histeria (escore 70). Já o grupo controle, embora também apresente elevação nas escalas hipocondria, depressão e histeria, a pontuação oscila dentro da faixa considerada normal (escore entre 50 e 55). **Conclusão:** Este estudo demonstra a presença de fatores psicológicos envolvidos nos distúrbios funcionais colorretoanais, atestando, assim, a importância de se associar o acompanhamento médico ao psicológico na abordagem desses pacientes.

TL101 - CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS PRESSÓRICOS MANOMÉTRICOS E SINTOMATOLOGIA NA INCONTINÊNCIA FECAL

BALSAMO F, RAMACCIOTTI FILHO PR, CASTRO CAT, POZZOBON BHZ, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: a perda do controle voluntário das fezes constitui grande problema social e de higiene. Afeta entre 1 e 15 % dos adultos impondo limitações na qualidade de vida. A causa da incontinência é multifatorial e por vezes, não se consegue estabelecer a etiologia da disfunção, sendo necessários métodos diagnósticos complementares. A manometria anorretal é o exame mais largamente utilizado e permite a mensuração de pressões de repouso e contração, assim como o tamanho do canal funcional, capacidade, complacência e pesquisa do reflexo inibitório retoanal. **Objetivo:** pesquisar a correlação entre achados pressóricos manométricos e a sintomatologia de incontinência fecal quanto ao seu grau de intensidade. **Método:** estudo retrospectivo em pacientes portadores de incontinência fecal submetidos a manometria anorretal no período de julho de 2005 a fevereiro de 2009. A incontinência fecal foi classificada de acordo com o cleveland clinic incontinence score. Foram analisadas idade, sexo, presença de cirurgia abdominal ou anorreto-perineal prévias, antecedentes obstétricos e os achados manométricos de pressão de repouso e contração, capacidade, sensibilidade, tamanho do canal anal funcional e presença

do reflexo inibitório retoanal. A análise estatística foi realizada segundo os testes de qui-quadrado, comparação de médias anova one way e correlação de pearson-spearman com valores significantes de $p < 0,05$. **Resultados:** 92 pacientes dos quais 23 do sexo masculino e 69 do feminino. 17,4% foram submetidos a cirurgias anorreto-perineais e 7,6% a cirurgias abdominais com anastomoses colorretais baixas. Segundo a classificação cleveland clinic incontinence score, 29,3 % apresentavam incontinência leve, 65,2% moderada e 5,2% grave. Houve correlação entre a intensidade da sintomatologia de incontinência com a diminuição das pressões de repouso ($p = 0,001$). Entretanto não identificamos tal correlação com as pressões de contração ($p = 0,482$). **Conclusão:** o aumento da intensidade da sintomatologia de incontinência fecal está relacionado a diminuição progressiva das pressões de repouso. O mesmo não foi constatado com as pressões de contração na amostra estudada.

TL102 - COLECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO DA INÉRCIA COLÔNICA

MATTOS, BMR, ROCHA, JJR, FÉRES, O, MARQUES, GS, RIGHETTI, AEM, JACOMINI, C, ALMEIDA, ALNR, MOREIRA, TC

1. FMRP-USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Introdução: a colectomia total por via abdominal com anastomose íleo-retal é o procedimento de escolha para os pacientes com o diagnóstico definido de inércia colônica, refratário a tratamentos convencionais conservadores. O objetivo do estudo foi analisar os resultados da colectomia total em pacientes com constipação intestinal crônica por inércia colônica, operados no hospital são paulo e no hospital das clínicas da faculdade de medicina de ribeirão preto durante o período de 2004 a 2009. **Casística e métodos:** foram analisados os prontuários médicos de 27 pacientes do sexo feminino, com idade média de 50 anos (24 – 76). As principais queixas foram desconforto e distensão abdominal, dificuldade para evacuar e esforço no ato evacuatório. O intervalo médio entre as evacuações foi de 10,5 dias. Todas as pacientes apresentavam sintomas há mais de 10 anos e referiam uso crônico de laxantes e enemas. Cerca de 73% apresentavam fezes ressecadas, endurecidas ou em cíbalos, 64% haviam sido hysterectomizadas. O enema opaco foi realizado em 84% dos casos, a alteração radiográfica mais relevante foi a redundância do reto sigmóide e o cólon alongado, a doença diverticular esteve presente em 54% dos exames. O tempo de trânsito colônico foi solicitado para 63% (17) pacientes, em todos o achado foi compatível com inércia colônica. Os procedimentos cirúrgicos foram a colectomia com anastomose íleo-retal ou íleo-sigmóide em 92% das operações e ascendente reto anastomose em dois casos (8%). **Resultados:** a avaliação quanto à satisfação dos pacientes com o resultado da operação demonstrou que 14% muito satisfeito, 81% satisfeito, 4% (uma paciente) insatisfeita, pois precisou reutilizar laxantes ocasionalmente. As complicações pós operatórias relevantes ficaram por conta das reoperações em 8 casos (20%), sendo 3 (11%) por lise de aderências, 1 (3,7%) por hemoperitônio causado por soltura de ligadura vascular, 1 por diverticulite de meckel no 2º pós operatório e 1 por hérnia incisional. Ao exame anátomo patológico, em 60% dos casos foi observado diminuição neuronal e dilatação colônica. **Conclusão:** neste estudo, dentro do tempo de seguimento médio de 3 anos e 7 meses houve alto índice de satisfação com hábitos intestinais muito favoráveis. A taxa de obstrução intestinal pós operatória de 11% é aceitável. Com base nesses resultados concluiu-se que a colectomia total deve ser recomendada para pacientes com o diagnóstico definido de inércia colônica.

TL103 - SISTEMA COMPUTACIONAL PARA AUXILIAR NO ESTUDO DA INCONTINÊNCIA FECAL POR MEIO DA ANÁLISE DE DADOS DE EXAMES DE MANOMETRIA ANORRETAL
FERRERO, C. A.1, MALETZKE, A. G.1, LEE, H. D.1, MACHADO, R. B.1, COY, C. S. R.2, FAGUNDES, J. J.2, WU, F. C.1

1. LABI/UNIOESTE, Laboratório de Bioinformática/UNIOESTE.2. SC/FCM/UNICAMP, Serviço de Coloproctologia/FCM/UNICAMP

Introdução: a manometria anorretal (ma) é um dos exames mais utilizados no diagnóstico e no acompanhamento da incontinência fecal (if). Essa afecção é caracterizada pela perda do controle dos mecanismos fisiológicos de evacuação e contribui para o afastamento do convívio social de um indivíduo, repercutindo diretamente nas suas condições psicológicas e econômicas. Desse modo, torna-se importante o estudo de parâmetros, auxiliado por ferramentas computacionais, que possam expressar de modo mais completo a biomecânica dos componentes fisiológicos envolvidos na manutenção da continência fecal. Objetivos: apresentar um sistema computacional baseado na linguagem r (lr) para análise de dados de exames de ma, incluindo métodos de inteligência computacional (ic), no intuito de auxiliar no estudo e diagnóstico do distúrbio if. Métodos: o sistema proposto está sendo desenvolvido na lr, a qual consiste em uma linguagem de código livre (open source) que contém uma ampla quantidade de funções estatísticas, matemáticas e computacionais, e possibilita a construção de novas funções, para dar auxílio na análise mais completa de dados de ma. Esse sistema é constituído de quatro módulos: m1 para inserção de exames e preparação dos dados no formato adequado para análise e posterior delineamento de gráficos pressão vs. Tempo do exame, com o intuito de realizar análises preliminares; m2 para determinação de parâmetros que expressem a capacidade real da função esfinteriana anal, como a pressão máxima de contração e a capacidade de sustentação da contração voluntária e de novos parâmetros, como a energia total acumulada no trabalho do esfíncter anal; m3 para análise inteligente de dados por meio da construção de modelos e identificação de padrões utilizando métodos de ic; m4 para realização e visualização, de modo seguro, de experimentos científicos pela web, possibilitando a colaboração entre pesquisadores das instituições parceiras. Resultados: os módulos m1 e m2 do sistema computacional foram desenvolvidos e testados por meio de estudo preliminar desenvolvido por especialistas do domínio. Os módulos m3 e m4 estão em fase de desenvolvimento e teste em dados artificiais. Conclusão: o sistema computacional irá auxiliar no estudo do distúrbio if e na identificação de padrões nos dados, por meio de métodos de ic, que permitam diferenciar graus de if e, desse modo, apoiar no processo de tomada de decisão associado ao diagnóstico e ao acompanhamento de pacientes com esse distúrbio. Trabalho apoiado pelo CNPq.

TL104 - INJEÇÃO DE SILICONE PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL. RESULTADOS À LONGO PRAZO
LUCIA DE OLIVEIRA

1. PGRJ, Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Objetivo: Avaliar os resultados a longo prazo da injeção de silicone para o tratamento da incontinência anal. Métodos: Pacientes incontinentes foram submetidos à manometria e ultra-sonografia anorretal, índice de incontinência (II) e instrumento de qualidade de vida (FIQL), antes e após injeção de silicone (PTQ) sob anestesia local e antibioticoterapia venosa. Os critérios de inclusão foram: incontinência anal, lesão isolada ou múltipla do músculo esfíncter interno do ânus, associada ou não à lesão isolada, em um quadrante, do músculo esfíncter externo do ânus. O instrumento FIQL utilizado inclui quatro domínios: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimen-

to. Os parâmetros da manometria foram: pressão média de repouso (PMR), pressão média (PMCV) e máxima (PmaxCV) de contração voluntária, zona de alta pressão (ZAP) e índice de assimetria (IA). Após três meses de tratamento, os pacientes foram reavaliados através do II, FIQL, manometria e ultra-sonografia anorretal. Após 1 ano e 4 anos os pacientes foram novamente avaliados clinicamente. Resultados: Entre outubro de 2003 e março de 2008, 32 pacientes, 27 mulheres e cinco homens foram submetidos a injeção de silicone para o tratamento da incontinência anal. As complicações observadas incluíram dois hematomas (6,2%), um abscesso anal (3,2%), dor anal em dois pacientes (6,2%) e dificuldade evacuatória em um paciente (3,2%). Notou-se uma melhora do índice médio de incontinência ($p < 0,001$) assim como uma melhora de todos os domínios estudados no instrumento FIQL ($p < 0,0001$) em todos os pacientes nos primeiros 4 meses. O seguimento dos pacientes à longo prazo demonstrou bons resultados em 22 pacientes (69%). Dois pacientes faleceram por doenças não relacionadas à incontinência. Não observamos extrusão do material em nenhum dos casos. A manometria não demonstrou alterações significativas nas pressões de repouso e contração, porém notamos um significativo aumento da ZAP e IA nos pacientes que apresentaram melhora clínica com a injeção do silicone. A ultrassonografia de canal anal confirmou a presença do silicone nos sítios de injeção em todos os pacientes. Conclusão: Em casos selecionados, a injeção de silicone para o tratamento da incontinência é um método seguro e proporciona uma melhora importante da qualidade de vida, mesmo à longo prazo.

TL105 - RESULTADOS DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL ATRAVÉS DA TÉCNICA DE BIOFEEDBACK

LUCIA DE OLIVEIRA

1. PGRJ, Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Objetivo: avaliar os resultados do tratamento da incontinência anal através da técnica de Biofeedback. Métodos: Todos os pacientes foram submetidos previamente a avaliação clínica (índice de incontinência e instrumento de qualidade de vida) e fisiológica (manometria e/ou ultrassonografia). Pacientes com incontinência leve a moderada com ausência de lesões esfinterianas graves (defeito > 90 Graus) foram encaminhados para Biofeedback anal. As sessões tem duração de 40 minutos e constituem exercícios de reabilitação, biofeedback propriamente dito e eletroestimulação anal e sacral. As sessões são realizadas semanalmente por um período médio de 5-10 semanas. Após o término das sessões, os pacientes são submetidos a nova avaliação clínica através dos questionários de incontinência e qualidade de vida. Resultados: 210 pacientes incontinentes foram submetidos à técnica do Biofeedback anal com supervisão semanal durante uma média de 5 semanas, sendo a maioria do sexo feminino. Não foram observadas complicações. A melhora clínica ocorreu em 90% dos pacientes tratados, principalmente nos que realizaram um total de 10 sessões: nota-se uma mudança significativa do índice de incontinência e do instrumento de qualidade de vida ($p < 0,05$). Conclusão: Em casos selecionados, a técnica de Biofeedback proporciona uma melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes incontinentes e deve ser a primeira opção adotada.

TL106 - SÍNDROME DE DEFECACIÓN OBSTRUIDA. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE LA TÉCNICA DE STARR (SATPLED TRANS ANAL RECTAL RESECTION)

ROSATO, G

1. HUA/CEMIC, Hospital Universitario Austral/Hospital Universitario CEMIC

Antecedentes: El síndrome defecación obstruida (SDO) es una compleja disfunción del piso pelviano en relación a la evacuación rectal. El rectocele anterior y la intususcepción recto anal son sus alteraciones anatómicas mas frecuentes. La técnica de STARR (Satpled Trans Anal Rectal Resection), implica la resección completa de la pared rectal (anterior y posterior) por via trans anal, mediante la utilizacion de dos suturadores circulares de 33mm. Objetivo: Evaluar los resultados de una técnica quirúrgica ,STARR, para el tratamiento del SDO. Lugar de aplicación o marco de referencia: Hospitales Universitarios / Provincial. Diseño: Prospectivo no randomizado Población: Pacientes del sexo femenino con un índice de SDO superior a 12 sobre 37 posibles. Promedio de edad 52,42 años (35 -72) . Método: Desde Julio del 2007 Junio de 2009 hemos implementado esta técnica en 43 pacientes. Se incluyen para el analisis 42 de los 43 pacientes que tienen 12 o mas semanas de post operatorio. Para evaluar el índice de defecación obstruida se utilizo un cuestionario (modificado del índice ODSSS de la Sociedad Italiana de Cirugía de Colon y Recto) en el pre y post operatorio . El seguimiento post operatorio fue de 13 meses promedio (3-22) . Resultados: El índice de SDO tuvo como promedio 19.2/37 (12/37-30/37) en el pre operatorio y de 1.88/37 (0/37-8/37) en el post operatorio (p<0.0001). Conclusiones: El tratamiento con la técnica de STARR es efectivo y seguro. Es factible realizar el tratamiento simultaneamente de otras disfunciones del piso pelviano como:enterocele, histerocele,cistocele,colpocele,etc.

TL107 - USO DO TAMPÃO ANAL DE POLIURETANO EXPANSÍVEL NA INCONTINÊNCIA ANAL: ESTUDO CLÍNICO, FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA

YUSUF, S.A.Y, PAULA, C.A.D, JORGE, J.M.N, KISS, R.K, NAHAS, S. C, CECCONELLO, I

1. HCFMUSP, Hosp Clínicas da Fac Med Univ São Paulo

Introdução: apesar do avanço no arsenal terapêutico da incontinência anal há casos que se mostram refratários a qualquer tipo de tratamento, condicionando o paciente ao uso de protetores de vestes, uma nova opção desenvolvida para essas situações é um tampão anal conhecido como peristeen®. Objetivo: avaliar a eficácia de um novo modelo de tampão anal na incontinência anal. Método: os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, incluindo o índice de incontinência (ii, cleveland clinic), avaliação da qualidade de vida (fiql, rockwood) foram incluídos no estudo pacientes com incontinência anal, sem lesão esfinteriana grave e com capacidade de entender o método de utilização do tampão. Foram excluídos pacientes com diarreia e doenças anorretais inflamatórias ou neoplásicas após o emprego do tampão, foram avaliados o índice de incontinência anal, o índice de qualidade de vida e o grau de satisfação do paciente (escala de likert, 0-10). Resultados: no período de setembro e outubro de 2007, trinta pacientes foram selecionados ao uso do peristeen. Nove (30%) pacientes apresentavam incontinência idiopática e vinte e um (70%) apresentaram etiologia traumática (defeito esfinteriano). Observou-se melhora em graus variáveis na da perda fecal em 19 (63%) pacientes. O índice de incontinência total reduziu de 14,3±2,8 para 7,6± 1,5 após uso de peristeen® e para 11,7±1,5 após tratamento conservador os valores pré e pós tratamento do índice de qualidade de vida foram: estilo social 2,4±1,1 e 2,9±1,1, constrangimento 2,0±0,8 e 2,7±1,1, comportamento 2,1± 0,7 e 3,0 ± 1,2 e depressão 1,4 ± 0,4 e 2,5±1,0. O índice de qualidade de vida esteve melhor após o tratamento em 21 (70%) pacientes, e não se alterou, 9 (30%). Entre esses 2 (6,6%) abandonaram o estudo na terceira semana. Quanto ao grau de satisfação os valores médios encontrados (0 – 10) foram: Introdução, retirada e manuseio do tampão: 3,8; 2,1 e 3,4 respectivamente. A nota média atribuída pelo paciente ao tampão foi 6,1 e quanto à segurança

do método 7,3. Conclusão: o método mostrou-se eficaz no controle da incontinência anal em aproximadamente metade dos pacientes e com aceitação pela maioria. Apesar de seu alto custo o emprego do tampão anal peristeen® representa alternativa aos pacientes em que não houve resposta com outros métodos terapêuticos.

TL108 - RECONSTITUIÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL: ANÁLISE DE 94 CASOS(1999-2009)

MAGNO, J.C.C., MAGALHÃES, J.P., FIGUEIREDO, G.M.P., ALMEIDA, D.G., SOUZA, C.M., NUNES. C.M.L.S., GONÇALVES, J.C.N., SILVA, S.C.

1. HEGV-RJ, Hospital Estadual Getúlio Vargas

Durante o período compreendido entre março de 1999 a junho de 2009 foram submetidos à reconstituição de trânsito 94 pacientes, sendo 52 (55%) estomas em alça, 28 (29%) com estomas terminais e 14 (16%) estomas em dupla boca ou terminais + fístula mucosa. A indicação predominante foi o trauma (46%), seguida da diverticulite e neoplasias o enema opaco foi realizado na maioria dos pacientes, associando-se a colonoscopia nos casos onde o enema opaco não foi conclusivo. O preparo mecânico só deixou de ser realizado em 3 pacientes que foram submetidos à reconstituição do trânsito de urgência em razão de prolapso encarcerado de colostomia em alça(2) e dupla boca (1). O tempo médio de cirurgia foi de uma hora e 50 minutos variando de 40 minutos até seis horas em um paciente portador de uma colostomia terminal e quatro cirurgias prévias. Na avaliação radiológica pré-operatória identificamos dois casos de colite por desfuncionalização com redução significativa da luz do intestino que determinaram alteração do planejamento cirúrgico. Em dois casos de anastomose colo-retal baixa, foi feita ileostomia de proteção e esses pacientes evoluíram sem intercorrências. O acesso cirúrgico, na grande maioria dos casos, foi por intermédio de incisões elípticas periestomais nas colostomias em alça e por incisão oblíqua trans-estomal nas colostomias terminais. As laparotomias medianas foram indicadas nos obesos e nos pacientes com coto retal de tamanho reduzido. A maioria das reconstituições de estomas terminais foi efetuada por anastomose mecânica, enquanto os estomas em alça foram reconstituídos manualmente a principal complicação foi a infecção da ferida operatória em 9 casos (9,5%). Fístula estercoral ocorreu em 5 casos (5,3%), e em dois casos (2%) - um estoma em alça e um estoma terminal - houve deiscência de anastomose que necessitou de reoperação com nova derivação intestinal. Concluímos que a reconstituição do trânsito intestinal representa um procedimento cirúrgico algumas vezes bastante complexo, especialmente nos obesos e nos pacientes com múltiplas cirurgias prévias sendo que a possibilidade de uma nova derivação deve sempre ser discutida com os pacientes com estomas terminais.

TL109 - ABSCESSO PELVI-RETAL

MAGNO, J.C.C., SILVA, L.F.R., FIGUEIREDO, G.M.P., MAGALHÃES, J.P., NUNES, C.L.S, SOUZA, C.M., DELFINO, A.B.M., ALMEIDA, D.G.

1. HEGV, Hospital Estadual Getúlio Vargas

Os abscessos pélvicos em coloproctologia são normalmente devidos às complicações das anastomoses colo-retais, sendo sua abordagem bem definida pela experiência dos serviços de coloproctologia. Entretanto, a literatura especializada exhibe descrições de casos esporádicos de complicações sépticas graves, até mesmo com evolução para o óbito, de celulite pélvica após liga-dura elástica de hemorroidas ou de hemorroidectomia, havendo relato, inclusive, de um caso com evolu-

ção para amputação abdomino-perineal do reto após hemorroidectomia (dis colon & rectum 2004; 47:1729-1733) e incidência de sepsis pélvica como complicação de anopexia mecânica com o pph. Nos últimos dez anos enfrentamos duas situações peculiares de sepsis pélvica. O primeiro caso foi de paciente que introduziu um cabo de vassoura pelo ânus e teve diagnosticado, durante laparotomia realizada pelo serviço de emergência, uma lesão de sigmóide que foi exteriorizada. Durante o po evoluiu com sepsis pélvica decorrente de duas lesões de reto que passaram despercebidas na abordagem inicial, evoluindo para o óbito a despeito de rein-tervenções que culminaram com a amputação abdominoperineal do reto. O segundo paciente deu entrada com abscesso ísquio-retal relacionado com trauma pelo uso de pomada proctológica com aplicador de plástico e que foi drenado após três dias de permanência no setor de emergência. Evoluiu na enfermaria com sepsis pélvica, mimetizando abdome agudo. A tc exibiu gás e coleção em região pélvica. Durante a laparotomia realizamos a drenagem pélvica e foi indicada a peritoneostomia, tanto pela possibilidade de síndrome de compartimento pela distensão acentuada das alças quanto pelo melhor controle da drenagem pélvica, com cinco reoperações para resolução do quadro infeccioso. Nenhum dos pacientes era hiv +. Concluímos que tanto o diagnóstico quanto o momento cirúrgico demandam investigação exaustiva e planejamento cuidadoso para minimizar a morbidade pós-operatória, especialmente pelo fato da baixa incidência de casos similares descritos na literatura, sendo a discussão conjunta das experiências dos diversos serviços uma contribuição decisiva para a adoção de uma linha de ação bem fundamentada.

TL110 - FLEGMÃO URINOSO-FECAL COMO FATOR DESENCADEANTE DA SÍNDROME DE FOURNIER

MAGNO, J.C.C., MAGALHÃES, J.P., FIGUEIREDO, G.M.P., SILVA, L.F.H., GONÇALVES, J.C.N., SILVA, S.C., ALMEIDA, D.G., SOUZA, C.M.

1. HEGV, Hospital Estadual Getúlio Vargas

No período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2009, tratamos de 23 pacientes com síndrome de fourmier, sendo dezoito do sexo masculino. A fascite teve origem ano-retal em dezesseis casos (70%), urogenital em cinco (22%), perineal em um e não identificada em um. Um dos casos de origem urogenital foi em paciente portador de fístula colo-vesical que evoluiu com flegmão urinoso-fecal em razão de lesão da uretra bulbar decorrente da insuflação inadequada do balão de sonda three-way naquele segmento uretral. Em razão de múltiplas comorbidades o paciente evoluiu para o óbito a despeito do amplo desbridamento, cuidados de terapia intensiva e revisão cirúrgica quando da progressão da fascite. Dentro de nossa casuística a diabetes foi a comorbidade mais freqüente (61%) seguida do alcoolismo e uso de drogas ilícitas (22%). A exemplo do caso em tela, os pacientes que evoluíram para o óbito foram os que tiveram o maior hiato de tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento apropriado. Realizamos derivação intestinal em quinze pacientes (65%) e esse procedimento foi indicado nos casos com significativo comprometimento esfinteriano, lesões de reto e fístula colo-vesical. A taxa de mortalidade foi de 35% e a média de permanência hospitalar foi de 51,6 dias. Concluímos que é de suma importância uma abordagem precoce e agressiva nos casos de fascite necrotizante e que a perda do momento cirúrgico pode representar o aumento significativo da mortalidade que costuma ser bastante elevada nesse tipo de patologia.

TL111 - TRATAMENTO CIRÚRGICO CONCOMITANTE DO MEGAESÔFAGO E MEGACÓLON CHAGÁSICOS - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

FAGUNDES, JJ, OLIVEIRA, PSP, CAMARGO, MA, LEAL, RF, AYRIZONO, MLS, ANDREOLLO, NA, LOPES, LR, COY, CSR
1. UNICAMP, FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA UN ES-TADUAL DE CAMPINAS

Introdução: o acometimento simultâneo do esôfago e cólon pela doença de chagas é frequente em nosso meio e o tratamento cirúrgico concomitante dessa afecções pode ser uma forma de resolução dos sintomas. Objetivos: relatar a experiência do grupo de coloproctologia - unicamp com o tratamento concomitante do megaesôfago e megacólon chagásicos. Métodos: análise retrospectiva dos pacientes submetidos a este procedimento no hc-unicamp entre janeiro de 1993 e abril de 2008. Resultados: foram operados 16 doentes (8 mulheres e 8 homens), com média de idade de 54,1 (37 – 69)anos. Três eram tabagistas, 5 hipertensos, 1 etilista e com antecedente de tuberculose e outro apresentava pneumonia de repetição. Seis (37,5%) pacientes tinham cirurgia prévia, 4 para megacólon e 2 para megaesôfago. A técnica cirúrgica empregada para o tratamento do megaesôfago foi heller associada a funduplicatura a pinotti em 15 (93,7%) e nova cardiomiectomia nos casos de recidiva (6,3%). Para o tratamento do megacólon, 9 (56,2%) foram submetidos a duhamel com anastomose mecânica, 6 (37,5%) a duhamel- haddad e 1 (6,3%) a duhamel com abaixamento do cólon direito. O tempo cirúrgico médio foi de 6h e 30 min, sendo 2 cirurgias realizadas por via laparoscópica e as únicas complicações intra-operatórias ocorreram nestas (lesão inadvertida do reto com conversão a laparotomia e lesão do ureter direito não diagnosticada no intra-operatório). As complicações pós-operatórias imediatas foram pneumonia e fístula urinária (tratada com cateter duplo “j”) em 1 doente, abscesso pélvico em 1 e abdome agudo obstrutivo decorrente de bridas em outro. A mortalidade foi nula e os pacientes receberam alta em média no 9º. Po. Nove (56,2%) doentes mantem acompanhamento ambulatorial (1 com estenose completa da anastomose, submetido a derivação em outro serviço, 2 com disfagia para sólidos e os demais assintomáticos). Conclusão: o tratamento cirúrgico concomitante do megaesôfago e megacólon chagásicos é factível e apresenta resultados satisfatórios.

TL112 - PREDIZENDO INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS INTRA-ABDOMINAIS COM UM NOMOGRAMA

CAMPOS-LOBATO, L.F.1, WELLS B1, WICK,E.2, PRONTY K1, KIRAN PR1, REMZI FH1, VOGEL, J.D.1

1. CCF, Cleveland Clinic - Ohio2. JHU, Johns Hopkins University

PREDIZENDO INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS INTRA-ABDOMINAIS COM UM NOMOGRAMA Campos-Lobato LF, Wells B, Wick EC, Pronty K, Kiran RP, Remzi F e Vogel JD Department of Colorectal Surgery – Cleveland Clinic – Cleveland/OH – USA Introdução: Infecções intra-abdominais figuram entre as mais temidas complicações pós-operatórias em coloproctologia. Além do mais, causam alta morbimortalidade e aumentam o custo hospitalar. Deste modo, a identificação correta e precisa dos pacientes predispostos a tal complicação é de suma importância. Objetivo: Criar um nomograma capaz de estimar o risco de infecções intra-abdominais pós-operatórias em pacientes submetidos à ressecções do intestino delgado, cólon ou reto. Métodos: A base de dados nacional do American College of Surgeons – National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) foi utilizada para identificar pacientes submetidos a ressecções do intestino delgado, cólon ou reto nos anos de 2006 e 2007. As seguintes variáveis dos pacientes operados em 2006 (N=12.373) foram utilizadas para construir o nomograma: idade, gênero, índice de massa corporal, índice de sociedade americana de anestesia, tabagismo, diabetes, uso de esteroides, radioterapia ou cirurgia abdominal nos

últimos 30 dias, creatinina e albumina pré-operatórias, técnica cirúrgica (laparoscópica vs. convencional), classificação da ferida, transfusão perioperatória e segmento intestinal ressecado. Foram excluídos pacientes em ventilação mecânica, diálise, sépticos e aqueles que, ao serem reoperados, já apresentavam infecção de ferida. O nomograma foi então aplicado e validado nos pacientes operados em 2007 (N=7,802). Resultado: Após ser validado em uma população diferente, o nomograma atingiu um índice de concordância de 0,65 e foi utilizado para criar um estimador de risco on-line de acesso gratuito: www.clinicriskcalculators.org. Conclusões: Este inovador e validado nomograma é útil para estimar o risco de infecções intra-abdominais pós-operatórias nos pacientes submetidos à ressecções do intestino delgado, cólon ou reto. Além disso, seu uso é simplificado pelo estimador de risco online. Identificação e consequente modificação dos fatores de risco são outros usos potenciais deste nomograma.

TL113 - ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ENTIDADES COLOPROCTOLÓGICAS NOS PACIENTES IDOSOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MARTINS, J.F., ROCHA, J.G., SARTOR, M.C., STECKERT, J.S., STECKERT, A.S., MIRANDA, E.F., GUIMARÃES, P.R., KOTZE, P.R.

1. SeCoHUC - PUCPR, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: projeções mostram que em 2020, os idosos constituirão cerca de 13% da população brasileira. Esta transformação não é apenas demográfica, mas também epidemiológica. Há real necessidade de maior compreensão da prevalência de determinadas doenças na faixa etária geriátrica. Objetivo: avaliar queixas e diagnósticos em coloproctologia mais prevalentes na população acima de 60 anos, comparando-os com os de idade inferior. Avaliar o número de idosos encaminhados a procedimentos cirúrgicos, suas comorbidades e analisar as complicações cirúrgicas, comparando-as ao grupo controle. Método: revisão de prontuários do ambulatório de coloproctologia do hospital universitário cajuru. Pacientes foram divididos em dois grupos: maiores de 60 anos de idade (idosos grupo I) e menores de 60 anos (controles grupo II). Os achados foram comparados entre os grupos. Resultados: foram incluídos 1126 pacientes, 19,36% com mais de 60 anos. O número médio de queixas no grupo I foi de 1,21. As queixas mais frequentes nos idosos, com significância estatística foram: dor abdominal, constipação, diarreia e sangue oculto positivo. As doenças mais frequentes no grupo I foram: doença diverticular em dois cólons, pólipos colônicos e câncer colorretal. No grupo I 58,36% apresentavam alguma comorbidade. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação às indicações cirúrgicas ou em relação às complicações pós-operatórias. Conclusões: os pacientes idosos apresentaram maior número médio de doenças diagnosticadas do que o grupo controle. Apresentaram também maior número de queixas colônicas e comorbidades associadas. Não houve diferença entre os dois grupos em relação às indicações cirúrgicas e às complicações pós-operatórias.

TL114 - HÉRNIA SACRAL – RELATO DE CASO

MIRANDA, E.F., KOTZE, P.G., MARTINS, J.F., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D.

1. HUC PUC/PR, Hospital Cajuru- PUC/PR

Introdução: pacientes com coccigodinia frequentemente consultam com vários especialistas: ortopedistas, ginecologistas, neurologistas e coloproctologistas. Coccigodinia orgânica resulta de uma rigidez da

articulação sacro-coccígea. O tratamento de escolha é o conservador, e, se após seis meses não apresentar melhora, a cirurgia está indicada. Dentre as complicações citadas, a hérnia sacral é uma delas. Mas trata-se de uma apresentação rara, encontrada somente em alguns poucos relatos na literatura mundial. Objetivo: relatar a correção cirúrgica de uma hérnia sacral após sacrectomia. Relato de caso: ngl, feminina, 48 anos. Iniciou há 4 anos dor na região sacro-coccígea, e foi submetida a dois procedimentos ortopédicos cirúrgicos para dor crônica em outro serviço: cocciectomia e sacrectomia. Após o último procedimento relatado, evoluiu com aumento de volume de volume local. Também em outro serviço, submeteu-se a uma punção local com drenagem de secreção fecalóide. Foi encaminhada então para o serviço de coloproctologia, que, após avaliação, diagnosticou-se uma hérnia sacral. Realizada, então, tomografia computadorizada (tc) de pelve que evidenciou densificação da gordura perirretal e prolapamento da parede retal posterior na região pré-sacral. Confeccionada a correção cirúrgica da hérnia sacral com utilização de tela de pte, ressecção do fragmento isquêmico da pele e correção do defeito com retalho cutâneo v-y. Conclusão: herniação do reto através da região pré-sacral ocorre incomumente. O diagnóstico é sugerido pela clínica do paciente, que apresenta aumento de volume local, e às vezes constipação. É confirmado por exames de imagem como a tc ou enema opaco. Como demonstrado, o defeito herniário pode ser corrigido com auxílio de telas com sucesso.

TL115 - RESULTADOS DO REPARO PRIMÁRIO DA DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA COM DERIVAÇÃO PROXIMAL

NARITA K, BASHANKAEV B, SILVA E, PINTO RA, CANEDO JA, ROSEN L, WEISS EG, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a deiscência de anastomose é uma das complicações da cirurgia colorretal mais associadas a significantes índices de morbidade e mortalidade. Sua abordagem precoce ainda é motivo de debate entre os cirurgiões. Objetivo: avaliar o reparo primário de deiscência anastomótica com derivação proximal comparado ao procedimento de hartmann. Métodos: estudo retrospectivo dos dados prospectivamente armazenados. Selecionados pacientes que foram submetidos à reoperação, por deiscência anastomótica, dentro do período de 30 dias de pós operatório, entre 2001 e 2008. Os pacientes foram classificados de acordo com o procedimento em grupo i (reparo primário com derivação proximal) e grupo ii (cirurgia de hartmann). Outros tipos de abordagens como ressecção/re-confeção da anastomose ou apenas derivação proximal, foram excluídas. Resultados: trinta e dois dos 3351 pacientes que foram submetidos à cirurgia colorretal com anastomose foram reoperados por deiscência anastomótica (0.95%). Dez pacientes foram excluídos pelos critérios supracitados. Os 22 pacientes restantes foram divididos em gi e gii. Idade, gênero, imc, asa, tabagismo, diabetes, uso de imunossuppressores/esteróides foram comparados em ambos os grupos. As principais indicações cirúrgicas foram doença inflamatória intestinal, neoplasia e outras. Deiscência anastomótica ocorreu após entero-enteroanastomose, (2 vs. 1), ileo-cólon anastomose, (5 vs. 7), ileo-retos anastomose, (3 vs. 1) e cólon-retos anastomose, (1 vs. 2), em gi e gii, respectivamente. No período referente à reoperação, o score asa foi maior no gii (média 2,5 vs. 3,4; p=0,02), porém, durante a cirurgia a perda sanguínea e o tempo de internação não foram significativamente diferentes. Não houve diferença estatística em relação a complicação após a reoperação nos dois grupos. Houve um caso de óbito no gii. Sete pacientes do gi e 5 pacientes do gii tiveram seus estomas revertidos, sendo o intervalo de tempo menor no gi (133,1 vs. 233,3 dias; p=0,03). Ao fechamento do

estoma, o gi apresentou menor perda sanguínea (média 42 vs. 233 ml; p=0,05). Não houve diferença estatisticamente significativa, entre ambos os grupos, relativa ao tempo de cirurgia ou ao tempo de internação hospitalar. Conclusão: o reparo primário da deiscência anastomótica com derivação proximal foi factível e seguro quando comparado com a, mais tradicional, cirurgia de harmann.

TL116 - LOCALIZAÇÃO ATÍPICA DE ENDOMETRIOSE DO TRATO GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

BASSO, M.P., LIMA, R.G.M., CHRISTIANO, A.B., LUPORINI, R.L., SIPRIANI JR, L.V., MARCIANO, M.R., CUNRATH, G.S., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade De Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: endometriose é caracterizada pelo desenvolvimento de tecido endometrial funcionante fora da cavidade uterina, acometendo cerca de 8% a 15% das mulheres, sendo o envolvimento gastrointestinal observado em 12% a 37% dos casos. O acometimento do apêndice cecal é um dos menos comuns do trato gastrointestinal. Objetivo: apresentar o caso de uma paciente com dor crônica abdominal causada por endometriose de apêndice e revisar literatura. Métodos: revisão de informações sobre o caso em questão com adição e comparação de informações de trabalhos publicados. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 44 anos, mãe de 5 filhos, apresentando dor abdominal localizada em fossa ilíaca direita há 2 anos. Realizada investigação diagnóstica através de ultrassonografia, ressonância nuclear magnética, colonoscopia e marcadores tumorais. Dado o diagnóstico, foi então submetida a colectomia direita associada a salpingo-ooforectomia ipsilateral por uma massa de aproximadamente 4 cm de diâmetro em ceco, acometendo apêndice cecal e ovário direito. Discussão: a sintomatologia da endometriose intestinal é variada, dependendo da localização acometida. Quando o tecido ectópico está localizado no ceco e apêndice cecal, as pacientes podem se dividir em quatro grupos: pacientes apresentando apendicite aguda, pacientes com invaginação apendicular, pacientes com sintomas atípicos como cólica, náuseas e melena, e pacientes assintomáticas. A investigação diagnóstica pode ser feita com a realização de exames de imagem e geralmente apresenta o marcador tumoral ca 125 em níveis elevados, porém o diagnóstico definitivo é feito com estudo anatomo patológico da peça. O tratamento é feito com hormonioterapia ou ressecção cirúrgica do tecido endometrial ectópico.

TL117 - ATUALIZAÇÃO DA CASUÍSTICA DE ULTRASSONOGRÁFIA ANORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL

SILVA, AAM, CUNHA, PDP, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço De Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: a ultrassonografia de reto e canal anal vem sendo gradativamente mais utilizada para a avaliação de patologias anorretais, tendo suas principais aplicações no estadiamento de neoplasias de reto e canal anal, com impacto na decisão terapêutica, na avaliação de lesões esfinterianas e no diagnóstico de alterações supurativas. Objetivo: apresentar a atualização da casuística de ultrassonografia anorretal do serviço de coloproctologia do hospital são rafael. Método: foram analisadas retrospectivamente todas as ultrassonografias de reto e canal anal realizadas de fevereiro de 2007 até maio de 2009. Utilizou-se aparelho merlin 1101 (b-k medical) com transdutor endoanal

de 10 mhz. Resultados: no período acima descrito obteve-se um total de 254 exames entre usg de canal anal e retal. Houve uma discreta predominância de mulheres em relação a homens, correspondendo a 56,7% e 43,3% respectivamente. A idade variou de 17 a 88 anos, com uma média de 51 anos. Em relação ao diagnóstico observou-se 26,75% (69) fístulas perianais, 25,58% (66) lesões esfinterianas, 11,63% (31) tumorações de reto, 7,36% (19) coleções, 7,36% (19) espessamentos de tecido subepitelial, 2,33% (5) tumorações de canal anal, 0,78% (2) tumorações retrorretais, 5,04% (13) outros diagnósticos e 13,17% (34) exames normais. Em relação ao estadiamento neoplásico, no canal anal todas as lesões foram ut2n0; e no reto obtivemos predominância de ut3n0 (40%). Nas lesões esfinterianas observou-se 45,2% (30) de lesões esfinterianas mistas, 33,9% (22) de lesões de esfínter interno e 20,9% (14) de lesões de esfínter externo. Conclusão: cada vez mais temos utilizado a ultrassonografia anorretal na avaliação de diversas patologias coloproctológicas com boa aplicação nas medidas terapêuticas, principalmente na avaliação das fístulas e neoplasias de reto e canal anal.

TL118 - ADENOCARCINOMA DA BOLSA DE KOCK NA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE UM CASO

YAMAGUCHI, N., YAMAGUCHI, G.S.A., BORBOREMA, J.F.V, GOMES, J.W.F., OBA, V.S., VILARINHO, E.B.

1. HSPE - SP, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

O adenocarcinoma de íleo é raro mesmo em paciente com polipose adenomatosa familiar. Apesar disso, houve um aumento nos relatos de adenocarcinoma de íleo nestes pacientes. Estes relatos são na maioria de câncer na mucosa ileal de reservatórios pélvicos, ileostomias terminais à brooke e bolsa de kock. Em função da raridade dos casos e dos aumentos recentes das publicações sobre câncer de íleo em pacientes com polipose adenomatosa familiar, este estudo tem por objetivo relatar um caso de adenocarcinoma na mucosa ileal da bolsa de kock em uma paciente com polipose adenomatosa familiar submetida a proctocolectomia total com bolsa de kock há trinta e seis anos. A apresentação clínica da paciente foi de sangramento pela ileostomia associado a alteração da mucosa evertida da ileostomia. Após a biópsia foi constatado adenocarcinoma e a paciente submetida a ressecção da bolsa de kock em monobloco com pele, tecido celular subcutâneo e parte da aponeurose sendo, então, confeccionado uma ileostomia terminal a brooke. O anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante até a camada muscular sem comprometimento linfonodal. A paciente apresentou boa evolução pós operatória. Há poucas dezenas de casos relatados na literatura de língua inglesa de carcinoma na ileostomia de pacientes com polipose adenomatosa familiar. Acredita-se que o aumento recente deva-se por metaplasia colônica na mucosa ileal em função da estase fecal nesta área. O trabalho mostrou um caso raro de adenocarcinoma na bolsa de kock em paciente com polipose adenomatosa familiar trinta e seis anos após a proctocolectomia total com boa evolução pós operatória.

TL119 - TUMOR DESMÓIDE AGRESSIVO INTRA-ABDOMINAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GARDNER COM BOA RESPOSTA AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO – RELATO DE CASO

FIGUEIREDO PHM1, BONARDI MA1, VIANNA KCM2, CLOSS MCK1, CASTRO FJG1, AURICHIO, RAE1

1. ISCMC, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba 2. CIOC, Centro Integrado de Oncologia de Curitiba

Introdução: os tumores desmóides afetam cerca de 15 a 20% dos pacientes com polipose adenomatosa familiar. Não há até o momento uma terapia presumidamente eficaz no tratamento dos tumores desmóides intraabdominais quando irrissecáveis. Objetivo: descrever a história natural e conduta terapêutica no tratamento de tumor desmóide agressivo estágio iv em um paciente com síndrome de gardner. Método: paciente de 20 anos com múltiplos pólipos adenomatosos e osteomas de crânio, foi submetido a colectomia total profilática videolaparoscópica. Após cerca de 10 meses evoluiu com tumor desmóide intra-abdominal com crescimento rápido até 25cm de diâmetro. Submetido a ressecção cirúrgica porém após cerca de 30 dias o tumor cresceu rapidamente ao tamanho pré-operatório apesar da combinação de sulindac e tamoxifeno em altas doses. O paciente foi então encaminhado a quimioterapia sendo submetido a 9 ciclos de metotrexate e vimblastina sem resposta seguido então a terapia de segunda linha com dacarbazina e doxorubicina com regressão de mais de 50% do tumor após o 3 ciclo. Conclusão: doxorubicina e dacarbazina se apresenta como estratégia terapêutica promissora nos tumores desmóides intra-abdominais irrissecáveis estágio iv, que não respondem ao tratamento com hormônios (tamoxifeno) e anti-inflamatórios não hormonais (sulindac) em pacientes com polipose adenomatosa familiar.

TL120 - ANÁLISE DOS CASOS DE HÉRNIA PARAESTOMAL TRATADOS CIRURGICAMENTE NO HOSPITAL DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

FORMIGA, F.B., CREDIDIO, A.V., FANG, C.B., KLUG WA
1. SCMSP, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: o surgimento da hérnia paraestomal é uma condição que está diretamente relacionada à técnica de confecção do estoma. Cerca de 30% dos pacientes necessitarão de algum tipo de procedimento cirúrgico para sua correção e alívio dos sintomas. Objetivos: análise descritiva dos casos de pacientes portadores de hérnia paraestomal submetidos à correção cirúrgica com colocação de tela no hospital da santa casa de misericórdia de são paulo (scmsp). Métodos: análise retrospectiva dos pacientes tratados de forma cirúrgica com colocação de tela, no período de janeiro de 2007 a junho de 2008 na scmsp. Resultados: foram analisados 6 pacientes, sendo 1 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idade variando entre 56 e 80 anos (média 67,3) e todos eles com índice de massa corpórea (imc) igual ou superior a 25. Os tipos de estomas encontrados foram 4 sigmoidostomias terminais, 1 sigmoidostomia em alça e 1 indiana pouch, sendo que 3 casos estavam associados a prolapso de alça. O intervalo de tempo entre o procedimento cirúrgico inicial e o surgimento da hérnia variou de 7 meses a 6 anos, sendo que 2 pacientes já haviam sido previamente submetidos à cirurgia para correção de hérnia paraestomal, porém sem tela e apresentaram recidiva. Todas as estomias haviam sido confeccionadas através do músculo reto abdominal e todos os pacientes foram submetidos à mesma técnica cirúrgica para correção da hérnia, com colocação de tela de polipropileno, associando-se a ressecção segmentar de alça nos casos de prolapso. Como complicação pós-operatória observou-se apenas 2 casos de infecção de ferida operatória. Após a correção cirúrgica da hérnia, os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por um período que variou de 6 a 28 meses, constatando-se recidiva da hérnia em apenas 1 paciente, estando este no 4º mês de pós-operatório. Conclusão: a hernioplastia paraestomal com colocação de tela é uma boa opção terapêutica, apesar do grande receio dos cirurgiões quanto ao surgimento de infecção e complicações associadas, uma vez que se trata de procedimento cirúrgico contaminado.

TL121 - PERFIL DE PÓLIPOS CÓLICOS EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

RODRIGUES, LV1, REGADAS, FSP1, MURAD-REGADAS, SM1, RIBEIRO, FJC1, BUCHEN, GM1, SURIMÁ, WS1, NOGUEIRA, FR1, SILVEIRA, WM1

1. UFC, Universidade Federal do Ceará². CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: os pólipos classificam-se em neoplásicos (adenomas), hamartomatosos, inflamatórios ou hiperplásicos e quanto à forma, em sésseis ou pediculados. A polipectomia é mandatória possibilitando estudo histopatológico pois é reconhecida a associação de pólipos adenomatosos e câncer colorretal. Objetivos: demonstrar aspectos demográficos dos paciente submetidos à polipectomia endoscópica e as características dos pólipos. Métodos: foram avaliados retrospectivamente os relatórios de 254 pacientes submetidos à polipectomia endoscópica e analisados o tipo, tamanho e localização dos pólipos. Além disso, foram revisados os laudos histopatológicos. Resultados: dos 254 pacientes, foram realizadas 423 polipectomias endoscópicas. Desses, 61% eram do sexo masculino (média de idade 61 anos) e 39% do sexo feminino (média de idade 57 anos). Quanto à forma, 93% eram sésseis e 7% pediculados. Em 35%, os pólipos localizavam-se no reto, 14% no sigmóide, 3% no cólon transverso e 3% em transição reto-sigmóide. Os pólipos variaram de 1 mm a 50 mm (média 3,7 mm). Em relação ao tipo histológico, um total de 45% dos pólipos foram inflamatórios, 35% adenomas tubulares, 14% pólipos hiperplásicos, 3% adenomas tubulo-vilosos, 1% adenomas vilosos, 1% adenocarcinoma e 1% adenomas mistos. Conclusão: os pólipos foram mais frequentes no sexo masculino, e em pacientes acima de 50 anos. A localização mais comum foi no reto, sendo os pólipos inflamatórios e hiperplásicos os mais frequentes.

TL122 - TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA

LIORCI MP, POZZOBON BHZ, FONSECA MFM, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: hidradenite supurativa é uma doença crônica, recorrente que afeta as glândulas sudoríparas apócrina e mistas. Apesar de ter características benignas, quando extensa e recidivante, necessita de tratamento cirúrgico na maioria dos casos. Objetivo: avaliar o tratamento, evolução e recidiva da hidradenite supurativa em nosso serviço. Método: foram avaliados retrospectivamente, 27 paciente com hidradenite supurativa quanto ao sexo, idade, local de acometimento, técnica realizada, região acometida, número de internações, cirurgia plástica, recidiva, necessidade de colostomia e hábitos. Resultados: vinte e cinco (96,1%) pacientes eram do sexo masculino, com média etária de 48,6 anos. As localizações mais frequentes foram perineal (76,9%) e glútea (65,3%). O tratamento cirúrgico de escolha foi ressecção em bloco com fistulotomia e curetagem (46,1%). Do total, seis (23%) foram tratados com enxertia e três (11,5%) com retalho. A média de internações foi de duas por paciente. A recidiva foi de 23%. Nenhum caso necessitou de colostomia derivativa. Vinte e um (81,5%) pacientes eram tabagistas. Conclusão: a ressecção em bloco e fistulotomia de todas as lesões é adequada e apresenta níveis de recidiva aceitáveis.

TL123 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO ANTICORPO MONOCLONAL, INFLIXIMABE, NA CICATRIZAÇÃO DE ANASTOMOSES COLÔNICAS EM RATOS.

FREITAS, LAMI, OLIVEIRA, PG1, SOUSA, JB1, FERNANDES, LP1, BOCCA, AL1, LINO JÚNIOR, RS2, OLIVEIRA, FA2

1. FM-UnB, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. 2. IPTSP-UFG, Inst. de Patol. Tropical da Universidade Federal de Goiás

Introdução: a cicatrização das anastomoses do tubo digestivo depende de diversos fatores locais e sistêmicos que podem levar a deiscência das anastomoses. Dentre as drogas, as com atividades antiinflamatórias podem prejudicar a cicatrização das anastomoses, interferindo na etapa inflamatória do processo. **Objetivos:** avaliar os possíveis efeitos do infliximabe, um anticorpo monoclonal quimérico, com ação anti-tnf- α , no processo de cicatrização de anastomoses colônicas em ratos. **Métodos:** foram utilizados 60 ratos (*rattus norvegicus*), distribuídos aleatoriamente em dois grupos de 30. Ambos os grupos foram posteriormente randomizados em três subgrupos de 10 animais, de acordo com o dia pós-operatório (dpo) de eutanásia (3°, 7° ou 14°). No grupo de estudo (e), foi administrado infliximabe na dose de 5 mg/kg, via subcutânea, 48h antes da operação e no grupo controle (c) foi administrado solução de nacl 0,9%, volume equivalente. Os animais de ambos os grupos foram submetidos à secção do cólon e imediata anastomose término-terminal, reoperados no 3°, 7° e 14° dpo e ressecado um segmento colônico, contendo a anastomose e dividido longitudinalmente em dois. Um dos segmentos foi enviado para teste de resistência tênsil e outro para estudo histológico e de deposição do colágeno, após coloração com hematoxilina-eosina, tricrômico de masson e picro-sirius. A deposição do colágeno foi avaliada por digitalização de imagens e calculada através do software image j. O tnf- α sérico foi quantificado por elisa, utilizando-se um kit específico para ratos. A concentração tecidual do tnf- α foi avaliada por imunohistoquímica. **Resultados:** a resistência tênsil das anastomoses foi maior, estatisticamente significativa, no grupo estudo, no 14° dpo, enquanto não houve diferenças no 3° e 7° dias. Não houve diferenças entre os grupos na avaliação histológica bem como na histomorfométrica. Na avaliação do tnf- α sérico por elisa houve diferença significativa entre os subgrupos c3 e e3 (3° dpo) e entre o grupo de referência e c3. Não houve diferença no tnf- α tecidual avaliado por imunohistoquímica. O tgf- β tecidual foi maior no subgrupo e14 quando comparado com o subgrupo c14 (14° dpo). **Conclusões:** nas condições que foi realizado este estudo o infliximabe interferiu na fase inflamatória caracterizando-se por redução na concentração de colágeno e melhorou a resistência tênsil das anastomoses na fase de remodelação.

TL124 - ANÁLISE DOS EFEITOS DELETÉRIOS DA NICOTINA NA CICATRIZAÇÃO DAS ANASTOMOSES COLÔNICO-COLÔNICAS

GRECA, F.H, ZUCOLOTO, F.J, ESSER, D.M, CASTRO, F.J.G, NORONHA, L

1. PUC-PR, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: o tabagismo é uma doença crônica de difícil controle e erradicação com crescimento significativo nas últimas décadas. No que diz respeito à cirurgia, os efeitos deletérios da exposição à nicotina constituem um grande problema, com possível comprometimento dos resultados, e com aumento do índice de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** avaliar a influência de diferentes níveis de exposição à nicotina, assim como a sua interrupção em tempos diversos, na cicatrização da anastomose cólon-colônica, além de quantificar a deposição de colágeno. **Método:** foram selecionados 56 ratos que foram divididos em três grupos: grupo nicotina 2mg/kg (n=24), grupo nicotina 0,5mg/kg (n=24) e grupo controle (n=8). Cada grupo experimento foi subdivi-

vido igualmente: grupo nicotina 2mg/kg dividido em a, b, c e o grupo nicotina 0,5mg/kg em d,e,f. A substância foi aplicada duas vezes ao dia, conforme o peso do animal e respectivo grupo durante quatro semanas e, então, submetidos à anastomose cólon-colônica 5cm acima da reflexão peritoneal. Contudo, os grupos a e d, após a cirurgia, tiveram a nicotina aplicada por mais 2 semanas contínuas até a eutanásia; os grupos b e e tiveram a nicotina aplicada por 1 semana e interrompida a aplicação durante 1 semana; os grupos c e e não tiveram a aplicação da substância durante 2 semanas. Foi realizada a fluxometria à laser e, então, eutanásia para a ressecção de peça e tensometria. A análise histopatológica foi realizada, com uso da luz polarizada, nas lâminas coradas com picro-sirius e os resultados analisados por programas estatísticos. **Resultados:** de acordo com a fluxometria, houveram maiores médias de fluxo sanguíneo nos ratos pertencentes ao grupo f (p=0,04). O ensaio de tração mostrou predominância da explosão em área proximal à anastomose, contudo, não demonstrou significância estatística na resistência entre os grupos. Constatou-se redução da área do colágeno total às custas do colágeno maduro (tipo i) em todos os grupos experimento em relação ao grupo controle, contudo, a menor redução ocorreu nos grupos c e f (p=0,02) e a maior redução nos grupos a e d (p=0,04), independente da dose utilizada. **Conclusão:** nosso estudo mostrou que houve redução do colágeno total às custas do colágeno maduro em todos os grupos estudados sendo que a diminuição mais significativa ocorreu nos grupos que fizeram uso de nicotina de forma contínua.

TL125 - FECHAMENTO PRECOCE DE ILEOSTOMIAS PÓS ANASTOMOSE COLONICA "BAIXA"- PROTOCOLO

PAIM, O3, DUARTE, H2, MEURRER, R2

1. UFSM, Universidade Federal de Santa Maria 2. HUSM-UFSM, Hospital Universitario de Santa Maria 3. Sta. Casa Alegrete, Santa Casa de Caridade de Alegrete

Considerando a utilização crescente de anastomoses colônicas próximas à linha pectínea, e a utilização por um grande número de serviços de ostomia proximal à anastomose, os autores sugerem protocolo para discussão sobre fechamento precoce de ileostomias. Em alguns casos na mesma internação. Apresentam revisão da literatura e dados de piloto com 14 casos operados, complicações precoces, tardias e benefícios de tal método.

TL126 - ANÁLISE DA RIGIDEZ ESTRUTURAL DE TECIDO BIOLÓGICO COM PROPRIEDADE VISCOELÁSTICA NÃO LINEAR: TRABALHO EXPERIMENTAL EM CÓLON DE RATOS

BURIN, ELK1, NIZ, MAK1, LEE, HD1, MACHADO, RB1, COY, CSR2, FAGUNDES, JJ2, WU, FC1

1. LABI/UNIOESTE, Laboratório de Bioinformática - UNIOESTE. 2. SC/FCM/UNICAMP, Serviço de Coloproctologia - FCM/UNICAMP

Introdução: a rigidez inerente ao período elástico da deformação é um parâmetro frequentemente utilizado para a avaliação das propriedades mecânicas de distintos materiais. No entanto, a determinação desse atributo para os materiais biológicos, tal qual alças intestinais, é complexa em virtude de características como a viscoelasticidade não linear. Tendo-se em vista que esse parâmetro poderá auxiliar de modo significativo na avaliação de variáveis como a utilização de novos materiais de fio de sutura e técnicas cirúrgicas empregadas, busca-se, neste trabalho, estimar de modo sistemático o valor desse parâmetro mecânico. **Objetivo:** estabelecer um procedimento para estimar de modo sistemático a rigidez inerente ao limite elástico da deformação de segmentos intestinais de ratos. **Métodos:** dez segmentos de cólon

descendente de ratos foram submetidos ao teste biomecânico energia total de ruptura (etr), delineando-se uma curva força x alongação (fe) para cada espécime. Posteriormente, para cada fe, foi ajustado um modelo linear considerando-se três pontos correspondentes à região inicial da curva. Para avaliação da qualidade da regressão, a soma dos módulos dos resíduos foi determinada e dividida pela quantidade de pontos considerada, sendo que antes de cada iteração adicionou-se um ponto correspondente ao estado subsequente de deformação. O processo iterativo era finalizado assim que a qualidade das regressões atingisse um limiar de aceitação estabelecido e nesse momento foi identificado o valor do parâmetro rigidez inerente ao limite elástico da deformação de cada espécime. Após esses procedimentos, a média e o desvio padrão dos valores de rigidez (mr e dpr) foram determinados. Resultados: os valores da média e do desvio padrão da rigidez referente ao limite elástico dos espécimes avaliados foram: mr=65,24 gf/cm e dpr=27,59 gf/cm, respectivamente. Conclusões: por meio dos procedimentos estabelecidos nesse trabalho, foram estimados os valores da rigidez inerentes ao período elástico da deformação dos segmentos de cólon íntegro avaliados. Nessa etapa do processo de deformação, força e alongação correlacionam-se de modo linear, sendo a rigidez o fator de proporcionalidade. Desse modo, como trabalhos futuros, os resultados obtidos nesse trabalho poderão ser comparados com os de distintas regiões do trato intestinal, bem como os obtidos após intervenções cirúrgicas. Trabalho apoiado pelo CNPq.

TL127 - OBSTRUÇÃO DE CÓLON POR FIBROTECOMA OVARIANO E TUMOR RENAL ASSOCIADO. CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA.

FLAMINI JR M, QUADROS LG, FARIA MAG, PERRONE ME, PICCOLO A, MACAGNANI TM, KAISER RL, KAISER JR RL
1. HBP, Hospital Beneficencia Portuguesa

Introdução: rja, 63 anos, sexo feminino, com queixa de obstipação intestinal há vários anos e piora nos últimos 10 dias. Nega hematoquesia, perda de peso e redução do apetite. Exame físico normal. Toque retal sem anormalidades. A colonoscopia apresentou angulação e doença diverticular do sigmóide e impossibilidade de progressão do aparelho. Enema opaco com ddc do sigmóide, estreitamento luminal em transição descendente sigmóide e irregularidade do pregueado mucoso. Cea e ca 19-9 normais. O us abdominal pré-operatório revelou também massa em topografia de rim direito. Tc abdome com neoplasia renal direita (massa sólida de 7,2 cm), e doença diverticular dos cólons. Foi realizada nefrectomia total a direita e evidenciada massa tumoral em fie, na transição do descendente e sigmóide. A massa foi ressecada em bloco (sigmóide, ureter esquerdo e ovário esquerdo, que estavam firmemente aderidos formando um plastrão). Realizada anastomose término-terminal, ileostomia em alça, colocado catéter duplo j e rafia do ureter esquerdo. A paciente evoluiu bem tendo alta no 6º po assintomática. O exame anátomo patológico revelou tratar-se de um fibrotecoma ovariano. Foi encaminhada ao serviço de oncologia que não indicou tratamento complementar. Após 4 meses foi realizado fechamento da ileostomia. Em três anos de acompanhamento a paciente não apresentou alteração em exames complementares. Realizada revisão da literatura. Conclusão: na literatura existe apenas um caso descrito de fibrotecoma ovariano com obstrução intestinal, mas o único com tumor renal associado.

TL128 - PREPARO DE CÓLON EM CIRURGIAS COLORRETAIS: ESTUDO RETROSPECTIVO

NEIVA AM, SATO AR, BECHARA CS, HANAN B, PROFETA DA LUZ MM, LACERDA-FILHO A, GOMES DA SILVA R

1. IAG_UFMG, Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto AI

Introdução: Apesar de considerado por muitos como indispensável para reduzir complicações sépticas associadas à contaminação fecal, a opção pelo preparo mecânico do cólon (PMC) baseia-se em experiências individuais, opiniões de especialistas e estudos não controlados com pequeno número de pacientes. Os benefícios teóricos relacionados ao seu uso são menor contaminação fecal da cavidade peritoneal e complicações infecciosas como os abscessos intra-abdominais e de ferida operatória, e menor incidência de fístulas anastomóticas. As desvantagens do PMC são alterações inflamatórias na parede intestinal, perda de células da mucosa e muco superficial por esfoliação, distúrbios na microcirculação da parede colônica, desidratação dos tecidos e distúrbios hidroeletrólíticos. Entretanto, mesmo após vários estudos prospectivos e randomizados, o papel do preparo mecânico de cólon (PMC) permanece indefinido. Objetivo: Comparar as complicações pós-operatórias de pacientes submetidos a cirurgias com e sem PMC. Métodos: Foram selecionados pacientes submetidos a colectomias abertas eletivas com anastomose primária de janeiro de 2005 a janeiro de 2008. Foram excluídos pacientes submetidos a estomia terminal, estomia em duplo-cano, amputação abdomino-perineal do reto, proctocolectomia total, anastomose coloanal, cirurgia vídeo-laparoscópica e cirurgia de urgência. Foram avaliados as seguintes variáveis: gênero, idade, diagnóstico, tipo de cirurgia, presença ou não de estomia em alça protetora, fístula, abscesso intra-abdominal, abscesso de parede, outras complicações infecciosas e complicações clínicas. Resultados: Foram selecionados 103 pacientes, sendo 48 (46,6%) do gênero masculino e 55 (53,4%) do feminino. Quarenta e sete (45,6%) foram do grupo PMC e 56 (54,4%) do grupo sem PMC. Não houve diferença entre os grupos quanto a idade, gênero, diagnóstico e estomia protetora. Houve mais colectomias direitas no grupo sem preparo (21,3% com PMC x 41,1% sem PMC, p<0,05). Fístulas: 3 (6,4%) com PMC x 3 (5,4%) sem PMC (P=NS). Complicações infecciosas: 3 (6,4%) com PMC x 5 (8,9%) sem PMC (p=NS). Abscesso: 1 (2,1%) com PMC x 0 sem PMC (p=NS). Complicações clínicas não infecciosas: 7 (14,9%) com PMC x 6 (10,7%) sem PMC (p=NS). Conclusão: O preparo mecânico de cólon pode ser dispensado em colectomias com anastomose primária, mas seu uso não é prejudicial, ficando a indicação a cargo do cirurgião.

TL129 - FAST-TRACK SIMPLIFICADO NA CIRURGIA COLÔNICA ELETIVA

FONSECA LM, LUZ MMP, LACERDA-FILHO A, CORREIA, GOMES DA SILVA R

1. IAG, Instituto Alfa de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas d

Objetivo: os programas de recuperação pós-operatória multimodal para cirurgia colorretal, conhecidos como fast-track, já se mostraram por meio de estudos controlados e randomizados serem efetivos e seguros. Apesar dessas evidências, há baixa adesão a esses programas. Baseado nesses aspectos, o objetivo deste estudo foi avaliar se um protocolo simplificado de abordagem pós-operatória multimodal para cirurgias colônicas eletivas oferece benefícios semelhantes aos dos protocolos mais complexos já estabelecidos. Métodos: no período de maio de 2006 a dezembro de 2008, 50 pacientes com indicação de serem submetidos à cirurgia colônica eletiva foram prospectivamente selecionados para este estudo. Os pacientes foram randomizados por programa de computador e alocados para os grupos controle e estudo, sendo que os dois grupos recebiam as mesmas orientações e cuidados

pós-operatórios. O grupo-estudo recebia dieta no primeiro dia de pós-operatório e o grupo-controle, após a eliminação dos primeiros flatus. Não foi utilizada anestesia peridural. Pacientes com estomias protetoras foram excluídos. Resultados: os dois grupos não apresentavam diferença estatística significativa em relação à idade, gênero, natureza diagnóstica (benigno ou maligno), índice asa, tipo de cirurgia, via de acesso e utilização de preparo intestinal. O tempo operatório médio foi significativamente maior no grupo controle (263,00 versus 225,00 minutos, $p=0,032$), bem como a volume de cristaloídes infundidos no per-operatório (3500 versus 2500 ml, $p=0,034$). No pós-operatório, não houve diferença entre os grupos em relação à incidência de náuseas, vômitos, eliminação dos primeiros flatus e dia da primeira evacuação. Apenas três pacientes do grupo controle apresentaram fístulas anastomóticas ($p=0,107$), e dois pacientes do grupo estudo morreram até o 30o dia de pós-operatório ($p=0,488$). O tempo de internação foi significativamente menor no grupo-estudo (mediana de 3 versus 5 dias; $p=0,001$). Dois pacientes do grupo-controle foram readmitidos após alta, sem diferença entre os grupos. Conclusões: os programas e reabilitação multimodal pós-operatória para cirurgia colorretal eletiva podem ser feitos de maneira simplificada, sem necessidade de anestesia peridural, de forma segura e efetiva, sem aumentar a morbidade, mortalidade e com menor tempo de permanência hospitalar.

TL130 - TUMORES PRÉ SACROS : APRESENTAÇÃO DE 01 CASO E O DILEMA NA ESCOLHA DO ACESSO CIRÚRGICO.

A R TAUIL, L H TAUIL, J M MARTINHO

1. Medicina, Universidade Federal Fluminense

Tumores pré sacros : apresentação de 01 caso e o dilema na escolha do acesso cirúrgico. TaUIL ar, taUIL lh e martinHO jm beneficência portuguesa , hospital santa cruz (niterói ,rio de janeiro) Introdução os tumores pré sacros são raros, pouco sintomáticos e por isso freqüentemente diagnosticados em fase avançada localmente, ou como no nosso caso incidentalmente em exame de imagem com outro objetivo. Objetivos na apresentação do nosso caso daremos ênfase ao método de imagem que possibilitou o diagnóstico e o planejamento cirúrgico, aos tempos operatórios e aos detalhes do convencimento do paciente para aceitar o tratamento. Resultado demonstraremos através de imagens o seguimento ambulatorial do paciente. Conclusão atualmente com o auxílio dos diversos métodos de imagem disponíveis é possível estabelecer com maior segurança os critérios de operabilidade e ressecabilidade dos tumores pré sacros , e além disso determinar o acesso cirúrgico mais adequado a cada caso.

TL131 - ENTERITE ACTINICA : APRESENTAÇÃO DE 01 CASO E ATUALIZAÇÃO DO TEMA

A R TAUIL, L H TAUIL, J M MARTINHO

1. Medicina, Universidade Federal Fluminense

Enterite actínica: apresentação de 01 caso e atualização do tema taUIL ar, taUIL lh e martinHO jm beneficência portuguesa, hospital santa cruz (niterói, rio de janeiro) Introdução a indicação da radioterapia nas pacientes com carcinoma de colo uterino e endométrio, e nos homens com carcinoma prostático e bexiga vem se ampliando pelo seu índice de controle local da doença; conseqüentemente, da mesma forma, as complicações em decorrência da radiação ionizante também, como podemos constatar em trabalho de revisão da literatura. Os autores apresentam o caso de paciente do sexo feminino de 49 anos, internada em regime de urgência por suboclusão intestinal. Havia sido submetida

à histerectomia total abdominal por carcinoma de endométrio em outro serviço tendo sido re-operada por complicações pós operatórias em duas ocasiões na mesma internação. Recebeu alta hospitalar e foi encaminhada ao oncologista, quando iniciou o tratamento radioterápico. Cinco meses após o término das sessões, iniciou quadro de vômitos recorrentes e sensação de plenitude pós prandial quando foi encaminhada ao nosso serviço . Foi investigada clinicamente com endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada do abdome e um transito radiológico do delgado que mostrou alças ileais com aspecto sugestivo de lesão actínica. Foi então operada, tendo sido submetida à enterectomia e anastomose primária. O pós operatório passou sem intercorrências. Objetivos na apresentação do caso os autores darão ênfase ao exame radiológico contrastado convencional que complementou o diagnóstico, ao achado e a conduta cirúrgica. A etiopatogenia da lesão tecidual e os fatores predisponentes serão revistos na literatura e apresentados de forma concisa. Resultado os autores demonstram o resultado do tratamento cirúrgico e a tentativa de recuperação nutricional da paciente no seguimento ambulatorial. Conclusão atualmente com a indicação mais ampla do tratamento radioterápico pode se identificar na literatura um extenso número de trabalhos demonstrando complicações intestinais da radiação ionizante. A enterite actínica complicada neste caso, com estenose da luz intestinal demanda tratamento cirúrgico. A evolução pós operatória sem intercorrências demonstrou o acerto da conduta, tendo a paciente sido encaminhada para suporte nutricional.

TL132 - ESTUDO DE MORBI-MORTALIDADE NO PERÍODO PERI-OPERATÓRIO DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA ULBRA

CARVALHO, L.P., PEREIRA, T.S., SEITENFUS, R., DIDOMENICO, B.

1. ULBRA, Universidade Luterana do Brasil

Introdução: o câncer colorretal tem uma alta prevalência na população e, muitas vezes, exige tratamento cirúrgico de grande porte. A complexidade dos procedimentos e as múltiplas comorbidades dos pacientes necessitam prontamente de avaliação detalhada para minimizar as complicações peri-operatórias com o objetivo de melhorar os resultados. Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de definir o impacto do cirurgião como fator prognóstico no tratamento das doenças colorretais. Objetivo: este estudo objetivou analisar uma série de casos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por câncer colorretal. Metodologia: foram revisados 22 prontuários de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de neoplasias colorretais realizadas em nosso serviço no período de setembro de 2007 à setembro de 2008. Resultados: dos 22 pacientes avaliados a idade média foi de 60 anos (35-81). Observou-se neste grupo um predomínio de mulheres, 15 pacientes. A localização mais prevalente foi no reto 8 (36,36%). Em relação as cirurgias realizadas, houve predomínio das retossigmoidectomias abdominais. O estadiamento pela classificação tnm demonstrou a presença de adenoma em dois pacientes, tumores estágio 1 em 4 pacientes, estágio 2a em 4 pacientes, estágio 2b em 2 pacientes, estágio 3a em dois pacientes, estágio 3b em 3 pacientes, estágio 3c em 3 pacientes e dois pacientes em estágio 4. Os mesmos pacientes tiveram os seguintes tipos histológicos: 11 pacientes com adenocarcinoma tipo tubular, 4 com adenocarcinoma tipo viloso, em 4 pacientes com adenocarcinoma o tipo não foi especificado, 1 com adenoma tubuloviloso e 1 com adenoma tubular. Não foi observada a deiscência de anastomose em nenhum dos casos. O tempo de internação variou de 6 até 21 dias, mostrando uma média de 8 dias de internação para cada paciente no pós-operatório. Conclusão: nesse estudo, apenas um paciente necessitou ser reoperado e não hou-

ve mortalidade pós-operatória. De uma forma geral, obteve-se como resposta, que o tratamento instituído encontra-se dentro dos padrões da literatura.

TL133 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA.

CAMPOS, FG, ARAÚJO, SEA, IMPERIALE, AR, SEID, VE, SOUSA JR, AHS, PANDINI, LC, NAHAS, SC, CECCONELLO, I
1. HC-FMUSP, Faculdade de Medicina da USP

Introdução: o tratamento cirúrgico de portadores de polipose adenomatosa familiar (paf) tem por objetivo evitar o desenvolvimento de câncer colo-retal (ccr). A realização de ressecções laparoscópicas do cólon e reto ainda representa motivo de controvérsia na literatura. Objetivos: apresentar os resultados do tratamento cirúrgico por acesso vídeo-laparoscópico em pacientes com paf, fazendo uma correlação com os dados da literatura. Métodos: analisaram-se prospectivamente os resultados do tratamento cirúrgico em 26 pacientes operados entre 2003 e 2009. Resultados: foram tratados 11 (42. 3%) homens e 15 (57. 7%) mulheres, com idade média de 28. 3 anos (13-65). Sete pacientes (26. 9%) tinham ccr associado à polipose. Os procedimentos realizados foram proctocolectomia com ileostomia definitiva em 3 (11. 5%), proctocolectomia com ileostomia em 17 (65. 4%), proctocolectomia sem ileostomia em 1 (3. 8%) e colectomia total com anastomose íleo-retal em 5 pacientes (19. 2%). Foi necessária conversão em apenas 1 paciente (4. 0%). Nenhum paciente requereu transfusão sanguínea no período peri-operatório. O tempo médio das operações foi de 298 minutos (200-390 minutos). Ocorreram complicações pós-operatórias em oito doentes (30. 8%), classificadas como maiores em 5 e menores em 3. Quatro doentes (15. 4%) foram reoperados por diversas causas. O tempo de hospitalização variou de 4 a 16 dias (média de 7. 3 dias). Apenas um paciente teve óbito resultante de insuficiência respiratória por passado de doença pulmonar crônica. Uma breve revisão da literatura mostra que não existem estudos clínicos randomizados comparando ressecções laparoscópicas assistidas com convencionais, sendo que a maioria dos estudos é representada por séries pequenas que misturam pacientes com paf e colite ulcerativa. De maneira geral, observa-se que embora as operações laparoscópicas estejam associadas a maior tempo operatório, determinam vantagens relacionadas à recuperação operatória precoce, complicações, permanência hospitalar e cosmese. Conclusões: 1) a confecção de colectomias totais ou proctocolectomias vídeo-assistidas em pacientes com paf é segura e provê excelentes resultados operatórios a curto prazo quando realizadas por equipes experientes; 2) são ainda necessários estudos prospectivos e randomizados para comparar sua real eficácia frente aos procedimentos convencionais.

TL134 - EXPERIÊNCIA DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA COLORRETAL NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO – 2006 A 2009.

OLIVEIRA TAN, LOPES F, LACERDA FILHO A, LAMOUNIER PC, ALVES FILHO V, PAIVARA, CARMONA MZ, MANSUR ES
1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a via laparoscópica tem se firmado como a principal abordagem para a realização das colectomias nas doenças colorretais. Apesar do primeiro caso de colectomia laparoscópica ter sido relatado em 1991, esta abordagem só foi consolidada pela comunidade cirúrgica após a publicação de estudos comprovando sua segurança e equivalência oncológica à técnica aberta. No nosso serviço, a primeira

colectomia laparoscópica ocorreu em 1997 e esta modalidade representa, atualmente, a principal via para a realização das cirurgias colorretais. Objetivo: avaliar os resultados dos procedimentos laparoscópicos realizados pela clínica de coloproctologia no período de 2006 a 2009. Método: pacientes submetidos a procedimentos laparoscópicos foram avaliados retrospectivamente. Resultados: cento e quarenta e quatro pacientes, com idade média de 57,7 anos, sendo 82 mulheres e 62 homens foram avaliados retrospectivamente. Noventa e três (64%) pacientes apresentaram diagnóstico de neoplasia. Cinquenta e três (37%) pacientes foram submetidos à cirurgia abaixamento de cólon, quarenta e um (28%) pacientes foram submetidos a colectomia parcial, dezoito (13%) pacientes foram submetidos a retossigmoidectomia, nove (6%) pacientes foram submetidos a colectomia total, e vinte e três (16%) pacientes realizaram outros procedimentos videolaparoscópicos. O tempo de internação variou entre 2 e 62 dias, sendo que a maioria dos pacientes (72%) recebeu alta hospitalar até o sétimo dia de internação. A taxa global de complicação foi de 26%. A taxa de conversão vem apresentando queda anual gradativa desde 2006. A presença de lesões avançadas foi a principal causa de conversão com 27%. A segunda causa de conversão foram as aderências juntamente com a dificuldade em identificar estruturas com 20% cada. O número de linfonodos dissecados na peça cirúrgica está aumentando anualmente. Ocorreram 3 óbitos (2%), um devido ao quadro de isquemia mesentérica, outro devido a complicação de uma fístula anastomótica e o último devido ao quadro de necrose gástrica. Conclusões: a modalidade laparoscópica representa a principal via de acesso para as cirurgias colorretais realizadas pela clínica de coloproctologia do hospital felício rocho. Os resultados alcançados no período de 2006 a 2009 são semelhantes aos encontrados na técnica convencional.

TL135 - CONVERSAO PROATIVA X REATIVA NA CIRURGIA COLORETAL LAPAROSCOPICA

OLIVEIRA JR., O, MILSOM, JW, STEIN, SL, SONODA, T, TRENCHVA, KI, LEE, SW
1. NYPH - WCMC, New York Prebyterian Hospital/Weill Cornell Medical College

Introducao: Conversao na cirurgia laparoscopica aumenta a morbidade e converses tardias pioram os resultados pos-operatorios. O indice de conversao publicados na literatura varia de 7 a 25% nas grandes series grandes e 2 a 41% nas series menores. O objetivo deste estudo e avaliar se conversao proativa tem melhores resultados que conversao reativa em cirurgia colorretal laparoscopica. Metodos: Uma analise retrospectiva em pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscopica de 2001 a 2008 demonstrou um indice de conversao de 6.36%. A classificacao de converaao proativa (PC) e reativa (RC) e' a alternancia do metodo laparoscopico antes ou depois de ser iniciado a parte principal do ato cirurgico, respectivamente. A analise dos resultados foram feitas atraves do software SPSS 11.0 Resultados: 1382 pacitentes foram avaliados e 88 tiveram seu procedimento cirurgico alternados sendo puramente laparoscopico (LAP) ou assistido com a mao (HALS). Cancer colorretal e doenca inflamatoria intestinal foi a indicacao cirurgica em 58 (65,9%) dos pacientes. 49 (55,7%) pacientes tiveram PC versus 39 (44,3%) pacientes com RC. PC demonstrou diferenca significativa em morbidade (p<0,036), tempo operatorio (p<0.001) e infusao de liquidos endovenosos (p<0,022) comparados a RC. Cirurgia de emergencia e historico de cirurgia previa tiveram impacto nas PC (p<0,02), (p<0,046) respectivamente. Complicacoes de curto prazo ocorreram em 5 (5,6%) dos pacientes. Conclusao: Este estudo sugere que a conversao proativa (PC) tem menor morbidade, menor tempo cirurgico e menor infusao de liquidos endovenosos.

Entretanto estudos prospectivos são necessários para confirmar estes resultados.

TL136 - RETOPEXIA LAPAROSCÓPICA VERSUS RETOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL PARA PROLAPSO DE RETO EM PACIENTES ACIMA DE 70 ANOS

OLIVEIRA JR., O2, STEIN, SL1, TRENCHÉVA, K1, SONODA, T1, MILSOM, JW1, LEE, SW1

1. NYPH - WCMC, New York Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical College 2. Proctoclin Curitiba, Proctoclin Curitiba

Introdução: Existem pros e contras na abordagem cirúrgica do prolapso do reto como maior recidiva, incontinência e obstipação. Os pacientes idosos devem ser estudados separadamente, pois são mais suscetíveis a complicações e em alguns casos não permitem anestesia geral. A literatura é falha quanto à avaliação do paciente idoso com prolapso total do reto. **Objetivos:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico do prolapso total do reto em pacientes acima de 70 anos, utilizando a retopexia laparoscópica (RPX) e a retosigmoidectomia perineal (ALT). **Metodos:** Revisão do banco de dados serviço de de coloproctologia do New York Presbyterian hospital de 2002 a 2008 em pacientes, acima de 70 anos, submetidos a cirurgia para prolapso total do reto. **Resultados:** 32 pacientes avaliados, 16 em cada grupo, idade média 82 anos no grupo de RPX e 85 no grupo ALT. Incontinência fecal foi o sintoma mais frequente em ambos os grupos, mas no grupo ALT houve piora da incontinência após o tratamento cirúrgico ($p < 0,046$). O grupo ALT teve índice de recidiva significativamente maior que o RPX ($p < 0,045$) e a maioria das recidivas (5/6) ocorreram em menos de 1 ano. Somente uma complicação maior ocorreu, hernia encarcerada em um dos portais de 5mm, em paciente do grupo RPX; as complicações menores ocorreram igualmente entre os grupos. O seguimento pós-operatório foi maior no grupo ALT 22,5 meses versus 19,1 meses no RPX. **Conclusão:** Retopexia laparoscópica para pacientes idosos com prolapso total do reto demonstrou ser eficaz com menor índices de recorrência, melhora do índice de incontinência e equivalente morbidade.

TL137 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO DO CÂNCER RETAL

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIOTI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, CINTRA, A. A.1, SOUZA JR., N.1, ZACHETTI, M.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas 2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: a utilização da vídeo-laparoscopia para o tratamento cirúrgico do câncer de reto é controversa e os dados disponíveis escassos e limitados. **Objetivos:** objetivando estudar a recorrência local, margens cirúrgicas, número de linfonodos retirados, complicações pós-operatórias e sobrevida, analisamos os resultados obtidos com a utilização da vídeo-cirurgia. **Metodos:** através da análise retrospectiva de dados, todos os pacientes com o diagnóstico de câncer retal entre 1994 (data do início da nossa experiência com a vídeo-cirurgia colorretal) e 2009 foram revistos. Os critérios de exclusão foram aqueles submetidos a tratamento cirúrgico de urgência devido a obstrução intestinal e aqueles cujo seguimento se perdeu. **Resultados:** 66 pacientes (44 m/22 f) com idade média de 60,2 anos (30 a 97 anos) foram submetidos a tratamento cirúrgico vídeo-laparoscópico. 21 pacientes (32%) apresentaram câncer de reto alto, 19 (28%) câncer de reto médio e 26 (40%) câncer de reto baixo. Todos os que apresentavam câncer de reto médio e baixo foram submetidos a excisão total do mesoreto; a neo-adjuvância quimio-radioterápica foi indicada para

os tumores t2 (somente a partir de 2008), t3 e t4 em reto médio e baixo (20 pacientes) com remissão completa em 2 deles. Foram realizadas 50 cirurgias de preservação esfinteriana (75%), 16 amputações de reto (24%) e 10 conversões para laparotomia (15%). Um paciente apresentou margem cirúrgica distal comprometida, houve 4 recorrências locais (6%) e 10 óbitos relacionados a doença num seguimento médio de 46 meses. **Conclusões:** a utilização da vídeo-cirurgia no tratamento do câncer retal apresenta resultados favoráveis comparáveis de sobrevida, recorrência local e margens de ressecção aos relatados com a laparotomia.

TL138 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA PARA CÂNCER RETAL COM PRESERVAÇÃO DAS FUNÇÕES URINÁRIA E SEXUAL

ALMEIDA, J.S., ARAUJO, S.E.A., CUTAIT, R.

1. HSL-IEP, Hospital Sírio Libanês - Instituto de Ensino e Pesquisa

Introdução: mesmo com a incorporação de técnicas de preservação de nervos autônomos na excisão total do mesoreto (etm), as disfunções urinária e sexual permanecem como complicações reconhecidas para 0% a 12% e 10% a 35% dos pacientes, respectivamente. O emprego da via laparoscópica para o tratamento do câncer do reto poderia facilitar a identificação e preservação dos nervos autônomos pélvicos graças à visibilidade melhorada pela magnificação, pela utilização de óticas anguladas, câmeras de alta definição e pela iluminação adequada do campo operatório. **Objetivos:** este estudo tem por objetivo, através de uma revisão sistemática da literatura, determinar se a via de acesso por vídeo está ou não associada à menor ocorrência de disfunções urinária e sexual após ressecção de câncer retal. **Métodos:** a estratégia de busca para a realização desta revisão foi instituída através de pesquisa pelas bases de dados contidas no medline, pubmed e biblioteca cochrane. **Resultados:** foram analisados os estudos mais representativos, cujo principal objetivo era a comparação entre séries de pacientes com câncer de reto submetidos à etm laparoscópica e etm convencional, avaliando, entre os resultados, a ocorrência de disfunção sexual e urinária no pós-operatório. Foram selecionados os estudos publicados por asoglu et al., morino et al., jones et al., rullier et al. E selvindos et al. **Conclusões:** a introdução da técnica laparoscópica aumentou significativamente o número de pacientes com função genital preservada. A experiência técnica e a atenção à anatomia em cirurgia retal laparoscópica são decisivas para as reduzidas taxas de disfunção vesical e sexual. Características do tumor primário que levam à ablação esfinteriana são as maiores responsáveis pelo comprometimento da função sexual e urinária. Houve associação entre adjuvância e comprometimento da função autonômica.

TL139 - ESTUDO COMPARATIVO DA CIRURGIA COLORRETAL LAPAROSCÓPICA VERSUS CONVENCIONAL EM OCTAGENÁRIOS

PINTO RA, RUIZ DE, EDDEN Y, SILVA E., CANEDO JA, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a cirurgia colorretal laparoscópica apresenta inúmeras vantagens em relação a convencional, como menor tempo de internação e melhores resultados estéticos. Entretanto, devido ao possível maior tempo operatório e repercussões pulmonares e cardiovasculares, sua utilização ainda é limitada para pacientes idosos. **Objetivo:** comparar os resultados cirúrgicos e pós-operatórios imediatos de pacientes com idade superior a 79 anos, submetidos a ressecções colorretais laparoscópicas e convencionais. **Pacientes e metodos:** re-

alizada análise retrospectiva de pacientes octagenários submetidos a ressecções colorretais eletivas, laparoscópicas e abertas entre 2001 a 2008. Análise incluiu dados pré e intra-operatórios e complicações imediatas. Resultados: 199 octagenários foram submetidos a ressecção colônica. Cirurgia convencional foi realizada em 116 (grupo i) e laparoscópica em 83 pacientes (grupo ii). A idade média foi de 84, 3 vs. 84, 7 anos e a média de asa foi 2, 76 vs. 2, 6 nos grupos i and ii respectivamente. Adenomas colônicos foram o diagnóstico mais comum em ambos os grupos (77, 6% vs. 54, 2%, nos grupos i e ii respectivamente). Colectomia direita foi a cirurgia mais comumente realizada em ambos os grupos. O tempo operatório também foi similar entre os grupos. Ressecções convencionais tiveram uma maior perda sanguínea estimada no grupo i (286ml), comparada ao grupo ii (152ml; $p=0.0002$), consequentemente mais pacientes do grupo i necessitaram de transfusão sanguínea intra-operatória ($p=0.005$). A taxa de conversão no grupo laparoscópico foi de 25, 3%. As ressecções laparoscópicas tiveram um menor índice de complicações gerais e clínicas pós-operatórias ($p=0.05$) e a mortalidade foi 3, 4% e 2, 4% ($p>0.05$), nos grupos i e ii respectivamente. Conclusões: cirurgia colorretal laparoscópica mostrou-se segura e efetiva em pacientes octagenários, associada a menores perdas sanguíneas, mais rápida recuperação pós-operatória e menos morbidade, quando comparada ao acesso convencional.

TL140 - RESECÇÃO COLORRETAL LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN RECORRENTE: SÃO OS RESULTADOS COMPARÁVEIS AOS DA DOENÇA DE CROHN PRIMÁRIA?

PINTO RA, SHAWKI S, NARITA K, CANEDO JA, EDDEN Y, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: 80% dos pacientes portadores de doença de crohn requerem tratamento cirúrgico e desses, 50% necessitam reoperação no período de 10 anos. Objetivo: avaliar os resultados peri-operatórios da cirurgia colorretal laparoscópica na doença de crohn recorrente comparada a primeira intervenção laparoscópica. Pacientes e métodos: realizada análise retrospectiva dos pacientes submetidos a reoperação laparoscópica (grupo i) e primeira ressecção laparoscópica (grupo ii) para doença de crohn, entre 2001 e 2008. Foram coletados dados pré operatórios, cirúrgicos e complicações pós operatórias imediatas. Resultados: 130 pacientes foram incluídos no estudo e distribuídos como segue: grupo i: 50 pacientes com idade média de 42 anos; grupo ii: 80 pacientes com idade média de 35 anos. Os pacientes do grupo i tinham um maior período de doença, 15, 5 vs. 8, 9 years ($p=0.0002$). Medicamentos imunossupressores eram utilizados por 42 pacientes no grupo i e 66 pacientes no grupo ii. A principal cirurgia prévia nos doentes reoperados foi a ressecção ileocólica (44/50) pela via aberta (40/44). Ressecção ileocólica foi o procedimento mais frequentemente realizado em ambos os grupos (82%), seguido por colectomia subtotal. O índice de conversão do grupo recorrente foi de 32% comparado a 18, 7% do grupo primário ($p=0.09$). O tempo cirúrgico médio (201 vs. 182 min) e a perda sanguínea estimada (202 vs. 161 ml) foram similares nos dois grupos estudados ($p>0.05$). Entretanto, a incisão foi significativamente maior nos casos recorrentes (11, 4 vs. 6, 7 cm; $p=0.013$). As complicações pós operatórias foram semelhantes entre os grupos ($p>0.05$); deiscência de anastomose ocorreu em 1 (2%) e 4(5%) nos grupos i e ii ($p=0.6484$); o abscesso intra-peritoneal ocorreu em 4 (8%) e 3 (3, 7%) nos grupos i e ii ($p=0.5584$). Reoperações imediatas ocorreram em 6% no grupo i e 10% no grupo ii ($p=0.5292$). O tempo médio de internação também foi comparável entre os grupos (7, 5 vs. 6, 7 dias; $p=0.3266$), e não houve mortalidade. Conclusão: os resultados da ressecção colorretal laparoscópica na doença de crohn

recorrente são similares aos obtidos para a doença primária, com excessão de maior incisão, o que confirma a segurança e aplicabilidade do acesso videolaparoscópico mesmo na reoperação.

TL141 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA EM IDOSOS.

EDDEN Y, BASHANKAEV B, PINTO RA, CANEDO JA, SILVA E, WEISS EG, WESNER SD
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a sociedade americana de geriatria distribui a população com mais de 65 anos em 3 grupos: idoso jovem com idade entre 65-74 anos; idoso velho com idade entre 75 e 84 anos, e idoso muito velho para aqueles com mais de 84 anos. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar a viabilidade e segurança da cirurgia laparoscópica em pacientes idosos. Métodos: pacientes com idade superior a 65 anos foram retrospectivamente revisados utilizando um banco de dados prospectivo e avaliados quanto as características demográfica, indicações, cirurgia realizada e resultados pós-operatório. Resultados: entre janeiro de 2001 à agosto de 2008, 423 pacientes com idade entre 65 a 95 anos foram submetidos a cirurgia laparoscópica. Foram distribuídos em 3 grupos: idade 65-74 anos ($n=226$), entre 75-84 anos ($n=163$), e idade maior que 84 anos ($n=34$). Indicações cirúrgicas incluíram adenocarcinoma ($n=149$), pólipos colônicos ($n=100$), doença diverticular ($n=80$) e outras. Realizou-se os seguintes procedimentos: colectomia direita ($n=161$), sigmoidectomia ($n=82$), ressecção anterior ($n=28$), ressecção ileo-cólica ($n=14$), amputação abdomino perineal de reto ($n=9$) e outros. Cirurgias eletivas ocorreram em 90, 4% ($n=382$) dos casos. O tempo médio de internação hospitalar para o jovem, velho e muito velho foi de 7, 8, e 11 dias respectivamente ($p<0.002$) e a taxa de mortalidade foi de 0, 5% ($n=1$), 2% ($n=3$) e 3% ($n=1$) respectivamente. A taxa de complicações maiores foram de 1% ($n=3$), 2% ($n=4$) e 3% ($n=1$) respectivamente. O tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (uti) foi de 3, 5 dias para os jovens e 7 dias para o muito velho ($p=0.05$). Conclusão: conclui-se que cirurgia laparoscópica colorretal é viável em pacientes idosos. No entanto, com o avançar da idade, entre 65 a 95 anos a morbidade, o tempo de permanência em uti e tempo de internação hospitalar aumentam de forma significante.

TL142 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL. QUAL O PAPEL DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA?

CANEDO JA, PINTO RA, MURAD-REGADAS SM, SILVA E, EDDEN Y, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: A cirurgia colorretal laparoscópica para tratamento de afecções benignas e malignas tem demonstrado melhores resultados quando comparada ao acesso laparotômico. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar os resultados das ressecções colorretais laparoscópicas no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) com índice de massa corpórea normal comparado com aqueles com sobrepeso e obesos. Métodos: Foram avaliados retrospectivamente todos os pacientes com DII submetidos a ressecções colorretais pelo acesso laparoscópico no período de janeiro 2001 a abril 2008. Características dos pacientes, procedimento operatório realizado, resultados pós-operatórios precoces (até 60 dias) foram os parâmetros avaliados. IMC foi considerado normal entre 18,5-24,9 Kg/m². Sobrepeso entre 25-29,9 Kg/m² e obesos pacientes com IMC maior que 29,9 Kg/m². Os pacientes foram distribuídos em 2 grupos: GI-IMC normal e GII-com sobre-peso ou obesos. Qui-quadrado e Student t Teste foram usados para análise estatística. Resultados: 261 pacientes foram

submetidos a cirurgia laparoscópica por DII nesse período sendo que 47 foram excluídos e 213 analisados. No GI incluiu 127 pacientes, sendo 56 mulheres, com idade média de 36 anos e IMC médio 21 Kg/m². No G-II incluiu 86 pacientes, sendo 49 mulheres com idade média de 43 anos e IMC médio 28.7 Kg/m² (p<0.05). A incidência de comorbidades de 29.1% dos pacientes do G-I e 50% dos casos do G-II (p<0.05). Realizou-se ressecção ileo-cólica em 56% dos casos nos G-I e G-II e colectomia sub-total com ou sem reconstrução em 37% no G-I e 41% no G-II. O índice de conversão foi de 18% no G-I e 26% no G-II. Causas de conversão incluíram: falha de progressão cirúrgica, abscesso/flegmão e sangramento. Complicações pos-operatórias (infecção de ferida, abscesso, fístula, obstrução intestinal, retração de estoma) e tempo de internação hospitalar (6.7 e 6.8 dias) foram similares entre os grupos. Não houve óbito no estudo. Oito pacientes foram submetidos a re- operação no G-I e 3 no G-II. Conclusões: Cirurgia laparoscópica para pacientes com sobre-peso e obesos com DII apresentada resultados similares aos obtidos em pacientes com IMC normal. Os índices de conversão foram semelhantes entre os dois grupos, indicando que IMC maior não é uma limitação para ressecção laparoscópica em pacientes com DII.

TL143 - VALOR PREDITIVO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NA CONVERSÃO DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA DIVERTICULITE

PINTO RA, SILVA E, SHAWKI S, NARITA K, CANEDO JA, KIRSH J, WEISS EG, WEXNER SD
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a tomografia computadorizada (tc) é uma importante ferramenta na avaliação da doença diverticular. Estudos demonstram que as diferentes abordagens dessa afecção dependem dos achados da tc, podendo variar de tratamento clínico a drenagem percutânea guiada ou ainda, cirurgia de urgência. Objetivo: o objetivo deste estudo foi avaliar o valor preditivo dos achados da tc na conversão de cirurgia laparoscópica para diverticulite. Metodologia: foram identificados todos os pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica para diverticulite e que realizaram tc pré operatória no período de 2001 a 2008. Esses exames foram então interpretados por um radiologista que desconhecia os achados intra-operatórios e o laudo prévio. Os dados de tc foram estudados quanto ao seu valor preditivo para conversão geral, em 1, 2 e > 2 meses da cirurgia, bem como antes e depois de 2004 (para avaliação de curva de aprendizado). Teste exato de fisher e o teste qui quadrado foram utilizados para avaliar significância estatística. Resultados: um total de 161 pacientes (91 do sexo masculino) foram incluídos no estudo. A média de idade foi de 56 anos (24-83), o índice de massa corpórea médio (ibm) foi de 27,8kg/m² (17,5-34,5) e classificação asa i-21, ii-115 e iii-26 pacientes, respectivamente. A taxa de conversão foi de 24% (40/161); 33 devido à falha de progressão por presença de flegmão, abscesso ou aderências, 4 devido ao grande volume do espécime (incisão > 10 cm), 2 pela dificuldade de anatomia e 1 por sangramento. Os achados de tc foram positivos em 74% dos pacientes (n= 121); 100% dos exames mostraram espessamento intestinal ou borramento da gordura peri-cólon, 23,5% bolhas de ar na parede do cólon ou na gordura peri-colônica, 11,75% flegmão, 30,2% abscessos e 10,2% fístulas. 48, 51 e 62 pacientes tiveram suas tc realizadas em 1, 2 e > 2 meses antes da cirurgia, respectivamente. O período de realização da tc, tanto antes como depois de 2004, bem como em 1, 2 ou > 2 meses da cirurgia não foram preditores significantes de conversão (p> 0,005). Entretanto, a presença de abscesso ou bolhas de ar na parede do cólon ou na gordura circundante à tc, em 2 meses, mostraram

associação estatisticamente significativa com a conversão da cirurgia. Conclusão: a presença de abscesso e/ou bolhas de ar nos achados de tc, 2 meses antes da cirurgia, foram preditores significantes de conversão da cirurgia laparoscópica para diverticulite.

TL144 - IMPLANTAÇÃO DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

FÁBIO LOPES, LUCIANA PYRAMO, SINARA LEITE, MARCO ANTÔNIO SANTOS, CLEBER MAIA
1. IPSEMG, Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais

Introdução: cirurgias videolaparoscópicas representam uma alternativa menos invasiva a cirurgias abdominais, com benefícios já comprovados na recuperação dos pacientes. São, porém, de aprendizado lento e de difícil instalação, necessitando de período de treinamento longo e montagem de infra-estrutura de equipamento e pessoal. Objetivo: apresentar a implantação da técnica videolaparoscópica no serviço de coloproctologia do hgip, mostrando sua instalação progressiva ao longo de período de dez anos. Métodos: revisão de prontuários médicos. Resultados: a videolaparoscopia foi utilizada em 98 cirurgias colorretais realizadas no período de 1999 a junho de 2009. 66 mulheres e 32 homens. 37 pacientes apresentavam diagnóstico de câncer; 13 polipos malignizados, 12 megacolon chagásico, 9 complicações de doença diverticular colônica, 8 endometriose, 2 fístula retovaginal e 2 prolapso retal. Foram 46 retossigmoidectomias, 21 colectomias direitas, 10 cirurgias de duhamel, 5 colectomias totais, 4 colectomias esquerdas, 3 amputações abdominoperineais. Enquanto apenas quatro foram realizadas no ano de 1999, 26 foram realizadas em 2008, o que corresponde a cerca de 30% de todas as cirurgias de grande porte do serviço no período. 17 cirurgias foram convertidas, apenas 2 no ano de 2008. Conclusão: a técnica videolaparoscópica já está presente e consolidada na coloproctologia, com um histórico amplo de cirurgias bem sucedidas e bons resultados. No serviço de coloproctologia do hgip vem ocupando espaço cada vez maior, sendo atualmente realizada por três dos seis integrantes da equipe.

TL145 - REVISÃO DOS RESULTADOS DE APENDICECTOMIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA COM ÓTICA EM POSIÇÃO SUPRA-PÚBICA

NIGRO R, MORY EK
1. HMSC, Hospital e Maternidade São Camilo

Introdução: a apendicectomia vídeo-laparoscópica vem sendo adotada como método terapêutico de escolha no tratamento da apendicite aguda em diversos serviços. Variações da técnica utilizando grampeadores, cliques e endoloopstm, sem a confecção da bolsa de oschner, tem sido propostas, porém não demonstraram vantagens evidentes. A falta de um consenso quanto à melhor técnica a ser empregada levou ao desenvolvimento de uma metodologia alternativa baseada no uso de ótica de 30o em posição supra-pública e confecção de sutura em bolsa com invaginação do coto apendicular. Objetivos: avaliar os resultados do uso da com ótica de 30o em posição supra-pública na apendicectomia vídeo-laparoscópica métodos: revisão dos casos submetidos à apendicectomia vídeo-laparoscópica com uso de ótica de 30o em posição supra-pública no período de fevereiro de 2007 a maio de 2009. O procedimento foi padronizado com posicionamento do paciente em trendelenburg e inclinação lateral esquerda com pernas afastadas e uso de 3 trocars localizados em posição umbilical (10mm), fossa ilíaca direita (5mm) e supra-pública (10mm). A ótica foi posicionada na punção supra-pública, sendo manipulada por auxili-

ar localizado entre as pernas do paciente. A apendicectomia é realizada por meio de ligadura com ponto transfixante de ethibond e clipagem do coto distal com secção do apêndice, seguida de confecção de sutura em bolsa e invaginação do coto apendicular (ethibond). A retirada da peça cirúrgica é realizada por meio da punção supra-púbica após troca do posicionamento da ótica. Resultados: a análise dos prontuários de pacientes operados por apendicite aguda identificou 42 pacientes submetidos à apendicectomia por vídeo-laparoscopia no método proposto. O grupo apresentava idade média de 29,7 anos e predomínio do sexo masculino (64,2%). Em nenhum dos casos foi necessária a conversão e apenas dois apresentaram abscesso localizado como complicação pós-operatória, tratados clinicamente. Não houve casos de infecção de ferida operatória. O tempo médio de internação foi de 2,2 dias. Conclusão: o posicionamento da ótica em região supra-púbica na apendicectomia vídeo-laparoscópica apresenta resultados semelhantes aos encontrados na literatura com a vantagem de melhorar a ergonomia e apresentar bons resultados estéticos, proporcionando perfeita visualização das estruturas anatômicas.

TL146 - RESSECÇÃO DISCÓIDE NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INTESTINAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

NIGRO R, MORY EK, GIBRAN L, SAKAE F
1. HMSC, Hospital e Maternidade São Camilo

Introdução: o tratamento cirúrgico da endometriose profunda visa a ablação completa dos focos de doença. A ressecção segmentar tem sido utilizada como padrão no tratamento da endometriose intestinal. Devido à alta morbidade associada ao procedimento, nezhat et al. Propuseram metodologia alternativa baseada na ressecção total da parede anterior do reto-sigmóide. A ressecção discóide está indicada, principalmente, nos casos de endometriomas pequenos e isolados de localização alta. As principais vantagens deste método são os baixos índices de complicações intra e pós-operatórias e baixa incidência de alterações da motilidade reto-anal. Alguns aspectos envolvendo a doença residual neural geram grandes discussões na literatura, porém sem implicação clínica conhecida. Objetivo: apresentar a experiência inicial do serviço na realização da ressecção discóide, bem como discutir sua indicação no tratamento da endometriose intestinal métodos: ao todo, 7 pacientes foram selecionadas para a avaliação inicial da ressecção discóide no tratamento da endometriose profunda. Todas as pacientes foram avaliadas por equipe multidisciplinar composta por ginecologistas e coloproctologistas. Todas as pacientes selecionadas eram assintomáticas do ponto de vista intestinal e já possuíam indicação de abordagem cirúrgica por focos de endometriomas extra-intestinais. As lesões intestinais foram avaliadas por colonoscopia e ressonância magnética e atendiam aos critérios de indicação por ressecção discóide relatados na literatura (até 3 cm de diâmetro e envolvendo menos de metade da circunferência da alça) resultados: a média de idade das pacientes foi de 33,7 anos. O tempo cirúrgico variou entre 156 e 240 minutos, dependendo do procedimento associado à ressecção discóide. Todas as lesões apresentavam margens livres na avaliação anátomo-patológica. A média de permanência hospitalar foi de 2,4 dias, sem intercorrências no pós-operatório imediato. Não foram relatados casos de deiscência, fístula ou complicações pós-operatórias tardias. Conclusão: a experiência inicial com a ressecção discóide de endometriose intestinal indica que o procedimento é seguro, apresentando baixo índice de complicações e permitindo a ressecção completa da lesão, desde esta possa ser englobada na área de ressecção do grameador. A aplicação do procedimento pode ser indicada inclusive em pacientes assintomáticas ou oligossintomáticas, evitando ressecções mais agressivas associadas à maior morbidade.

TL147 - LIGADURA DA ARTÉRIA RETAL SUPERIOR NA RESSECÇÃO SEGMENTAR NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL: QUAL O IMPACTO NOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS?

NIGRO R, MORY EK

1. HMSC, Hospital e Maternidade São Camilo

Introdução: a ressecção segmentar constitui hoje a principal modalidade terapêutica no tratamento da endometriose intestinal. Considerando o caráter benigno da doença, os índices de complicações relacionados às alterações da diurese, defecação e função sexual relatados na literatura encontram-se acima do desejado. Muitas dessas complicações são causadas pela lesão da inervação pélvica. Diversas técnicas de preservação dos nervos pélvico estão em estudo com resultados variáveis. O objetivo das mesmas é realizar a correta identificação e preservação dos nervos dos ligamentos útero-sacral e cardinais. Discute-se o papel da preservação das estruturas do mesorreto na prevenção das complicações pós-operatórias relacionadas às alterações urinárias e intestinais. Objetivo: avaliar a influência da ligadura da artéria retal superior e excisão do mesorreto na incidência das complicações pós-operatórias da ressecção segmentar no tratamento da endometriose intestinal métodos: levantamento de prontuário e entrevista das pacientes submetidas à ressecção segmentar vídeo-laparoscópica com ligadura da artéria retal superior por endometriose intestinal no período de fevereiro de 2007 a maio de 2009 resultados: no período, 28 pacientes foram submetidas ao procedimento. A média de idade era de 31,5 anos e tempo médio de segmento foi de 7,6 meses. Em 71,4% dos casos, houve cirurgia ginecológica complementar com ressecção de outras estruturas pélvicas. Apenas 3 pacientes apresentaram retenção urinária com necessidade de cateterização, evoluindo com resolução espontânea até a alta. Com relação a sintomas intestinais, 28,5% apresentavam queixa de obstipação previamente ao procedimento, havendo melhora de 75% dos casos após o procedimento. Não foi relatada piora dos sintomas. O procedimento apresentou 89,2% de aprovação, sendo a persistência de algum grau de dor pélvica a principal queixa. No entanto, todas as pacientes se submetiam ao procedimento novamente, caso fosse necessário. Conclusões: a ressecção segmentar vídeo-laparoscópica é um procedimento cirúrgico eficaz e seguro no tratamento da endometriose intestinal. A ligadura da artéria retal superior e excisão do mesorreto pode ser realizada sem maiores implicações na incidência de complicações pós-operatórias, desde que a cirurgia seja realizada com a devida identificação das estruturas pélvicas e por cirurgiões habilitados

TL148 - IMPACTO DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPE CIRÚRGICA NO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DOENÇA DIVERTICULAR DO SIGMÓIDE

RODRIGUES, LV1, REGADAS, FSP1, MURAD-REGADAS, SM1, SIEBRA, JAG1, KENMOTI, VT1, SURIMÁ, WS1, SOUSA, FJA1, FERNANDES, GOS2

1. UFC, Universidade Federal do Ceará 2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital Sao Carlos

Introdução: A doença diverticular acomete mais de 50% da população acima de 50 anos e aproximadamente 10-20% desses pacientes necessitarão de cirurgia durante a evolução da doença. A videolaparoscopia tem se mostrado segura no tratamento das afecções colorretais, incluindo a doença diverticular. Objetivos: Verificar se a experiência da equipe cirúrgica influencia nos resultados do tratamento videolaparoscópico da doença diverticular. Métodos: Analisou-se retrospectivamente 297 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica colorretal no período de janeiro de 1994 à dezembro de

2008, sendo distribuídos em 3 períodos com intervalo de 5 anos. Foram avaliados os portadores de doença diverticular quanto à idade, sexo, tempo operatório, conversão, complicações intra e pós operatórias relacionadas ao procedimento cirúrgico. Utilizou-se os teste Qui-quadrado e t student para análise dos resultados comparando os dados nos 3 períodos estabelecidos. Resultados: Dos 297 pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica para afecções benignas e malignas colorretais, 103 foram operados de doença diverticular. Distribuídos por períodos de 5 anos, evidenciou-se 40/99 casos operados por doença diverticular entre 1994-1998 (PI); 34/77 entre 1999-2003 (PII) e 29/121 entre 2004-2008 (PIII). Desses, 70%, 41% e 44% eram do sexo feminino (PI, PII, e PIII respectivamente). A média de idade foi 57, 57 e 56 anos; o tempo operatório médio foi 182, 185 e 209 min e o índice de conversão foi 0, 6 e 3% nos PI, PII e PIII respectivamente sem diferença estatística. As complicações intra-operatórias foram de 0, 15 e 3% nos PI, PII e PIII respectivamente com diferença estatística entre PI e PII ($p < 0.05$). As complicações pós-operatórias foram de 0, 3 e 10% nos PI, PII e PIII respectivamente, sem diferença significativa. Conclusão: Conclui-se que os resultados do tratamento laparoscópico da doença diverticular não se correlacionaram com a experiência da equipe cirúrgica nessa casuística.

TL149 - PROMONTOFIXAÇÃO DO RETO POR VIDEO-LAPAROSCOPIA

ALVES, A.C., LOPES, F.Q., CORTES, M.G.W., OLIVEIRA, T.A.N., LAMOUNIER, P.C.C.

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a abordagem videolaparoscópica do prolapso retal é considerada segura, com resultados comparáveis quanto a recorrência em relação às técnicas abertas. Observa-se ainda diminuição do tempo de internação hospitalar e retorno precoce às atividades usuais. No entanto, existem limitações ao seu emprego, devido à necessidade de equipamentos específicos e à longa curva de aprendizado. Objetivo: relato de quatro casos submetidos a promontofixação videolaparoscópica do reto. Métodos: realizamos análise retrospectiva dos dados de quatro pacientes submetidos a retopromontofixação por videolaparoscopia, de 2005 a 2008 no hospital felício rocho em belo horizonte, mg. Em todos os casos foram utilizados quatro trocateres, sendo realizada liberação do reto, com identificação do nervo sacral ou hipogástrico e preservação dos ligamentos laterais. A fixação do reto foi realizada com o emprego de material protético (tela de máxlex), em posição póstero-lateral. Resultados: a média de idade dos pacientes foi de 47 anos, sendo três do sexo feminino e um masculino. Uma paciente apresentava paraplegia após trauma raquimedular, outra apresentava depressão e a terceira lombalgia crônica em uso de bloqueio neural com corticóide. O paciente do sexo masculino não apresentava comorbidades. A média do tempo cirúrgico foi de 3 horas e 40 minutos. Três casos foram completados por videolaparoscopia, sem intercorrências per-operatórias. Em apenas um dos casos houve necessidade de incisão cirúrgica (pfannenstiel) devido a não liberação do uso de grameador laparoscópico pelo convênio. Neste mesmo paciente houve ainda pequena lesão inadvertida do reto que foi suturado manualmente. Não houve complicações cirúrgicas pós-operatórias, sendo a média de internação hospitalar de 3,5 dias. Não houve recorrência do prolapso retal até o momento. Todos negaram incontinência fecal e disfunção sexual ou urinária no pós-operatório. Em uma paciente tornou-se evidente um prolapso uterino e está em preparo para correção cirúrgica. Duas pacientes referiram piora da constipação intestinal após a cirurgia, com necessidade do uso de laxativos para evacuar. Uma delas é paraplégica há cerca de 30 anos e ambas já apresentavam constipa-

ção pré-operatória. Conclusões: a promontofixação videolaparoscópica do reto nos casos analisados associa-se a baixa morbidade e nenhuma recorrência até o momento.

TL150 - N.O.S.E "NATURAL ORIFICE SPECIMEN EXTRACTION" EM RETIRADA DO RETOSSIGMÓIDE EM ENDOMETRIOSE INTESTINAL. UMA ALTERNATIVA A SER CONSIDERADA

SAGAE, U.E., LIMA, D.M.R., SAGAE, L.M.T., TANAKA, T.M., BONATTO, M.W., TSUCHIYA, R.S., CARVALHO, C.A., CAVALLI, N.

1. UNIOESTE, Universidade Estadual do Oeste Do Parana

Introdução: avanço da cirurgia minimamente invasiva por laparoscopia associado às cirurgias através dos orifícios naturais (notes) e extração das peças cirúrgicas por orifícios naturais (nose) vem ganhando destaque. A grande discussão é a sua exequibilidade com segurança, custos e vantagens. Órgãos como o retossigmóide, útero, vagina e ânus estão tão próximos e algumas doenças como endometriose pode acometer estes dois sistemas. Os autores estão propondo a junção do conhecimento de ambas as especialidades para o tratamento cirúrgico, inclusive na retirada da doença por um mesmo orifício, a vagina. Objetivos: relatar a experiência de vinte casos de pacientes com endometriose no retossigmóide, submetidas à retossigmoidectomia via vaginal e laparoscópica, e demonstrar que a extração da peça por orifício natural (nose - natural orifice specimen extraction) é uma alternativa cirúrgica a ser considerada em casos selecionados. Método: vinte pacientes com consentimento informado portadoras de endometriose no retossigmóide com indicação cirúrgica de ressecção foram submetidas à laparoscopia, extração da peça por via transvaginal e anastomose mecânica pela técnica de duplo grampeamento com reforço de sutura manual em 19 casos. Todas as anastomoses foram extra peritoneais e sem ostomia protetora. Foram analisados os parâmetros como dor, fístulas, tempo cirúrgico, tempo de internamento, além do resultado estético. Resultado: tempo médio cirúrgico foi de 185 minutos; tempo de internamento de 3,8 dias. Não houve complicação intra-operatória. Um caso (5%) de fístula retovaginal necessitou reoperação e ostomia protetora para solução da complicação; dois casos (10%) de estenose da anastomose foram resolvidos com uma sessão de dilatação; uma paciente (5%) persistiu com sintomas proctológicos de tenesmo e puxo e 19 pacientes (95%) relataram melhora significativa das queixas digestivas, num segmento médio de 24 meses. Conclusão: o acesso vaginal assistido por laparoscopia (nose) com anastomose mecânica na endometriose do retossigmóide é factível, obtendo-se bons resultados, baixa incidência de complicações e com a vantagem de evitar a mini incisão.

TL151 - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DO SERVIDOR ESTADUAL DE SÃO PAULO EM CIRURGIA COLORRETAL VIDEO-LAPAROSCÓPICA REALIZADAS POR RESIDENTES E ORIENTADOS POR ASSISTENTES COM GRANDE EXPERIÊNCIA NA TÉCNICA.

PEDROSO, M.A., MENDES, G.N., JUNIOR, A.B., LUPINACCI, R.A., FERREIRA, L.A., FERREIRA, J.M.

1. HSPE, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

A cirurgia colorretal videolaparoscópica cada vez mais mostra a sua segurança com uma opção de acesso cirúrgico. Com a padronização da técnica cirúrgica colorretal videolaparoscópica e com a orientação de assistentes experientes com a técnica a curva de aprendizado dos residentes pode ser aprimorada. Neste trabalho reportamos a experi-

ência de 100 casos de cirurgias colorretais videolaparoscópicas realizadas entre 2007 e 2009 com os seus resultados cirúrgicos.

TL152 - ENDOMETRIOSE INTESTINAL – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO POR ACESSO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO

BECHARA CS1, LACERDA-FILHO A2, NEIVAAM1, LUZ MMP1, GOMES DA SILVAR1

1. IAG-UFMG, Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto A12. HFR, Clínica Coloproctológica do Hospital Felício Rocho

Introdução: a incidência de endometriose intestinal varia de 5,3% a 12%, sendo o reto e o retossigmoides afetados em 70% a 93% dos casos. O tratamento medicamentoso tende a ser ineficaz ou temporário, com uma taxa de recidiva de até 76%. As opções cirúrgicas incluem ressecção segmentar ou em disco, sendo que a abordagem laparoscópica tem demonstrado ser segura e eficaz. Objetivo: avaliar os resultados dos primeiros casos de tratamento cirúrgico por acesso vídeo-laparoscópico de endometriose intestinal métodos: análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de endometriose intestinal no período de junho de 2006 a abril de 2009. Foram analisados dados referentes a idade, paridade, sintomatologia apresentada previamente à cirurgia, distribuição das lesões e complicações pós-operatórias. Resultados: quinze pacientes foram incluídas na revisão. A idade das pacientes variou de 27 a 48 anos (média de 35,3). Cinco pacientes já tinham tido filhos (30%). Os principais sintomas pré-operatórios foram: dor abdominal em 14 (93,3%), tenesmo em 10 (66,6%) e eliminação de sangue via anal durante período menstrual em uma paciente (6,66%). O exame anátomo-patológico confirmou a presença de endometriose profunda (invasão de muscular do cólon) em 100% dos casos. A ressecção segmentar foi realizada em todas as pacientes e ileostomia de proteção foi confeccionada em 2 pacientes (13,3%) com anastomose colorretal baixa. O reto estava acometido em 12 pacientes (80%) e o sigmoides em 11 (73,3%). Em uma paciente foi observado acometimento do apêndice vermiforme e do íleo terminal (6,66%). Colectomia parcial foi realizada em uma paciente (6,66%); histerectomia em 2 pacientes (13,3%) e exérese de implantes no ovário em 3 pacientes (20%). A incidência de complicações precoces foi 6,66%, correspondendo a formação de seroma na ferida operatória em um caso. A incidência de complicações tardias foi 13,3%, sendo que uma paciente apresentou estenose da anastomose e uma paciente apresentou obstrução intestinal por bridas. O tempo de internação variou de 2 a 5 dias (média de 3,4 dias). Até o tempo de seguimento atual, não observamos recidiva da doença em nenhum caso. Conclusões: pode-se concluir que a endometriose intestinal pode ser tratada por via laparoscópica com baixa morbidade; a ressecção segmentar parece ser segura e eficaz em prevenir a recidiva da doença.

TL153 - DIFERENÇAS ENTRE OS SÍTIOS DE EXTRAÇÃO DA ESPÉCIME CIRÚRGICA NA COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA DA LUZ MOREIRA A., ROTTOLI M., GEISLER D., VOGEL J., KIRAN R.

1. CCF, Cleveland Clinic

Introdução: a espécime cirúrgica pode ser extraída de diferentes maneiras na colectomia laparoscópica. Poucos estudos compararam as complicações relacionadas aos diferentes tipos de incisão. Objetivo: as complicações de ferida operatória foram comparadas entre os diferentes sítios de extração da espécime cirúrgica na colectomia laparoscópica. Método: pacientes submetidos a colectomia

laparoscópica entre 2004 e 2008 foram analisados. Pacientes com hernia incisional prévia, casos convertidos para cirurgia aberta e reoperados em 30 dias foram excluídos. Conversão para cirurgia aberta foi definida como incisão cirúrgica maior que 8cm. Foram coletados: dados demográficos, comorbidades, índice de massa corporal, diagnóstico, uso de corticóides, cirurgia abdominal prévia, sítio de extração (transversa, mediana ou pfannenstiel), tipo e duração da cirurgia, perda sanguínea estimada, criação de estoma e uso de protetor de ferida ou portal para “hand-assisted laparoscopy” (hal). Um modelo de regressão logística foi utilizado para avaliar a associação independente das variáveis com infecção de ferida e hérnia incisional. Resultado: 598 pacientes foram incluídos neste estudo. Destes, 326 (54%) eram mulheres e a idade mediana foi de 54 (10-93) anos. Em 339 (57%) pacientes a espécime cirúrgica foi extraída por uma incisão mediana, em 185 (31%) por incisão de pfannenstiel e nos 74 (12%) pacientes remanescentes a extração se deu por incisão transversa. O tamanho mediano das incisões foi de 5 (3-8) cm. Após um seguimento mediano de 12,1 (1,2 – 58,4) meses as taxas de infecção de ferida e de hérnia incisional foram de 11,2% e 5,5% respectivamente. Obesidade ($p < 0,01$), idade ($p = 0,03$), infecção de ferida ($p = 0,01$) e extração por incisão mediana ($p = 0,02$) foram os fatores de risco independentes para a ocorrência de hérnia incisional. Obesidade foi o único fator de risco independente associado a infecção de ferida ($p = 0,02$). Uso de portal para “hal” ($p = 0,07$), sítio de extração ($p = 0,03$), ou a utilização de protetor de ferida ($p = 0,04$) não afetaram as taxas de infecção de ferida. Conclusão: enquanto a taxa de infecção de ferida operatória não foi afetada pelos diferentes sítios de extração, hérnias incisionais foram significativamente mais comuns em pacientes que tem espécimes extraídas por incisões medianas.

TL154 - HEPATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DE METÁSTASE COLORRETAL – RELATO DE CASO

RIBEIRO, M.A.1, AQUINO, C.G.G.1, GOMES, C.M.C.N.2, GALLO, A.S.1, FERREIRA, F.G.1, KOSZKA, A.J.M.1, SANTOS, M.F.1, SZUTAN, L.A.1

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo2. ISCMSP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Nos últimos dez anos os procedimentos laparoscópicos apresentaram avanços importantes. Praticamente todos os procedimentos são factíveis pela videolaparoscopia. Entretanto, alguns procedimentos ainda não são realizados rotineiramente em nosso meio. Nos últimos anos houve um melhora importante nos resultados de sobrevida dos pacientes com metástase colorretal devido aos melhores resultados das hepatectomias e a melhoria da quimioterapia. Muitos grupos já apresentam sobrevidas de mais de 50% em 5 anos, e alguns já analisam resultados de 10 anos. Contudo o real papel das ressecções videolaparoscópicas das metástases ainda não está completamente esclarecido. No grupo de fígado e hipertensão portal de nossa instituição realizamos, no período de maio de 2008 a maio de 2009, cinco ressecções laparoscópicas, sendo apenas um caso de paciente com metástase colorretal, motivo do presente relato. Paciente do sexo masculino, 35 anos, no pós-operatório 1 ano de retossigmoidectomia apresentou metástase hepática em segmento ii e iii, submetido a segmentectomia lateral esquerda videolaparoscópica sem intercorrências. A peça cirúrgica foi retirada através de incisão mediana infra-umbilical (sobre incisão prévia). Não apresentou complicações pós-operatórias. Apresentou metástase pulmonar, sendo submetido à ressecção sem intercorrências. Encontra-se hoje no pós-operatório 1 ano da ressecção hepática, assintomático e sem sinais de recidiva da doença.

TL155 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 504 COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

OLIVEIRA, R.G., FARIA, F.F., LIMA-JÚNIOR, A.C.B., RODRIGUES, F.G., BRAGA, A.C.G., CONSTANTINO, J.R.M., SILVA, I.G., CRUZ, G.M.G.

1. SCBH, Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: a colonoscopia é um método consagrado no diagnóstico e terapia de afecções colorretais e de íleo terminal. A partir de junho de 2008, foi inaugurado o serviço de colonoscopia do centro de especialidades médicas da santa casa de belo horizonte, composto pelos membros do grupo de coloproctologia da mesma instituição. São realizados exames da rede pública municipal, com média de 50 exames mensais. Após 1 ano de experiência do serviço, foi feita uma análise dos exames realizados. **Objetivo:** promover uma análise retrospectiva de 504 colonoscopias ambulatoriais, realizadas no período de junho de 2008 até maio de 2009, no centro de especialidades médicas da santa casa de belo horizonte. **Método:** foram selecionados os laudos de 504 colonoscopias realizadas em caráter ambulatorial, no período de junho de 2008 a maio de 2009, e analisadas as variáveis, como perfil do paciente, indicação da colonoscopia, profissional solicitante, qualidade do preparo, achados colonoscópicos e anatomopatológico de biópsias realizadas. **Resultados:** 26% dos pacientes tinham faixa etária entre 51 e 60 anos, e dois terços dos mesmos eram do sexo feminino. Oitenta por cento dos exames foram solicitados pelo grupo de coloproctologia da santa casa de belo horizonte. As principais indicações foram hemorragia digestiva baixa (13%) e controle pós-operatório de neoplasia colorretal (12%). O preparo foi considerado adequado em 71% dos casos. Atingiu-se o ceco em 88% dos exames. Vinte e seis por cento dos exames foram normais. Os achados principais foram pólipos (28%) e diverticulose (24%). A maioria dos pólipos identificados eram menores que um centímetro e diagnosticados como adenomas com displasia de baixo grau ao exame histopatológico. Não foi constatada nenhuma complicação pós-colonoscopia. Os dados obtidos foram comparados a estatísticas de outros serviços, sendo semelhantes em múltiplos aspectos. **Conclusão:** a amostra populacional avaliada no presente estudo é condizente com demais trabalhos, no que diz respeito a queixas clínicas que indicam a investigação colonoscópica, os achados colonoscópicos e os respectivos anatomopatológicos de biópsias realizadas. Nota-se a aceitável qualidade dos exames realizados pelo grupo de coloproctologia da santa casa de belo horizonte, baseando-se no nível colônico atingido. Além disso, os métodos de preparos colônicos são aceitáveis, dado ao grau de limpeza atingido pelos mesmos.

TL156 - AVALIAÇÃO COMPARATIVA DE PREPARO INTESTINAL PRÉ-COLONOSCOPIA COM LACTULOSE A 8% E PICOSSULFATO DE SÓDIO - ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DE 200 CASOS - ANÁLISE PRELIMINAR DE 70 CASOS

OLIVEIRA, R.G., FARIA, F.F., LIMA-JÚNIOR, A.C.B., RODRIGUES, F.G., NEVES, P.M., FERREIRA, R.M.R.S., LANNA, D., CRUZ, G.M.G.
1. SCBH, Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: a colonoscopia é atualmente considerada o exame padrão-ouro para avaliação do cólon e íleo terminal, com objetivos diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, é um exame que exige preparo, o que traz insatisfação e riscos ao paciente. Dentre os preparos já utilizados, destacam-se a lactulose e picossulfato de sódio. Não existem estudos na literatura comparando ambas as substâncias, sendo este um estudo-piloto. **Objetivo:** realizar uma análise preliminar dos primeiros 70 pacientes do estudo comparativo randomizado, ainda em

andamento, entre lactulose e picossulfato de sódio no preparo intestinal para colonoscopia em 200 pacientes. **Método:** 200 pacientes com indicação de colonoscopia eletiva foram selecionados, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, e distribuídos de forma aleatória e randomizada em 2 grupos de preparo intestinal (grupo 1: lactulose; grupo 2: picossulfato de sódio). O colonoscopista não teve acesso ao preparo realizado, sendo posteriormente submetido a um questionário com as variáveis a serem analisadas, dentre elas a qualidade do preparo e comodidade do paciente ao uso do mesmo, sintomas durante e após o preparo e satisfação do colonoscopista com o resultado obtido com o preparo. Tal estudo encontra-se em andamento, sendo, portanto, analisados os 70 primeiros casos de forma preliminar. **Resultados:** a idade média foi de 57,8 anos, sendo 60% do sexo feminino, e 65,7% com primeiro grau incompleto. Lactulose foi usada em 45,7% dos exames, e picossulfato de sódio em 54,3%. A aceitação foi maior com o uso de picossulfato de sódio (79% x 71%). O sintoma mais prevalente entre os 2 tipos de preparo foi cólica abdominal (19,8% dos casos), assim como no uso de picossulfato de sódio (28,9%). Já com o uso de lactulose, vômito foi mais prevalente (28,1% dos casos). Os achados endoscópicos não interferiram de forma significativa no resultado do preparo realizado. O uso de lactulose proporcionou melhor preparo intestinal (75% x 55,3%). O grau de satisfação do colonoscopista foi maior com o uso da lactulose (81,3% x 68,4%). **Conclusão:** o uso de lactulose e do picossulfato são aceitáveis para o preparo intestinal para colonoscopia, com grau de limpeza e satisfação do colonoscopista adequados. Neste estudo, há uma tendência para melhores resultados com o uso da lactulose, porém com menor tolerância. Entretanto, devido ainda a uma pequena amostra analisada, qualquer conclusão a respeito do mesmo pode ser precoce.

TL157 - A CONCENTRAÇÃO DE LACTULOSE NO PREPARO INTESTINAL ALTERA SUA QUALIDADE E TOLERABILIDADE?

FORMIGA, F.B., ROCHA, K.G., CRUZ, S.H.A., FONOFF, A.M., CANDELÁRIA, P.A.P., FANG, C.B., CAPELHUCHNIK, P., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: A busca do melhor preparo de cólon para realização de colonoscopia, que seja eficaz, simples e com boa tolerabilidade é ainda um desafio. **Objetivos:** Comparar a eficácia do preparo intestinal e tolerabilidade da solução de lactulose a 10% versus 13% para colonoscopia. **Métodos:** Dois grupos historicamente distintos, realizaram exame colonoscópico com avaliação prospectiva de tolerabilidade (náuseas, vômitos e cólicas) e qualidade do preparo (excelente, boa, regular e má). O grupo A com 176 pacientes que realizaram exame entre fevereiro de 1993 a janeiro de 1996 usando lactulose a 10% e o grupo B avaliado pela mesma equipe e com os mesmos critérios, com 123 pacientes entre março e junho de 2009 usando lactulose a 13%. **Resultados:** O grupo A apresentou preparo excelente e bom em 84,04% enquanto o grupo B em apenas 67,47% com $p < 0,0003$. O número de exames inconclusivos por mau preparo foi semelhante entre os grupos: 3,98% no grupo A e 2,43% no grupo B. Quanto a tolerabilidade, os grupos se mostraram semelhantes com 31,82% dos pacientes do grupo A e 28,45% do grupo B apresentando algum sintoma ($p=0,26$). Porém o fato da quantidade de volume ingerida pelo grupo B ser menor (620mL versus 1000mL do grupo A), proporcionou menos náuseas e vômitos: 40,9% no grupo A e 12,19% no grupo B. **Conclusões:** A concentração de lactulose altera o preparo intestinal. Há menor eficácia para a concentração a 13% do que a 10%, devido ao menor efeito mecânico da primeira solução. A tolerabilidade geral é mantida, mas o preparo de menor volume supera o quadro emético.

TL158 - ELETROCOAGULAÇÃO BIPOLAR NO TRATAMENTO DA PROCTITE ACTÍNICA: TRABALHO PROSPECTIVO
SILVA, E.J., GONÇALVES, S.O., FERRÃO, H.M., GOMES, M.A.P., LINS, R.R., ALMEIDA, E.

1. HSE, Hospital dos Servidores do Estado

Introdução: sangramento anal por proctossigmoidite actínica ocorre em 15 % dos pacientes submetidos à radioterapia para tratamento de neoplasias malignas da pelve. Objetivo: analisar o desempenho da eletrocoagulação bipolar no tratamento deste sintoma. Métodos: trabalho prospectivo com 20 pacientes portadores de sangramento por proctossigmoidite actínica submetidos a sessões consecutivas de eletrocoagulação bipolar. Critério de inclusão: sangramento crônico não controlado por meios clínicos, múltiplas telangiectasias e colonoscopia completa. Analisamos idade, tempo de aparecimento dos sintomas após radioterapia, extensão da doença, número de sessões necessárias, índice de cura endoscópica e do sangramento. Confrontamos o desempenho do plasma de argônio tendo por base a literatura. Qui-quadrado foi usado para avaliar números absolutos. $P < 0,05$ foi considerado significativo. Resultados: 20 pacientes com câncer, 14 homens (próstata) e 6 mulheres (colo do útero). Faixa etária em anos 72+/-8, variando de 48 (útero) a 84 (próstata). Tempo do início dos sintomas em meses 15+/-8, mínimo de 2, máximo 24. Extensão da doença em centímetros, 14+/-8 sendo a mínima 6 e máxima 40. Resolução endoscópica e clínica em 17 (85%), número de sessões 4+/-2, com o mínimo de 1, útero, máximo de 6 para próstata. Complicações: úlcera 4 (20%), estenose 2 (10%). Seguimento variando de 3 meses a 1 ano. Consultando a literatura internacional encontramos um pool de 158 pacientes tratados com plasma de argônio com desempenho terapêutico de 142 (89,8%) $p > 0,05$. Conclusões: eletrocoagulação bipolar é método eficaz e seguro tendo eficácia comparável ao tratamento com plasma de argônio.

TL159 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE 365 DOENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

OLIVEIRA, A.C., SILVA, A.F., FONSECA, F.E., ARAKAKI, K.S., MACHADO, S.P.G., GONTCHAROW, S., MANZIONE, C.R., VILARINO, T.C.

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal - São Paulo

Objetivo: avaliar as possíveis fontes de sangramento de doentes, com queixa de sangramento digestivo baixo, com exames colonoscópicos. Material e método: avaliação dos laudos dos exames colonoscópicos de 365 doentes com queixa de hematoquesia ou de enterorragia, comparando os achados endoscópicos de acordo com o volume de sangramento, o sexo e a idade dos doentes. Eram 235 mulheres (64,4%) e 130 homens (35,6%) com idade média de 59,3 anos (extremos entre 9 e 93 anos), sendo que 132 referiram enterorragia (36,2%) e 223 apresentaram hematoquesia (63,8%). O exame proctológico inicial não revelou a fonte do sangramento. Resultados: os exames foram normais em 121 doentes (33,1%), 108 apresentavam pólipos (29,6%), 102 com divertículos (28%), 50 com tumor (13,7%), 24 com doenças inflamatórias do intestino (6,6%) e 11 com angiodisplasia (3%). Havia mais que uma lesão em 48 doentes (13,1%). Entre os achados mais frequentes quando a queixa foi hematoquesia observamos: pólipos (34,5%) e exame normal (32,3%). Nas enterorragias, os divertículos (41,3%) e o exame normal (33%) foram os mais comuns. A relação achado/média etária revelou que o grupo mais jovem foi o dos que apresentavam doenças inflamatórias (46 anos) e o dos mais idosos foi o dos portadores de divertículos (66,5 anos). A avaliação estatística mostrou que as doenças diagnosticadas diferiram conforme o volume do sangramento ($p > 0,01$), além disso, os pólipos foram mais diagnos-

ticados entre os homens ($p > 0,005$) e com as outras doenças não houve diferenças de incidência quanto ao gênero. Conclusão: os resultados aferidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que as possíveis fontes de sangramento digestivo baixo variaram conforme o volume de sangramento e a idade dos doentes.

TL160 - EXAMES COLONOSCÓPICOS NO SEGUIMENTO EM 50 PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

GHORAYEB, N.M., MANZIONE, C.R.

1. CMN, Clínica Manzione Nadal

O objetivo do nosso estudo é apresentar os aspectos endoscópicos de 50 portadores de doenças inflamatórias intestinais acompanhados em clínica particular e submetidos a exames colonoscópicos para seguimento. Método: trata-se de 36 doentes de recotocolite ulcerativa inespecífica e 14 de doença de Crohn dos cólons, em acompanhamento desde 1998. São 36 mulheres com média etária de 40,7 e 51 anos, respectivamente, com doença de Crohn e retocolite ulcerativa, e 14 homens com média de idade de 58,7 e 49,6 anos, respectivamente, entre aqueles com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Os exames colonoscópicos foram feitos seis e 12 meses após o início do tratamento. Avaliamos a distribuição quanto à idade, o mapeamento cólico durante primeiro exame colonoscópico e a distribuição da extensão das lesões comparando homens e mulheres, para cada doença, além da evolução com o tratamento medicamentoso proposto em comparação com a distribuição das lesões no cólon e reto. Resultados: a ocorrência por idade mostrou curva com pico na sexta década na retocolite ulcerativa e dois picos, na quarta e sexta décadas na doença de Crohn. Na retocolite ulcerativa, o comprometimento cólico foi mais frequentemente universal nos homens e no cólon esquerdo nas mulheres ($p > 0,05$). Não houve diferença entre os sexos na doença de Crohn, nem em relação à distribuição das lesões. No primeiro exame de controle, não observamos melhora do quadro endoscópico, apesar da melhora dos sintomas. No segundo exame observamos o seguinte: o tratamento foi mais efetivo entre os portadores de apenas retite na retocolite ulcerativa, quando comparados àqueles com colite esquerda ou colite universal ($p > 0,05$) apenas três (8,3%) doentes de retocolite não apresentaram melhora do quadro inicial, todos com colite universal, sendo que 16 (44,4%) apresentaram remissão total e 17 (47,2%) referiram remissão parcial do quadro endoscópico. Entre os doentes de Crohn, 12 (85,7%) apresentaram melhora dos sintomas e remissão parcial do quadro endoscópico. Conclusão: baseados em nossos resultados concluímos que o quadro endoscópico somente apresentou melhora após um ano do início do tratamento, que nossos doentes masculinos tiveram mais retocolites ulcerativas com distribuição universal, que a colite esquerda foi mais comum entre as mulheres e a doença na forma de retite teve melhor evolução que nas demais formas.

TL161 - ANÁLISE DE 467 ADENOMAS COLORRETAIS IDENTIFICADOS EM EXAMES COLONOSCÓPICOS

SOUZA, GRMR, MACHADO, SPG, GONTCHAROW, S, MANZIONE CR, MICHELS, R, RIBEIRO JGS, ALMEIDA, MG, VILARINO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal

Objetivo: avaliar os achados dos exames colonoscópicos realizados para rastreamento de pólipos colorretais e para seguimento pós-polipectomia, comparando-os com os da literatura. Método: análise dos laudos dos exames colonoscópicos e dos histopatológicos dos adenomas colorretais dos 467 adenomas ressecados em 386 exames colonoscópicos realizados entre 2004 e 2008. Eram mulheres em sua

maioria (65,8%) e com média etária acima dos 50 anos. As indicações mais frequentes foram: controle pós-polipectomia em 37,3%; rastreamento para carcinoma colorretal, em 19,7%; sangramento digestivo baixo, em 18,9%; e alteração do hábito intestinal, em 10,1%. Resultados: nos exames para seguimento observamos novos adenomas em 50% dos doentes. Os pólipos eram isolados em 64,2%; dois em 18,9%, três ou mais em 16,9%. As lesões localizavam-se no hemcólon esquerdo em 64,9% e no direito em 35,1%. As lesões eram sésseis em 80,9%. O tamanho das lesões foi de até 5 mm, em 66,1%; entre 6 e 10 mm, em 16% e maior que 10 mm em 17,9%. Conclusão: concluímos que nossa casuística de adenomas colorretais está de acordo com a literatura: pólipos pequenos e sésseis, maior incidência acima dos 50 anos e localização preferencialmente distal,

TL162 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA RETITE ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP

CAMARGO, M.G., RAMOS, A.P., OLIVEIRA, P.S.P., MORELLI, U., LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.A., FAGUNDES, J.J., COY, C.S.R.
1. UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas

Introdução: a retite actínica é uma complicação da radioterapia para o tratamento de neoplasias malignas pélvicas. O sangramento da retite actínica pode ser de difícil controle clínico, levando a anemia e transfusões sanguíneas. Objetivo: avaliar os resultados da aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da retite actínica hemorrágica. Pacientes e métodos: de fevereiro de 2008 a maio de 2009, foi realizado estudo prospectivo que incluiu 18 pacientes portadores de retite actínica, sendo 8 homens e 10 mulheres. A idade média dos pacientes foi de 63,83 anos completos (variando entre 47 e 81). Quanto à neoplasia de base, todos os homens eram portadores de câncer de próstata. Por sua vez, 6 mulheres eram portadoras de câncer de colo uterino, 3 de neoplasia de endométrio e 1 de câncer de bexiga. Todos os pacientes apresentavam sangramento intermitente ou diário, sendo que 5 deles haviam necessitado de transfusões sanguíneas. O início dos sintomas ocorreu, em média, após 18,15 meses de radioterapia (variando entre 6 e 48 meses). A dose radioterápica prévia foi média de 74,38gy (variando entre 61 e 84,4). Foi utilizada a classificação endoscópica de sherman (graus i a iv), sendo que 6 pacientes eram portadores de retite actínica grau i, 6 pacientes de grau ii, e 6 pacientes de grau iii. O tratamento foi realizado com periodicidade mensal, utilizando fluxo de 2l/min, potência de 40w e pulso de 0,5s. Resultados: todos os pacientes melhoraram com o tratamento, sendo que em um deles foi necessária a complementação com aplicação tópica de formalina. Uma média de 1,72 sessões foi necessária para o alívio de sintomas, variando de 1 a 3. Após o término do tratamento, 7 pacientes não apresentaram mais sangramento, enquanto 11 mantiveram ocasionais ou raros sangramentos. Nenhum paciente necessitou de transfusões sanguíneas adicionais após o tratamento. Para uma paciente, foi indicada retossigmoidectomia devido a estenose sintomática de sigmóide, prévia ao tratamento endoscópico. O tempo de seguimento médio foi de 6,39 meses (variando entre 1 e 15). O procedimento foi bem tolerado pelos pacientes, sem complicações significativas. Conclusão: a aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da retite actínica hemorrágica é um método seguro, bem-tolerado e eficaz.

TL163 - COLONOSCOPIA EM CRIANÇAS COM ENDOSCÓPIO CONVENCIONAL – CASUÍSTICA INICIAL

RODRIGUES LV, SIEBRA JAG, REGADAS FSP, MURAD-REGADAS SM, SURIMÁ WS, SOUSA FJA, KENMOTI, BUCHEN GM
1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio UFC

Introdução: a colonoscopia e um exame importante no diagnóstico de várias afecções cólicas. Possibilita ainda procedimentos terapêuticos como polipectomia, remoção de corpos estranhos e outros. Objetivos: analisar colonoscopias com endoscópio convencional em crianças. Métodos: foram avaliados retrospectivamente os laudos de exames de colonoscopia realizados no hospital albert sabin em fortaleza - ce, no período de jan/2008 – jan/2009, em crianças até 15 anos. Foram avaliados idade, sexo, preparo dos cólons, indicações e achados dos exames. Resultados: foram analisados 31 colonoscopias, sendo 22(71%)pacientes do sexo masculino e 09(29%) do sexo feminino. A idade variou de 09 meses a 15 anos, sendo a média de 6,7 anos. As indicações foram hematoquezia(61%), diarreia com sangue(16%), diarreia crônica(09%)e outros(12%). O manitol foi utilizado em 29(93%) pacientes, sendo o preparo considerado bom em 25(81%) dos casos. O exame foi completo em 21(68%) pacientes. A colonoscopia foi normal em 11(35%) pacientes. Os achados mais frequentes foram colite segmentar 08(26%) e pólipos 06(19%). Foram realizadas polipectomias endoscópicas em todos os pólipos encontrados. Não foi evidenciado complicações. Conclusão: a colonoscopia com endoscópio convencional é factível em crianças. A hematoquezia foi a principal indicação do exame e a colite segmentar o achado mais frequente.

TL164 - ACOMPANHAMENTO ENDOSCÓPICO COM MAGNIFICAÇÃO EM PORTADORES DE RCUI DE LONGA EVOLUÇÃO - CORRELAÇÃO DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS

OLIVEIRA, PSP, STAUT, JG, CAMARGO, MG, LEAL, RF, AYRIZONO, MLS, FAGUNDES, JJ, COY, CRS
1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: O risco aumentado de desenvolvimento de neoplasia nos paciente portadores de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) torna mandatória a realização de colonoscopia anual nos doentes com mais de 8 anos de evolução. Com as opções disponíveis para aumentar a acurácia diagnóstica, como a colonoscopia com magnificação associada a cromoscopia convencional ou digital é possível proporcionar um melhor método diagnóstico e maior segurança para a condução do caso. Objetivos: Demonstrar os achados endoscópicos correlacionados com a histopatologia das alterações encontradas nos exames realizados em pacientes com RCUI no Gastrocentro-UNICAMP. Métodos: Estudo retrospectivo das colonoscopias com magnificação realizadas no Serviço entre março de 2003 e maio de 2009 em portadores de RCUI. Utilizou-se a classificação de Kudo para a identificação do padrão de cripta. Resultados: Foram realizados 239 exames no Serviço sendo 49 (20,5%) em doentes com RCUI e foram selecionados 22 pacientes com mais de 8 (8-21)anos de evolução submetidos a colonoscopia com magnificação e cromoscopia convencional ou digital, com idade média de 54,5 (35-77)anos, sendo 13 (59%) do sexo feminino. Onze apresentavam pancolite e 11 acometimento restrito ao cólon esquerdo e reto. Dezesesseis exames foram realizados com o colonoscópio com magnificação Olympus CF200Z e 6 exames com Fujinon EC490ZW. Dentre os exames com magnificação e cromoscopia com corantes, 5 apresentaram padrão de cripta tipo inflamatório, com histopatológico de colite crônica ativa em 4, processo inflamatório crônico em um e em outro, cujo exame não foi completo por estenose no sigmóide (com suspeita de neoplasia no laudo), adenocarcinoma. O padrão IV (classificação de Kudo) foi encontrado em um (adenoma pela histopatologia), IIII em 3 (2 pólipos hiperplásicos e 1 adenoma), 6 padrão I-II (4 processo inflamatório crônico e 1 colite crônica leve) e um exame com ausência de padrão

(V) adenocarcinoma diagnosticado pelo exame histopatológico. Com o emprego da cromoscopia digital, dois exames revelaram aspecto inflamatório (processo inflamatório crônico a histologia), 2 padrão III (pólipos hiperplásicos) e os outros 2 padrão II (um pólipó hiperplásico e outro pseudopólipó inflamatório). Conclusão: O emprego da cromoscopia associada a magnificação pode contribuir para a acurácia diagnóstica nas lesões displásicas e neoplásicas em portadores de RCUI.

TL165 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES POSITIVA: ACHADOS COLONOSCÓPICOS EM 53 PACIENTES
KOTZE, P.G., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., STECKERT FILHO, A., ARRUDA, A.

1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia - Hospital Universitário Cajuru

Introdução: o carcinoma colorretal apresenta elevada incidência, com significativas taxas de morbi-mortalidade. Existem estratificações de risco para sua manifestação, tais como história familiar, presença de pólipos, idade avançada, entre outros. Na tentativa de melhorar o prognóstico destes pacientes, a pesquisa do sangue oculto nas fezes é um exame preventivo, pela teoria de que os pólipos podem sangrar intermitentemente. É um exame simples, barato, que pode facilitar a detecção de lesões pré-malignas em pacientes assintomáticos. Objetivo: correlacionar os resultados encontrados na colonoscopia de pacientes que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes cujo resultado foi positivo. Analisar o índice de exames de colonoscopia normais encontrados, e compará-lo com a literatura. Método: estudo retrospectivo realizado entre janeiro de 2007 e maio de 2009, com pacientes que apresentaram pesquisa de sangue oculto positiva e realizaram colonoscopia complementar. Variáveis analisadas: sexo, idade, história familiar de câncer colorretal e os achados colonoscópicos. Resultados: dos 53 pacientes analisados, 36 (65,5%) eram mulheres e 17 (30,9%) homens. A média de idade foi 59,9 anos (entre 20 e 80 anos). A história familiar de câncer colorretal foi positiva em 8 pacientes (15,1%). A colonoscopia foi normal somente em 13 pacientes (24,5%). Nas 40 colonoscopias restantes identificaram-se 51 alterações. Dentre os principais achados colonoscópicos destacam-se: pólipos (n=26/51%, doença diverticular (n=18/35,3%), ectasias vasculares (n=2/4%) e neoplasia de cólon direito em 1 paciente (2%). Conclusões: o método de pesquisa de sangue oculto é alternativa viável na investigação inicial para pesquisa de carcinoma colo-retal. A alta incidência de pólipos, e a neoplasia encontrada nos pacientes desta série, provam a importância deste exame e da complementação com colonoscopia sempre que positivo.

TL166 - SEGURANÇA E EFICÁCIA DA SEDAÇÃO NA COLONOSCOPIA

CARVALHO, MP, CANDELARIA, PAP., KLUG, WA.

1. ISCMSP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: a colonoscopia é realizada rotineiramente com sedação moderada a profunda, contudo há o risco de complicações cardiorrespiratórias com o uso dos agentes sedativos. As experiências de alguns centros mostram que a sedação com baixas doses é tão segura quanto a realização do exame sem sedação, reduzindo episódios de queda na saturação arterial de oxigênio, e reduzindo o tempo de recuperação pós-sedação. Objetivo: avaliar a segurança do uso de sedação nos pacientes submetidos à colonoscopia bem como a eficiência dos fármacos utilizados no controle da dor. Método: 199 pacientes submetidos a colonoscopia no serviço da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, foram avaliados prospectivamente quanto a dose de sedação

total utilizada, saturação arterial, escore de dor estimada por um observador independente e o relatado pelo paciente. Estes pacientes recebiam uma dose inicial de midazolam entre 0,03mg/kg a 0,05mg/kg e petidina entre 0,3 e 0,5mg/kg, em função da idade com suplementações conforme necessário. Resultados: dos pacientes submetidos à sedação, 81,1% não referiram dor ou referiram desconforto mínimo durante o exame, porém, 34% tiveram escores de dor de moderado a alto, estimados por observador. O uso da sedação provocou redução na saturação arterial, e esta foi maior quanto maior a dose do midazolam (p=0.015) e não houve relação com a dose da dolantina. No entanto em 95,5% dos pacientes os níveis de saturação periférica de hemoglobina se mantiveram acima de 90% durante todo o exame. Conclusão: o uso de baixa dose inicial de midazolam e dolantina com doses suplementares quando necessário, obteve controle suficiente da dor durante colonoscopia com satisfação para o paciente. Provavelmente parte deste resultado se dá em função do efeito amnésico deste fármaco. Foram mantidos níveis seguros de saturação arterial durante colonoscopia e rápida recuperação após exame.

TL167 - COMPARAÇÃO ENTRE AS SOLUÇÕES DE LACTULOSE A 10% EXCLUSIVA E A DE MANITOL, ASSOCIADA AO BISACODIL, PARA O PREPARO DO CÓLON PARA COLONOSCOPIA

SARTOR, MC, GRACIOSA, K, FURLANI, LF, BALDIN, A, BONARDI, RA
1. HC-UFPR, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução a colonoscopia é exame de grande importância no diagnóstico e seguimento das doenças cólicas, além de permitir o tratamento de muitas delas. É procedimento invasivo, sujeito a complicações, com graus variados de desconforto e tolerância, tanto no preparo do cólon quanto na execução do exame. Não existe consenso entre os diferentes grupos de especialistas quanto ao melhor método de preparo do cólon, que confira bom grau de limpeza, conforto para ser ingerido, custo baixo e sem efeitos colaterais. Todos os tipos de preparo envolvem volumes consideráveis de soluções variadas, com potencial para efeitos colaterais importantes, com maior ou menor grau de distúrbios hidro-eletrolíticos. Objetivos o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de limpeza do cólon, o grau de tolerância à ingestão e as reações hidro-eletrolíticas do preparo com solução de lactulose a 10% em comparação com o preparo usual do serviço, constituído por manitol e bisacodil. Métodos trata-se de estudo prospectivo, randomizado, aplicado aos pacientes atendidos pelo grupo de coloproctologia, no serviço de endoscopia digestiva do hospital de clínicas do hc-ufpr, normalmente agendados para procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os exames foram realizados por um único examinador, que desconhece o preparo escolhido. A qualidade da limpeza intestinal foi graduada em excelente, boa, regular e ruim, conforme protocolos já estabelecidos na literatura. Os pacientes foram divididos em dois grupos. O grupo 1 recebeu 1000 ml de manitol a 10%, seis a oito horas antes do exame, precedido por 4 comprimidos de bisacodil 18 horas antes do exame. O grupo 2 recebeu 200ml de lactulose, ingerido com 800 ml de água ou limonada 18 e 6 horas antes do exame. Foram determinados os valores de sódio, uréia e glicemia, bem como cálculo da osmolaridade sérica antes de iniciar o preparo do cólon e logo antes do início do exame. Resultados participaram do estudo 81 pacientes, 44 no grupo 1 e 37 no grupo 2, com uma média de idade 53 anos. A principal indicação para o exame foi hematocromia em 22,5%. Não houve diferença entre os grupos quanto a qualidade do preparo, efeitos colaterais e alterações hidro-eletrolíticas. Conclusão a lactulose propicia um bom preparo do cólon e não provoca alterações hidro-eletrolíticas importantes nos pacientes submetidos a preparo para colonoscopia, podendo ser utilizada com segurança.

TL168 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 623 COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO HMMG - CAMPINAS DE MAIO DE 2008 A FEVEREIRO DE 2009 E SUAS INDICAÇÕES

ROMAGNOLO, L.G.C., OLIVEIRA FILHO, J.J., MORAES, S.P., BOLZAM-NASCIMENTO, R., SEVÁ-PEREIRA, G., FALCONE, C.E., BARCELLOS, M., PADILHA, M.A.

1. HMMG, HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI

Objetivo: correlacionar as indicações dos exames de colonoscopias realizados aos achados endoscópicos segundo sexo, faixa etária e risco para neoplasia colorretal. Método: estudo retrospectivo de 623 colonoscopias realizadas no serviço de endoscopia do hospital mario gatti de campinas durante o período de maio/2008 a fev/2009. Resultados: foram avaliados 623 colonoscopias realizadas no período de maio/2008 a fev/2009, houve predominância de pacientes do sexo feminino (58,58%) com média de idade em 57,18 anos (idades que variaram entre 3 e 90 anos). Foram encontrados em 188 exames pólipos cólicos (30,17%), sendo estes os achados mais comuns, seguido da doença diverticular em 171 exames (27,44%). O diagnóstico de câncer colorretal (ccr) nas colonoscopias avaliadas ocorreu em 41 exames (6,74%). Quanto a localização das neoplasias diagnosticadas em 15 exames pacientes foi detectado câncer de reto (2,41%) e 27 com câncer de reto e/ou sigmóide envolvidos (65,85%). Das indicações mais utilizadas para a realização de colonoscopia na prevenção de ccr as mais encontradas foram sangramento anal (14,93%), alteração do hábito intestinal (9,95% das indicações), seguida por emagrecimento (4,65%) e não se mostraram úteis da detecção de um número significativo de ccr do total de 41 casos diagnosticados (12,2% do total de neoplasias diagnosticadas). O estudo colonoscópico para pacientes com teste de sangue oculto positivo nas fezes também não se mostrou útil nesta casuística com apenas 5,62% das indicações e somente 1 paciente com ccr diagnosticado. 38 pacientes foram submetidos a colonoscopia por apresentarem história de ccr na família, em nenhum deles foi detectada a presença de neoplasia maligna, porém em 11 (28,95% foram detectados pólipos retais). Conclusão: nesta casuística as indicações usuais para o estudo endoscópico do cólon não se mostraram efetivas para o diagnóstico de neoplasias malignas do cólon que ocorreram em sua imensa maioria em pacientes acima dos 50 anos. Um acompanhamento dos exames realizados pelo serviço, com um número maior de exames avaliados, deve ser feito no intuito de se avaliar a persistência deste padrão. O número elevado de lesões polipóides encontradas neste estudo deve ser referência para a manutenção da colonoscopia como importante exame de prevenção às doenças malignas do cólon.

TL169 - ESTUDO RETROSPECTIVO DO RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO DE POLIPECTOMIAS COLONOSCÓPICAS NO HOSPITAL SANTA MARCELINA-SP

NETO, J.F.C., CARVALHO, G.G., AGUIAR, A.L., RIGUEIRO, M.B., WATTÉ, H.H., SOUZA, R.F.L., ROLIM, A.S., ROBLES, L.

1. HSM, Hospital Santa Marcelina-SP

Introdução o estudo anatomopatológico e genético dos pólipos colônicos tem se tornado cada vez mais importante devido sua correlação com a incidência de câncer colorretal e ao fato de a maioria ser assintomática. Histologicamente, os pólipos podem ser neoplásicos (adenomas e estromas malignos) ou não neoplásicos (hamartomas, hiperplásicos e estromas não malignos). No que diz respeito ao real papel terapêutico da polipectomia, os dados obtidos na literatura ressaltam a importância deste procedimento, pois o mesmo impede a progressão da sequência adenoma-carcinoma, favorecendo sua prevenção. Objetivo avaliação anatomopatológica e localização

de pólipos colorretais assim como a utilidade da colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico. Materiais e método trata-se de um estudo retrospectivo da análise de 791 polipectomias realizadas entre janeiro de 2006 e agosto de 2008 no hospital santa marcelina de itaquera-sp. Foram analisados dados relativos ao sexo e idade dos pacientes, localização dos pólipos, doenças colônicas associadas e o resultado anatomopatológico das polipectomias. Resultados dos pacientes submetidos a polipectomia, 52,4% eram do sexo feminino, com média de idade de 61 anos. A principal localização anatômica dos pólipos foi verificada no cólon distal ao ângulo esplênico, correspondendo a 40,1%, sendo localizados principalmente no cólon sigmóide. Neste trabalho, verificou-se que 47,5% dos portadores de pólipos tinham alguma doença colônica associada, sendo que a principal delas foi a doença diverticular dos cólons. Com relação ao resultado anatomopatológico dos produtos de polipectomia, 59,6% correspondia a neoplasia, representada primordialmente pelo adenoma tubular (43,5%). No nosso trabalho, 0,9% dos pólipos analisados possuíam degeneração maligna a despeito de não apresentarem características macroscópicas de carcinoma. Conclusão constatamos que, em nossa casuística, a maioria dos pólipos colorretais são adenomatosos e de localização distal. A colonoscopia é considerada um método ótimo para detecção de pólipos colônicos, tendo em vista a possibilidade de realizar-se polipectomias terapêuticas e evitar a evolução para carcinoma.

TL170 - PREPARO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS SOLUÇÕES DE MANITOL A 10% E, LACTULOSE A 8% E BIFOSFATO DE SÓDIO

MACHADO, S.P.G., ALMEIDA, M.G., BARAVIERA, A.C., GONTSHAROW, S., MANZIONE, C.R., FALLEIROS, V., TEREZA DE CARVALHO VILARIÑO, VILARIÑO, T.C., MARIANELLI, R.

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de Sao Paulo

Objetivo: comparar a eficácia das soluções de manitol a 10%, lactulose a 8% e bifosfato de sódio no preparo intestinal para colonoscopia. Método: foram avaliados prospectivamente 85 doentes com indicação de colonoscopia ambulatorial entre janeiro e março de 2009. Três grupos foram constituídos: a- manitol 10%; b- lactulose; c- bifosfato de sódio. A classificação de beck foi utilizada na avaliação da limpeza do cólon e outros fatores como complicações do exame e grau de tolerabilidade da ingestão da solução também foram analisados. Resultados: as soluções atingiram qualidade de preparo classificado como bom ou superior em mais de 85% dos pacientes. O uso do bifosfato de sódio determinou menor desconforto, melhor tolerância e gosto. Com relação à tolerabilidade mais da metade dos pacientes apresentaram desconforto à ingestão da solução, cólicas e náuseas foram as principais complicações. Conclusão: os preparos estudados apresentaram qualidade adequada na limpeza dos cólons. O elemento comum em ambas as soluções, o bisacodil, talvez tenha sido o fator determinante neste resultado.

TL171 - COLONOSCOPIA DIFÍCIL- INFLUENCIA DE CIRURGIABDOMINAL PRÉVIA

MACHADO, S.P.G., ALMEIDA, M.G., BARAVIERA, A.C., GONTSHAROW, S., MANZIONE, C.R., FALLEIROS, V., VILARIÑO, T.C.

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Objetivo: Avaliar a influência de cirurgia abdominal previa no tempo de conclusão de colonoscopias. Pacientes e método: Análise de 60 colonoscopias em pacientes com cirurgias abdominais previas entre

setembro de 2008 e junho 2009. Os pacientes foram divididos em 4 grupos: 1- cirurgias do andar superior com incisões medianas; 2 - cirurgias do andar superior com incisões subcostais ou paramedianas; 3 - cirurgias do andar inferior do abdome não ginecológicas; 4 - cirurgias ginecológicas. Definiu-se como colonoscopia difícil tempo de intubação do ceco superior a dois terços do tempo da média. Resultados: Dos 60 pacientes estudados, 21 eram homens e 39 mulheres. A idade média foi de 53,5,5 anos (19 – 88). O Tempo Médio de Intubação do Ceco TMIC foi de 19 minutos. Cirurgias do andar superior do abdome apresentaram pequeno acréscimo no TMIC, sem significância estatística. Cirurgias ginecológica apresentaram sensível acréscimo no TMIC (26 min). De todos os exames, 26 foram considerados difíceis, destes 14 apresentavam mais de uma cirurgia e 24 tinham cirurgias ginecológicas anteriores. Conclusão: Exames difíceis foram mais freqüentes em mulheres com cirurgias ginecológicas prévias e pacientes submetidos a mais de um procedimento cirúrgico.

TL172 - COLONOSCOPIA DIFÍCIL- INFLUENCIA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS

MACHADO, SPG., ALMEIDA, MG, BARAVIERA, AC, GONTSHAROW, S, MANZIONE, CR, FALLEIROS, V, VILARIÑO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Objetivo: Avaliar a influencia dos dados antropométricos, sexo e presença de cirurgia abdomi-pelvica prévia nas taxas de sucesso e tempo de realização de colonoscopias. Pacientes e Método: Avaliação de 82 colonoscopias realizadas entre janeiro e março de 2009. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de acordo com o IMC: Magro (A – IMC menor que 18), Peso ideal (B – IMC 18 a 24), sobrepeso (C – IMC 25 a 29) obesidade (D IMC maior que 30). Os dados analisado foram idade, peso, altura, circunferência abdominal, IMC e presença de cirurgia abdominal prévia. Definiu-se como colonoscopia difícil tempo de intubação do ceco superior a dois terços do tempo da média. Resultados: Entre os 82 pacientes estudados, 24 eram homens e 58 mulheres. A idade média foi de 48,5 anos (09 – 88), com 63% dos pacientes entre 41 – 60 anos. O tempo médio de intubação do ceco (TMIC) foi de 16 minutos. Com relação ao IMC houve leve diferença apenas entre indivíduos magros (TMIC – 18min) e obesos (TMIC – 15min). Da mesma forma quando comparamos O TMIC entre os sexos, nas mulheres houve um sensível acréscimo (TMIC 19min). A presença de cirurgia prévia não influenciou nos resultados de exames deste grupo (apenas 7 pacientes apresentavam este critério e apresentaram TMIC de 18 min. De todos os exames, 23 foram considerados difíceis, destes 19 eram mulheres e 15 magros; 04 dos pacientes com cirurgia prévia estavam, também neste grupo. Conclusão: Em nossos estudos a colonoscopia foi considerada difícil nas mulheres, independente de outros fatores associados. Com relação ao IMC pacientes obesos apresentaram TMIC menor nos homens, sem interferência significativa nas mulheres.

TL173 - ULTRA-SOM ANORRETAL TRIDIMENSIONAL MUDA A ESTRATÉGIA CIRÚRGICA NA FISTULA ANAL TRANS-ESFINCTÉRICA ANTERIOR?

MURAD-REGADAS, S.M.1, REGADAS, F.S.P.1, RODRIGUES, L.V.1, FERNANDES, G.O.S.2, RIBEIRO, F.J.C.1, SOUSA, F.J.A.1, OLIVEIRA, L.M.P.2, HOLANDA, E.C.1

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: A identificação do complexo fistuloso (trajeto, orifício interno e cavidades adjacentes) possibilita a escolha adequada do tratamento cirúrgico visando evitar a recidiva e preservação esfinteriana. Objetivos: Avaliar as fistulas trans-esfintérica anterior utilizando o ultra-som anorretal tridimensional (US-3D). Métodos: 33 (18 sexo masculino-M, media idade de 42anos e 15 feminino-F, média de idade de 36anos) pacientes com fistula anal transesfinterica anterior de origem criptoglandular foram avaliadas com US-3D. Foram comparados entre os sexos: comprimento do esfíncter anal externo-EAE, interno-EAI, posição do orifício interno-OI (distancia entre a borda distal do EAE e OI), o comprimento total da musculatura comprometida (distancia da borda distal do EAE e EAI até o local que o trajeto fistuloso cruza a musculatura) e percentual de musculatura que seria seccionada durante a cirurgia. A decisão do tratamento cirúrgico foi de acordo com os achados. Utilizou-se o t' Student e Qui-quadrado. Resultados: O comprimento do EAE e EAI foi maior no sexo masculino (EAE-média=3,4 x 1,9 cm) (EAI-média=3,1 x 2,0 cm) (p<0,05). OI foi posicionado mais proximalmente no homem (M-média=2,0cm x F=1,6 cm) (p<0,05). O cruzamento do trajeto foi similar em ambos os sexos mas o percentual da musculatura (EAE) comprometido foi maior na mulher (F-média= 88% x M=55%) pois EAE é menor. Foi indicado o uso de seton ou avanço de retalho em 11/18 homens e em 13/15 mulheres pois o percentual de musculatura comprometida ultrapassou 50%. Os achados foram concordante com a cirurgia. Conclusões: O US-3D fornece suficientes informações que irão definir a estratégia cirúrgica.

TL174 - É O EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE ROTINA INDISPENSÁVEL EM CIRURGIAS ORIFÍCIAIS?

TORRES-NETO JR, PRUDENTE ACL, SANTIAGO RR, SANTANA RM, TORRES JAP, TORRES FAP, RAMOS FM, BRITO HLF

1. UFS, Universidade Federal de Sergipe

Introdução: o exame anatomopatológico atualmente é feito de rotina em cirurgias orificiais e é importante para diagnosticar doenças anais concomitantes, lesões malignas e doenças sexualmente transmissíveis não previstas anteriormente no exame clínico. O gasto com estes exames é bastante significativo para o serviço público o que evidencia a necessidade de avaliar o custo/benefício da sua utilização rotineira. Objetivos: avaliar o tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo, o nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico, a importância clínica das patologias diagnosticadas secundariamente, o custo de realização dos exames anatomopatológicos e a relação custo/benefício dos mesmos. Metodologia: estudo descritivo e retrospectivo de 173 exames anatomopatológicos de pacientes do hospital universitário de aracaju realizados em 2005 a 2007, que foram submetidos a cirurgias orificiais. Resultados: a média de tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo foi de 23,89 dias, e o intervalo variou de 3 dias a 149 dias. Dos 173 laudos, 113 (65,3%) foram entregues com até 15 dias e 60 (34,7%) foram entregues com mais de 15 dias. O nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi de 93%. Dos 12 laudos nos quais não houve concordância, apenas 8 (4,6%) apresentaram relevância clínica significativa e não prevista no diagnóstico pré-operatório (esquistossomose, lesão por hpv e neoplasia anorretal). Conclusão: com base nesses achados concluímos que não é necessário que o exame anatomopatológico seja feito em todos os pacientes submetidos à cirurgias orificiais, mas que a decisão de fazê-lo seja baseada na história clínica e fatores de risco do paciente tornando seu uso racional e criterioso. Descritores: exame anatomopatológico, cirurgia orifical, relação custo/benefício.

TL175 - RETALHOS DE AVANÇO NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA - EXPERIÊNCIA INICIAL

CESAR, MAP, UEMURA, LA, PASSOS, MPS

1. UNITAU, Hospital Universitário da Universidade de Taubate

Resumo: a fissura anal é uma laceração do canal anal relacionada ao trauma, hipertonia esfíncteriana e isquemia. A maioria cicatriza espontaneamente ou com tratamento conservador, e poucas requerem tratamento cirúrgico. O objetivo deste trabalho é verificar os resultados clínicos e alterações manométricas de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fissura anal com avançamento de retalhos em v-y. Métodos: estudo prospectivo, realizado nos anos de 2007 e 2008, que abrangeu seis pacientes portadores de fissura anal crônica submetidos ao avançamento de retalho anal. Foram avaliadas as pressões do canal anal ao repouso, contração e esforço evacuatório; no pré e pós-operatório. Resultados: na amostra, todos os pacientes apresentaram hipertonia esfíncteriana prévia. Quatro (66,6%) obtiveram resolução total dos sintomas e das lesões. Um (16,6%) sofreu deiscência parcial do retalho, sem sintomas clínicos; e outro (16,6%), infecção com perda do mesmo e persistência da fissura. A análise manométrica das pressões de repouso, contração e evacuação nos grupos não mostrou alteração estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o que comprova que a cirurgia não incluiu manipulação dos esfíncteres. Conclusão: os retalhos anais mostraram-se efetivos no tratamento da fissura anal, com cicatrização da lesão, sem que ocorram alterações nas pressões anais desses pacientes.

TL176 - METANÁLISE SOBRE PLUG DE FÍSTULA ANORRETAL: QUAL A ATUAL TAXA DE SUCESSO?

SHIH SS, EDDEN Y, PINTO RA, SILVA E, CANEDO JA, WEISS EG, NOGUERAS JJ, WEXNER SD

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Objetivo: o uso de plug anal para o tratamento de fístulas anorretais tem rendido resultados bastante díspares na literatura. Uma metanálise de todos os estudos publicados em inglês foi realizada, a fim de avaliar esta ampla variedade de resultados. Métodos: todos os estudos publicados em inglês foram incluídos nesta metanálise. Os critérios de exclusão foram: doença de Crohn, fístulas retovaginais, retouretrais e/ou de reservatórios ileais/colônicos. A taxa de sucesso foi definida como a cura clínica de cada fístula sendo considerada um estudo individual. Resultados: foram encontrados 12 estudos, sendo quatro deles retrospectivos, incluindo ao todo 115 pacientes, nos quais as taxas de sucesso e insucesso foram, em média, de 31,3% e 68,7%, respectivamente. E oito deles prospectivos, envolvendo 196 pacientes, apresentando, no total, taxas de sucesso e insucesso, em média, de 67,4% e 32,6%, respectivamente. De forma geral, as taxas de sucesso e insucesso na resolução de fístulas anorretais com a locação do plug foram de 54% e 46%, respectivamente. Nos onze estudos, os quais foram incluídas informações sobre formação de abscesso no pós-operatório, a taxa geral de formação de abscesso foi de 6,7% (21/311). Nove dos doze estudos discutiram a perda (escape) do plug, sendo que a taxa geral de perda do plug foi de 14,4% (44/311). Conclusões: o plug para correção de fístulas anorretais tem sido utilizado com taxas variadas de sucesso. A presente metanálise mostra uma taxa de aproximadamente 54% de sucesso. Estes resultados são fortemente afetados pela variação na seleção de pacientes, tamanho do estudo, período de seguimento e critérios utilizados na caracterização de resolução das fístulas em cada um dos 12 estudos. Em nenhum dos doze estudos foi empregado qualquer método objetivo de avaliação do fechamento da fístula como fistulografia, ultrassonografia, rmm ou exame sob anestesia. Um estudo prospectivo,

multicêntrico, com protocolos padronizados de pré, intra e pós-operatório, bem como seguimento de, no mínimo, um ano com avaliação de recorrência através de estudo de imagem, é necessária a fim de melhor afirmar a taxa de sucesso com uso do plug em fístulas anorretais. Até que um julgamento seja concluído, dados os baixos índices de sepsis (6,7%), o uso do plug parece ser uma opção relativamente segura e eficaz no tratamento de fístulas anorretais.

TL177 - IMPORTÂNCIA DA MANOMETRIA ANORRETAL NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL

GUILGER, NR1, SALUM, MR1, SAAD, SS1, MATOS, D1

1. UNIFESP, Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da UNIFESP2. UNIFESP, Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da UNIFESP

Introdução: a fissura anal é uma afecção proctológica freqüente cuja fisiopatologia tem sido atribuída à hipertonia do músculo esfíncter interno do ânus. O tratamento mais aceito é a esfínterectomia interna parcial. No entanto, a complicação mais temida é a incontinência anal que poderia ser evitada com a avaliação cuidadosa do doente antes de indicar a cirurgia. Objetivo: avaliar a importância da manometria anorretal pré-operatória no tratamento da fissura anal crônica. Métodos: foram analisados exames de doentes portadores de fissura anal crônica e que foram submetidos à manometria anorretal de fevereiro de 2004 a junho de 2008. Através de interrogatório por via telefônica foram registrados tipo de tratamento recebido e sintomas residuais. Resultados: foram identificados 81 doentes (26% do sexo masculino e 74% feminino) com média de idade de 43,54 anos (de 21 a 70 anos). Desse grupo 68 apresentaram hipertonia esfíncteriana à manometria anorretal pré-operatória enquanto 13 tinham pressões normais. Foi possível o contato com 43 doentes, sendo 30 com hipertonia e 13 com pressões normais. Após análise estatística dos achados observou-se que doentes com pressões normais foram submetidos à cirurgia com menor freqüência que os hipertônicos. Conclusão: a manometria anorretal pode ser um instrumento importante na avaliação dos doentes para o tratamento cirúrgico da fissura anal selecionando os portadores de hipertonia e com menor risco de desenvolver incontinência anal.

TL178 - HEMORROIDOPEXIA MECÂNICA: EXPERIÊNCIA INICIAL E TARDIA

GONTSHAROW, S, ALMEIDA, MG, BARAVIERA, AC, MANZIONE, CR, MACHADO, SPG, FALLEIROS, V, VILARIÑO, TC

1. HSPM-SP, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Objetivo: Avaliar os resultados tardios dos pacientes submetidos a hemorroidopexia mecânica comparando os resultados do primeiro grupo de pacientes operados e de pacientes submetidos à cirurgia após a experiência inicial do grupo. Pacientes e Método: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 76 pacientes submetidos à hemorroidopexia mecânica no período maio de 2004 a agosto de 2008. Os pacientes foram divididos em dois grupos; experiência inicial (A, n=41): operados entre 2004 e 2006 e avaliados com um mínimo de 12 meses; e experiência tardia (B, n=35) operados entre 2007 e 2008, também com um período mínimo de 12 meses de seguimento. Resultados: Entre os 76 pacientes estudados, 32,8% (83) eram homens. A idade média foi de 50 anos (19 – 78), com 63% dos pacientes entre 41 – 60 anos. Cerca de 16,2% dos casos foi classificado como hemorróida de 2º grau, 71,2% como de 3º grau e 12,6% como de 4º grau. Quanto ao método utilizado, os pacientes do grupo A foram operados com Grampeador circular intraluminal de 33mm e do grupo B, 32mm. O tempo operatório médio foi de 37,5 minutos (20 a 55)

para o grupo A e 21 minutos (12 a 30) para o Grupo B. O tempo médio de seguimento ambulatorial foi de , no mínimo 12 meses. As principais complicações foram : Grupo A ; trombose em 3 pacientes e fissura aguda em 1 , 9,8% . As complicações tardias foram : 1 caso de incontinência anal e duas recidivas do prolapso. Os dois pacientes necessitaram de novo procedimento cirúrgico. Também dois pacientes referiram tenesmo. No grupo B, 2 pacientes apresentaram trombose , em 4 a cirurgia foi complementada com ressecção de mamilos e plicomas residuais, todos em pacientes com doença hemorroidária de 4º grau . Um paciente evoluiu com estenose do anel de grampeamento, com necessidade de intervenção cirúrgica. Um paciente apresentou persistência do prolapso e queixa de tenesmo. Também necessitou de procedimento cirúrgico complementar. Conclusão: As taxas de complicações foram menores no grupo B (A=17,08% ; B= 11,43%) e houve uma redução média no tempo operatório de 16 minutos. Apesar da melhora nos resultados com a experiência do grupo ainda é necessário um seguimento maior desses pacientes para opinarmos de maneira definitiva sobre o método, mas com certeza é um ótimo instrumento no arsenal terapêutico para o tratamento da doença hemorroidária.

TL179 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AFECÇÕES PROCTOLÓGICAS E PÉLVICAS ASSOCIADO A ANOPEXIA MECÂNICA

RODRIGUES, LV1, REGADAS, FSP1, MURAD-REGADAS, SM1, RIBEIRO, FJC1, KENMOTI, VT1, BUCHEN, GM1, FERNANDES, GOS2, DIÓGENES, CVVNI

1. UFC, Universidade Federal do Ceará. 2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: a anopexia mecânica ou pph foi introduzido por longo em 1998 como uma alternativa para o tratamento de hemorróidas e prolapso mucoso, sendo amplamente difundida e utilizada em todo o mundo. É um método seguro, eficaz e que traz menos dor no pós operatório, com retorno mais rápido ao trabalho e menor tempo de internação hospitalar quando comparado à técnica convencional. Objetivos: analisar se o tratamento cirúrgico de outras afecções concomitantes à anopexia interfere nos resultados finais. Métodos: análise retrospectiva de 90 prontuários de pacientes submetidos a anopexia mecânica no período de janeiro de 2002 a março de 2009, avaliando as complicações operatórias imediatas e as afecções associadas. Resultados: dos 90 pacientes submetidos ao pph, 27 apresentavam outra doença de indicação cirúrgica. Desses, quatro eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino, com idade variando de 42 a 89 anos (média=59,5 anos). Dos 27 pacientes, 14 (46,7%) foram submetidos à correção de retocele, 10 (33,3%) à esfinterotomia lateral interna, 5 (16,6%) à cistopexia, e 1 (3,4%) à fistulectomia anal. As complicações imediatas foram edema perianal (n=6/22%), deiscência parcial (n=1/ 3,7%), hematuria (n=1/3,7%), equimose perianal (n=1/3,7%) e sangramento (n=1/3,7%). Todas as complicações foram tratadas clinicamente. Conclusão: a anopexia mecânica pode ser empregada em associação com outros procedimentos cirúrgicos sem aumento das complicações pós operatórias imediatas. A cirurgia mais comumente realizada em conjunto foi a correção de retocele. A complicação mais frequente no pós operatório imediato foi o edema perianal, sendo tratado clinicamente

TL180 - HIDRADENITE SUPURATIVA TRATADA COM CIRUR-GIA E INFLIXIMABE

DOMINGUES, M.C.B., DOMINGUES, R.B, FRANZINI MFZ, CARMO AM, PAIM, S.M.M, MALHEIROS A.PR, TEIXEIRA, M.G, HABR-GAMA, A.

1. R.B.A.P.B.S.P, Real e Benemerita Assoc. Portuguesa de Beneficiencia S.Paulo

A hidradenite supurativa é patologia de difícil controle clínico, motivando em diversos casos, extensas ressecções operatórias do local acometido. O objetivo deste trabalho é mostrar o resultado obtido no tratamento da patologia associando-se o uso da terapia biológica com infliximabe e cirurgia. Mam, sexo feminino, 68 anos, com diagnóstico de hidradenite supurativa acometendo toda região perineal, inclusive genitália e púbis, há mais de dez anos e comprometimento importante da qualidade de vida pelo mau cheiro ocasionado pelas feridas e secreção contínua. A doente foi submetida à vários tratamentos inclusive drenagem cirúrgica, corticoterapia, câmara hiperbárica e uso de diversas outras drogas sem sucesso. O tratamento no nosso serviço iniciou-se há dois anos após drenagem cirúrgica das lesões por causa da dor intensa que a doente apresentava em toda região glútea principalmente. Após a cirurgia foi aplicação de infliximabe na dose de 5mg/kg/peso bimensal. Houve melhora significativa da dor e quantidade de secreção nas lesões logo após a primeira dose de infliximabe. Foram realizadas mais quatro cirurgias para ressecção das lesões, procurando sempre em cada cirurgia a retirada do tecido acometido por quadrantes, tentando minimizar o dano à integridade corporal da doente, e acelerar sua recuperação e cicatrização da ferida operatória. Associou-se também antibioticoterapia contínua com ciprofloxacino. Observamos que o tratamento complementar com o infliximabe acelerou o processo de cicatrização das lesões e diminuiu consideravelmente a drenagem de secreção nas regiões adjacentes à ressecção cirúrgica. Concluímos que a cirurgia associada ao uso da terapia biológica pode ser considerada no tratamento de casos selecionados de hidradenite supurativa.

TL181 - CORREÇÃO TRANSVAGINAL DE RETOCELE SEM TELA - RESULTADOS PRELIMINARES

LIMA, D.M.R., SAGAE, U.E., BONATTO, M.W., TANAKA, T.M., TSUCHIYA, R.S., CARVALHO, C.A., SHIRATORI, A.I.

1. UNIOESTE, Universidade Estadual do Oeste do Parana

Introdução: Retocele é freqüentemente associada com sintomas de desconforto pélvico e de defecação obstruída. Reparo cirúrgico pode prover alívio sintomático. Existem diversas técnicas de correção cirúrgica. Objetivo: Este trabalho tem por objetivo demonstrar avaliar a segurança e eficácia da correção transvaginal, sem uso de tela, da retocele sintomática. Métodos: Estudo prospectivo com uma série de 31 mulheres com média de idade de 54,10 anos (32-75), com sintomas de retocele. Todas as pacientes foram avaliadas clinicamente através do escore de constipação proposto por Wexner e submetidas à Ecodefecografia anorretal 3D no pré-operatório. A técnica cirúrgica consiste em realizar uma incisão transversal entre o ânus e a vagina (com a paciente sob anestesia raquidiana e antibioticoprofilaxia), com descolamento da mucosa vaginal e parede anterior do reto até o fundo de saco, onde é identificada a flacidez da parede anterior retal, como um divertículo, que representa a retocele. Realiza-se sutura longitudinal contínua de forma proximal-distal englobando todo o divertículo com fio Ethibond 3-0, até próximo a linha pectínea em dois planos. Em seguida, realiza-se plicatura dos músculos elevadores do ânus com posterior fechamento de mucosa e de pele. O período de seguimento foi de 3-24 meses. As pacientes foram reavaliadas clínica (ECW) e ecograficamente após três meses da intervenção cirúrgica. O sucesso da técnica foi atribuído à diminuição do escore (melhora clínica). O tempo de seguimento variou de 4 a 30 meses. Resultados: A média do escore de constipação (ECW) no pré-operatório foi de 12,8 (±0,9410-16) e, no pós-operatório, houve diminuição para 6,6 (±0,84) (p<0.05).

O grau da retocele diminuiu para grau I em 3 pacientes e para grau II em 1 paciente. Nas demais, não há evidência de retocele ao exame físico ou à ecodfecografia. Em 2 (6,4%) pacientes houve recorrência dos sintomas após 6 meses, mesmo com correção da retocele à ecografia. Outras 2 (6,4%) pacientes apresentaram dispareunia por 3 meses. Não houve outras complicações pós-operatórias mencionadas. Conclusão: A correção da retocele transvaginal sem tela é técnica segura e eficaz, apresentando poucas complicações. Apresenta, ainda, vantagem de sua indicação em pacientes com incontinência associada.

TL182 - AVALIAÇÃO A LONGO PRAZO DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL ADQUIRIDA PELA ESFINCTEROPLASTIA COM SUTURA DE SOBREPOSIÇÃO
FERRO, O, ABRAHÃO, HCF, PANTANALI, C, FERNANDES, LC, DEAK, E, MATOS, D, SAAD, SS

1. EPM, Escola Paulista de Medicina-UNIFESP

Hospital são paulo, grupo de coloproctologia da disciplina de gastroenterologia cirúrgica da universidade federal de são paulo - escola paulista de medicina (unifesp - epm) (são paulo - sp) Introdução: a incontinência anal se constitui em sério problema de saúde, em razão das limitações que determina em relação a capacidade laborativa, convivência social e familiar. A maioria dos casos ocorre em função de traumas obstétricos, no trabalho de parto mal assistido. Na correção cirúrgica desta doença, o serviço realiza a correção da lesão esfinteriana através da esfincteroplastia com sutura de sobreposição. Objetivo: avaliação da esfincteroplastia realizada em doentes com seguimento por intervalo de pelo menos 2 anos de período pós-operatório. Métodos: foram revisados os prontuários dos doentes operados no serviço nos últimos 10 anos, portadores de lesão esfinteriana, que foram submetidos a esfincteroplastia com sutura de sobreposição (overlapping). De um total de 11 doentes, conseguiu-se contato com 5 doentes. Destes, 4 eram portadores de lesão por trauma obstétrico e 1 após hemorroidectomia. Os mesmos foram avaliados através de questionário clínico, exame proctológico e eletromanometria anorretal. Estes dados foram comparados com os exames realizados antes das intervenções. Resultados: do total de 5 doentes, 3 (60%) apresentaram melhora da incontinência, 1 (20%) permaneceu com os mesmos parâmetros e 1 (20%) evoluiu com quadro agravado em relação à época da intervenção. O exame proctológico evidenciou melhores dados em 4 doentes (80%) e mais graves em 1 (20%) doente. A eletromanometria demonstrou que a condição esfinteriana estava melhor em 4 doentes (80%) e com maior gravidade em 1 doente (20%). Conclusão: pode-se concluir que, mesmo a longo prazo, a esfincteroplastia com sutura por sobreposição é procedimento que apresenta razoáveis resultados clínicos e eletromanométricos, porém sem retorno completo à normalidade em todos os pacientes.

TL183 - ANÁLISE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FISTULAS PERIANAIS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

AZEVEDO, B.C., BORBA, M.R., BROCHADO, M.C.R.T., MADARAS, E.J., BARROS, M.S.V., CARVALHO, L.Z.M., OTOCH, J.P.

1. FMUSP, Faculdade de medicina da USP

Introdução: as fístulas perianais configuram doença anorretal frequente e de grande prejuízo na qualidade de vida. Diversos tipos de procedimentos cirúrgicos são usados para o seu tratamento, tais como fistulectomia em 1 ou 2 tempos, avanço de retalho mucoso, utilização de cola de fibrina ou plug de colágeno. Objetivos: avaliar a população

atendida em hospital universitário comunitário, analisando as apresentações clínicas e o diagnóstico da doença, as diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas e os resultados pós operatórios. Métodos: estudo retrospectivo de 81 pacientes com fístula perianal atendidos e operados de janeiro de 2005 à maio de 2009 no hospital universitário da usp vinte e cinco eram do sexo feminino e cinquenta e seis do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 41,6 anos, fistulectomia em 1 tempo e em 2 tempos foram as cirurgias mais empregadas. Resultados: não houve complicações relevantes no pós-operatório, com um índice de recidiva de 4 %. Conclusões: a fistulectomia em 1 ou em 2 tempos é o tratamento de eleição para as fístulas anais em hospital comunitário, tendo baixo índice de complicações e recidiva

TL184 - FATORES IMUNOLÓGICOS LOCAIS DO CARCINOMA DE CANAL ANAL EM DOENTES HIV-POSITIVOS.

CRUZ, S.H.A.1, NADAL, S.R.1, MANZIONE, C.R.2, KLUG, W.A.1, FANG, C. B.1

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo2. IIER, Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Introdução: estudamos as células de langerhans (cl) ativadas, para avaliar a resposta imunológica local, nos pacientes portadores de cec do canal anal, soropositivos e negativos para o hiv. O cec anal era mais freqüente em pacientes no sexo feminino na 6ª e 7ª décadas de vida até a década de 80. Com o advento da infecção pelo hiv observou-se também a freqüente em homens jovens na 3ª década de vida. As cl são apresentadoras de antígeno na pele e conferem a resposta imune cutânea. Objetivo: estudar a quantidade de cl ativadas, em pacientes portadores de cec do canal anal hiv-positivos. Material e método: avaliamos 20 doentes, sendo 11 soronegativos e 9 soropositivos. Todos os doentes apresentavam cec do canal anal, estádios ii e iiib e foram submetidos ao esquema a radioquimioterápico. Realizamos estudo com a coloração imunohistoquímica anti-cd1a para avaliar as cl ativadas. Utilizamos as lâminas coradas para o método de histometria e contamos em 20 campos diferentes na camada basal da lâmina própria, onde era evidente a disseminação tumoral. Fizemos um grupo controle composto por sete pacientes e contamos as cl ativadas marcadas pelo anti-cd1a pelo mesmo método de histometria já descrito. Discussão: o cec do canal anal foi mais freqüente, em nosso trabalho, em mulheres soronegativas e em homens soropositivos e sendo que estes últimos foram mais jovens. A quantidade de cl ativadas foi superior nos pacientes portadores de cec do canal anal soronegativos, em relação aos soropositivos. Essa quantidade foi superior no grupo controle em relação ao grupo composto por pacientes soropositivos portadores de cec do canal anal. Não houve diferença estatística entre o grupo controle e os pacientes soronegativos com cec do canal anal. Conclusão: o cec do canal anal nos pacientes hiv-positivos apresenta uma quantidade de cl ativadas inferior aos hiv-negativos e ao epitélio normal, desta forma há algum processo de diminuição da imunidade local peritumoral pericarcinoma nos pacientes hiv-positivos

TL185 - SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO DOS PORTADORES DE CONDILOMAS ACUMINADOS ANAIS COM COLPOSCÓPIO E ÁCIDO ACÉTICO E CITOLOGIA ONCÓTICA DO CANAL ANAL.

NADAL, S.R., MANZIONE, T.S., FORMIGA, F.B., HORTA, S.H.C., SEID, V.E., MANZIONE, C.R.

1. IIER, Equipe Técnica de Proctologia do Instituto de Infectologia E

Introdução: a incidência elevada de recidivas das lesões hpv-induzidas e a possibilidade da associação com o câncer anal tornaram obrigató-

rio o seguimento dos portadores dessa infecção. Métodos para ampliação das imagens, com colposcópico e ácido acético, e coleta de material para citologia oncológica do canal anal vêm sendo utilizados para esse fim. Objetivo: avaliar a incidência das lesões sub-clínicas anais hpv-induzidas, detectadas no pós-tratamento imediato dos portadores dos condilomas acuminados, associando esses métodos. Método: examinamos a margem e o canal anal, após erradicação das verrugas anais, com auxílio do colposcópico e do ácido acético a 3%. Realizamos o exame entre 15 e 30 dias após a operação, quando as feridas operatórias já estavam cicatrizadas, ou depois da última aplicação das medicações tópicas. Antes do exame, coletamos amostras do canal anal com escova para citologia oncológica. Eram 142 doentes, com idades variando entre 18 e 64 anos, média de 38 anos de idade. Utilizamos análise estatística usando 5% para rejeição da hipótese de nulidade. Resultados: as anuscopias ampliadas identificaram lesões sub-clínicas hpv induzidas na margem anal de 29 doentes (21%), no canal anal de 28 (20%) e em ambos os locais em 15 (10%) outros. O exame foi normal em 70 doentes (49%) a citologia oncológica mostrou lesões intra-epiteliais anais (sil) em 38 doentes (54%) com exame colposcópico normal. Os exames citológicos foram normais em nove (21%) dos 43 doentes com lesões sub-clínicas do canal anal. O teste do chi-quadrado mostrou diferença estatística ($p=0,014$) na avaliação desses resultados, revelando que doentes com lesões sub-clínicas no canal anal tem maior incidência de citologias com sil que aqueles com exames colposcópicos normais. A associação dos métodos aumentou de 51% para 77% de lesões hpv induzidas sub-clínicas peri-anais nos doentes com condilomas acuminados tratados e que acreditávamos estarem livres de lesão ($p=0,0001$). Conclusão: os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram identificar mais lesões sub-clínicas remanescentes no pós-tratamento imediato quando associamos o exame com colposcópico e ácido acético, com a citologia oncológica

TL186 - CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE CANAL ANAL - RELATO DE CASO

LINS, R.L., CAMARA, M.R., ALMEIDA, E., JURADO, E., SOUZA, M.T.G., KASKUS, L.

1. HSE-RJ, Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: o acometimento neoplásico do canal anal é raro correspondendo a 5% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal sendo o carcinoma neuroendócrino (cn) encontrado em apenas 1% desses casos. Objetivo: relatar um caso de localização atípica de cn. Caso clínico: paciente masculino, 81 anos, referindo ardência às evacuações e dor anal de leve intensidade mal definida. Nega sangramento, prurido anal ou emagrecimento. História prévia de radioterapia para neoplasia de próstata e tratamento para hepatite c. Exame físico sem alterações. Exame proctológico: à inspeção pequena elevação em quadrante anterior direito (qad), ao toque esfínter hipotônico, lesão úlcero-vegetante de 2 cm dolorosa em qad. Realizado biópsia com laudo de carcinoma neuroendócrino de alto grau e painel imunohistoquímico positivo para ck8/18, cromogranina e sinaptofisina. Fez tc e rm de abdome e pelve não evidenciaram lesões metastáticas. Iniciado tratamento apenas com qt devido história prévia de rt. No início apresentou diminuição da massa tumoral e melhora dos sintomas, porém logo após o término do tratamento voltou a sentir dor anal com sangramento e persistência da lesão tumoral. Foi então submetido à amputação abdomino-perineal do reto. Seguimento até o momento de 4 meses sem sinais de recidiva local/regional ou metástases à distância. Discussão: o cn de canal anal corresponde a menos de 1% das neoplasias malignas do ânus. O diagnóstico histopatológico feito em 59,3% dos casos através de biópsia pré operatória é fundamental e

deve diferenciar o tumor carcinóide de baixo grau que é indolente e não responde a qt, do cn de alto grau que é agressivo, porém responde a qt. Os achados histopatológicos característicos do cn de canal anal são: tumor pouco diferenciado, elevado índice mitótico e áreas focais de necrose. A imunohistoquímica é positiva para cromogranina, sinaptofisina e enolase neurônio específica. Geralmente, no momento do diagnóstico, 69-80% dos pacientes apresentam doença metastática e 60-88% têm acometimento linfonodal, ou seja, a maioria apresenta doença avançada. A sobrevida média é de 5-11 meses e de 10-15% em 1 ano. O tratamento padrão para o cn de canal anal ainda não foi bem definido devido à falta de trabalhos descritos pela raridade do caso. Porém acredita-se que a qt vêm sendo uma excelente opção nos casos de cn metastático com melhora da sobrevida em 1 ano para 46%.

TL187 - PAPULOSE BOWENÓIDE PERIANAL EXTENSA: ABORDAGEM CIRÚRGICA COM RETALHO VY - RELATO DE CASO ALVES, A.C., LOPES FQ, CORTES, M.G.W., OLIVEIRA, T.A.N., LMAOUNIER, P.C.C.

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a papulose bowenóide pode ser descrita como uma fase de transição entre as verrugas genitais e a doença de bowen. A doença de bowen é caracterizada pela presença de carcinoma de células escamosas não queratinizado, intra-epitelial. A papulose bowenóide é uma forma similar histologicamente à doença de bowen, porém com melhor prognóstico. Pode ser considerada como uma displasia epidérmica focal, com evidente potencial maligno, geralmente induzida pelo papilomavírus humano tipo 16. Objetivo: relatar tratamento cirúrgico em paciente com papulose bowenóide perianal extensa. Métodos: relato de caso clínico de paciente com papulose bowenóide submetido a tratamento cirúrgico no hospital felício rocho em 21/04/2009. Resultados: paciente do sexo masculino, 52 anos, portador de psoríase em acompanhamento com dermatologista com proposta de tratamento com etanercepte. Referiu lesões papulosas em base de pênis, escroto e em região inguinal bilateralmente. Realizada excisão cirúrgica em 03/04/09 que evidenciou papulose bowenóide. Encaminhado ao serviço de coloproctologia do hospital felício rocho para avaliação de lesões perianais. À inspeção: região perianal escurecida com múltiplas lesões papulosas, até cerca de 4 cm radialmente ao ânus. Submetido a excisão elíptica de pele perianal acometida até o anoderma. Devido à extensão da doença perianal houve necessidade de reconstrução do defeito com retalho vy. O paciente apresentou pouca adesão às orientações de cuidados com a ferida operatória sendo necessária internação por 6 dias. Não houve sinais de necrose ou infecção da ferida, apresentando apenas pequena área de deiscência perianal. Estudo anatomo-patológico confirmou papulose bowenóide e margens cirúrgicas livres. Conclusão: paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com cicatrização adequada da ferida e sem recorrências até o momento.

TL188 - EFICÁCIA DO IMIQUIMODE TÓPICO NOS DOENTES HIV-POSITIVO COM CONDILOMAS ACUMINADOS PERIANAIS RECIDIVANTES

NADAL, S.R., FORMIGA, F.B., MANZIONE, C.R., SEID, V.E., HORTA, S.H.C.

1. IIER, Instituto de Infectologia Emilio Ribas

OBJETIVO: avaliar a eficácia do imiquimode nos condilomas acuminados peri-anais crônicos e multirrecidivantes dos doentes soropositivos para o HIV. MATERIAL E MÉTODO: Durante o ano de 2008, indicamos o imiquimode creme, uso tópico, para 75 portado-

res de condilomas acuminados perianais recidivantes e de difícil controle e que já haviam sido submetidos há vários outros tratamentos clínicos e operatórios. Destes, 10 não retornaram para seguimento, três não usaram o produto e um abandonou o tratamento pelo desconforto perianal. Outros 61 doentes usaram o imiquimode durante o período mínimo de oito semanas. Eram 55 homens e seis mulheres com idades entre os 22 e os 63 anos. Avaliamos a eficácia do produto quanto à remissão, levando em conta as contagens séricas dos linfócitos T CD4+, e os efeitos colaterais do produto. RESULTADOS: Examinamos a região peri-anal 15 dias após o término das oito semanas de tratamento. Observamos remissão em 84% dos doentes, sendo 34% de remissões completas. Efeitos colaterais foram relatados por 44% dos doentes. Dentre os mais comuns foram citados o ardor local leve a moderado (29%) e a dermatite ulcerativa (10%). Observamos alterações sistêmicas em três doentes (5%). Dois casos de síndrome gripal e outro de eritema nodoso na perna direita. O número de linfócitos T CD4+ era maior entre aqueles cujas lesões foram erradicadas, porém sem diferença estatística ($p=0,110$) CONCLUSÃO: os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo permitiram concluir que o imiquimode foi efetivo no controle dos condilomas acuminados perianais recidivantes dos doentes HIV-positivo após oito semanas de tratamento e que os resultados não dependeram das contagens séricas dos linfócitos T CD4+.

TL189 - EFICÁCIA DO TRATAMENTO INICIAL DO PAPILOMA VÍRUS (HPV) PERIANAL COM PODOFILINA - ANÁLISE INICIAL DE 30 CASOS

SAAD-HOSSNER, LLANOS JC, TEIXEIRA FV
1. FMB, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Objetivo: analisar a eficácia do tratamento das lesões perianais causadas pelo papilomavirus humano (hpv) com solução de podofilina a 25% em vaselina sólida. Métodos: foram tratados 30 pacientes portadores de hpv perianal com aplicações semanais de podofilina durante 4 semanas, ao final deste período os pacientes foram avaliados quanto a presença de lesões e classificados em 3 grupos: inalterado, diminuição (tamanho ou número) e desaparecimento da lesões. Resultados: houve desaparecimento da lesão em 57% dos pacientes, redução do número ou do tamanho da lesão em 37% e somente em 6% dos pacientes não houve alterações nas lesões. O tempo médio de acompanhamento foi de 9 meses e a taxa de recidiva após 6 meses foi de 34%. Conclusão: o uso da podofilina em lesões perianais causadas pelo hpv é seguro, com uma boa taxa de resposta, sendo uma opção inicial no tratamento deste tipo de lesão.

TL190 - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA NO HOSPITAL DIA-AIDS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - ANÁLISE INICIAL DE 14 CASOS

SAAD-HOSSNER
1. FMB, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Objetivo: demonstrar a experiência inicial do serviço de coloproctologia no atendimento de pacientes portadores do vírus hiv no hospital dia-aids da faculdade de medicina de botucatu. Métodos: análise prospectiva de 14 pacientes em atendidos. Os pacientes foram avaliados quanto ao sexo, idade, tempo de infecção pelo hiv, motivo da consulta, achados do exame proctológico e diagnóstico resultados: não houve diferenças quanto a distribuição por sexo, observamos uma prevalência de pacientes entre 35 e 55 anos (50%), com tempo de infecção entre 1 a 5 anos (57%), o principal motivo da consulta foi o aparecimento de lesões em região anal, sendo que a presença de lesões vegetante foi o

achado d exame físico mais freqüentemente observado (50%), o mesmo acontecendo em relação ao diagnóstico (hpv). Conclusão: observamos que em pacientes portadores do vírus hiv atendidos em nosso serviço a principal queixa e diagnóstico foram lesões anais vegetantes e condilomas acuminados, estando de acordo com os dados observados na literatura.

TL191 - UTILIDAD DE LA VAPORIZACIÓN CON LASER CO2 COMO TRATAMIENTO DE LESIONES POR PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV) PERINEALES

DR, DR, DRA, DR, DR

1. HUA, Hospital Universitario Austral - Buenos Aires -Argentina

Introducción: el papiloma virus humano (hpv) es frecuentemente , una patologia de difícil tratamiento. La vaporización con laser co2, permite la eliminación completa de las lesiones , con limitado daño del tejido perilesional, menor dolor postoperatorio, reepitelización más rápida de las heridas y menor tasa de recurrencias. Objetivo: el presente estudio tiene por objetivo evaluar la eficacia de la vaporización con laser co2 como tratamiento de papiloma virus humano (hpv) en region peri anal, conducto anal, y genitales en una experiencia multidisciplinaria de un hospital universitario (hospital universitario austral-buenos aires - argentina). Material y método: evaluación retrospectiva, a partir de una base de datos prospectiva de tratamiento, desarrollada en el hospital universitario austral de buenos aires, argentina ,durante el periodo abril de 2005 a abril de 2009. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico clínico de afección por papiloma virus humano (hpv) en región perineal (peri anales,conducto anal,vagina,peneanas, escroto). Se realizo el tratamiento con microcirugía láser (sharpplan c 30 – lumenis surgical) en modo continuo ,con una potencia de 6 – 6. 5 wats y resecciones quirúrgicas complementarias de acuerdo al tamaño de las lesiones. Todos los procedimientos fueron con carácter ambulatorio . Resultados: se trataron 50 pacientes y se realizaron un total de 54 procedimientos. Población: mujeres: 41 (82%), varones: 9 (18%), edad promedio: 37 años. La tasa global de recurrencia fue de 8%. Dos pacientes con persistencia de lesiones en conducto anal fueron sometidos a nueva vaporizacion con resultados satisfactorios ,sin signos de recurrencia. Conclusiones: el láser co2 permite tratar en forma efectiva lesiones por papiloma virus humano (hpv) con escaso dolor post procedimiento , limitado daño tisular peri lesional ,excelente reepitelizacion y baja tasa de recurrencias.

TL192 - NUTRIÇÃO PARA O PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL

ABRAHÃO

1. FURG, Universidade Federal de Rio Grande

Vários fatores podem ser considerados na etiologia do câncer colorretal, incluindo dietas hipercalóricas, alto consumo de gorduras e baixa ingestão de fibras, cálcio e vitaminas. O consumo de gordura animal altera a concentração de ácidos biliares, bem como a proliferação de bactérias anaeróbicas que produzem compostos carcinogênicos. Avaliação nutricional identifica a risco e o estado nutricional do paciente. É feita por parâmetros clínicos, físicos, dietéticos, sociais, antropométricos e laboratoriais. A terapia nutricional em câncer inclui a via oral, via enteral e via parenteral. A nutrição oral é a via preferencial, fácil, fisiológica e de manejo simples. A nutrição enteral precisamos escolher uma via de acesso. A escolha depende do tempo de uso, do diagnóstico, da anatomia, da disposição de equipamentos e da preferência do paciente. O tipo de fórmula de nutrição enteral depende das necessidades nutricionais. A nutrição parenteral consiste na administração

diretamente na corrente sanguínea de todos os nutrientes necessários para a sobrevivência do paciente. Um cateter é posicionado no sistema venoso periférico para soluções isotônicas e veia central para soluções hipertônicas. Conclusões: a condição nutricional para pacientes com câncer colorretal é importante tanto no pré quanto no pós-operatório, deve ser individualizada levando-se em consideração a evolução do paciente e a sintomatologia apresentada. É fundamental estabelecer um plano terapêutico para promover um equilíbrio entre o tratamento e a qualidade de vida.

TL193 - CURVA DE APRENDIZADO PARA RESECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEM): É REALMENTE TÃO ÁRDUA?

OVIEDO M, VORENBERG A, PINTO RA, MARENO J, CANEDO JA, WEXNER SD, SANDS DR
1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Introdução: a ressecção endoscópica transanal (tem), primeiramente descrita em 1983, vem lentamente ganhando aceitação na prática de cirurgias colorretais. Uma das razões do lento progresso desse procedimento é devido a sua árdua curva de aprendizado. Com o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva, o interesse em tem cresceu exponencialmente. Objetivo: avaliar a curva de aprendizado em tem e a viabilidade de incorporação dessa técnica no armamentário dos cirurgões colorretais. Pacientes e métodos: realizada análise retrospectiva de uma database prospectiva de 26 pacientes submetidos a tem entre novembro de 2005 e outubro de 2008. Todos os casos foram operados por um único cirurgião. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, tempo operatório, tamanho do tumor, tipo de tumor, presença de fragmentação da peça, velocidade de excisão, distância das lesões da linha pectínea e complicações pós-operatórias. A curva de aprendizado foi acessada a partir de diferenças observacionais entre o casos iniciais e subsequentes e a partir do gráfico cumulativo sum (cusum). Resultados: 23 pacientes foram analisados. A média de tempo operatório foi de 130,5 min (49-254). A média de tamanho do espécime foi de 16,6 cm² e 96% das peças não foram fragmentadas. A velocidade média de excisão calculada em min/cm² reduziu significativamente após os 4 primeiros casos, sendo 13,85 min/cm² no início e declinando para 7,86 min/cm² após os 4 casos iniciais (p=0,0014). A aquisição de maior expertise propiciou a realização de ressecções mais proximais. Após analisar a curva cusum, observamos maior dificuldade no aprendizado nos primeiros 4 casos. Após outros 4 casos a curva tende a estabilizar. Outra elevação tardia da curva de aprendizado correlacionou-se com o acesso a lesões mais proximais no reto. Não houve complicações significativas no presente estudo. Conclusão: tem é um instrumento importante no armamentário do cirurgião colorretal, promovendo acesso endoscópico seguro a lesões do reto médio e proximal. A curva de aprendizado parece estar associada a significativa estabilização após os primeiros 4 casos.

TL194 - CIRURGIAS COLORRETAIS E ORIFICIAIS: UMA REVISÃO RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA HUEC

BOMBONATTO, A.P., MALDONADO, G., TOREJANE, D., PACHECO, A.F.N., BECKER, I.C., VALARINI, R., RUEDIGER, R.R., BRENNER, A.S.
1. HUEC, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Introdução o serviço de residência médica em coloproctologia do hospital universitário evangélico de Curitiba (huec) existe desde o ano

de 2000. A necessidade de avaliação das cirurgias é imprescindível para que o serviço se organize e forneça a seus residentes uma formação com ações sólidas e objetivas. Objetivo estudar as cirurgias colorretais e orificiais do serviço de coloproctologia do huec realizadas no período de junho de 2005 a março de 2009, após implementação do sistema de informática no hospital. Métodos foram coletados de forma retrospectiva, no sistema de informática do huec, dados de todas as cirurgias colorretais e orificiais e dados do internamento. Resultados foram avaliadas 847 cirurgias, 441(52,06%) eram pacientes do sexo feminino e 406(47,93%) masculino. Seiscentos e quarenta e duas (75,79%) foram cirurgias orificiais e duzentas e nove (24,20%) foram cirurgias com acesso a cavidade abdominal. Das cirurgias orificiais a mais realizada foi a hemorroidectomia com 386 (45,57%) seguido de fistulotomia com 117(13,81%). As cirurgias abdominais a mais realizada foi a retossigmoidectomia com 78(9,20%) sendo destas 34 realizadas por acesso videolaparoscópico, seguida pela hemicolecotomia com 41(4,84%), cirurgia de milles com 9(1,06%), proctocolecotomia com 4 (0,47%) , colectomia total com 6 (0,70%) ,protopexia com 4 (0,47%) , correção para fistula reto-vaginal 4 (0,47%) , correção para fistula reto-vesical com 4 (0,47%) e fechamento de enterostomia com 59 (6,96%). Conclusão concluímos que o serviço de coloproctologia do huec fornece uma gama abrangente de cirurgias coloproctológicas (211,75 cirurgias por ano sendo destas 52,25 cirurgias abdominais), satisfazendo as necessidades para o ensino de médicos residentes em coloproctologia.

TL195 - A SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA – SEÇÃO SÃO PAULO, É A ORGANIZADORA DO EVENTO EM REFERÊNCIA, O QUAL SERÁ REALIZADO EM CAMPOS DO JORDÃO DE 14 A 16 DE MAIO DE 2009. A JORNADA É UM DOS MAIORES EVENTOS DA UROLOGIA E OCORRE BIENALMENTE

PALLONE, G.

1. Unicamp, Universidade Estadual de Campinas, Cidade Universitária Zeferino Vaz

O objetivo do congresso é reunir médicos urologistas para atualizações científicas, troca de informações e de conhecimentos. Os congressistas participarão de atividades científicas contemplando palestras, mesas redondas, painéis, entre outros. Como em outros eventos que já organizamos em campos do Jordão e para melhor atingir os objetivos pretendidos, gostaríamos de contar com o apoio do campos do Jordão convention & visitors bureau da seguinte forma: descontos para os congressistas, palestrantes e participantes da jornada em restaurantes, lojas e passeios turísticos. Este desconto será concedido mediante a apresentação do crachá do evento. Também solicitamos o fornecimento de material promocional e convênio de cooperação e link para o convention bureau no site do evento. Confirmando a nossa parceria consolidada, convidamos o convention bureau a ter um ponto de apoio no campos do Jordão convention center no período de 14 a 16 de maio.

TL196 - RESULTADOS INICIAIS DA CIRURGIA TRANSANAL ENDOSCÓPICA

NAHAS CSR, MARQUES CFS, BORBA MR, DIAS AR, POLLARA W, NAHAS SC, CECONELLO I

1. ICESP - HCFMUSP, INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP

Objetivo: Relatar a experiência inicial do emprego da cirurgia transanal endoscópica. Material e métodos: Foram coletados prospectivamente

dados referentes a 20 pacientes submetidos a técnica de cirurgia endoscópica transanal quanto as indicações, resultados e complicações. Resultados: Doze mulheres e oito homens com idade entre 52 e 84 anos (média=66) foram tratados. As indicações foram: 10 adenomas irrecorríveis por colonoscopia, 4 pacientes com tumor precoce T1, 4 pacientes com tumores avançados pós neoadjuvancia, 1 paciente com tumor T2 que recusou cirurgia radical e 1 por fístula perianal complexa. Treze lesões eram de reto distal, 6 de reto médio e 1 de reto superior. Dez lesões eram posteriores, 6 eram laterais e 3 eram anteriores. O tempo operatório variou de 45 a 240 minutos (média 145 minutos). A alta hospitalar variou de 2 a 7 dias pós-operatórios (média de 3,4 dias). Foram observadas as seguintes complicações: 2 sangramentos (1 recebeu transfusão), 2 casos de mucorréia e tenesmo e 1 retroperitonio sintomático (necessitou laparoscopia diagnóstica). O tempo de seguimento médio é de 6 meses (1 - 18 meses). Um paciente apresentou recidiva de um adenoma. O caso de fistula recidivou. Conclusões: A cirurgia transanal endoscópica é técnica segura, porém não isenta de complicações principalmente sua fase inicial de aprendizado. Entretanto, é um opção atrativa que está ganhando cada vez mais espaço no armamentário do cirurgião colorretal.

TL197 - DIFERENCAS ENTRE OS SITIOS DE EXTRAÇÃO DA ESPÉCIME CIRÚRGICA NA COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA DA LUZ MOREIRA A., ROTTOLI M., GEISLER D., VOGEL J., KIRAN R.

1. CCF, Cleveland Clinic

Introdução: A espécime cirúrgica pode ser extraída de diferentes maneiras na colectomia laparoscópica. Poucos estudos compararam as complicações relacionadas aos diferentes tipos de incisão. Objetivo: As complicações de ferida operatoria foram comparadas entre os diferentes sítios de extração da espécime cirúrgica na colectomia laparoscópica. Método: Pacientes submetidos a colectomia laparoscópica entre 2004 e 2008 foram analisados. Pacientes com hernia incisional previa, casos convertidos para cirurgia aberta e reoperados em 30 dias foram excluídos. Conversão para cirurgia aberta foi definida como incisão cirúrgica maior que 8cm. Foram coletados: dados demográficos, comorbidades, índice de massa corporal, diagnóstico, uso de corticóides, cirurgia abdominal prévia, sítio de extração (transversa, mediana ou Pfannenstiel), tipo e duração da cirurgia, perda sanguínea estimada, criação de estoma e uso de protetor de ferida ou portal para "hand-assisted laparoscopy" (HAL). Um modelo de regressão logística foi utilizado para avaliar a associação independente das variáveis com infecção de ferida e hérnia incisional. Resultado: 598 pacientes foram incluídos neste estudo. Destes, 326 (54%) eram mulheres e a idade mediana foi de 54 (10-93) anos. Em 339 (57%) pacientes a espécime cirúrgica foi extraída por uma incisão mediana, em 185 (31%) por incisão de Pfannenstiel e nos 74 (12%) pacientes remanescentes a extração se deu por incisão transversa. O tamanho

mediano das incisões foi de 5 (3-8) cm. Após um seguimento mediano de 12,1 (1,2 - 58,4) meses as taxas de infecção de ferida e de hérnia incisional foram de 11,2% e 5,5% respectivamente. Obesidade ($P < 0.01$), idade ($P = 0.03$), infecção de ferida ($P = 0.01$) e extração por incisão mediana ($P = 0.02$) foram os fatores de risco independentes para a ocorrência de hérnia incisional. Obesidade foi o único fator de risco independente associado a infecção de ferida ($P = 0.02$). Uso de portal para "HAL" ($P = 0.7$), sítio de extração ($P = 0.3$), ou a utilização de protetor de ferida ($P = 0.4$) não afetaram as taxas de infecção de ferida. Conclusão: Enquanto a taxa de infecção de ferida operatoria não foi afetada pelos diferentes sítios de extração, hérnias incisionais foram significativamente mais comuns em pacientes que tem espécimes extraídas por incisões medianas.

TL198 - CHRONIC CONSTIPATION - SURGICAL MANAGEMENT

ASHOK KUMAR, LOKESHA H.M., UC GHOSHAL

Departments of Surgical and Medical Gastroenterology

Sanjay Gandhi Post Graduate Institute of Medical Sciences, Lucknow-226014, India

Introduction : Chronic constipation is very difficult to manage medically. Surgical options have been advocated when conservative medical management fails to relieve the symptoms. The aim of the study is to assess the results of surgical procedures in patients with constipation who have been refractory to medical therapy.

Methods : Retrospective analysis of prospectively maintained data of thirty four patients, who were managed surgically for refractory chronic constipation in a tertiary referral center in north India between year 2003-2009. Results : There were 24 males (71%) and 10 females (29%) with the mean age of 45years (range 18-77yrs). These patients had symptoms for a mean duration of 118months (range 12-360 months); had already been treated medically, including biofeedback. Preoperative evaluation included barium enema, colonoscopy, colonic transit study, defecography, and anorectal manometry. Eight patients (23%) had slow transit constipation, 4 patients(12%) had Hirschsprung's disease and 22 patients (65%) had complex anatomic abnormalities like rectocele and rectal prolapse . The surgical procedures performed were- total colectomy and ileo-rectal anastomosis, anterior resection, Delorme's procedure, resection rectopexy and Duhamel procedure. 20% of the patients had one or more complications but there was no mortality. One patient developed recurrence of symptoms following anterior resection and improved following total colectomy and ileo-rectal anastomosis. All patients had satisfactory outcome on follow up (3-60 months) with mean stool frequency of 1-4 per day. Conclusions : Surgery should be considered in patients who have severe refractory constipation after medical management . It can be performed with acceptable morbidity. The surgical option depends on underlying etiology of the constipation and the expertise available.

PÔSTERES

P01 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO TERMINAL OPERADO APÓS 16 ANOS DO DIAGNÓSTICO DE SUA METÁSTASE

FORMIGA, F.B., MAGRI, K.D., CANDELÁRIA, P.A.P., FANG, C.B., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: o tumor neuroendócrino mais comum, o carcinóide de íleo terminal, apresenta evolução benigna. Objetivos: o caso relatado objetiva descrever e ilustrar o difícil diagnóstico do tumor neuroendócrino e sua insidiosa evolução mesmo com doença disseminada. Métodos: acompanhamento de paciente do departamento de cirurgia da santa casa de misericórdia de são paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. Resultados: arl, 77 anos, sexo feminino. Submetida, em 1992, a hepatectomia segmentar cujo estudo anátomo patológico revelou ser tumor carcinóide. Procurou nosso serviço, após 13 anos, com diarreia (5 a 15 vezes/d), cólica abdominal, flatulência e perda ponderal. Tomografia computadorizada (tc) evidenciou fígado com múltiplos nódulos hipoatenuantes com realce periférico. Realizada biópsia hepática percutânea que determinou infiltração de neoplasia endócrina, confirmada por imunohistoquímica (cromogranina, ae1/ae3 e sinaptofisina positivos). Colonoscopia normal. Petscan captou apenas o parênquima hepático. Como paciente era sintomática, foi optado por iniciar tratamento com quimioembolização. Realizou quatro sessões com redução dos nódulos, porém houve agravamento clínico progressivo, com diarreia levando à desidratação e tumoração móvel e recorrente em fossa ilíaca direita. Iniciou-se octreotida e nova investigação do tumor primário: colonoscopia com ileíte terminal, enema opaco com irregularidade cecal, trânsito intestinal com dilatação de alças ileais, endoscopia digestiva alta normal, tc de tórax normal e tc de abdome evidenciando as mesmas lesões metastáticas e espessamento com dilatação das paredes do íleo distal e ceco. Por fim, o octreoscan captou em íleo terminal e parênquima hepático. Indicado procedimento cirúrgico que evidenciou grande retração de meso com linfonodomegalia, neovascularização e estenose do íleo terminal. Realizada hemicolectomia direita com ressecção de 40cm de íleo terminal. Estudo anátomo-patológico evidenciou neoplasia neuroendócrina do íleo, invasão sanguínea e perineural, sem linfonodo comprometido. Paciente evoluiu com ganho ponderal, ausência de dor abdominal e sem diarreia. Conclusões: o tumor neuroendócrino é doença insidiosa com bom prognóstico, portanto, investir na busca do tumor primário quando a metástase é sua primeira manifestação é o melhor caminho para melhorar a qualidade de vida do paciente.

P02 - ABDOME AGUDO POR ADENOCARCINOMA EM PACIENTE DE 16 ANOS - RELATO DE CASO

MENDES, CRS, SAPUCAIA, RA, GALVAO, RAR, FERREIRA, LSM, SOUZA, FZ

1. HSI, Hospital Santa Izabel

Objetivo: relatar um caso de abdome agudo em uma paciente de 16 anos por neoplasia colônica material e métodos: paciente da unidade de emergência do hospital santa izabel com diarreia e dor abdominal resultados: trata-se de um paciente sexo feminino, 16 anos, com relato de internamento prévio na emergência com quadro de dor abdominal, distensão, vômitos e diarreia. Durante o internamento foi realizada tomografia de abdome com evidencia de espessamento da parede do ceco e do colon transverso. Feito diagnóstico de doença inflamatória

intestinal pela gastroenterologia, iniciando tratamento com asalit®, apos melhora clinica obteve alta com orientação para realizar exame colonoscópico. Paciente retorna à emergência, após dois meses, sem a colonoscopia, apresentando diagnostico de abdome agudo obstrutivo. Submetida a tratamento cirúrgico de urgência sendo evidenciado neoplasia em anel de guardanapo em colon transverso com perfuração do ceco. Feita colectomia direita alargada com linfadenectomia. Anatomopatológico demonstrou um adenocarcinoma mucoprodutor com células em anel de sinete t4n2m0. Conclusão: a incidência de neoplasia colorretal vem aumentando nos últimos anos. É a quarta neoplasia maligna mais incidente no brasil. O diagnóstico em pacientes jovem é subestimado, o que leva ao atraso na elucidação do caso e avanço da doença com menor possibilidade de cura. A incidência do câncer colorretal na população com idade inferior a 30 anos é menor que 1%. O adenocarcinoma mucinoso, em qualquer grau de diferenciação, é considerado como fator localmente agressivo e de pior prognóstico como foi o encontrado no caso acima como invasão tumoral em serosa e dos linfonodos do mesocolon.

P03 - ADENOCARCINOMA EM TRAJETO DE FÍSTULAS PERIANAIS CRÔNICAS E HIDRADENITE – RELATO DE CASO CARNEIRO, J.A.1, POSWAR, F.O.1, SILVA, J.A.1, MONTEIRO, V.A.2, FREITAS, M.O.S.2

1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria3. LANMC, Liga Acadêmica Norte - Mineira de Cirurgia

Introdução: os adenocarcinomas do canal anal podem surgir de reto, glândulas anais e fístulas anorretais. A maioria das fístulas anais origina-se das criptas anais, que se tornam infectadas. Quando o abscesso se forma e rompe, uma fistula aparece. A hidradenite supurativa é uma dermatose inflamatória comum caracterizada por abscessos e nódulos dolorosos e recorrentes localizados em áreas intertriginosas. Objetivo: relatar um caso de adenocarcinoma em trajeto de fístulas perianais crônicas e hidradenite. Método: análise de prontuário e revisão de literatura. Resultado: trata-se de paciente masculino (hap), 46 anos, tabagista, etilista crônico, natural de espinosa-mg, admitido com queixa de secreção em região sacral e glútea. Apresenta história de 2 fistulectomias, sendo a última há 7 anos, cujo resultado histopatológico evidenciou, no material de região perianal e glútea, canal irregular intercomunicante, circundado por tecido de granulação, infiltrado linfohistioplasmocitário e fibrose, algumas células gigantes do tipo corpo estranho, abscesso, com diagnóstico de trajeto fistuloso com granulomas a corpo estranho, podendo tratar-se de hidradenite supurativa. O exame proctológico atual evidenciou lesão vegetante perianal às 7:00 horas com 8 cm de diâmetro. Notam-se, ainda, vários orifícios de trajetos fistulosos perianais, sacrais e glúteos bilaterais, alguns drenando secreção amarelada. O toque retal revelou uma ampola retal vazia. O paciente foi submetido a novas biópsias, que mostraram no material da região perianal e sacral fragmentos de epitélio estratificado escamoso apresentando neoplasia glandular, aspecto tubular, francamente pleomórfica e mitótica; áreas de necrose e ulceração; “varias células em anel de sinete”, com diagnostico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Em lesão de nádegas, revelou fragmentos de pele com canal irregular intercomunicante, circundado por tecido de granulação, infiltrado linfohistioplasmocitário e fibrose. Ausência de malignidade neste material enviado a exame, com diagnóstico de trajeto fistuloso inespecífico. Conclusão: portanto configurou-se adenocarcinoma em trajeto fistuloso crônico, sendo

avaliado pela oncologia que propôs tratamento neoadjuvante. O paciente apresenta adenocarcinoma moderadamente diferenciado de surgimento secundário, associado a fistulas perianais complexas e hidradenite, encontra-se no momento em tratamento radioquimioterápico neoadjuvante, com programação para tratamento cirúrgico.

P04 - RESSECÇÃO LOCAL DE TUMOR DE RETO RELATO DE 2 CASOS

CARNEIRO, J.A.1, POSWAR, F.O.1, SILVA, J.A.1, MONTEIRO, V.A.2, FREITAS, M.O.S.2

1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros 2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria 3. LANMC, Liga Acadêmica Norte-Mineira de Cirurgia

Introdução: o câncer de reto é responsável por 11% das mortes por câncer nos estados unidos. Opções de tratamento curativo incluem a excisão total do mesoreto e a ressecção local. **Objetivo:** relatar dois casos de ressecção local de tumor de reto. **Método:** análise de prontuários e revisão de literatura. **Resultados:** paciente feminino (mlg), com 55 anos, natural de Buritizeiro MG, admitida com história de sangramento há cerca de 3 meses, associada à constipação intestinal e dor no hipogástrio. Ao toque retal, constatou-se tumoração retal. Submetida a colonoscopia/retossigmoidoscopia rígida, evidenciou-se lesão ulcerada superficial, há 5,0 cm da linha pectínea, cujo estudo histopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado. Realizou-se, portanto, após estadiamento, a cirurgia por via transanal com ressecção local da lesão, que foi encaminhada para estudo anatomopatológico, cujo resultado demonstrou lesão de 2,5 x 1,5 x 0,5 cm e neoplasia glandular ulcerada infiltrando à lâmina própria e focalmente a muscular da mucosa, com diagnóstico de adenocarcinoma superficial. A paciente encontra-se em controle pós-operatório segundo protocolo e não apresenta sinais de recidiva. **Paciente masculino (esl), com 81 anos, natural de Caculé BA, admitido com história de ferida na região retal, sangramento e aumento da frequência evacuatória. Submetido a colonoscopia/retossigmoidoscopia rígida, evidenciou lesão ulcerada superficial de 1. 5 cm de diâmetro há 4 cm da linha pectínea. Optou-se por ressecção local, após estadiamento, sendo realizado por via transanal, encaminhando a peça para estudo histopatológico, que revelou adenocarcinoma ulcerado acometendo até o início da submucosa. O paciente encontra-se em controle segundo protocolo e sem sinais de recidiva. Conclusão:** a excisão total do mesoreto, apesar de sua excelente taxa de cura no câncer de reto em estádios iniciais, é associada às vezes, quando não se preserva a inervação pré-sacra, com incontinência urinária, disfunção sexual, perda do controle do esfíncter anal e redução da qualidade de vida. Assim, alternativas conservadoras, como a ressecção local tem sido proposta. Há controvérsias, entretanto, quanto ao paciente elegível para esse tratamento. Os casos relatados sugerem que a ressecção local deva ser considerada nos pacientes no estágio T1N0M0.

P05 - RABDOMIOSSARCOMA PERIANAL RELATO DE UM CASO

MAGNO, J.C.C., FIGUEIREDO, G.M.P., GONÇALVES, J.C.N., SOUZA, C.M., DELFINO, A.B.M., ALMEIDA, D.G, NAGEL, J., MACHADO, A.B.

1. HEGV, Hospital Estadual Getúlio Vargas

O rabdomiossarcoma é o mais comum sarcoma de tecidos moles em crianças e adolescentes, comprometendo, principalmente a cabeça, o pescoço, extremidades e o trato gênito-urinário. A localização peri-

anal ou perineal é extremamente rara. O quadro clínico é de massa dolorosa, na maioria das vezes, confundida com processos inflamatórios tais como abscessos ou hidroadenite supurativa. Na literatura nacional só encontramos dois casos de rabdomiossarcoma em adultos: o primeiro, descrito por Florêncio e colaboradores (an bras dermatol 1998;75(5):449-52), tratava-se de um rabdomiossarcoma pleomórfico de perineo em paciente com 15 anos de idade e o segundo, descrito por Moraes e colaboradores (rev bras coloproct 2002;22(1):33-35), ocorreu em paciente com 40 anos de idade em localização para-retal. O caso do presente trabalho foi observado em paciente feminina com 19 anos. O diagnóstico inicial foi de hidroadenite supurativa, tendo sido tratada com antibióticos e en-caminhada a nosso ambulatório. A história era de massa dolorosa em região peri-anal com três meses de evolução, sinais flogísticos com eliminação de secreção. Apresentava volumosa massa com aspecto tumoral medindo \pm 12 cm no maior eixo, comprometendo margem anal, região glútea e, perineo e grande lábio e, dura, fixa, infiltrante, comprimindo o reto, sendo que o toque retal e a endoscopia só foram possíveis sob anestesia. Não foram evidenciadas lesões em mucosa retal. Linfadenomegalias inguinais bilaterais. A ressonância nuclear magnética demonstrou o extenso comprometimento loco-regional da neoplasia. O exame histopatológico complementado com marcação imuno-histoquímica fortemente positiva para miogenina e desmina foi conclusivo para o diagnóstico de rabdomiossarcoma do tipo alveolar com metástase para linfonodo inguinal. De acordo com o irsg (intergroup rhabdomyosarcoma study group) a paciente está classificada no grupo iv apresentando prognóstico bastante reservado em razão do tipo histológico, presença de doença metastática, localização perineal e lesão maior que 5 cm. Concluímos, com base na literatura especializada, que o rabdomiossarcoma em localização peri-anal e perineal é um tumor bastante raro no adulto, o diagnóstico definitivo depende do estudo imuno-histoquímico, o tratamento impõe uma abordagem multidisciplinar (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) e o prognóstico costuma ser bastante reservado.

P06 - METASTATIZAÇÃO HEPÁTICA DE PÓLIPO ADENOMATOSO COLORRETAL COM FOCO DE ADENOCARCINOMA

CIQUINI, S.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO, E.I., VARONI, A.C.C., FERREIRA, A.S., GUSMON, C.C., VIDILLI-PEREIRA, E.A.

1. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia – Hospital Universitário da PUC-C

Introdução: a presença de todas as fases no desenvolvimento de malignidade dentro do mesmo espécime de uma lesão polipóide é a evidência direta da seqüência pólipto-câncer. Com o advento da colonoscopia, a presença de uma lesão polipóide obriga a avaliação endoscópica para indicação de polipectomia. Não há justificativa para observação do pólipto adenomatoso após seu diagnóstico, exceto na rara situação em que o risco de ressecção endoscópica é alto. Quando o carcinoma invasivo for encontrado no espécime de polipectomia, alguns autores aconselham ressecções locais para casos selecionados. Outros recomendam o tratamento cirúrgico, caso a área degenerada esteja próxima à margem de ressecção, se houver invasão angiolinfática e/ou presença histológica de lesão pouco diferenciada. A questão mais controversa do tratamento é a identificação de carcinoma invasivo no espécime estudado. Doentes submetidos à ressecção intestinal após remoção de pólipos sésseis contendo carcinoma invasivo apresentam incidência de metástase linfonodal de 10%. Portanto, a chave do tratamento adequado é a interpretação precisa dos achados histopatológicos. **Objetivos:** analisar a importância deste diagnóstico em doente portador de pólipto intestinal com degeneração neoplásica

maligna e disseminação hepática da doença. Métodos: os autores relatam o quadro de doente portador de pólipos adenomatosos tubulares com foco de adenocarcinoma e disseminação sistêmica hepática. Resultados: apresenta-se o quadro de doente de 57 anos, portador de vários pólipos colorretais, sugerindo polipose atenuada. Um deles era extenso, em ceco, com biópsia revelando lesão adenomatosa tubular, e outro, em retossigmoido com lesão deprimida na base e biópsia revelando adenocarcinoma intramucoso. Submetido a colectomia total com anastomose íleo-retal, apresentando exame histopatológico compatível com T1N0M0. Em seguimento posterior, permaneceu com cea elevado e foi submetido ao PET-CT, o qual demonstrou metástase hepática. Permanece em acompanhamento com novos exames. Conclusões: os autores concluem a importância do tratamento adequado baseado na interpretação competente dos achados microscópicos. Isto vem sendo particularmente difícil quando não há uniformização de muitos termos usados por diferentes patologistas. Qualquer que seja a escolha terapêutica, esta deverá ser sempre compartilhada com o doente, ponderando os riscos e benefícios inerentes a cada uma.

P07 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DO RETO E DO SIGMÓIDE

CIQUINI, S.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO, E.I., FERREIRA, A.S., GUSMON, C.C., VARONI, A.C.C., VARONI, L.P.C.

2. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia - Hosp. Univer. da PUC-CAMPINAS

Introdução: na atualidade a neoplasia maligna colorretal representa uma das mais importantes causas de morte por câncer no mundo. Os programas de prevenção e detecção precoce têm-se mostrado eficazes na diminuição desse índice. Mesmo em países com recursos torna-se inviável a realização de colonoscopias em todos os indivíduos acima dos 50 anos. Assim, hoje preconizam-se a estratificação em grupos de risco e a combinação de métodos diagnósticos, tais como pesquisa sangue oculto nas fezes, o exame proctológico completo e a colonoscopia, visando a redução da mortalidade. Objetivos: estudar quais métodos diagnósticos apresentam maior relevância para a detecção do câncer do reto e do sigmóide. Métodos: os autores estudaram 51 portadores de neoplasia do reto e do sigmóide, submetidos a procedimento cirúrgico, entre maio de 2007 e maio de 2009. Todos eram provenientes do sistema público de saúde e apresentavam lesões localizadas da transição reto-anal até 25 cm. Foram excluídos os doentes que apresentavam lesões em outras localizações, os provenientes da rede privada de saúde e os operados em outros serviços. As variáveis comparadas foram: sangue oculto nas fezes, toque retal, retossigmoidoscopia rígida e colonoscopia. Os doentes com queixa de sangramento visível não foram submetidos à pesquisa de sangue oculto nas fezes. Resultados: avaliou-se 51 doentes com diagnóstico de neoplasia do reto ou sigmóide submetidos aos 4 exames mencionados. Em 6 (11,76%), que não apresentavam queixa de sangramento nas fezes, realizou-se pesquisa de sangue oculto. Nestes, 4 (66,67%) o resultado de sangue oculto foi positivo. A retossigmoidoscopia rígida identificou o câncer em 50 (98%) doentes, porcentagem idêntica à da colonoscopia. Ambos os exames não conseguiram diagnosticar o câncer em um mesmo indivíduo, o qual apresentava pesquisa de sangue oculto positivo. O toque retal, foi capaz de detectar a lesão em 31 (60,78%) doentes. Conclusões: a retossigmoidoscopia rígida e a colonoscopia mostraram-se efetivas e eficazes na detecção do câncer do reto e do sigmóide. Considerando-se sua eficiência a retossigmoidoscopia rígida mostrou ser o melhor método diagnóstico para esta finalidade. Estes métodos não dispensaram o toque retal e a pesquisa do sangue oculto nas fezes.

P08 - TUMOR CARCINÓIDE RETAL LOCALMENTE AVANÇADO: DOENÇA RARA E TÉCNICA CIRÚRGICA INCOMUM

LEITE, S.M.O.1, MAIA JR, C.L.S.1, SANTOS, M.A.M.1

1. HGIP/ IPSEMG, Hospital Governador Israel Pinheiro2. FCMMG, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais3. SCBH, Santa Casa de Belo Horizonte4. BI, Bioçor Instituto Belo Horizonte

Introdução: tumor carcinóide de reto médio localmente avançado, sem acometimento à distância, abordado por via abdômino-sacral com ressecção do cóccix. Objetivo: apresentar caso de doença rara, tratada com técnica cirúrgica pouco comum métodos: revisão de prontuário e pesquisa em literatura médica. Resultados: paciente de 61 anos, sexo masculino, obeso mórbido, com diagnóstico de lesão tumoral de cinco centímetros em região póstero-lateral direita, a sete centímetros da borda anal, com mucosa retal suprajacente íntegra. Ausência de evidências de metástases pulmonares ou hepáticas. Ressonância magnética mostrando lesão retrorretal com aparente invasão prostática por contiguidade. Submetido a retossigmoidectomia com abordagem combinada abdômino-sacral, com ressecção do cóccix, devido às condições técnicas do paciente (obesidade importante). Anastomose primária com grampeador cirúrgico. Confeccionada ileostomia protetora. Evoluindo de forma arrastada porém favorável, recebendo alta hospitalar no 30º dpo. Anátomo-patologia da peça sugeriu tratar-se de neoplasia de origem neuroendócrina; diagnóstico de carcinóide confirmado por imuno-histoquímica. Dois linfonodos metastáticos de dezoito dissecados. Tumores carcinóides são neoplasias raras que respondem por menos de 0,5% dos diagnósticos oncológicos. Originam-se de células neuroendócrinas, mais comumente ao longo do tubo intestinal (60%) e do segmento broncopulmonar (25%). O reto corresponde à terceira sede mais comum no trato digestivo, respondendo por 13,7% dos casos. O prognóstico geralmente é bom por ser diagnosticado mais frequentemente em estágios mais precoces, quando é indicada ressecção local. Entretanto, há uma piora significativa naqueles pacientes cuja lesão excede 2 cm de diâmetro, com taxas de metástases de até 60-80%. Lesões localmente avançadas, sem acometimento à distância, são muito raras, sendo, por isso, cirurgias de maior porte raramente realizadas para a abordagem desta patologia específica. Conclusão: o tumor carcinóide de reto é patologia que raramente demanda ressecção cirúrgica alargada. A maioria é tratada com ressecção local transanal. Lesões maiores geralmente são incuráveis por já apresentarem metástases. O caso apresentado foge desta regra, sendo tratada com técnica pouco utilizada na atualidade.

P09 - RELATO DE CASO – TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL (GIST) DE INTESTINO DELGADO

HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA, CARDOSO, M.C.B., SILVA, JR.J.F., FIORENTIN, J.Z., PHILIPPI, A.L., BAPTISTA, T.S.

1. UNESC, Universidade do Extremo Sul Catarinense

Introdução: os tumores gastrointestinais estromais (gist) são lesões que expressam a proteína c-kit e originam-se das células de cajal. A gênese do gist relaciona-se com mutações no gene kit, resultando na ativação da proteína kit, a qual estimula proliferação celular sem oposição. O gist é um tumor raro, porém representa 80% dos tumores mesenquimais do trato gastrointestinal (tgi) e 5% dos sarcomas. É a neoplasia não epitelial do tgi mais frequente. Sua classificação se baseia no potencial de malignidade que inclui o tamanho do tumor e o índice mitótico. Predomina em homens, com aproximadamente 60 anos, podendo originar-se em todo tgi, principalmente no estômago (70%) e intestino delgado (25%). Apenas a ressecção cirúrgica proporciona a cura. Objetivo: descrever um caso de gist com localização infrequente e com prognóstico favorável. Métodos: relato de caso e

revisão de literatura. Resultados: masculino, 57 anos, apresentou episódio de enterorragia volumosa e síncope. Exame físico: palidez cutâneo-mucosa e taquicardia. Hemoglobina: 10mg/dl. Endoscopia digestiva alta: pequena hérnia hiatal, erosão no antro e hiperemia em bulbo; terceira porção do duodeno com sangue rutilante volumoso. Enteroscopia: ponto erosivo da mucosa, com exposição de coto arterial submucoso a, aproximadamente, 15 cm além da papila duodenal. Cirurgia: enterectomia segmentar de jejuno proximal e anastomose primária. Anátomopatológico: baixo potencial de malignidade, limites cirúrgicos livres. Imunohistoquímica: gist fusocelular, c-kit positivo. Conclusão: os estudos de imunohistoquímica iniciados na década de 80 revelaram que muitos tumores do tgi diagnosticados como leiomiomas ou leiomiossarcomas, eram na realidade gist, o que influencia amplamente no prognóstico, apesar de continuar sendo difícil obter informações sobre sua real incidência. Os tumores no intestino delgado são geralmente assintomáticos, razão pela qual, apresentam pior prognóstico, entretanto, neste relato os sintomas permitiram diagnóstico mais precoce. Além disso, este relato demonstra o importante papel da enteroscopia diagnóstica em alguns casos de hemorragia digestiva.

P10 - PSEUDOMIXOMA PERITONEAL SECUNDÁRIO A NEOPLASIA DO APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO
OLIVEIRA, P.S.P., ROSIM, E.T., CAMARGO, M.G., LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.S., FAGUNDES, J.J., COY, C.S.R.

1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: pseudomixoma peritoneal é uma rara entidade, caracterizada por volumosa ascite mucinosa, de crescimento lento e invariavelmente progressiva. Seu diagnóstico é realizado, na maioria dos casos, quando a doença encontra-se avançada e de tratamento complexo. A origem da mucina é decorrente principalmente de tumores do apêndice cecal, podendo também ter como origem tumores ovarianos. Objetivos: relatar um caso de pseudomixoma peritoneal secundário a tumor do apêndice cecal diagnosticado precocemente. Relato de caso: M. L. A. A. , 54a, sexo feminino. Procurou serviço médico devido a dor na região hipogástrica e fossa ilíaca direita intermitente, com piora súbita, tornando-se contínua. Exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal levaram a hipótese diagnóstica de apendicite aguda. Submetida a apendicectomia (Grau III), sem intercorrências. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, mucossecrator do apêndice cecal, infiltrativo até a gordura adjacente, com indícios de pseudomixoma peritoneal. Realizou tomografia computadorizada do abdome e us transvaginal (normais), além de colonoscopia que evidenciou doença diverticular dos cólons. Então, a paciente procurou nosso serviço e a conduta foi reabordagem cirúrgica. Em 23/10/09, foi submetida a hemicolectomia direita, linfadenectomia ao nível da mesentérica superior, omentectomia, ooforectomia bilateral e ressecção de implantes na goteira parietocólica direita e lesão cística no grande omento, adjacente ao ceco, cuja congelção revelou pseudomixoma. O anatomopatológico do espécime cirúrgico confirmou a presença de mucinose peritoneal no omento, cólon direito com melanosis coli, íleo terminal sem alterações, ovários e 12 linfonodos dissecados sem sinais de malignidade. A paciente evoluiu sem intercorrências e encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: as neoplasias do apêndice cecal são raras e tem como apresentação comum quadro sugestivo de apendicite e seu diagnóstico se dá somente após o anatomopatológico da peça cirúrgica. Tais tumores podem evoluir com o quadro de pseudomixoma peritoneal. Relatou-se um caso raro de diagnóstico precoce da entidade.

P11 - IDENTIFICAÇÃO DAS VIAS CARCINOGENÉTICAS MUTADORA (MSI) E CLÁSSICA EM CARCINOMAS COLORRETAIS ESPORÁDICOS

LOSSO, G.M., TELLES, J.E.Q.

1. UFPR, Universidade Federal do Paraná

A capacidade de prever a agressividade biológica pela identificação das vias carcinogênicas através da análise tecidual é de valor inestimável para o tratamento dos pacientes com câncer. Se tumores não responsivos aos tratamentos usuais pudessem ser identificados, estes pacientes poderiam ser poupados da toxicidade terapêutica e, assim poderiam ser candidatos a novas modalidades terapêuticas não convencionais. Esta pesquisa objetiva identificar e correlacionar o fenótipo neoplásico tumoral das vias carcinogênicas clássica (p53) e mutadora (msi-h) em 51 tumores colorretais esporádicos. Métodos: blocos de tecidos fixados em formalina a 10% e incluídos em parafina foram submetidos a cortes histológicos de 4µ, para avaliação histológica. A técnica de (tissue microarrays - tmas) foi utilizada para uma melhor uniformidade e custeio das reações imunohistoquímicas das proteínas de reparo hmlh1, hmsh2, hmsh6 e a p53. Resultados: nesta pesquisa, 19,60% dos casos eram decorrentes da via carcinogênica mutadora (msi-h) estes eram, 70,00% do gênero feminino, 90,00% do tipo não mucinoso e 80,00% apresentavam localização preferencial no cólon distal com média de idade de 57,10 anos. Enquanto 66,66% eram decorrentes da via carcinogênica clássica (p53+) estes eram 61,76% do gênero masculino, 85,29% do tipo histológico não mucinoso e 88,24% apresentavam localização preferencial no cólon distal com média de idade de 60,55 anos. Conclusão: nesta pesquisa as vias carcinogênicas clássica e mutadora não ocorrem com a mesma frequência, sendo que a via predominante na carcinogênese colorretal esporádica é a via clássica. Houve correlação significativa (p>0,05) entre as características patológicas e os marcadores imunohistoquímicos.

P12 - SARCOMA SINOVIAL PERIANAL - RELATO DE CASO
FAYAD, J.B., QUINTAS, C.M.S., SOUSA, C.R., SÁ, M.A.G.S., COSTA, C.B., PORTOVALES, M.O., JUNGES, K.T.

1. HGI-RJ, Serviço de Coloproctologia do Hospital Geral de Ipanema-RJ

Introdução: o sinoviosarcoma é uma neoplasia de células mesenquimais com alto grau de malignidade, sendo o quarto tipo mais comum dos sarcomas, o que corresponde a cerca de 10% dos casos. A localização perianal isolada é extremamente rara, sem relatos prévios na literatura consultada. Objetivo: apresentar um caso de paciente com tumoração perianal recidivada, em menos de um ano, com diagnóstico imunohistoquímico de sarcoma sinovial. Métodos: paciente de 44 anos, diabética, com queixa de tumoração perianal indolor de crescimento lento, sem queixas proctológicas. Apresentava ao exame físico tumoração de consistência sólida, indolor, sem sinais flogísticos e não aderida aos planos profundos na região perianal látero-posterior direita. A ressonância magnética diagnosticou tumoração de 5 cm na fossa ísquio-retal direita, paralela ao reto inferior, sem comprometimento do mesmo. A paciente foi submetida à excisão total da lesão. Após o laudo histopatológico de endometriose, a paciente iniciou tratamento hormonal com agonista de gnRH. No seguimento ambulatorial, foi detectada recidiva tumoral perianal, com 8 cm de extensão, as mesmas características anteriores e perda ponderal de 5kg em 6 meses. Foi realizada nova ressecção perianal, cujo resultado da congelção revelou: neoplasia fusocelular, o que levou ao alargamento das margens da ressecção no ato cirúrgico. O diagnóstico histopatológico mostrou neoplasia estromal com áreas focais de necrose. No estudo imunohistoquímico fez-se o diagnóstico de sinoviosarcoma. A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório e encontra-se há 6 meses,

em seguimento ambulatorial, sem recidiva. Conclusão: a incidência de sarcomas no colon e no reto é de 1%. O sinoviosarcoma é mais comum nas extremidades inferiores, seguido das superiores, tronco, abdome, cabeça e pescoço, acometendo principalmente crianças e adultos jovens com discreto predomínio masculino. Embora o termo sarcoma sinovial implique na origem a partir do interior das articulações, menos de 10% são intra-articulares. O sítio mais comum de metástase é o pulmão, seguido de linfonodos regionais e osso. A recorrência, metástase e risco de morte aumentam significativamente em tumores maiores que 5 cm. A quimioterapia não parece ser tão efetiva e a radioterapia tem sido considerada naqueles pacientes com margens comprometidas e linfonodos positivos, diminuindo o índice de recidiva local.

P13 - LINFOMA EXTRANODAL DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSADOR DE INTUSSUCEPÇÃO INTESTINAL

FREITAS, D.P., SILVA, F.B., LEAL, V.M.

1. UESPI, Universidade Estadual do Piauí

Objetivo: relatar um caso de linfoma não-hodgkin (Lnh) presente no intestino delgado como causador de intussuscepção intestinal. Material e métodos: paciente com 51 anos, sexo masculino, etilista, que chegou ao serviço de emergência do hospital Getúlio Vargas com queixa de vômitos diários e constipação que iniciou há um mês com piora progressiva. Referia epigastralgia, astenia e perda de oito quilos. Apresentava história de gastrite e de disenteria com periodicidade mensal durante 12 anos. Relatou que dois parentes de primeiro grau morreram por neoplasia hepática. Ao exame físico o paciente apresentava-se: hipocorado ++/4 hipohidratado ++/4, anictérico, eupneico, afebril. Ausculta cardiorrespiratória sem alterações, abdome flácido, sem massas ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos e extremidades normais. Solicitou-se radiografia simples de abdome evidenciando distensão gasosa das alças delgadas proximais, e no trânsito intestinal interrupção abrupta da coluna de contraste em segmento jejunal distal, com dilatação e ectasia à montante, associado a espessamento de distribuição regular das pregas da mucosa jejunal, assumindo um aspecto de “moedas empilhadas”. Sendo encaminhado para procedimento cirúrgico. Resultados: realizada ressecção cirúrgica com posterior anastomose término-terminal. A peça foi encaminhada ao exame histopatológico que mostrou ulceração epitelial e infiltrado de pequenos e grandes linfócitos atípicos disseminados em toda a espessura da parede, sendo condizente com o diagnóstico de linfoma não-hodgkin difuso de pequenas e grandes células. A imunofenotipagem demonstrou linfoma não-hodgkin difuso de baixo grau do tipo malt com imunofenótipo b. Conclusão: trata-se de um paciente com sintomatologia inicialmente inespecífica como ocorre na maioria das intussuscepções crônicas em adultos. Os achados da radiologia simples do paciente são sugestivos de obstrução intestinal. O aspecto de “moedas empilhadas” da radiologia contrastada é sugestiva de obstrução, e a interrupção da coluna de contraste visualizada justifica tal procedimento como triagem diagnóstica. Foi realizada ressecção cirúrgica com posterior anastomose término-terminal, sem a necessidade de biópsia hepática e esplenectomia. A imunofenotipagem da peça cirúrgica demonstrou tratar-se de um Lnh de células b, que de acordo com o projeto de classificação internacional de linfomas não hodkin representa cerca de 5% de todos estes tumores, exaltando sobremaneira a raridade deste caso.

P14 - TUMOR ADENOESCAMOSO DE RETO - RELATO DE CASO

KURACHI G, OLIVEIRA EC, ISAAC RR, DANTONIO ACC, ALMEIDA ACC, MOTA NC, CARNEIRO SS, LEITE PCCA

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina

Introdução: os carcinomas adenoescamosos colorretais são definidos como tumores com componentes escamosos e glandulares coexistentes. Caso clínico: J. G. M., 29 anos, feminino, branca. Há 7 meses com tenesmo, hematoquezia e alteração do hábito intestinal, perda de 27 kg. Toque retal: lesão estenosante a 4cm da margem anal. 1ª biópsia: processo inflamatório; 2ª biópsia: sugestiva de adenocarcinoma; 3ª biópsia: sob analgesia, macrobiópsia evidenciou carcinoma adenoescamoso invasor. Cea pré-op 107 ng/dl. Tc de abdome: lesões hepáticas hipodensas e espessamento da parede do reto. Rx de tórax: normal. Estadiamento local pré-op pela rm e us endorretal foi t3n1. Paciente foi submetida à neoadjuvância. Evoluiu com obstrução intestinal, sendo realizado cirurgia de Hartmann. Boa evolução pós-operatória. O estágio da peça cirúrgica t3n0m1. Seguimento ambulatorial com sessões de qt (5fu e ác. Folínico). Atualmente com elevação do cea (952,8ng/dl), caquexia e crises convulsivas. Discussão: teorias foram propostas para explicar a origem do carcinoma adenoescamoso de cólon. Um estímulo anormal da mucosa pode resultar em diferenciação aberrante como na rcui, esquistossomose, radiação e infecção pelo hpv. A metaplasia escamosa pode ocorrer em até 1% dos adenomas colônicos e poderia ser uma causa para este tumor. Outra possibilidade é ter o seu surgimento à partir de uma célula pluripotencial com capacidade de diferenciação multidirecional. Lesões sincrônicas e metacrônicas podem ocorrer. É mais comum o componente escamoso no surgimento das metástases. A suspeita deve ocorrer em casos de adenocarcinoma com áreas muito pouco diferenciadas; teste com imunoperoxidase e ou exame com microscopia eletrônica para identificação do componente escamoso são fundamentais para confirmação diagnóstica. A maioria dos pacientes é diagnosticada em fases avançadas, com sobrevida média de 1 ano. A cirurgia é o tratamento de escolha, e apesar da terapia adjuvante ser empregada, o seu benefício permanece desconhecido pela raridade do tumor. Os agentes quimioterápicos mais utilizados são: 5-fu, semustine, carmustine e methotrexate. Há relatos de bons resultados com esquema negro para lesões anorretais. Conclusão: trata-se de doença rara (0,025 a 0,2% dos tumores colorretais), localizada principalmente no reto e porções distais do cólon, com clínica semelhante ao adenocarcinoma, porém com pior prognóstico.

P15 - TUMORES SINCRÔNICOS DE RETO (ADENOCARCINOMA) E DE FÍGADO (CARCINÓIDE) - RELATO DE CASO

KURACHI G, SOBRINHO EFSS, AMORIM FC, LEITE PCCA, VIANA JKB, CARNEIRO SS, ALMEIDA ACC, MOREIRA JPT

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina

Introdução: tumores são ditos sincrônicos quando se apresentam simultaneamente ao diagnóstico ou no ato operatório. É frequente a coexistência de tumores carcinóides com outras neoplasias, chegando a 17%. Os principais órgãos sedes de neoplasias associadas são colo uterino e cólon. Os tumores carcinóides de fígado normalmente são secundários a metástases sendo o tumor primário raro e diagnosticado por exclusão de outras lesões primárias. Objetivo: relatar caso de neoplasia de reto inferior associado a tumor carcinóide de fígado relato de caso: ifc, 68a, masculino, branco. Há 1 ano quadro de tenesmo, alteração hábito intestinal e perda de peso. Há 18 dias com fraqueza intensa, icterícia e hematoquezia. Encontrava-se hipocorado e icterico, e ao toque retal evidenciou lesão vegetante a 7cm da margem anal fixa a planos profundos. Colonoscopia: neo reto inferior 6-7cm da margem anal ocupando 40% da luz. Rx tórax: normal. Cea: 2,8. Tc: moderada ascite. Extensa lesão expansível parietal, em terço médio e superior de reto, com aproximadamente 7,5cm de extensão, estendendo-se para espaços para-retal esquerdo e retro-vesical, sem plano de clivagem com vesícula seminal esquerda. Fígado: formações

nodulares hipodensas difusas, sendo a maior com 10 cm de diâmetro. Rm: lesão ântero lateral esquerda, t3n1. Usg reto: t3n1. Desde a internação paciente evoluiu com anemia refratária a transfusão sanguínea, sem entretanto identificação do foco hemorrágico. Paciente evoluiu com dor abdominal súbita, choque hipovolêmico refratário a oferta de volume, sendo encaminhado a cirurgia de emergência. Evidenciado hemoperitônio volumoso, com sangramento de segmentos ii e iii do fígado. Realizado segmentectomia ii e iii, ligadura de artéria hepática e controle de danos. Re-laparotomia para retirada de compressas, observado isquemia não obstrutiva de delgado e cólon. Paciente foi tratado com peritoneostomia, porém evoluiu para o óbito logo após 2o procedimento cirúrgico. Ap: produto de segmentectomia hepática: tumor carcinóide sem componente intestinal. Conclusão: tumores hepáticos podem ser sítio de hemorragia grave, e quando ocorrem são de difícil diagnóstico. A concomitância de tumores carcinóides hepáticos e câncer colorretal é bastante raro, e pode confundir no estadiamento pré-operatório do paciente. A identificação de lesões hepáticas no ato cirúrgico de tratamento de lesões primárias merece, portanto, atenção especial para que se estabeleça o diagnóstico definitivo histopatológico.

P16 - ADENOCARCINOMA DE RETO COM DISSEMINAÇÃO POR TRAJETO FISTULOSO – RELATO DE CASO

CARNEIRO, J.A.1, SILVA, J.A.1, MOTA, R.D.2, GOMES, C.H.R.3
1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria3. FDQG, Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho4. LANMC, Liga Acadêmica Norte-Mineira de Cirurgia.

Objetivo: relatar um caso de adenocarcinoma de reto com disseminação por trajeto fistuloso. Método: análise de prontuário e revisão de literatura. Resultados: trata-se de paciente do sexo masculino, 37 anos, com adenocarcinoma de reto moderadamente diferenciado localizado há 12 cm da orla anal, submetido à ressecção com excisão mesorretal total e anastomose primária. O estudo da peça mostrou pt2n1m0. As margens de secção foram r0. O paciente apresentou fístula estercoral no sexto dpo com exteriorização pelo dreno tubular, posicionado na pelve. Foi submetido à dieta de baixo resíduo com suplemento oral em regime domiciliar, apresentando fechamento não cirúrgico em duas semanas. No acompanhamento clínico, com nove meses apresentou recidiva em pele no local de exteriorização de fístula. Rastreamento radiológico com rmm da pelve, us de abdome superior, rx de tórax e colonoscopia não revelou outras lesões. Optou-se por ressecção alargada da lesão com excisão do trajeto e qt posterior e reconstrução com rotação de retalho sobre tela.

P17 - ADENOCARCINOMA DE RETO EM DIVERTÍCULO VERDADEIRO

CARNEIRO, J.A.1, SILVA, J.A.1, MOTA, R.D.2, GOMES, C.H.R.3
1. UNIMONTES, Universidade Estadual de Montes Claros2. HUCF, Hospital Universitário Clemente de Faria3. FDQG, Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho4. LANMC, Liga Acadêmica Norte-Mineira de Cirurgia

Introdução: a presença de divertículo no reto é pouco freqüente, acometendo principalmente o sexo masculino. Podem ser acompanhados de complicações como infecção, perfuração, fístulas, estenoses, ulcerações e sangramento. Entretanto, sua associação com adenocarcinoma retal é evento ainda mais raro. Objetivo: relatar um caso de adenocarcinoma de reto em divertículo verdadeiro. Método: análise de prontuário e revisão de literatura. Resultados: trata-se de um caso

de adenocarcinoma de reto pouco diferenciado em uma paciente de 56 anos. No pré-operatório, a lesão foi descrita como vegetante de grande dimensão, distando cerca de dez centímetros da orla anal. A tomografia computadorizada não mostrava invasão com estruturas adjacentes ou linfadenopatia, evidenciando paredes finas apresentando doença inicial. Durante a exploração cirúrgica, notou-se grande massa tumoral em parede lateral direita de reto, restrita à pelve, mas apresentando perfuração do reto. Prosseguiu-se com a dissecação mesorretal no segmento distal, acreditando inicialmente tratar-se de invasão de parede com perfuração tumoral bloqueada por meso e bexiga, que foram parcialmente retirados, razão pela qual optou-se por não reconstituir o trânsito sem a realização prévia da adjúvância. Ao término do procedimento, com a montagem da peça, notou-se tratar de grande divertículo de reto contendo praticamente todo o tumor, com paredes formadas inclusive por camada muscular, com quatro linfonodos em mesoreto acometidos e invasão de parede vesical. A mucosa do reto extradivertículo estava íntegra.

P18 - CÂNCER DE RETO COM METÁSTASE PARA CALOTA CRANIANA: RELATO DE CASO

LUPORINI, R.L., NARVAES, E.M., SIPRIANI JR, L.V., MARCIANO, M.R., CHRISTIANO, A.B., BASSO, M.P., RONCHI, LS, NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: as neoplasias colorretais são patologias importantes na prática médica por sua freqüência e aumento progressivo na sua incidência, bem como por sua alta morbi-mortalidade. É a quarta neoplasia maligna mais comum no mundo (superada pelos tumores de pulmão, mama e próstata) e a segunda causa de morte por câncer nos estados unidos. Os mais comuns sítios metastáticos são: os linfonodos regionais, fígado, pulmões e peritônio. Relato de caso: jos, 55 anos, feminino, admitida por proctalgia, hematoquezia, diarreia (4 episódios/dia), há 2 meses. Mãe falecida por neoplasia intestinal. Ao exame proctológico e retossigmoidoscopia apresentava lesão vegetante a 3 cm da linha pectínea, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado, invasivo em submucosa e ulcerado; embolização neoplásica linfática em submucosa. Cea: 13,9. Submetida a radio-quimioterapia neoadjuvante e posteriormente tratamento cirúrgico (cirurgia de miles). Fez quimioterapia adjuvante com esquema mayo. Após 5 meses reinterna por febre, hiporexia, dificuldade de deglutição, rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, afasia de expressão e compreensão há 3 dias. Ressonância de crânio: lesões nodulares na calota craniana comprometendo o espaço diplóico que se realçam pelo contraste. Sinais de redução volumétrica encefálica. Paciente evoluiu com piora do nível de consciência respondendo apenas a estímulos dolorosos, sem foco infeccioso aparente. Evoluiu a óbito no 3º dia de internação. Discussão: as metástases ósseas são complicações frequentes em pacientes com câncer avançado. O envolvimento ósseo é mais comum em pacientes com câncer de próstata ou de mama metastático. São citados na literatura metástases para calota craniana de adenocarcinoma de tireóide, adenocarcinoma de mama, feocromocitoma e adenocarcinoma gástrico. Entretanto nenhum caso de adenocarcinoma colorretal foi descrito com tal localização de doença metastática a distância. Conclusão: os sítios metastáticos, do câncer colorretal, mais comuns são: os linfonodos regionais, fígado, pulmões e peritônio. Locais raros de metastases encontrados na literatura são: brônquios, pênis, clitóris e adrenal. Nenhum caso foi encontrado na literatura, descrevendo metástase para calota craniana.

P19 - SINDROME DE GARDNER: RELATO DE CASO

VALARINI, R, PACHECO NETO, AF, BOMBONATTO, AP, MALDONADO, G, BECKER, IC

1. HUEC, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Introdução: a síndrome de gardner é uma variante indistinta geneticamente da polipose adenomatosa familiar caracterizada por polipose colônica, osteomas de crânio e ossos longos, fibromas e cistos dermóides. Objetivo: relatar um caso de síndrome de gardner submetida a tratamento cirúrgico no serviço de coloproctologia do huec, demonstrando a importância de seus sinais e sintomas na evolução natural da doença. Métodos: paciente feminina, 25 anos, natural e proveniente do interior do paraná, encaminhada para o serviço especializado devido a colonoscopia evidenciando múltiplos pólipos em todos os segmentos colônicos. Foi realizada consulta ambulatorial com levantamento de todos os sintomas e histórico da paciente, bem como investigação sobre outros possíveis casos na família. Resultado: trata-se do primeiro caso de polipose diagnosticada na família e tampouco há relatos de câncer colorretal. Aos sete anos de idade foi removido cirurgicamente um odontoma e levantada hipótese de síndrome de gardner para a família. Durante os anos seguintes, novos sinais, como dentes supranumerários, osteomas de crânio e nódulos subcutâneos foram diagnosticados a medida que apareciam. Aos vinte e cinco anos foi realizada a primeira colonoscopia, que demonstrava múltiplos pólipos em todos os segmentos colônicos e exame anatomo-patológico com displasia epitelial de baixo grau. Foi optado por remoção cirúrgica de todo o intestino grosso devido a evolução certa para malignidade. Submetida a proctocolectomia total videoassistida com anastomose íleo-anal com bolsa em J e ileostomia protetora dia 24 de junho de 2009. Conclusão: o presente caso é um exemplo clássico da síndrome de gardner e de como seus sinais podem levar a uma vigilância e tratamento adequado para prevenção do câncer colorretal.

P20 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO E CANAL ANAL: RELATO DE CASOS

CHRISTIANO, A.B., BASSO, M.P., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., SIPRIANI, L.V., RIBEIRO, M.C.A., MELO, M.M.C., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução. Os tumores neuroendócrinos são tumores incomuns, correspondendo a 1-2% de todas as neoplasias de reto e são ainda mais raros no canal anal. Relato de caso. Caso 1. Feminina, 49 anos, apresentando proctalgia, sangramento e massa anal. Ao exame: condilomas e lesão endurecida no canal anal. Anátomo-patológico: condiloma acuminado e cec de canal anal. Submetida a esquema nigro com resposta completa. Colonoscopia um ano após o diagnóstico sem alterações. Um ano e meio após a lesão primária, aparecimento de adenomegalia axilar bilateral e inguinal esquerda, e lesões nodulares disseminadas em pele. Biópsias: carcinoma metastático com imunoistoquímica compatível tumor neuroendócrino de alto grau. Iniciou-se quimioterapia paliativa. Evoluiu com abscedação dos linfonodos inguinais e síndrome de fournier, sendo submetida a desbridamentos consecutivos e desvio de trânsito. A revisão de lâmina da lesão primária evidenciou o carcinoma neuroendócrino. Caso 2. Masculino, 66 anos, hematoquezia há 2 anos, sem queixas de emagrecimento, sem alterações de ritmo intestinal. À retoscopia, achado de lesão polipóide de 0,5cm que foi ressecada e cujo anátomo-patológico e imunoistoquímica mostrou ser compatível com carcinoma neuroendócrino. Prosseguiu-se a investigação, descartando síndrome nem. O paciente encontra-se em seguimento semestral com colonoscopia e tomografia de abdômen e pelve,

até o momento sem sinais de recidiva e/ou metástases. Discussão. Os tumores neuroendócrinos constituem neoplasias malignas raras de frequência variável entre 0,3 a 3,9% de todos os tumores colorretais. São mais frequentes no ceco, reto e sigmóide, sendo a localização anal rara e de mau prognóstico. Os tumores de alto grau apresentam grande agressividade e tendência à metastização. Há uma variedade de tumor neuroendócrino, rara e agressiva, com diferenciação multidirecional, onde se observam focos de adenocarcinoma e de cec. Os sintomas são dor abdominal, hematoquezia, alterações do hábito intestinal, sangramento oculto nas fezes ou a presença de massas. Raramente há sintomas de síndrome paraneoplásica, carcinóide e anormalidades metabólicas. Apenas o diagnóstico precoce pode melhorar a sobrevida dos pacientes. O tratamento é cirúrgico, sendo a quimioterapia e radioterapia coadjuvantes, embora no primeiro caso tenha havido resposta ao esquema nigro, não preconizado para este tipo de doença. Para as lesões ressecadas endoscopicamente, recomenda-se colonoscopias periódicas.

P21 - MELANOMA ANORRETAL: RELATO DE CASO

MARQUES, G.S, FERES, O., ROCHA, J.J.R, MATTOS, B.M.R., RIGHETTI, A.L.M., JACOMINI, C., GARCIA, R.L.S., CAMPERONI, L.R.R.

1. FMRP-USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Introdução: o melanoma anorretal é uma neoplasia rara, correspondendo a 1 % dos tumores malignos anorretais. Consiste em uma patologia agressiva, com grande invasão local e metástases à distância, o que resulta em baixas taxas de sobrevida, dificultando assim o seguimento, em virtude do pequeno número de casos descritos. Relato de caso: paciente do sexo masculino, 76 anos, queixa de tenesmo e hematoquezia há 2 meses, perdeu 3kg nesse período. Ao exame proctológico apresentava lesão ulcerada, infiltrativa, com bordas edemaciadas de grandes proporções no reto anterior até a linha pectínea. A biópsia inicial da lesão mostrou-se inconclusiva, sendo interrogado carcinoma pouco diferenciado ou neuroendócrino, com a imunohistoquímica evidenciando melanoma maligno. Realizado ressonância magnética: massa pélvica retro retal e espessamento da parede retal. Operado em 22/05/09 sendo realizado amputação abdômino-perineal do reto e colostomia terminal definitiva. Exame anátomo patológico macroscópico mostrou lesão expansiva de aspecto enegrecido e duas massas metastáticas no mesoreto, a histologia revelou melanoma maligno anorretal, epitelioide, metastático em 13 de 14 linfonodos avaliados. Teve boa evolução pós-operatória, alta no 6º pós-operatório com sonda vesical de demora por retenção urinária. Discussão: o melanoma trata-se de afecção rara, com baixa sobrevida em 5 anos (6 %); média de 19 meses. Acomete em geral o sexo feminino, com faixa etária média de 60 anos. Os sintomas são inespecíficos e o diagnóstico diferencial com outras lesões do reto e ânus são frequentemente difíceis; as queixas mais frequentes são: sangramento, dor, tenesmo e alteração do hábito intestinal. O diagnóstico definitivo é feito pela anatomopatologia, pode-se utilizar a imunohistoquímica com pesquisa de proteína s-100 e o antígeno hmn-45, que são sugestivos de melanoma. A terapêutica de escolha é a cirurgia oncológica. Não se observa vantagens significativas na sobrevida quando comparados à ressecção abdômino-perineal do reto e à excisão local com margens negativas. Os baixos índices de sobrevida mesmo na doença não metastática levam alguns autores a considerar a excisão local como terapêutica inicial em detrimento da ressecção abdômino-perineal. Neste caso foi necessário a amputação abdômino-perineal devido ao tamanho e à extensão do tumor. A quimioterapia e radioterapia são opções que podem ser consideradas no manejo das formas metastáticas, porém com resultados limitados.

P22 - TUMOR CARCINÓIDE DO ÍLEO: APRESENTAÇÃO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

RODRIGUES, F.G, FARIA, F.F, LIMA-JR, A.C.B, OLIVEIRA, R.G, ALVARENGA, I.M, GOMES DA CRUZ, GM
1. SCBH, Santa Casa Belo Horizonte

Introdução: se originando de células enterocromafins, os tumores carcinóides podem ser agrupados entre os tumores neuroendócrinos. Acometem vários órgãos, com comportamento variado, de acordo com sua localização. O termo carcinóide (karzinoid) foi primeiro empregado em 1907 por oberndorfer, sendo tumores com semelhanças histológicas aos carcinomas, mas comportamento mais benigno. Há a produção de vários produtos bioquímicos, sendo que a serotonina é a mais conhecida. Apresentação de caso: jno, 71 anos, sexo feminino, queixa de diarreia há 01 ano, acompanhada de sangue eventualmente e incontinência fecal. Apresentava perda ponderal progressiva. Passado de câncer de colo uterino. História familiar era negativa para neoplasias. Exame físico geral e proctológico mostraram doença hemorroidária. Colonoscopia (nov/2008) : lesão polipóide de íleo terminal / pólipos de retossigmóide / retite moderada inespecífica. Biópsias e exame histopatológico: tumor carcinóide da mucosa ileal / pólipos hiperplásicos do sigmóide/retite crônica leve inespecífica. Imunohistoquímica confirmou a hipótese de tumor carcinóide. Tomografias solicitadas não sugeriram metástases. Submetida a tratamento cirúrgico com íleo-colectomia direita. Exame anátomo-patológico mostrou tumor carcinóide de cerca de 01 cm, sem linfonodos acometidos. Apresentou boa evolução. Discussão: vários estudos revisam os sítios mais freqüentes de aparecimento dos tumores carcinóides, o apêndice parece ser o órgão mais acometido. O íleo é considerado o segundo sítio mais freqüente, mas ganha importância pela maior incidência de metastatização, se comparado ao apêndice e cólon. Nos tumores do íleo com até 1 cm, há a chance de acometimento linfonodal em 20 a 30 % dos casos (nos tumores do apêndice com menos de 01 cm, desconsidera-se a chance de metástases linfonodais). Tratamento: o tratamento consiste da ressecção formal oncológica, incluindo-se o mesentério. Terapia medicamentosa pode ser utilizada para palição dos efeitos da síndrome carcinóide ou tratamento de metástases, porém a quimioterapia não se mostra muito eficaz para o tratamento dos tumores metastáticos. Conclusão: os tumores carcinóides podem acometer vários órgãos, têm apresentação e evolução variadas, dependendo do sítio de aparecimento. Para os tumores do intestino delgado, o tratamento é cirúrgico; devendo-se realizar ressecção formal oncológica mesmo em lesões pequenas, devido ao risco de metástases precoces para linfonodos.

P23 - LINFOMA COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO/PERFURATIVO EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE

BASSO, M.P., GUERRER, L.V., CHRISTIANO, A.B., SIPRIANI JR, L.V., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., FILHO, F.A.G, NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: o adenocarcinoma colorretal é considerado uma das neoplasias malignas mais comuns nos países ocidentais, sendo o reto e sigmóide os locais de maior incidência. Os tumores malignos do intestino delgado são raros, sendo o adenocarcinoma ou o tumor carcinóide, os tipos histológicos mais comuns, seguidos pelos gists malignos e pelos linfomas, e estes, são mais comumente encontrados no íleo. Objetivo: documentar o caso de um adenocarcinoma de colon sigmóide, em estadiamento neoplásico, evoluindo com abdome agudo obstrutivo de outra etiologia. Relato de caso: paciente masculino, 83 anos, bran-

co, lavrador, aposentado, ex-tabagista, com várias comorbidades, com história recente de abdome agudo suboclusivo responsivo a tratamento clínico e hematoquezia, em junho de 2008 e janeiro de 2009, respectivamente. Paciente sem seguimento ambulatorial retorna em maio de 2009 ao serviço de emergência, referindo apresentar, há 1 dia da admissão, dor abdominal em região mesogástrica, de forte intensidade, associada a vômitos, além de hiporexia, emagrecimento não quantificado, constipação intestinal e episódios eventuais de hematoquezia iniciados há cerca de 6 meses. Colonoscopia demonstrava lesão vegetante em sigmóide, sem biópsia. Três dias após início do quadro, paciente desenvolveu quadro de dor abdominal intensa, distensão abdominal e vômitos fecalóides. Submetido a laparotomia exploradora de urgência, evidenciou-se neoplasia em transição retossigmóidea com invasão macroscópica da bexiga urinária e sem distensão de cólon a montante, presença de lesão sugestiva de implante secundário em íleo terminal, a aproximadamente 15 cm da válvula ileocecal, associada a obstrução, distensão de alças de delgado e perfuração bloqueada, além de ascite de aspecto turvo em grande quantidade. Optado pela realização de entero-colectomia direita e ileotransversostomia a mickulicz. Encaminhado à unidade de terapia intensiva no pós-operatório imediato, evoluiu com descompensação clínica de comorbidades, falecendo no segundo dia pós-operatório. Biópsia de lesão de sigmóide (colonoscopia): adenocarcinoma. Exame anátomo-patológico e de imuno-histoquímica de lesão de íleo distal resultou em linfoma difuso de grandes células expressando imunofenótipo b (cd20+). Discussão: além da associação infrequente, o relato visa mostrar a infrequência do linfoma colorretal e de intestino delgado e a suspeição desta etiologia em casos de abdome agudo de evolução atípica.

P24 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ASSOCIADA AO CÂNCER DE TIREÓIDE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

BASSO, M.P., MOTA, R.S., CHRISTIANO, A.B., LUPORINI, R.L., SIPRIANI JR, L.V., MARCIANO, M.R., CAIXETA, M.M., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: a associação entre polipose adenomatosa familiar (paf) e carcinoma de tireóide (ct) apresenta incidência entre 1 a 2%. O ct em paf predomina nas mulheres, geralmente em idade mais precoce que ct esporádico. O risco de ct em pacientes com paf é maior. O tipo histológico mais comum é o carcinoma papilífero. Objetivo: relato de caso de paf, metástase ovariana e carcinoma folicular de tireóide. Relato de caso: paciente feminina, 41 anos, refere que no início de 2008 abriu quadro de alteração de hábito intestinal, diarreia e hematoquezia. Colonoscopia de 21/02/2008 mostrava subestenose em sigmóide e dezenas de pólipos sésseis em reto e sigmóide. Anátomo-patológico confirmou adenomas tubulares e pólipos hiperplásicos. Em maio de 2008 apresentou abdome agudo perfurativo, sendo submetida a sigmoidectomia a hartmann por neoplasia de cólon em outro serviço. Paciente não realizou seguimento adequado. Em fevereiro de 2009 foi encaminhada ao serviço de coloproctologia da famerp com suspeita de paf e distensão abdominal, acompanhada de desconforto difuso e massa palpável em hipogastrio, além de massa tireoideana palpável em lobo esquerdo. Possui história familiar de câncer de cólon (irmão e irmã). Retossigmoidoscopia de 05/03/2009 lesão vegetante de 2cm a 16cm da borda anal do coto retal, friável, múltiplos pólipos sésseis. Rnm de 06/03/2009 mostrou massa na região mesogástrica com aspecto de neoplasia ovariana. Em 18/03/2009 foi submetida a cirurgia de totalização de colectomia com amputação perineal do reto + histerectomia total ampliada e salpingooforectomia bilateral com

ressecção de massa ovariana. Biópsia de ressecção em bloco de massa abdominal: adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto (estadiamento pt4n0mx). Massa anexial a esquerda: adenocarcinoma metastático em ovário esquerdo, com perfil imuno-histoquímico compatível com sítio primário colorretal. Paaf de nódulo tireoideano (08/04/2009): neoplasia epitelial maligna. Biópsia de lesão tireoideana: lesão folicular. No momento, paciente encontra-se em quimio e radioterapia e em programação para realizar cirurgia de tireoidectomia total. Conclusão: além de acrescentar um relato incomum, o caso demonstra complicações possíveis em paciente com paf, pacíveis de controle. É importante, em serviços que tratam e acompanham pacientes com paf, o conhecimento das várias manifestações da doença para o seguimento, diagnóstico precoce e tratamento adequados.

P25 - CASUÍSTICA DO ESTADIAMENTO ULTRASSONOGRÁFICO PARA TUMORES DE RETO MÉDIO E INFERIOR

CUNHA, PDP, SILVA, AAM, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: o estadiamento pré-operatório dos tumores retais é essencial para a adequada seleção dos pacientes quanto as diferentes opções terapêuticas. A ultrassonografia endorretal (uer) é um dos métodos mais acurados para o estadiamento clínico, principalmente na determinação da invasão tumoral na parede retal. Objetivo: apresentar a casuística do estadiamento ultrassonográfico de tumores de reto médio e inferior dos pacientes atendidos no serviço de coloproctologia do hospital são rafael em salvador, bahia. Material e métodos: no período de março de 2007 a abril de 2009, foram analisados retrospectivamente as ultrassonografias endorretais para estadiamento pré-operatório de neoplasia de reto médio e inferior. Utilizou-se aparelho merlin 1101 (b-k medical) com transdutor endoanal de 10 mhz. Resultados: no período descrito foram analisados 21 exames, sendo que destes, 12 pacientes eram do sexo feminino (57,1%). Foram encontrados 6 (28,6%) ut3n1, 8 (38,1%) ut3n0, 1 (4,7%) ut2n1, 2 (9,6%) ut2n0, 3(14,3%) ut1n0 e 1 (4,7%) ut0n0. O coloproctologista foi o profissional responsável pela solicitação do exame em 90,5% dos casos. Dos 21 exames, 9 (42,9%) foram de pacientes operados em nosso serviço. Destes pacientes, o resultado do anatomopatológico em relação à invasão da parede retal (t) foi concordante com o achado à uer em 4 casos, sendo que nos que foram discordantes (5 casos), 3 pacientes realizaram terapia neoadjuvante, o que pode ter contribuído para esta discordância. Conclusão: a ultrassonografia endorretal é um método bem estabelecido e que vem sendo cada vez mais utilizado no estadiamento pré-operatório das neoplasias de reto médio e inferior.

P26 - TUMOR RETRO-RETAL HAMARTOMA CÍSTICO COM DEGENERAÇÃO MALIGNA (TAIL GUT CYST) – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

PETROSEMOLO, R.C, CALHEIROS, J.P., FORMAGGINE, L.A, BARBI, R.R, MIRANDA, A.M, LEAL, T

1. HGA - RJ, Hospital Geral do Andaraí

Tumor retro-retal hamartoma cístico com degeneração maligna (tail gut cyst) relato de caso e revisão de literatura hospital geral do andaraí, serviço de coloproctologia, Rio de Janeiro (rj), brasil resumo: relato de caso de paciente de 49 anos, apresentando queixas de tenesmo e abaulamento progressivo de região perineal posterior há aproximadamente seis meses. Submetido a avaliação radiológica evidenciando volumosa lesão tumoral cística em espaço retrorretal, sendo indicado

ressecção cirúrgica. Estudo anatomopatológico de peça cirúrgica evidencia presença de degeneração maligna em hamartoma cístico. Autores também revisão a respeito da etiopatogenia dos hamartomas císticos retrorretais, métodos diagnósticos disponíveis, complicações e diagnósticos diferenciais.

P27 - CÂNCER COLORRETAL INTRANSPONÍVEL À COLONOSCOPIA: QUAL O PAPEL DA COLONOSCOPIA VIRTUAL?

CAIADO, A.H.M.1, NAHAS, C.S.R.2, MARQUES, C.F.S.1, ROCHA, M.S.R.1, CERRI, GG1, NAHAS, S.C.1

1. HCFMUSP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP2. ICESP, Instituto de Câncer do Estado de São Paulo

Objetivos: relatar a experiência inicial do serviço com a colonoscopia virtual pré-operatória em pacientes com câncer colorretal intranponível à colonoscopia convencional. Métodos: dez pacientes com câncer colorretal intranponível ao aparelho de colonoscopia foram submetidos ao exame de colonoscopia virtual, com protocolo de aquisição específico, após preparo e insuflação do cólon, utilizando-se aparelho de tomografia com 64 detectores brilliance - philips medical systems. Foram realizadas reconstruções multiplanares e tridimensionais que possibilitaram e avaliação endoluminal do cólon e de eventuais achados extracólicos. Os resultados da colonoscopia virtual foram comparados à palpação intra-operatória do cólon e ao exame anatomopatológico. Resultados: a colonoscopia virtual colaborou na correta identificação, localização e extensão das lesões colorretais estenosantes. Não foram identificados pólipos significativos (> 10 mm) ou tumores sincrônicos. Esses achados foram confirmados pela palpação intra-operatória. Apenas um paciente apresentou preparo intestinal insuficiente, tornando a avaliação do cólon proximal inadequada à colonoscopia virtual. Não foram observadas complicações relacionadas à colonoscopia virtual. Conclusão: os resultados demonstram a experiência inicial do serviço na avaliação pré-operatória através da colonoscopia virtual em pacientes com câncer colorretal intranponível ao aparelho de colonoscopia convencional. Houve uma excelente correlação da colonoscopia virtual com a palpação intra-operatória.

P28 - TUMOR SINCRÔNICO DE CÓLON E RIM: RELATO DE CASO

ROBLES,L.1, SOUZA,R.F.L.1, ROLIM,A.S.1, WATTE,H.H.1, NETO,I.J.F.C.1, CARVALHO,G.G.1, CORDEIRO,D.L.1, FERRI,C.E.1

1. HSM, Hospital Santa Marcelina Itaquera - SP2. HSM, Hospital Santa Marcelina Itaquera - SP

Introdução:a presença simultânea de mais de uma neoplasia primária sincrônica é um evento raro, com incidência em estudos de 2,8% a 6,7% (marchesi m. ,2004). A coexistência sincrônica de neoplasias malignas de cólon e rim é pouco estudada, com índices que variam de 2,1 até 3,8% de incidência (cullinane ca,2001). O tratamento cirúrgico simultâneo para estas neoplasias é realizado sem morbidade acrescida. Objetivos: neste estudo será relatado um caso de uma paciente de 64 anos com neoplasia sincrônica de cólon e rim submetida a tratamento cirúrgico no hospital santa marcelina-itaquera. Métodos: relato de caso retrospectivo da paciente com coleta de dados em prontuário médico. Relato de caso:paciente mjd,64 anos,dona de casa,natural de varginha-mg.com queixa de hematoquezia iniciada há 1 ano. Associada ao quadro apresentava mudança do hábito intestinal e perda ponderal não aferida. História de infarto do miocárdio há 16 anos,colecistectomia há 35 anos, hipertensão arterial e diabetes. Ao

exame físico palpava-se massa em região de flanco direito de 5 cm de consistência endurecida e contornos irregulares. Exame proctológico sem alterações. Solicitado exame de colonoscopia, que evidenciou lesão úlcero-vegetante no reto a cerca de 10 cm da borda anal (anátomo: adenocarcinoma bem diferenciado). Tomografia de abdome: tumoração envolvendo pólo superior do rim direito com destruição de sua arquitetura e lesão em reto com espessamento de sua parede e presença de linfonodos retrorretais. Cea:3,12. Em 06/02/09 foi realizada cirurgia, com identificação no intra-operatório de tumor em reto na reflexão peritoneal de 4 cm de diâmetro e tumoração em pólo superior do rim direito. Realizada retossigmoidectomia com reconstrução mecânica primária associada a nefrectomia direita radical com a equipe da urologia. O exame anátomo-patológico mostrou adenocarcinoma bem diferenciado em reto de 4x2,8 cm, úlcero-infiltrativo comprometendo toda a espessura da parede, com margens livres (0/13) e massa renal direita de 7x6,5 cm, nodular com infiltração da cápsula renal (anátomo: carcinoma de células renais grau 2 oms). O estadiamento para o tumor de reto foi t3n1m0 e para o tumor renal foi t2nxmx. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial. Discussão: o relato de incidência de neoplasias múltiplas vem crescendo, em parte devido ao maior acesso a tecnologia diagnóstica. O tratamento simultâneo das neoplasias sincrônicas malignas de cólon e rim mostra-se efetivo e sem morbimortalidade significativa.

P29 - ADENOCARCINOMA SACRO-COCCÍGEO: RELATO DE CASO

ROBLES,L., WATTÉ,H.H., ROLIM,A.S., SOUZA,R.F.L., NETO,I.J.F., CARVALHO,G.G., CORDEIRO,D.L., CAETANO,L.C.

1. HSM, Hospital Santa Marcelina

Introdução: os tumores sacrococcígeos são extremamente raros com uma incidência estimada de 0,014%, sendo que mais da metade destes são congênitos na forma de cistos, teratomas e meningocele. O diagnóstico geralmente é baseado na história clínica, exame físico, ultrassonografia retal, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Objetivos:relatar um caso de adenocarcinoma sacro-coccígeo em tratamento no hospital santa marcelina-itaquera sp. Métodos:apresentação do relato de caso com coleta de dados em prontuário médico. Relato do caso: avc, feminina,28 anos,procedente de são paulo,com relato de lesão cística sacular em região sacro-coccígea desde o nascimento com necessidade de diversas cirurgias com ressecção e posterior curetagem da lesão. Referia que há três anos a lesão apresentou aumento progressivo associado a dor local e saída eventual de secreção espessa. Procurou então atendimento médico em serviço primário e secundário de assistência, sendo referenciada para serviço especializado no hospital santa marcelina de itaquera-sp. Ao exame tratava-se de uma lesão úlcero-vegetante em região sacro-coccígea de cerca de 10 cm de diâmetro com áreas de necrose e linfonodos inguinais palpáveis. Realizada biópsia de região sacro-coccígea e de linfonodos inguinais, com resultado de adenocarcinoma mucossecretor com células em anel de sinete de sítio desconhecido e hiperplasia linfóide reacional. Iniciada investigação do sítio primário com tomografia de abdome e pelve, mamografia e ultrassonografia transvaginal e feito estadiamento com colonoscopia, tc e ressonância magnética de pelve. Diante da constatação de doença primária localizada, em 18/02/09 foi realizada ressecção cirúrgica da lesão, com exérese de cóccix e confecção de ileostomia protetora, onde se evidenciou tumoração úlcero-vegetante abscedada em região sacro-coccígea com cerca de 15 cm em seu maior eixo. Optado ferida deixada semi-aberta devido a infecção(anátomopatológico: adenocarcinoma mucinoso com infiltração perineural e margens livres). O exame de imunohistoquímica realizado após descartou teratoma,a paciente foi encaminhada para

terapia adjuvante. Segue em acompanhamento ambulatorial. Discussão:tumores sacro-coccígeos têm pequena incidência relatada na literatura,e entre esses o adenocarcinoma é um dos menos frequentes, geralmente como diagnóstico de exclusão do teratoma. A ressecção local com terapia adjuvante tem se mostrado como o tratamento mais eficaz para este grupo de tumores.

P30 - RESSECÇÃO DE LESÃO PRECOCE DE RETO DISTAL COM USO DE GRAMPEADOR PELA TÉCNICA STARR

NIGRO R, MORY EK

1. HMSC, Hospital e Maternidade Sao Camilo

Introdução: o desenvolvimento de métodos de diagnósticos mais precisos e novos equipamentos cirúrgicos permite a realização da excisão local de tumores não-avancados com maior precisão. No entanto, lesões localizadas em porções mais altas do reto requerem dispositivos como o tem, de custo elevado. Para o tratamento adequado das lesões, a extensão e a profundidade das ressecções devem ser adequadas. A ressecção discóide com uso de grampeador circular vem sendo adotado na ressecção de lesões focais de endometriose. Este método permite a ressecção completa de uma área de até 3 cm de diâmetro da parede anterior do colon. Baseado na experiência prévia na realização deste procedimento, propôs-se a aplicação desta técnica na ressecção de lesão de reto localizada a 12cm da borda anal. Objetivo: relatar caso de aplicação de grampeador mecânico na ressecção de lesão de parede anterior de reto distal relato de caso: paciente de 77 anos procurou serviço por quadro de sangramento anal associado à prolapso da mucosa retal há 3 meses. Relatava antecedente de ressecção de adenocarcinoma tubular bem diferenciado associado a adenoma tubular restrito a mucosa em novembro de 2007. Submetida a avaliação colonoscópica que revelava retração cicatricial branca, longitudinal e, adjacente a esta, lesão elevada, de superfície lobulada, avermelhada, com cerca de 2 cm de diâmetro. Análise anatomopatológica demonstrava apenas tecido cicatricial. Em vista do antecedente da paciente, foi optado pela realização de anopexia mecânica para correção de prolapso de mucosa de modo a realizar a ressecção associada da lesão anal. Obteve-se faixa de parede retal com cerca de 2,4 cm de largura e espessura de até 0,4cm, compreendendo as camadas mucosa e muscular da parede intestinal adjacente, cuja análise confirmou o diagnóstico de tecido cicatricial sem sinais de malignidade. Paciente recebeu alta no 1º pós-operatório e evoluiu sem recidiva dos sintomas ou da lesão em 3 meses. Conclusão: o uso de grampeadores circulares endoanais pode ser aplicado na ressecção local de neoplasias precoces, garantindo extensão e profundidade adequadas. Sua aplicação baseia-se na experiência obtida na ressecção discóide no tratamento da endometriose intestinal e indica ser uma opção viável e econômica na ressecção de lesões precoces localizados no reto distal. A sua utilização definitiva ainda necessita de novos estudos.

P31 - TRATAMENTO PALIATIVO NAO OPERATORIO COM STENT AUTO -EXPANSIVEL DE TUMOR COLORRETAL PRIMARIO EM UM PACIENTE COM CANCER COLORRETAL INCURAVEL ESTADIO IV – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

BONARDI MA, BONIN E, RIGO R, MARTONE D, CASTRO FJG, FARIS NA, LOPES MC, SOUZA

1. HSCMC, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

Introducao: a ressecacao do tumor colorretal primario quando associado a metastases sincronicas irresscaveis apresenta uma relacao risco-beneficio incerta. Objetivo: apresentar a primeira experiencia em

curitiba na iscmc no tratamento nao cirurgico de adenocarcinoma avancado colorretal com utilizacao de protese auto-expansivel. Metodo: paciente jovem 42 anos, oligossintomatico diagnosticado com adenocarcinoma de retossigmoide suboclusivo impedindo a passagem do aparelho de colonoscopia, associado a multiplas metastases hepaticas foi tratado nao operatoricamente com colocacao de stent auto-expansivel e quimioterapia a base de 5-fu. As complicacoes relacionadas ao tumor primario, morbidade e mortalidade estao sendo acompanhadas. Conclusao: apesar da ressecacao cirurgica do tumor primario ser a principal forma de tratamento paliativo no carcinoma colorretal avancado metastatico, a terapia multidisciplinar individualizada envolvendo modalidades nao cirurgicas é provavelmente a melhor opcao. A resposta a quimioterapia do tumor primario se correlaciona as metastases hepaticas. O tratamento paliativo com protese auto-expansivel evita as possiveis complicacoes de uma grande cirurgia, e tambem a possibilidade de estoma derivativo e a quimioterapia pode ser iniciada imediatamente. Ainda a possibilidade cirurgica pode ser reavaliada na evolucao do paciente.

P32 - COLPOSCOPIA ANAL NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS ESCAMOSAS ANAIS EM PACIENTES HIV+ GIMENEZ, F. S.1, COSTA E SILVA, I. T.1, GUIMARÃES, A. G. D. P.1, FERREIRA, J. C. L.2, ARAÚJO, J. R.2, ANDRADE, R. V.2, MEDEIROS, S. G. G. A. M.1

1. UFAM, Universidade Federal do Amazonas2. FMT-AM, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

Objetivo: Comparar os achados da colposcopia anal com os resultados histopatológicos, analisando se existem padrões colposcópicos que possam definir as lesões intraepiteliais escamosas anais (ASIL). Métodos: Estudo realizado em 128 pacientes HIV+ atendidos na FMT-AM. Analisaram-se imagens colposcópicas do canal anal, corado com ácido acético a 3%, sendo realizadas biópsias sobre lesões acetobranças ou em local padronizado. As imagens da colposcopia foram avaliadas de acordo com a classificação de Barcelona(2002)ligeiramente modificada, sendo correlacionadas ao estudo histopatológico. Resultados: Quanto à qualidade tintorial, dos 20 pacientes acetobranco (ACB) negativos, 15 (75%) apresentaram resultado histopatológico negativo, 4 (20%) lesões intraepiteliais anais de baixo grau (LSIL) e 1 (5%) lesão intraepitelial anal de alto grau (HSIL). De 63 pacientes com padrão ACB acentuado, 28 (44,44%) foram negativos, 22 (34,92%) LSIL e 13 (20,63%) HSIL. Dentre 45 casos de ACB tênue, em 35 (77,78%) o resultado foi negativo, em 6 (13,33%) encontrou-se LSIL e em 4 (8,89%) HSIL (p=0,00082). Em relação ao relevo, de 66 casos com lesão plana, 49 (74,24%) foram negativo, 6 (9,09%) LSIL e 11 (16,67%) HSIL. Dos 24 casos com lesões plano-elevadas, em 9 (37,5%) o resultado foi negativo, em 10 (41,67%) LSIL e em 5 (20,83%) HSIL. Dos 18 casos com lesões de relevo elevado, 5 (27,78%) foram negativos, 12 (66,67%) LSIL e 1 (5,56%) HSIL (p<0,00119). Dos 64 casos de lesões com superfície lisa, 44 (68,75%) foram negativos, 9 (14,06%) foram LSIL e 11 (17,19%) HSIL. Superfície granular foi observada em 43 pacientes: 18 (41,86%) foram negativos, 19 (44,19%) LSIL e 6 (13,95%) HSIL (p=0,01038). Conformação papilar foi encontrada em 19 casos: 4 (21,05%) foram negativos, 12 (63,16%) LSIL e 3 (15,79%) HSIL. Observou-se conformação não papilar em 109 casos: 74 (67,89%) negativos, 20 (18,35%) LSIL e 15 (13,76%) HSIL (p<0,00031). O aspecto da lesão (focal e coalescente) e o padrão vascular não foram relevantes. CONCLUSÃO: Dentre os descritores das imagens da anoscopia, aqueles que tiveram relevância foram: a qualidade tintorial, o relevo e a superfície. Outros descritores não obtiveram significância estatística. Portanto, no presente estudo, a colposcopia anal foi útil na predição diagnóstica das ASIL, pois o

reconhecimento das nuances colposcópicas destas lesões pôde orientar apropriadamente as biópsias realizadas, maximizando a probabilidade de detecção de ASIL ao exame histopatológico.

P33 - CORRELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE LESÃO ACETOBRANCA NA ANUSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO DE IMAGEM E DE LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA ANAL COM OS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER ANAL EM HIV POSITIVOS

GIMENEZ, F. S.1, COSTA E SILVA, I. T.1, GUIMARÃES1, FERREIRA, L. C. L.2, ARAÚJO, J. R.2, ANDRADE, R. V.2, MEDEIROS, S. G. G. A. M.1

1. UFAM, Universidade Federal do Amazonas2. FMT-AM, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

Objetivo: avaliar a influência dos fatores de risco implicados na carcinogênese anal nos resultados de anoscopia com magnificação de imagem e sua correlação com os achados histopatológicos. Métodos: estudo observacional transversal realizado em 128 pacientes hiv+ atendidos na fmt-am. Analisaram-se imagens magnificadas do canal anal, coradas com ácido acético a 3%, verificadas com colposcópico sendo realizadas biópsias sobre lesões acetobranças ou em local padronizado. Resultados: dentre os pacientes hiv+ atendidos, como fatores de risco avaliaram-se: adeptos do sexo anal, número de parceiros nos últimos 5 anos, idade de iniciação sexual, presença e/ou passado de dst, infecção pelo hpv, níveis de linfócitos tcd4 = 200cél/s/µl, uso de terapia antirretroviral, doenças benignas concomitantes, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Dos 100 homens, 83 casos (83%) apresentaram lesão acetobranca (acb) e das 28 mulheres, 25 (89,29%) resultaram positivo. A idade mediana dos positivos para lesão acb foi de 35 e dos negativos foi de 36 não se observando significância estatística. Em relação às lesões intraepiteliais anais (asil), 35 homens (35%) e 8 mulheres (28,57%) resultaram positivos, com idade mediana de 33 anos, sem significância estatística. Conforme os testes estatísticos, em relação à presença de lesões acetobranças, nenhum dos fatores analisados demonstrou relevância. Nos achados de asil, dos 89 pacientes adeptos do sexo anal, 40 (44,94%) apresentaram-se positivos, enquanto que dos 39 não-adeptos, 10 casos (25,64%) apresentaram asil (p=0,0493). No grupo de hpv+, representado por 102 pacientes, em 46 (45,10%) encontrou-se asil. No grupo de hpv-, representado por 102 pacientes, em 46 (45,10%) encontrou-se asil. Dos 26 pacientes hpv-, 4 (15,38%) apresentaram resultado positivo para asil (p=0,0040). Conclusão: não houve significância estatística na correlação entre os resultados da anoscopia de lesão acb e a presença de fatores de risco para o câncer anal. Dentre as variáveis analisadas, adeptos do sexo anal e presença de infecção pelo hpv apresentaram relevância na correlação com os achados de asil sendo, portanto, fatores de risco significativos para ocorrência de tais lesões. Estes resultados demonstram que os achados de lesões acb podem contribuir para orientar o diagnóstico de asil, no entanto, o resultado não pode ser firmado apenas pelos achados da anoscopia, sendo indispensável o exame histopatológico para detecção das lesões precursoras do câncer anal.

P34 - OCORRÊNCIA SINCRÔNICA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON E TUMOR CARCINÓIDE METASTÁTICO: RELATO DE CASO

PEREIRA, M.A.B, MATSUO, C.Y., NOVAES, F.T., HASIMOTO, C.N., SAAD, L.H.C., SAAD HOOSNE, R

1. FMB - UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Introdução: os tumores de cólon e reto são altamente incidentes na população. Segundo dados do inca, em 2008, a estimativa de incidência era de 12.49/100.000 pessoas em homens e de 14.50/100.000 pessoas em mulheres. Os tumores neuroendócrinos apresentam prevalência baixa na população, com incidência em torno de 1-2 casos/100.000 pessoas. São derivados de células neuroendócrinas, acometendo mais frequentemente o trato gastrointestinal, sendo o apêndice o sítio mais comum, seguido do jejuno, íleo, reto e brônquios. Apresentam crescimento lento e são assintomáticos, manifestando sintomas em casos de efeito de massa ou pela síndrome carcinóide, caracterizada por flushing facial, diarreia, sibilos, palpitações e edema conjuntival. A ocorrência sincrônica de ambos os tumores é extremamente rara, chegando a menos de 1% dos casos operados por neoplasia de cólon. **Objetivo:** o objetivo é relatar a ocorrência sincrônica de adenocarcinoma de cólon e tumor carcinóide, de sítio primário ainda não definido. **Material e métodos:** relato de um caso de adenocarcinoma de cólon e tumor carcinóide metastático sincrônicos. **Resultados:** paciente masculino de 60 anos, iniciou investigação colonoscópica devido a queixas semi-obstrutivas, sendo evidenciada lesão obstrutiva em cólon sigmóide, cuja biópsia revelou adenocarcinoma. Nos exames de estadiamento não foram observados outros sítios de doença, sendo submetido à hemicolectomia e com linfadenectomia inetercavo-aórtica, sendo observados micronódulos sugestivos de metástases nos segmentos hepáticos V VII VIII, sendo biopsiados. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma de cólon, estadiamento pt3n0m0 e as biópsias das lesões hepáticas mostraram tumor carcinóide metastático, sendo confirmada com imuno-histoquímica. Paciente realizou qt adjuvante, com exames de controle (colonoscopia) sem alterações, e passou a apresentar queixa de diarreia associada com rubor facial, confirmando síndrome carcinóide com a dosagem urinária aumentada de 5-hiaa, e então iniciando octreotida sc por controle dos sintomas. Para investigação do sítio primário será realizado octreoscam. **Conclusões:** embora raro, após o diagnóstico de tumor carcinóide sincrônico com adenocarcinoma de cólon, deve-se investir no tratamento padronizado para o tumor de cólon, pois os tumores carcinóide apresentam crescimento extremamente lento, possibilitando sobrevida longa, mesmo em casos metastáticos.

P35 - TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL MALIGNO DE RETO EM PACIENTE DE 22 ANOS DE IDADE

CLEMENTINO FILHO, A.C., CARVALHO, A.C.M., ALVES FILHO, E.F, SOUZA, J.A.S., LOPES, M.V.C.O., SILVA, F.F.A, GOES, L.V.Z.S., MENDES, C.R.S.

1. HGRS, Hospital Geral Roberto Santos

Introdução: o tumor gastrointestinal estromal (gist) é uma neoplasia rara, sendo muito incomum no reto e colón. A evolução dos exames de anatomia patológica e imunohistoquímica permitiu sua diferenciação dos leiomiomas e leiomiossarcomas. Geralmente são assintomáticos e a ressecção cirúrgica é o único tratamento. **Objetivos:** relatar um caso de gist de reto em um paciente jovem. **Métodos:** relato do caso de um paciente tratado no serviço de coloproctologia do hgrs. **Resultados:** trata-se de jlc, 22 anos, masculino, admitido com sangramento retal e tumoração a 3 cm do bordo anal. Submetido à biópsia em outubro de 2008 com anatomia patológica diagnosticando adenocarcinoma de reto. Exame de imunohistoquímica e revisão de anatomia patológica concluíram tratar-se de um gist maligno. Ressonância magnética da pelve evidenciou espessamento e irregularidade das paredes do reto comprimindo a parede posterior da bexiga, próstata, vesículas seminais e em íntimo contato com a face anterior do sacro. A colonoscopia não

foi realizada, pois a tumoração impedia a progressão do aparelho. O paciente foi submetido à ressecção abdomino perineal. Anatomia patológica da peça cirúrgica concluiu tratar-se de gist do reto com margens cirúrgicas livres. Recebeu alta sendo encaminhado para serviço de oncologia. **Conclusões:** o gist corresponde a 1 a 3% das neoplasias gastrointestinais e durante muito tempo foi classificado como oriundo da musculatura lisa. A evolução dos meios diagnósticos de anatomia patológica e imunohistoquímica mostraram então sua origem mesenquimal. Ocorrem geralmente por volta dos 50 anos e são mais comuns no estômago (70%), seguido de intestino delgado (20%) e colón e reto (10%). Podem ser malignos ou benignos. Leva-se em conta na avaliação malignidade o número de mitoses e o tamanho do tumor, tumores de até 2 cm costumam ser benignos e os maiores de 5 cm malignos. O diagnóstico é feito por meio de exame proctológico associado a colonoscopia, usg transretal, biópsias e imunohistoquímica. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica com margens livres. Conclui-se que apesar de extremamente raros, é necessário incluir o gist no diagnóstico diferencial dos tumores de reto e canal anal. A falta de grandes estudos sobre este tipo de neoplasia deixa ainda algumas dúvidas quanto a real necessidade de tratamento cirúrgico radical e o uso de terapias adjuvantes. Novos estudos são necessários para traçar estratégias mais eficazes para o tratamento do gist de reto.

P36 - CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL CASUÍSTICA DO HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ALMEIDA, P.M, ZIBETTI, G, CÂMARA, M.A.R, ALMEIDA, E.C, NAGME, L.O, GOMES, M.A

1. HSE, Hospital dos Servidores do Estado

Introdução: o carcinoma epidermoide de canal anal é um tumor pouco comum, responsável por apenas 1% a 6% de todos os cânceres do intestino grosso. Pessoas do sexo feminino, entre a sexta e sétima décadas de idade, portadoras do vírus hpv e/ou hiv, com atividade sexual anal, são grupo de maior risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. O tratamento padrão com radioterapia e quimioterapia associadas é muito eficaz, no entanto, a cirurgia de resgate por tumores recidivantes ou recorrentes é realizada em 11% a 34% dos pacientes. **Objetivo:** os pacientes portadores de carcinoma epidermoide de canal anal (cec) são em sua maioria pessoas idosas, que apresentam algum tipo de doença sexualmente transmissível (dst), e comportamento de risco. O objetivo deste trabalho é determinar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com cec no hospital servidores do estado do rio de janeiro. **Métodos:** no período de 2001 a 2008, 29 pacientes foram diagnosticados com carcinoma epidermoide de canal anal. Os prontuários destes foram revisados retrospectivamente quanto à idade, ao sexo, à presença de doença sexualmente transmissível, à imunossupressão, a tumor recorrente ou recidivante e ao tipo de tratamento realizado. **Resultados:** dos 29 pacientes portadores de carcinoma epidermoide de canal anal, 76% eram mulheres e 24%, homens, com média de idade de 63 anos. Dos pacientes estudados, 14% apresentavam imunossupressão no momento do diagnóstico e 31% apresentavam algum tipo de doença sexualmente transmissível. Quanto ao tratamento recebido, 52% dos doentes foram tratados inicialmente com radioterapia e quimioterapia combinadas, 38% deles com radioterapia exclusiva, e 3,5% com ressecção abdomino-perineal de reto. Quatro doentes apresentaram tumor residual após tratamento primário, enquanto três apresentaram tumor recorrente. Todos estes foram submetidos à cirurgia de resgate ressecção abdomino-perineal de reto. **Conclusão:** mulheres, portadores de algum tipo de doença sexualmente transmissível, entre a sexta e sétima décadas de idade, são

os grupos mais prevalentes entre os pacientes com carcinoma epidermoide de canal anal tratados no serviço de coloproctologia do hse. Embora o tratamento padrão com radioterapia e quimioterapia associadas seja bastante eficaz, nota-se que, em média, 27% dos doentes necessitam cirurgia de resgate.

P37 - RELATO DE CASO: TUMOR DE RETO EM GESTANTE
RODRIGUES,EA, SANDOVAL ,E.G.B, MOTA, CC, ARSIE,DS,
PAESE,A,A,JF

1. fcsf, fundação civil da santa casa de franca

Objetivo: apresentação de caso clínico mostrando gestante de 7 meses com tumor de reto material e método: relato do caso da paciente f. C. S de 23 anos, gestante de 7 meses, g4p1a2e2 com tumor de reto. Doenças pesquisadas da gestação negativas. Realizado colonoscopia com biópsia. Relato do caso: f. C. S de 23 anos, g4p1a2e2, fumante até o 4 mês de gestação. Iniciou há 9 meses dificuldade para evacuar, ficando 3 semanas em constipação intestinal realizando fleet enema 7 vezes pois não conseguia evacuar iniciando quadro de dor anal com saída de secreção sanguinolenta com coágulos pelo reto. Encaminhada pelo clínico devido à queixa, e acompanhada pelo ginecologista que prescreveu óleo mineral e fibras. Paciente negava relação anal e uso de preservativo. Realizado colonoscopia com biópsia, na colonoscopia foi visto lesão neoplásica de reto baixo com invasão do canal anal, sendo a biópsia resultando adenocarcinoma tubular, moderadamente diferenciado, com reação desmoplásica do estroma, ulcerado. Paciente internada na santa casa de franca para estadiamento e tratamento do tumor apresentando complicações e morte fetal. Após estabilização do quadro clínico, foi encaminhada para radio e quimioterapia pré-operatória, sendo posteriormente programado tratamento cirúrgico definitivo. Conclusões: o caso em questão mostra que paciente jovem, com queixa de constipação com passado familiar de neoplasia em intestino, gestante, com queixa de dificuldade para evacuar é importante fazer exame proctológico e em caso de dúvida encaminhar para o proctologista.

P38 - METÁSTASE NA CORÓIDE DE UM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE RETO

VALIATTI, B.B.1, BARTMANN, M.1, PEREIRA, G.B1, VALIATTI, F.B.2, CRUZ, J.V.1

1. UFCSPA, Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre2. HBOPA, Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

Introdução tumores metastáticos são as neoplasias oculares mais comuns, sendo que em dois terços dos casos as localizações da lesão primária são a mama e o pulmão. A neoplasia é originária do sistema digestivo em aproximadamente 8% dos casos, sendo raros os relatos de neoplasia de reto como lesão primária. Objetivos relatar um caso de um tumor metastático em coróide, sendo o adenocarcinoma de reto a lesão primária. Métodos uma paciente feminina de 50 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio irresssecável e obstrutivo foi submetida a uma sigmóidostomia. A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve mostrou uma lesão volumosa que ocupa a luz do reto, com dilatação colônica proximal, inúmeras lesões hepática e pulmonares compatíveis com metástases. O valor do antígeno carcinoembrionário no pré-operatório é de 95,2ng/ml. A paciente foi encaminhada para tratamento quimioterápico paliativo. Após dois meses apresentou queixa de moscas volantes em olho direito (od), seguida de restrição do campo visual com evolução progressiva para baixa acuidade visual e visão final com a não percepção da luz (npl). Resultados à oftalmoscopia binocular indireta à direita apresentou

extensa área de lesão tumoral amarelada, irregular, elevada, envolvendo o nervo óptico e poupando retina temporal e descolamento seroso da retina inferior. Sem sinais de invasão tumoral à esquerda. Ao exame de ecografia apresentou lesão tumoral em todo o pólo posterior do od com espessura de 4,7mm e descolamento de retina inferior sem sinal de ruptura ou tração retiniana. Pressão intraocular de 10 e 14mmhg em od e oe respectivamente. Acuidade visual com correção npl em od e 20/20 em oe. Conclusão por ser extremamente vascularizada a coróide é um sítio comum de metástases, idealmente a avaliação oftalmológica de pacientes com neoplasia permitiria o diagnóstico precoce e assim a possibilidade de instituir abordagem terapêutica adequada evitando a perda visual irreversível.

P39 - LINFOMA PLASMABLÁSTICO ANORRETAL EM PACIENTE COM HIV

BARTMANN, M., COPETTI, LT, PEREIRA, G.B, CRUZ, J.V.

1. UFCSPA, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução o linfoma plasmablástico (IPB) é uma variante rara do linfoma difuso de grandes células B, encontrado mais frequentemente em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (hiv), mas também em pacientes imunocomprometidos que são soronegativos para o hiv. Objetivo relatar o caso e a evolução clínica de um paciente com IPB. Métodos um homem de 43 anos apresentou desconforto na região perianal há 5 meses com piora progressiva e crescimento de uma lesão na margem anal. Nesse período emagreceu 3 kg. Ao exame identificou-se uma lesão exofítica no canal anal com extensão para o reto. Realizada colonoscopia e biópsia da lesão anorretal. O resultado anatomopatológico, confirmado por métodos de imunohistoquímica, revelou tratar-se de linfoma plasmablástico. A investigação laboratorial subsequente revelou anti-hiv reagente. A biópsia de medula óssea realizada para estadiamento não apresentou células neoplásicas. O paciente foi tratado com quimioterapia, consistindo de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (chop). Concomitantemente iniciou a terapia antiretroviral. Dez meses após, o paciente permanece em remissão e sem recorrência dos sintomas anorretais. Resultados o lpb ocorre tipicamente na cavidade oral, o acometimento da área anorretal é raro. É caracterizado histologicamente por grandes células neoplásicas linfóides com núcleos irregulares, com citoplasma abundante e alto índice proliferativo. Reativo para os marcadores imunohistoquímicos CD38 e CD138 e negativo para CD20 e CD45. A coexistência de infecção pelo vírus epstein-barr ocorre em até 60% dos casos. No entanto, não está claro se há associação com a presença do herpes vírus humano 8 ou trata-se apenas de um achado incidental. A história prévia de diagnóstico de aids, a contagem de CD4 e o envolvimento da medula óssea são fatores prognósticos adversos independentes. Os pacientes que desenvolvem sintomas B têm mais chances de não tolerar o tratamento quimioterápico. A quimioterapia combinada é a modalidade de escolha para o tratamento do IPB. A radioterapia é reservada para os casos de doença sintomática localizada. Conclusão o lpb é uma doença de curso agressivo e a sobrevida média é de seis meses. A remissão completa pode ocorrer com a terapêutica convencional, embora essas remissões, na maioria dos pacientes, não sejam duradouras.

P40 - LEIOMIOSARCOMA PERINEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

LIMA MA, POZZOBON BHZ, FONSECA MFM, HORTA SHC, FORMIGAGJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: leiomiomas são neoplasias malignas que se originam no músculo liso. Quando presentes na região perineal são agressivos e o tratamento cirúrgico mais adequado ainda não está bem definido. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente com leiomioma perineal, seu diagnóstico e tratamento. **Métodos:** pesquisa e revisão de prontuário médico. **Resultados:** os autores relatam o caso de uma paciente jovem, sexo feminino, com sintomatologia de nodulação perineal há oito meses. Ao exame físico apresentava abaulamento em região perineal esquerda, onde palpava-se massa fibroelástica de aproximadamente 10 cm de diâmetro. Ressonância nuclear magnética mostrava volumosa formação sólida de contornos regulares em região perineal à esquerda sem sinais de infiltração perilesional. O tratamento realizado foi a excisão com margens amplas. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva local. **Conclusão:** concluímos então que a excisão com margens amplas é um tratamento adequado para os leiomiomas superficiais. O tratamento radioterápico e quimioterápico está reservado para tumores localmente avançados, persistência ou recidiva.

P41 - TÍTULO: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DOS PACIENTES TRATADOS DE CÂNCER COLORRETAL (CCR) NO HOSPITAL GERAL DO ANDARAÍ (HGA)

BARBI RR, MIRANDA AM, MACHADO RM, PETROSEMOLO RH, FORMAGGINE LA, JÚNIOR JRG, GAMA TLGG
2. HGA, Hospital Geral do Andaraí (Rio de Janeiro - RJ)

Introdução: a neoplasia colorretal e uma patologia de grande incidência em nosso meio, que acomete pacientes de todas as faixas etárias, com grande morbidade, e que demanda atenção diferenciada por parte da nossa instituição, desde o diagnóstico até a cura. **Objetivo:** avaliar o acompanhamento dos pacientes tratados para ccr no hga durante o período de 1999 a 2009, com ênfase na detecção de recidiva e reintervenção nos casos indicados. **Métodos:** foram avaliados os dados registrados na ficha de acompanhamento específica para pacientes tratados de câncer em nosso serviço desde 1999 até maio de 2009. Analisamos os pacientes operados e também os submetidos a neoadjuvância com remissão total. **Resultado:** durante esse período foram avaliados 378 pacientes tratados de câncer no hga, com acompanhamento ambulatorial, com idade variando entre 27 e 90 anos. Houve predominância do sexo feminino (225 x 153) e a maioria foi classificada com estágio iii. O local mais acometido foi o reto (124 pacientes), seguido do cólon esquerdo (105 casos) e cólon direito (39 casos). O tipo histológico mais frequente foi adenocarcinoma. Entre os pacientes portadores de câncer de reto baixo e canal anal, 67 receberam neoadjuvância com radio e quimioterapia e 13 tiveram remissão total. Os pacientes foram acompanhados com consulta trimestral nos 2 primeiros anos e semestral entre 2 e 5 anos, com entrevista, exame físico e exames complementares, tais como cea, usg, rx de tórax, tc e provas de função hepática. **Conclusão:** a padronização do seguimento ambulatorial dos pacientes tratados por câncer facilita a abordagem desses casos e permite detecção precoce de recidivas. A aderência dos pacientes ao seguimento foi muito boa. A grande parte dos pacientes tratados no hga tem doença avançada, consequência da inexistência de uma política de prevenção de câncer colorretal em nosso meio.

P42 - REMISSÃO COMPLETA DOS TUMORES DE RETO BAIXO E CANAL ANAL COM TERAPIA NEO-ADJUVANTE

RENATA ROCHA BARBI, ALESSANDRO MENDES MIRANDA, LEONARDO AMORIM FORMAGGINE, TATIANA LEAL DA CON-

CEIÇÃO GAMA, RONALDO MESQUITA MACHADO, RONALDO HUGO PETROSEMOLO

4. HGA, HOSPITAL GERAL DO ANDARAÍ (RIO DE JANEIRO - RJ)

Introdução: atualmente, o tratamento padrão para a maioria dos tumores de canal anal é terapia combinada (radioterapia e quimioterapia) pré-operatória. A cirurgia deve ser reservada para pacientes nos quais houve falha na resposta. Nos tumores de reto baixo, a terapia combinada neo-adjuvante diminui o tamanho tumoral e o estadiamento, podendo em alguns casos até haver remissão total da doença. **Objetivo:** avaliar a resposta completa dos tumores de reto baixo e canal anal a terapia neoadjuvante. **Método:** realizado levantamento dos pacientes com diagnóstico de tumor de reto baixo ou canal anal no período de 1999 a 2009 acompanhados pelo serviço de proctologia do hospital geral do andaraí. **Resultado:** neste período, foram acompanhados 68 pacientes com diagnóstico de tumor de reto baixo, e 45 de canal anal; num total de 113 pacientes com idade entre 34 e 87 anos. Dos 113 pacientes, 79 foram submetidos à terapia neoadjuvante, sendo 42 casos de tumor de reto baixo e 37 de tumor do canal anal. Houve remissão completa da doença em 12 dos 37 casos de tumor de canal anal que realizaram neoadjuvância, enquanto apenas 4 dos tumores de reto baixo após tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia pré-operatória. **Conclusão:** comprovamos que a terapia neoadjuvante obteve sucesso na remissão completa dos tumores de canal anal. Em relação aos tumores de reto baixo, os resultados encorajam a complementação da neo-adjuvância com outra modalidade de tratamento.

P43 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE RETO DIAGNOSTICADO POR ULTRA-SONOGRAFIA ANORRETAL TRIDIMENSIONAL

LIMA, D.M.R.1, SAGAE, U.E.1, TANAKA, T.M.1, TSUCHIYA, R. S.1, BONATTO, M.W.1, CARVALHO, C.A.1, HAMAOU, M.H.2, HAMAOU, F.H.2

1. UNIOESTE, Universidade Estadual do Oeste do Parana 2. UFPel, Universidade Federal de Pelotas

Introdução: os tumores estromais do trato gastrointestinal (gist) representam lesões relativamente raras que crescem de elementos do tecido conjuntivo ao longo de toda extensão do trato gastrointestinal. Dentre as neoplasias do trato gastrointestinal o gist corresponde de 1 a 3%, porém é o mais frequente dentre os tumores mesenquimais primários do trato gastrointestinal. A maioria dos casos de gist está localizada no estômago e intestino delgado, sendo incomuns no cólon e reto. **Objetivo:** o objetivo do presente relato é apresentar um caso de gist reto diagnosticado por ultra-sonografia anorretal tridimensional, confirmada por meio de estudo histopatológico e imunoistoquímico. **Relato do caso:** mulher, 58 anos, com queixas de nódulo no reto que percebeu ao passar creme vaginal. Negava dor ou sangramento. Ao exame físico, notou nódulo endurecido de septo retovaginal. Paciente realizou colonoscopia, onde foi evidenciado abaulamento na parede septo retovaginal, sem comprometimento da mucosa. À ultra-sonografia anorretal 3d, foi evidenciada imagem heterogênea de contornos regulares, entre a vagina e junção anorretal (septo retovaginal), de aproximadamente 2,0*2,0*2,0 cm, sem penetração da muscular retal e sem evidências de linfonodos. Realizado exérese do nódulo via transvaginal, com histopatológico: neoplasia mesenquimatosa com imunohistoquímica cd 117 policlonal positiva. **Conclusão:** conclui-se que a ultra-sonografia anorretal tridimensional evidencia tumores de septo retovaginal com excelente definição para orientação em relação à proposta cirúrgica.

P44 - RELATO DE CASO: GIST EM RETO DISTAL

CURVO, EA, SANTO, GFE, FERREIRA, AAS, FRIAÇA, AMV, DIEHL, DBA, MOURA, DN, ADORNO FILHO, ET

1. UNIC, Universidade de Cuiabá

Introdução: O termo tumores estromais foi descrito em 1984, por Schldenbrand e Appelman, referindo ao grupo de tumores mesenquimatosos que originalmente teriam inúmeras nomenclaturas relacionadas à sua origem neuronal ou miogênica. Após a descoberta da mutação da proteína C-Kit e sua expressão o termo gastrointestinal stromal tumors – GIST permitiu a sua diferenciação com os leiomiomas e leiomiomasarcomas. GISTs são tumores incomuns, representando 1% dos tumores do trato gastrointestinal, destes 67% no estômago, 25% intestino delgado e 10% no cólon e reto. **Objetivo:** Relatar um caso de GIST em reto distal. **Casística e Método:** Revisão de prontuário **Relato de Caso:** O.S.P., 43 anos, masculino, com história de surgimento de nódulo em região anal há 1 ano associado à hematoquezia, sem perda ponderal, febre ou alteração do hábito intestinal. Exame físico com tumoração móvel de 4 cm em reto distal, 3 cm da borda anal. Colonoscopia com lesão vegetante, ulcerada, em reto distal acometendo metade da circunferência retal nas paredes anterior e lateral esquerda, alcançando a linha pectínea. Após duas biópsias inconclusivas, a terceira biópsia apresentou tumor estromal do trato gastrointestinal com provável diferenciação para músculo liso. Imunohistoquímica demonstrou Pancitocerotina e Desmina negativas, Proteína S-100 e Actina positivas focalmente, Ki67 positivo (10%), CD34 e CD117(C-Kit) positivos. A positividade para CD34 e C-Kit associado ao achado de neoplasia fusocelular favoreceu o diagnóstico de GIST, sem definição quanto ao caráter benigno ou maligno. Paciente foi submetido à ressecção anterior do reto com anastomose colo-anal manual transperineal término-terminal e colostomia protetora. Exame histopatológico da peça diagnosticou GIST em reto, de 4,5 x 4,0 x 3,5 cm, com atividade mitótica discreta, alta celularidade, discreta anaplasia, necrose escassa e focal, sem invasão angio-linfática e perineural, margens cirúrgicas livres, sem acometimento neoplásico linfonodal. Segundo a “National Institute of Health” (EUA, abril/2001), o risco de comportamento agressivo do GIST encontrado é baixo. **Conclusão:** GISTs são tumores incomuns, de apresentação clínica diversa, com difícil definição entre benignidade e malignidade, mesmo após a ressecção cirúrgica. É de fundamental importância seu diagnóstico histológico correto prévio ao tratamento, o que permite uma abordagem mais conservadora sem abrir mão da radicalidade.

P45 - RECORRÊNCIA DE CÂNCER RETAL NA LINHA DE ANASTOMOSE - RELATO DE CASO

PANTANALI, CAR, MOLINARI, A, FERNANDES, LC, MATOS, D, SAAD, SS

1. UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo

Introdução. Recidiva local de adenocarcinoma de reto oscila entre 3% e 35% em cinco anos. São fatores relevantes para recidiva: estadiamento inicial da lesão, margem cirúrgica, localização, diferenciação celular, perfuração tumoral, tratamento neoadjuvante e experiência do cirurgião. **Relato de caso.** Paciente mtnc, 58 anos, branca, admitida no hospital são paulo em maio de 2008 com episódios de enterorragia há cinco meses. Colonoscopia de fevereiro de 2008 apresentava lesão vegetante de retossigmóide, a 13 cm da borda anal, com 50% do diâmetro intestinal (adenocarcinoma moderadamente diferenciado); a tomografia evidenciava espessamento segmentar irregular retal, com 3 cm de extensão, sem lesões hepáticas. A paciente foi submetida a retossigmoidectomia convencional, com estudo anatomopatológico evidenciando adenocarcinoma intestinal, diferenciado, com lesão ul-

cerada de 4,0x3,0cm e margens livres estadiado t2n0mx. Oito meses após a cirurgia houve regresso da paciente com episódios de enterorragia; colonoscopia demonstrou, a 9 cm da margem anal, lesão vegetante circunferencial, friável; ao centro da lesão observava-se clipe metálico (adenocarcinoma moderadamente diferenciado). Em março de 2009, a paciente foi submetida a nova retossigmoidectomia convencional, com visibilização da recidiva tumoral exatamente na linha da anastomose; ao exame anatomopatológico encontrou-se adenocarcinoma tubular bem diferenciado, ulcerado, com êmbolos tumorais angiolinfáticos e margens livres t2n0mx. **Métodos.** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados.** A paciente não apresentou novos episódios de enterorragia, estando sem queixas algicas e com hábito intestinal normal. O diagnóstico precoce de recidiva local após ressecções radicais de neoplasias retais é obtido por exames proctológicos de controle, sendo suspeitado por sintomas como enterorragia ou alteração do hábito intestinal. A recidiva na linha da anastomose pode se dever a: implantação de células neoplásicas na superfície cruenta ou nos materiais de sutura e a instabilidade da mucosa no local da anastomose. É difícil identificar a causa exata da recidiva devido à dificuldade de diagnóstico precoce. **Conclusão.** A recidiva local após ressecção radical de adenocarcinoma retal é freqüente. O seguimento de pacientes deve ser feito com exames de controle e proctológicos periódicos, visando facilitar o diagnóstico precoce de recidivas locais.

P46 - RELATO DE CASO: ACESSO COMBINADO (ABDOMINAL E TRANSVAGINAL) NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA DE RETO COM INVASÃO VAGINAL

DIAS, A.R., GODIM, A.C.N., SAMPAIO, R., SORBELLO, M.P., NAHAS, S.C.

1. USP, Universidade de São Paulo

Introdução: tumores retais avançados com invasão de órgãos adjacentes consistem em um desafio terapêutico. **Objetivo:** relatar caso de paciente de 49 anos, obesa, com adenocarcinoma retal distando três centímetros da borda anal com fístula e invasão vaginal. Após quimioterapia e radioterapia neo-adjuvantes, a lesão regrediu, com resolução da fístula retovaginal, passando a ser tocável a 8 cm da borda anal, porém mantendo sinais de invasão vaginal ao exame físico e à ressonância magnética dedicada ao reto. Submetida à laparotomia mediana, observou-se que a lesão retal ocupava praticamente toda a pelve. Realizada histerectomia táctica com abertura da parede anterior da vagina e visualização direta do nível de invasão tumoral na parede vaginal posterior. Realizada excisão total do mesorreto nas paredes retais laterais e posterior, enquanto que na face anterior, após determinação da margem vaginal e secção desta, a dissecação prosseguiu transvaginal, visando re-acessar o plano sagrado de heald. Porém, essa tentativa se revelou infrutífera, devido ao tamanho da lesão, à obesidade da paciente e à pelve estreita. A abordagem foi modificada e a vagina aberta longitudinalmente na sua face posterior, sendo o reto dissecado anteriormente por essa via. Realizou-se, então, a seção retal 1,5 cm acima da linha pectínea, com retirada da peça em monobloco. O trânsito foi reconstruído com anastomose colo-anal manual, sendo realizada ileostomia em alça de proteção. A parede vaginal posterior foi suturada até encontrar a parede anterior, fechando a vagina em fundo cego. Epíplon foi interposto entre a vagina e o cólon abaixado para evitar fístulas na região. A peça mostrou tratar-se de um pt4n0m0. Quatro meses após, a paciente encontra-se bem, realizando quimioterapia adjuvante, com data agendada para fechamento da ileostomia. **Conclusão:** o acesso combinado (abdominal e transvaginal) é uma alternativa para alcançar ressecção completa em tumores avançados de reto.

P47 - COLECISTITE AGUDA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA DE COLON

GARCIA, R. L. S.2, BARROS, R. A.2, DIB, B. K.2, JORGE JUNIOR, S.2, CORREIA, E. B.2, CARNEIRO JR, P. C.2, FERNANDES, T. B.2
1. CBM, Centro Universitario Barao de Maua 2. SCMRB, Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Introdução: o câncer colorretal é a terceira neoplasia maligna mais comum no mundo, sendo, nos homens, o quarto tipo de câncer mais freqüente e, nas mulheres, o terceiro. O quadro clínico é variável conforme a localização, podendo ser completamente assintomático, manifestando-se mais tardiamente. Aproximadamente 50% dos pacientes referem dor abdominal, 35% hábitos intestinais alterados, 30% sangramento oculto, 15% obstrução intestinal e, no caso de neoplasia de cólon ascendente, cerca de 10% dos casos a primeira evidência é massa palpável na região abdominal direita. Objetivo: relatar um caso clínico cujo quadro de sintomatologia inicial era compatível com colecistite aguda, sendo diagnosticado incidentalmente uma neoplasia de cólon. Relato de caso: c. O. C, sexo feminino, 46 anos, com dor abdominal, tipo cólica, localizada em hipocôndrio direito há sete dias, associada a vômitos incoercíveis e intolerância a alimentos gordurosos. Ao exame, abdômen tenso, com dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, com descompressão brusca localizada e sinal de Murphy positivo. Realizada ultrassonografia de abdômen que evidenciou apenas distensão gasosa de alças de delgado, sem alterações no fígado, vesícula biliar ou hepato-colédoco. Posteriormente, para elucidação diagnóstica, realizou-se tomografia computadorizada de abdômen total demonstrando massa obliterante em cólon ascendente no ângulo hepático com linfonodos adjacentes. Realizada hemicolectomia direita e ooforectomia direita incidental, evoluindo no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta hospitalar após cinco dias, com anatomopatológico conclusivo de adenocarcinoma. Discussão: na literatura, doença de Crohn, diverticulite, diverticulose, doença inflamatória intestinal, e colite ulcerativa destacam-se como principais diagnósticos diferenciais, não sendo comum a apresentação clínica de colecistite aguda. Conclusão: urge lembrar a importância deste relato devido à probabilidade de cura da neoplasia de cólon através de tratamento cirúrgico decorrente do diagnóstico precoce e prevalência, ressaltando que a sintomatologia inicial pode se apresentar com manifestações atípicas. (1): serviço de cirurgia geral (proctologia) da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto.

P48 - TUMOR NEUROENDÓCRINO COLORRETAL

MORAES, GF, PEREIRA, HM, FREITAS, TM, VASCONCELOS, PF, SILVA, RF

1. UNIUBE, Universidade de Uberaba

Introdução: os tumores neuroendócrinos podem acometer todo o trato gastrointestinal, uma vez que as células do sistema neuroendócrino estão em qualquer parte do organismo. Esses tumores são pouco diferenciados e incomuns. Quando acometem a região colorretal, podemos classificá-los em baixo ou alto grau. Dentre os de alto grau, temos os de pequenas células que possuem uma incidência inferior a 1%, são altamente metastáticos e de mal prognóstico. Ao exame anatomopatológico encontra-se um pleomorfismo celular com múltiplas mitoses, sendo que a imunohistoquímica positiva complementa seu diagnóstico. Relato de caso: I. A. R; 49 anos; sexo feminino; do lar; natural de Tapira-MG e procedente de Araxá-MG. Procurou o serviço de coloproctologia, com dor anal importante há um mês, associado a hematoquesia de pequena monta, tenesmo, dor abdominal de média intensidade, hiporexia e adinamia. Ao exame físico observamos lesão em reto inferior de mais ou menos 4-5 cm de diâmetro, em borda

posterior esquerda, elevada e com ulcerações, distando cerca de 4 cm da borda anal. Na colonoscopia foi observada lesão polipóide de aspecto sub-mucoso em reto distal, que se estende até linha pectínea. Na tomografia abdominal e pélvica encontramos fígado livre, linfonodomegalias em retroperitônio, região periaórtica e em bifurcação aortoilíaca; ainda presença de massa no reto (88x58x48 mm) com reforço tênue e heterogêneo. Cea- 16,8. A biópsia da lesão retal constatou neoplasia de células malignas de perfil imunohistoquímico de carcinoma neuroendócrino de pequenas células. Foi encaminhada ao serviço de oncologia clínica, onde foi instituído tratamento com radio e quimioterapia, com pouca resposta, sendo que o paciente evoluiu para óbito devido sepse perineal. Discussão: os tumores neuroendócrinos intestinais acometem principalmente o apêndice, íleo e reto. São tumores raros, com uma incidência inferior a 1% dos tumores colorretais. Eles se diferenciam dos tumores carcinóides, pela sua alta agressividade e por serem pouco diferenciados, diferentemente dos primeiros que tem um comportamento benigno na maioria das vezes. O diagnóstico precoce é a medida mais importante para uma boa resposta terapêutica, tendo em vista a alta agressividade do tumor com tendência a invasão local e a distância precoces. O tratamento é eminentemente cirúrgico, com complementação com ciclos de quimioterapia agressivas e radioterapia, para melhoria da sobrevida desses pacientes.

P49 - CÂNCER DE RETO E GRAVIDEZ: RELATO DE CASO

ROSA, V.F., SOUZA, G.G.C., BERFORD, F., ALMEIDA, R.M., NÓBREGA, A.C., OLIVEIRA, P.G.

1. UNB, Universidade de Brasília

Objetivo: apresentar o caso de uma gestante no segundo trimestre de gravidez que apresentou câncer do reto médio. Material e métodos: paciente de 36 anos no segundo trimestre de gravidez com queixa de hematoquezia há 3 meses. G4 p1 a2. Ao exame encontrava-se em bom estado geral. Abdome semigloboso, útero palpável na cicatriz umbilical. Toque retal: lesão úlcero-vegetante, friável, circunferencial, localizada a 9cm da margem anal. Colonoscopia: ausência de lesões sincrônicas. Biópsia: adenocarcinoma bem diferenciado do reto. Cea 1,13ng/ml. Ultra-som getacional: feto único de 16 semanas. Ultra-som endoanal: ut3 un1 umx. Ressonância nuclear magnética do abdome e pelve: espessamento parietal de 6cm de extensão no reto médio. Radiografia de tórax sem alterações. Resultados: em decisão conjunta dos serviços de coloproctologia, oncologia, ginecologia/obstetrícia e radiologia foi optado por tratamento operatório seguido de quimioterapia até o término da gravidez e após o parto, nova quimioterapia. A paciente foi submetida a ressecção anterior do reto e ileostomia protetora. Apresentou boa evolução pós-operatória. Recebeu alta no sexto dia após a operação. O resultado anatomopatológico foi pt3 pno pmx, anel retal livre de neoplasia. Iniciou quimioterapia adjuvante. Encontra-se, no momento, no terceiro trimestre de gravidez, trigésima terceira semana de gestação. O ultrassom morfológico encontra-se dentro dos padrões da normalidade. O parto cesáreo será realizado com 34 semanas devido maior risco de óbito para o concepto após esse período, em gestantes submetidas a quimioterapia. Conclusões: embora a concomitância de câncer de reto e gravidez seja rara e a conduta terapêutica não esteja bem estabelecida, a estratégia de tratamento adotada demonstrou eficácia até o momento.

P50 - TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL: RELATO DE CASO

GHELLER, A.G., PEREIRA, J.J.R., ARAUJO, N.T.N., PRIMO, C., PEREIRA, J.J.J., FRANÇA, M.A., OLIVEIRA, M.C., COSTA, J.H.G.

1. HGG, Hospital Geral de Goiânia

Introdução: tumores estromais gastrintestinais são neoplasias raras que surgem através da proliferação celular desordenada de células mesenquimais desta região. No passado estes tumores eram rotineiramente confundidos com tumores de músculos lisos, tais como os leiomiomas, ou ainda tumores neurais, quando avaliados apenas sobre a microscopia de luz. Hoje são reconhecidas as propriedades imunohistoquímicas específicas, podendo ser identificadas através da expressão de proteínas e receptores presentes em sua membrana celular, como cd117 e cd34. O *gist* coloretal é um tumor raro, que corresponde a apenas 0,1% de todos os tipos de câncer coloretais, com uma incidência estimada em 0,45 por milhão de pessoas. Aproximadamente 20% dos *gists* observados são de origem maligna, quando os linfomas são excluídos. **Objetivo:** tendo em vista o nível de ocorrência, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de *gist*, com apresentação metacrônica, seu tratamento cirúrgico e evolução pós-operatória atendido no serviço de coloproctologia do hospital geral de goiânia-h. G. G. **Métodos:** ars, sexo feminino, 33 anos, separada, residente em bom jardim -go, natural de barra do garças- mt, referindo história de dor abdominal, anemia, hematocritia há 4 semanas, associada a perda ponderal de 5 kg, astenia. Há 1 ano teve diagnóstico de tumor estromal gastrintestinal e foi submetida a hemicolectomia direita. Na colonoscopia foi verificada presença de lesão vegetante em colon transversal e anastomose ileocólica estreitada. O estudo tomográfico demonstrou lesão neoplásica em ângulo esplênico. Deste modo, a paciente foi submetida à colectomia esquerda e anastomose ileo retal, com ressecção do tumor e áreas adjacentes afetadas. A avaliação imunohistoquímica demonstrou expressão positiva para marcadores de proliferação celular c kit, cd34+, s100 e ki67, o que conduziu a um diagnóstico positivo de *gist*. **Resultados:** no pós-operatório evoluiu de modo satisfatório, tendo recebido alta hospitalar no 15º dia de pós-cirurgia, quando retornou as suas atividades normais de trabalho, continuando a ser acompanhado ambulatorialmente, sem recidiva diagnosticada até o presente. **Conclusão:** desde modo, verificou-se que a ressecção tumoral constituiu-se um tratamento adequado para o tratamento do *gist*, culminando com o restabelecimento do paciente, e seu retorno a suas atividades habituais.

P51 - OCLUSÃO INTESTINAL POR LINFOMA MALT EM CECO
MELO, A.P.S.A., MOTA, N.C., KURACHI, G., PRIETO, F.G., FLORES, I.A., ALMEIDA, P.C.C., OLIVEIRA, E.C., ALMEIDA, A.C.
1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina da UFG

O linfoma gastrintestinal é a forma mais freqüente da doença extra linfática (30-40% dos casos), e o ceco é o local mais afetado em mais da metade dos casos seguido pelo reto. O tipo histológico mais comum é o linfoma de células B. Neste trabalho relatamos um caso de *malt* linfoma do ceco com sintomas iniciais de suboclusão intestinal. Paciente feminina, 70 anos, casada, procedente de jataí (go), apresentava queixa de dor na barriga há 9 meses de forte intensidade com piora progressiva. Referia febre, anorexia e constipação de até cinco dias e perda ponderal de 15 kg durante o período. Ao exame físico apresentava-se hipocorada(2+/4), desidratada(+/-4), abdome distendido e doloroso e uma massa palpável ocupando fossa ilíaca, hipocôndrio direito, chegando a linha mediana. A tc de abdome mostrou uma volumosa massa em topografia de ceco invadindo retroperitônio comprometendo vasos ilíacos e ureter direito. Colonoscopia mostrou doença diverticular e tumoração vegetante no ceco, cuja biópsia sugeriu hiperplasia linfóide benigna ou linfoma. A imuno-histoquímica concluiu tratar-se de um linfoma maligno de células pequenas tipo *malt*: 1. Pan-b/cd-20 = (+) linfócitos b; 2. Anti-células t/ cd-3 = (+) linfócitos t; 3. Pan-citoceratina = (+) células epiteliais; 4. Cd-5 = (-); 5. Cd-10/

calla = raras células positivas; 6. Ciclina d1 = (-). Os exames laboratoriais mostravam hematócrito de 32,0 %, leucócitos 14400/µl (bast 2%, seg 80%, eos 1%, bas 0%, linf 12%, mon 5%); e valores bioquímicos normais. A eda era normal com pesquisa negativa para *helicobacter pylori*. A paciente evoluiu com quadro de oclusão intestinal apresentando distensão abdominal, vômitos e distúrbio hidreletrolítico. Foi realizada uma laparotomia exploradora e o inventário da cavidade mostrou volumosa massa ocupando todo o hemiabdomen direito invadindo retroperitônio, parede abdominal, vasos ilíacos e ureter direito; foi realizada apenas uma derivação do trânsito com uma ileostomia em alça. No pós-operatório evoluiu com pneumonia, tratada com piperacilina e tazobactam e melhora do quadro. Concluímos tratar-se de raro tipo histológico de linfoma porém na localização mais freqüente das formas extra nodais da doença.

P52 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO – RELATO DE CASO

PAULA, P.R., NASCIMENTO, C.A.B., BARTOLOMUCCI, A.C., BASSI, D.G., CÉSAR, M.A.P., TONUS, M.
1. UNITAU, Universidade de Taubaté

Introdução: o tumor estromal gastrintestinal (*gist*) é de origem mesenquimal, raramente se origina no reto, sendo mais freqüente no estômago e intestino delgado. **Objetivo:** relatar um caso localizado neste sítio incomum e a tática cirúrgica adotada. **Métodos:** paciente masculino, 52 anos, com queixa de proctalgia mal definida, apresentando evolução insidiosa durante cinco meses, sem relação com o ato defecatório. Negava outras queixas. Ao toque retal, apresentava paredes do reto elásticas e notava-se a 5 cm da margem anal, abaulamento em parede posterior, fibro-elástico, sem flogose, medindo 8 cm de diâmetro. A colonoscopia confirmou o abaulamento em parede posterior de reto inferior, sem invasão da mucosa, com os demais segmentos examinados sem alterações. A tomografia computadorizada mostrou processo expansivo em topografia do reto, com 8,0 x 7,5 cm, não havendo aparente impregnação de contraste iodado. Foi realizada a exérese cirúrgica da tumoração, através de via sacral posterior (via de kraske), com 155g, de aproximadamente 8 cm de diâmetro, que iniciava junto ao reto médio, na parede posterior, sem comprometimento da mucosa (extra-luminal). **Resultados:** o anatomopatológico demonstrou neoplasia de células fusiformes (*gist*), com celularidade moderada e áreas de necrose. A imuno-histoquímica (ih) cd117 (c-kit) resultou positivo, assim como cd 34. Índice mitótico: 5 mitoses em 50 campos de grande aumento (cga). Representa, lesão com potencial de intermediário para elevado de malignidade. **Conclusão:** é uma neoplasia rara nesta localização. Na presença de tumoração retro retal, o diagnóstico de *gist* não deve ser negligenciado. O diagnóstico definitivo é feito por ih com positividade para c-kit nas células e tecidos. A via de kraske (sacral posterior) permite um acesso adequado para a ressecção. A cirurgia é o principal tratamento para esta condição.

P53 - RELATO DE CASO DE TUMOR DE COLON PERFURADO SIMULANDO QUADRO DE APENDICITE

SALLES, VJA, KALUME, FA, SOARES, PD, ROJA, RH, ROMAGNOLO, LG, SOUSA, RP
1. HRVP, hospital regional do vale do paraíba

Paciente com quadro de dor em fíd há 40 dias acompanhada de febre e sinais de irritação peritoneal. Laparotomia revelando presença de tumor em ceco com perfuração para cavidade e retroperitônio. Anatomopatológico indicando apendicite crônica.

P54 - RELATO DE CASO DE PACIENTE COM PSUDOMIXOMA PERITONEAL CAUSANDO DOR ABDOMINAL E CONTIPAÇÃO

SALLES,VJ, KALUME,FA, SOARES,PD, ROJA, RH, SARPE,AK, SOUSA,RP

1. HRVP, Hospital Regional do Vale do Paraiba

Pcte com quadro de contipação crônica e dor abdominal em epigástrica onde palpava-se massa relativamente móvel com rha+. Tc com líquido em cavidade. Puncão abdominal com ihq revelando pseudomixoma peritoneal. Tentada ressecção cirúrgica sem sucesso.

P55 - LINFADENECTOMIA INGUINAL RADICAL NO TRATAMENTO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR RECIDIVADO DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO

COTTI GC, ARRUDA G, NAHAS CSR, TAKEDA FR, MARQUES CFS, POLLARA WM, NAHAS SC, CECCONELLO I

1. ICESP - FMUSP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Introdução: a linfadenectomia inguinal está restrita a casos selecionados no tratamento oncológico dos pacientes com carcinoma espinocelular (cec) de canal anal. Objetivo: relatar o emprego da linfadenectomia inguinal radical na recidiva inguinal unilateral de uma paciente com antecedente de cec de canal anal. Material e métodos: paciente de 68 anos, sexo feminino, com diagnóstico de cec de canal anal com franca invasão da parede posterior da vagina (sem fístula associada) com linfonodos aumentados na topografia do mesorreto, sem adenomegalias inguinais, tratada com esquema de nigro com resposta clínica completa. Oito meses após término do nigro, foi submetida à amputação abdominal perineal do reto com vaginectomia posterior (ressecção r0) por recidiva do tumor (pt4n1). Treze meses depois apresentou uma massa linfonodal inguinal esquerda dolorosa. A biópsia confirmou cec. Submetida à linfadenectomia radical inguinal esquerda. Resultados: a massa linfonodal foi removida em monobloco com margens livres. Os vasos e nervos femurais foram preservados. Realizado um retalho por transposição para fechamento primário da ferida operatória. O tempo de procedimento foi de 3 horas. O retalho apresentou necrose parcial, recebendo alta no 9ºp. Conclusão: o procedimento cirúrgico mostrou-se seguro e bem tolerado, podendo ser considerado como uma opção em casos bem selecionados.

P56 - APRESENTAÇÃO DE CASO DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

MARQUES, R.M., ROTHBARTH, W.W., HOFFMANN, A.L., SILVA, D.B.L.

1. Unoesc, Universidade do Oeste de Santa Catarina

P. B. , sexo feminino, leucoderma, 13 anos, brasileira, solteira, católica, natural e residente em ibian/sc. Qp: dor abdominal generalizada tipo cólica + plenitude pós prandial associada a náuseas. Paciente relata que há aproximadamente 8 meses iniciou quadro de plenitude pós-prandial e dor abdominal tipo cólica, com melhora discreta do quadro após uso de dimeticona. Refere intestino "preso" com fezes endurecidas e ressecadas. Piora ao ingerir alimentos gordurosos, com aumento da sensação de "estufamento". Foi atendida duas vezes no ps com alívio com uso de sintomáticos. Há 1 mês apresentou piora das cólicas e da distensão abdominal com 1 episódio de vômito neste período. No momento da internação apresenta cólicas com dificuldade de evacuar e episódios de vômitos. Pai operado por obstrução intestinal com 32 anos, já falecido. Dois irmãos gêmeos também operados com obstrução intestinal aos 15 anos. Ao exame físico

apresenta abdome flácido, rha+, dor à palpação profunda em fie, massa palpável de aproximadamente 10 cm fossa ilíaca e, móvel e endurecida. Presença de manchas melanóticas em lábio inferior. Apresenta colonoscopia com massa maior que 4cm em cólon descendente, que impede a passagem do aparelho. A cirurgia observamos intussuscepção intestinal ileal, palpação de vários pólipos em delgado. Observado pólipo maior palpável em cólon descendente, móvel, pediculado, sem invasão de parede colônica. Realizadas enterotomias e ressecção dos pólipos pediculados (12) com pontos transfixantes e colotomia e ressecção do pólipo com ligadura transfixante de sua base. Alta no 7º po em bom estado geral. Ap: retirado 12 pólipos do delgado e 1 pólipo maior, sésil no cólon. Pólipo maior do cólon medindo 4,3x2,9x2,8cm, e vários outros pólipos menores do delgado mostrando pólipos revestidos de epitélio cilíndrico simples, hiperplasiado e irregularmente serrilhado. Ausência de malignidade nas amostras examinadas.

P57 - APRESENTAÇÃO DE CASO DE GANGRENA DE FOURNIER

MARQUES, R.R., ROTHBARTH, W.W., HOFFMANN, A.L., SILVA, D.B.L.

1. Unoesc, Universidade do Oeste de Santa Catarina

J. B. S. , 62 anos, do sexo masculino, pardo, casado, agricultor, portador de diabetes mellitus tipo ii, iniciou com quadro de dor perianal com evolução de sete dias quando começou a apresentar um abaulamento com hiperemia e edema com queda do estado geral. No momento da internação apresentava-se lúcido, hipocorado e eupnéico, febril, prostrado e hemodinamicamente estável. Ao exame físico notamos área de necrose, com secreção purulenta, edema e eritema já atingindo escroto, região perianal e perineal. Ao exame laboratorial apresentou 38. 000 leucócitos e 58% de bastões. No primeiro dia foi realizado desbridamento cirúrgico extenso do tecido necrótico e enviado para cultura. Realizou-se colostomia em alça, no mesmo procedimento para desvio de trânsito intestinal. Foram realizados debridamentos cirúrgicos complementares com analgesia para delimitação do processo necrótico. Iniciado sulbactam sódico 3g/dia e ampicilina sódica 6g/dia associado a metronidazol 500mg/dia durante 25 dias, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial. A cultura da secreção mostrou crescimento de pseudomonas aeruginosa. Concomitantemente, foram feitos curativos com soro fisiológico e dersani, com desbridamento quando necessário. No vigésimo quarto dia de internação foi submetido à enxertia de pele parcial obtida das coxas. Alta após o trigésimo oitavo dia de internação. O paciente encontra-se em excelente estado clínico, em acompanhamento ambulatorial.

P58 - INFILTRAÇÃO DE CARCINOMA INDIFERENCIADO NO CÓLON – SURPRESA INTRA-OPERATÓRIA E DIFICULDADE DIAGNÓSTICA

FORMIGA, F.B., BEOLCHI, J.P.P., MANZIONE, T.S., FANG, C.B., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: o adenocarcinoma pode ser tão indiferenciado que seu comportamento agressivo loco-regional apresenta dificuldade diagnóstica até histologicamente. Objetivos: o caso relatado objetiva descrever e ilustrar diagnóstico difícil de carcinoma indiferenciado infiltrando cólon. Métodos: acompanhamento de paciente do departamento de cirurgia da santa casa de misericórdia de são paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. Resultados: vfn, 68 anos, sexo

masculino, branco, apresentava dor em flanco esquerdo há seis meses, com perda ponderal associada. Ao exame, tumoração de 10 cm de diâmetro, fixa e dolorosa em flanco esquerdo. Colonoscopia evidenciou lesão polipóide recoberta por mucosa íntegra, cuja biópsia revelou ser adenocarcinoma. Tomografia computadorizada de abdome mostrou baço com várias lesões hipoatenuantes de até 8cm, sugestivas de necrose liquefeita. Submetido a procedimento cirúrgico, evidenciou-se grande tumoração que envolvia cólon descendente, estômago, rim esquerdo, cauda pancreática e baço com necrose e secreção purulenta. Realizada hemicolectomia esquerda, gastrectomia parcial, nefrectomia polar, esplenectomia e pancreatectomia caudal, cujo estudo anatomopatológico demonstrou se tratar de adenocarcinoma moderadamente diferenciado envolvendo extrinsecamente mucosa colônica e gástrica, tendo o pâncreas como centro da lesão. A imunohistoquímica não determinou a origem da neoplasia: cea, alfa-fetoproteína e ema focalmente positivos e ck7, 20 e 30 negativos. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no sétimo dia pós-operatório. Iniciou adjuvância com gencitabina, porém houve progressão da doença com exame de imagem que evidenciava lesão em corpo pancreático comprometendo artéria mesentérica superior e terceira porção do duodeno, além de metástases hepáticas. Paciente evoluiu com piora do estado geral, dor abdominal e óbito. Conclusões: tumores indiferenciados são de difícil diagnóstico clínico, histológico e imunohistoquímico.

P59 - CISTO DE TAILGUT RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MAGRI, K.D., FORMIGA, F.B., KAYAT, H.C.G.S., FANG, C.B., KLUG, W.A.
1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: o cisto de tailgut é um tumor proveniente de vestígios embrionários do intestino posterior. Sua incidência é pequena e sua degeneração é rara. Objetivos: relatar caso de hamartoma cístico retrorretal, relevando sua importância no diagnóstico diferencial dos tumores pélvicos e possibilidade de degeneração. Métodos: acompanhamento do paciente no departamento de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. Resultados: dfm, 82 anos, sexo feminino, com queixa de abaulamento doloroso, de crescimento gradual, em nádega direita há um ano. Constipação progressiva associada ao quadro. Ao exame, eutrófica, corada, com tumoração de aproximadamente 15x15cm em nádega direita com saída de secreção purulenta. Ressonância nuclear magnética evidenciou cisto retrorretal cuja biópsia mostrou se tratar de hamartoma cístico com proliferação adenomatosa vilosa e atípicas de alto grau. Realizada excisão cirúrgica cujo estudo anatomopatológico diagnosticou infiltração de adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete na pele e tecidos moles (região glútea). Conclusões: o hamartoma cístico retrorretal (cisto de tailgut) é uma condição clínica rara, potencialmente maligna, de tratamento obrigatoriamente excisional e deve ser sempre considerado entre os diagnósticos diferenciais dos tumores pré-sacrais.

P60 - PERSISTÊNCIA DE CONDUTO ONFALOMESENTÉRICO CAUSANDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL

BOARINI, P., MESQUITA, E., FUJIWARA, R.T., INGRUD, J.C., ROMAN, A., BOARINI, C.R., BOARINI, L.R.
1. HMCC, Residência Médica Cirurgia geral e do trauma -SUS HMCC

O poster mostra uma caso de obstrução intestinal com vários episódios de agudização através de exploração por laparotomia, encontramos

uma obstrução por hernia interna, devido a presença de todo o colon direito, herniado por um anel, determinado pela persistência do conduto onfalo mesentérico completo, desde a cicatriz umbilical até alça ileal. A importância do trabalho está na diagnose diferencial, assim como, na identificação de estrutura não comum na prática diária.

P61 - PNEUMATOSE INTESTINAL - RELATO DE CASO

BOARINI, P., MESQUITA, E., FUJIWARA, R.T., INGRUD, J.C., ROMAN, A., BOARINI, C.R., BOARINI, L.R.

1. HMCC, Residência Médica Cirurgia geral e do trauma -SUS -HMCC

O poster mostra uma caso de obstrução intestinal causado por um área de pneumatose intestinal em alça ileal. Quadro de características benignas sem processo infeccioso aparente. Foi indicado laparotomia pela não resolução do caso com manobras clínicas de suporte. Realizado enterectomia da área afetada, paciente evoluiu bem. A importância se mostra não só no diagnóstico diferencial, mas também em trazer a tona patologias não vistas com certa frequência.

P62 - A IMPORTÂNCIA DA RESSECÇÃO CIRÚRGICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORAÇÃO ABDOMINAL LIPOMATOSA

CIQUINI, S.A., VIDILLI-PEREIRA, E.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO, E.I., GUSMON, C.C., FERREIRA, A.S., VARONI, A.C.C.

1. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia – Hosp. Univer. da PUC-Campinas

Introdução: as tumorções retroperitoneais de etiologia neoplásica maligna ou benigna apresentam incidência considerável e representam diversas entidades diagnósticas. Quando constituídas por tecido adiposo, o diagnóstico diferencial inclui desde lesões benignas até malignas extremamente agressivas. De tecidos variáveis apresentam sinais clínicos pouco específicos e difícil diagnóstico etiológico. Este é sugerido por exames de imagem e confirmado por estudo histopatológico, incluindo provas de imunohistoquímica. São lesões de atividade mitótica variada e evolução imprevisível. Seu tratamento é, sempre que possível, a ressecção operatória radical. Objetivos: analisar a importância da ressecção cirúrgica e estudo histopatológico em tumorção retroperitoneal lipomatosa de etiologia duvidosa. Métodos: os autores relatam o quadro de doente com tumorção abdominal, sugestiva lipossarcoma por exames de imagem submetida à ressecção da lesão, cujo exame histopatológico demonstrou tratar-se de lesão benigna lipomatosa. Resultados: apresenta-se o quadro de doente de 49 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de tumorção abdominal ao exame físico. O exame ultrassonográfico evidenciou imagem hipocóica de características mal definidas e à tomografia computadorizada, lesão de aspecto adiposo, em hemiabdomen esquerdo, pararenal, com dimensões de 19 x 0,9 x 16 cm, podendo corresponder a lipossarcoma. Submetida a ressecção cirúrgica com deslocamento de estruturas abdominais sem intercorrências. A histopatologia revelou lipoma retroperitoneal. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar com seguimento ambulatorial, sem indícios de recidiva. Conclusões: os autores concluem que tumorções abdominais passíveis de malignidade devem ser ressecadas, quando possível, pois seu diagnóstico é confirmado por exame histopatológico minucioso.

P63 - TRAUMA ABDOMINAL

ABRAHAO

1. FURG, universidade federal do rio grande

Relato de 2 casos de traumatismo abdominal fechado, com lesão exclusiva do intestino. Os pacientes foram atendidos no período de 2008 a 2009 no hospital são sebastião mártir de venancio aires-rs. Nesta revisão, as variáveis de interesse foram: etiologia do trauma, órgão lesado, grau de lesão e tratamento. Os dois casos tiveram como mecanismo de trauma veículo auto-motor. Um caso com ruptura completa do transverso e jejuno, o outro com ruptura do ileo terminal. Os principais sintomas foram dor abdominal e defesa. Realizamos tomografia abdominal com contraste nos dois casos. O tratamento realizado foi ileostomia e rafia em um caso e no outro somente rafia do intestino.

P64 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO RESSECADO POR VIA PERINEAL: RELATO DE CASO
LEITE, S.M.O., GOMES, D.M.B.M., FARIA, SANTOS, H.B.H.

1. BIOCOR, Biocor Instituto Belo Horizonte

Introdução: o tumor estromal gastrointestinal (gist) é um tumor raro que acomete o trato gastrointestinal e expressa cd117, um protooncogene c-kit, que pode ser detectado por imunohistoquímica. Os locais mais comuns de acometimento são o estômago (60%-70%), seguido pelo intestino delgado (20%-25%), e apenas cerca de 5% de todos os gists começam no reto. Gists retais correspondem a 0.1% de todos os tumores que se originam no reto. De acordo com uma investigação epidemiológica recente, realizada nos EUA, sua incidência é de 6.8 por milhão de pessoas anualmente. Objetivo: relatar um caso de gist de reto ressecado por via perineal. Métodos: revisão de prontuário e pesquisa em literatura médica resultados: paciente feminino, 78 anos, em controle proctológico profilático, relatando colonoscopia prévia com polipectomias; sem outras queixas. Assintomática. Sem co-morbidades. Quatro partos normais e cirurgias prévias: mastectomia por neoplasia; histerectomia total por adenocarcinoma de endométrio; hemorroidectomia; perineoplastia e apendicectomia. Hf para neoplasias: dois filhos(mama e melanoma);tia e primo maternos(intestino) e tia paterna (mama). Exame proctológico: inspeção normal. Tônus diminuído; lesão extramucosa lisa, abaulando a parede anterior do reto à direita, medindo cerca de 6cm. Toque vaginal normal; discreto abaulamento da parede. Retoscopia normal até 15cm. Ressonância magnética de pelve: massa heterogênea à direita, entre o músculos levantador do ânus e esfíncter interno, medindo 5 x 6 x 4cm. Sem invasão vaginal. Paciente foi encaminhada à cirurgia, realizada por via perineal e perianal à direita. Após dissecação extra esfíncteriana cranial, foi realizada a abertura da fásia própria do reto. Localização da lesão e sua enucleação, íntegra, junto a fragmento de mucosa retal, firmemente aderido. Fechamento por planos: mucosa retal, fásia própria do reto e pele. Houve boa evolução, sem intercorrências no pós-operatório. Ap mostrou gist, com início na musculatura própria do reto. Baixo índice mitótico. O fragmento da mucosa retal não estava acometido mas aderido firmemente à lesão devido à reação desmoplásica da submucosa. Imunohistoquímica confirmou a natureza da lesão. Conclusões: a ressecção por via perineal mostrou-se resolutive para tratar este tumor. Considerando: características histológicas, com baixo índice mitótico; ressecção completa e idade da paciente optou-se pela não ressecção alargada do tumor e observação da paciente.

P65 - ENDOMETRIOSE SINCRÔNICA DE CÓLON

RIBEIRO FJC, RODRIGUES LV, REGADAS FSP, MURAD-REGADAS SM, SURIMÁ WS, SOUSA FJA, BUCHEN GM, RIBEIRO MLR
1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC

Introdução: a endometriose é uma doença caracterizada pela presença de glândulas endometriais ou estroma fora da cavidade uterina. O diagnóstico diferencial é feito com lesões neoplásicas e inflamatórias. Ocorre principalmente na pelve, mas as lesões podem se localizar em qualquer quadrante peritoneal e/ou sistêmico (pulmão, brônquio, rim). O principal sintoma é a dor que pode ou não acompanhar o ciclo menstrual. Relato de caso: c. G. S. A. , feminina, 36a, casada, natural e procedente de fortaleza-ce. Iniciou um quadro, em maio de 2007, de parada de eliminação de flatos e fezes associado à distensão abdominal, dor em cólica e massa palpável em fossa ilíaca direita. Historia prévia de endometriose. Em 24 horas procurou assistência médica sendo diagnosticada uma obstrução intestinal. Realizou tc de abdômen que evidenciou lesão de aspecto tumoral em ceco. Foi, então, submetida a laparotomia exploradora com o achado cirúrgico de 02(duas) lesões de aspecto tumoral em ceco e sigmóide, sendo realizado uma colectomia total com ileorretoanastomose. O histopatológico da peça cirúrgica mostrou endometriose nas lesões tumorais com focos em linfonodos. Conclusões: o acometimento cólico pela endometriose não é frequente, sendo o acometimento sincrônico e linfonodal uma forma rara de apresentação.

P66 - APENDAGITE EPIPLÓICA - RELATO DE CASO

KOTZE, P.G, STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., DINIZ, F., LIBLIK, S.A.
1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia - Hospital Universitário Cajuru

Introdução: a apendagite epiplóica (apendicite epiplóica, epiploíte hemorrágica, epiplopericolite ou apendagite) é uma condição benigna, incomum e autolimitada, causada pela torção ou trombose espontânea de veias que drenam os apêndices epiplóicos cólicos. Esta condição apresenta maior facilidade de diagnóstico atualmente, devido aos avanços dos métodos de imagem. Apresenta-se mais frequentemente com dor na fossa ilíaca esquerda, febre e leucocitose, e seu tratamento é conservador. O principal diagnóstico diferencial é com diverticulite aguda. Objetivo: apresentação de um caso de uma paciente portadora de apendagite epiplóica, discutindo-se suas manifestações clínicas, diagnóstico por imagem e tratamento. Relato do caso: s. R. , 35 anos, feminina, procurou atendimento ambulatorial por dor localizada na fossa ilíaca esquerda, com 48 horas de evolução de forte intensidade. Negava alterações do hábito intestinal ou sangramento. Uso de analgésicos orais sem melhora. Ao exame clínico, apresentava sinais vitais estáveis, dor localizada no quadrante inferior esquerdo, com sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciaram vhs de 68 mm e leucograma com 15800 leucócitos e 14% de bastonetes. Realizada tomografia de abdome que confirmou o diagnóstico de apendagite epiplóica. Realizado tratamento com cetoprofeno e ciprofloxacina orais. Melhora total do quadro após 10 dias. Paciente atualmente assintomática. Conclusões: o diagnóstico de apendagite deve ser sempre lembrado em pacientes jovens com dor no quadrante inferior esquerdo, quadro semelhante ao de diverticulite aguda. O diagnóstico tomográfico pode ser facilmente realizado, e o tratamento deve ser conservador. O tratamento invasivo (drenagem percutânea ou cirurgia laparoscópica) fica reservado aos casos com abscessos pericólicos ou com outras complicações associadas. O diagnóstico inacurado pode levar a hospitalizações, antibioticoterapia e intervenções cirúrgicas desnecessárias.

P67 - SÍNDROME DE FOURNIER SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO: RELATO DE CASO

BATISTA RR, RAMACCIOTTI FILHO PR, CASTRO CAT, FONSECA MFM, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GJS
1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: a síndrome de fournier é uma fasciite necrotizante de rápida progressão que acomete a genitália e a região perineal. Mesmo com os avanços na terapêutica a morbidade e mortalidade desta afecção permanecem elevadas. **Objetivos:** relatar um caso de síndrome de fournier como complicação do adenocarcinoma de próstata avançado. **Métodos:** revisão de prontuário e literatura a respeito da síndrome de fournier associado ao adenocarcinoma de próstata. **Resultados:** paciente masculino de 70 anos, com diagnóstico prévio de adenocarcinoma de próstata avançado em uso de terapia hormonal, há um dia com dor e aumento de volume escrotal associado à febre. Ao exame físico, paciente séptico com edema do pênis e escroto. Ao exame proctológico, períneo de coloração violácea com crepitação a palpação local; lesão ulcero-vegetante em parede anterior do reto, fixa, de consistência pétrea, estendendo-se de 3 a 7 cm da borda anal. Iniciada antibioticoterapia e indicado desbridamento cirúrgico, com identificação de fístula reto-escrotal transtumoral. Realizada orquiectomia bilateral, penectomia total, transversostomia e cistostomia. Estudo histopatológico e imunohistoquímico da lesão retal confirmou infiltração por adenocarcinoma de próstata. Recebeu alta hospitalar no 20º dia de internação, atualmente em acompanhamento oncológico ambulatorial. **Conclusões:** na literatura pesquisada não existe documentação sobre a relação da gangrena de fournier com a neoplasia maligna da próstata. Na ausência de outros fatores de risco, o adenocarcinoma de próstata avançado deve ser lembrado como um dos diagnósticos etiológicos da síndrome de fournier.

P68 - MUCOCELE DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

FREITAS, D.P., SILVA, F.B., LEAL, V.M.
1. UESPI, Universidade Estadual do Piauí

Introdução: a mucocele do apêndice se constitui no acúmulo de material mucóide secundário à obstrução do lúmen apendicular ou a tumores causadores de hipersecreção de muco. É uma afecção rara, diagnosticada freqüentemente no intra-operatório. Os tipos histológicos são cisto de retenção, hiperplasia de mucosa, cistoadenoma ou cisto adenocarcinoma. **Objetivo:** relatar um caso de mucocele do apêndice vermiforme diagnosticado inicialmente como apendicite aguda. **Métodos:** paciente de 18 anos de idade, sexo masculino, pardo, desocupado, deu entrada no hospital municipal de teresina subfebril (37,5 a 38oc) e quadro de abdome agudo; notou-se massa palpável em plastrão em fossa ilíaca direita; sendo realizada apendicectomia convencional com incisão paramediana. **Resultados:** na realização da apendicectomia foi retirada uma volumosa massa cística com grande dilatação e efetivada ligadura simples do coto do apêndice, constatou-se conteúdo muciginoso no apêndice cecal, o qual submetido a exame histopatológico, foi diagnosticado como cistoadenoma muciginoso. **Conclusão:** o paciente apresentou sintomatologia comum ao quadro clínico de apendicite, com dor abdominal, dor à palpação no ponto de mc burney, distensão abdominal e massa em fossa ilíaca direita. O diagnóstico deve ser lembrado nos casos de apendicite, sendo o cistoadenoma o mais freqüente dentre as mucoceles do apêndice.

P69 - ENDOMETRIOSE PERINEAL EM CICATRIZ DE EPISIOTOMIA: RELATO DE CASO

CARVALHO, MP., MAGRI, KD, FORMIGA, FB, FANG, CB, KLUG, WA
1. ISCMSP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: endometriose perineal é uma manifestação incomum da endometriose, correspondendo a 0,3% dos implantes extra-genitais. Na maioria dos relatos essa manifestação está associada a parto

normal, com implante endometrial na cicatriz da episiotomia. **Objetivo:** relatar caso de endometriose perineal. **Material e método:** acompanhamento do paciente na disciplina de coloproctologia da santa casa de são paulo. **Documentação escrita e fotográfica do caso.** **Resultados:** paciente do sexo feminino, 49 anos, com história de dor perianal cíclica há dois anos, durante período menstrual e nódulo endurecido e doloroso nesta topografia. Ao exame, pequena nodulação indolor em região perianal próxima a cicatriz cirúrgica de episiotomia. Ressonância nuclear magnética evidenciou adenomiose e área de espessamento retro-cervical de provável natureza endometriótica. Porém sem menção a lesão perianal. A paciente foi submetida à excisão cirúrgica da lesão perineal. No intra-operatório foi identificada nodulação de 3x2cm, endurecida, com saída de secreção achocolatada durante manipulação. Exame histopatológico confirmou achado de endometriose. Paciente evoluiu sem intercorrências, com resolução completa do quadro algico perineal. **Conclusão:** a endometriose perineal é apresentação incomum, com diagnóstico clínico factível e tratamento cirúrgico seguro e eficaz.

P70 - APENDICITE CRÔNICA-RELATO DE CASO

CESAR,MAP,PAES,L, SILVA,FPA, FERNANDES,JP, PAULA, PR
1. UNITAU, Hospital Universitário da Universidade de Taubaté

A apendicite crônica é caracterizada por dor crônica no quadrante inferior direito, sendo considerada um evento incomum que acomete o apêndice vermiforme. O seu diagnóstico é baseado em critérios diagnósticos bem definidos e tem como tratamento a realização de apendicectomia eletiva. Apresentamos relato de caso de paciente de 24 anos com dor crônica em fossa ilíaca direita cujos exames não demonstravam nenhuma alteração em fossa ilíaca direita. Foi submetido à apendicectomia eletiva e confirmado o diagnóstico de apendicite crônica através do anátomo patológico que demonstrou apendicite com fibrose e hiperplasia linfóide reacional; ausência de malignidade na peça. O paciente evoluiu sem queixas e retornou às atividades normais demonstrando que esse é diagnóstico que deve ser lembrado.

P71 - DOENÇA DE CASTLEMAN – RELATO DE CASO

MIRANDA, E.F.2, KOTZE, P.G.2, STECKERT, J.S.2, FREITAS, C.D.2, ISHIE, E.2, PONCE, F.2
1. PUC-PR, Pontifícia Universidade Católica do Paraná2. HUC PUC/PR, Hospital Cajuru- PUC/PR

Introdução: a doença de castleman (dc) é um distúrbio linfoproliferativo raro de origem controversa. É também conhecida como hiperplasia angiofolicular linfóide, hiperplasia de nódulo linfático gigante e linforreticuloma folicular. Histologicamente é benigna, porém pode se comportar de maneira agressiva. Do ponto de vista clínico-patológico, pode se manifestar sob a forma de massas localizadas ou como doença multicêntrica. Acomete preferencialmente o mediastino ântero-superior, e mais raramente o abdome. **Objetivo:** apresentar um caso raro de dc, que deve ser incluído no diagnóstico diferencial das desordens linfóides. **Relato de caso:** edtag, feminina, 64 anos. Iniciou há 2 anos dor epigástrica, disúria e polaciúria. Apresentou um episódio de dor aguda (03/07), que, em uma emergência, submeteu-se a uma tomografia computadorizada de abdome: lesão na gordura mesentérica, logo abaixo da bifurcação dos vasos ilíacos (interrogado cisto mesentérico). Na época, optado pelo colega de outro serviço a conduta expectante. Um ano após realizou nova tc: nódulo mantinha-se do mesmo tamanho, mas associou-se uma linfonodomegalia retroperitoneal discreta. Submetida a endoscopias alta e baixa, que não

evidenciaram nenhuma alteração. Encaminhada então ao serviço, com indicação de pet-ct: que não houve captação dos radioisótopos nem no nódulo, nem nos linfonodos. Optado pela realização de ressecção via videolaparoscópica, que, foi convertida para laparotomia, uma vez que a lesão era retroperitoneal e apresentava proximidade dos vasos ilíacos. Realizada congelamento pelo patologista na sala cirúrgica: processo linfoproliferativo. A imunohistoquímica confirmou a presença de distribuição normal de linfócitos b(cd20+) e t(cd3+) no linfonodo. Os achados são consistentes com dc variante hialino-vascular. Conclusão: definir o tempo ótimo para o tratamento é difícil, pois a doença é rara, e ainda apresenta uma variedade de formas de apresentação. Há relatos de remissão espontânea também. Dentre as variadas terapias instituídas cita-se: radioterapia, quimioterapia, agentes antivirais, esteróides, anticorpos específicos e cirurgia. Esta última não tem seu lugar certo no tratamento da dc, mas, na forma de apresentação abdominal acaba tornando-se o principal acesso, na combinação diagnóstico x terapêutica.

P72 - ÍLEO-BILIAR POR OBSTRUÇÃO NO CÓLON SIGMÓIDE: RELATO DE CASO

GARCIA, R. L. S., CORREIA, E. B., PRETE, P. R., ANDRADE, B. B., FALCONE, A. B. M., MORAES FO, A. R. V., OLIVEIRA, T. F.
1. SCRP, Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Introdução: a colelitíase representa uma rara causa de obstrução intestinal mecânica, sendo mais prevalente em pacientes idosos, com predileção pelo sexo feminino. A obstrução intestinal geralmente ocorre devido à impaction de um cálculo biliar no intestino devido a uma fístula entre a vesícula biliar e o trato digestivo. Objetivo: descrever um caso incomum de obstrução intestinal por cálculo biliar impactado no cólon sigmóide, causada por uma fístula colecisto-duodenal associada à incompetência da papila ileal. Método: alsf, 66 anos, masculino, apresentando um quadro de suboclusão intestinal. O estudo radiográfico inicial evidenciou uma distensão gasosa difusa das alças intestinais, sugerindo um processo obstrutivo baixo. A tomografia computadorizada do abdome evidenciou uma fístula entre a vesícula biliar e o duodeno e um cálculo biliar impactado no cólon sigmóide, estando a papila ileal dilatada. Após lavagem intestinal o cálculo pode ser retirado através do toque retal. Resolvido o quadro clínico procedeu-se o estudo contrastado do cólon que foi normal. O paciente recebeu alta hospitalar com a solicitação de uma colonoscopia e posterior programação cirúrgica. Resultado: a obstrução intestinal por cálculo biliar é uma entidade rara e seu diagnóstico demanda um alto índice de suspeição, principalmente em pacientes sem histórico de colecistopatia. As manifestações clínicas variam de acordo com o local da obstrução. O íleo terminal bem como a papila ileal são os locais mais comuns de obstrução. A impaction no cólon sigmóide é rara. A operação é o tratamento de escolha, e a colonoscopia para remoção do cálculo tem sido indicada em pacientes com comorbidades. Conclusão: ainda que incomum, a obstrução intestinal do cólon por cálculo biliar deve ser considerada no diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal baixa. Exames de imagem são bastante úteis para estabelecer um diagnóstico correto. Embora a operação seja o tratamento de escolha, a retirada do cálculo por meio de lavagens intestinais poderá ser tentada especialmente em pacientes idosos que apresentam comorbidades que contra-indiquem o procedimento.

P73 - TUBERCULOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

CHRISTIANO, A.B., MIQUELIN, A.R., CAMPOS, F.B., BASSO, M.P., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., SIPRIANI, L.V., NETINHO, J.G.
1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução. A tuberculose intestinal é uma doença infectocontagiosa, que pode ser causada pelo mycobacterium tuberculosis ou pelo mycobacterium bovis, os quais são bacilos álcool-ácido-resistentes (baar) gram-positivos. Geralmente é secundária a uma infecção pulmonar primária, sendo raros os casos que se encontra como foco primário no cólon. Objetivo. Relatar caso de tuberculose intestinal primária e fazer uma breve revisão da literatura. Relato de caso. Fs, feminina, 72 anos, portadora de neurofibromatose com múltiplos fibromas em tronco, morou em zona rural há 8 anos e fazia uso de leite não pasteurizado, teve uma alternância do hábito intestinal há 6 meses, e realizou uma colonoscopia com lesão ulcerada, eritematosa, em cólon ascendente, cuja biópsia evidenciou colite crônica granulomatosa e ulcerativa, com baar (01 bacilo). Instituiu-se tratamento com rip (rifampicina, isoniazida e pirazinamida), com melhora significativa dos sintomas. Discussão. A forma intestinal é uma apresentação rara da tuberculose. Ocorre com maior frequência no íleo terminal que no cólon. Dá-se pela deglutição do escarro contaminado com mycobacterium; pela ingestão de leite contaminado (m. Bovis), através da disseminação hematogênica pela tuberculose pulmonar ativa; ou pela extensão direta de órgãos adjacentes. A clínica varia de desconforto abdominal, diarreia e perda ponderal a peritonite, fístulas, abscessos e estenoses. Os achados colonoscópicos mais comuns são: enantema com úlcera, estenoses, lesões hipertróficas polipóides. A principal diferenciação se dá com doença de crohn e neoplasias. Em até 40% dos casos, a biópsia revela apenas colite crônica inespecífica. O achado de granuloma caseoso ou a identificação do bacilo fecha o diagnóstico, porém as formas extrapulmonares são paucibacilares. O tratamento é feito com rip, indicado para todas as formas ativas. A cirurgia é reservada para complicações e dúvida diagnóstica. Neste caso, no material obtido para biópsia foi identificado baar, autorizando o tratamento com rip. A infecção pode ter se dado pela ingestão do bacilo.

P74 - ISQUEMIA DE CECO ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ILÍCITAS - RELATO DE CASO

ROMAGNOLO, L.G.C, BOLZAM-NASCIMENTO, R., FONTENELLI, T.L.M., GUSMÃO, C.C., NIELSEN FILHO, R., OLIVEIRA, L.F., PEDRO, M.J., COSTA, I.L.
1. SCL, Santa Casa de Limeira

Introdução: a isquemia é um distúrbio comum no intestino grosso do idoso, sendo a forma mais comum de lesão isquêmica do trato gastrointestinal. Entretanto, a necrose isquêmica isolada do ceco é uma situação rara, com poucas referências na literatura médica e, mais comumente associada a fatores como embolia ou trombose da artéria ileocólica, arteriosclerose, desidratação, iam, sepse, doença cardíaca grave; febre reumática, vasculite, reações medicamentosas, doença falciforme, coagulopatias, neutropenia, diabetes mellitus, embolização terapêutica da artéria ileocólica, período pós-parto e outras causas capazes de ocasionar diminuição do fluxo sanguíneo na região ileocecal podendo esta isquemia ocorrer em qualquer faixa etária, sem preferência sexual ou racial. Objetivos: relatar um caso de trauma abdominal fechado que apresenta uma isquemia de ceco relacionada ao uso de drogas ilícitas. Relato de caso: blp, 19 anos, masculino, branco, com história de politrauma há 48h e uso de drogas ilícitas com queixa de dor em flanco e fossa ilíaca direita. Ao exame: vias aéreas pervias, presença de escoriações difusas em dorso e membros inferiores, dispnéico e com sat o2: 80% em ar ambiente, descorado ++/4, desidratado +++/4, acianótico, anictérico, fc: 128 bpm, pa: 120/90mmhg. Ar: murmúrio vesicular reduzido em bases, estertores crepitantes presentes em base e terço médio bilateralmente. Abd: plano, tenso, doloroso à palpação profunda em hemi-abdome direito, descompressão brusca positiva com

ruídos hidroaéreos reduzidos. Neuro: paciente confuso, glasgow 13, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Exames laboratoriais: hb: 13,2g/dl, ht: 40,5. Ct abdome total e tórax: derrame pleural à direita, consolidação bilateral em bases, líquido livre intra-abdominal em moderada quantidade, laceração de pólo renal à esquerda e ascite. Ct crânio: sem alterações. Paciente apresenta instabilidade hemodinâmica e indicado laparotomia exploradora. Intra-operatório: achado de necrose isquêmica isolada do ceco tendo sido realizada ileotiflectomia com ileodescendenteanastomose primária. Conclusões: a isquemia de ceco é uma entidade rara, porém quando associada ao uso de drogas e concomitante a um trauma abdominal fechado, torna o diagnóstico diferencial cada vez mais complicado. Desta forma a relevância deste relato de caso que demonstra os diagnósticos diferenciais de trauma abdominal fechado versus abdome agudo vascular.

P75 - METÁSTASE APENDICULAR COMO COMPLICAÇÃO DE CORDOMA SACROCOCCIGEANO

LEITE, S.M.O, BRAGA, A.C.G, LIMA-JR, A.C.B, FARIA, F.F, OLIVEIRA, R.G, RODRIGUES, F.R, GOMES DA CRUZ, G.A
1. SCBH, Santa Casa Belo Horizonte

Introdução: cordomas são raros tumores malignos ósseos de baixo grau originários dos remanescentes primitivos da notocorda, que ocorrem, sobretudo, nas regiões sacrococcígea e base do crânio, não havendo na literatura descrição de metástase para o apêndice. Caso: paciente cbr, 40 anos, masculino, com lombalgia intensa, tendo a ct de coluna lombar identificado uma massa sacral infiltrativa, com destruição de s2-s3, s4-s5. O exame histopatológico da massa ressecada em 2000 revelou tratar-se de um cordoma sacral. Evoluiu com diversas recidivas tumorais, sendo submetido a novas intervenções cirúrgicas. No exame atual apresentava dor e tumor palpável na região glútea esquerda, tendo a mri revelado um tumor com \pm 12 cm na fie e outro tumor com \pm 6 cm invadindo o músculo piriforme direito. Foi ressecado tumor retroperitoneal, feitas enterectomia e apendicectomia, além de um bypass da íliaca comum com íliaca externa esquerda. O paciente evoluiu bem. O ehp constatou proliferação de células globosas com citoplasma vacuolizado (células físalíferas) e núcleos vesiculosos, compatível com cordoma de apêndice cecal. Discussão: cordomas representam 1 a 4% dos tumores ósseos, originados dos remanescentes primitivos da notocorda, sendo exclusivos do esqueleto axial. Mais de 50% dos cordomas originam-se na área sacrococcígea, 30% na base do crânio e o restante nos corpos vertebrais. Os sintomas de apresentação são lombalgia, perda da sensibilidade e dor perineal. Metástases soem acontecer nos pulmões, fígado, ossos, pele e linfonodos, não havendo registro de acometimento apendicular cecal. O diagnóstico pode ser confirmado pela tc, mri e rie, selando o diagnóstico o ehp e a ihq para as citoqueratinas. Tratamento: é a ressecção cirúrgica com margens amplas, sendo que associações de rt e cirurgia aumentam o tempo livre de doença e as taxas de sobrevida. Os índices de recorrência e mortalidade para o cordoma são elevados. Conclusão: são tumores ósseos raros, com prognóstico reservado, com abordagem cirúrgica e por rt agressivos; não há tratamento padrão para metástases. Não há registros de cordomas com metástase para o apêndice, devendo ser este o primeiro caso registrado.

P76 - RELATO DE CASO: TUMOR PRIMÁRIO EM INTESTINO DELGADO 10 ANOS APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL POR NEOPLASIA DE RETO INFERIOR

CUNHA, PDP, SILVA, AAM, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: o câncer de intestino delgado é raro, correspondendo a 2,4% das malignidades gastrointestinais. Os adenocarcinomas correspondem a 25% destes casos. Usualmente são diagnosticados em estágio avançado, pois os sintomas geralmente são inespecíficos. Existe uma associação elevada entre câncer de intestino delgado e outros tumores malignos. Vinte e nove por cento são associados com câncer do cólon, reto ou ambos. Relato de caso: paciente de 70 anos, masculino, com história de dor abdominal há 1,5 anos, difusa, tipo cólica, de leve a moderada intensidade, associado esporadicamente a vômitos, principalmente pós-alimentares. Nos últimos 6 meses esse quadro tornou-se diário e incapacitante, com perda ponderal de 10% do peso corporal total. Relata nesse período 3 episódios de internação hospitalar por dor de forte intensidade associado a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Foi submetido à cirurgia de amputação abdominoperineal por adenocarcinoma de reto inferior a 10 anos. Realizou naquele período terapia adjuvante (quimioterapia e radioterapia). A ressonância nuclear magnética de pelve não evidenciou sinais de recidiva pélvica. Colonoscopia e trânsito de delgado não mostraram lesões obstrutivas. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora por suspeita de aderências, com evidência no intra-operatório de lesão estenosante em íleo, a 80 cm da válvula íleo-cecal, com distensão moderada de intestino delgado a montante e adenomegalia mesentérica regional. Foi realizado enterectomia com enteroenteroanastomose término-terminal e linfadenectomia. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de intestino delgado com metástase em um linfonodo e margens cirúrgicas livres. O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial no 3º mês de pós-operatório, sem queixas e realizando seguimento oncológico. Conclusão: o câncer de intestino delgado é uma patologia rara e de difícil diagnóstico. No caso apresentado nenhum exame foi capaz de diagnosticá-lo, sendo a opção terapêutica por laparotomia exploradora decisiva para este fim.

P77 - RELATO DE CASO: FECHAMENTO ESPONTÂNEO DE COLOSTOMIA

SILVA, AAM, CUNHA, PDP, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: a colostomia em alça é um procedimento seguro e efetivo para a derivação do trânsito intestinal sendo utilizada em diversas condições podendo ser medida isolada no tratamento das lesões retais extraperitoneais por trauma. Há divergência nos estudos em demonstrar a derivação completa, porém comparações entre ostomias em alça e terminais mostram mesma taxa de sucesso terapêutico. A falha na adequada derivação está associada à falha técnica, principalmente retração da ostomia. Relato de caso: paciente de 42 anos, masculino, com relato de perfuração por arma de fogo em região glútea com lesão em reto extraperitoneal há 9 meses. Foi submetido à laparotomia exploradora, sendo realizado colostomia em alça para derivação do trânsito intestinal. Relata que no 2º mês de pós-operatório começou a apresentar dejeções pelo ânus e que desde então houve redução gradativa da eliminação do conteúdo intestinal pela colostomia, com retração da mesma, não sendo necessário o uso da bolsa de karaya há 1 mês. Relata saída esporádica de fezes e gás em pequena quantidade pelo orifício remanescente. Ao exame apresentava abdome plano, flácido e indolor, com presença de cicatriz cirúrgica mediana e de orifício fistuloso com retração da pele em fie. A colonoscopia evidenciou em sigmóide área com retração e tecido de granulação que por transluminação estava localizada em região da colostomia, não sendo possível a progressão do aparelho devido a

fixação e angulação acentuada da região. O enema opaco mostrou trânsito cólico retrógrado sem obstáculos do reto ao ceco opacificando todo o intestino grosso e com um aspecto de irregularidade parietal com discreta redução do calibre no sítio da colostomia. Indicado intervenção cirúrgica para correção do trajeto fistuloso. Realizado incisão elíptica em região da ostomia prévia (cicatriz cirúrgica), envolvendo o trajeto fistuloso, até mobilização do segmento do cólon. Realizado secção segmentar englobando o trajeto fistuloso, com anastomose colônica término-terminal. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências. Foi introduzida dieta líquida restrita no pós-operatório imediato, com boa aceitação e evolução gradativa. Recebeu alta no 3ºdpo. Conclusão: a falha na derivação deste caso está diretamente relacionado a complicação da estoma por retração da mesma. Optado pela correção cirúrgica da fístula remanescente como medida terapêutica.

P78 - RELATO DE CASO: PERFURAÇÃO INTESTINAL SECUN-DÁRIA A VOLVO DE CECO

CUNHA, PDP, SILVA, AAM, ARAÚJO, NAL, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM
1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: o volvo de ceco é uma condição clínica infreqüente e uma causa incomum de obstrução intestinal. Pacientes com esta condição podem-se apresentar com uma vasta variação de apresentações clínicas, desde dor abdominal leve até quadro de oclusão intestinal associada à sepse. Relato de caso: paciente de 69 anos, masculino, admitido por trauma raquimedular secundário a queda de altura de 4 metros, sendo submetido a artrodese de coluna t11-t12, via posterior. Evoluiu, no 4º dpo da cirurgia ortopédica, com dor abdominal difusa, de leve intensidade, sem fatores desencadeantes ou de piora, aceitando bem a dieta branda via oral, sem náuseas ou vômitos, com distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes (ritmo intestinal prévio normal). Após uso de fleet enema com retorno de dejeções pastosas, apresentou resolução total da queixa álgica e parcial da distensão abdominal. Evoluiu, em 24 horas, com piora da distensão abdominal e recidiva de dor abdominal leve, apresentando 01 episódio de vômito escurecido em grande volume, com característica de líquido de estase, com melhora da queixa álgica após o vômito. Realizadas rx simples de abdome e tc de abdome que evidenciaram, respectivamente, distensão de alças intestinais por gás e líquido e pneumoperitônio. Paciente submetido a laparotomia exploradora, com evidência no intra-operatório de volvo de ceco com perfuração do mesmo. Realizada colectomia parcial direita, com íleo-transverso anastomose. O paciente encontra-se no 1º mês de pós-operatório, ainda em internamento hospitalar, aceitando dieta branda, sem queixas. Conclusão: a ocorrência de volvo de ceco é rara e necrose intestinal com conseqüente perfuração pode ser uma seqüela aguda, quando não tratado adequadamente. A intervenção cirúrgica é imperativa para um adequado tratamento.

P79 - PPH NO TRATAMENTO DA RETOCELE

REIS NETO, REIS JÚNIOR, ODORINO KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES, SÉRGIO BANCÍ, LUCIANE HIANE, DANIELE SAITO
1. CRN, Clínica Reis Neto

Pph no tratamento da Retocele Reis Neto Ja; Reis Júnior Ja; Kagohara Oh; Neto Js; Banci So; Oliveira Lh E Anjos Ds. Clínica Reis Neto - Campinas / Sp Introdução: a retocele é definida como um abaulamento da parede retal anterior maior que 3 cm durante o esforço evacuatório tendo como principal sintoma a constipação intestinal e bloqueio defecatório, associado à dor retal, retenção em bolsa fecal e necessida-

de de manobras digitais para efetuar a evacuação. Dentre os tratamentos cirúrgicos propostos, a técnica starr (stapled transanal rectal resection procedure) vem apresentando bons resultados, corrigindo a anormalidade anatômica da retocele através da ressecção de espessura total da parede anterior do reto baixo, utilizando-se o aparelho de pph a exemplo da técnica proposta por longo para o tratamento da doença hemorroidária. Objetivo: avaliar os resultados pós-operatórios em pacientes com diagnóstico de retocele e bloqueio defecatório submetidas a tratamento cirúrgico com a técnica starr. Métodos: avaliação de 26 pacientes do sexo feminino, acompanhadas na clínica Reis Neto, com diagnóstico de retocele e bloqueio defecatório, apresentando sintomas há mais de seis meses e sem resposta à terapia instituída, submetidas a tratamento cirúrgico com a técnica starr no período de janeiro de 2006 a junho de 2009. Foram excluídas as pacientes com incontinência fecal, enterocele, mega reto, prolapso genital ou cistocele. Avaliou-se o grau de constipação pré e pós operatórios através do score de constipação de wexner (cleveland clinic), além dos seguintes dados: dor pós-operatória, complicações precoces e tardias, tempo operatório, grau de satisfação da paciente. Resultados: um total de 14 pacientes com idade média de 54,2 anos, acompanhadas por um período médio de 21. 8 meses, não apresentaram complicações precoces e nem complicações tardias. Score médio de constipação no pré-operatório de 9. 4 e no pós-operatório de 4 (score variando de 0 a 30). 90% das pacientes definiram como ruim ou muito ruim a qualidade de vida antes da cirurgia e 60% definiram como boa ou ótima a qualidade de vida após a cirurgia. Conclusões: a técnica starr para o tratamento cirúrgico da retocele apresentou resultados satisfatórios representados pela melhora dos sintomas de constipação, alto grau de satisfação das pacientes e baixos índices de complicações.

P80 - RELATO DE CASO - COMPLICAÇÕES INTESTINAIS NA SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

REIS NETO, REIS JÚNIOR, ODORINO KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES, SÉRGIO BANCÍ, LUCIANE HIANE, DANIELE SAITO
1. CRN, Clínica Reis Neto

Relato de caso - complicações intestinais na síndrome de ehlers-danlos Reis Neto Ja, Reis Júnior Ja, Neto Js, Kagohara Oh, Banci So, Oliveira Lh e Anjos Ds. Clínica Reis Neto - Campinas / sp Introdução: a síndrome de ehlers-danlos é uma doença de etiologia ainda desconhecida e associa-se a um defeito genético do colágeno e alterações na síntese e estrutura do tecido conjuntivo. Incidência aproximada de 1:5000. O tipo vascular é herdadado de forma autos-sômica dominante, sendo a forma mais grave, resultando de mutações no gene do pró-colágeno iii (col3a1). Objetivo: relatar ocorrência de complicações intestinais da síndrome. Métodos: estudou-se o caso de uma paciente, sexo feminino, 54 anos, com queixa de desconforto abdominal de longa data, já tendo sido submetida a uma laparoscopia diagnóstica branca. História de acidente vascular cerebral há 14 anos, tireoidite auto-imune. Colonoscopia evidenciou presença de várias úlceras em retossigmoidé. Resultados: foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de ehlers-danlos do tipo vascular, com base em critérios clínicos. A presença de pelo menos 2 critérios maiores é altamente indicativa do diagnóstico, com alta especificidade, sendo, neste caso, aconselhada a realização de testes bioquímicos ou genéticos para confirmação. Neste caso verificou-se a existência de três critérios maiores: pele fina e translúcida, ruptura ou fragilidade arterial/intestinal e equi-moses fáceis e extensas, associada a 3 critérios menores: hipermobilidade de pequenas articulações, pé equino-varus e varizes precoces. Conclusões: não existe um tratamento específico, sendo a intervenção médica limitada ao tratamento sintomático, medidas de precaução e aconselhamento genético. A prática de esportes de contato e de exercícios físicos está contra-indicada.

Há benefício na suplementação de vitamina c, co-fator na síntese de colágeno. Indica-se avaliação cardiológica rotineira. A gravidez deve ser encarada como de alto risco. Evitar fármacos que interfiram com a coagulação. Desencorajar cirurgias eletivas. A paciente está nesse momento assintomática em acompanhamento médico e psicoterápico no serviço.

P81 - RELATO DE CASO: DOENÇA DE PAGET EXTRAMAMÁRIA, UMA RARA DOENÇA

FERREIRA JÚNIOR, M, AMORIM CR, SOUZA VCT, MIRANDA EM, TIBÚRZIO NB, PARESOTO JCR

1. UNIVÁS, Universidade do Vale do Sapucaí

Introdução: a doença de paget extramamária constitui-se uma patologia rara. Existe uma estreita correlação com carcinoma anorretal quando a doença é perianal. Também está associada a malignidades internas e mau prognóstico. Os autores relatam o caso de doença de paget extramamária em região perineal, em uma mulher leucoderma de 91 anos, que apresentava uma lesão de aproximadamente 8 cm de diâmetro, hiperpigmentada e pruriginosa, lesão esta que aumentou de tamanho e que vinha apresentando mínimo sangramento. Os exames de estadiamento foram normais, sem evidência de metástases. O exame anátomo-patológico da lesão revelou aspecto compatível com doença de paget extramamária. A conduta então foi a excisão ampliada da lesão sem a necessidade de enxertia de pele. São discutidos os aspectos referentes à epidemiologia, patologia, prognóstico e tratamento desta doença. Objetivo: relatar o caso de doença de paget extramamária em paciente idosa, submetida à biópsia incisiva, análise anátomo-patológica, ressecção da lesão e posterior acompanhamento ambulatorial. Métodos: análise retrospectiva de relato de caso. Resultado: no caso em questão foi optado pela biópsia incisiva e enviado material para análise anátomo-patológica, onde observou-se papilomatose, acantose, hiperqueratose e produção aumentada de muco e núcleos pleomórficos. Não observou neoplasia subjacente ao epitélio. Realizou-se então a ressecção total da lesão com síntese primária. Não houve recidiva da doença. Cicatriz cirúrgica em ótimo aspecto. Conclusão: quanto ao diagnóstico diferencial deve-se insistir sobre a dificuldade da distinção com o melanocarcinoma superficial, dificuldade já presente no paget mamário e mais acentuada, no extramamário. A presença de mucopolissacarídes evidenciada pelas reações positivas ao pas e ao azul de alcian é, no entanto, mais freqüente e visualizada, nos casos de paget extramamário. A abordagem cirúrgica precoce, juntamente com a análise anátomo-patológica da lesão, são fatores determinantes para a condução segura e positiva dos casos de doença de paget extramamária localizadas em região perianal.

P82 - FITOBEZOAR ASSOCIADO A ENDOMETRIOSE INTES-TINAL: UMA RARA CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FERREIRA JÚNIOR, M, SOUZA, VCT, MIRANDA, EM, AMORIM, CR, CASTRO FILHO, D, TIBÚRZIO, NB, PARESOTO, JCR

1. UNIVÁS, Universidade do Vale do Sapucaí

Introdução: a endometriose é uma desordem ginecológica freqüente, crônica, benigna, dependente de estrogênos, associado à infertilidade e dor pélvica. Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial em localização extra-uterina. A presença de endometriose no íleo terminal é uma causa pouco freqüente de obstrução intestinal, que ocorre em 7% a 23% de todos os casos com comprometimento intestinal. Como o próprio nome indica, fitobezoar consiste em material fibroso originado de vegetais, frutas e sementes. Estes elementos se acumulam

originando um conglomerado de material não digerido e podem levar à obstrução intestinal, que representa uma grande complicação destas formações. Os autores apresentam um caso de obstrução intestinal secundária à coexistência de duas destas raras entidades clínicas: endometriose intestinal e fitobezoar. Objetivos: relatar o caso de uma paciente, que apresentou quadro de obstrução intestinal devido à presença de endometriose e fitobezoar, assim como o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da paciente em pós-operatório. Métodos: análise retrospectiva de relato de caso. Resultados: indicou-se laparotomia exploradora, onde foi observada distensão de alças de intestino delgado, obstrução de válvula ileocecal por corpo estranho. Foi realizada remoção de fitobezoar intraluminal que era composto de fibras de cítricos, fibras de manga e muitas sementes de mamão. Após minucioso estudo das alças intestinais observou-se uma estenose em válvula ileocecal, optou-se por colectomia de segmento ileocecal com anastomose íleo-ascendente termino-terminal. A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório recebendo alta hospitalar três dias após a cirurgia. O exame anátomo-patológico do segmento ressecado revelou tecido endometrióide em submucosa e túnica muscular de íleo terminal e válvula ileocecal, estabelecendo o diagnóstico de endometriose intestinal. Conclusões: as duas entidades clínicas citadas no presente trabalho são de difícil grau de suspeição no cenário da obstrução intestinal. Logo, são poucos os diagnósticos feitos no pré-operatório, sendo a maioria dos mesmos realizados durante o ato cirúrgico. Diante de um abdome agudo obstrutivo, devemos sempre ter em mente as causas comuns de sua ocorrência e também orientar a propedêutica e o diagnóstico diferencial para causas incomuns sejam de forma isolada ou até mesmo em associação com outras patologias, como o ocorrido no caso descrito pelos autores.

P83 - TÍTULO: VOLVULO DE COLO TRANSVERSO – RELATO DE CASO

VIDAL, R.S.R., GIL, M.V.F., FURHMANN NETO, M., CORREA NETO, I.J.F., RATDKE, M.C., GARCIA, A.C.A.B., HADDAD, G.F., ROBLES, L.

1. HSM-SP, Hospital Santa Marcelina - Itaquera

Introdução: relato de caso clínico raro ocorrido em nosso serviço, com descrição da conduta realizada e revisão bibliográfica. Objetivo: sexo feminino, 21 anos, admitida no ps com dor abdominal tipo cólica difusa há 12hs, sem fatores de melhora ou piora e sem irradiação. Fc: 102bpm, hipotenso (80x50mmhg), descorada ++/4+, abdome distendido doloroso à palpação difusamente, db + difuso. Toque vaginal: colo do útero impérvio com dor a palpação em fundo de saco (grito de douglas). Usg abdome total demonstrou massa heterogênea anexial a direita com líquido livre em grande quantidade. Hb- 9,6; ht- 28,0. Culdocentese: negativa. Indicado laparotomia exploradora pela equipe da ginecologia. Resultados: solicitado auxílio à equipe da cirurgia geral por não haver comprometimento do útero e estruturas anexiais. Equipe cirúrgica ampliou a incisão diagnosticando volvulo de colo transversos com infarto hemorrágico do mesmo. Submetido a transversectomia com anastomose primária manual e apendicectomia táctica. Paciente evoluiu no 3º dia de pós operatório com abdome agudo obstrutivo, sendo submetida a nova laparotomia exploradora com diagnóstico de hérnia interna através do mesocolon. Realizado redução do conteúdo herniário e ressutura do mesocolo. Paciente evoluiu bem com alta no 7º pós operatório da reoperação. Conclusão: o volvulo do colo transversos é uma afecção rara, pouco reportada na literatura e de difícil diagnóstico, sendo seu tratamento exclusivamente cirúrgico. É imperioso o diagnóstico precoce para o bom prognóstico do paciente.

P84 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA – RELATO DE CASO

NIGRO R, MORYEK, CORDEIRO A

1. HMSC, Hospital e Maternidade São Camilo

Introdução: a endometriose intestinal profunda apresenta um grande espectro de sintomas. Em geral, lesões pequenas causam nenhuma ou mínima sintomatologia e lesões maiores podem causar dor, alterações da motilidade intestinal (diarréia, constipação e flatulência) e, mais raramente, sangramento intestinal. A ocorrência de quadros obstrutivos envolvendo o colon é rara e correspond a menos de 1% dos casos. **Objetivo:** relatar o caso de obstrução intestinal por endometriose intestinal profunda. **Relato de caso:** paciente aot, 32 anos, branca, procurou o serviço de emergência com queixa de dor e distensão abdominal progressiva há 15 dias, com piora nas últimas 48 horas. Referia ainda parada de eliminação de fezes e flatus, além de vômitos. A avaliação inicial demonstrava abdômen distendido e doloroso difusamente com a presença de lesão estenosante de aspecto não infiltrativo em reto distal ao toque. A realização do toque retal promoveu alívio parcial com saída de flatus e fezes em moderada quantidade. Exames radiológicos iniciais demonstravam grande distensão de alças de colon e delgado com parada em reto distal. Colonoscopia mostrava lesão subestenotante em reto proximal com mucosa edemaciada e sem aspecto infiltrativo, sugestivo de compressão extrínseca ou endometriose. Paciente apresentava queixa de dor pélvica recorrente em investigação, reforçando a hipótese diagnóstica de endometriose. Submetida, então, a retossigmoidectomia com reconstrução primária associada a ressecção da parede vaginal posterior. Análise anátomo-patológica da peça cirúrgica revelou endometriose agressiva de padrão misto e endometriose de padrão estromal no fragmento vaginal ressecado. Evoluiu com deiscência quase completa da anastomose no 3º po, sendo optado por ostomia protetora e sepultamento do segmento distal. Apresentou a seguir sepse grave, sendo diagnosticado e drenado abscesso pélvico. Mantida em suporte clínico avançado com antibioticoterapia evoluiu com melhora, recebendo alta no 36º po. **Conclusão:** a incidência da endometriose intestinal relatada na literatura é variável, atingindo até 36% das pacientes portadoras de endometriose. Casos de obstrução intestinal por focos de endometriose são raros, porém podem representar o primeiro sintoma da endometriose intestinal. Apesar de controversa, a ressecção de lesões intestinais assintomáticas poderia evitar casos como o relatado.

P85 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A VOLVO DE CECO

ARSIE, D.A., PAESE, A., RODRIGUES, E.A., MOTA, C.C., SANDOVAL, E.G.B., DAINEZI, M.A.

1. FCSCF, Fundação Civil Santa Casa de Franca

Introdução: paciente de 85 anos, acamada, portadora de doença de alzheimer, deu entrada no pronto socorro apresentando queixa de distensão e dor abdominal difusa associada a parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias. Ao exame físico notava-se distensão e timpanismo abdominal difuso, dor à palpação superficial difusa e massa palpável em mesogástrio. Tentado tratamento clínico com jejum, hidratação, sng e sonda retal aberta em drenagem e clister glicerinado via retal por 2 dias sem sucesso, foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou volvo de ceco com necrose. **Objetivo:** mostrar que o volvo de ceco deve estar entre os diagnósticos diferenciais de obstrução intestinal. **Método:** relato do caso da paciente lps de 85 anos, sendo realizado exame clínico e físico, laparotomia exploradora com ressecção intestinal (ileocectomia), anastomose ileocolica com colon ascendente e ileostomia protetora em alça. **Resultado:** paciente

evoluiu satisfatoriamente recebendo alta hospitalar no sétimo po. **Conclusões:** portanto o volvo de ceco deve ser lembrado entre os diagnósticos diferenciais de obstrução intestinal.

P86 - RADIAÇÃO INTERNA DO FÍGADO COMO TRATAMENTO PROFILÁTICO EM MODELO DE CÂNCER DE CÓLON COM METÁSTASES HEPÁTICAS

MORIOKA, C.Y.2, PEREIRA FILHO, D.S.4, TAZAWA, K.1, ARAI, H.1, SAKAMOTO, T.1, COSTA, F.P.3, MACHADO, M.C.C.2

1. TU, Toyama University2. USP, Universidade de São Paulo3. HSL, Hospital Sírio Libanês4. UNIVASF, Universidade do Vale do Rio São Francisco

Introdução: radioterapia interna ou externa tem sido bem estabelecida no tratamento de várias malignidades. Há um pequeno sucesso em controlar metástases hepáticas. Quando há uma alta probabilidade de se ter metástases hepáticas de câncer de cólon, terapia profilática, após ressecção tumoral parece ser apropriada para prevenir o desenvolvimento de focos de metástases. **Objetivo:** avaliar a resposta à radioterapia interna em um modelo experimental usando hepatoma com ascite para simular metástases hepáticas. **Métodos:** estudar a captação de microesferas de resina marcadas com 31-p (mrm) em ratos. Ratos donryu foram utilizados. Células de ascites de hepatoma ah60c foram inoculadas intraportalmente. Animais foram divididos em: 1. Controle positivo (n=35), 2. Mrm 4 dias antes da inoculação (n=42), 3. Mrm no mesmo tempo da inoculação tumoral (n=38), 4. Mrm após inoculação (n=12), 5. Apenas mrm (n=11). Nos dia 4 e dia 48 após a injeção, 4 animais com injeção intra tumoral foram radiografadas para estudar a distribuição das microsferas dentro do órgão. Follow up foi realizado. Tempo de sobrevida foi estudado até 60 dias. Necrópsia foi realizada. **Resultados:** a distribuição das microesferas dentro do fígado utilizando o método da veia porta foi homogênea. A porcentagem de radioatividade no tecido no dia 4 após a injeção mostrou 81,6% dentro do fígado, 0,11% na perna, e 0,04% nos rins, 0,02% nos pulmões e 0,01% no baço. Estes níveis foram mantidos nos animais no dia 48. Portanto, eles demonstraram a maior taxa de captação no fígado quando comparada com outros órgãos. Taxa de sobrevida após 60 dias foram 2,9%, 40%, 23,8%, 0%, 0% nos grupos 1,2,3,4 e 5, respectivamente. **Conclusões:** este estudo sugere que o tratamento com microesferas de resina radioativas mostraram ser efetivas como tratamento profilático de metástases intra hepáticas. No entanto, outros estudos são necessários.

P87 - LINFOMA NAO-HODKIN METASTÁTICO PRIMÁRIO DE ÍLEO - RELATO DE CASO

MADARAS, E.J., MAXIMIANO, L.F., CARVALHO, L.Z.M., AZEVEDO, B.C., BROCHADO, M.C.R.T., PINHEIRO, D.V., BORBA, M.R.

1. FMUSP, Faculdade de Medicina da USP

Paciente de 60 anos, feminina, há quatro meses com queixa de dor abdominal, obstipação e emagrecimento, que se intensificaram no último mês, evoluindo com anorexia e vômitos. Antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e asma leve. Ao exame apresentava-se em mau estado geral, emagrecida, com abdome levemente distendido e massa palpável em fossa ilíaca direita, fixa e endurecida. Realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou múltiplos nódulos hipocogêncios hepáticos e formação heterogênea de 12 cm em fossa ilíaca direita. Em seguida foi submetida a ressonância nuclear magnética (rnm) que evidenciou linfonodomegalias paratraqueais bilaterais, subaortica, para-aórtica e subcarinal e discreto derrame pleural a direi-

ta. Na rnm de abdome foi observada lesão expansiva e infiltrativa na parede do íleo terminal com extensão até válvula íleo-cecal e ceco, com borramento da gordura adjacente, podendo representar extensão transmural. Ainda destacado realce difuso da superfície peritoneal e grande omento, com múltiplos implantes na superfície hepática compatíveis com carcinomatose peritoneal e ascite, além de linfonodomegalia mesentérica e retroperitoneal. Útero e anexos com morfologia preservada. Realizou colonoscopia que observou lesão obstrutiva protruindo a válvula íleo-cecal em direção ao ceco, estenosante. Foram vistas e biopsiadas lesões polipóides em ceco, transverso e descendente, cujo anátomo-patológico revelou tratar-se de adenoma tubular com atipia leve e hiperplasia reacional de folículos linfóides. Foi submetida a laparotomia exploradora cujo inventario revelou espessamento e infiltração de grande omento, múltiplos implantes peritoneais e em delgado, espessamento e infiltração do mesentério com linfonodomegalia palpável, lesões nodulares múltiplas no fígado com aspecto de lesões secundárias, massa de aspecto infiltrativo em região de ceco e íleo terminal sem possibilidade de mobilização, pelve com aspecto infiltrativo com múltiplos implantes. Optado pela realização de ileostomia, realizadas biopsias das lesões e colhida citologia oncológica do líquido ascítico. O anátomo-patológico final revelou líquido ascítico com linfocitose atípica e as lesões, após serem submetidas a imunohistoquímica, revelaram-se compatíveis com linfoma não hodgkin tipo b, cd-10 positivo.

P88 - ANORMALIDADES DE ROTAÇÃO INTESTINAL COMO MANIFESTAÇÃO AGUDA NO ADULTO: RELATO DE CASO

SANTOS, V.M.L., OTOCH, J.P., AGUIAR, T., PINHEIRO, D.V., AZEVEDO, B.C., CARVALHO, L.Z.M., BARROS, M.S.V., REINA, J.H.N.

1. FMUSP, Faculdade de Medicina - USP

Introdução: anormalidades de rotação intestinal (ari) comumente se apresentam no primeiro mês de vida. Raramente se manifestam na idade adulta. Quando isso ocorre a apresentação pode ser aguda: isquemia mesentérica ou volvo de ceco, ou crônica: dor abdominal vaga. Há ainda casos diagnosticados incidentalmente por ct abdome. Objetivos: relatar um caso de anormalidade de rotação intestinal manifestada no adulto, com discussão sobre epidemiologia, manifestações clínicas, métodos diagnósticos e tratamento. Métodos: relato de caso ari atendido no pronto socorro do hospital universitário da universidade de são paulo, baseados em dados do prontuário do paciente e acompanhamento do caso em pronto socorro, centro-cirúrgico e enfermaria. Resultados: paciente masculino, 29 anos procura pronto socorro (ps), com queixa de dor abdominal em hipogastro há 5 dias, acompanhado de parada de eliminação de gases e fezes. Há 1 dia náuseas e vômitos fecalóides. Nega febre. Refere há 2 anos dor abdominal leve e intermitente em hipogastro, que nunca o levou a procurar atendimento médico. Perda de 17 kg em 6 meses. Nasceu a termo de parto normal. No exame físico apresentava-se em regular estado geral, emagrecido, corado e desidratado. Fc= 108 bpm e pa=110x80 mmhg. Abdome distendido, sem ruídos hidroaéreos, doloroso à palpação em andar inferior, com defesa voluntária e sem dor a descompressão brusca. Toque retal sem massas e com ampola retal vazia. Sem sangue em dedo de luva. Realizado rx de abdome que mostra pouca distensão gasosa, com sinal de empilhamento de moedas e presença de gás em ceco, colon ascendente, colon descendente e sigmóide. Não foi visto colon transverso. Hematócrito de 56%, 19800 leucócitos e cr=1,2mg/dl. Laparotomia exploradora: ceco dilatado com 10cm de diâmetro. Acotovelamento em transição colon ascendente-transverso por banda. Sigmóide aderido ao ascendente. Ari: junção transverso-ascendente não forma ângulo hepático- é mais baixa, alças de delgado encon-

tram-se acima do conlon transverso e ângulo de treitz encontra-se a direita da coluna vertebral, não havendo quarta porção duodenal. Desfeitas aderências e liberado ceco, colon ascendente e transverso. Realizada hemicolectomia direita e íleo-transverso anastomose. Conclusões: o diagnóstico de ari com manifestação aguda no adulto é de difícil diagnóstico podendo demandar para isso laparotomia exploradora. Por ser evento raro demanda alto índice de suspeição. O tratamento continua a ser a cirurgia de ladd.

P89 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DISTOPIA ANORRETAL NA SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER – RELATO DE CASO

MAZURKIEWICZ, G., GONDIM, F., RIBEIRO, F., SENA, J. L., BAHIA, A., ALVES, V.L.

1. FAMED - UFBA, Faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia

A síndrome de mayer-rokitansky-küster-hauser ou agenesia vaginal ocorre em 1 a cada 4. 000 nascidas vivas em nosso meio. Comumente tratada pelo ginecologista, em algumas situações especiais é necessário a intervenção conjunta com a equipe de coloproctologia. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente de sexo feminino, 24 anos de idade, com diagnóstico clínico de síndrome de mayer-rokitansky-küster-hauser há 2 anos. Referiu cirurgia perianal realizada durante a primeira infância. Ao exame físico, exibiu o canal anal em posição anômala, situado onde deveria haver o intróito vaginal e rnm pélvica evidenciava preservação de toda musculatura do assoalho pélvico. A paciente foi submetida a cirurgia para reposicionamento do canal anal na pelve (cirurgia de devries - peña), e confecção de neo-vagina. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, necessitando de uso de molde vaginal por período de 06 meses. Concluímos, portanto, que em casos selecionados de síndrome de mayer-rokitansky-küster-hauser, pode ser necessária a correção cirúrgica da distopia anorretal associada, sendo a cirurgia de devries - peña uma das técnicas mais factíveis para este fim.

P90 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA - SÉRIE DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

GONDIM, F., MAZURKIEWICZ, G., RIBEIRO, F., AMARO, C., CEDRO, R., GALVÃO, N., ALVES, V.L.

1. FAMED - UFBA, Faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia

A hidradenite supurativa se constitui numa doença das glândulas apócrinas de apresentação esporádica em nosso meio, mais comum no sexo masculino. É necessário a avaliação do coloproctologista, em conjunto, em algumas situações, com outros especialistas, para realização do tratamento adequado. Os autores relatam dois casos de hidradenite supurativa, em duas pacientes do sexo feminino, de 28 e 49 anos, que apresentavam a doença há aproximadamente 15 anos cada uma, levando a conseqüências desastrosas na vida íntima e sucessivas tentativas de antibioticoterapia, sem sucesso. Foi realizado o desbridamento cirúrgico extenso do sítio da hidradenite supurativa em ambas as pacientes, sem realização de enxertia ou retalho miocutâneo local. As pacientes permaneceram internadas por um período de 4 dias após a cirurgia, para orientação do curativo, e evoluíram com cicatrizaçao completa após 3 meses de tratamento, não exibindo seqüelas. Conclui-se que a intervenção cirúrgica é a principal forma de tratamento da hidradenite supurativa e deve ser realizada por profissional habilitado, principalmente o coloproctologista, podendo haver a necessidade eventual de intervenção por equipe de cirurgia plástica.

P91 - PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO
CURVO, EA, FARIA, MSM, FRIAÇA, AMV, DIEHL, DBA, MOURA,
DN, ADORNO FILHO, ET, ALÉCIO, NRM

1. UNIC, Universidade de Cuiabá

Introdução: Os pseudomixomas peritoneais são tumores raros, com incidência de 1:1.000.000, caracterizados por ascite mucinosa de aspecto gelatinoso, envolvendo a superfície peritoneal, omento e alças intestinais, comumente estão associados a tumores benignos ou malignos do apêndice, ovários ou cólon. A disseminação ocorre pela ruptura da lesão com células neoplásicas liberando muco dentro da cavidade abdominal, num processo conhecido como disseminação adenomucinoso peritoneal. A produção de grande quantidade de mucina acumula-se na cavidade abdominal e pélvica podendo causar sintomas obstrutivos. **Objetivo:** Relatar um caso de pseudomixoma peritoneal. **Casística e Método:** Revisão de prontuário. **Relato de Caso:** J.R., 62 anos, masculino, tabagista, com queixas de diarreia, vômitos, emagrecimento, febre, icterícia e distensão abdominal progressiva há 3 meses. Ao exame abdominal massa palpável em hipogastro, com 10 cm de diâmetro, endurecida, dolorosa e pouco móvel. Exames laboratoriais: leucocitose importante, elevação das bilirrubinas e fosfatase alcalina. USG evidenciando formação heterogeneamente hipocóica, encapsulada em hipogastro e pequena ascite. TC de abdome com lesão tumoral cística encapsulada em região infra-umbilical e ascite moderada. Cistoscopia: sem evidências tumorais. Submetido à laparotomia exploradora evidenciando material mucinoso septado impregnando epíplon, cápsula hepática, diafragma e mesocólon do sigmóide, com invasão de retroperitônio e lesões vegetantes em parede vesical externa. Após ressecção de lesões, o material foi enviado para avaliação anátomo-patológica que mostrou tratar-se de um adenocarcinoma mucinoso e mucina em cavidade abdominal. Líquido ascítico de conteúdo mucinoso, cianofílico, com ausência de representação epitelial. Imunohistoquímica: CK-7, RE, RP, CA125 negativos. Avaliação colonoscópica realizada no pós-operatório evidenciou diverticulose de cólon e hemorroidas, sem evidências de comprometimento neoplásico. Segue em acompanhamento oncológico ambulatorial, no 3º ciclo de quimioterapia sistêmica com 5-fluoracil e leucovorin. **Conclusão:** O diagnóstico correto e um tratamento adequado são fundamentais para uma boa evolução, bem como, para evitar o desenvolvimento das complicações. Devido à gravidade da doença e da cirurgia ser sempre paliativa, com reintervenções frequentes, deve-se evitar grandes ressecções que comprometam a qualidade de vida do paciente.

P92 - RELATO DE CASO: CONFEÇÃO DE NEOVAGINA COM SIGMÓIDE APÓS GENITOPLASTIA FEMINILIZANTE
DIAS, A.R., GONDIM, A.C.N., DÉNES, F.T., NAHAS, S.C.

1. USP, Universidade de São Paulo

Introdução: a genitoplastia feminilizante ou cirurgia de redesignação do sexo masculino para feminino traz consigo um grande alívio psicológico aos pacientes submetidos a esta técnica. A cirurgia objetiva a retirada dos órgãos genitais masculinos e a confecção de uma vagina, geralmente feita com a pele da bolsa escrotal. **Objetivo:** neste trabalho relatamos a confecção de uma neovagina numa paciente cujo retalho escrotal apresentou isquemia com necrose e retração, havendo perda da cavidade vaginal, apesar da realização de dilatações seriadas. Visando confeccionar uma neovagina úmida, optamos pelo uso do cólon sigmóide. Através da via laparoscópica dissecamos a artéria mesentérica inferior e liberamos o cólon esquerdo do retroperitônio, soltando o ângulo esplênico e a goteira parietocólica. Após este tempo foi realizada uma incisão auxiliar (mediana infra-umbilical), com exteriorização do cólon esquerdo, sendo seccionado um segmento de aproximada-

mente 20 cm do sigmóide, com irrigação própria (ramo da artéria sigmoideana), para a confecção da neovagina. O trânsito foi reconstruído através de uma anastomose colorretal término-terminal mecânica de 28 mm e o sigmóide abaixado na pelve, sendo sepultado em sua porção cranial com grampeador linear e anastomosado caudalmente ao antigo retalho escrotal. Optamos pela realização de ileostomia em alça para proteger a pelve e a neovagina de complicações sépticas. A paciente evoluiu bem, recebeu alta no 5º dia pós-operatório. Com 2 meses de seguimento a ileostomia foi fechada e a paciente se encontra bem, com a vagina pérvia, secretando diariamente uma pequena quantidade de muco. Sua satisfação com o procedimento até este momento (quatro meses de seguimento) é alta, referindo grande aumento na auto-estima. Ela recomenda a cirurgia para pacientes com situação similar. **Conclusão:** a reconstrução de neovagina com retalho de sigmóide é uma opção em casos de estenose desta.

P93 - COLITE ISQUÊMICA SECUNDÁRIA A FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA DE VASOS MESENTÉRICOS INFERIORES EM PACIENTE RECEPTOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO

BECHARA CS, NEIVA AM, HANAN B, GALVÃO VA, LUZ MMP, GOMES DA SILVA R

1. IAG-UFGM, Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto AI

Introdução: as fistulas artério-venosas (fav) na circulação portal são raras e usualmente envolvem vasos hepáticos, esplênicos ou mesentéricos superiores. Fav de vasos mesentéricos inferiores são incomuns e somente casos isolados foram relatados. A colite isquêmica é uma manifestação pouco comum, mas grave da fav. **Objetivo:** relatar o raro caso de paciente receptor de transplante hepático com quadro de colite isquêmica secundária a fístula arterio-venosa de vasos mesentéricos inferiores. **Relato de caso:** paciente masculino, de 58 anos, com cirrose por vírus b e carcinoma hepatocelular, foi submetido a transplante hepático ago/2007. Evoluiu com estenose de via biliar, tratada com dilatações percutâneas de maio de 2008 a junho de 2009. Em uso de tacrolimus. Apresentava queixa de dor abdominal há cerca de 6 meses, com piora nas últimas 2 semanas, que levou o paciente a ser internado em fevereiro de 2009. Referia fezes pastosas, cerca de 4-5 exoneações ao dia, além de vômitos e distensão abdominal. Afebril. Rx de abdome sem sinais de obstrução intestinal; radiografia de tórax sem evidências de pneumoperitônio; us abdome: pequena quantidade de líquidos interalças; colonoscopia evidenciou mucosa friável, coberta por fibrina, com áreas de estreitamento que não impediam a passagem do aparelho desde o reto proximal até o ângulo esplênico. A mucosa do cólon transversal encontrava-se normal. Biópsia revelou colite, sugerindo etiologia isquêmica ou vasculite. Tc de abdome mostrou grande distensão de alças, principalmente cólon. Arteriografia diagnosticou fístula arteriovenosa de alto débito em artéria mesentérica inferior com oclusão de seu ramo. Submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou cólon esquerdo isquêmico, endurecido, fixo ao retroperitônio e com mesocólon espessado, sangrando facilmente à dissecação; realizada colectomia esquerda e colostomia à hartmann. O paciente evoluiu com coleção abdominal no pós-operatório e foi submetido a drenagem percutânea. A cultura do líquido não evidenciou bactérias. Recebeu alta no 14º dia de pós-operatório. Anátomo-patológico: parede colônica cuja mucosa revela extensas áreas necróticas, recobertas de fibrina; áreas de proliferação fibro-vascular na submucosa, congestão e deposição de fibrina na serosa, sugestivas de colite isquêmica. **Conclusão:** a colite isquêmica secundária a fístula arterio-venosa de vasos mesentéricos inferiores é rara, e com clínica inespecífica, dor abdominal, vômitos e diarreia crônica.

P94 - OPERAÇÃO DE DUHAMEL-HADDAD NO MEGACOLON CHAGASICO APOS 20 ANOS

FERREIRA, F.S.1, SILVA, C.M.1, BRASIL, A.M.S.2, SANTOS, A.A.1, LUQUETTI, A.O.2, GABRIEL-NETO, S.1, GABRIEL, A.G.2, OLIVEIRA, E.C.1

1. UFG, Faculdade de Medicina2. UFG, Lab Pesquisa Doença Chagas

A operação de duhamel-haddad tem sido utilizada em varios serviços para o tratamento do megacolon chagastico com resultados divergentes entre os autores. Até o presente não há um consenso sobre a melhor técnica para o tratamento do megacolon. A retossigmoidectomia com anastomose termino-terminal também tem sido utilizada. Não há na literatura estudos sobre o seguimento a longo prazo de pacientes operados de megacolon chagastico. Neste trabalho relatamos os achados de uma avaliação clínica de pacientes operados há mais de 20 anos de megacolon chagástico. Foram analisados 12 prontuarios de pacientes intenados para retirada de fecaloma sendo 4 homens e 8 mulheres com idade entre 58 e 93 anos, em um periodo de 3 anos. Todos os pacientes relataram tratamento cirurgico para megacolon com operação compativel com duhamel-haddad a qual foi confirmada pelo toque retal e/ou enema opaco. A queixa principal era constipação e/ou dor abdominal. A presença de fecaloma foi confirmada pelo toque retal e radiografia simples de abdome. Todos tiveram a sorologia para chagas confirmada por novos exames. Dez (83,3%) pacientes relatavam constipação entre 5 e 20 dias. Seis pacientes usavam laxativos diariamente. O enema opaco não mostrou dilatação colonica em nenhum paciente. Todos os pacientes foram submetidos retirada manual do fecaloma e lavagem retal com resolução do quadro entre 1 e 3 dias. Concluimos que a operação de duhamel-haddad para o tratamento do megacolon chagástico pode evoluir com recidiva da constipação na ausencia de dilatação colonica.

P95 - FECALOMA EM PACIENTES NAO CHAGASICOS

ROCHA, R.S.P.1, SOUZA, L.I.D.1, SANTOS, A.A.1, GABRIEL, A.G.2, LUQUETTI, A.O.2, RAMOS, G.C.2, GABRIEL-NETO, S.1, OLIVEIRA, E.C.2

1. UFG, Faculdade de Medicina2. LPDC-UFG, Lab Pesquisa Doença Chagas

O fecaloma é uma complicação frequente nos pacientes chagasicos constipados com e sem megacolon. Nos pacientes não chagastico sua ocorrência se da em pacientes acamados, com dificuldade de locomoção, psiquiaticos, com dieta pobre em fibras, etc. Em geral a literatura registra apenas relatos de casos de pacientes com fecaloma volumosos. Neste trabalho relatamos os achados de uma serie grande de pacientes hospitalizado por fecaloma com e sem doença de chagas foram analisados 1034 prontuarios de pacientes intenados para retirada de fecaloma sendo 821 com sorlogia positiva para doença de chagas e 213 pacientes soronegativos. A idade variouse de 15 a 93 anos em ambos os grupos. Dos soropositivos (821) 454(55,2%) eram mulheres edos soronegativos (213) 136(63,7%) eram mulheres. O tempo de constipação variouse de 4 a 90 dias em ambos os grupos. A queixa principal era constipação e/ou dor abdominal. A presença de fecaloma foi confirmada pelo toque retal e radiografia simples de abdome. Todos tiveram a sorologia para chagas realizada por três técnicas (elisa, ifi, hai). Todos os pacientes foram submetidos retirada manual do fecaloma e lavagem retal com resolução do quadro entre 1 e 3 dias. Após 3 dias os casos nao resolvidos clinicamente eram submetidos a tratamento cirurgico. Concluimos que o fecaloma em pacientes não chagasicos ocorre mais no sexo feminino com distribuição igual nos pacientes chagasicos.

P96 - VOLVO DE CECO

CARVALHO, J.B.1, SILVA, P.T.D.1, ROCHA, H.A.1, RAMOS, G.C.2, LUQUETTI, A.O.2, GABRIEL, A.G.2, GABRIEL-NETO, S.1, OLIVEIRA, E.C.1

1. UFG, Faculdade de Medicina2. LPDC-UFG, Lab Pesquisa Doença Chagas

O volvo de ceco é uma condição rara e a literature diferentes tipos de tratamento com resultados variados. O volvo de ceco é uma complicação devido a uma condição anatomica que ocorre quando o ceco móvel gira em seu proprio eixo. Diferentemente do volvo de sigmoide no megacolon chagastico em que o colon esta dilatado e alongado. O volvo de ceco pode evoluir com necrose e peritonite fecal levando ao obito. Neste trabalho relatamos os achados clinicos de de casos de volvo de ceco foram analisados 5 prontuarios de pacientes com diagnóstico de volvo de ceco. A idade dos pacientes variouse de 45 a 65 anos, sendo 3 mulhres e 2 homens. Uma paciente tinha sorologia positiva para doença de chagas. Uma paciente tinha deficit mental. Todos os pacientes apresentaram quadro de oclusão intestinal com parada de eliminação de gases e fezes entre um e cinco dias. A radiografia simples de abdome mostrava distensao colônica sem pneumoperitônio. Três pacientes foram submetidos a colectomia direita e ileostomia terminal e a paciente chagastica foi submetida a colectomia esquerda e colostomia por um fecaloma volumoso em sigmoide e redução do volvo de ceco. Em uma paciente foi realizada colectomia total com ileostomia. Os pacientes evoluíram sem intercorrencias. Concluimos que o volvo de ceco pode ser um achado operatório em pacientes com oclusão intestinal sem sinais sugestivos nos exames radiológicos e a laparotomia é frequentemente necessária para o diagnóstico definitivo e tratamento.

P97 - LINFOGRAFIA PELVICA ACIDENTAL

KURACHI, G., MOTA, N.C., PRIETO, F.G., MELO, A.P.S.A., ALMEIDA, P.C.C., AZEVEDO, I.F., OLIVEIRA, E.C., ALMEIDA, A.C.

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina da UFG

A linfografia acidental tem sido relatada em alguns poucos casos durante colangiografia endoscopica, histerosalpingografia ou venografias. Neste trabalho relatamos um caso de linfografia pélvica através de um exame de fistulografia em paciente com cisto pilonidal. Paciente maculino, 47 anos, com diagnostico de cisto pilonidal e diagnostico diferencial de fistula perianal transesfincteriana devido presença de orifício externo em linha mediana situar-se a ± 5 cm da borda anal. O paciente apresentava história de tumoração perianal há mais de 1 ano com drenagem de secreção purulenta. A fistulografia com contraste iodado mostrou loja em fundo cego no subcutâneo sem comunicação com o reto, porém contrastou o sistema linfático pélvico. O paciente não apresentou reações adversas. Foi submetido a tratamento cirurgico do cisto pilonidal com incisão e curetagem da loja. Evoluiu sem intercorrencias. A linfografia convencional tem uso limitado devido ao desconforto do paciente e por ser exame invasivo. Novas técnicas com cintilografia e ressonância magnética tem melhorado as avaliações por imagem do sistema linfático. A literatura sobre linfografia acidental esta limitada a uns poucos relatado de caso. Este trabalho, ate o presente momento, é o primeiro relato de linfografia pélvica acidental durante fistulografia de um cisto pilonidal.

P98 - EXTERIORIZAÇÃO ANAL TARDIA DE CATETER DE DERRIVAÇÃO VENTRICULOPERITONEAL (DVP): RELATO DE UM CASO

MENDONÇA, R.S.1, REIS, L.F.2, FALCÃO, F.H.G.3

1. UFC, Universidade Federal do Ceará - BARBALHA2. FFFCMPA, Fundação Faculdade Federal Ciências Médicas de Porto Alegre3. UFAL, Universidade Federal de Alagoas4. HO-OSID, Hospital do Oeste - Obras Sociais Irmã Dulce

Introdução: Uma das formas de aliviar a hidrocefalia congênita é a colocação de um cateter que sai do ventrículo cerebral, através do subcutâneo cervico-torácico até a cavidade peritoneal, consistindo no que se chama derivação ventriculoperitoneal (DVP). As complicações intra-abdominais de tal procedimento são raras. **Objetivos:** relatar um caso incomum de complicação tardia após colocação de cateter de DVP. **Métodos:** foi realizado registro transoperatório e resgate da história no prontuário. **Resultados:** D.S., sexo masculino, 08 meses de idade, portador de hidrocefalia congênita, com colocação de derivação ventrículo peritoneal há 02 meses. Evoluindo clinicamente bem, sem febre, com história de vômitos pós-alimentares após ingesta, esporádicos, quadros "febris" curtos intermitentes, sem queda do estado geral e sem alteração do ritmo intestinal. Mãe verifica "saída de plástico pelo bumbum" há algumas horas. Ao exame físico, sem sinais de meningismo, sem dor abdominal, com cateter de DVP exteriorizado pelo ânus. Sem SIRS. Realizado Rx corpo inteiro com cateter nos quatro quadrantes abdominais, sugestivo de exteriorização pelo cólon esquerdo. **Laboratório:** Hb: 12,8; Leuco: 13100 02bast 47seg 01eos 44linf (linfocitose absoluta e relativa). Plq: 674.000 Na :139 K:5,0 PCR<6 Realizada Laparotomia Exploradora, com verificação de aderências leves entre alças de delgado. Cateter envolvido em aderência entre intestino delgado, sigmóide e bexiga. Desfeitas aderências, verificada penetração do cateter no retossigmóide e envolvimento do cateter pela serosa da bexiga, sem penetrá-la. Realizada retirada, após corte com tesoura, da parte distal do cateter pelo ânus, rafia da serosa da bexiga e do delgado, dissecado cateter em subcutâneo do tórax e exteriorizado parte proximal do cateter. O paciente evolui bem, tendo alta 15 dias após procedimento cirúrgico, com realização de nova derivação ventrículo-peritoneal. **Conclusões:** é importante o reconhecimento precoce de complicações pouco comuns além da resolução o mais rápido possível de tais complicações, em crianças neurocirúrgicas a fim de se evitarem consequências mais graves para os pacientes pediátricos.

P99 - RELATO DE CASO DE MEGACOLON IDIOPATICO

SALLES,VJA, KALUME,FA, SOARES,PD, ROJA,RH, ROMAGNOLO, LG, SOUSA,RP

1. HRVP, Hospital Regional do Vale do Paraiba

Paciente com quadro de constipação de longa data sem melhora ao uso de laxativos com exames de imagem compatível com megacolon. Sorologia para chagas negativa. Realizada colectomia esquerda com ap sem anormalidades.

P100 - APENDICITE AGUDA POR ESTRONGILOÍDIASE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

SIMÕES, A.A.2, SCHLINDWEIN, R.F.2, DEBIASI, G.G.2, FERREIRA, M.G.L.A.2, CAMARGO, E.S.2, MAGRO, L.I.1, SCOLARO, B.L.3, PEREIRA, G.B.4

1. UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí2. HMMKB, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen3. HSL PUC-RS, Hospital Sao Lucas da PUC-RS4. CHSCPA, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre

Introdução: a estrogiloidíase disseminada foi descrita há pouco mais de 40 anos como uma forma letal de estrogiloidíase em imunossuprimidos. Os sinais clínicos são inespecíficos, mas sintomas

gastrintestinais ou pulmonares em pacientes susceptíveis devem ser sinais de alerta. O diagnóstico das helmintíases intestinais raramente é realizado durante procedimentos cirúrgicos ou pelo exame histopatológico da peça cirúrgica. Entre as complicações cirúrgicas intestinais causadas por estes vermes está a apendicite aguda. A mortalidade pode chegar a 87% e é frequentemente associada à infecção bacteriana secundária. **Objetivo:** relatar o diagnóstico de estrogiloidíase disseminada em apêndice cecal cursando com óbito. **Métodos:** estudo de caso e revisão de literatura. **Relato de caso:** a. A., masculino, 41 anos. Portador de hepatite c, anemia crônica, usuário crack. Admitido no hmmkb com quadro de dor abdominal periumbilical com 4 dias de evolução, de forte intensidade e progressiva. História de astenia, sudorese noturna e investigação de febre há 25 dias. Ao exame: beg, descorado, emagrecido; acp: sp; abd: distendido, rha+, tenso, doloroso difuso com sinal de irritação peritoneal. Leuc: 3.000, 1% bastões, 16% linf. (528). Realizado laparotomia com apendicectomia. Paciente evoluiu com persistente dor abdominal e intensa tosse produtiva. Realizou tc de tórax que evidenciou opacidades pulmonares de distribuição centro-lobular em ambos os lobos superiores e inferior esquerdo, linfonodomegalias mediastinais. O anatomo-patológico evidenciou estrogiloidíase disseminada. Paciente colocado em isolamento respiratório e iniciou-se tratamento com albendazol 400mg vo. No 16° po evoluiu com abscesso abdominal, drenado via laparotomia. Cultura secreção: proteus sp multi-resistente. Resultado anti-hiv 1 e 2 reagente (cd4 79 / vc >500.000). Paciente evoluiu com fístula entero-cutânea com tentativa de tratamento com nvo + npt sem sucesso. Realizado então ileostomia em ferida operatória devido abdome congelado. Após 4 meses de internação foi a óbito. **Conclusão:** ferrari, 2004 conclui que a prevalência de helmintos intestinais em apêndices cecais - associada ao quadro clínico de apendicite ou de abdômen agudo cirúrgico fica em ± 3%. A estrogiloidíase é uma parasitose geralmente crônica e assintomática. A estrogiloidíase disseminada é uma condição que possui critérios diagnósticos pouco específicos e tratamentos com eficácia limitada, o que contribui para sua elevada mortalidade.

P101 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR ÚLCERA INESPECÍFICA DOS CÓLONS. RELATO DE DOIS CASOS

ACCETTA, A.F.1, ACCETTA, I.1, ACCETTA, P.1, OLIVEIRA, A.P.F.A.1, KNEIPP, A.2, MAIA, F.J.S.1

1. UFF, Hospital Universitário Antonio Pedro2. HEAL, Hospital Estadual Azevedo Lima

As hemorragias digestivas que se originam no intestino grosso representam aproximadamente 15% dos sangramentos do trato gastro intestinal e geralmente são auto limitados. As úlceras dos cólons (doença de crohn, colite amebiana, neoplásica, inespecífica, etc) são responsáveis por cerca de 10% deste quadro. As úlceras inespecíficas são pouco frequentes e assim denominadas quando os achados histopatológicos não conseguem estabelecer a sua exata etiologia. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de hemorragia digestiva baixa que necessitaram de tratamento cirúrgico de urgência, devido à instabilidade hemodinâmica. Com a revisão da literatura concluímos que a colectomia econômica segmentar é o tratamento de escolha, desde que exclua a etiologia neoplásica da úlcera.

P102 - RE-INDUÇÃO DA REMISSÃO COM ADALIMUMABE (ADA) APÓS INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO: UMA ALTERNATIVA NO MANEJO DA DOENÇA DE CROHN

ALBUQUERQUE, I.C.1, KOTZE, P.G.2, FORMIGA, G.S.1, KOTZE, L.M.S.2

1. HE, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - SP2. PUCPR, Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru

Introdução: o adalimumabe (ada) é um anticorpo monoclonal totalmente humano, utilizado no tratamento da doença de crohn (dc) moderada a grave. Eventualmente, tem-se a necessidade de interrupção do tratamento, por causas variadas. O resgate da terapia é controverso, e o papel da re-indução com dose total de ataque pode ser uma alternativa nos casos graves da dc. **Objetivo:** relatar dois casos de resgate no tratamento da dc com ada pela re-indução. **Método:** revisão de prontuário e da literatura a respeito da re-indução com ada na dc. **Relato dos casos:** caso 1: paciente masculino, 33 anos, portador de dc pancolônica e perianal há 12 anos. Após perda de resposta ao tratamento com infliximabe (ifx), iniciou uso de ada há um ano, com boa resposta. Desenvolveu extenso abscesso perianal. Foi submetido a exame proctológico sob anestesia com drenagem do abscesso, locação de sedenhos, terapia antimicrobiana e suspensão do ada. Após quatro semanas da suspensão do medicamento, apresentou crise de agudização severa. Houve re-indução com ada 160/80 mg, seguida de curetagens das fístulas e retirada dos sedenhos. Após cinco meses, apresentou melhora significativa da região perianal, encontrando-se assintomático e com tratamento de manutenção. **Caso 2:** paciente masculino, 29 anos, portador de dc há 23 anos. Há 13 anos submetido a colectomia total com ileostomia terminal. Ao exame físico apresentava fístulas peri-ileostômicas e perianais. Após perda de resposta ao ifx, realizou tratamento com ada por três meses, com melhora dos sintomas. Interrompeu o tratamento com dificuldade de acesso ao medicamento. Houve reativação da doença após 45 dias. Após regularização do fornecimento do ada, foi realizado a re-indução com bons resultados. Submetido à cirurgia para mudança de sitio da ileostomia. Após seis meses, o paciente encontra-se assintomático, em esquema de manutenção. **Conclusão:** não há na literatura estudos controlados que mostram se a re-indução é superior ao uso da dose de manutenção após a parada do ada. Experiências isoladas mostram bons resultados dessa alternativa terapêutica em casos graves e selecionados.

P103 - ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA CELÍACA, DOENÇA DE CROHN E ADENOCARCINOMA DO INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

KOTZE, P.G., KOTZE, L.M.S., STECKERT, J.S., FREITAS, C.D., ARRUDA, A.

1. PUCPR, Serviços de Coloproctologia e Gastroenterologia - HUC

Introdução: embora clinicamente distintas, a doença celíaca e a doença de crohn (dc) caracterizam-se como uma inflamação intestinal crônica, associadas a manifestações extra-intestinais e outras doenças auto-imunes. Uma potencial associação entre as duas doenças é sugerida, o que explicaria o fato de um mesmo paciente ocasionalmente apresentar as duas enfermidades. O adenocarcinoma primário de intestino delgado é raro, sua incidência é reportada entre 1 a 5% dentre todas as neoplasias do trato gastrointestinal. O risco é maior em pacientes com diagnóstico de doença de crohn ($\pi = 28,4-33$), e também possui associação na apresentação com a doença celíaca. **Objetivo:** relatar a associação entre doença celíaca, doença de crohn e adenocarcinoma de intestino delgado numa mesma paciente. **Relato de caso:** paciente feminina, 67 anos, deu entrada com quadro de suboclusão intestinal e cólicas com 3 dias de evolução. Perda de 10 kg em 2 meses. Portadora de doença celíaca há 21 anos, controlada com dieta. Apresentava distensão abdominal ao exame clínico, associada a palidez cutânea e peristaltismo visível. Tac de abdome demonstrou espessamento de alças do íleo terminal, com estenose e dilatação a montante. Submetida a laparotomia exploradora, com evidência de tumoração do íleo

terminal, associada a espessamento difuso de sua parede, com cerca de 45 cm de extensão. Realizou-se íleo-colectomia direita, com anastomose íleo-transverso. O laudo histopatológico comprovou inflamação crônica transmural de todo o delgado, compatível com doença de crohn, com adenocarcinoma associado. **Conclusão:** esta rara associação entre as 3 entidades é descrita na literatura. Dentre alguns fatores de risco para surgimento de adenocarcinoma de intestino delgado, a doença crônica em atividade é dos mais importantes. Manifestações atípicas das doenças chamam a atenção para a ocorrência de tumores.

P104 - HEPATOTOXICIDADE INDUZIDA POR SULFASSALAZINA: RELATO DE CASO

BATISTA RR, POZZOBON BHZ, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GIS

1. HH, Hospital Heliópolis

Introdução: em 1941, svartz utilizou pela primeira vez a sulfassalazina no tratamento da retocolite ulcerativa. Desde então, diversos estudos comprovaram a eficácia de seu uso nas doenças inflamatórias intestinais. Entretanto, seu uso é relacionado a vários efeitos colaterais, incluindo disfunção hepática grave. **Objetivos:** relatar um caso de hepatotoxicidade secundária a sulfassalazina. **Métodos:** revisão de prontuário e literatura a respeito da hepatotoxicidade associada a sulfassalazina. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 21 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa moderada, em uso de sulfassalazina 4 gramas ao dia, foi admitido no pronto socorro com queixa de inapetência, febre, artralgia e icterícia há sete dias. Relatava uso da medicação há seis semanas. Ao exame físico, em regular estado geral, afebril, icterício 2+/4+, com máculas eritematosas em membros e edema de membros inferiores 2+/4+. Exames complementares da admissão mostravam aumento de bilirrubinas, transaminases, enzimas de excreção canaliculares e da proteína c reativa. Feito o diagnóstico de hepatotoxicidade por sulfassalazina, foi suspensa a medicação e introduzido prednisona 20 miligramas e ciprofloxacino 1 grama ao dia. Recebeu alta no terceiro dia de internação após melhora clínica e laboratorial. Atualmente, está assintomático em uso de azatioprina 150 miligramas ao dia. **Conclusões:** é importante o acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso nos primeiros meses de administração da sulfassalazina devido ao seu potencial em gerar graves efeitos colaterais.

P105 - A IMPORTÂNCIA DO EXAME PROCTOLÓGICO SOB ANESTESIA NA DOENÇA DE CROHN PERINEAL

BATISTA RR, LIMA MA, LIORCI MP, RAMACCIOTTI FILHO, CASTRO CAT, POZZOBON BHZ, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GIS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: a manifestação perineal da doença de crohn (dc) ocorre com frequência variável, sendo maior nos pacientes com doença colorretal. O exame proctológico sob anestesia (epa) nestes casos possibilita o diagnóstico e tratamento de lesões. **Objetivo:** relatar dois casos de doença de crohn perineal e mostrar a importância do exame proctológico sob anestesia na identificação e tratamento de afecções perineais. **Método:** revisão de prontuário e literatura a respeito da dc perineal. **Resultados:** caso 1: paciente masculino, 31 anos, portador de dc ileal, há 11 meses com diarreia e saída de secreção purulenta em região perianal, em uso irregular de sulfassalazina e ciprofloxacino. Antecedente de drenagem de abscesso anorretal há nove meses. Ao exame proctológico, presença de orifícios fistulosos em posição

anterolateral direita a 1,5 e 3,0 cm da margem anal. Submetido a epa, com drenagem de abscesso anorectal, fistulotomia superficial e colocação de sedenho. Atualmente em acompanhamento ambulatorial em uso de infliximabe a cada oito semanas e perineo cicatrizado. Caso 2 : paciente masculino, 33 anos. Há doze anos com dc pancolônica e perineal. Há dez dias com abaulamento perianal associado a hiperemia, dor de intensidade progressiva e febre. Fez uso de salicilatos, imunomoduladores, antimicrobianos e infliximabe. Há um ano em uso de adalimumabe. Foi submetido a epa com drenagem do abscesso e locação de sedenho. Posteriormente foi submetido a três novos epa, apresentando boa evolução e na décima oitava semana de seguimento ambulatorial encontrava-se assintomático em relação à região perianal. Conclusões: o exame proctológico sob anestesia permite o diagnóstico, tratamento precoce e auxilia na resposta à terapia medicamentosa da doença de crohn perineal.

P106 - DOENÇA DE CROHN - RELATO DE CASO

FAYAD, J.B., JUNGES, K.T., PORTOVALES, M.O, COSTA, C.B

2. HGI-RJ, Serviço de Coloproctologia do Hospital Geral de Ipanema RJ

Objetivos: relatamos aqui um caso de volumoso abscesso em parede abdominal e retroperitoneal associado a dc, tratado inicialmente com drenagem percutânea para melhora clínica e posterior tratamento cirúrgico definitivo. Apresentação: paciente feminina 28 anos, com retardo no desenvolvimento mental, foi encaminhada com quadro de dor abdominal, anemia, febre e massa abdominal palpável em fossa ilíaca direita iniciados 6 dias antes da sua admissão. Já vinha em uso de ciprofloxacino e metronidazol e trouxe tomografia de abdome que revelava volumosa massa inflamatória peri cecal com infiltração da parede abdominal adjacente, gás fora de alça e líquido peri-hepático. Mãe informava fistulotomia anal em 2001 com diagnóstico de dc, porém sem realizar acompanhamento. Optou-se pela manutenção do esquema antibiótico por via parenteral e medidas de suporte clínico gerais. Houve considerável melhora clínica e laboratorial. Nova tc revelou redução do líquido peri-hepático e da massa inflamatória, recebendo alta hospitalar após 18 dias de internação em uso de meticorten 40mg/dia. Retornou ao serviço 2 meses após a alta com queixa de aparecimento súbito de abaulamento em fid, muita dor no local, dificuldade de deambular (psóite), febre e leucitose. Nova tomografia evidencia volumosa coleção formando grande abaulamento da parede abdominal em continuidade com massa inflamatória peri cecal e comprometimento do retroperitoneo. Procedeu-se a drenagem do abscesso sob anestesia geral, evoluindo com melhora do quadro algico e infeccioso. Não evoluiu com fístula cutânea. Submetida colonoscopia que confirmou dc restrita a região íleo-cecal. Decidiu-se por realização de colectomia direita, por tratar-se de dc de difícil controle clínico e ao perfil psico-social da paciente em questão. Pós operatório sem intercorrências. Hoje a paciente realiza acompanhamento ambulatorial sem uso de medicação específica ou sinais de recorrência. Conclusões: a dc nos mostra mais uma vez que é uma patologia com comportamento imprevisível. Assim, acreditamos que tratamentos menos agressivos devam ser tentados como terapia inicial, ou como ponte para um tratamento cirúrgico posterior em melhores condições. Como os casos de abscesso em dc não são muito comuns e mesmo dentro deste grupo encontramos abscessos de diversas localizações e apresentações, é difícil padronizar um tratamento, ou mesmo provar que um é superior ao outro como nos mostra a literatura.

P107 - PSICOTERAPIA PARA PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII)

MALDAUN, D., FAGUNDES, J.J., AYRIZONO, M.L.S., LEAL, R.F., COY, C.S.R.

1. FCM - UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas

Introdução - desde a última metade do século xx, tem-se observado um aumento progressivo e significativo de certas formas de inflamação intestinal, denominadas doenças inflamatórias intestinais (dii), que são duas afecções distintas: retocolite ulcerativa inespecífica (rcui) e doença de crohn (dc). Pouco se sabe sobre sua etiologia, que é multifatorial. Atualmente, conquanto a etiopatogênese não esteja completamente elucidada, compreende-se vários processos imunológicos a elas relacionados. São consideradas doenças autoimunes ou de autoagressão. Estas são doenças somáticas provocadas por uma tensão emocional contínua, que parecem desenvolver certas reações imunes aos constituintes naturais do organismo, levando a lesões localizadas ou sistêmicas, características das dii. A importância dos fatores emocionais no desencadeamento e evolução das dii tem sido amplamente reconhecida desde as publicações de murray e sullivan et al, em 1930, baseados nos estudos de langedage, que, em 1903, descreveu 1200 casos de colite mucomembranosa, enquadrando-a na categoria das neuroses. Objetivo - avaliar os efeitos da psicoterapia humanista com pacientes portadores de dii. Casuística e método - participaram do estudo, 19 pacientes portadores de dii, pertencentes ao ambulatório de dii "prof dr juvenal ricardo navarro góes" - unicamp com diagnóstico confirmado de dii, idade média de 47 anos, sendo 58% do sexo feminino, no período compreendido entre 2003 e 2008. Foram excluídos pacientes sem diagnóstico confirmado de dii e com referência de tratamento psiquiátrico. O método foi qualitativo fenomenológico com entrevistas semidirigidas de questões abertas pela possibilidade de oferecer ao entrevistado a oportunidade de discorrer sobre a sua biografia sem restrições e de maneira espontânea. Resultado - foi possível identificar mudanças positivas na compreensão e vivência da sintomatologia. São pacientes que apresentaram conseqüente melhora na qualidade de vida. Conclusão - a psicoterapia de abordagem humanista, conjuntamente ao tratamento clínico de portadores de dii, possibilita o resgate de sua dignidade existencial e conseqüente alívio de seu sofrimento.

P108 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL VIDEO-ASSISTIDA EM DOENÇA DE CROHN RELATO DE CASO

SOLAK, C.R., ORTOLAN, G.L., MONTEMÓR NETTO, M., CARDOSO, R., PUCHALSKI, A.K

1. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa

A doença de crohn, um processo inflamatório crônico intestinal, com acometimento transmural da parede intestinal, tem a proctocolectomia total como opção terapêutica aos casos refratários aos tratamentos clínicos. O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de um paciente do sexo masculino, de 30 anos, que tratava clinicamente a doença há sete anos, fez uso de aminosalicilato, corticoterapia e azatioprina por período prolongado, e, ainda, usou infliximab nos últimos seis meses que antecederam o procedimento devido a fistulas perianais complicadas. Na evolução da doença, foi submetido a cinco intervenções cirúrgicas para controle de fistulas perianais complicadas, sendo que nos últimos doze meses tinha cerca de vinte evacuações diarreicas por dia, e apresentava uma desnutrição progressiva, mesmo sujeitando-se, com boa adesão, ao tratamento proposto. A indicação cirúrgica se deu em conjunto com o paciente, o qual não tolerava o elevado número de evacuações e os sintomas decorrentes das fistulas complicadas. O procedimento foi realizado por acesso videolaparoscópico, com ligadura dos vasos cólicos em suas origens e liberação dos cólons com dissecação até o reto médio.

Incisão circular da pele e abertura por planos em flanco direito, com retirada do íleo terminal e secção neste nível com stapler linear cortante. Realizado o fechamento do ânus e incisão fusiforme englobando o ânus e a região perineal inflamada, com posterior dissecação do canal anal e do reto com retirada da peça por via perineal. Confeccionada ileostomia a brooke em flanco direito, na incisão circular. O paciente evoluiu com íleo prolongado no pós-operatório, apresentou quadro infeccioso pulmonar tendo alta no 25º pós-cirúrgico, sem outras complicações. Os achados patológicos da peça indicam congestão e edema mural, úlceras até a muscular própria e atividade reparatória epitelial com atípias. Teve ganho ponderal relevante com o passar das semanas, relatando boa adaptação à ileostomia e melhora significativa na qualidade de vida. Em virtude da gravidade da doença ativa e da terapia clínica empregada para seu controle, as complicações cirúrgicas são esperadas (abscessos 11-15%, sepsis, pneumonia, bacteremia 9-10%, fístulas de 4-8%) e o índice de mortalidade é alto (9-30%). Visto que se trata de uma cirurgia para aliviar sintomas e reduzir a sua devastação, considera-se os resultados apresentados como satisfatórios, principalmente na questão do ganho ponderal e na satisfação do paciente.

P109 - DOENÇA DE CRÖHN E CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE CASOS

RIGHETTI AEM, MARQUES GS, MATTOS BMR, JACOMINI C, ALMEIDA ALNR, PARRARS, FÉRES O, ROCHA JJR
1. FMRP-USP, Divisão de Coloproctologia - HCFMRP-USP

Introdução: a incidência de doença de crôhn está aumentando no Brasil, sendo cada vez mais frequentes os casos crônicos e graves. O acometimento ano-perineal é comum (20-50%). Ainda existem casos com evolução desfavorável com fibrose e destruição perianal, necessitando de amputação de reto. São relatados dois casos de amputação abdômino-perineal do reto por doença de crôhn associados a carcinoma espinocelular (cec). Caso 1: mulher, 35 anos, com doença de crôhn perianal, em 16 anos, apresentou vários abscessos que foram tratados com drenagens e fistulotomias. Usou corticosteróides e ciprofloxacina. Na época não existia terapia biológica. Após 12 anos necessitou transversoestomia em alça. Seis meses após foi submetida à cirurgia de miles e o anatomopatológico revelou cec. Nove meses após foi reoperada por recidiva. Foi indicado radioterapia e quimioterapia, mas a lesão não respondeu ao tratamento e a paciente foi a óbito. Caso 2: mulher, 43 anos em tratamento há 10 anos por doença de crôhn. Há 7 anos apresentou fístula perianal complexa; foi submetida à fistulotomia e tratamento clínico. Após 2 anos apresentou massa inflamatória na fossa ilíaca direita (fid) e submetida à drenagem percutânea. Abandonou o seguimento. Retornou após 4 anos com fístula enterocutânea na fid, ulcerações profundas e infiltrado inflamatório no períneo. Em 2009 realizada ileotiflectomia com anastomose ileocolônica, sigmoidostomia e biópsia da lesão perianal, que revelou cec. Um mês após submetida à cirurgia de miles e indicados radio e quimioterapia. Atualmente está com metástase ganglionar inguinal. Discussão: a associação da doença de crôhn e neoplasia já é bastante discutida na literatura. A maioria dos casos tem associação com adenocarcinoma. Tratamos duas mulheres com doença de crôhn que, com a evolução da doença, apresentaram extenso acometimento ano-reto-perianal com perdas anatômicas e funcionais e que não responderam aos tratamentos clínico e cirúrgico. A única alternativa, apesar de mutilante, foi submetê-las à amputação de reto com o diagnóstico de cec e tiveram evolução desfavorável. O cec anal é um tipo menos comum de neoplasia, sendo responsável por 4% dos tumores anocolorretais, porém em pacientes portadores de doença de crôhn com longa evolução e processo inflamatório perianal extenso, deve-se estar atentos para a possibilidade de malignização.

P110 - SUBOCCLUSÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A ENTEROLITÍASE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CRÖHN. RELATO DE CASO

JACOMINI C, RIGHETTI AEM, MATTOS BMR, MARQUES GS, ALMEIDA ALNR, PARRARS, FÉRES O, ROCHA JJR
1. FMRP-USP, Divisão de Coloproctologia - HCFMRP-USP

Introdução: a doença de crôhn (dc) é uma afecção transmural crônica e inespecífica que pode acometer todo o trato digestório desde a boca até o ânus. No intestino delgado o íleo distal é a área mais comumente afetada. O tratamento cirúrgico está indicado nas complicações, como: entre elas: obstrução, fístulas, perfurações e na refratariedade ao tratamento clínico. Apresentamos os autores apresentam um caso atípico de obstrução intestinal por enterolitíase em doença de crôhn de íleo terminal. Relato de caso: homem, 25 anos, procurou o serviço de proctologia do hcrp-usp com quadro de plenitude epigástrica, distensão abdominal, náuseas e vômitos pós-alimentares. Negava diarreia e sangramento retal. Referia cirurgia abdominal prévia há três anos com ressecção intestinal não determinada com diagnóstico de doença de crôhn. No exame físico estava apresentava-se emagrecido, com distensão abdominal, sem massas palpáveis. O trânsito intestinal mostrou dilatação jejunal importante, proximal a uma área de afilamento. Foi indicado tratamento cirúrgico e o achado intra-operatório mostrou estenose inflamatória jejuno-ileal. Feito ressecção intestinal com anastomose primária látero-lateral com duplo grampeamento. Na abertura da peça cirúrgica encontrou-se vários cálculos grandes (4x4 cm), de coloração amarelo-acastanhada com aspecto similar aos cálculos biliares. O paciente teve boa evolução pós-operatória. Discussão: a doença de crôhn está associada a maior predisposição para desenvolvimento de cálculos renais por distúrbio do metabolismo do ácido úrico e cálculos biliares relacionados à reabsorção prejudicada de sais biliares. O surgimento de cálculos primários do intestino é extremamente raro. No caso em questão acreditamos que o fator litogênico foi a estase biliar causada pela grande dilatação do jejuno, secundária à obstrução por doença de crôhn, da mesma forma que a estase biliar na vesícula é um fator predisponente para cálculos. Nesse caso não houve mudança na tática cirúrgica por causa da enterolitíase, porém os autores apresentam este caso para alertar um tipo incomum de litíase.

P111 - IDENTIFICAÇÃO DE ESTENOSES OCULTAS EM UM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO

FURLANI, L.F., GRACIOSA, K., BALDIN, A., SARTOR, M.C., BONARDI, R.A.
1. UFPR, Universidade Federal do Paraná

Introdução: a doença de Crohn é uma inflamação crônica que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, em especial o intestino delgado e o cólon. Apesar dos avanços no tratamento medicamentoso que frequentemente é efetivo na melhora dos sintomas 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 ao tratamento clínico. Entretanto as taxas de reoperação são altas. Aproximadamente um terço dos pacientes serão reoperados em 10 anos. Existe um subgrupo de pacientes que apresentam um curso clínico problemático, necessitando do retorno ao centro cirúrgico menos de dois anos após a primeira cirurgia. Um dos principais fatores que contribuem para essa necessidade precoce de reoperação são as estenoses não detectadas na primeira cirurgia. Objetivos: relatar uma técnica simples, de baixo custo e efetiva para detecção de estenoses ocultas

durante laparotomia para correção de estenoses de intestino delgado em um paciente com doença de crohn métodos: paciente masculino, 47 anos, portador de doença de crohn com estenose sintomática do íleo terminal. Durante laparotomia foi utilizada uma esfera de vidro com 2 cm de diâmetro que foi introduzida no intestino delgado através de uma enterotomia logo após o ângulo de treitz. A esfera foi deslocada pela luz intestinal e quando ocorria dificuldade para sua progressão era considerado um ponto de estenose sendo então realizada a estenoplastia resultados: no inventário da cavidade foram visualizadas apenas duas áreas de estenose. Após a passagem da esfera de vidro foram detectados mais 8 pontos de estenose. Todas as estenoses foram corrigidas através de estenoplastias conclusões: o uso da esfera de vidro para identificação de estenoses ocultas durante 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 percebidas na primeira cirurgia.

P112 - DOENÇA DE CROHN E TUBERCULOSE. RELATO DE 2 CASOS OCORRIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO PARANÁ

FURLANI, L.F., GRACIOSA, K., BALBIN, A., SARTOR, M.C., BONARDI, R.A.

1. UFPR, Universidade Federal do Paraná

Introdução: a tuberculose (tb), uma entidade causada por bactérias pertencentes ao complexo constituído pelo mycobacterium tuberculosis, tem uma distribuição universal no organismo, podendo atingir qualquer órgão. Com o advento da aids, houve um aumento significativo de sua incidência neste grupo de pacientes assim como nos pacientes com algum grau de imunossupressão como ocorre com grande parte dos pacientes portadores de doença de crohn devido à terapêutica utilizada para o controle da doença. Com o crescente aumento do uso das drogas anti tnf alfa como droga de primeira linha para pacientes com doença de crohn cresce também a preocupação com o desenvolvimento da tuberculose nesses pacientes sendo que em aproximadamente 45% dos pacientes a tuberculose é extra pulmonar e na maioria deles havia tb latente. Os índices de tb podem ser reduzidos em até 90 % quando a tb latente é rastreada com pesquisa de fatores de risco, teste tuberculínico (ppd) e radiografia de tórax. Objetivos: relatar dois casos de pacientes com doença de crohn com acometimento perineal que estavam em acompanhamento no ambulatório de doença inflamatória intestinal de um hospital de referência do paraná e que desenvolveram tuberculose métodos: análise retrospectiva do prontuário de dois pacientes que estão em acompanhamento no ambulatório de doença inflamatória intestinal do hospital de clínicas da universidade federal do paraná e promover uma comparação entre os casos no que diz respeito ao diagnóstico da tuberculose resultados: primeiro paciente: sexo (masculino), ppd (reator fraco), rx tórax (infiltrado infra-ápico claviclar bilateral), baciloscopia secreção de fistula (negativa), doenças associadas (hepatite c e hiv) segundo paciente: sexo (feminino), ppd (reator forte), rx tórax (normal), baciloscopia secreção de fistula (baar++), doenças associadas (nenhuma) conclusões: a utilização do ppd, radiografia de tórax e baciloscopia da secreção de fistulas é útil e eficaz para o diagnóstico da tb. São exames de fácil realização, baixo custo e que deveriam ser realizados em todo paciente que irá iniciar terapia imunossupressora.

P113 - MALIGNIZAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN PERIANAL

PETROSEMOLO, R.H., MORAIS, J.G.I., GONÇALVES, J.C.N., FORMAGGINE, L.A., BARBI, R.R., JÚNIOR, J.R.G.

1. HGA, Hospital Geral do Andaraí

Introdução: a doença de crohn(dc) é uma doença inflamatória intestinal de origem não conhecida e caracterizada pelo acometimento focal, assimétrico e transmural de qualquer parte do tubo digestivo, da boca ao ânus. Objetivo: relatar dois casos de doença de crohn perianal, que evoluiu com malignização das lesões, diagnosticado no hospital geral do andaraí Rio de Janeiro RJ e realizar revisão bibliográfica sobre o assunto. Paciente e métodos: aam, 38 anos, masculino, branco, casado, nascido no Rio de Janeiro, morador de belford roxo, procura ambulatório de coloproctologia do hospital do andaraí em fevereiro de 2005, inicia tratamento para Dc, com uso de várias medicações, inclusive inflixmab, com períodos remissão, alternados com atividade da doença, até que em jan/2009, foi realizado biópsia de lesão perianal suspeita, com o diagnóstico adenocarcinoma mucíparo infiltrando pele msr, 61 anos, feminino, parda, solteira, nascida no Rio de Janeiro, moradora do flamengo, inicia em 1998 quadro de fistula anal. É submetida a correção cirúrgica em outro hospital e a biópsia da peça diagnóstica doença de crohn. Em junho/2009, é internada no hga, solicitado a avaliação do nosso serviço, optamos por realizar biópsia de lesão suspeita, com o diagnóstico de carcinoma epidermóide. Resultado: somerville k w reporta carcinoma epidermóide em plicoma de paciente de 26 anos portador de doença de crohn ileal e perineal há 6 anos. Teoriza que pode ser o uso de anti-inflamatórios e/ou imunossupressores. Slater g numa revisão no mount sinai ny descreve 3 pacientes com doença de crohn que desenvolveram carcinoma anal. Conclui que isso pode ser devido ao estado imunocomprometido dos pacientes, à doença perianal severa ou à ambos e, que a transformação ocorre de 5 a 25 anos de doença. Ikeuchi h estudou 504 pacientes com crohn que foram operados, destes, 7 tiveram carcinoma do reto inferior e ânus com doença perianal. Devon km relata 14 pacientes com doença perianal (11 adenocarcinoma mucinoso e 3 epidermóide). Conclusão: a dc, é uma patologia crônica de difícil tratamento, que requer acompanhamento constante, com várias formas de manifestação clínica, podendo muitas vezes se apresentar como uma fistula anal complicada, que deve ser sempre biopsiada, e tão logo ocorra piora do aspecto inicial da lesão.

P114 - SUBOCCLUSÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A ENTEROLITÍASE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CRÖHN. RELATO DE CASO

JACOMINI, C., RIGHETTI, A.E.M., MATTOS, B.M.R., MARQUES, G.S., ALMEIDA, A.L.N.R., PARRA, R.S., FERES, O., ROCHA, J.J.R.

1. USP-FMRP, Usp ribeirão Preto

Introdução: a doença de cröhn é uma afecção transmural crônica e inespecífica que pode acometer todo o trato digestório desde a boca até o ânus. No intestino delgado o íleo distal é a área mais comumente afetada. O tratamento cirúrgico está indicado nas complicações, entre elas: obstrução, fistulas e perfurações e na refratariedade ao tratamento clínico. Os autores apresentam um caso atípico de obstrução intestinal por enterolitíase em doença de cröhn de íleo terminal. Relato de caso: paciente do sexo masculino, 25 anos, procurou o serviço de proctologia do hcrp-usp com quadro de plenitude epigástrica, distensão abdominal, náuseas e vômitos pós-alimentares. Negava diarreia ou sangramento retal. Referia cirurgia abdominal prévia há 3 anos com ressecção intestinal não determinada com diagnóstico de doença de cröhn. No exame físico apresentava-se emagrecido, com distensão abdominal e sem massas palpáveis. O trânsito intestinal mostrou dilatação jejunal importante proximal a uma área de afilamento. Foi indicado tratamento cirúrgico e o achado intra-operatório mostrou estenose inflamatória jejuno-ileal. Feito ressecção intestinal com anastomose primária látero-lateral com duplo grampeamento. Na abertura da peça cirúrgica encontrou-se vários cálculos grandes (4x4

cm), de coloração amarelo-acastanhada com aspecto similar aos cálculos biliares. O paciente teve boa evolução pós-operatória. Discussão: a doença de crôhn está associada a maior predisposição para desenvolvimento de cálculos renais por distúrbio do metabolismo do ácido úrico e cálculos biliares relacionados à reabsorção prejudicada de sais biliares. O surgimento de cálculos primários do intestino é extremamente raro. No caso em questão acreditamos que o fator litogênico foi a estase biliar causada pela grande dilatação do jejuno, secundária à obstrução por doença de crôhn, da mesma forma que a estase biliar na vesícula é um fator predisponente para cálculos. Nesse caso não houve mudança na tática cirúrgica por causa da enterólíase, porém os autores apresentam este caso para alertar um tipo incomum de litíase.

P115 - AVALIAÇÃO DA FECUNDIDADE NAS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

RODRIGUES, L.C.O., TEIXEIRA, M.G., ARASHIRO, R.T.G., KISS, D.R.

1. HCFMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivos: avaliar a influência da doença inflamatória intestinal (dii) na fecundidade. Métodos: os protocolos das pacientes com doença de crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC) de 1984 a 2006, em idade fértil, acompanhadas no ambulatório de dii, foram revisados. Pacientes foram entrevistadas e os itens não encontrados nos respectivos protocolos foram preenchidos. Pacientes com outras colites, investigação incompleta, for a da idade fértil e sem capacidade cognitiva foram excluídas. Todas as pacientes foram investigadas quanto à razão por não querer engravidar e a resposta mais relevante foi considerada. O método estatístico adotado foi o qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Nenhum paciente se recusou à participar deste estudo. Resultados: houve uma redução de 41,6% na fecundidade entre os grupos de pacientes antes e após o início dos sintomas relacionados à dii (2,55 para 1,49 gestações por mulher). Em 289 mulheres após o início dos sintomas relacionados à dii, 104 quiseram e conseguiram engravidar, 5 quiseram mas não conseguiram engravidar (5/109 = 4,6%) e 180 não quiseram engravidar (90 pacientes com rc e 90 com dc). Diferença estatística foi encontrada entre os pacientes com rc e dc, quanto às razões para não engravidar. Em pacientes com rc a principal causa foi idade precoce e solteira (p=0,017). Nenhuma diferença foi encontrada entre rc e dc, quando a escolha em ter ou não filhos, foi escolha da paciente. A maioria das pacientes com dii não quiseram ter filhos porque já tinha. Apenas 10,3% das pacientes não quiseram ter filhos por medo da doença; 6,5% por orientação médica e 2,2% por más condições clínicas. Estas razões demonstram a influência da doença em 20,6%. Quando comparamos nossos resultados com a população em geral, não há diferença estatística. Conclusões: a dii não influenciou diretamente na fecundidade, uma vez que prevaleceram outras razões pessoais para evitar a gravidez.

P116 - INFLUÊNCIA DA GESTAÇÃO SOBRE A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

RODRIGUES, L.C.O., TEIXEIRA, M.G., ARASHIRO, R.T.G., KISS, D.R.

1. HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Objetivos: avaliar a influência da gestação sobre a doença inflamatória intestinal (DII). Métodos: os protocolos das pacientes com doença de

Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC) de 1984 a 2006, em idade fértil, acompanhadas no ambulatório de DII, foram revisados. Pacientes foram entrevistadas e os itens não encontrados nos respectivos protocolos foram preenchidos. Pacientes com outras colites, investigação incompleta, for a da idade fértil e sem capacidade cognitiva foram excluídas. Cada paciente foi questionada sobre suas condições clínicas nos últimos dois meses antes e durante as gestações e e classificadas em doença ativa ou inativa, através das classificações de Truelove e witts para RC e Harvey-bradshaw para DC. Essas pacientes foram avaliadas se melhoraram, pioraram ou mantiveram-se inalteradas quanto à atividade da doença. O método estatístico adotado foi o qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Nenhum paciente se recusou à participar deste estudo. Resultados: 140 gestações em 104 pacientes com DII foram avaliadas (RC em 63 gestações e DC em 77). A maioria das gestações não alterou as condições clínicas nas pacientes com RC (77,8% / p=0,003). As condições clínicas melhoraram mais nas pacientes com DC do que nas com RC (p=0,0007). Nenhuma diferença foi encontrada no grupo de condições clínicas inalteradas na RC e DC (p=0,9999). Conclusão: Houve maior diminuição da atividade da doença durante a gestação nas pacientes com DC do que naquelas com RC.

P117 - INFLUÊNCIA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA GESTAÇÃO

RODRIGUES, L.C.O., TEIXEIRA, M.G., ARASHIRO, R.T.G., KISS, D.R.

1. HCFMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivos: avaliar a influência da doença inflamatória intestinal (DII) sobre a evolução da gestação e as alterações do concepto. Métodos: os protocolos das pacientes com doença de crohn (dc) e retocolite ulcerativa (rc) de 1984 a 2006, em idade fértil, acompanhadas no ambulatório de dii, foram revisados. Pacientes foram entrevistadas e os itens não encontrados nos respectivos protocolos foram preenchidos. Pacientes com outras colites, investigação incompleta, fora da idade fértil e sem capacidade cognitiva foram excluídas. A história obstétrica antes e após o início dos sintomas relacionados à dii, condições clínicas das pacientes, prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortalidade, anomalias congênitas, abortamento espontâneo e partos normal e cesáreo foram investigados. O método estatístico adotado foi o qui-quadrado e o teste de fisher, com nível de significância de 5%. Nenhum paciente se recusou a participar deste estudo. Resultados: 416 gestações em 163 pacientes antes do diagnóstico da dii e 140 gestações em 104 pacientes com dii foram avaliadas (rc em 63 gestações e dc em 77). A dii estava associada com aumento da prematuridade (x2=6,7205, p=0,009). Não houve diferença estatística quanto ao baixo peso ao nascer (x2=0,413 / p=0,5204), anomalias congênitas (fisher test: p=0,6447), natimortalidade (fisher: p=0,2245), abortamento espontâneo (x2= 4,884, p=0,27) e partos normal e cesáreo (x2= 1,7959, p=0,1802). Houve 63 gestações no grupo de rc, com doença ativa em 28 e inativa em 35 e 77 gestações no grupo de dc, com doença ativa em 57 e inativa em 20. Não houve diferença estatística entre os grupos de gestações na rc e dc, relacionados à prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas, natimortalidade e abortamento espontâneo (p > 0,0649). Houve diferença estatística nos grupos de doença ativa e inativa no grupo de dc, relacionados à prematuridade e baixo peso ao nascer (p < 0,0365). Conclusões: as taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer foram maiores nas gestações de pacientes com dc, mesmo com doença inativa durante este período.

P118 - AVALIAÇÃO DO USO DE AMINOSSALICILATOS E CORTICOSTERÓIDES EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DURANTE A GESTAÇÃO

RODRIGUES, L.C.O., TEIXEIRA, M.G., ARASHIRO, R.T.G., KISS, D.R.

1. HCFMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivo: avaliar os efeitos do uso dos aminossalicilatos e corticosteróides em pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) durante a gestação. Métodos: os protocolos das pacientes com doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC) de 1984 a 2006, em idade fértil, acompanhadas no ambulatório de DII, foram revisados. Pacientes foram entrevistadas e os itens não encontrados nos respectivos protocolos foram preenchidos. Pacientes com outras colites, investigação incompleta, fora da idade fértil e sem capacidade cognitiva foram excluídas. Avaliação das alterações do conceito como prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortalidade, anomalias congênitas e abortamento espontâneo foram investigados. O método estatístico adotado foi o qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Nenhum paciente se recusou à participar deste estudo. Resultados: 140 gestações em mães com dii foram analisados. Em 21 gestações de mães com dii, aminossalicilatos foram administrados e em 15, corticosteróides foram administrados. Não houve aumento na taxa de prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortalidade, anomalias congênitas e abortamento espontâneo quando aminossalicilatos e corticosteróides foram administrados às pacientes com dii durante a gestação ($p > 0,17$ e $p > 0,1585$, respectivamente). Conclusão: a administração de aminossalicilatos ou corticosteróides durante a gestação em pacientes com dii não aumentou as alterações dos conceitos.

P119 - EFEITOS DA LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DAS GESTANTES SOBRE O FETO

RODRIGUES, L.C.O., TEIXEIRA, M.G., ARASHIRO, R.T.G., KISS, D.R.

1. HCFMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivo: avaliar a influência da topografia da doença inflamatória intestinal (DII) nas gestantes sobre o feto. Métodos: os protocolos das pacientes com doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC) de 1984 a 2006, em idade fértil, acompanhadas no ambulatório de DII, foram revisados. Pacientes foram entrevistadas e os itens não encontrados nos respectivos protocolos foram preenchidos. Pacientes com outras colites, investigação incompleta, fora da idade fértil e sem capacidade cognitiva foram excluídas. Prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas, natimortalidade, abortamento espontâneo e partos normal e cesáreo foram investigados. Na RC, a localização da doença foi dividida em sete grupos: intestino delgado, cólon, períneo, intestino delgado e cólon, intestino delgado e períneo, cólon e períneo, e intestino delgado, cólon e períneo. O método estatístico adotado foi o qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Nenhum paciente se recusou à participar deste estudo. Resultados: 140 gestações em 104 pacientes com DII foram avaliadas (RC em 63 gestações e DC em 77 gestações). A incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e natimortalidade foi maior quando a RC afetava todo o cólon ($p < 0,037$). A proporção estimada de prematuridade e baixo peso ao nascer de mães com pancolite foi de 83,33% [IC 95%: 10,29%; 100,00%]. Não houve diferença estatística entre as localizações da doença e alterações do feto na DC ($p > 0,6513$). Conclusão: Houve maior prevalência de prematuridade, baixo peso ao nascer e

natimortalidade quando o todo o cólon estava acometido na RC. Não houve relação entre a localização da doença e alterações do conceito na DC.

P120 - FÍSTULA RETOURETRAL NA DOENÇA DE CROHN

RODRIGUES, L.C.O.

1. QSD, Quarteirão da Saúde De Diadema

Complicações genitourinárias metabólicas e inflamatórias ocorrem em 4 a 35% dos pacientes com doença de Crohn. As fístulas retouretrais estão mais comumente associadas a cirurgias pélvicas, radioterapia, trauma e neoplasias, porém podem estar associadas à doença de Crohn em até 5% dos casos. O tratamento cirúrgico tem sido proposto para a grande maioria dos pacientes, uma vez que o tratamento clínico apenas, antes da era da terapia biológica, não tem apresentado índices satisfatórios de cura. Relato do caso: paciente de 19 anos de idade iniciou tratamento ambulatorial como retocolite ulcerativa desde 2004 a 2008, com acometimento anorectal apenas, utilizando sulfasalazina até 3 g por dia. Durante esse período apresentava três evacuações por dia com eventual sangramento ao evacuar. A partir de agosto de 2008, apresentou piora progressiva do estado geral, emagrecimento, aumento do número de evacuações e sangramento retal. Além disso, apresentou disúria, incapacidade para urinar e eliminação de urina pelo reto. Realizado cistoscopia e identificado fístula retouretral. Após prescrição de mesalazina 4 g/dia e corticosteroide 40 mg/dia por via oral e cateterismo vesical, apresentou pequena melhora do estado geral, porém sem resolução da fístula retouretral, confirmado através de uretrocistografia retrógrada realizada mensalmente. Em setembro de 2008 foi realizada biópsia do canal anal e do reto, demonstrando processo inflamatório crônico inespecífico, sem sinais de malignidade e colonoscopia demonstrando úlceras em íleo terminal compatível com doença de Crohn. Em outubro de 2009 foi realizado cistostomia devido ao uso prolongado do cateter vesical. Iniciou uso intravenoso de 300 mg de infliximabe em novembro de 2008, com intervalos entre as doses de 2, 6 e posteriormente 8 semanas regulares. Após a segunda dose do infliximabe foi possível observar resolução completa da fístula retouretral tanto radiologicamente pela uretrocistografia retrógrada e clinicamente com relato do paciente em não apresentar mais disúria ou eliminação de urina pelo reto, além de conseguir urinar normalmente. Desde então, o paciente está em uso intravenoso regular de 300 mg de infliximabe de 2 em 2 meses, sem atividade da doença e sem queixas clínicas urológicas até junho de 2009. Conclusão: o uso do infliximabe para o tratamento de fístulas retouretrais deve ser indicado, quando possível, como opção terapêutica antes da indicação de correção cirúrgica deste tipo de lesão.

P121 - ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTAÇÃO DO USO DA AZATIOPRINA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN

LIORCI MP, CASTRO CAT, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GJS

1. HH, Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis

Introdução: a azatioprina (aza) é um fármaco eficaz na manutenção da remissão na doença de Crohn (dc) e na retocolite ulcerativa (rcu). O efeito colateral da azatioprina mais freqüente é a supressão da medula óssea. Outros efeitos colaterais relacionados com o uso da aza são: hepatite, pancreatite aguda, intolerância gastrointestinal, dor abdominal, reações alérgicas como febre, mialgia e "rash" cutâneo. Objetivo: relatar um caso de reação dermatológica de hipersensibilidade a aza em paciente com dc e suas repercussões clínicas. Método: avaliação do prontuário médico e revisão da literatura. Resultados: rcm, 42 anos, feminina, com dc moderada em uso de azatioprina 100mg ao dia há

duas semanas. Refere febre e lesões nodulares violáceas em membros inferiores e vesículas disseminadas nos membros superiores (figura 1) após a associação do imunomodulador ao ciprofloxacina. Realizado biópsia de nódulo de perna, evidenciando na derme superficial moderado infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascular e no tecido subcutâneo moderado infiltrado inflamatório com neutrófilos e linfócitos. Quadro morfológico compatível com eritema nodoso. Conclusão: a reação dermatológica de hipersensibilidade ao uso da aza pode mimetizar as manifestações dermatológicas próprias da dc, levando a demora diagnóstica.

P122 - PROLIFERAÇÃO DE LINFÓCITOS BCG ESPECÍFICOS EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN SOB SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL

OYA V., DAVANÇO T., MORENO Y.M.F., COY C.S.R., LEAL R.F., AYNITONO M.L.S., PINTO E.A.L.C., VILELA M.M.S
1. FCM, Unicamp Faculdade de Ciências Médicas

Introdução: A Doença de Crohn é uma inflamação crônica transmural granulomatosa da mucosa intestinal e imunomoduladores orais com propriedades antiinflamatórias, tais como proteínas do soro de leite e TGF- α podem favorecer a evolução dessa doença. Objetivos: Avaliar a proliferação celular BCG específicas em pacientes com Doença de Crohn sob suplementação nutricional com proteínas do soro de leite enriquecido com TGF- α . Métodos: Foram selecionados 13 pacientes, sob seguimento no Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Gastrocentro, UNICAMP, que estão em uso de terapia anti-TNF- α , com Índice de Atividade da Doença de 60, de ambos os sexos, idades entre 14 e 58 anos. O estudo prospectivo de intervenção nutricional teve duração de 16 semanas. Foram realizadas três coletas: Tempo 1 - antes da Introdução do suplemento; Tempo 2 - dois meses após a ingestão do suplemento e Tempo 3 - ao final de quatro meses de suplementação. A proliferação in vitro de células mononucleares estimuladas com BCG vivo foi analisada por citometria de fluxo, com análise das subpopulações de linfócitos T CD3+, CD4+, CD8+ e TCRgd+. O teste de Friedman foi utilizado e considerado significativo valor de $p < 0,05$. Os resultados foram expressos em medianas, valores máximos e mínimos. Resultados: O percentual de linfoblastos específicos para o BCG Tempo 1 foi de 9,3 (1,5 a 44,9)%, Tempo 2 foi 12,4 (1,8 a 42,6)% e Tempo 3 foi 14 (2,2 a 44,1)%. Os percentuais de linfócitos TCD4+ específicos para o BCG no Tempo 1 foram 28,1 (6,3 a 81,8)%, Tempo 2 foram 40,2 (3,9 a 85,9)% e Tempo 3 foram 21 (3,6 a 81,7)%. Os percentuais de linfócitos TCD8+ específicos para o BCG no Tempo 1 foram 13,6 (2,7 a 50,4)%, Tempo 2 foram 14,1 (5,1 a 50,4)% e Tempo 3 foram 10,0 (3,7 a 50)%. Os percentuais de linfócitos TCR gd+ específicos para o BCG no Tempo 1 foram 60,7 (5,9 a 93,9)%, Tempo 2 foram 44,6 (18,4 a 97,8) e Tempo 3 foram 74,6 (4,8 a 96,7)%. Conclusão: Todos os pacientes apresentaram resposta proliferativa BCG específica e a suplementação nutricional com proteínas do soro de leite enriquecido com TGF- α durante 16 semanas não modificou essa resposta.

P123 - CITOCINA BCG ESPECÍFICA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN SOB SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL

OYA V., DAVANÇO T., MORENO Y.M.F., COY C.S.R., FAGUNDES J.J., AYNITONO M.L.S., PINTO E.A.L.C., VILELA M.M.S
1. FCM, UNICAMP Faculdade de Ciências Médicas

Introdução: A Doença de Crohn é uma inflamação crônica transmural granulomatosa da mucosa intestinal e imunomoduladores orais com

propriedades antiinflamatórias, tais como proteínas do soro de leite e TGF- α podem favorecer a evolução dessa doença. Objetivos: Avaliar a produção de IFN- α em cultura de células mononucleares de sangue periférico estimuladas por BCG em pacientes com Doença de Crohn sob suplementação nutricional com proteínas do soro de leite enriquecido com TGF- α . Métodos: Foram selecionados 13 pacientes, sob seguimento no Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Gastrocentro, UNICAMP, que estão em uso de terapia anti-TNF- α , com Índice de Atividade da Doença de 60, de ambos os sexos, idades entre 14 e 58 anos. O estudo prospectivo de intervenção nutricional teve duração de 16 semanas. Foram realizadas três avaliações: Tempo 1 - antes da Introdução do suplemento; Tempo 2 - oito semanas após a ingestão do suplemento e Tempo 3 - ao final de dezesseis semanas de suplementação. A produção de IFN- α foi realizada a partir de células mononucleares de sangue periférico cultivadas por 48 horas e analisadas posteriormente por ELISA. O teste de Friedman foi utilizado e considerado significativo valor de $p < 0,05$. Os resultados foram expressos em medianas, valores mínimos e máximos. Resultados: A produção espontânea de IFN- α no Tempo 1 foi de 39,37 (8,34 a 42,6) pg/mL, no Tempo 2 foi 0,0 (0,0 a 79,85) pg/mL e no Tempo 3 foi 0,0 (0,0 a 104,72) pg/mL. A produção de IFN- α BCG específica no Tempo 1 foi 47,23 (12,44 a 787,49) pg/mL, no Tempo 2 foi 37,03 (0,0 a 457,57) pg/mL e no Tempo 3 foi 61,65 (0,0 a 576,40) pg/mL. Conclusão: Todos os pacientes apresentaram produção de IFN- α BCG específica e a suplementação nutricional com proteínas do soro de leite enriquecido com TGF- α durante 16 semanas não a sua produção.

P124 - RESSECÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DO RETO NA DOENÇA DE CROHN - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MAZURKIEWICZ, G, GONDIM, F., SENA, J.L., CEDRO, R., CARVALHO, A, ALVES, V. L.

1. FAMED-UFBA, faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia

Os autores apresentam um relato de caso de doença de crohn estenosante do reto com manifestação perianal, no qual houve falha do tratamento medicamentoso, sendo realizada uma ressecção abdomino-perineal do reto, evoluindo com poucas complicações no pós-operatório. Realizada uma revisão da literatura sobre esta indicação de tratamento na doença de crohn.

P125 - EVISCERAÇÃO TRANSVAGINAL ESPONTÂNEA DO INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

PARRA, R.S., ALMEIDA, A.L.N.R., RIGHETTI, A.E.M., MATOS, B.M.R., MARQUES DE SOUZA, G, JACOMINI, C., RIBEIRO DA ROCHA, J.J., FERES, O.

1. HCFMRP-USP, Hospital das Clínicas da FMRP-USP

Introdução: cerca de 80 casos de evisceração transvaginal do intestino delgado foram descritos na literatura. Os principais fatores de risco são: mulheres em idade avançada, múltiparas, histerectomia abdominal ou vaginal prévia. Em mulheres pós-menopausa, a evisceração está frequentemente associada ao aumento da pressão intra abdominal, ulceração vaginal devido à atrofia e esforço evacuatório. Requer reconhecimento imediato e intervenção cirúrgica de urgência. Relato de caso: mulher, 75 anos, apresenta-se na sala de urgência com dor abdominal. Há 10 dias da admissão a paciente submeteu-se a angioplastia + stent coronariano via artéria femoral para tratamento de doença coronariana. Teve como complicação da arteriografia hematoma

inguinal e abdominal com necessidade de drenagem. Ficou constipada e fez esforço excessivo para evacuar na manhã do dia da apresentação na sala de emergência. Houve desconforto durante o ato evacuatório, perda de líquido pela vagina e exteriorização de alça intestinal transvaginal. Não havia história de trauma abdominal ou vaginal. Antecedentes: histerectomia abdominal prévia e perinioplastia para tratamento de incontinência urinária. O exame sob anestesia revelava 40cm de intestino delgado com edema e sem sinais de isquemia, prolapsando pela vagina. Após tentativa sem sucesso de redução do intestino via transvaginal, optado pela laparotomia mediana, redução do intestino e sutura da vagina. Não houve complicações pós-operatórias. No seguimento de 6 meses, não havia evidências de recidiva e o defeito na vagina havia cicatrizado satisfatoriamente. Conclusão: evisceração vaginal é um evento raro. Os grupos de risco incluem: idade avançada, mulheres pós-menopausa, histerectomia prévia (vaginal ou abdominal), multiparidade, cirurgia vaginal prévia e enterocele. Nas mulheres pós-menopausa a evisceração pode ocorrer espontaneamente, ou mais frequentemente, associada ao aumento da pressão intra-abdominal. No presente caso, as causas prováveis que contribuíram para evisceração foram: idade avançada, passado de cirurgia pélvica e abdominal, assoalho pélvico enfraquecido e esforço excessivo para evacuar. Evisceração vaginal é uma emergência médica que exige reconhecimento imediato e pronto encaminhamento para centro cirúrgico para tratamento.

P126 - OPERAÇÃO DE DELORME ASSOCIADA COM OPERAÇÃO DE NOTARAS PARA TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL

MANZIONE, CR, MACHADO, SP, NADAL SR
1. CMN, Clínica Manzione Nadal

Introdução: existem várias operações para tratamento da procidência retal, ou prolapso total do reto. A abordagem pode ser abdominal, ou perineal, ou combinada. A escolha é baseada nas condições clínicas do doente, uma vez que os resultados a longo prazo são semelhantes. É freqüente a melhora do prolapso a curto prazo, porém permanece a incontinência fecal de diferentes graus, o que justificaria os procedimentos combinados. Objetivo: apresentar casuística em que associamos as operações de delorme e de notaras para tratamento da procidência retal. Método: operamos cinco portadores de procidência retal utilizando as técnicas acima, no período entre 2002 e 2009. Eram quatro mulheres e um homem, com idades entre 89 e 77 anos de idade. Todos referiam o prolapso aos esforços para evacuar, tossir, espirrar ou simplesmente levantar-se e andar. Acompanhava incontinência fecal, tenesmo e sangramento de pequeno volume. Todos relatavam doenças sistêmicas associadas controladas, que incluíam hipertensão arterial, diabete do tipo ii, alzheimer, cardiopatias congestivas e arritmias cardíacas. As operações foram realizadas sob raqui-anestesia. Utilizamos a operação de delorme para redução do prolapso retal e a de notaras para redução do diâmetro do canal anal e melhorar os sintomas de incontinência fecal. Resultados: os doentes evoluíram bem no pós-operatório, sem intercorrências. No seguimento a longo prazo, entre um e sete anos, excluindo o último dos operados, não houve recidivas. Há referência de melhora do grau de incontinência, permanecendo para gases e fezes líquidas, exceto para uma doente. Conclusão: sugerimos que o procedimento de notaras possa ser associado com a operação de delorme para o tratamento da procidência retal em casos selecionados.

P127 - ANÁLISE DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA COCCIGODÍNIA: UM DESAFIO COLOPROCTOLÓGICO?

CIQUINI, S.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO, E.I., VARONI, A.C.C., FERREIRA, A.S., GUSMON, C.C., VIDILLI-PEREIRA, E.A., FRULANI DE PAULA, L.B.

1. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia – Hosp. Univers. da PUC-Campinas

Introdução: a coccigodínia, descrita por simpson em 1859, representa uma doença rara caracterizada por edema e dor na região do cóccix. Esta pode irradiar-se para as nádegas e estar associada a trauma ou deformidade anatômica congênita. Essa condição pode ser ainda parte da síndrome do elevador do ânus ou manifestação de proctalgia fugaz. A dor ocorre provavelmente devido a espasmos da porção pubococcígea do músculo elevador do ânus. Acomete com freqüência mulheres em torno da quinta e sexta décadas, os sintomas persistem por muitos anos e associa-se a depressão. Seu diagnóstico é complexo e sua terapêutica contempla várias modalidades, mas nenhuma totalmente eficaz. Objetivos: analisar aspectos diagnósticos, modalidades terapêuticas e as dificuldades na obtenção de resultados satisfatórios em doente portadora de coccigodínia. Métodos: os autores relatam o quadro clínico de uma doente de 48 anos portadora de coccigodínia submetida a vários tipos de tratamentos clínicos e cirúrgicos. Resultados: a doente necessitou submeter-se a vários exames para confirmação diagnóstica. Empregaram-se modalidades terapêuticas medicamentosas, anestésicas, cirúrgicas e complementares. Evoluiu com recorrências sintomáticas expressivas e freqüentes. Atualmente permanece em tratamento com terapias combinadas, evoluindo com maiores períodos livres de sintomas. Conclusões: o tratamento inicial desta enfermidade deve ser preferencialmente conservador com a administração de anti-inflamatórios não-esteroidais, analgésicos, infiltrações e terapias complementares. Diante da não resposta aos tratamentos propostos pode-se tentar abordagem cirúrgica com a coccigectomia. Assim, conclui-se que apesar das diversas modalidades terapêuticas os resultados ainda são insatisfatórios exigindo conduta multidisciplinar e persistente, visando principalmente a melhora da qualidade de vida.

P128 - INÉRCIA COLÔNICA – RELATO DE CASO

ACCETTA, A.F.1, ACCETTA, I.2, BOTTINO, M.M.1, SANTOS, A.S.M.1, VASCONCELOS, R.S.1, PUPO NETO, J.A.1

1. UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho 2. UFF, Hospital Universitário Antonio Pedro

Constipação intestinal é sintoma muito comum. Sua elevada incidência está freqüentemente associada à dieta inadequada, sedentarismo, medicamentos, alterações endócrino-metabólicas, além de doenças colônicas, neurológicas, psiquiátricas e causas idiopáticas. Inércia colônica é a falência do cólon em impulsionar o material fecal para o reto. Para pacientes que não conseguem melhora com dieta e laxativos, e após avaliação funcional adequada a cirurgia pode ser indicada, sendo, entretanto, conduta de exclusão. As opções cirúrgicas mais utilizadas são a colectomia segmentar, sub-total ou total. Devido à morbimortalidade deste tratamento, existem discussões relacionadas aos seus benefícios. O principal objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma paciente de 60 anos, com diagnóstico de inércia colônica, tratada em nosso hospital. Após insucesso de diversos tratamentos clínicos, foi realizado colectomia total com íleo reto anastomose mecânica, com boa evolução pós operatória e de “follow up”. Também realizamos uma discussão e revisão bibliográfica. Concluímos que o tratamento cirúrgico é uma alternativa válida somente nos casos refratários ao tratamento clínico, e nos pacientes que foram submetidos a um estudo fisiológico, com investigação clínica completa, para a confirmação do quadro de inércia colônica. Dentre as opções cirúrgicas, a colectomia total com íleo-reto anastomose foi a que obteve maior índice de sucesso.

P129 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL

ANDRADE, R.C.P., SANTOS, T. A., CONCEIÇÃO, D. S., SANTOS, D.N., ALVES, D.M.O., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

Introdução: a qualidade de vida é um desfecho importante em saúde. Estudos demonstram que a incontinência fecal tem impacto negativo na saúde mental e psicossociais. Visto que, é uma condição de incapacidade física e psicológica. Nos últimos anos, tem crescido o interesse em avaliar a percepção do indivíduo em relação ao seu bem-estar e expectativa de vida. Porém ainda há uma escassez de estudos que avaliem estes aspectos em relação ao tratamento fisioterapêutico nesta patologia. Objetivo: o objetivo deste estudo é avaliar o impacto na qualidade de vida antes e após o tratamento fisioterapêutico nos portadores de incontinência fecal. Métodos: trata-se de um estudo descritivo na população proveniente do ambulatório de fisioterapia do hospital universitário professor edgar santos situado na cidade de salvador – bahia. A população incluída neste estudo foram pacientes com diagnóstico clínico de incontinência fecal ou hipotonia esfinteriana, com um número mínimo de 12 sessões de tratamento fisioterapêutico. A seleção da amostra foi por conveniência. A coleta de dados se deu através de fontes de dados secundárias, no período de 01 a 21 de abril de 2007. Os critérios para verificação da melhora das pacientes foram fiql - fecal incontinence quality of life, tabela de ortiz e o esquema perfect para força muscular. Resultados: a faixa etária das pacientes estava entre 65 e 80 anos de idade. Todas as pacientes eram múltiparas e apresentaram entre 7 – 12 gestações. Cerca de 40% das pacientes apresentaram força muscular do assoalho pélvico igual a zero. Do total da amostra, 83,3% das pacientes obtiveram melhora da força muscular. A incontinência fecal causou muitas vezes impacto na qualidade de vida no que diz respeito ao domínio estilo de vida, comportamento, constrangimento, depressão em 50% das pacientes antes do tratamento fisioterapêutico. Após o tratamento 66,6 % das pacientes obtiveram melhora da qualidade de vida no que diz respeito aos domínios supracitados. Conclusões: a fisioterapia favorece o controle deste indivíduo sobre a evacuação repercutindo desta forma na melhoria da qualidade de vida. Contudo, estudo com uma amostra populacional maior permitirá uma análise inferencial, que poderá destacar e correlacionar especificamente a melhora da qualidade de vida com outras variáveis terapêuticas.

P130 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL

CONCEIÇÃO, D.S., SANTOS, D.N., PEIXOTO, T.B., ANDRADE, R.C.P., FONSECA, D.S., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

Introdução: a incontinência fecal (if) pode ser definida como a perda da capacidade ou habilidade de limitar a passagem de fezes ou gases em tempo e/ou local socialmente aceitável e ocorre diante de disfunção de um ou mais dos mecanismos envolvidos no processo de continência, como a alteração da consistência fecal, redução da capacidade e complacência retais, redução da sensibilidade retal e alteração do assoalho pélvico ou esfinteriano. Objetivo: propor, após resultado do projeto piloto, um programa de tratamento fisioterapêutico para if, estabelecer parâmetros eletroterapêuticos e verificar a influência do tratamento na qualidade de vida. Material e métodos: trata-se de uma proposta de implantação de um protocolo fisioterapêutico, a ser realizado com pacientes do ambulatório do serviço de fisioterapia coloproctológica do c-hupes salvador/ba. Os critérios de inclusão serão pacientes com diagnóstico clínico de incontinência fecal leve e/ou

moderado, ambos os sexos, sem restrição de idade e/ou raça; e os critérios de exclusão serão pacientes submetidos a tratamento prévio (fisioterapêutico e/ou cirúrgico) e que apresentarem restrições para utilização da eletroestimulação (ee) e/ou para terapia manual (tm) no canal anal. Os instrumentos utilizados para avaliação e reavaliação da terapêutica serão o questionário de sinais/sintomas e qualidade de vida (fiql), teste de força muscular (ortiz) e endurance (perfect), escala analógica visual modificada, índice de incontinência, diário de funcionamento intestinal. O protocolo será constituído de terapia comportamental, eletroestimulação, terapia manual, cinesioterapia/ correção postural e exercícios domiciliares para o assoalho pélvico, aplicado em 24 sessões, frequência de 2 vezes/semana com reavaliação a cada 8 sessões para posterior análise. Resultado: acredita-se que este protocolo seja capaz de contribuir como proposta terapêutica, multidisciplinar de forma a atender as necessidades dos pacientes com disfunção anorretal, e que no decorrer do tratamento ocorram melhora dos sinais e sintomas, continência e na qualidade de vida. Conclusão: um protocolo com parâmetros terapêuticos bem delimitados favorece a obtenção de resultados satisfatórios em relação à terapêutica. Portanto acredita-se que este projeto seja de grande relevância para otimizar o tratamento da incontinência fecal, bem como, possibilitar a realização de estudos que possam validar a eficácia dos recursos fisioterapêuticos nas disfunções anorretais.

P131 - INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE MEGACOLON CHAGÁSICO: UM ESTUDO DE CASO

ANDRADE, C.P.A., SANTOS, D.N., CONCEIÇÃO, D.S., SANTOS, T.A., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

Introdução: o megacólon chagásico é uma complicação da doença de chagas, que ocasiona destruição dos plexos mioentérico e submucoso, especialmente em seu componente parassimpático, o que leva ao surgimento de um obstáculo funcional à passagem das fezes, e promove obstipação crônica. A oms estima que de 10 a 12% dos pacientes chagásicos crônicos desenvolvem o megacólon. Enquanto em uma fase incipiente o tratamento é conservador, na fase avançada da doença e na falha do manejo clínico o intervenção cirúrgico é geralmente necessário. Predominante entre os homens, a maior incidência é entre 20 - 60 anos. Objetivo: demonstrar a eficiência do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de anastomose no paciente portador de megacólon chagásico. Material e método: trata-se de um estudo de caso de uma paciente de 68 anos, sexo feminino, com diagnóstico de incontinência anal/constipação e estenose do canal anal pós-operatório imediato de reconstrução do trânsito intestinal secundário à megacólon chagásico, encaminhada ao ambulatório de fisioterapia coloproctológica do c-hupes, salvador-ba, foram realizados exercícios domiciliares, terapia comportamental, cinesioterapia, terapia manual, eletroterapia, massagem de vogler e ginástica hipopressiva por 9 meses, duração de 60 minutos/sessão, 2 vezes semanais evoluiu para 1 vez/semana. A evolução do tratamento foi analisada através do questionário de qualidade de vida (fiql - fecal incontinence quality of life), escala de força (ortiz) endurance (esquema perfect) muscular, sinais e sintomas, número de protetores antes durante e após tratamento. Resultados: a paciente apresentava na primeira avaliação força muscular grau 3, urgência fecal, aumento da frequência urinária (13 vezes/24 horas), uso de 2 protetor diários, fiql com impacto em comportamento e estilo de vida. Após 37 sessões recebeu alta com força muscular grau 5, cura da incontinência fecal/constipação, frequência urinária de 8-9 vezes/dia e a fiql com leve impacto no domínio comportamento. Houve suspensão da cirurgia programada para alargamento da estenose

anal devido a melhoras das queixas clinica apresentadas após tratamento fisioterapeutico. Conclusão: a fisioterapia coloproctologica pos-operatorio em pacientes com diagnóstico clínico de megacólon chagásico pode ser indicada para otimizar a cura da incontinência fecal/constipação e evitar um novo procedimento, visando principalmente a melhora da qualidade de vida.

PI32 - O RESULTADO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA FECAL EM UM HOS- PITAL PÚBLICO NA CIDADE DE SALVADOR - BAHIA
CONCEIÇÃO, D.S., ANDRADE, R.C.P., SANTOS, D.N., SANTOS, T.A., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

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. Idade avançada, partos vaginais, lesões obstétricas, prolapso de órgãos pélvicos, impactação fecal e diarreia, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão intra-abdominal, trauma cirúrgico anorretal, tabagismo, alcoolismo e neuropatias são fatores de risco para o desenvolvimento de if. Em idosos e mulheres encontra-se a maior prevalência desta disfunção, porém a epidemiologia ainda é incerta devido a omissões de relatos por parte dos pacientes acometidos. Objetivo: descrever os resultados da fisioterapia coloproctológica em mulheres portadoras de if de uma instituição pública do salvador/bahia. Material e métodos: trata-se de um projeto piloto de corte longitudinal, selecionado por conveniência do ambulatório de fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico, anexo magalhães neto do c-hupes/ufba (salvador/bahia), composto por uma amostra de 6 pacientes atendidos no ambulatório do serviço de fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico do c-hupes salvador/ba). Foram incluídas pacientes com diagnóstico clínico de if ou hipotonia esfinteriana, sem restrição de idade, sexo, raça e com no mínimo de 12 sessões de tratamento. Foram excluídos pacientes neuropatas e com déficit cognitivo. A variável dependente é a qualidade de vida, e a independente o tratamento fisioterapêutico. As co-variáveis analisadas foram: idade, grau de força muscular, sintoma (perda fecal/urgencia), uso de protetores, número de gestações, parto vaginal prévio e impacto na qualidade de vida. Resultado: ao final do tratamento foi observado que as pacientes apresentaram cura dos sintomas, melhora na qualidade de vida e da força muscular. Conclusão: através da realização desse estudo foi possível observar que a fisioterapia é eficiente no tratamento de if e melhora a qualidade de vida. Contudo, a escassez de uma padronização na literatura de protocolos utilizados impede a comprovação dos resultados e a validação das técnicas fisioterapêuticas, além da sub-indicação por parte dos profissionais médicos, o que contribui para limitar o estudo. Porém para que a fisioterapia seja considerada um método de escolha, faz-se necessário a implantação de protocolo bem desenhado bem como sua indicação.

PI33 - ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINENCIA FECAL DE UM PACIENTE COM TRM: RELATO DE CASO
ANDRADE, R.C.P., SANTOS, D.N., CONCEIÇÃO, D.S., SANTOS, T.A., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

Introdução: o trm causa lesões dos componentes da coluna vertebral que pode levar a perda parcial/ total da motricidade e sensibilidade, além de comprometimento vasomotor, alterações respiratória, intestinal, vesical e sexual. Quando a lesão ocorre no segmento cervical ou

torácico o individuo, geralmente irá desenvolver um intestino neurogênico reflexo espástico. Objetivo: demonstrar a efetividade da fisioterapia no tratamento da incontinência fecal /constipação secundário ao intestino neurogênico pós tmr. Material e método: trata-se de um estudo de caso de um paciente 50 anos, sexo masculino, vítima de acidente motociclistico +/- 1 ano, com compressão de c3-c4 pós trm e diagnóstico clínico de incontinência fecal, admitido para tratamento no ambulatório de fisioterapia coloproctológica do c-hupes/ufba, da cidade do salvador-ba. Apresentava queixa de perda de fezes completa, uso de 2 protetores/24horas, força muscular (fm) grau 4, endurance das fibras tônicas e fásicas débeis e incompletas, questionário de qualidade de vida fecal (fiql) com impacto leve no domínio estilo de vida e moderado no domínio comportamento. Durante o tratamento evoluiu com constipação de 5 dias. Foi realizado terapia manual, cinesioterapia, massagem de vogler, ginástica hipopressiva, terapia comportamental e exercícios domiciliares por 7 meses, total de 30 sessões, de 60 minutos, 2 vezes/semana. A avaliação foi através da qualidade de vida, fm, sinais/sintomas, e número de protetores antes e após tratamento. Os instrumentos de análise foram fiql (fecal incontinence quality of life); escala de ortiz e esquema perfect para o grau de força e endurance das fibras musculares. Resultados: após 30 sessões o paciente apresentou melhoras da perda fecal e da constipação, com frequência fecal de 2/2 dias, diminuição da perda urinária e da realização do cateterismo de alívio após cirurgia de correção do transito urinário, não utiliza protetor diário, fm grau 5, endurance das fibras tônicas e fásicas completas e efetivas e fiql com impacto leve no domínio comportamento. Conclusão: verificou-se que a fisioterapia pode melhorar os sintomas de incontinência fecal e da constipação secundário ao intestino neurogênico, a qual deve ser indicada por conferir independência e melhora da qualidade de vida nos portadores desta disfunção.

PI34 - TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO COLOPROCTO- LÓGICO NA PÓS COLECTOMIA E ILEOSIGMOIDO- ANASTOMOSE – RELATO DE CASO

MACHADO, A. M. O., SANTOS, D.N., ALVES, D.M.O., ANDRADE, R.C.P., CONCEIÇÃO, D.S., SANTOS, T.A., BURGOS, V.M.

1. UFBA/ COM-HUPES, Universidade Federal da Bahia

Introdução: o tratamento cirúrgico da polipose adenomatosa familiar (paf) visa extirpar a doença e preservar a continência anal. A colectomia com preservação do reto e do íleo ou ileosigmoidoanastomose é procedimento alternativo de tratamento para pacientes com adenomas múltiplos. Porém estas intervenções cirúrgicas frequentemente resultam em perda da sensibilidade anal e alteração na complacência retal. Ambos podem contribuir para que ocorra distúrbio da função e perda da continência. A reeducação anorretal é o principal objetivo do tratamento fisioterapêutico na incontinência anal pós colectomia e pré-cirurgia para fechamento de ileostomia. Objetivo: relatar um caso em adolescente, sexo feminino, 16 anos, com polipose adenomatosa familiar (paf) apresentando incontinência anal pós colectomia com bolsa ileal mais ileostomia protetora; submetida a tratamento fisioterapêutico para reabilitar a função anorretal para pré-cirurgia de fechamento de ileostomia. Método: relato de caso resultado: observou-se que o protocolo de tratamento foi eficaz porque houve uma melhora gradual da sintomatologia, principalmente com a diminuição da frequência e perda fecal, assim como, o aumento da força e potência dos músculos esfinterianos anais. Conclusão: as disfunções anorretais secundárias às cirurgias de colectomia com ileosigmoidoanastomose podem ser tratada por procedimentos fisioterapêuticos que atuam de maneira curativa ou promovendo acentuada melhora da função e sintomatologia.

P135 - CORRELAÇÃO ENTRE A INCOMPETÊNCIA ESFINCTERIANA ANAL E A PRÁTICA DE SEXO ANAL EM HOMOSSEXUAIS DO SEXO MASCULINO

MACHADO, A. M. O, FERREIRA, M. C, BRAZ, T. P
1. UNIJORGE, Centro Universitário Jorge Amado

Resumo: Introdução: a incontinência anal é um dilema multifatorial que acarreta um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. Dentre as diversas etiologias, encontram-se as de causa traumática, como a penetração de objetos no canal anal. A inclusão do ânus na atividade sexual, já vem sendo descrita, principalmente entre homossexuais do sexo masculino. A partir desta premissa, questionou-se nesta pesquisa a possibilidade da penetração do pênis no ânus se enquadrar como uma etiologia traumática da incontinência anal. Objetivo: verificar a possível correlação entre a incontinência anal e a prática de sexo anal, através de dados como idade, tempo de prática e a frequência semanal de sexo anal. Métodos: 100 homossexuais masculinos passivos, que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados através de um questionário elaborado pelas pesquisadoras e a escala de índice de incontinência anal. Resultados: a incontinência anal estava presente em 62%, sendo que a perda de gases foi considerada a mais significativa. Contudo, as correlações propostas não se apresentaram estatisticamente significantes. Conclusão: a maioria dos homossexuais apresentou algum grau de incontinência anal, provavelmente em decorrência da prática do sexo anal.

P136 - TÍTULO: EVOLUÇÃO DE DISFUNÇÕES ANORRETAIS EM PACIENTE COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

GUILGER, NR, JORGE, JMN, SCHLENSTEIN, HP, RODRIGUES, LCO, BRANDÃO, AAR, SILVA, JH, NAHAS, SC, CECCONELLO, I
1. FM-USP, Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto da USP

Introdução: o conhecimento das disfunções anorretais é fundamental para o tratamento adequado da constipação intestinal em sua evolução. Objetivo: demonstrar a evolução das disfunções anorretais em 33 anos de seguimento apresentadas por uma paciente durante o tratamento de constipação intestinal. Método e resultados: paciente de 38 anos em 1975, deu entrada em nosso serviço com quadro de constipação intestinal (2/2 dias), no pós operatório de histerectomia subtotal, com boa evolução com medidas clínicas. Evoluiu então incontinência urinária sendo submetida à Kelly Kennedy em 1982 e hemorroidectomia em 1985. Iniciou, então, piora progressiva do quadro de constipação intestinal, chegando a ficar 10 dias sem evacuar sem uso de laxantes, realizado tempo de trânsito colônico que demonstrou predomínio de marcadores em cólon e e na investigação foi diagnosticado sigmóide redundante, sendo a paciente submetida a sacropromonto fixação e retossigmoidectomia por sigmóidecele em 1993, recebendo alta no 10º dia sem intercorrências. Apresentou melhora relativa do quadro de constipação, que, evoluiu, novamente, com aumento da frequência evacuatória (8 dias sem laxante) e sensação de bola no ânus, associada à grande esforço evacuatório, fezes macias e afiladas e presença de muco nas fezes. Em 1996 teve diagnóstico clínico de retocele em consulta ginecológica, foi acompanhada clinicamente na proctologia e realizada manometria anorretal: canal anal encurtado de 1 cm, com presença de pressões de repouso e de contração normais, achados compatíveis com exame físico de descenso perineal. Após investigação, foi feito diagnóstico de intussuscepção reto anal, sendo a paciente submetida à retossigmoidectomia perineal com aproximação do músculo puborretal sem intercorrências, recebendo alta no 6º dia em 2005. Apresentou melhora clinicamente relativa, recuperando novamente os sintomas de constipação intestinal, associados à intensa dor anal com grande repercussão na qualidade de vida. Realizou

videodefecografia (dez/2006): sigmóidecele do 3º grau com indicação cirúrgica ap: g10p9a1 conclusão: a complexidade no seguimento e acompanhamento das disfunções anorretais estará cada vez mais presente, com o envelhecimento da população, necessitando de centros especializados no seu acompanhamento.

P137 - RESULTADOS DE RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL NO TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL

SILVA, F.F.A, CARVALHO, A.C.M., SOUZA, J.A.S., ALVES FILHO, E.F, LOPES, M.V.C.O., CLEMENTINO FILHO, A.C., MENDES, C.R.S., GOES, L.V.Z.S.

1. HGRS, Serviço de Coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos

Introdução: a procidência retal é um transtorno da fixação do reto e se manifesta pela invaginação oculta ou visível, quando há saída de segmento variável do reto pelo ânus. Trata-se de uma anomalia pouco frequente, incapacitante e de etiologia pouco conhecida, com uma multiplicidade de fatores de diferentes patogenias. Objetivos: descrever e analisar os resultados do tratamento da procidência retal pela técnica de retossigmoidectomia perineal (procedimento de Altmeier). Métodos: 27 pacientes com procidência de reto atendidos entre janeiro 2007 e maio de 2009 foram submetidos a tratamento cirúrgico pela técnica de Altmeier. Esses pacientes foram avaliados quanto ao tempo e tamanho de prolapso, idade, sexo, paridade, comorbidades associadas, cirurgias prévias, doenças anorretais e ritmo intestinal prévio ao tratamento. Após tratamento cirúrgico foi feita uma análise dos resultados cirúrgicos, complicações, tempo de internação e morbimortalidade. Resultados: os 27 pacientes estudados tinham média de idade 62 anos, 18 eram mulheres com média de paridade de 4,2 filhos. 44% tinham algum tipo de doença mental e 67% tinham algum grau de incontinência. O estudo do colon foi realizado em 82% dos pacientes seja por exame endoscópico ou enema opaco. 3 dos 27 pacientes foram operados de urgência por irredutibilidade do prolapso. O tamanho do prolapso variou de 5 a 30cm (média de 13cm). A técnica cirúrgica foi preferencialmente feita com anastomose com pontos separados com plicatura dos elevadores do ânus. Apenas 01 paciente apresentou complicação, deiscência parcial da anastomose. O tempo de internamento médio foi de 06 dias e até a presente data não tivemos nenhuma recidiva. A mortalidade foi de apenas 01 paciente, este em pós-operatório tardio e não relacionado ao procedimento. Dos 18 pacientes previamente incontinentes 15 voltaram a normalidade e nenhum continente perdeu a continência. Conclusões: existem várias opções de tratamento cirúrgico do prolapso retal, a seleção do procedimento mais adequado continua sendo um problema para o cirurgião, que acaba escolhendo a tática e a técnica que melhor se ajustam ao perfil do paciente a ser tratado. Neste trabalho foi optado pela técnica de retossigmoidectomia perineal, pode-se constatar a grande eficácia desta opção cirúrgica. Baixo índice de complicação, nenhuma mortalidade associada ao procedimento, ausência de recidiva e um alto índice de continência no pós-operatório.

P138 - EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA: AVALIAÇÃO DE 20 CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

CAMPOS, M.C.D, MARZAN, L.A.R, CARVALHO, P.J.P.C
1. HIAE, pós-graduação doenças funcionais HIAE

Introdução: a síndrome da evacuação obstruída (seo) se caracteriza por dificuldade de esvaziamento do reto, com tenesmo, esforço, normalmente com mais de uma ida ao banheiro e sensação de evacuação incompleta. Pode ser causada por alterações funcionais ou anatómicas

e para o esclarecimento adequado da etiopatogenia são necessários exames complementares como manometria anorretal e videodefecografia. Objetivos: relatar 20 casos de seo diagnosticados no nufig (núcleo de fisiologia gastrointestinal), hospital albert einstein/sp e correlacioná-los com a literatura existente. Métodos: foram incluídos os 20 pacientes com diagnóstico confirmado após a realização de manometria anorretal e videodefecografia no período de maio/2005 a maio/2008. Os dados clínicos foram obtidos através de questionário baseado no protocolo de pesquisa roma iii, preenchido pelos pacientes. Resultados: dos 20 pacientes, 18 eram mulheres e uma média de idade de 56 anos. Quatro indivíduos referiram mudança do ritmo intestinal e somente 01 relatou funcionamento intestinal regular na época da investigação, porém fazia uso frequente de laxantes. Em relação ao intervalo das evacuações, havia um equilíbrio, contudo alguns pacientes chegavam a ficar 7-10 dias sem evacuar e a maioria (17) só o conseguia com algum auxílio. O tempo médio gasto no toilet era de 25 minutos e apenas 01 indivíduo negou dificuldade para evacuar, sendo que 07 tinham dificuldade constante, entre 75 a 100 % das evacuações. A maioria relatou esforço no início da defecação, com várias tentativas por dia, sem resultado, além de sensação de evacuação incompleta. A patologia de base mais comum foi a retocele, com 13 pacientes. O restante apresentou 01 prolapso interno do reto, 01 sigmoidecele, 03 anismos, 02 retoceles + anismo, 03 descensos perineais associados a 02 retoceles e ao prolapso interno do reto. Conclusão apesar do tamanho da amostra ser muito pequeno, com necessidade de ampliação do grupo de estudo, observamos um comportamento clínico semelhante ao descrito na literatura, com predominância da retocele como patologia de base. Com o surgimento de outros métodos diagnósticos, passou a se discutir o papel da manometria anorretal e da videodefecografia, porém podemos concluir que desempenham papel fundamental como exames complementares, definindo alterações anatômicas ou funcionais e se beneficiando, ainda, por ter um custo menor.

P139 - SIGMOIDOSTOMIA EM ALÇA - UMA MEDIDA DE EMERGÊNCIA EM PROCIDÊNCIAS RETAIS REFRAATÁRIAS AO TRATAMENTO CONVENCIONAL

JESUS, E.C., SEREJO T, PAES LEME FM, SOUZA MT
1. Uni-FOA, Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda

Introdução: a procidência retal é entidade de alta relevância devido à importante repercussão e sintomatologia que proporciona. As taxas de recidiva persistem em níveis elevados e quando a recidiva ocorre precocemente em paciente grave, pode necessitar de uma alternativa cirúrgica não convencional, mas resolutive. Objetivo:relatar um caso de procidência retal tratada por retopexia sem sigmoidectomia com fixação sacral, com recidiva precoce por grande esforço respiratório à extubação, e realização de sigmoidectomia em alça, cirurgia esta ainda não descrita na literatura para tratamento da procidência,que demonstrou ser efetiva em situação de emergência. Métodos: paciente do sexo feminino,73 anos,queixava-se de dor abdominal e dor anal, piorava em posição ortostática e apresentava massa em região anal redutível impedindo sua deambulação. Constipação crônica e dificuldade para urinar. Hipertensa. 4 partos normais e perineoplastia à 6 anos. Abdome globoso, flácido. Inspeção anal procidência volumosa de 7 cm ao esforço. Toque vaginal cistocele volumosa. Cister opaco :cólon redundantes (principalmente sigmóide) e divertículos difusos. Avaliação cardiológica: asa i e classe i de goldman. Indicado retopexia abdominal sem sigmoidectomia em 6/2/09. Na tentativa de extubação, a paciente realizou esforço respiratório excessivo e necessitou de reintubação e foi mantida no cti. Apresentou após 6 horas de pós-operatório, sinais de hipotensão e recidiva do prolapso. Indicado

relaparotomia com reavaliação da hemostasia e realizada sigmoidectomia em alça com fixação da alça com bastão e leve tração do reto para correção do prolapso, sem refixação do reto ao sacro. Evolui com pneumonia aspirativa 2 dias após as cirurgias anteriores e mantida entubada e recebendo antibioticoterapia. Nova tentativa de extubação dia 14/2/09 e evisceração. Foi submetida à relaparotomia com sutura da parede abdominal, pontos de contenção e colete de tompon. Somente em 27/2/2009, a paciente foi extubada e evolui com diminuição gradativa do esforço respiratório e obtendo alta para enfermaria cirúrgica em 4/3/09. Resultados: a sigmoidectomia em alça com bastão e leve tração do reto foi uma decisão cirúrgica efetiva na correção da procidência retal. Conclusões: o tratamento cirúrgico da procidência retal apresenta taxas de recidivas ainda altas e quando sua recorrência ocorre precocemente em situação de emergência, a sigmoidectomia em alça provou ser mais uma alternativa factível para sua correção.

P140 - TÍTULO: CIRURGIA DE ALTEMEIER REALIZADA COM ANESTESIA LOCAL

BARBI RR, MIRANDA AM, PETROSEMOLO RH, PANDELO AP, FORMAGGINE LA, GAMA TCG
3. HGA, Hospital Geral do Andaraí (Rio de Janeiro- RJ)

Introdução: a retossigmoidectomia via perineal (cirurgia de alteimeier) não é a cirurgia mais indicada na atualidade para procidência retal, porém torna-se uma excelente alternativa para pacientes idosos com comorbidades. Objetivo: exposição de um caso de prolapso de reto, onde a técnica cirúrgica realizada foi a de alteimeier com anestesia local. Métodos: relato de caso de um paciente atendido e operado no hospital geral do andaraí no serviço de coloproctologia no mês de maio de 2009 por prolapso de reto. Resultado: paciente cgn, 88 anos, branca, moradora do rio de janeiro, aposentada. Apresentando procidência retal de longa data, de aproximadamente dez centímetros, redutível e sem sinais de sofrimento de alça. Paciente hipertensa, cardiopata, dpoc, apresentava cifose acentuada, acamada. Cirurgias prévias: perineoplastia, catarata, apendicectomia, histerectomia, gesta i/pi. Realizada retossigmoideoscopia flexível pré-operatória, normal até ângulo esplênico. Na véspera da cirurgia realizou preparo de cólon com manitol e clister glicerinado via retal. Cirurgia realizada: posição de litotomia, anestesia com lidocaína 1% em alça de retossigmoide prolapsada pelo ânus, reparo com vicryl 3. 0 nos quatro quadrantes, abertura por planos de mucosa, muscular, serosa com eletrocáterio a 1,5 cm da linha pectínea, ligadura de mesocolon e mesoreto com algodão 2. 0, ressecado segmento de retossigmoide de aproximadamente 18 cm, anastomose realizada com vicryl 3. 0 com pontos separados, plano único. No pós-operatório foi iniciada dieta no segundo dia, apresentou evacuação sanguinolenta no terceiro dia, alta hospitalar no quinto dia. Retornou ao ambulatório apresentando queixa de incontinência para fezes pastosas que apresentou melhora evolutiva, não apresenta sinais de estenose ou recidiva com 40 dias de acompanhamento. Conclusão: a técnica de alteimeier é uma ótima alternativa para pacientes de risco elevado, pois evita a abertura da cavidade abdominal, além de ser possível a realização da mesma sob anestesia local.

P141 - AVALIAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA BI E TRIDIMENSIONAL NAS PATOLOGIAS DO CANAL ANAL

LUCIA DE OLIVEIRA
1. PGRJ, Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Objetivo: avaliar o papel da ultrassonografia bi e tridimensional nas patologias do canal anal. Métodos: pacientes incontinentes ou com

fístulas anais foram submetidos a ultrassonografia bi e tridimensional (b-k transdutor profocus 2050). A integridade da musculatura esfíncteriana foi avaliada nos modos bi e tridimensional, sendo comparados. As imagens em 3d foram reconstruídas nos cortes longitudinal, transversal e axial, com avaliação do esfíncter interno e externo do ânus, presença de defeitos musculares, trajetos fistulosos e cavidades inflamatórias. Resultados: 106 pacientes foram avaliados devido a incontinência anal e 22 pacientes devido a fístulas anais. Defeitos esfíncterianos foram observados em 95% dos pacientes incontinentes, incluindo defeitos ocultos do esfíncter interno. A comparação entre os planos axial e longitudinal tridimensional confirmou a presença de alguns defeitos do esfíncter interno e externo. A presença de trajetos fistulosos complexos foi melhor observada com o recurso das imagens tridimensionais, mesmo na ausência de orifício fistuloso externo. Conclusões: a ultrassonografia tridimensional é um método novo e valioso. A comparação das imagens axiais e tridimensionais pode auxiliar a detecção de defeitos ocultos esfíncterianos.

P142 - MANOMETRIA ANORRETAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICAÇÕES

ROSA, V.F., SOUZA, G.G.C., ALMEIDA, R.M., WURMBAUER, I.S., BERFORD, F., FILHO, J.G., SOUSA, J.B., OLIVEIRA, P.G.
1. UNB, Universidade de Brasília

Objetivo: avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à manometria anorretal em um hospital universitário, além de determinar as indicações mais frequentes para a realização do exame. Métodos: estudo retrospectivo baseado nos laudos dos exames realizados, no hospital universitário de Brasília, entre dezembro de 2003 e abril de 2009. Todos os pacientes foram estudados quanto à idade, gênero e indicações para a realização do exame. Resultados: foram realizadas 468 manometrias anorretais neste período. Do total de pacientes, 71,2% (333 pacientes) eram do gênero feminino e 28,8% (135 pacientes) do gênero masculino. A mediana da idade foi de 47 anos. As indicações mais frequentes foram a incontinência fecal (22,4%), fissura anal (17,5%), constipação intestinal (9,2%), dor anal (7,9%), avaliação de defecação obstruída (7,1%), e o megacólon chagásico (6,4%). Quando avaliadas por gênero, as duas primeiras indicações citadas mantêm-se como as mais frequentes. Entretanto, a constipação intestinal é mais comum no gênero feminino (terceira indicação) enquanto no gênero masculino, esta posição foi ocupada pela fístula anal. Conclusões: no grupo estudado a maior parte dos pacientes era do gênero feminino. As duas principais indicações foram a incontinência fecal e a fissura anal não havendo variação entre os dois gêneros.

P143 - COMPLETA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA RETAL SOLITÁRIA EM PACIENTE SEM DISTÚRBO DE DEFECAÇÃO COM ENEMA DE SUCRALFATO

GOMES DA SILVA, ARANTES V, SOUZA FL, FONSECAL M
1. IAG-UFMG, Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto AI

Introdução: a síndrome da úlcera retal solitária é considerada um distúrbio da defecação caracterizado por hematoquezia e muco nas fezes associado a esforço evacuatório prolongado, tenesmo e prolapso retal interno ou externo. Sua incidência anual estimada é de 1 a 3,6 casos por 100000 pessoas. A patogênese não é bem estabelecida e acredita-se que múltiplos fatores contribuam para seu desenvolvimento. Objetivo: relatar caso clínico de paciente sem sinais de distúrbio de defecação que se apresentou com úlcera retal solitária. Relato de caso: paciente de 89 anos, gênero feminino, com história de incontinência

fecal leve associada a hematoquezia e muco nas fezes de início recente. O exame local revelava esfíncter hipotônico e pequeno prolapso mucoso. A retossigmoidoscopia revelou alteração na parede posterior do reto. Uma colonoscopia foi solicitada e evidenciou grande úlcera retal de aproximadamente 8 cm de diâmetro. Na suspeita de neoplasia, várias biopsias foram realizadas. Exame histológico não mostrou malignidade. A defecografia não revelou prolapso interno ou outra anormalidade. Sucralfato 2g por dia por enema foi substituído por 6 semanas com melhora progressiva da hematoquezia e do muco nas fezes. Após 12 meses, com a paciente assintomática, nova colonoscopia de controle revelou processo cicatricial em praticamente toda extensão da úlcera. Conclusão: a síndrome da úlcera retal solitária é doença incomum sem etiologia bem definida com múltiplos tratamentos. Em casos de úlcera retal solitária com alteração mínima na função evacuatória, o enema de sucralfato pode ser boa opção com alto potencial de cicatrização da úlcera.

P144 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO SISTEMA DE ESCORE DA CONSTIPAÇÃO (SEC-BR) PARA O BRASIL

CONCEIÇÃO TAA, SANTOS FRO, VIEIRA JR, BARRETO GP, NASCIMENTO VBQ, FRANCISCO FFT, BARBOSA JMM
1. Uni-BH, Centro Universitário de Belo Horizonte

Introdução: a constipação intestinal (ci) é definida como defecação difícil ou infrequente e seu diagnóstico segue os critérios de roma. Sua ocorrência representa impacto físico e psicológico para o portador e aumenta com o envelhecimento. A gravidade da ci pode ser avaliada através do constipation scoring system. Objetivos: realizar a tradução, adaptação transcultural e análise da confiabilidade inter e intra-examinador do constipation scoring system em pacientes brasileiros com ci. Metodologia: estudo metodológico longitudinal, que realizou a tradução, retro-tradução, avaliação por um comitê de especialistas, adaptação transcultural e pré-teste do constipation scoring system em 33 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de ci de acordo com os critérios de roma iii, recrutados de um centro universitário e de grupos de idosos. Foi também aplicado um questionário de caracterização sócio-clínico-demográfica dos participantes e um questionário sobre as impressões dos participantes acerca das perguntas. A versão final do sistema de escore da constipação (sec-br) foi aplicada em 33 adultos com ci em três momentos diferentes, por dois examinadores treinados. Resultados: o pré-teste desta versão foi aplicado em pacientes com média de idade de 38,57±19,49 anos, sendo 93,93% mulheres. O escore total do sec-br para os 66 pacientes avaliados foi em média de 10,69, sendo a gravidade maior que 15 foi 11 pacientes (16,6%) e menor que 15 foi 55 pacientes (83,3). A confiabilidade intra-examinador do escore total foi de 0,909 e variou de 0,868 a 1,00 para cada uma das perguntas, enquanto para a confiabilidade inter-examinador, o kappa para o escore total foi de 0,950, variando de 0,610 a 1,00 para as oito perguntas. Conclusão: o sec-br demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação e entendimento pelos portadores de constipação intestinal e sua versão brasileira demonstrou confiabilidade intra e inter-examinador satisfatórias.

P145 - CONFIABILIDADE E APLICABILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO SISTEMA DE ESCORE DA CONSTIPAÇÃO (SEC-BR) EM IDOSOS

BARBOSA JMM, BARRETO GP, CONCEIÇÃO TAA, FRANCISCO FFT, NASCIMENTO VBQ, SANTOS FRO, VIEIRA JR
1. Uni-BH, Centro Universitário de Belo Horizonte

Introdução: a constipação intestinal (ci) é definida como defecação difícil ou infrequente e tem efeitos sobre a qualidade de vida dos portadores principalmente idosos. Sua gravidade pode ser avaliada pelo sistema de escore da constipação (sec). **Objetivo:** o objetivo deste trabalho foi avaliar a confiabilidade e a aplicabilidade da versão brasileira do sec (sec-br) em idosos da comunidade. **Métodos:** participaram 33 idosos recrutados de um serviço de reabilitação e de grupos de convivência de idosos, que apresentaram ci conforme os critérios de roma iii. Foram aplicados os questionários de caracterização clínica e demográfica, sec-br e sobre as impressões do idoso quanto ao sec-br; através de entrevista em três momentos diferentes por dois examinadores. O tempo para aplicação do sec-br foi cronometrado, e os resultados analisados utilizando os coeficientes de kappa e de correlação intra-classe (icc). **Resultados:** a média do escore total do sec-br nas três aplicações foi $11,75 \pm 0,010$, sendo os maiores escores obtidos para a pergunta 8 (duração da constipação: $2,85 \pm 0,03$) e os menores para a pergunta 6 (uso de auxílio para evacuar: $0,33 \pm 0,12$). Menos de 7% dos idosos consideraram terem tido alguma dificuldade para responder às perguntas. A média do tempo para aplicação do sec-br foi de 27,15 minutos. A confiabilidade intra-examinador variou de 0,604 a 0,969 e a inter-examinador de 0,435 a 0,949 para as oito perguntas do sec-br. A confiabilidade intra e inter-examinador do escore total do sec-br foi de 0,875 e 0,883, respectivamente. **Conclusão:** o sec-br apresentou confiabilidade inter e intra-examinadores satisfatórias em idoso, com tempo viável para aplicação e bom nível de entendimento, sendo considerada uma ferramenta útil para avaliar a gravidade da ci.

P146 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CECOCÓLICA POR LIPOMA – RELATO DE CASO

FORMIGA, F.B., KAYAT, H.C.G.S., MAGRI, K.D., FANG, C.B., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: a intussuscepção em adultos é causa rara de obstrução intestinal, sendo secundária a causa bem definida, porém, de difícil caracterização no pré-operatório. **Objetivos:** o caso relatado objetiva ilustrar causa rara de intussuscepção, o lipoma ileal. **Métodos:** acompanhamento de paciente do departamento de cirurgia da santa casa de são paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. **Resultados:** vp, 47 anos, sexo masculino, com história de dois meses de dor em fossa ilíaca direita, tipo cólica, associada a emagrecimento de 8kg no período. Negava alteração de hábito intestinal ou sangramento. Ao exame, apresentava-se eutrófico, corado, com tumoração em fossa ilíaca direita de 4cm de diâmetro, pouco móvel e dolorosa. Colonoscopia realizada até 10cm de íleo terminal não evidenciou qualquer alteração. Paciente retorna em consulta ambulatorial sem tumor abdominal previamente palpado. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou espessamento parietal difuso com redução luminal do íleo terminal. Trânsito intestinal apresentou íleo terminal com acentuada distorção do padrão mucoso, contornos irregulares e paredes espessadas, configurando aspecto rígido. Novamente paciente retorna com tumoração abdominal palpável, nesta ocasião, foi submetido a colonoscopia que evidenciou lesão no cólon direito com 10cm de extensão cuja biopsia revelou colite crônica. Optado por laparotomia exploradora, paciente obstruiu no preparo colônico. No intra-operatório, foi evidenciada invaginação íleo-cecocolica até cólon ascendente, irreductível. Realizada hemicolectomia direita cujo estudo anatomopatológico revelou se tratar de lipoma submucoso na parede ileal. **Conclusões:** o caso apresentado ilustra o quadro clínico, sua principal complicação e a dificuldade diagnóstica da intussuscepção recorrente íleo-cecocolica.

P147 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEOCOLONICA POR LIPOMA - RELATO DE CASO

MENDES, C.R.S., FERREIRA, L.S.M, SAPUCAIA, R.A., BRESSY, L.P., GALVAO, R.A.

1. HSI, Hospital Santa Izabel

Objetivo: relatar um caso de intussuscepção íleocolônica por lipoma material e métodos: paciente da unidade de emergência do hospital santa izabel com abdome agudo obstrutivo resultados: trata-se de um paciente sexo feminino, 58 anos, deu entrada na emergência do hsi com quadro de dor abdominal há 48 horas com parada da eliminação de fezes associada a vômitos. Ao exame apresentava-se massa em fossa ilíaca direita móvel e dolorosa. Submetida a tc de abdome sendo evidenciada imagem em alvo característico de intussuscepção íleo cólica. Sendo submetida à laparotomia exploradora com confirmação do diagnóstico e ressecção de segmento distal do íleo com ceco e cólon direito sendo retirada em bloco a peça com reconstrução latero-lateral. A abertura da peça nota-se lesão polipóide endurecida de 3,5cm em seu maior eixo. A paciente evoluiu bem tendo alto no 6º dp. A anatomia patológica mostrou trata-se de lipoma submucoso polipóide de íleo. **Conclusão:** a intussuscepção corresponde a invaginação de um segmento intestinal sobre outro, sendo raro em adultos, acometendo 5% dos casos. O fator etiológico é descoberto em 90% dos casos sendo 50% devido a tumor maligno. Das intussuscepções 30% ocorrem na região ileocecal. O diagnóstico no pré-operatório só é possível em um terço dos casos e a tc de abdome mostrando imagem em alvo sugere o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é não padronizado, mas na maioria das vezes acaba em ressecção de alça. Neste caso foi retirado o segmento em bloco, pois a invaginação era irreductível não sendo possível avaliar viabilidade das alças. O agente etiológico foi uma lesão benigna lipomatosa não necessitando de tratamento complementar.

P148 - TERATOMA IMATURO RETRO-RETAL – RELATO DE CASO

PRIETO FG, MELO APSA, BESSA MO, SILVA E, KURACHI G, MOREIRA JR H, CARNEIRO SS, ALMEIDA ACC

1. UFG, Serviço de Coloproctologia - Faculdade de Medicina

Objetivo: relatar um caso de teratoma imaturo pré-sacral. **Introdução:** o espaço pré-sacral pode ser o sítio de um grupo heterogêneo e raro de tumores, geralmente indolentes, de diagnóstico tardio, com tumores volumosos o que acaba comprometendo o tratamento. Trata-se de uma neoplasia derivada de células totipotenciais das três camadas germinativas. Histologicamente pode ser maduro ou imaturo, dependendo do grau de diferenciação celular. O teratoma sacrococcígeo apresenta incidência de 1/35.000 crianças vivas. É mais comum no sexo feminino, faixa etária pediátrica e, frequentemente, associados a outras anomalias como vertebrais, do trato urinário e anorretal. A região sacrococcígea é a localização extragonadal mais comum, podendo a lesão ser um cisto único, multicística ou sólida. Estima-se que 48% são benignos, 23% imaturos sem componentes malignos e 29% francamente malignos. **Métodos:** m. B. C. , 16 anos, sexo feminino, com dor perianal e sacral contínua, com irradiação para a face posterior das coxas, acompanhado de afilamento das fezes há dois meses. Ao toque retal, apresentava massa palpável a três cm da borda anal, endurecida, fixa, com abaulamento importante da parede posterior do reto, sem acometimento da mucosa. Tc e rm de abdome total evidenciaram massa pré-sacral, multilobulada, heterogênea, infiltrando o sacro, utero e anexos, estendendo-se do promontório ao cóccix. Realizada ressecção em monobloco da lesão, por via abdominal, incluindo a histerectomia total e salpingooforectomia bilateral. Anátomo pato-

lógico: teratoma imaturo grau iii. A paciente teve evolução pós-operatória satisfatória. Após dois meses de seguimento, refere recidiva da dor sacral, incontinência urinária e anal e nódulo volumoso palpável em períneo. Nova rm evidenciou-se recidiva tumoral em cavidade pélvica, com envolvimento do colo vesical e estruturas ósseas pélvicas (sacro, ílaco e promontório). Optou-se por quimioterapia com ifosfamida, cisplatina e etoposide pré re-abordagem cirúrgica. Paciente evoluiu mal a qt, com aumento da lesão pélvica, caquexia, e óbito. Conclusão: o teratoma imaturo sacrococccígeo é uma tumoração rara e de prognóstico reservado.

P149 - DRENAGEM ESPONTANEA INTRA LUMINAL DE CISTOADENOMA APENDICULAR – RELATO DE CASO

DUARTE,R.M., FAYAD,J.B., PORTOVALES,M.O., SOUZA,C.R., COSTA,C.B., JUNGES,K.T.

1. HGI-RJ, Serviço de Coloproctologia do Hospital Geral de Ipanema RJ

Introdução: o cistoadenoma apendicular é uma lesão incomum e se caracteriza pela distensão da luz apendicular pelo acúmulo de substância mucóide no seu interior sendo necessário seu diagnóstico precoce devido risco de ruptura e evolução para pseudomixoma peritoneal. Objetivo: relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 70 anos, há um ano relatando dor em região hipogástrica e constipação crônica. Realizou tc de abdome que evidenciou volumosa massa heterogênea intra-abdominal, comprometendo o ceco, estendendo-se do flanco até a fossa ilíaca direita. Ausência de linfonodomegalias. Submetida à colonoscopia que mostrou infiltração da parede do ceco de aspecto extrínseco. As biopsias revelaram infiltrado inflamatório agudo e crônico com ausência de malignidade na amostra. Submetida à laparotomia exploradora não tendo sido observada a lesão previamente descrita. Observamos apêndice vermiforme de aspecto atrofiado, sacular, aderido à parede posterior do ceco. Não foi encontrada a massa descrita na tc pré-operatória. Optamos por realizar hemicolectomia direita. Laudo histopatológico: mucoccele de apêndice. A paciente evoluiu sem complicações conclusão: o cistoadenoma apendicular é uma lesão incomum com grande potencial de complicações sendo fundamental a cirurgia precoce e adequada, sendo essa provavelmente curativa. Neste caso, provavelmente houve drenagem espontânea do conteúdo da lesão para dentro do ceco ,apresentação incomum neste tipo de neoplasia.

P150 - ADENOMA TUBULAR COM DISPLASIA DE BAIXO GRAU RICO EM CÉLULAS DE PANETH - RELATO DE CASO

MONTEMÓR NETTO, M.R.1, SOLAK, C.R.3, SAAD, D.2, SAAD PATIN, C.2, CARDOSO,R.3, PUCHALSKI ,A.K.3
1. Patologia Médica, Patologia Médica2. Instituto Pontagross, Instituto Pontagrossense de Gastroenterologia3. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa

Introdução: células de paneth (cp) foram descritas por schwalbe em 1872 na base das criptas lieberkuhn no intestino delgado de ratos. Black e ogle observaram numerosas cp na mucosa próxima a um carcinoma retal em 1948. Estrada descreveu cp em 7,6% de 171 pólipos hiperplásicos. Watson encontrou cp em dois de dez adenomas em pacientes com colite ulcerativa. Lauren notou cp em onze de quinze adenomas colônicos. Nas lesões crônicas de mucosa colônica (dii) a mucosa pode sofrer metaplasia pilórica ou desenvolvendo cp – metaplasia de cp. Apresentamos um caso de adenoma tubular rico em células de paneth. Relato do caso: paciente feminino, 65 anos, sem queixas, submetida à colonoscopia para rastreamento de câncer colo-

retal com achado de lesão polipóide 0,4cm em cólon ascendente; submetida a polipectomia e o material enviado para exame anátomo patológico. No exame histopatológico a lesão foi diagnosticada como adenoma tubular com displasia epitelial de baixo grau rico em células de paneth; e as células de paneth displásicas também mantinham os seus grânulos característicos. Conclusão: no intestino grosso as células de paneth estão restritas ao ceco e ascendente e apesar de descritas nas proliferações neoplásicas epiteliais do intestino grosso e a maioria dos casos observados é sob a forma de relato de caso ou o aumento das cp descrito nos carcinóides apendiculares padrão células calciformes, a sua presença é comum nos processos reparativos / regenerativos da mucosa colônica. O seu papel na carcinogênese colorretal já foi mencionada por black e ogle em 1948; todavia até hoje a sua biologia e anormalidades genéticas não foram bem caracterizadas e novos estudos para a determinação do seu desenvolvimento (inflamação – metaplasia de cp – neoplasia) devem ser realizados.

P151 - TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DE ÍLEO DISTAL COM INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL – RELATO DE CASO

SOLAK, C.R.1, MONTEMÓR NETTO, M.R.2, ROCHA, R.P.1, ACRAS, S.1, PACHECO NETO, A.F.1, CARDOSO, R.1

1. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa2. Patologia Médica, Patologia Médica

Introdução: os tumores miofibroblásticos inflamatórios são tumores pouco freqüentes, de comportamento benigno, com índice de recorrência de 25% e baixos índices de metástases. Maior incidência no tecido pulmonar, omento e mesentério, sendo raramente descritos no tubo gastrointestinal. Alguns tumores podem responder a antiinflamatórios não hormonais ou corticoterapia, mas o tratamento é cirúrgico. Objetivo: o objetivo do trabalho é relatar caso de paciente com diagnóstico imunohistoquímico de tumor miofibroblástico inflamatório de íleo. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 32 anos, há várias semanas com quadro de dores abdominais tipo cólica, distensão abdominal e fezes diarreicas. Após consultas com gastroenterologista, foi submetida a um rmm com achado: estrutura tubular no meso e hipogástrio e continua-se com estrutura sacular com líquido no seu interior, devendo corresponder a segmentos de alças intestinais (provavelmente íleo), com paredes espessadas e segmento dilatado com líquido. Submetida a trânsito intestinal: trânsito processou-se de maneira lentificada com falha de enchimento na porção média do íleo, associada à dilatação do mesmo a montante; íleo terminal sem alterações; lesão ocupando espaço, de aspecto extra-mucosa em íleo, sugerindo doença de crohn. Instituído tratamento para doença de crohn, sem melhora. Repete-se o transito com dois meses após o primeiro, que evidenciou áreas de estenose intercaladas com áreas de mucosa normal em jejuno distal e íleo médio; estenose extensa de íleo terminal; compressão extrínseca de ceco com tempo de trânsito normal, sugerindo crohn. Realizado colonoscopia, normal. Na impossibilidade de descartar-se neoplasia, optado por laparotomia exploradora: tumoração de íleo a 30 cm da válvula ileocecal com intussuscepção a montante, sendo realizada enterectomia ampliada com ressecção de linfonodos mesentéricos. Anatomopatológico com proliferação mixóide e fusocelular, margens livres, linfonodos livres. Estudo imunohistoquímico evidenciou tumor miofibroblástico inflamatório. Paciente com boa evolução no pós-operatório, sendo acompanhada ambulatorialmente, sem sinais de recidivas.

P152 - CISTOADENOMA MUCINOSO APENDICULAR, ACHADO INCIDENTAL – RELATO DE CASO

SOLAK, C.R.1, MONTEMÓR NETTO, M.R.2, ROCHA, R.P.1, CARDOSO, R.1, PUCHALSKI, A.K.1

1. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa 2. Patologia Médica, Patologia Médica

Introdução: os cistoadenomas apendiculares são condições incomuns, usualmente diagnosticados no intra-operatório ou são achados anatomopatológicos. A incidência de mucocele nas apendicectomias gira em torno de 0. 2% a 0. 3%, sendo 63% dessas, cistoadenomas mucinosos, segundo Higa et al. . Na maioria dos casos são assintomáticos, mas podem simular quadros de apendicite aguda ou crônica. Há ainda o risco aumentado para o desenvolvimento de tumores cólons e ovários. O diagnóstico pré-operatório da mucocele é importante para a conduta terapêutica adequada, sendo o tratamento cirúrgico e a preocupação principal do cirurgião evitar o extravasamento do conteúdo da mucocele na cavidade abdominal. **Objetivo:** relatar o caso de achado incidental de cistoadenoma mucinoso em paciente do sexo feminino, submetida à laparoscopia por diagnóstico inicial de cisto de ovário. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 44 anos, com queixas de dores crônicas e ecografia de abdome sugerindo cisto de ovário direito. Submetida a laparoscopia para tratamento de afecção ginecológica, tendo como achado intra-operatório aumento de volume de apêndice cecal, sugestivo de mucocele, com aproximadamente 6x3 cm, com a base apendicular não comprometida, tendo útero e anexos uterinos normais. Realizado apendicectomia com retirada da peça em saco protetor e ampliação do portal umbilical. **Histopatológico** condizente com cistoadenoma mucinoso apendicular (tumor mucinoso de baixo grau), ulcerado. Paciente com boa evolução no pós-operatório, sendo acompanhada ambulatorialmente. Realizado colonoscopia que foi normal. Conclui-se, que em mulheres com achados sugestivos de massas em região de fossa ilíaca direita, sem características clínicas de patologias ginecológicas, as afecções do apêndice cecal devem ser consideradas nos diagnósticos diferenciais.

P153 - LÍPOMA DE ÍLEO TERMINAL - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GOMES, DMBM, LEITE, SMO, CRUZ, GMG

1. FCMMG, Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia

Introdução: as neoplasias benignas do intestino delgado incluem os gists benignos, os adenomas e os lipomas, menos comumente os hamartomas e os hemangiomas. **Objetivo:** relatar um caso de lipoma de íleo terminal tratado e fazer a revisão da literatura. **Métodos:** relato de caso e revisão da literatura. **Relato de caso:** paciente mlko, feminino, 62 anos, procura controle médico contando que há 2 anos havia feito uma colonoscopia para prevenção de câncer colorretal com diagnóstico de lesão em íleo terminal. Na ocasião foi indicado apenas controle endoscópico rigoroso e precoce o que não foi feito. A paciente negava qualquer sintoma abdominal ou anal. Pesquisa de sangue oculto nas fezes recente, negativo. Hábito intestinal inalterado, evacuava 1 a 3 vezes ao dia, fezes sempre pastosas. Uso contínuo de angipress, premarin e celebra para tendinite. Nenhuma história familiar significativa de neoplasias (apenas um tio materno com câncer de próstata). **Exame físico:** corada, abdome normotenso, livre. **Inspeção anal:** ndn. **Toque retal:** sem alterações. **Retossigmoidoscopia:** até 20 cm, reto paredes lisas, mucosa íntegra e normal. **Exames:** revisão laboratorial normal. **Colonoscopia:** até o íleo terminal. Observou-se lesão polipóide semipediculada, amarelada, 7 cm proximal à válvula íleo-cecal. Havia vaso sanguíneo dilatado aparentemente mantenedor da lesão. Não havia nenhuma diferença entre a lesão vista à primeira colonoscopia e a atual. Optou-se por seguir a paciente de forma conservadora. **Revisão bibliográfica:** os lipomas (tumores estromais), são

mais comuns no íleo e se apresentam como lesões intramurais isoladas localizadas na submucosa. Eles costumam ocorrer na sexta e na sétima décadas de vida e são mais frequentes nos homens. Menos de um terço destes tumores é sintomático; e destes, as manifestações mais comuns são a obstrução e o sangramento por ulcerações superficiais. O tratamento de escolha para as lesões sintomáticas é a excisão. **Conclusão:** os lipomas não apresentam um potencial maligno, e, portanto, quando constatados incidentalmente devem ser removidos apenas se a ressecção for simples.

P154 - LEIOMIOMA EM SEPTO RETOVAGINAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FILLMANN, HS, PARIZOTTO, JF, FILLMANN, LS, SCOLARO, B, FILLMANN, EEP, VALER, C

1. PUCRS, Hospital São Lucas PUCRS

Introdução- leiomiomas são tumores benignos e podem surgir em todo trato gastrointestinal, principalmente no estômago e intestino delgado. Sua localização na parede retal é extremamente rara e deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das doenças deste órgão. O tratamento de escolha consiste na excisão cirúrgica ou por via endoscópica. Descreve-se, a seguir, um caso de um leiomioma localizado em septo retovaginal extraído através de ressecção transvaginal. **Objetivos** relatar um caso de leiomioma em septo retovaginal. **Métodos** paciente feminina de 51 anos com diagnóstico de tumor em septo retovaginal diagnosticado por exame físico e radiológico. **Resultados** exame clínico apresentava lesão tumoral no terço inferior do septo retovaginal de aproximadamente 3 cm. Tomografia pélvica confirmou o achado sem nenhuma outra alteração. Realizada biópsia incisional que demonstrou tratar-se de leiomioma de reto. Excisão completa do tumor realizada posteriormente confirmou o diagnóstico. **Conclusão** leiomiomas de cólon representam 3% de todos os leiomiomas do trato digestivo, predominando no cólon transverso e sigmóide e os do reto 7%. A maioria dos relatos descritos na literatura apresentam os leiomiomas como lesões tumorais intraluminais, que geralmente provocam sangramento, obstrução intestinal e até mesmo perfuração. O diagnóstico é essencialmente histopatológico, sendo difícil, às vezes, distinguir pólipos leiomiomatosos de leiomiossarcomas. O tratamento é eminentemente cirúrgico podendo ser através de ressecções endoscópicas, trans-anais, trans-perineais ou até ampliadas nas grandes lesões ou recidivas. O prognóstico dos pacientes com leiomioma no cólon é favorável. Há necessidade de seguimento pós operatório adequado para detectar recidivas ou degenerações malignas.

P155 - TUMOR DESMÓIDE EM UM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

BARTMANN, M., PEREIRA, G.B, CRUZ, J.V.

1. UFCSPA, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução Os tumores desmóides (TD) originam-se dos tecidos musculoponeuróticos pela proliferação dos miofibroblastos e tendem à invasão local e recorrência. São raros na população geral, mas acometem até 12% dos pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF). **Objetivo** Relatar o caso de um paciente com PAF que apresentou um TD na parede abdominal. **Métodos** Paciente masculino de 26 anos vem a consulta devido a abaulamento abdominal com crescimento rápido há três meses. Submetido a proctocolectomia total videolaparoscópica com pouch ileal há três anos. Realizado laparotomia com excisão total de uma lesão de 16,5X 14X 5,5 cm de diâmetro que infiltrava a aponeurose anterior e o músculo reto abdominal à direita. Não havia lesão intra-abdominal. **Resultados** A doença desmóide em

pacientes com PAF é muito variável, podendo se apresentar como lesões mínimas, geralmente um achado incidental em cirurgias abdominais. Por outro lado, há lesões expansivas que ocupam toda a cavidade abdominal, causando obstrução ureteral e intestinal com perfuração e formação de abscessos ou fístulas. Há uma relação quanto ao local da mutação do gene da PAF e o número de pólipos colônicos ou a presença de TD. O trauma cirúrgico prévio, a gestação, a idade do diagnóstico e a história familiar de TD são fatores de risco. Há predominância no sexo feminino, acometendo principalmente a terceira década de vida. A primeira linha de tratamento são anti-inflamatórios não esteróides, como o Sulindac, e antiestrogênicos como o tamoxifeno. Os tumores que progridem podem necessitar de quimioterapia citotóxica ou cirurgia. A taxa de recorrência alcança 70-85% após a cirurgia. Conclusão O caso apresentado é uma lesão benigna rara que pode ser localmente agressiva e com morbimortalidade significativa. O cirurgião deve estar atento para o seu achado incidental na laparotomia de pacientes com PAF.

P156 - LIPOMA INTESTINAL SIMULANDO ADENOCARCINOMA

DA SILVA BARROS, E. C. B.

1. SCMS, Santa Casa de Misericórdia de Santos

Lipoma intestinal simulando adenocarcinoma Barros ECBS, Menegatti LRR, Godinho M, Barros RJ Santa Casa de Misericórdia de Santos (Santos-São Paulo) o objetivo do presente estudo é descrever as formas clínicas de apresentação e evolução do lipoma intestinal até que seja instituído seu tratamento. Sabe-se que, em geral, o diagnóstico é feito numa cirurgia de emergência por um abdome agudo obstrutivo. Nesta situação o lipoma costuma gerar intussuscepção do colo e consequente obstrução. Não rara é a confusão diagnóstica com adenocarcinoma intestinal. Usamos de revisão da literatura somada a alguns poucos casos acompanhados para desenvolver este estudo. Concluímos que, apesar da pequena incidência, o lipoma intestinal ainda surpreende os cirurgiões tanto nas cirurgias de urgência quanto nas eletivas e sempre de forma satisfatória por se tratar de uma doença benigna.

P157 - PÓLIPO CLOACOGENICO INFLAMATÓRIO – RELATO DE CASO

CURVO, EA, SOUZA, MM, FRIAÇA, AMV, DIEHL, DBA, MOURA, ADORNO FILHO, ET, ALÉCIO, NRM

1. UNIC, Universidade de Cuiabá

Introdução: pólipos cloacogênicos caracterizam-se por lesões inflamatórias em reto distal, próximo à linha pectínea. Entidade pouco freqüente tendo como apresentação clínica inicial mais comum o sangramento retal, seguido por prolapso. Os pólipos podem prolapsar devido disfunções no esfíncter anal interno e no músculo liso que abrange o reto, resultante de processo inflamatório crônico. As lesões são mais comuns em mulheres na terceira e quarta década de vida, entretanto, observa-se na literatura descrições variando entre 10 a 83 anos.

P158 - TUMORES DESMÓIDES: RELATO DE CASO

GHELLER, A., PEREIRA, J.J.R., ARAUJO, N.T.N., PINTO, A.R., PEREIRA, J.J.J., MELO, A.R., ALBINO, P.A., COSTA, J.H.G.

1. HGG, Hospital Geral de Goiania

Introdução: tumores desmóides (td) são neoplasias fibroblásticas de crescimento lento, benignas, que se originam a partir de elementos

estromais músculo-aponeuróticos, apresentando alta taxa de recorrência local, que varia de 25 a 77% ao ano e representam 0,03 a 0,13% dos tumores de partes moles, ocorrendo em 2,4 a 4,3 /100.000 habitantes/ano. Objetivo: este trabalho tem como objetivo relatar dois casos de td associado à polipose adenomatosa familiar (paf), seu tratamento cirúrgico e acompanhamento pós-operatório. Métodos: foi admitida no serviço de coloproctologia do hospital geral de goiânia, paciente 1: hns, 14 anos, nulípara, sexo feminino, solteira, natural e residente em goiânia-go, referindo história de dor abdominal intensa e tumoração palpável em parede abdominal. Paciente tinha como antecedente diagnóstico de paf e tinha sido submetida a colectomia total e ileoanastomose em setembro de 2005. Antecedentes morbidos familiares revelaram mãe falecida por câncer de cólon com 38 anos de idade (8 anos após diagnóstico de paf) e irmã submetida a colectomia total há dois anos. A tomografia computadorizada abdominal demonstrou lesão compatível com td. A paciente 2, vcg, 29 anos, primigesta, sexo feminino, solteira, natural e residente em goiânia-go, referia dor abdominal intensa e perda ponderal. A anamnese revelou diagnóstico de paf há 5 anos, na época submetida a colectomia total e anastomose íleo retal, assim como histerectomia e ooforectomia há 2 meses. Ao exame abdominal apresentava massa endurecida e dolorosa em hipogástrio. A ultrassonografia abdominal revelou massa abdominal extra-peritoneal, confirmada pela tomografia de abdome. As duas pacientes foram submetidas à laparotomia exploradora observando-se lesão tumoral de 10 e 12 cm de diâmetro, respectivamente, em tecido subaponeurótico e aderência de delgado na tumoração. Foi realizada ressecção do tumor e enviado a histopatológico que confirmou no primeiro caso, mas no segundo necessitou de imunohistoquímica. Resultados: o pós-operatório evoluiu de modo satisfatório, tendo ambas recebido alta hospitalar no 15º dia de pós-operatório, com acompanhamento ambulatorial, sem recidiva diagnosticada até o presente. Conclusão: nossos achados exemplificam bem a associação entre paf e tumor desmóide. Proctologista devem ficar atentos para o diagnóstico precoce desta patologia já que são localmente agressivos.

P159 - EVOLUÇÃO DA CIRURGIA PROFILÁTICA PARA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

DA LUZ MOREIRA A., CHURCH JM, BURKE C

1. CCF, Cleveland Clinic

Introdução: no últimos 50 anos, a cirurgia colorrectal profilática para pacientes com polipose adenomatosa familiar evoluiu assim como surgiram novas idéias e tecnologias. Objetivo: analisar as mudanças nas técnicas cirúrgicas para polipose adenomatosa familiar realizadas em nossa instituição. Métodos: cirurgias realizadas para polipose adenomatosa familiar entre 1950 e 2007 foram identificadas através do David Jagelman polyposis registry database". Os pacientes foram estratificados em três períodos (pré bolsa ileo-anal, pós bolsa ileo-anal, e laparoscópico) e analisados de acordo com a técnica cirúrgica realizada. Resultados: 424 pacientes foram incluídos. A idade mediana foi de 26 (9-66) anos. No período pré bolsa ileo-anal, 97% (66/68) de todas as cirurgias realizadas foram colectomias totais com anastomose ileo-retal. Após 1983, 70% (54/77) dos pacientes com fenótipo grave foram submetidos a bolsa ileo-anal. Após 1991, 43% das cirurgias foram laparoscópicas (88 anastomosis ileo-retais e 22 bolsas ileo-anais). Conclusão: a cirurgia de colo para polipose adenomatosa familiar evoluiu assim como os avanços nas técnicas cirúrgicas possibilitaram mais opções para reduzir o risco de cancer. As estatísticas atuais utilizam a gravidade da polipose e sua distribuição para decidir a melhor opção cirúrgica e o método laparoscópico para reduzir a morbidade.

P160 - LIPOMA GIGANTE DE RECTO RESOLUÇÃO QUIRÚRGICA CON RESECCIÓN LOCAL TRANS ANAL
DR, DR, DR, DR, DR

1. HUA, Hospital Universitario Austral - Buenos Aires -Argentina

Introducción los lipomas son neoplasias benignas derivadas del tejido conectivo adiposo. El aspecto macroscópico puede ser pediculado o sésil, generalmente originados en la submucosa. Constituyen el segundo tumor benigno mas frecuente en esta localización y el primero dentro de las neoplasias no epiteliales. En general cursan de manera asintomática hasta que alcanzan un tamaño considerable y generan dolor abdominal, cambios en el hábito evacuatorio y/o hemoproctorragias secundarias a intususcepción o ulceración de la mucosa que los recubre. Objetivo presentamos el caso de un paciente masculino de 84 años, con prolapso intermitente de una tumefacción por el conducto anal durante la defecación. Metodo se realizo examen proctológico, colon por enema de doble contraste y tomografía computada, que evidencian lesion compatible con lipoma rectal. Con diagnóstico presuntivo de tumor lipomatoso rectal, se decide la resolución quirúrgica. Se implemento una resección de tumor submucoso de características lipomatosas con tijera armónico (harmonic focus®) por via trans anal. Resultados el examen histopatológico de la pieza confirmo lipoma submucoso.

P161 - ENFISEMA SUBCUTÂNEO, PNEUMOTÓRAX, MEDIASTINO, PERITÔNIO E RETROPERITÔNIO COMO COMPLICAÇÕES DE COLONOSCOPIA

FORMIGA, F.B., KAYAT, H.C.G.S., CANDELÁRIA, P.A.P, CAPELHUCHNIK, P., KLUG, W.A.

1. FCMSCSP, Disciplina de Coloproctologia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: as colonoscopias diagnósticas apresentam menos de 1% de complicações, porém em pacientes com qualquer doença colônica, principalmente colites, essa taxa pode aumentar. Objetivos: o caso relatado objetiva descrever e ilustrar complicações raras de colonoscopia: pneumotórax, pneumomediastino, pneumoperitônio, pneumoretroperitônio e enfiseма subcutâneo generalizado. Métodos: acompanhamento de paciente do departamento de cirurgia da santa casa de misericórdia de são paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. Resultados: ga, 54 anos, sexo masculino, negro, morador de albergue. Paciente com diagnóstico de doença de chron há 20 anos quando foi submetido a enterectomia de 40cm com ileostomia terminal por abdome agudo obstrutivo secundário a estenose de íleo terminal. Sem tratamento pós-operatório da doença, retorna por estenose da ileostomia e fístula peri-ileostômica. Submetido a colonoscopia a fim de verificar aspecto da mucosa colônica, paciente evolui, já na sala de exame, com grande enfiseма subcutâneo. Diagnosticado pneumotórax bilateral, pneumomediastino, pneumoperitônio e pneumoretroperitônio, paciente foi submetido a drenagem torácica e observação abdominal. Evoluiu com regressão do enfiseма de subcutâneo, recebendo alta oito dias após a colonoscopia. Conclusões: a doença inflamatória intestinal é fator de risco de perfuração no exame colonoscópico. O pneumotórax, pneumomediastino e enfiseма de subcutâneo generalizado são apresentações raras da perfuração colônica.

P162 - EFEITO DA ESPLENECTOMIA E LIGADURA DA VEIA GÁSTRICA NA MUCOSA COLÔNICA EM JOVENS PORTADORES DE ESQUISTOSSOMOSE HEPATOESPLÊNICA

JUSTO CRE, BRANDT CT, MELO MR, LEMOS RS, ARAUJO JL, BERTÃO P

1. UFPE, Universidade Federal de Pernambuco

Introdução: As alterações endoscópicas identificadas na mucosa colônica nos pacientes com hipertensão porta incluem telangiectasias, angiodisplasias, manchas hiperêmicas, pontilhado hemorrágico, varizes retais, ou uma combinação destes achados. A esplenectomia determina redução da pressão porta e causam alterações hemodinâmicas no sistema mesentérico. Objetivo: avaliar o efeito da esplenectomia sobre os vasos da mucosa colônica em jovens portadores de esquistossomose hepatoesplênica (EHE). Métodos: doze pacientes, média de idade de 22 ± 11 anos, foram divididos em grupo pré-operatório (GI) e grupo pós-operatório (GII). O Grupo GII eram os mesmos pacientes do grupo GI que tinham submetidos à esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda; Tinham completado seguimento de seis meses. Todos foram submetidos à videocolonoscopia completa com intubação do íleo terminal. Resultados: Telangiectasias (GI 100% vs GII 100%), aumento da trama vascular (100% vs GII 100%), manchas hiperêmicas (GI 75% vs GII 66,7%), varizes retais (GI 75% vs GII 66,7%), e lesões angiodisplásicas (GI 41,6% vs GII 25%) foram os achados mais frequentes. Outras alterações de mucosa relacionadas à oviposição foram identificadas no grupo GII: Ulcerações (16,7%), Vesículas (16,7%) e Pólipo (8,3%). Conclusão: A esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda não reduziram de forma significativa as alterações na mucosa colônica em portadores de EHE.

P163 - PNEUMATOSE INTESTINAL, ACHADOS ENDOSCÓPICOS - RELATO DE CASO

ALVES FILHO, E.F., MESQUITA, JR., MENDES, C.R.S.

1. I M, Itaigara Memorial

Introdução: pneumatose intestinal é um achado endoscópico pouco frequente, ocorrendo mais frequentemente em intestino delgado (42%), seguido do cólon (36%) e em ambos (22%). Não é uma doença propriamente e sim um sinal clínico, endoscópico ou radiológico. Caracteriza-se pela presença de gás subseroso ou submucoso na parede intestinal, . Frequentemente esta associada á uma doença de base, mais frequentemente doenças pulmonares, doenças do tecido conjuntivo, imunossupressão, colites e obstrução mecânica. Também é denominada pneumatose cística intestinal, pseudo lipomatose intestinal, pneumatose coli e enfiseма intestinal. Objetivo: descrever caso de paciente com diagnóstico de pneumatose intestinal diagnosticada por colonoscopia. Relato de caso: paciente 66 anos, com cardiopatia compensada, apresentou-se com histórico de abscesso anorretal drenado e persistência de fístula anorretal, indicada colonoscopia para afastar doença inflamatória intestinal. Durante colonoscopia foi evidenciada grande quantidade de secreção espumosa sanguinolenta em todo trajeto intestinal, em cólon direito foi evidenciado polipo sésil de 1 cm, sendo realizada polipectomia, sem intercorrências, e em ceco, volumosas lesões vegetantes, de superfície lisa e regular, de aspecto cístico, circundando a luz intestinal, não foi possível identificar a válvula íleo-cecal. Durante a realização de biópsia evidenciou-se que algumas lesões diminuíram de volume. Anatomia patológica evidenciou polipo adenomatoso e pseudo lipomatose intestinal, com gás na parede intestinal. Submetido a hemicolectomia direita sem intercorrências, com alta no quinto pós-operatório. Estudo anatomo-patológico da peça confirmou o diagnóstico anterior. Discussão: a pneumatose intestinal e encontrada em menos de 0,5% dos exames endoscópicos. Frequentemente esta associada a uma doença sistêmica (doença pulmonar, imunossupressão, doenças do tecido conjuntivo, neoplasias) ou intestinal (colites, obstrução intestinal, trauma da mucosa). Os pacientes normalmente são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. O diagnóstico endoscópico e incomum, ocorrendo mais comumente durante

exame radiológico e por cirurgia. Complicações ocorrem em até 3 % dos casos: sangramento, obstrução, pneumoperitônio e volvo. O tratamento depende da doença de base, indica-se cirurgia na vigência de complicações ou com a presença de isquemia mesentérica.

PI64 - A IMPORTÂNCIA DO EXAME PROCTOLÓGICO COMPLETO E DA PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES COMO TRIAGEM DE DOENÇAS COLORRETAIS

CIQUINI, S.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO, E.I., FERREIRA, A.S., GUSMON, C.C., VARONI, A.C.C., VARONI, L.P.C.

1. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia- Hosp. Univer. da PUC-Campinas

Introdução: a colonoscopia é o método preferencial para diagnóstico do carcinoma colorretal. Ela permite a visualização de todo o cólon, a realização de procedimentos terapêuticos e a obtenção de diagnósticos histopatológicos. Porém, a sua utilização não está isenta de complicações e pode gerar custos impraticáveis a qualquer sistema de saúde, quando sem critérios de seleção. Assim, este exame deve ser recomendado para populações de maior risco e/ou após obtenção de resultados positivos em exames de triagem. Os procedimentos de baixo custo e de fácil execução são os mais recomendados como triagem para doenças colorretais. Objetivos: analisar o uso do sangue oculto nas fezes e do exame proctológico completo como métodos de triagem diagnóstica para doenças colorretais. Métodos: os autores analisam casuística de doentes com indicação de colonoscopia, atendidos no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário da puc-campinas, entre agosto de 2008 e fevereiro de 2009. Dentre 400 enfermos avaliados por triagem neste período, 80 foram submetidos à avaliação colonoscópica. Os critérios utilizados para indicação do exame de colonoscopia foram: história clínica, pesquisa de sangue oculto nas fezes e exame proctológico completo. Pacientes com doença orifical e sangue visível nas fezes não foram submetidos à pesquisa de sangue oculto. Resultados: dos 400 doentes selecionados, 80 (20%) apresentaram indicação de colonoscopia. Dos exames realizados, 14 (17,50%) foram normais. Dentre esses, a história clínica foi responsável por 10 indicações (71,43%), enquanto que o sangue oculto positivo foi responsável por 3 (21,43%) indicações e o exame proctológico por 1 (7,14%) indicação. Dos 66 (82,50%) que apresentavam algum achado colonoscópico, 26 (39,39%) também possuíam alguma alteração relevante no exame proctológico. A pesquisa de sangue oculto positiva foi a única alteração encontrada em 5 (7,57%) doentes com colonoscopias alteradas. Conclusões: quando se considera apenas a história clínica para indicação da avaliação colonoscópica há um grande número de exames normais. Já quando aliada a pesquisa de sangue oculto nas fezes e ao exame proctológico completo mostram-se métodos com alto valor preditivo positivo. Assim, podem ser utilizados como triagem diagnóstica das doenças colorretais.

PI65 - TRATAMENTO TRANSANAL DA ESTENOSE COLORRETAL COM GRAMPEADOR ENDOSCÓPICO: RELATO DE CASO

RODRIGUES, L.V.1, REGADAS, F.S.P.1, MURAD-REGADAS, S.M.1, FERNANDES, G.O.S.2, DIOGENES, C.V.V.N.1, SURIMÁ, W.S.1, SIEBRA, J.A.1, KENMOTI, V.T.1

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará - Hospital São Carlos

Introdução: a estenose de anastomose colorretal baixa ocorre entre 15-40% das cirurgias colorretais. O tratamento dessas estenoses pode

ser por dilatações digitais ou endoscópicas com balões; confecção de nova anastomose por laparotomia ou por aplicação de grampeador, por via retal; pela sutura manual após secção da fibrose, dentre outras. Objetivos: relatar o caso de uma paciente com estenose de anastomose colorretal submetida a tratamento transanal com grampeador endoscópico. Métodos: revisão de prontuário e entrevista com paciente. Resultados: paciente de 80 anos, em março de 1998, foi submetida a laparotomia exploradora e colostomia em alça no flanco direito, 24 horas após perfuração de sigmóide durante colonoscopia. Evoluiu bem e no ano seguinte, foi submetida à retossigmoidectomia por diverticulite, havendo lesão de ureter esquerdo. No pós-operatório da retossigmoidectomia, a paciente evoluiu com tenesmo, dor abdominal e dificuldade para defecar, apesar da orientação dietética e laxativos. À retossigmoidoscopia, constatou-se estenose acentuada da anastomose colorretal posterior, distando aproximadamente 7 cm da rima anal. Desde então, foram realizadas várias dilatações endoscópicas com balão hidráulico, com melhora transitória e posterior recidiva. Há 2 meses, optou-se pela utilização de grampeador endoscópico para secção da estenose. A operação foi realizada sob bloqueio anestésico raquimedular, com paciente em posição de litotomia e assistida por videocolonoscopia, que permitiu a secção da estenose. A operação durou 20 min. A paciente evoluiu sem queixas, recebendo alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Conclusões: a aplicação transanal do grampeador endoscópico no tratamento da estenose colorretal recidivante é um método simples, rápido e eficaz.

PI66 - PROCESSO INFLAMATÓRIO POR CORPO ESTRANHO SIMULANDO TUMOR DE CÓLON: RELATO DE CASO

RODRIGUES, L.V.1, REGADAS, F.S.P.1, MURAD-REGADAS, S.M.1, RIBEIRO, F.J.C.1, SIEBRA, J.A.1, FERNANDES, G.O.S.2, DIOGENES, C.V.V.N.1, VERAS, L.B.2

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: a ingestão de corpos estranhos como osso de galinha e espinha de peixe usualmente não tem consequências para o paciente e somente 5% destes casos necessitarão de tratamento cirúrgico. Os pacientes usualmente são pessoas idosas, doentes mentais, alcoólicos crônicos ou usam próteses dentárias e normalmente não percebem que ingeriram o corpo estranho objetivos: relatar o caso de um paciente com processo inflamatório por corpo estranho simulando tumor em cólon descendente. Métodos: revisão de prontuário e entrevista com paciente. Resultados: paciente de 77 anos, assintomático, em novembro de 2008, foi submetido à colonoscopia como prevenção de câncer colorretal. O colonoscópio não progrediu além do cólon descendente devido à "lesão vegetante que ocluía parcialmente a luz intestinal". Além da lesão, foram observados inúmeros óstios diverticulares no sigmóide e descendente. A lesão foi biopsiada e o anátomopatológico revelou processo inflamatório crônico, ulcerado, com formação exuberante de tecido de granulação e ausência de malignidade. No mês seguinte, realizou retossigmoidoscopia flexível com o mesmo achado endoscópico e histopatológico. O paciente evoluiu assintomático e, em julho de 2009, foi submetido a outra videocolonoscopia, quando foi evidenciada, no cólon descendente, área de intenso processo inflamatório que dificultou a passagem do aparelho, mas não impossibilitou o exame até o ceco. O processo inflamatório consistia em edema acentuado das pregas cólicas, vários óstios diverticulares e a presença de um corpo estranho (osso de galinha) aderido parcialmente a um dos divertículos. O osso foi retirado endoscopicamente por apreensão com pinça de biópsia. Não foi observada perfuração cólica, porém o paciente foi internado e permaneceu em jejum por 24 horas. Após 24 horas, manteve-se assintomático, com abdome flácido e indolor, sen-

do iniciada dieta oral. Após 36 horas, recebeu alta hospitalar sem intercorrências. Conclusões: corpo estranho (osso de galinha) pode causar processo inflamatório cólico, simulando endoscopicamente tumor intestinal. Sua retirada endoscópica é factível por método simples, rápido e eficaz.

P167 - CORRELAÇÃO DAS INDICAÇÕES E ACHADOS COLONOSCÓPICOS

MARINS SGR, PEREIRA RP, MIRANDA AC, CASTRO ME, PADILHA JA

1. HMP, Hospital Municipal da Piedade

Correlação das indicações e achados colonoscópicos marins sgr, pereira rp, miranda ac, castro me, padilha ja serviço de coloproctologia do hospital municipal da piedade (rio de janeiro/rj) Introdução: o exame de colonoscopia é hoje a principal ferramenta para diagnóstico e possível tratamento das doenças colorretais. Apesar de ser o exame padrão-ouro para a grande maioria das patologias incidentes no cólon e reto, possui um alto custo e risco de complicações. Objetivos: correlacionar as indicações com os achados colonoscópicos, visando estabelecer a real necessidade do exame com a sintomatologia apresentada. Métodos: analisar 500 laudos de colonoscopias, retrospectivamente, realizadas em nosso serviço, de 2006 a 2009. Resultados: dentre as principais indicações de exame estão: sangramento (25%), dor abdominal (18%), alteração de hábito intestinal (15%), diarreia (14%), anemia (10%), constipação (15%), história familiar (15%), diarreia (10%), constipação (7%), história familiar (5%) e emagrecimento (4%). Os principais achados colonoscópicos foram exames normais e pólipos, seguidos de doença diverticular, tumores e angiodisplasias. Conclusões: o exame colonoscópico é de alto custo e com risco de complicações clínicas (bradicardia, hipoxemia) e intrínsecas ao exame (perfuração intestinal), portanto mais estudos para avaliar o custo-benefício de acordo do exame com a sintomatologia são necessários.

P168 - COLITE AMEBIANA ASSOCIADA À ESPIROQUETOSE - RELATO DE CASO

SOLAK, C.R.1, RODRIGUES, M.R.3, MONTEMÓR NETTO, M.R.2, MILLÉO, F.Q.3

1. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa 2. Patologia Médica, Patologia Médica 3. SEDHV-PG, Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Vicentino

Introdução: a infecção colônica por entamoeba histolytica tem alta prevalência nos países em desenvolvimento. A infecção concomitante com outros patógenos como escherichia coli enteropatogênica, salmonella sp., giardia lamblia e rotavírus não é incomum. Poucos casos foram descritos na literatura médica de infecção concomitante entre amebíase colônica e espiroquetose. As espiroquetas intestinais, brachyspira aalborgi e brachyspira pilosicoli têm sido observadas em populações de pacientes imunocomprometidos, portadores da sída, principalmente em homens homossexuais, em regiões subdesenvolvidas ou em desenvolvimento. Manifestam-se clinicamente com diarreia, hematoquezia, dor e desconforto abdominal, ou de forma assintomática. A aderência de espiroquetas na superfície epitelial colônica observada no estudo anatomopatológico de biópsias colônicas é achado patognomônico da doença. Não há consenso específico para o tratamento nos casos de infecção concomitante, sendo o metronidazol a droga mais comumente utilizada. Objetivo: relatar o caso de um paciente com diagnóstico de colite amebiana e espiroquetose concomitantes, sugerido por estudo anatomopatológico. Relato de

caso: paciente sexo masculino, 44 anos, há 5 meses com queixas de vários episódios diários de diarreia com muco e sangue associado a dor abdominal em cólica. Sem história de imunossupressão e com teste hiv negativo. O exame parasitológico de fezes se mostrou negativo nas três amostras colhidas. Submetido a exame de colonoscopia que mostrou inflamação da mucosa colônica predominante em cólon direito e reto, com hiperemia e friabilidade mucosa além de úlceras aftóides. Realizadas biópsias, que evidenciaram inflamação crônica e inespecífica e presença de estrutura histológica condizente com entamoeba histolytica / trofozoítas e áreas focais de bordo azulado ao longo da superfície epitelial com aspecto da borda em escova das microvilosidades entéricas, sugestivas de espiroquetose. Houve melhora completa dos sintomas após tratamento com metronidazol via oral. Exame endoscópico de controle após o tratamento não mostrou inflamação mucosa no segmento retal. O diagnóstico histológico da colite infecciosa foi determinante para o correto tratamento do paciente.

P169 - INDICADOR DE QUALIDADE DE COLONOSCOPIA EM HOSPITAL BRASILEIRO DE PORTE MÉDIO

ORTOLAN, G.L., SOLAK, C.R., MONTERMOR NETTO, MALUCELLI, T.O., ACRAS, R.N.

1. SCMPG, Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa

Introdução a colonoscopia é um exame operador dependente, que apresenta taxas variáveis de detecção de adenomas entre os examinadores. Objetivo avaliar o tempo de entubação ao ceco, percentual de entubação do ceco, tempo de retirada do ceco ao reto, número de exames que detectou pólipos e adenomas. Métodos compilou-se os dados obtidos de 433 exames realizados no período de 13/04/07 a 04/06/08, por um profissional, com aparelho fujinon e o programa de captura de imagem infoco ii. Para obter o tempo médio de inserção ao ceco usou-se como critério de exclusão 20 pacientes por não ter sido mensurado, 17 por exame incompleto e 26 por apresentar ressecção colo-retal, totalizando 370 exames e obteve-se o tempo de 362,2 segundos. Para o percentual de exames completos, usou-se como critério de exclusão, os que apresentavam ressecção colônica, totalizando 407 exames e obteve-se 95,8% de entubação do ceco. O tempo médio de retirada do aparelho foi 427 segundos, baseado em 176 exames, e usou-se como critérios de exclusão, os exames incompletos, exames com ressecção colônica, 05 não mensurados e 209 exames nos quais foram realizados procedimentos. O número de exames que identificou pólipos foi 195. Para obter o percentual de exames que identificou pólipos, usou-se como critério de exclusão os 17 exames incompletos e totalizou 46,9%. O resultado obtido do exame anatomopatológico foi adenoma em 111, misto em 6, hiperplásico em 55, elevação mucosa não identificada como adenoma ou hiperplásico em 6 e exame anatomopatológico não localizado em 35. O percentual de adenomas identificados nos 416 exames foi 50,5% para o sexo masculino e 21,1% para o sexo feminino. Resultados o tempo médio de inserção ao ceco foi 362,2 segundos. O percentual de exames completos foi 95,8%. O tempo médio de retirada do aparelho foi 427 segundos. O número de exames que identificou pólipos foi 195 ou 46,9%. O resultado obtido do exame anatomopatológico foi adenoma em 111, misto em 6, hiperplásico em 55, elevação mucosa não identificada como adenoma ou hiperplásico em 6 e exame anatomopatológico não localizado em 35. O percentual de identificação de adenoma pelo sexo, nos 416 exames, foi 50,5% para o sexo masculino e 21,1% para o sexo feminino. Conclusão nesta amostra, obteve-se indicadores de qualidade comparados aos da literatura e índices de detecção de adenomas superiores aos recomendados.

P170 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS COLORRETAIS GIGANTES

MARQUES JR, O. W., POPOUTCHI, P., AVERBACH, M., PACCOS, J. L., CORREA, PAULO

1. HSL, Hospital Sirio Libanês

Introdução: a polipectomia endoscópica é a técnica de preferência para remoção da maioria dos pólipos colorretais. Devido ao potencial risco de malignidade e dificuldades técnicas, pólipos gigantes representam um desafio especial para o endoscopista. Os autores avaliaram a viabilidade, segurança e eficácia do tratamento endoscópico de pólipos maiores que 2,5 cm. Pacientes e métodos: polipectomias endoscópicas de 155 pólipos colorretais, maiores que 2,5 cm (variando de 2,5 a 12 cm), foram realizadas em 148 pacientes em um período de 14 anos. Trinta e um (20%) eram sésseis, 55 (35,5%) pediculados e 69 (44,5%) tumores de espalhamento lateral (lst). Pólipos sésseis e lst foram removidos com técnica de ressecção mucosa endoscópica (emr). Todas as lesões foram consideradas totalmente ressecadas endoscopicamente. A forma, tamanho, localização, característica histológica e a adequação da ressecção foram analisadas. O seguimento foi conseguido em 50% dos pacientes. Resultados: dos 155 pólipos removidos, 88,5% foram adenomas, 10,3% carcinomas invasivos e 1,2% hiperplásicos. Os pólipos pedunculados foram em sua totalidade ressecados em bloco. Lesões sésseis e lst de até 4 cm foram ressecadas em bloco; enquanto, lesões maiores que 4 cm, foram removidas com técnica fatiada. Quanto à distribuição: as lsts foram predominantes no cólon direito (63%); as lesões sésseis e pedunculadas foram mais frequentes em cólon esquerdo, 64,5 e 80% respectivamente. Cento e quarenta e três lesões (92%) foram consideradas ressecções endoscópicas completas com 12,5% de recorrência (18 lesões), que foram novamente ressecadas em 80% dos casos. Outras 12 lesões após primeira ressecção e 3 após segunda ressecção (lesões sem margem de segurança, lesões indiferenciadas, presença de invasão vascular ou "budding") foram submetidas a ressecções cirúrgicas complementar. Complicações somaram 7% das ressecções (10 sangramentos e 1 perfuração), tratadas endoscopicamente. Conclusão: a polipectomia endoscópica de pólipos gigantes, maiores de 2,5 cm, realizadas por grupo de colonoscopistas experientes é viável, efetiva e segura.

P171 - CORRELAÇÃO ENTRE INDICAÇÃO CLÍNICA E ACHADOS PATOLÓGICOS EM COLONOSCOPIAS DE PACIENTES COM MENOS DE 50 ANOS

CORTES, M.G.W., PAIVA, R.A., OLIVEIRA, T.A.N., ALVES, A.C., LAMOUNIER, P.C.C.

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: nos guidelines atuais para rastreamento de neoplasias colorretais recomenda-se a realização de rotina de colonoscopia de pacientes com 50 anos ou mais. Entretanto, é recomendada a realização do procedimento em pacientes mais jovens em situações especiais, como na presença de sintomas gastrointestinais como diarreia, perda de peso, presença de sangue nas fezes ou dor abdominal. Dependendo da literatura consultada mesmo na população jovem com doença orificial e hematoquezia é recomendada a colonoscopia. Objetivo: correlacionar a indicação do exame em pacientes com menos de 50 anos no período de 6 meses submetidos a colonoscopia no hospital felício rocho com os achados patológicos. Resultados: 44 pacientes com menos de 50 anos foram submetidos a colonoscopia no período de julho a dezembro de 2008. A idade média dos pacientes foi de 40,5 anos. As principais indicações foram: presença de sangue oculto nas fezes em nove (20,5%) casos, dor abdominal em oito (18,1%) casos, hematoquezia em seis (13,6%) casos, controle de doenças inflamató-

rias intestinais 4 (9,1%) casos, outras indicações 15 (34,1%) casos. Dos 15 pacientes com indicação por sangramento (macroscópico ou oculto) em 11 (73,3%) foram encontradas alterações na colonoscopia, sendo nove deles pólipos. Dos 8 pacientes que realizaram exame por dor abdominal em seis (75%) encontraram-se alterações, sendo três casos de diverticulose e três casos de pólipos. Nos pacientes em controle de doenças inflamatórias, foram observados somente achados das respectivas doenças. Conclusões: nos pacientes com sintomas gastrointestinais foram encontradas alterações em mais de 70% dos casos. Conforme recomendado na literatura, em nosso estudo evidenciou-se que em casos bem indicados, especialmente com queixas ou achados de sangramento ou dor abdominal deve-se proceder a propedêutica com colonoscopia independente da idade do paciente.

P172 - PRESENÇA DE GÁS VENOSO PORTAL INTRA-HEPÁTICO APÓS PERFURAÇÃO IATROGÊNICA DE CÓLON POR COLONOSCOPIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN

CORTES, M.G.W., LACERDA, A.F., ALVES, A.C., OLIVEIRA, T.A., PAIVA, R.A.

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a presença de gás venoso portal intra-hepático (gvph) está associada a uma diversidade de condições clínicas, tanto de evolução benigna como potencialmente letais. Causada pela passagem de gás após ruptura da barreira da mucosa, trata-se de condição rara, associada principalmente a isquemia intestinal. Outras causas possíveis são doenças inflamatórias intestinais não complicadas, úlceras pépticas, abscessos intra-abdominais e complicações de exames endoscópicos. Objetivo: relatar caso de manifestação rara de complicação de procedimento de colonoscopia diagnóstica. Relato: paciente de 28 anos com suspeita de doença de crohn, com baixa adesão ao tratamento, sem história de colonoscopia prévia. Apresentara abscessos e fístulas perianais prévias. Submetido a colonoscopia, notou-se sinais de doença aguda com inflamação em áreas do cólon direito com úlceras serpinginosas e pseudopólipos. Houve resistência durante a introdução do colonoscópio. À retirada percebeu-se área de laceração linear em cólon transverso sem identificação de área de perfuração. Optou-se por interrupção do exame. A tomografia evidenciou pneumoperitônio extenso e presença de gás no sistema porta hepático. Optou-se por laparotomia exploradora, sendo identificada área de perfuração em cólon transverso na borda mesentérica. Não havia alterações hepáticas. Realizada colorrafia simples. O paciente apresentou boa evolução, sem complicações recebendo alta no quarto dia de pós-operatório. Conclusão: o caso clínico descreve manifestação rara de doença inflamatória intestinal associada a perfuração iatrogênica do cólon com gvph. O diagnóstico diferencial com aerobilia pode ser difícil. Deve-se ter sempre em mente essa possibilidade para definição de melhor conduta para o paciente.

P173 - MANEJO ENDOSCÓPICO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

AVERBACH M, MARQUES JR OW, POPOUTCHI P, CORREA PAFF, ROSSINI GF, PACCOS JL

1. HSL, Hospital Sirio Libanes

Introdução: hemorragia digestiva baixa (hdb) é definida como o sangramento digestivo que se origina distalmente ao ligamento de treitz. Na maioria dos pacientes, a hemorragia cessa espontaneamente. Entretanto, em torno de 20% dos casos, o sangramento persiste, implicando numa conduta de urgência. A colonoscopia realizada nas primeiras 24 horas do sangramento revela a causa em torno de 74 a

90% dos casos. O tratamento endoscópico tem os objetivos de interromper a hemorragia, reduzir a recorrência, diminuir transfusões e evitar uma cirurgia. Não existe um consenso para o manejo da hemorragia baixa. Apesar de haver muitas estratégias para o diagnóstico e tratamento da hdb, acreditamos que a colonoscopia realizada entre 6 a 12 horas de apresentação dos sintomas é um procedimento seguro e com uma alta taxa de sucesso na localização e tratamento das causas específicas de sangramento do cólon e do reto. Objetivo: definir o papel da colonoscopia como método de eleição na avaliação dos pacientes com hdb na urgência. Métodos: no intervalo de janeiro de 1986 a outubro de 2008, 29209 colonoscopias foram realizadas no hospital sírio libanês por um mesmo grupo. Duzentas e trinta (0,79%) foram em caráter de urgência (entre 6 a 12 horas) por enterorragia franca. Após estabilização clínica, os pacientes receberam preparo anterógrado e realizam os exames sob sedação. Resultados: o diagnóstico definitivo foi possível em 147 pacientes (64%). Moléstia diverticular (16 pacientes), sangramento pós-polipectomia (16) e angiodisplasia (14) foram as principais causas de sangramento. Procedimentos terapêuticos foram realizados em 69 pacientes (49%), incluindo hemostasia com monopolar (13), injeção de agentes esclerosantes (34), uso do argon plasma (apc) e cliques metálicos (10 pacientes cada) e ligadura elástica (2). O controle do sangramento foi alcançado em 100% dos casos. Nenhuma complicação relacionada ao procedimento foi observada. Conclusões: os resultados descritos mostram os benefícios da realização da colonoscopia de urgência nos casos de sangramento digestivo baixo, tornando possível o diagnóstico e o tratamento na maioria destes pacientes.

P174 - EFICACIA E SEGURANCA DO PLASMA DE ARGONIO APLICADO ENDOSCOPICAMENTE NO TRATAMENTO DA RETITE ACTINICA HEMORRAGICA

VERBACH M, MARQUES JR OW, POPOUTCHI P, CORREA PAFP, LOBO EJ, ROSSINI GF, PACCOS JL

1. HSL, Hospital Sirio Libanes

Introdução: a proctite actínica e a mais relevante complicação da radioterapia para as neoplasias da pelve, ocorrendo em aproximadamente 5 a 20% dos pacientes. Clinicamente manifesta-se com sangramento anal (sintoma mais comum), tenesmo, diarreia, descarga mucóide e urgência fecal. Os sintomas iniciam até três meses após a irradiação na fase aguda, mas podem manifestar-se até anos depois na fase crônica. Não existe consenso para o manejo desta condição, existindo diversas formas de tratamento conservador com resultados variáveis. O uso do plasma de argônio (apc) tem sido descrito para o tratamento de lesões hemorrágicas do trato digestivo. Objetivo: este estudo visa determinar a eficácia e a segurança do plasma de argônio aplicado endoscopicamente no tratamento da retite actínica hemorrágica (rah). Métodos: quarenta e seis pacientes, sendo trinta e quatro homens com câncer de próstata, foram submetidos ao tratamento endoscópico com auxílio do plasma de argônio por rah, no período de dezembro de 1997 a fevereiro de 2008. Nove pacientes perderam seguimento e foram excluídos do estudo. A idade média foi de 68 anos, variando de 40 a 86 anos. Os sintomas iniciaram entre 3 a 84 meses do término da radioterapia. A escala clínica de chutkan foi eleita para classificar a intensidade do sangramento antes e após o tratamento. Todos os pacientes foram submetidos ao preparo do cólon anterógrado e o apc foi aplicado com um fluxo de gás que variou de 1,5 a 2,5 l/min numa potência de 60 w. Sessões complementares foram programadas de acordo com a necessidade. Resultados: oitenta e seis sessões foram realizadas em 46 pacientes. A média de número de sessões necessárias para cessar os sintomas foi de 1,87 por paciente. Cerca de metade (46%) dos pacientes obtiveram melhora no

sangramento retal após uma única sessão, e 35% após o segundo procedimento. Apenas uma complicação ocorreu; um sangramento retal massivo após o uso do apc, necessitando transfusão de glóbulos. A tolerância foi boa e nenhuma complicação a longo prazo foi observada. Conclusões: o uso do plasma de argônio aplicado endoscopicamente mostrou-se efetivo e seguro no tratamento do sangramento causado pela proctite actínica.

P175 - DOR NEUROPÁTICA APÓS HEMORROIDECTOMIA COM GRAMPEADOR

LACERDA-FILHO A, OLIVEIRA TAN, ASSUNÇÃO GMS

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a hemorroidectomia com grampeador (hg) é considerada como uma técnica eficiente para o tratamento de hemorroidas. Mesmo após recentes revisões demonstrarem maior recorrência da doença e maior necessidade de cirurgias adicionais, a hg continua oferecendo uma cirurgia menos dolorosa. Contudo, há relatos de pacientes que sofrem de dor aguda ou crônica no pós-operatório. Objetivo: relatar caso de dor severa em pós-operatório de hemorroidectomia com grampeador. Método: relato de caso e revisão da literatura. Relato: trata-se de paciente masculino, 25 anos, apresentando diagnóstico de prolapso hemorroidário crônico associado com sangramento e necessidade de redução manual. Indicado tratamento cirúrgico e realizado hemorroidectomia com o uso do grampeador circular pph-03 (ethicon endo-surgery, cincinnati, oh, usa). A linha de grampeamento ficou localizada a 5 cm da linha dentada e não houve sangramento imediato. Seis horas após o procedimento, o paciente evoluiu com severa dor anorretal responsiva apenas ao uso de morfina. O paciente recebeu anal após 36h com a recomendação de manter contato com a equipe cirúrgica. No 3o dia de pós-operatório (dpo), o paciente retornou ao hospital devido a manutenção da dor anorretal. Em virtude da dor, foi realizado exame retal sob sedação que evidenciou pequeno hematoma na linha de grampeamento. Mesmo com o uso de morfina e anti-inflamatórios, paciente apresentava episódios de dor importante. No 12o dpo foi realizada tomografia computadorizada de pelve e novo exame retal que não revelaram alterações. Neste momento, a equipe da clínica da dor aventou o diagnóstico de dor neuropática sendo iniciado gabapentina (1200mg/dia) e amitriptilina (25mg/dia). O paciente apresentou melhora completa da dor após 7 dias do tratamento e acompanhamento não evidenciou recorrência. Conclusões: o tratamento da dor neuropática é um desafio na prática clínica. A base terapêutica se baseia no uso de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e anestésicos locais. Neste caso, o sucesso do tratamento com o uso da associação de gabapentina e amitriptilina sugere a hg como causa desta complicação pós-operatória.

P176 - CORREÇÃO CIRURGICA DE ESTENOSE ANAL SEVERA - RELATO DE CASO

MENDES, CRS, SOUZA, JAS, CARVALHO, ACM, FILHO, EFA, OLIVEIRA, MVC, FILHO, ACC, SILVA, FFA, SANTOS, RMR

1. HGRS, Hospital Geral Roberto Santos

Objetivo: relatar um caso de estenose anal pós-exérese de condiloma material e métodos: paciente do ambulatório de coloproctologia do hospital roberto santos resultados: trata-se de js masculino 57 anos com queixa de dificuldade para realizar dejeções com fezes afiladas. Nega perda ponderal ou sangramentos. Refere que em 2003 foi submetido a cirurgia para megacolon com confecção de colostomia sendo feito a reconstrução do trânsito em 2005. Em 2006 foi realizada ressecção de condiloma anal em serviço não especializado repetindo

procedimento semelhante em 2007. Evolui com estenose severa de canal anal procurando nosso serviço para correção do mesmo. Ao exame nota-se extensa fibrose do canal anal com dois orifícios fistulosos por onde eram realizadas dejeções, com grande dificuldade. Submetida a ressecção da estenose com ressecção das fístulas sendo identificada grande fibrose na luz do reto que foi ressecado com exposição do reto que foi fixado à parede da região glútea. Conclusão: a estenose anal é a perda da complacência elástica da abertura anal por fibrose sendo uma das mais desagradáveis complicações de cirurgia orificial ou de doença do anus. Ela pode ser congênita ou adquirida como no caso acima. Tem a hemorroidectomia 31% como principal etiologia pós operatória e a eletrocauterização de condilomas anais extensos e profundos como a sexta causa de estenose 6%. Os principais sintomas associados a essa patologia são: dor anal, constipação intestinal, sangramento, diminuição do calibre das fezes e cólicas abdominais. O tratamento clínico com uso de fibras, laxantes e dilatações digitais faz com que o paciente evacue porém não resolvem a causa do problema sendo usado por muito tempo atrás pelos cirurgiões não especializados. O tratamento cirúrgico é necessário quando a fibrose se encontra presente, tendo inúmeras técnicas de anoplastia propostas, sendo adaptado em cada caso pelo cirurgião, fato esse realizado no caso acima onde foi identificada grande fibrose anal com dois orifícios fistulosos fazendo a ressecção do mesmo. O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com continência anal preservada em processo de cicatrização da ferida.

P177 - TRAUMA ANORRETAL
ABRAHAO, PC

1. FURG, Universidade Federal de Rio Grande

Relato de oito casos de traumatismo anorretal atendidos no período de 2000 a 2008 no hospital são sebastião mártir de venancio aires-rs. Foi estudado em relação ao diagnóstico, tipos de lesões e tratamento. O tratamento consistiu em sutura das lesões e drenagem em 4 casos, colostomia em 2 casos e sutura primária da lesão sem colostomia em 2 casos. Foi usado terapêutica antimicrobiana, antitética e o fechamento da colostomia quando completa cicatrização das feridas e controle da infecção. Não ocorreram óbitos.

P178 - TUBERCULOSE ANAL- RELATO DE CASO

RENATA POZZI, SABRINA GOECKS, ANTONIO MIRANDA, MARIA EDUARDA, JOSE PADILHA, DINA RODRIGUES
1. HMP, HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE

Introdução: a fístula perianal é a complicação mais comum entre as manifestações anorretais da tuberculose. Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de fístula perianal complexa com tratamento conservador (sedenho). Resultado: em posterior investigação da etiologia da fístula o paciente apresentou ppd forte reator, sem sinais ou sintomas de doença pulmonar. Tratado com esquema rip evoluiu com completa cicatrização dos trajetos fistulosos. Conclusão: na presença de fístula perianal complexa é importante tentar firmar o diagnóstico diferencial com tuberculose, visto que o tratamento é diferente.

P179 - NECROSE ISQUÊMICA DE LINHA PECTÍNEA: QUAL O DIAGNÓSTICO?

LUPORINI, R.L., SIPRIANI JR, L.V., MARCIANO, R.L., BASSO, M.P., CHRISTIANO, A.B., GONÇALVES FILHO, FA, MELO, M.M.C., NETINHO, J.G.
1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: esse relato trata-se de um caso de difícil definição diagnóstica, sendo que, após incessante busca por casos semelhante, foi possível caracterizá-la como noma neonatoum-simile. Objetivo: relatar um caso raro que levou a grande dúvida diagnóstica em nosso serviço. Relato de caso: asp, sexo feminino, 16 anos, internada para investigação devido a hiporexia, adinamia, pancitopenia e febre, sendo diagnosticada como leucemia linfoblástica aguda (através de punção de medula óssea) e neutropenia febril. Associado ao quadro apresentava proctalgia, diarreia sanguinolenta, sendo realizado avaliação sob sedação (devido dor extrema a tentativa de toque retal), observando-se área necrótica anelar em região de transição mucocutânea de ânus (linha pectínea) de aproximadamente 1 cm de largura. Realizado biópsias do local, constatando-se necrose isquêmica dermo-hipodérmica extensa com numerosas colônias bacterianas de permeio (pseudomonas aeruginosa). Realizado tratamento com antibioticoterapia (cefazidima, amicacina e metronidazol) e quimioterapia, apresentando boa evolução e cicatrização da região. Discussão: o diagnóstico assemelhou-se a uma doença rara chamada de noma neonatorum, descrita por Ghosal em 1977 (Índia) que acomete principalmente a junção mucocutânea oral de neonatos, mas pode acometer em ocasiões raras outras regiões como a anal, tendo como principal agente bacteriano a pseudomonas aeruginosa (86%).

P180 - TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN - RELATO DE DOIS CASOS

CHRISTIANO, A.B., MIQUELIN, A.R., PEBALIN, M.L.P., BASSO, M.P., LUPORINI, R.L., MARCIANO, M.R., SIPRIANI, L.V., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: o tumor de buschke löwestein (tbl), conhecido também por condiloma gigante, é um tumor exofítico, em forma de couve-flor, relacionado ao papiloma vírus (especialmente aos tipos 6 e 11). O tbl é transmitido essencialmente através do intercuro sexual, o que torna a educação sexual uma forma de prevenção da doença e de suas complicações. Pode acometer a região perianal e genital. Objetivo: relatar casos de condiloma gigante e fazer uma breve revisão da literatura. Relato de casos: paciente d. A. F. , 74 anos, masculino, com sorologias negativas para hepatite b, c, hiv e sífilis, com lesões verrucosas anal há 3 meses, dolorosas. Não havia alteração do ritmo intestinal. Na retossigmoidoscopia evidenciou lesões verrucosas gigantes acometendo região anal até um centímetro do canal anal, feito biópsia destas que constatou condiloma tipo viral acuminado, coilocitose, sem atipias. Paciente submetido a tratamento cirúrgico, com excisão radical da lesão. O anatomo-patológico confirmou o resultado da biópsia. Paciente o. O. S. , 37 anos, masculino, com sida há 6 meses sabidamente e neurotoxoplasmose , queixa-se de verruga em região anal há 1 ano, nega sangramentos, saída de secreções e dor local. Negava alterações em ritmo intestinal. Apresentava lesão verrucosa circunferencial em margem anal de aproximadamente oito centímetros. Realizou-se exêrese de lesão. O anatomo-patológico das lesões anais constatou condiloma tipo viral acuminado. Discussão: o tbl é uma doença rara com poucos casos descritos na literatura mundial . É preconizado o tratamento precoce com acompanhamento posterior das lesões como principal estratégia, devido ao potencial de malignização 56%. O tratamento mais utilizado, pois possui as menores taxas de recorrência, é a excisão local do tumor, associado ou não a eletrocauterização anal.

P181 - RELATO DE CASO - TRATAMENTO DE FÍSTULA PERINEAL EM PACIENTE COM PROCTODEU

REIS NETO, REIS JÚNIOR, ODORINO KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES, SÉRGIO BANCI, LUCIANE HIANE, DANIELE SAITO
1. CRN, Clínica Reis Neto

Relato de caso - tratamento de fístula perineal em paciente com proctodeu Reis Neto Ja, Reis Júnior Ja, Neto Js, Kagohara Oh, Banci So, Oliveira Lh e Anjos Ds. Clínica reis neto - campinas / sp Introdução: o proctodeu é formado pela invaginação do ectoderma com o endoderma da extremidade posterior do tubo digestivo primitivo originando a linha pectínea. O terço inferior do canal anal desenvolve-se do proctodeu, na nona semana, quando a membrana anal se rompe. Falha dessa ruptura ou no desenvolvimento da fossa proctodeal resulta em uma ou mais formas de malformações do ânus. Objetivo: reportar um caso raro de persistência do proctodeu. Métodos: estudou-se o caso de um paciente, sexo masculino, 25 anos, que após procedimento cirúrgico realizado em outro serviço para exérese de cisto pilonidal perineal, relatava dor local intensa e ferida de difícil cicatrização com secreção fétida. Paciente levado ao centro cirúrgico da clínica e submetido a exame proctológico sob sedação venosa em posição de Sims. Resultados evidenciou-se presença de nódulo perineal em área cicatricial na linha média anterior, que foi drenado com saída de secreção purulenta. Com o auxílio de um estilete, cateterizou-se uma fístula transesfinceteriana. Realizou-se fistulotomia com curetagem do trajeto. Observou-se em região posterior ao ânus normal, na linha média posterior, uma depressão cutânea, que apresentava-se como um segundo ânus, porém em fundo cego, correspondendo ao remanescente do proctodeu. Conclusões: paciente evoluiu bem, com completa cicatrização e sem recidiva após um ano.

P182 - FISSURA ANAL COMO MANIFESTAÇÃO ANORRETAL DA LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA M3

JESUS EC, JUNIOR, TS, SOUZA, MCT

1. Uni-FOA, Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda

Introdução: as fissuras são freqüente em ambulatório de cirurgia. Quando provocada por quadro de leucemia mielóide aguda m3 em paciente até então, assintomático é um desafio ao cirurgião. Objetivos: relatar caso raro de paciente jovem, sem história patológica pregressa, com proctalgia intensa e fissura anal, submetido à fissurectomia com esfinceterotomia apresentando manifestações clínicas de infecção e hemorragia no pós-operatório diagnosticado portador de leucemia mielóide aguda m3. Métodos: masculino, 38 anos, dor intensa anal, 2 picos febris à 3 dias em uso de cipro e tilatil à 1 semana com piora progressiva da dor e hematocitose. Toque retal extremamente doloroso. Retoscopia normal, canal anal: fissura profunda e bordos edemaciados. Indicado cirurgia: fissurectomia com esfinceterotomia e exploração de edema em borda da fissura sem sinais de abscesso submucoso. Prescrito metronidazol e cefalexina 7 dias. Após 7 dias, melhora da dor, mas pico febril no 5 dia de pós-operatório. Ferida sem secreção, mas paciente pálido e cansado. Solicitado hemograma entregue no 10 dia leucócitos: 10.700, bastões 7%, metamiel: 4%, segment: 17%, linfócitos 73%, monócitos 4%. Plaquetas 29.000 p/mm³. Hb 7.4, ht 22% he 2,26 milhões. Encaminhado ao CTI, punção venosa profunda e realizado tomografia abdominal normal. Iniciado clindamicina e cefepima, transfusão de sangue e plaquetas. Indicado nova cirurgia: reavaliação da ferida e colhido cultura, sem presença de coleções ou necrose local. Paciente iniciou sangramento em cavidade oral após extubação e necessitou ser reentubado. Melhora laboratorial após 24 horas: 150.000 plaquetas, hb: 7 e ausência de leucocitose e desvio à esquerda. Suspensão antibiótico. No 30 dia de CTI foi extubado, porém piora dos exames: leuc: 16.019, metamiel: 2%, bastões: 4%, segment: 11%, linfócitos: 78%, monócitos 5%. Anisocitose, linfócitos

atípicos. Solicitado parecer hematologista: leucemia mielóide aguda pelo exame do sangue periférico. Resultados: transferido para hospital Albert Einstein e classificado como FAB: M3. Encontra-se em tratamento quimioterápico no Hospital AC Camargo. Conclusões: apesar de rara, as manifestações da leucemia mielóide aguda como febre, astenia, palidez, hematomas, infecções freqüentes, cicatrização lenta de cortes, devem ser de conhecimento do cirurgião. São descritas feridas que aparecem e reaparecem na boca e no lábio e neste caso chamamos atenção para ferida que se manifestou na região da mucosa anal e simulou uma fissura anal.

P183 - FISSURA ANAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E MANOMÉTRICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS A ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA SUBCUTÂNEA

ROSA, V.F., SOUZA, G.G.C., SILVA, S.M., ALMEIDA, R.M., BERFORD, F., FILHO, J.G., SOUSA, J.B., OLIVEIRA, P.G.

1. UNB, Universidade de Brasília

Objetivo: investigar as características clínicas e manométricas de pacientes submetidos à ELIS devido à fissura anal crônica e correlacionar o resultado clínico e o tempo de cicatrização da fissura com as alterações manométricas decorrentes do procedimento operatório. Material e métodos: estudo prospectivo de pacientes portadores de fissura anal crônica já com indicação para tratamento cirúrgico. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, questionário e manometria anorretal (MA) na semana anterior ao procedimento cirúrgico. No pós-operatório, os pacientes foram avaliados a cada 15 dias até a cicatrização completa da ferida operatória. Os questionários e a MA foram repetidos após a operação. Foi avaliado o tempo para cicatrização completa da fissura anal, complicações precoces e tardias, o índice de incontinência pós-operatória, as alterações manométricas decorrentes do procedimento e o grau de satisfação do paciente resultados: seis pacientes participaram do estudo, sendo cinco do gênero feminino e um do gênero masculino. A média das idades foi de 29,6 anos. A duração média dos sintomas foi de 63 meses. Metade dos pacientes referiu remissão completa dos sintomas na avaliação final e os demais referiram melhora significativa. Apenas uma paciente apresentou incontinência transitória para flatos. Todos os pacientes apresentavam pressões máximas de repouso elevadas no pré-operatório (hipertonía esfinceteriana interna). Houve declínio destes valores na avaliação final em todos os casos (tornando-se normais ou próximos aos valores de referência), porém metade dos pacientes apresentou valores mais elevados que os iniciais na avaliação manométrica intermediária as pressões máximas de contração acompanharam as variações das pressões de repouso. Houve cicatrização completa da fissura em 5 dos 6 pacientes avaliados. O tempo de cicatrização variou de 15 a 45 dias, com mediana de 30 dias. Não houve complicações precoces ou tardias decorrentes do procedimento. Conclusão: no presente estudo, a esfinceterotomia lateral interna subcutânea proporcionou melhora clínica e diminuição das pressões dos esfínteres anais em pacientes portadores de fissura anal crônica.

P184 - ADENOCARCINOMA EM GLÂNDULA APOCRINA PERIANAL

RAMOS, F.F., MENDONÇA, M.Q., PINTO, S.A., PINTO, T.D.A., GABRIEL-NETO, S., GABRIEL, A.G., OLIVEIRA, E.C.

1. UFG, Faculdade de Medicina

Adenocarcinoma de glândulas cutâneas perianais são raros sendo a maioria de publicados como relatos de caso. Os sintomas mais frequentes são dor e prurido anal e sangramento retal. Neste trabalho

relatamos um caso de adenocarcinoma em glandula apocrina perianal. Paciente masculino, 56 anos, com historia de tumoração anal há mais de 20 anos com secreção purulenta. Há 6 meses com dor anal intensa. Ao exame fisico apresentava lesão vegetante/verrucosa em quadrante lateral esquerdo de $\pm 15 \times 10$ cm². Tc de abdome e tórax eram normais. Colonoscopia era normal com reto e canal anal sem infiltração pela lesão. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica da lesão. Evoluiu sem intercorrências. O exame histopatológico mostrou adenocarcinoma tubular infiltrando derme e subcutâneo. Estudo imuno-histoquímico pela técnica da streptoavidina-biotina-peroxidase em que foram utilizados os seguintes anticorpos: 1. Ceratina de alto peso molecular = (+); 2. Ceratina de baixo peso molecular = (+); 3. Citoceratina 7 (+); 4. Citoceratina 20 (-); 5. Cea = (+); 6. Vilina = (+); 7. Ki-67 (+) em 40% das células neoplásicas. Perfil imuno-histoquímico compatível com adenocarcinoma tubular aneural perianal. O paciente recusou terapia adjuvante e não retornou para seguimento. Concluímos que este caso é muito raro na literatura com poucos relatos, de evolução insidiosa e o tratamento principal é a excisão cirúrgica.

P185 - ADENOCARCINOMA DE RETO COMO CAUSA DE SINDROME DE FOURNIER

SOUSA-NETO, A.T.2, ZORZIM, R.Q.2, CONDE, B.N.S.S.1, PINTO, S.A.2, GABRIEL, A.G.1, GABRIEL-NETO, S.1, OLIVEIRA, E.C.1
1. UFG, Faculdade de Medicina2. HUGO, Hospital de Urgencias de Goiania

A síndrome de fournier consiste em uma infecção gangrenosa em região perineal evoluindo para fasciite necrotizante e envolvimento progressivo das regiões genital e perianal, acometendo principalmente homens adultos paciente maculino, 48 anos, fazendeiro, com queixa de dor retal há 4 meses após queda de cavalo. Evoluiu com piora da dor e eliminação retal de secreção piosanguinolenta. Ao exame apresentava volumoso abscesso perianal com necrose tecidual. Ausencia de linfonodomegalias. Submetido a drenagem do abscesso e desbridamento dos tecidos necrosados sendo identificada pelo toque retal lesão vegetante e estenosante a 3 cm da margem anal. Utilizou-se antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol. O paciente evoluiu bem, necessitou de mais uma sessão de desbridamento da ferida perianal. No 9o po foi realizada um sigmoidostomia em alça. A biopsia revelou um adenocarcinoma tubular de reto baixo. A tc abdome mostrou multiplas lesões hepaticas. O paciente recebeu alta com 13 dias de internação hospitalar, com programação de quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. Concluímos que embora mais raras as neoplasias anorretais entram no diagnostico etiológico dos abscessos perianais.

P186 - TRATAMENTO DE FÍSTULAS ANAIS COM PLUG AFP SURGISIS

BORBA, MR1, AZEVEDO, BC1, BROCHADO, M.C.R.T.1, MARQUES, C.F.S.1, MORY, E.K.1, OTOCH, J.P.1
1. FMUSP, Faculdade de Medicina USP2. HSL, Hospital Sírio Libanês

Introdução: os procedimentos cirúrgicos para o tratamento de fístulas anais são compostas por diferentes técnicas dolorosas e desconfortáveis. Além disso, podem ocasionar variados graus de incontinência fecal. Recentemente, foi introduzido no mercado nacional o plug surgisis afp da cook medical. Trata-se de um plug suturável de colágeno biodegradável que deve ser introduzido e fixado no trajeto fistuloso. Estudos iniciais demonstram eficácia de até 87% no fechamento de fístulas anais. Objetivo: avaliar os resultados do uso do plug surgisis afp no tratamento de fístulas diversas em pacientes adultos e

pediátricos, em um período de 2 anos materiais e métodos: foram selecionados 10 pacientes com idade variando entre 6 meses e 62 anos com fístulas transesfincterianas para avaliação do uso do plug anal, no período de fevereiro de 2007 a maio de 2009 resultados: o tempo médio de procedimento foi de 20 min e tempo de internação de 1 dia . Houve uma taxa de sucesso de 70 % dos casos. Nenhuma complicação foi verificada no período de pós-operatório. O plug foi bem tolerado por todos os pacientes, sendo mantidos sem maiores queixas sob uso de analgésicos comuns, porém em três pacientes houve recidiva da fístula anal, se dno que em um paciente foi usado novo plug e novamente sem sucesso conclusão: o uso de plug surgisis afp mostra-se promissor no tratamento de fístulas anais transesfincterianas, apresentando bons resultados e boa tolerabilidade por parte dos pacientes, necessitando de seguimento maior.

P187 - CISTO CILIADO DE REGIAO PERINEAL - RELATO DE CASO

MENDES, C.R.S, SAPUCAIA, R.A., FERREIRA, L.S.M, PAIVA, G.R., ANDRADE, R. G.
1. HSI, Hospital Santa Izabel

Objetivo: relatar um caso de cisto ciliado de região perianal material e métodos: paciente do ambulatório de coloproctologia do hospital santa izabel. Resultados: trata-se de paciente sexo masculino 54 anos, atendido no ambulatório de coloproctologia com queixa de tumoração perineal com aumento gradativo causando incomodo ao sentar e à higiene. Ao exame nota-se tumoração perianal posterior, subcutânea, arredondada, de consistência fibroelástica que abaula a pele dessa região sugestivo de lipoma. Toque retal abaulamento do canal posterior, anusocopia sem alterações. Submetido a tratamento cirúrgico com ressecção do mesmo após anestesia local e sedação sendo notada lesão amarelo esbranquiçada de aproximadamente 3,0 cm x 2,5 cm x 1,0 cm. Material encaminhado para anatomia patológica, com diagnostico de cisto ciliado de região perineal conclusão: o cisto ciliado de região perianal é uma lesão rara de comportamento benigno, que tem como origem remanescente embriológicos da membrana cloacal. É mais comum em mulheres jovens não sendo o caso descrito acima, que se trata de um paciente do sexo masculino na quinta década de vida. Existem na literatura 18 casos relatados ate o momento, sendo encontrados nas extremidades, como pés, mãos e região perianal. A anatomia patológica demonstra a epiderme normal com lesão cística no corion ao maior aumento podendo observar a presença de epitélio estratificado ciliado, como demonstrado no caso acima. O paciente se encontra sem queixas, e vem em acompanhamento ambulatorial com exame físico sem alterações.

P188 - ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA DOENÇA DE BOWEN SACROCOCCÍGEA – RELATO DE CASO

CIQUINI, S.A., ALVES, A.C.N., NISHIMOTO E.I., FERREIRA, A.S., VARONI, A.C.C., GUSMON C.C.
1. PUC-CAMPINAS, Serviço de Coloproctologia – Hosp. Univer. da PUC-Campinas

Introdução: a doença de bowen é descrita por bowen, jt em 1912 como um carcinoma in situ de células escamosas cutâneas. Sua ocorrência na região sacrococcígea é incomum, geralmente ocorrendo em mulheres na quinta década de vida. Pode apresentar-se de diversas formas morfológicas: lesões em placa de contornos nítidos, irregulares, salientes, eritêmato-descamativas ou até verrucosas, com hipo ou hiperpigmentação; eventualmente, exulceradas. De evolução lenta e

progressiva, geralmente é assintomática ou caracterizada por queixas inespecíficas, como dor local, irritação, prurido e sangramentos. Quando não tratada pode evoluir para carcinoma epidermóide invasivo. O tratamento é geralmente cirúrgico, realizado por excisão local com margens adequadas. Também pode ser realizada vaporização por laser, crioterapia ou terapia fotodinâmica. Geralmente evolui para a cura após tratamento inicial. Objetivos: analisar os aspectos diagnósticos e terapêuticos da doença de bowen sacrococcígea. Métodos: os autores relatam o quadro clínico de portadora de doença de bowen em região sacrococcígea, considerando aspectos diagnósticos e terapêuticos empregados. Resultados: apresenta-se o quadro de doente do sexo feminino, 70 anos, com antecedente de linfoma não hodgkin baixo grau em acompanhamento. Apresentava lesão eritematosa em região sacral há 1,5 anos sem sintomas locais. O exame físico demonstrou lesão eritematosa, plana, bem delimitada, com áreas de descamação de aproximadamente 5 cm. Sua biópsia confirmou doença de bowen. Realizado exérese da lesão com margem cirúrgica confirmada a histopatologia. Em acompanhamento ambulatorial apresentou evolução satisfatória, sem intercorrências. Conclusões: conclui-se a importância de um diagnóstico preciso com a realização de biópsia da lesão quando houver suspeita de doença de bowen. O tratamento cirúrgico tem sido recomendado por apresentar menores índices de recidiva. Sugere-se acompanhamento por um período nunca inferior a 10 anos.

P189 - ESTENOSE DE CANAL ANAL PÓS TUBERCULOSE PERIANAL: RELATO DE CASO

LUPORINI, R.L., SIPRIANI JR, L.V., MARCIANO, M.R., CHRISTIANO, A.B., BASSO, M.P., GONÇALVES FILHO, FA, CUNRATH, G.S., NETINHO, J.G.

1. FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: tuberculose era e permanece sendo um grande problema de saúde pública. Um terço da população mundial esta infectada pelo bacilo da tuberculose. Frequentemente envolve o pulmão. Raramente acomete outros órgãos, como o trato gastrointestinal. Acometimento anoperineal é extremamente raro. Uma complicação possível após o tratamento da tuberculose perianal trata-se da estenose do canal anal, fato que iremos relatar nesse caso em questão. Objetivo: relatar um caso raro de tuberculose perianal e sua evolução com estenose de canal anal após o tratamento específico. Relato de caso: vac, sexo masculino, 38 anos, com queixa de hiporexia, febre vespertina diária e emagrecimento de 20 kg em 4 meses. Associado ao quadro apresentava lesão verrucosa em região perianal há 3 anos. A biópsia de tal lesão evidenciou tratar-se de tuberculose perianal. Outros exames constataram que o mesmo também estava com tuberculose pulmonar e hiv negativo. Submetido a tratamento com esquema rip (rifampicina, pirazinamida e isoniazida) por 6 meses evoluindo com melhora progressiva da lesão. Entretanto, o mesmo evoluiu com estenose do canal anal devido a cicatrização da lesão e fibrose, sendo necessária a confecção de transversostomia e múltiplas sessões de dilatação do canal anal com velas de hegar e tentativas de cirurgias com confecção de retalhos para correção, até o momento sem sucesso. Discussão: o acometimento perianal da tuberculose é uma condição rara. Trata-se de menos de 0,7% dos casos de tuberculose. O diagnóstico é difícil, exigindo um alto nível de suspeita. Especialmente nos casos com tuberculose perianal exclusiva. Pode apresentar-se sobre várias formas: fístula recorrente, fissuras ulcerosas que não cicatrizam, abscessos e crescimento verrucoso. No caso apresentado, a lesão apresentou-se como uma ulceração perianal acometendo toda a circunferência da região perianal. O diagnóstico é confirmado após avaliação histopatológica e bacteriológica. Deve se atentar para o diagnósticos

diferenciais com doença de crohn e doenças venéreas. O tratamento consiste de antibioticoterapia específica (como a apresentada no caso) e em algumas situações existe a necessidade de intervenção cirúrgica (abscesso, fístula, obstrução). Após o tratamento, devido a cicatrização da lesão, pode ocorrer fibrose na área previamente acometida pela doença, com estenose anal, fato ocorrido com nosso paciente, sendo o tratamento cirúrgico a melhor alternativa.

P190 - CÂNCER BASOCELULAR (CBC) PERIANAL: APRESENTAÇÃO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

RODRIGUES, F.G, FARIA, F.F, LIMA-JR, A.C.B, OLIVEIRA, R.G, BRAGA, A.C.G, GOMES DA CRUZ, G.M

1. SCBH, Santa Casa Belo Horizonte

Introdução: carcinoma basocelular (cbc) é a lesão cutânea maligna mais comum, acometendo principalmente áreas expostas ao sol. Lesões ocorrendo em áreas não-expostas são raras, ainda mais na região perianal. Apresentação de caso: paciente jfcf, 55 anos, sexo masculino, com desconforto perianal há um ano, negando dor, prolapso e sangramento às evacuações. Hábito intestinal diário com esforço as evacuações. Colonoscopia normal e história familiar negativa para neoplasias. Ao exame nota-se uma lesão nodular, ulcerada, com pontos enegrecidos, endurecida, indolor, na borda anal esquerda, com 1,5 cm. Submetido à ressecção de lesão de borda anal, boa evolução pós-operatória. O ehp revelou uma neoplasia epitelial de células basalóides em agrupamentos rodeados por células em paliçada, com freqüentes figuras de mitoses e focos esparsos de exsudato grânulo-mononuclear, compatível com epiteloma basocelular. Discussão: calcula-se que o cbc perianal represente 0,2 % dos tumores anorretais, não havendo mais que 200 casos relatados na literatura. É mais comum na sétima década de vida, em homens, e, em decorrência de seu crescimento ser lento e causar poucos sintomas, o diagnóstico freqüentemente é feito após vários anos de evolução. O achado físico é o de uma massa perianal de cerca de 1 - 10 cm, com bordas elevadas e ulceração central, com aspecto nodular e firme, podendo apresentar telangectasias finas. Sangramento, dor, secreção perianal, prurido ou ulceração, podem ser a motivação para a consulta ao coloproctologista. São incomuns invasão do canal anal e metástases. Tratamento: é cirúrgico, com margens livres de pelo menos 10 mm. Havendo recorrência local deve ser efetuada nova excisão. Havendo invasão da linha pectínea a cirurgia deve ser mais agressiva (amputação abdominoperineal). É necessário se proceder ao diagnóstico diferencial com o carcinoma basalóide de epitélio transicional, que tem evolução mais agressiva, com tendência a metástases precoces. Radioterapia e crioterapia são indicadas frente a contra-indicação cirúrgica; e, o imiquimod tem sido indicado em tais casos. Conclusão: cbc é uma neoplasia cutânea maligna rara na região perianal, não havendo grandes séries registradas. A evolução insidiosa pode retardar o diagnóstico. A cirurgia com boa margem de segurança é uma indicação formal, somente indicando-se a rt ou crioterapia em casos de lesões volumosas.

P191 - RELATO DE CASO: TUMOR PERIANAL – SARCOMA DE EWING

FORMAGGINE, L.A, PETROSEMOLO, R.H, BARBI, R.R, PANDELO, A.P, LEAL, T, MIRANDA, A.M

1. HGA-RJ, Hospital Geral do Andaraí

Introdução: a família de tumores de ewing compreende um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, que são células embrionárias que migram da crista neural. Esses tumores acometem primariamente osso e tecido mole. Objetivo: relatar um caso de sarcoma

de ewing perianal diagnosticado numa paciente de 14 anos, atendida no hospital geral do andaraj Rio de Janeiro RJ e realizar revisão bibliográfica sobre o assunto. Paciente e métodos: t. S. B, 14 anos, parda, estudante, moradora de realengo, natural do rio de janeiro, procurou a emergência do hospital referindo, fraqueza febre diária, dor e caroço ao redor do ânus, observado há 15 dias. Atendida pelos médicos do spa, foi solicitada avaliação pelo serviço de coloproctologia, com diagnóstico de lesão anal a esclarecer. Na inspeção observamos grande área endurecida perianal, dolorosa, de superfície irregular, elevada, de limites imprecisos, com hipertermia e hiperemia local, sem área de flutuação. Devido ao grande desconforto da paciente, optamos por realizar exame proctológico sob anestesia, no centro cirúrgico, e biopsia da lesão. Apresentando anoscopia e retossigmoidoscopia normal, sem lesões de mucosa, com biópsia conclusiva de sarcoma de ewing/ pnet. Resultado. Tumores indiferenciados que ocorrem em tecido mole são denominados sarcoma de ewing extra-ósseo e tumores de tecido mole com características neurais são denominados pnet. O diagnóstico é mais frequente na segunda década de vida (64%), seguido da primeira década de vida (27%), sendo que 9% podem ocorrer na terceira década de vida. Dados de 18 estudos dos eua, europa e japão, que incluíram 1505 pacientes, mostraram a seguinte distribuição: sarcoma de ewing do osso (87%), sarcoma de ewing extra-ósseo (8%), pnet ósseo e extra-ósseo (5%) o tratamento de sarcoma de ewing requer erradicação do tumor no local primário, com cirurgia e radioterapia; em sítios metastáticos ou micrometastáticos, com quimioterapia. Conclusão: o sarcoma de ewing extra-ósseo, com localização perianal, é uma patologia extremamente rara, de etiologia desconhecida, de prognóstico reservado, e com tratamento combinado, com quimioterapia seguida de cirurgia ou radioterapia.

P192 - CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL ESTADIO IV – COMPLICAÇÕES CLÍNICAS DE DOENÇA AVANÇADA

FORMIGA FB, CREDIDIO AV, ROSA DL, KLUG WA
1. SCMSp, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: o carcinoma epidermóide é o tumor mais comum do canal anal, sendo responsável por 85% das lesões malignas dessa região. Objetivo: descrever e ilustrar apresentação rara e avançada do carcinoma epidermóide de canal anal. Métodos: seguimento de um paciente durante sua internação no serviço de emergência da santa casa de são paulo. Resultados: jas, 54 anos, sexo masculino, negro. Paciente deu entrada no serviço de emergência apresentando lesões ulceradas, hiperemiadas e com secreção purulenta em glúteo, bolsa escrotal e coxa esquerda. A lesão inicial, na coxa, havia surgido há cinco anos e estava sendo tratada como furunculose, com recorrência frequente. A lesão havia progredido em extensão nos últimos 2 meses, associada à dor, incontinência fecal, emagrecimento de 10kg e dificuldade de mobilização da perna esquerda. Ao exame, apresentava-se taquicárdico, desidratado, descorado, com linfonodos inguinais endurecidos, dor à palpação de crista ilíaca esquerda, abaulamento de glúteo esquerdo, além de lesão esbranquiçada circunferencial, endurecida e dolorosa no canal anal. Apresentava leucocitose com desvio à esquerda e insuficiência renal. Indicado desbridamento cirúrgico e enviado material para estudo anátomo-patológico, que revelou tratar-se de carcinoma espinocelular invasivo. Após 21 dias de antibioticoterapia, diagnosticou-se através de tomografia computadorizada de pelve uma coleção em região perineal, a qual foi puncionada. Realizados também exames complementares para estadiamento do tumor, evidenciando destruição do complexo esfinteriano à ultrassonografia endoanal e metástase óssea em ambas as cabeças femorais e ossos ilíacos à ressonância nuclear magnética. Paciente evoluiu com bexigoma de repetição, desnutrição,

má aceitação da dieta, dificuldade de mobilização por dor em membro inferior esquerdo e hipercalcemia refratária (secundária à metástase óssea), necessitando de sondagem vesical de demora e nutrição enteral. Após 14 dias de novo esquema de antibioticoterapia contra germes multiresistentes, paciente melhorou do processo infeccioso local, porém evoluiu com pneumonia nosocomial, associada a empiema pleural e óbito após 45 de internação. Conclusões: o carcinoma epidermóide estadiado iv e localmente avançado pode determinar dificuldades na manipulação clínica do doente uma vez que não há proposta terapêutica curativa e as intercorrências infecciosas e alterações na qualidade de vida são inevitáveis.

P193 - EXENTERAÇÃO PÉLVICA PARA TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GONDIM, F., MAZURKIEWICZ, G., GALVÃO, N., AMARO, C., DUARTE, A., ALVES, V. L.

1. FAMED - UFBA, Faculdade De Medicina - Universidade Federal da Bahia

O tumor de buschke-loewenstein ou condiloma acuminado gigante é uma entidade rara. Os autores relatam o caso de um paciente do sexo masculino, que desenvolveu uma forma invasiva de condiloma acuminado gigante, com acometimento de reto e bexiga. O paciente foi submetido a uma exenteração pélvica, evoluindo no pós-operatório com algumas complicações. Foi realizada uma revisão da literatura sobre este tipo de abordagem à patologia.

P194 - CROMOMICOSE - RELATO DE CASO

PANTANALI, CAR, FERNANDES, LC, FERRO, OC, ABRAHÃO, H, DEAK, E, SAAS, SS

1. UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo

Introdução. Cromomicose é infecção crônica, granulomatosa da pele e tecido celular subcutâneo, por implantação traumática transcutânea de fungos da família dematiaceae. Mundial, mais prevalente em regiões tropicais e áreas rurais, apresentando o brasil um terço dos casos. Agentes etiológicos são: phialophora verrucosa, fonseca pedrosai, fonseca compacta, cladosporium carrioni e rhinocladiella aquaspersa. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões papulosas ou nodulares, em geral nos membros inferiores, evoluindo para verrucosas, confluindo formando placas com aspecto de couve-flor. Relato de caso. Paciente ka, 74 anos, aposentado, pescador, natural de guararapes e procedente de sp, que passou a evidenciar lesões exofíticas, verrucosas, perineais, perianais e nas nádegas, de crescimento lento e indolor, de início há 40 anos. Houve diagnóstico de cromomicose no surgimento das lesões, por biópsia. Realizou-se crioterapia e houve utilização de terbinafina, sem melhoras. Atualmente, apresentava cinco massas vegetantes, em nádegas direita e esquerda, regiões anterior e posterior, com 1 lesão perianal. O paciente foi submetido a exérese em bloco dessas lesões e a colostomia em cólon transversal, temporária, em alça. O paciente evoluiu sem intercorrências, com tecido de granulação na ferida operatória, sem secreção local. Em um 2º tempo serão realizadas cirurgias com rotação de retalhos miocutâneos para fechamento da ferida; em 3º tempo efetuar-se-á fechamento da colostomia realizada inicialmente. Discussão. Terapêutica da cromomicose é variada, conforme situação clínica e extensão das lesões. Citam-se: eletro ou criocoagulação, emprego de anfotericina b, 5-fluorocitosina, calciferol, cetoconazol ou itraconazol e exérese cirúrgica; há relatos de amputação anorretal. Lesões iniciais devem, quando possível, ser tratadas por exérese cirúrgica. Em lesões avançadas a terapêutica pode ser efetuada

com o emprego de drogas antifúngicas, com eletro ou criocoagulação. Para bactérias resistentes, a associação de tratamento clínico e cirúrgico pode ser efetuada. Possibilidade de transformação neoplásica deve sempre ser considerada nas lesões. Pesquisas devem persistir para que seja encontrado melhor tratamento para essa entidade. Conclusão. Tratamento da cromomicose é imperativo, no entanto a melhor terapêutica por vezes não é evidente, com emprego de diversas modalidades para cura; possibilidade de transformação neoplásica torna urgente resolução da afecção.

P195 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COLORRETAL - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

OLIVEIRA, P.S.P., CAMARGO, MG, LEAL, R.F., AYRIZONO, M.L.S., FAGUNDES, J.J., COY, C.S.R.

1. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Introdução: o início da cirurgia laparoscópica se dá em 1985 com a primeira colecistectomia em humanos. Desde então, outros procedimentos foram descritos e amplamente empregados na década de 1990. A complexidade da cirurgia do cólon a impossibilitou de participar dessa grande difusão, sendo a primeira descrição da técnica de colectomia laparoscópica realizada em 1991. Com a evolução das técnicas para a cirurgia do cólon laparoscópica e um maior número de cirurgias aptas a realizar esse procedimento, essa modalidade cirúrgica se tornou uma opção para o tratamento tanto das patologias benignas quanto das malignas. Nesse panorama, até 2008, a cirurgia laparoscópica colorretal no hc-unicamp era realizada esporadicamente. A partir de 2009, tal modalidade firma-se na instituição como procedimento de rotina. Objetivos: demonstrar os resultados iniciais da cirurgia laparoscópica colorretal após implantação como atividade rotineira pela grupo de coloproctologia - hc-unicamp. Métodos: análise retrospectiva dos casos submetidos a laparoscopia pelo serviço de janeiro a maio de 2009. Resultados: foram realizadas 12 cirurgias (3 hemicolectomias d, 1 laparoscopia, 5 retossigmoidectomias, 1 colectomia total e 1 amputação abdominoperineal do reto). A média de idade dos pacientes foi de 51,3a (28 - 82a) sendo sete (58,3%) mulheres e cinco (41,6%) homens. Onze (91,6%) pacientes eram portadores de neoplasia e um (8,3%) de doença de crohn. O tempo cirúrgico médio foi de 5,6h e os pacientes receberam alta em média no 6o. Pós-operatório. Para o tratamento das lesões malignas, a média de linfonodos foi de 21,1 (14 - 31). Como complicações, um paciente apresentou ítu e outro, fístula da anastomose que recebeu tratamento clínico. Conclusão: a cirurgia laparoscópica para as patologias colorretais é factível, apresenta bons resultados e complicações semelhantes a cirurgia convencional devendo portanto ser encorajada como procedimento terapêutico.

P196 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) EM PACIENTE HIV-POSITIVO: UM DESAFIO AO TRATAMENTO E SEGUIMENTO

FREITAS, C.D., STECKERT, J.S., MARTINS, J.F., KOTZE, P.G.

1. PUCPR, Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru

INTRODUÇÃO: a polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma entidade autossômica dominante causada por mutação do gene APC. Há poucos relatos na literatura de sua ocorrência em pacientes portadores do vírus HIV, tratados cirurgicamente. Adenocarcinomas colorretais são raros em pacientes HIV-positivos. Pela imunossupressão, na PAF, há risco aumentado de aceleração do processo de malignização dos

adenomas e rápida ocorrência de adenocarcinomas nestes casos. Além dos riscos de contaminação da equipe cirúrgica durante os procedimentos, há necessidade de seguimento mais agressivo neste subgrupo de pacientes, o que torna esta situação um desafio para a equipe médica. OBJETIVO: relatar o caso de uma paciente HIV-positiva, portadora de PAF, submetida a proctocolectomia restauradora com reservatório ileal, vídeo-assistida. RELATO DO CASO: R.B., 31 anos, irmã de paciente portadora de PAF, chamada para rastreamento da doença e realização de colonoscopia. Portadora há 2 anos do vírus HIV, com CD4 de 550 e carga viral indetectável. Durante colonoscopia identificou-se múltiplas lesões polipóides em todo o reto e nos demais segmentos colônicos. Liberada pelo infectologista, foi submetida a proctocolectomia restauradora com bolsa ileal em J, vídeo-assistida. Teve boa evolução pós-operatória e alta em 6 dias. Retornou em 10 dias com sub-oclusão intestinal, tratada clinicamente com hidratação e jejum, com melhora significativa. No momento recuperou seu estado nutricional, e encontra-se com plano de fechamento da ileostomia em alça protetora da anastomose íleo-anal. CONCLUSÕES: Os cuidados com uma operação de grande porte como a proctocolectomia restauradora devem ser aumentados em pacientes HIV-positivos. O acesso laparoscópico pode reduzir os riscos de contaminação da equipe cirúrgica, por tratar-se de técnica minimamente invasiva. Há necessidade de seguimento mais agressivo e em intervalos mais curtos, por maior risco de malignidades pela imunossupressão causada pelo HIV.

P197 - CASUÍSTICA DE COLECTOMIAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA

SILVA, AAM, CUNHA, PDP, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: a videolaparoscopia consiste em uma via de acesso cada vez mais utilizada na coloproctologia. Diversas patologias coloproctológicas vêm sendo tratadas com eficácia e segurança por este método, com impacto na diminuição da resposta inflamatória, no retorno da função gastrointestinal, redução do tempo de internamento e retorno precoce as atividades habituais. Objetivo: o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do serviço de coloproctologia do hospital são rafael no tratamento de patologias coloproctológicas pelo acesso videolaparoscópico. Método: foram analisadas retrospectivamente as cirurgias realizadas pelo acesso videolaparoscópico no período de fevereiro de 2007 a maio de 2009. Resultados: as principais indicações foram doença diverticular (42,85%) e neoplasia colorectal (28,57%). Obtivemos um total de 14 pacientes, sendo que dentre estes 8 eram mulheres e 6 homens. As cirurgias realizadas foram oito retossigmoidectomias (64,28%), duas colectomias segmentares (14,28%), uma colectomia esquerda alargada (7,14%), uma colectomia total (7,14%) e uma amputação abdominoperineal do reto (7,14). O período médio de permanência hospitalar foi de 5,57 dias. O período médio para retorno da função gastrointestinal foi de 2,28 dias. Ocorreu uma conversão em decorrência de invasão tumoral de órgãos adjacentes. Conclusão: diante dos dados apresentados observamos que o método laparoscópico constitui-se em via de acesso adequada com aplicabilidade crescente nas patologias coloproctológicas.

P198 - RESSECÇÕES COLORRETAIS VIDEOLAPAROSCÓPICAS - EXPERIÊNCIA RECENTE

PETROSEMLO, R.H, CALHEIROS, J.P.F, FORMAGGINE, L.A, BARBI, R.R, TRECE, R, OLIVEIRA, F.A

1. HGA - RJ, Hospital Geral do Andaraí

Ressecções colorretais videolaparoscópicas experiência recente hospital geral do andaraj, serviço de coloproctologia, Rio de Janeiro (rj), brasil resumo: autores apresentam a experiência recente de serviço especializado em cirurgias colorretais com ressecções videolaparoscópicas, realizadas somente com a utilização de bisturi diatérmico unipolar.

P199 - SÍNDROME DO CECO MÓVEL

REIS NETO, REIS JÚNIOR, ODORINO KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES, SÉRGIO BANCÍ, LUCIANE HIANE, DANIELE SAITO
1. CRN, Clínica Reis Neto

Síndrome do ceco móvel reis neto ja, reis júnior ja, neto js, kagohara oh, banci so, oliveira lh e anjos ds. Clínica reis neto - campinas / sp
Introdução: a síndrome do ceco móvel representa um conjunto de sintomas gastrointestinais inespecíficos que pode estar presente em pacientes que possuem uma variação anatômica embriológica, permitindo uma mobilidade anormal do ceco em relação à pelve. O tratamento proposto é cirúrgico, realizando-se a cecopexia segundo a técnica descrita por dixon e meyer. Poucos são os resultados descritos na literatura até o momento. Objetivo: avaliar os resultados pós-operatórios em pacientes com diagnóstico clínico e radiológico de ceco móvel, submetidas a cecopexia. Métodos: foram avaliados 10 pacientes com sintomas gastrointestinais inespecíficos iniciados a mais de seis meses, excluindo os portadores de doença inflamatória intestinal, doença diverticular, megacólon e outras doenças que pudessem claramente justificar os sintomas, com presença de mobilidade cecal à radiografia abdominal contrastada (posição supina e ortostática). O tratamento cirúrgico (cecopexia) foi realizado por via laparoscópica. A avaliação foi feita no pré e pós-operatório através de um questionário contendo os seguintes dados: principais sintomas, presença e tipo de dor, grau de constipação (score de wexner-cliveland clinic), qualidade de vida pré e pós-operatória. Resultados: um total de 10 pacientes, todas do sexo feminino, idade média de 39. 7 anos, acompanhadas por período médio de 3. 6 meses, apresentaram como principais sintomas constipação (60%), dor (60%) e distensão (50%). Dentre as pacientes com constipação, 60% apresentaram melhora do score no pós-operatório. O score médio pré-operatório foi de 16. 2, e no pós-operatório de 11. 2 (score variando de 0 a 30). 70% das pacientes definiram como ruim ou muito ruim a qualidade de vida antes da cirurgia e 50% definiram como boa ou ótima a qualidade de vida após a cirurgia. Conclusões: os resultados da cecopexia no tratamento da síndrome do ceco móvel são satisfatórios a curto e médio prazo, contudo, ainda necessitam de estudos com uma série maior de pacientes, acompanhados a longo prazo, para avaliar sua real eficácia na resolução dos sintomas.

P200 - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TERATOMA SACROCOCCÍCEO

BARTMANN, M., PEREIRA, G.B, CRUZ, J.V.
2. UFCSPA, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução os teratomas sacrococcígeos (TSC) são classicamente abordados posteriormente ou com uma laparotomia combinada quando o tumor encontra-se acima do promontório. A abordagem assistida pela videolaparoscopia é eficiente, segura e pode apresentar vantagens. Objetivos relatar a abordagem de um teratoma cístico maduro sacrococcígeo. Métodos paciente masculino de 65 anos, apresentando tumoração em região sacrococcígea desde a infância, mas com aumento progressivo de volume há 3 anos. Na tomografia computadorizada

há uma lesão expansiva cística com algumas septações e paredes delgadas medindo aproximadamente 35 x 10 x 10 cm, situando-se entre o sacro, o cóccix, o reto e a bexiga urinária. A ressonância magnética mostrou o limite superior em L5 e deslocamento do reto e compressão da bexiga. A mielografia através de punção lombar não evidenciou comunicação entre o saco dural e o cisto visualizado. Realizado abordagem videolaparoscópica abdominal para a liberação dos órgãos e tecidos adjacentes, dissecando a lesão até o nível do assoalho pélvico. A seguir, o paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo para abordagem posterior e a retirada completa da lesão. Resultados quando um tumor retrorretal é abordado pela via posterior, a visão da fascia pré-sacral é muito limitada e o sangramento incoercível do plexo venoso pode acrescentar grande morbidade ao procedimento. A via transabdominal convencional também não oferece uma visão pré-sacral ideal. A videolaparoscopia fornece a oportunidade de isolamento e ligadura da artéria sacral média, que é o principal suprimento sanguíneo desses tumores, antes da dissecação tumoral. A abordagem laparoscópica permite a dissecação anatômica, a coagulação de pequenos vasos e a preservação do suprimento nervoso autonômico para os órgãos pélvicos. A dissecação cega pode acarretar no dano nervoso do sistema urogenital e anorretal. Quando o tumor é cístico, a aspiração do conteúdo e descompressão do tumor pode melhorar a visibilidade e evitar a conversão. Conclusão a abordagem videolaparoscópica parece ser a ideal para os tsc, pois favorece o acesso à área pré-sacral quando o tumor se estende ao interior da pelve. A dissecação laparoscópica meticulosa pode melhorar os resultados funcionais.

P201 - CIRURGIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA COLORRETAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

ROSA, V.F., SOUZA, G. G. C., ALMEIDA, R.M., FILHO, J.G., BERFORD, F., WURMBAUER, I.S., SOUSA, J.B., OLIVEIRA, P.G.
1. UNB, Universidade de Brasília

Objetivo: relatar a experiência do serviço de coloproctologia do hospital universitário de Brasília com a cirurgia videolaparoscópica. Material e métodos: estudo retrospectivo baseado nos registros (formulário específico para operações videolaparoscópicas) dos pacientes submetidos à operações videolaparoscópicas no período de abril de 2004 a março de 2009. Foram colhidos dados tangentes a idade, sexo, patologia e complicações dos procedimentos realizados. Resultados: foram realizados 40 procedimentos no período analisado. Quanto ao sexo foram 18 pacientes do sexo feminino (45%) e 22 do sexo masculino (55%). Dos pacientes operados 26 foram por etiologias benignas, das quais 12 casos por megacólon chagásico (30%) e 4 por prolapso retal (10%) e 14 malignas, dentre as quais adenocarcinoma do sigmóide (6 casos; 15%) e adenocarcinoma do reto (2 casos; 5%). Dentre os procedimentos realizados, os mais comuns foram operações de duhamel modificada (11 casos; 27,5%), sigmoidectomias (8 casos; 20%), sigmoidectomias com dissecação retrorretal (4 casos; 10%) e 6 colectomias direita (15%). Das complicações dos procedimentos realizados ocorreram 2 óbitos (5%); 12 infecções do sítio cirúrgico (30%), sendo 7 superficiais e 5 profundas, 1 caso de pneumonia (2,5%), 3 casos de íleo paralítico (7,5%), 1 caso de infecção do trato urinário e nenhum caso de trombose venosa profunda ou hematoma. Dos pacientes operados, houve necessidade de reoperação em 7 (17,5%), por motivos que variam desde deiscências de anastomose (5 casos; 12,5%), 1 hérnia interna (2,5%) e 1 lesão do intestino delgado (2,5%). Em 20% dos casos houve necessidade de conversão da operação. Conclusões: a cirurgia videolaparoscópica colorretal é um procedimento que apresenta um elevado grau de desafio técnico, o que se reflete na necessidade de reoperação em 17,5% dos casos, além de taxa de con-

versão da cirurgia em até 20% . O número de casos relativos a patologias malignas é reduzido, porém encontra-se em progressivo crescimento, refletindo indefinições que até recentemente existiam quanto à viabilidade do uso dessa técnica para tais patologias.

P202 - DIVERTICULITE DE CECO MIMETIZANDO APENDICITE AGUDA

BOARINI, P., MESQUITA, E., FUJIWARA, R.T., INGRUD, J.C., ROMAN, A., BOARINI, C.R., BOARINI

1. HMCC, Residencia medica Ciurrgia geral SUS

O poster mostra um caso de uma diverticulite de ceco com sintomas e diagnostico previo sugestivos de apendicite aguda. Diagnostico feito somente no intra operatorio. Realizado diverticulectomia com sutura na base a parker-kerr, com evolução favoravel. O poster visa demonstrar que cabe como diagnostico diferencial em casos de apendicite aguda, sendo importante a verificação principalmente quando não se tem certeza que o quadro é mesmo relacionado ao apendice cecal.

P203 - DOENÇA DIVERTICULAR DE JEJUNO: RELATO DE CASO

FREITAS, D.P., SILVA, F.B., LEAL, V.M.

1. UESPI, Universidade Estadual do Piauí

Introdução: os divertículos consistem em evaginações de mucosa resultantes de anormalidades na camada muscular ou plexo mesentérico do local acometido. A diverticulose jejunal tem a menor incidência dentre os divertículos do trato gastrointestinal. Afeta 1,3 a 4,6% da população, sendo que 82 % dos pacientes, permanecem assintomáticos, podendo tornar-se sintomáticos com eventos perforativos. Apresenta-se com único ou múltiplos divertículos, mais freqüentemente em homens (2:1) com a média de idade de 40 anos. Objetivo: relatar um caso de doença diverticular múltipla de jejuno proximal com perfuração. Métodos: m. D. S. G. , 40 anos, sexo feminino, com quadro de desconforto abdominal, físiose, sensação de plenitude gástrica constante (somente conseguia alimentar-se uma vez ao dia) e, ocasionalmente, sentia fome e pirose há cerca de um ano. No mesmo dia foi medicada com antiinflamatório, brometo de escopolamina e omeprazol. Submetida à realização de radiografia simples de abdome, onde constatou-se distensão gasosa em alças de intestino delgado, com níveis hidroaéreos no hemi-abdome esquerdo e ecografia abdominal sem alterações. Resultado: foi feita uma laparotomia exploradora que evidenciou múltiplos divertículos no jejuno proximal, havendo plastrão e perfuração de um divertículo. Realizado enterectomia de cerca de 49x3,5x3cm do jejuno proximal, cujo estudo anatomopatológico confirmou diverticulose jejunal com perfuração e moderada atividade inflamatória local. Teve alta no 3º dpo em bom estado. Avaliada no 8o dpo, apresentava-se assintomática, alimentando-se normalmente e com função intestinal regular e com ferida operatória de bom aspecto. Conclusão: doença diverticular jejunal apesar de rara deve ser lembrada nos casos crônicos de desconforto abdominal e pode evoluir com complicações como diverticulite com perfuração.

P204 - DIVERTÍCULO COLÔNICO GIGANTE DE SIGMÓIDE

FERRO, O, ABRAHAO, HCF, PANTANALI, C, DEAK, E, FERNANDES, LC, SAAD, SS

1. EPM-UNIFESP, ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP

Introdução: há prevalência de doença diverticular no ocidente, mas os divertículos colônicos gigantes são raros, com 135 casos descritos.

Relato de caso:map, 52 anos, com antecedente de há 2 meses ter apresentado diverticulite aguda, tratada clinicamente. Retornou com dor abdominal intensa, de início há 2 dias, em fossa ilíaca esquerda. Rx simples de abdome identificou pneumoperitônio e imagem aérea de forma elíptica em fossa ilíaca esquerda (fie). Tomografia de abdome demonstrou pneumoperitônio e, em fie, formação elíptica intraperitoneal, de contornos bem definidos, paredes finas, com conteúdo gasoso homogêneo e em íntimo contato com alças intestinais, com 9,0 cm de diâmetro, provavelmente divertículo gigante de sigmóide. Laparotomia exploradora confirmou o diagnóstico, tendo sido realizada sigmoidectomia segmentar com anastomose primária. No estudo da peça o cólon sigmóide apresentava, em sua porção mediana, divertículo intestinal medindo 9,5 cm, com processo inflamatório granulomatoso do tipo corpo estranho. A paciente apresentou boa evolução com alta hospitalar a seguir. Discussão: geralmente a doença se manifesta após a sexta década de vida. Os mais freqüentes sintomas são: dores abdominais, náuseas, vômitos, febre, constipação, diarreia e melena. As complicações mais comuns dos divertículos são perfurações e abscessos. A maioria (93%) cresce a partir do cólon sigmóide, ao lado dos vasos sanguíneos que penetram na borda mesentérica, estando associados com doença diverticular. Divertículos gigantes podem se desenvolver como resultado de uma perfuração contida que cresce por causa de um mecanismo valvular ou por organismos formadores de gás; suas paredes contêm todas as camadas colônicas. Enema de bário ou com contrastes hidrossolúveis e tomografia computadorizada são os métodos preferenciais para diagnóstico de divertículo colônico gigante. Na tomografia, o divertículo aparece como cavidade preenchida com gás, fluido ou material fecal, com fina parede regular e sem contraste, exceto em inflamação. A parede pode ter calcificações devido a inflamação. Diagnósticos diferenciais: volvos, duplicação intestinal, divertículo de meckel, divertículo duodenal, pseudocistos pancreáticos, colecistites, cistites, fístula vésico-entérica e abscessos intraperitoneais. Conclusão: o tratamento definitivo do divertículo gigante de cólon é a cirurgia. A ressecção dos segmentos envolvidos com anastomose primária é o tratamento de escolha para a afecção.

P205 - FÍSTULA RETOVAGINAL SECUNDÁRIA A DIVERTICULITE PERFORADA

JUCÁ MJ1, GOMES EGA1, LORENA FA2

1. FAMED - UFAL, Faculdade de Medicina da UFAL 2. SCMM, Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Introdução: fístula retovaginal como complicação de diverticulite é rara. Sua causa mais comum está relacionada a traumatismo de parto, naqueles partos com distorcias, mas pode ser uma complicação de cirurgias pélvicas ou ainda, como evolução da doença de crohn ou extensão de afecção maligna pélvica 1,2. Relato do caso: a descrição deste caso se deveu a raridade da afecção de uma paciente de 58 anos, histerectomizada há 8 anos, por miomatose, que evoluiu sem complicações e após esse período começou a observar a saída de vezes pela vagina durante as evacuações. Relata que começou após uma crise de dores abdominais, principalmente em fossa ilíaca esquerda. Foi avaliada pela ginecologista que suspeitou de fístula e solicitou enema opaco. Este exame por imagem foi extremamente esclarecedor e suficiente para junto com o exame clínico, proctológico e ginecológico, indicarem a terapêutica cirúrgica. Foi realizada sigmoidectomia com anastomose mecânica colorretal que evoluiu sem complicações. Este caso é raro e representa uma complicação incomum da diverticulite aguda perfurada, que drenou para a cúpula vaginal, local de menor resistência pela cirurgia anterior.

P206 - RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE INTESTINAL COM OBSTRUÇÃO DE ÍLEO - TERMINAL

RODRIGUES,EA, SANDOVAL,EGB, MOTA,CC, PAESE,A, ARSIE,DS

1. fcsf, fundação civil santa casa de franca

Objetivo: apresentação de caso clínico mostrando que a endometriose pode acometer não somente órgãos pélvicos, mas também vísceras ocas. Material e método: relato do caso da paciente m. E. S de 36 anos, realizado exame clínico e físico, laparotomia exploradora com ressecção intestinal por duas vezes (ileocelectomia e ressecção de jejuno) e exame de microscopia de peça cirúrgica. Relato do caso: paciente foi submetida à laparotomia exploradora, por abdome agudo obstrutivo que evidenciou obstrução de íleo terminal devido endometriose intestinal, sendo realizado ileotiflectomia. Na microscopia foi diagnosticada endometriose intestinal comprometendo paredes do íleo e apêndice cecal com obliteração fibrosa da luz e mucosa ileal com hiperplasia linfóide folicular reacional. . Recebeu alta hospitalar dia 12/12/06 em bom estado geral e sem queixas. Paciente já tinha diagnóstico prévio de endometriose e tinha realizado cirurgia para retirada de nódulo em mama esquerda. Em 06/02/08 paciente retorna em ambulatório apresentando dor abdominal difusa e sinais de obstrução intestinal, feita nova laparotomia que evidenciou endometriose em cólon descendente sendo feita nova ressecção. Paciente apresentou miomatose uterina com dor importante e fazendo uso de goserelina subcutânea, foi submetida há 45 dias a histerectomia com drenagem de abscessos peri uterinos e ressecção segmentar de sigmóide, com invasão por endometriose conclusões: o caso em questão mostra que mesmo com tratamento clínico adequado, a endometriose pode comprometer não somente a cavidade pélvica, mas também vísceras ocas, provocando obstrução intestinal.

P207 - RELATO DE CASO: MESOTELIOMA EPITELIOÍDE DO PERITÔNIO

RODRIGUES,EA, SANDOVAL,EGB, MOTA,CC, ARSIE,DS, PAESE,A

1. fcsf, fundação civil da santa casa de franca

Objetivo: apresentação de caso clínico mostrando paciente de 73 anos com mesotelioma epitelióide do peritônio material e método: relato do caso da paciente e. J. R 73 anos, relato do caso: paciente com história de dor abdominal e vômitos há 30 dias, fez us de abdome que foi inespecífico, evoluiu com emagrecimento, queda do estado geral, até apresentar quadro de abdome agudo, com sinais de obstrução intestinal. Rx com níveis hidro aéreos. Achado cirúrgico: carcinomatose peritoneal, massa no ceco, infiltrando a parede abdominal e ossos da bacia, irressecável. Feita biópsia de massa e ileostomia em alça. O anatomopatológico resultante foi de mesotelioma epitelióide de peritônio. Inicialmente, pela apresentação do tumor, com carcinomatose, foi considerado como adenocarcinoma, porém com a realização da imuno-histoquímica, chegou-se ao diagnóstico de mesotelioma. Paciente está em tratamento quimioterápico, e com suporte nutricional via oral, apresenta-se emagrecido, com quadro de dor abdominal e progressão da doença. Conclusões: paciente apresentou caso pouco comum, de rápida evolução de mesotelioma de peritônio, simulando neoplasia de origem colônica, com carcinomatose e grande massa envolvendo o ceco.

P208 - PROCTITE POR LINFOGRANULOMA VENÉREO : RELATO DE CASO

CARVALHO, MP., FORMIGA, FB, CAPELHUCHNIK, P, KLUG, WA.

1. ISCMSP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: o linfogranuloma venéreo é doença sexualmente transmissível que tem apresentado aumento de sua incidência em países desenvolvidos, principalmente entre homossexuais masculinos co-infectados pelo hiv objetivo: relatar caso de proctite por linfogranuloma venéreo material e método: acompanhamento do paciente na disciplina de coloproctologia da santa casa de são paulo. Documentação escrita e fotográfica do caso. Resultados: paciente do sexo feminino, 26 anos, com história de dor anal intensa há três meses, acompanhada de secreção anal com pus e sangue, e febre. Confirmava pratica de sexo anal. Ao exame apresentava proctite distal intensa com destruição da mucosa neste segmento, grandes plicomas e saída de secreção purulenta pelo reto. Sorologia por chlamydia tracomatis =128. Biópsia revelou processo inflamatório granulomatoso de natureza indeterminada. A paciente recebeu doxiciclina por 21 dias com melhora do quadro. Restante da investigação diagnóstica sem alterações. Conclusão: a proctite por linfogranuloma venéreo é apresentação incomum desta dst, porém o aumento da incidência desta manifestação no mundo ocidental deve alertar para a necessidade de sua investigação em pacientes com proctite ou ulcerações anais.

P209 - PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO GRUPO DE APOIO AO OSTOMIZADO DO INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO "OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA"

PULIDO KCS, NAHAS CSR, COSTA FB, MORAIS CA, REIS AS, POLLARA WM, NAHAS SC, CECCONELLO I

1. ICESP - FMUSP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Introdução: O grupo de apoio ao ostomizado (GAO) do instituto do câncer do estado de são paulo Octavio Frias de Oliveira (icesp) nasceu da preocupação da equipe de saúde com o impacto causado pelas ostomias nos pacientes e seus familiares. Embasados no princípio filosófico da interdisciplinaridade, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais compuseram um grupo de profissionais incumbidos em garantir uma assistência integral, individualizada e sistematizada desde o momento em que se propõem a confecção de uma ostomia até a completa reabilitação do paciente ou a capacitação do seu cuidador. Objetivos: este estudo objetiva caracterizar o perfil dos ostomizados atendidos pelo gao no icesp. Métodos: trata-se de estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. Resultados: em 3 meses de existência, o gao atendeu 84 pacientes, na sua maioria homens (60,7%) com 55,7 anos em média. Foram confeccionadas 80 ostomias. Dentre os principais tipos de ostomias estavam as derivações intestinais (48,7%) seguidas das urinárias (28,7%). A neoplasia colo-retal foi a principal causa geradora da ostomia (56,2%), sendo 75% de todas as ostomias de caráter definitivo. A principal complicação relacionada foi a dermatite ao redor da ostomia (11,25%), seguida de sua retração (7,5%). Conclusão: predominantemente, os pacientes ostomizados do icesp são homens, com 55,7 anos em média, com derivação intestinal definitiva conseqüente a neoplasia colo-retal. Conhecer-los é fundamental para que os esforços cooperativos de todos os especialistas da equipe interdisciplinar, além da cura, alcancem à reintegração e ao reajustamento do paciente à vida familiar, social e laborativa, minimizando o impacto negativo das transformações inevitáveis na imagem corporal e no autoconceito.

P210 - SANGRAMENTO TARDIO APÓS RESSECÇÃO POR MICROCIURURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: RELATO DE CASO

NAHAS CSR, MARQUES CFS, TAKEDA FR, RONCONA, COTTI GC, POLLARA W, NAHAS SC, CECCONELLO I

1. ICESP - FMUSP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Objetivo: relatar caso de sangramento tardío após ressecção de tumor de reto por microcirurgia endoscópica transanal (met) e o tratamento por colonoscopia. Material e métodos: paciente do sexo masculino, de 57 anos, submetido a neoadjuvancia por um adenocarcinoma de reto inferior, com uma lesão vegetante residual de 2cm junto a linha pectínea. Paciente recusou a amputação abdominoperineal de reto. Como alternativa, ofereceu-se ressecção por met. Evoluiu com enterorragia no 18º po, com repercussão hemodinâmica e necessidade de transfusão sanguínea. Resultados: realizado colonoscopia, observou-se a presença de coto vascular que foi clipado com sucesso. Houve a necessidade de transfusão e dois concentrados de hemácias. Paciente foi mantido internado por 3 dias, sem apresentar recidiva do sangramento. Conclusão: apesar de pouco relatada o sangramento tardío após met pode ocorrer devendo o cirurgião estar atento a esta queixa do doente no primeiro mês pós tratamento. O emprego da colonoscopia e hemostasia endoscópica com endoclip é excelente opção para seu diagnóstico e tratamento.

P211 - CECOPEXIA; UNA CIRUGIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO

TORRES P.J. JESÚS

MEDICO DE BASE ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, PROFESOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Servicio de Coloproctología Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México D. F.

Introducción: En México el estreñimiento sigue siendo reconocido como un síntoma y no como una Enfermedad, no existen estudios multicéntricos sobre estreñimiento en los últimos años, sólo existe el antecedente de un trabajo del Dr. Miguel Ángel Valdovinos en los cuales sus reportes con respecto al estreñimiento crónico utilizando los criterios de ROMA I fueron del 15.2% en sujetos adultos con edad promedio de 26.8 +/- 1.4 años, resultados similares a las cifras internacionales. En los Estados Unidos el estreñimiento causa más de 2.5 millones de consultas y más de 500 millones de dólares gastados en laxantes por año, además las personas con estreñimiento suelen informar de una disminución de la productividad y aumento del ausentismo. En la actualidad todavía hemos sido testigos en la práctica médica de la hemicolectomía o colectomía-subtotal como lo propuso Sir Arbuthnot Lane en 1908 como tratamiento del estreñimiento crónico, sin embargo también en 1908 por el Dr. Max Wilms quien operando a una paciente con apendicitis crónica notó la movilidad del ciego y con una apéndice sana, por lo que sólo optó por fijarlo a la corredera parietocólica derecha y pública los hallazgos "Fijación del ciego móvil para el tratamiento de la llamada apendicitis crónica" al año siguiente Herich Kloss 1909 y 1911 escribe sobre el ciego móvil los cuales por su movilidad sufre de torción, inflamación y dolor jugando un papel importante en la génesis del estreñimiento, por otro lado y debido a que se llegaron a operar pacientes estreñidos sin presentar ciego móvil esta técnica se abandonó, pues no contaban con el apoyo de algún estudio que demostrara la presencia de un ciego móvil. En 1979, 1984 y 1989 el Dr. Padrón y el Dr. Basilio tuvieron sus primeras experiencias observando en pacientes con abdomen quirúrgico por apéndice el cual se observó sano y ciego móvil y en cuyo caso sólo lo trataron con cecopexia y apendicectomía, observando curación del estreñimiento

y de los síntomas acompañantes del mismo, realizando posteriormente un método de diagnóstico mediante una cecografía para determinar la movilidad del ciego (la cual no se contaba entonces en 1908), realizando de este modo un trabajo en 1990 el cual fue presentado en un congreso internacional en Ivrea Italia en donde presentaron los resultados de 21 pacientes curados de estreñimiento. Es por ello que nosotros presentamos este estudio y nuestros resultados de cecopexia con una técnica de fijación del ciego a una sola cintilla, técnica diferente a la utilizada por el Dr. Padrón que fija las dos tenias la posterior y anterior, siendo este trabajo el primero en su tipo en México. Justificación: El estreñimiento secundario a ciego móvil es un padecimiento poco conocido en nuestro medio y más aún, se siguen utilizando técnicas agresivas sin buenos resultados, sus complicaciones son importantes, y es por esto que en el presente estudio demostraremos la importancia de detectar esta patología en pacientes estreñidos de nuestra población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social y realizar su tratamiento de cecopexia utilizando una sola tenia para su fijación del ciego móvil. Objetivo General: Demostrar que la cecopexia es un procedimiento seguro y eficaz en el tratamiento del estreñimiento crónico secundario a ciego móvil en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Objetivo Particular: Demostrar que la cecopexia fijando al ciego a una sola tenia es igual de eficaz que utilizando dos tenias colonicas propuesta por el Dr. Padrón. Tipo de Estudio: Serie de casos prospectiva, longitudinal, descriptiva, no aleatoria, no cegada. Variables: variable independiente: Estreñimiento secundario a ciego móvil variable dependiente: Cecopexia mediante la fijación de una cintilla colonica. Material y Métodos: Se incluyeron a pacientes captados por la consulta externa del servicio de coloproctología del Hospital General CMN la Raza México D. F de ambos sexos, derechohabiente del IMSS, que pertenecen a las clínicas de influencia del Hospital General la Raza "Dr. Gaudencio Gonzáles Garza" en el periodo de agosto del 2008 a Enero del 2009, que cuentan con los siguientes requisitos: 1.- Intervalo de más de 5 días entre dos evacuaciones. 2.- Una historia de estreñimiento superior a 5 años. 4.-No padecer de enfermedades que producen por si solas estreñimiento (hipotiroidismo, diabetes, fisura anal, etc.). 6.-No consumo de psicofármacos u otros medicamentos que produzcan estreñimiento. 7.-Consentimiento informado. 8.-Que acepten entrar al estudio. El diagnóstico de ciego móvil se realizara mediante al administración de 20gr de sulfato de bario diluido en 30cc de agua (decisión tomada en consenso con médicos radiólogos), y se dará a ingerir al paciente 10 hrs antes de tomar las placas simples de abdomen en decúbito dorsal y de pie. Así también se clasificara el ciego móvil de acuerdo a la clasificación utilizada por el Dr. Padrón en ciego Móvil tipo I, tipo II, y tipo III. Y una vez diagnosticados serán solicitados los estudios preoperatorios, así como las valoraciones preoperatorios correspondientes en caso de que el paciente sea mayor de 44 años así como su consentimiento informado y posteriormente serán programados para cirugía. Se les practicara la cecopexia mediante la fijación de la tenia posterior y a otras la anterior así como y de manera opcional para el paciente la apendicetomía profiláctica, mediante anestesia general y abordaje tipo Mc Burney, disección por planos hasta cavidad, se identifica ciego, se realiza apendicetomía profiláctica tipo Pouchet, se procede posteriormente a fijar el ciego aplicando tres puntos de seda 00 a la tenia posterior y de aquí al peritoneo parietal de la corredera parietocólica derecha, a partir de de los 2cm de la base del apéndice cecal con intervalo de 1cm aproximadamente entre los puntos, cierre por planos y piel con nylon 000 subdérmico. Cecopexia por laparoscopia, se realizara bajo anestesia general balanceada, asepsia y antisepsia de la región toracoabdominal y se procederá a acceder a cavidad realizando inicialmente un incisión de 10mm aproximado supraumbilical disección con Kelly tejido adiposo y se introduce sonda de insuflación, se coloca jeringa de 20cc con

solución fisiológica para determinar que estamos en cavidad, posteriormente se hace pasar 13lts de CO₂ y hacemos pasar la cámara, se realiza una exploración de la cavidad abdominal en sentido de las manecillas del reloj y se procede a guiar y colocar otro puerto de 10mm cerca de la línea mamaria y del punto Mc Burney bajo visión directa mediante la cámara, y se coloca un tercer puerto a 3cm infraumbilical a 2cm de la cicatriz, una vez colocados los puertos se da lateralidad izquierda y tren de Lenburg al paciente para exponer un mejor campo quirúrgico, y se procede a realizar la cecopexia con 3 nudos extracorpóreos con polipropileno 00 a 2cm aproximadamente de la base del apéndice cecal y los siguientes a 1cm de separación, una vez realizado, se retiran los puertos bajo visión de la cámara, y esta

última con todo y puerto simultáneo, se cierra aponeurosis con vicryl 0 puntos en cruz y piel con dermalon 000. Seguimiento: Posterior a la cirugía serán citados a los 7 días, a los 14, a los 21 días, a los 3 y 6 meses, y hasta el año. Sólo se les indicados analgésicos orales, ablandadores de las heces, dieta rica en fibra de 20 diarios, los puntos son retirados entre los 7 a 10 días posterior a la cirugía. Se les realizara un cuestionario a las 72hrs y a los 3 meses, para determinar cuanto ha mejorado del estreñimiento, sus síntomas no colonicos, y en escala del 0 al 10 con cuantos puntos considera su mejoría. Resultados: Estadística; serán valorados los resultados antes y después de la intervención con la prueba de "t" de student para muestras apareadas para las cuantitativas, para las cualitativas utilizaremos la prueba de McNemar.

VÍDEOS LIVRES

VL01 - ASPECTOS TÉCNICOS DA CONFEÇÃO DE BOLSA ILEAL VÍDEO-ASSISTIDA EM PACIENTE PORTADORA DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

CAMPOS, FG, ARAÚJO, SEA, DIAS, AR, SEID, V, IMPERIALE, AR, NAHAS, SC, CECCONELLO, I

1. FMUSP, Faculdade de Medicina da USP

Introdução: A realização de colectomias profiláticas em portadores de polipose adenomatosa familiar (paf) tem por objetivo evitar o desenvolvimento de câncer colo-retal (ccr). A realização de ressecções laparoscópicas do cólon e reto ainda representa motivo de controvérsia na literatura, estando associada a maior tempo operatório e algumas vantagens na recuperação imediata do paciente. **Objetivos:** apresentar em vídeo a realização de uma proctocolectomia total com confecção de reservatório ileal e ileostomia de proteção e discutir aspectos técnicos relevantes do acesso vídeo-laparoscópico, enfatizando as dificuldades e ressaltando os seus benefícios. **Descrição do vídeo:** o procedimento cirúrgico foi realizado após preparo mecânico do cólon e antibioticoterapia profilática, com o paciente em posição de Lloyd-davies. A mobilização do cólon e reto foi efetuada com 5 trocártes (10 mm na cicatriz umbilical para a ótica e outros portais em cada quadrante). Durante a mobilização dos diferentes segmentos, é necessário mudar a posição do paciente e equipe. A mobilização e desvascularização são realizadas do cólon direito em direção ao cólon esquerdo e reto. A dissecação do mesentério foi feita em sentido médio-lateral, que permite a melhor identificação das estruturas retroperitoneais. Para a realização de proctocolectomia restauradora, o reto foi dissecado por via laparoscópica até o canal anal, após o que se abre uma pequena incisão suprapúbica que permite seccionar o reto distal com grameador linear de 30 mm e retirar o espécime cirúrgico. Em seguida confeccionou-se bolsa ileal em j com extensão de 15 cm (2 grampeamentos de 7,5 cm), que foi anastomosada ao canal com grameador circular. Realizou-se drenagem da cavidade pélvica e ileostomia proximal. **Conclusões:** 1) a confecção de proctocolectomias totais vídeo-assistidas em pacientes com paf é factível e segura; 2) apesar disso, o procedimento é tecnicamente complexo e está associado a maior tempo operatório, devendo ser executado por equipes experientes em doenças colo-retais e vídeo-laparoscopia.

VL02 - IMPORTÂNCIA DA MARCAÇÃO DO LIMITE INFERIOR DO RETO NA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

OLIVEIRA TA, LOPES F, ALVES FILHO V, ALVES AC, CORTES MGW

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: descrita pela primeira vez em 1991, a cirurgia laparoscópica tem de tornado o procedimento de escolha para as cirurgias colorretais. A eficácia e os benefícios da técnica laparoscópica têm sido confirmados por diversos estudos randomizados, revisões e metanálises. Trabalhos recentes evidenciaram a equivalência oncológica entre a técnica laparoscópica e convencional para o tratamento de lesões retais. **Objetivo:** demonstrar a importância da marcação do limite inferior do reto na abordagem laparoscópica das lesões retais. **Descrição do vídeo:** trata-se de paciente de 71 anos com diagnóstico de lesão de reto baixo. Antes de iniciar o procedimento, o limite inferior do reto foi marcado com azul de metileno nos seus 4 quadrantes. Após realização de pneumoperitônio e passagem dos 5 trocártes, iniciou-se a cirurgia pela dissecação da veia mesentérica inferior com posterior acesso a

retrocavidade. Realizado dissecação do mesocólon transverso até próximo ao baço e realizado ligadura da veia mesentérica inferior. Após identificação do ureter. A artéria mesentérica inferior foi dissecada e ligada. Realizou-se liberação do cólon esquerdo e do ângulo esplênico. Iniciado dissecação do mesorreto até limite inferior do reto sob orientação da marcação. Nesse momento é realizado o tempo perineal que consiste na retirada da peça, confecção da bolsa em J e realização de anastomose colo-anal. Peça ao anátomo-patológico. Fechamento de todos os portos. Paciente recebeu alta no 7o dpo. Anátomo demonstrou t2n0. **Conclusões:** a marcação do limite inferior do reto é um procedimento de simples realização e facilitou a orientação e realização da excisão total do mesorreto.

VL03 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE COLO-ANAL

OLIVEIRA TA, LACERDA FILHO A, LOPES F, CORTES MGW, ALVES AC

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: a técnica laparoscópica tem conquistado espaço no tratamento para o câncer colorretal. As vantagens desta técnica sobre a cirurgia convencional são a menor dor pós-operatória, o menor tempo de internação hospitalar e o melhor resultado estético. Além disso, recentes estudos sugerem equivalência do resultado oncológico entre estas duas técnicas cirúrgicas. **Objetivo:** demonstrar a viabilidade da técnica de excisão total do mesorreto por via laparoscópica com anastomose anorretal. **Descrição do vídeo:** trata-se de paciente de 45 anos com diagnóstico lesão de crescimento lateral em reto baixo. Após tentativa de ressecção endoscópica, houve recidiva da lesão. Nova colonoscopia evidenciou lesão túbulo-vilosa extensa que acometia dois terços da circunferência do reto e alcançava a linha pectínea. Biópsias evidenciaram focos de displasia de alto grau. Indicado tratamento cirúrgico e optado pela técnica laparoscópica. Realizado dissecação e ligadura da artéria e veia mesentérica, descolamento do cólon esquerdo e ângulo esplênico, excisão total do mesorreto, confecção de bolsa em J e anastomose coloanal. Duração da cirurgia foi de 6 horas. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no nono dia de pós-operatório. Anátomo confirmou displasia de alto grau. **Conclusões:** a via laparoscópica se apresentou segura e eficiente na excisão total do mesorreto e confecção da anastomose colo-anal.

VL04 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE NEOPLASIA DE CÓLON TRANSVERSO

OLIVEIRA TAN, LACERDA FILHO A, ALVES AC, MANSUR ES, CORTES MGW

1. HFR, Hospital Felício Rocho

Introdução: o acesso laparoscópico está se consolidando como a principal via de abordagem para realização de colectomias. Há vários estudos que evidenciam o seu benefício clínico e econômico no tratamento das patologias benignas e malignas do cólon. Além dos benefícios, recentes publicações comprovaram a equivalência oncológica entre a técnica laparoscópica e aberta. **Objetivo:** demonstrar ressecção de neoplasia de cólon transverso através de técnica laparoscópica com confecção da anastomose através de pequena incisão periumbilical. **Descrição do vídeo:** trata-se de paciente de 33 anos com diagnóstico de grande lesão polipóide em cólon transverso. Após realização de pneumoperitônio e passagem dos 5 trocártes, iniciou-se a cirurgia

pela dissecação da veia mesentérica inferior com posterior acesso a retrocavidade. Realizado dissecação do mesocólon transverso e realização da ligadura da veia mesentérica inferior. Após dissecação, realizou-se ligadura dos vasos cólicos médio. Iniciado dissecação do epíploon e liberação dos ângulos hepáticos e esplênicos. Retirado a peça e confeccionado anastomose latero-lateral com grampeador linear através da incisão periumbilical. Peça ao anátomo-patológico. Fechamento de todos os portos. Paciente recebeu alta no 3o dpo. Anátomo demonstrou displasia de alto grau. Conclusões: a técnica laparoscópica oferece ótimas condições para a ressecção de lesões de cólon transverso. A incisão periumbilical propicia excelente acesso para a retirada da peça e confecção da anastomose.

VL05 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM PERITONITE PURULENTA DIFUSA

CUTAIT, R, DAUD, D, COTTI, G, SILVA, F, FARIAS, R, BERNARDO, B, HYPPOLITO, M
1. HSL, Hospital Sírio Libanes

Introdução: a laparoscopia é uma das vias de acesso de para o tratamento cirúrgico da apendicite aguda. Nos casos mais graves com peritonite avançada, esta via de acesso mostra-se adequada e segura para a exploração de toda a cavidade abdominal. Objetivo: exequibilidade da laparoscopia em apendicite aguda com peritonite difusa. Caso: masculino, 86 anos de idade, com queixa de dor abdominal em fid há 3 dias, piora há 1 dia e sem instabilidade hemodinâmica. Ao exame físico apresentava forte dor à palpação abdominal, principalmente em fid, com sinais importantes de irritação peritoneal. Ct abdômen e pelve mostra apendicite aguda, com sinais de bloqueio local e possível perfuração (pneumoperitônio); importante quantidade de líquido livre por toda na cavidade abdominal. A cirurgia iniciou com acesso por três portos, sendo o primeiro umbilical com trocar de 10 mm, outro suprapúbico de 12mm e uma terceira punção em fie de 5 mm. Foi necessário a utilização de uma quarta punção de 5mm devido a complexidade do processo infeccioso abdominal. O apêndice cecal encontrava-se necrótico em sua base, perfurado e bloqueado. Notava-se ainda, saída de material fecal local e grande quantidade de líquido purulento entre as alças intestinais, perihepático, periesplênico, subdiafragmático bilateralmente e na região pélvica. Foi realizada a apendicectomia laparoscópica, com sutura manual e invaginação do coto apendicular em dois planos. Realizada a inspeção minuciosa, seguida de lavagem exaustiva e drenagem da cavidade abdominal. O paciente evoluiu favoravelmente, recebendo alta hospitalar no 5ºpo. Conclusão: a via de acesso laparoscópica para os casos de apendicite aguda complicada, com peritonite purulenta difusa, pode ser bem aplicada apesar de sua maior complexidade e dificuldade técnica, proporcionando um tratamento efetivo e menos agressivo ao paciente.

VL06 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO E ANASTOMOSE COLOANAL PERINEAL MANUAL

CUTAIT, R, DAUD, D, COTTI, G, FARIAS, R, SILVA, F, BERNARDO, A, HYPPOLITO, M
1. HSL, Hospital Sírio Libanes

Introdução: a cirurgia laparoscópica apresenta vantagens em relação à via convencional, onde notamos que o trauma cirúrgico, a necessidade de analgesia, o tempo de internação hospitalar e o retorno às atividades mostram-se sensivelmente diminuídos. Embora a abordagem do câncer colorretal por laparoscopia já encontre sólida sustentação científica, inclusive no que diz respeito à radicalidade oncológica, o trata-

mento do câncer do reto por laparoscopia ainda tem seu valor questionado, em especial com relação à obtenção de margem circunferencial negativa e devido a dificuldade técnica. Objetivo: demonstrar a dissecação do reto até os planos dos músculos elevadores do ânus por laparoscopia, com preservação esfinteriana e excisão total do mesorreto. Caso: masculino, 55 anos, com diagnóstico de câncer de reto distal a 1cm da linha pectínea, que ocupa 1/3 da luz intestinal. Foi submetido a neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia. Programada a retossigmoidectomia vlp para 8 semanas após o término da neoadjuvância. Procedimento: realizada a liberação de todo o cólon sigmóide até terço médio do transverso, com identificação, ligadura e secção da artéria mesentérica inferior em sua origem e da veia mesentérica inferior junto a borda do pâncreas. Após abertura da reflexão peritoneal, a dissecação progrediu nas duas faces laterais e posterior do reto até altura dos músculos elevadores do ânus onde foi seccionado com auxílio da colonoscopia intraoperatória. Abaixamento do cólon transverso para confecção da anastomose colo-anal manual por via perineal. Foi realizada ileostomia de proteção. Conclusão: a via de acesso laparoscópica para dissecação do reto distal, pós-neoadjuvância, com excisão total do mesorreto e preservação da inervação local é factível, devendo serem avaliados a resposta terapêutica pós-neoadjuvância e a experiência da equipe cirúrgica para execução de um procedimento de alta complexidade.

VL07 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA DIVERTICULITE AGUDA PERFORADA

CUTAIT, R, DAUD, D, COTTI, G, FARIAS, R, SILVA, F, BERNARDO, B, HYPPOLITO, M
1. HSL, Hospital Sírio Libanes

Introdução: a literatura atesta a exequibilidade da laparoscopia como via de acesso no tratamento desta afecção, que por muitas vezes é de extrema complexidade, por apresentar um processo inflamatório extenso e intenso, de difícil identificação das estruturas anatômicas locais. Objetivo: demonstrar a execução de retossigmoidectomia laparoscópica por diverticulite aguda perforada e bloqueada com processo inflamatório intenso local. Caso: feminino, 69 anos, com dor abdominal predominante em fie há 1 dia. Ct de abdome e pelve evidenciou diverticulite aguda com sinais de perfuração (pneumoperitônio) e bloqueio adjacente no sigmóide. Submetida a tratamento conservador com antibioticoterapia endovenosa, apresentando melhora clínico-laboratorial progressiva, recebendo alta hospitalar para programação cirúrgica. Após 30 dias do início do processo, foi realizada retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose mecânica, salpingectomia direita por importante aderência e drenagem da cavidade abdominal. As estruturas abdominais encontravam-se endurecidas, friáveis e sem plano de clivagem. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 4º pós-operatório. Conclusão: a cirurgia laparoscópica para diverticulite aguda complicada pode ser factível, desde que o procedimento não se torne um risco para lesões inadvertidas de outras estruturas, devido ao grande processo inflamatório encontrado na cavidade abdominal, sendo de suma importância a experiência do cirurgião.

VL08 - COLECTOMIA TOTAL EM PACIENTE PORTADOR DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

CRUZ, S. H. A.1, CARMO, L. C. B.3, TOMMASO, C.2, SILVA, R. B. F.4

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo2. HVM, Hospital Vila Mariana3. HSPM, Hospital Servidor Público Municipal4. RRMCM, R R Médicos Cirurgiões

Paciente jrs, 23 anos, submetido a colonoscopia dia 02 de abril de 2009 por suspeita ser portador de polipose colônica familiar. Apresenta 13 familiares falecidos por carcinoma colorretal, sua mãe e irmão já apresentam o diagnóstico de polipose colônica e aguardam cirurgia. Durante o exame foram identificados múltiplos pólipos colônicos desde o reto até o ceco, feitas algumas polipectomia (anátomo patológico evidenciou adenomas tubulares com displasia de baixo grau). Tomografia de abdome realizada no dia 20 de abril de 2009 mostrou múltiplos pólipos em cólon e reto. Foi indicada a colectomia total por via laparoscópica, e optada pela anastomose ileorretal baixa término-lateral. A cirurgia foi realizada no dia 27 de junho de 2009. Paciente evoluiu sem intercorrências.

VL09 - ILEOLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE GRAMPEADA INTRACORPÓREA POR DOENÇA DE CROHN

HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA, FERNANDO LISSA, JOSUÉ FERREIRA DA SILVA, JOANA ZULIAN FIORENTIN, TAMISE DA SILVA BAPTISTA, ANA LAURA PHILIPPI

1. Unesc, Universidade do Extremo Sul Catarinense

Introdução: a doença de crohn possui evolução crônica, com períodos de exacerbação e remissão. Apesar de possuir baixa mortalidade, apresenta alta morbidade por interferir amplamente na qualidade de vida do paciente. A ressecção cirúrgica está indicada nos casos em que o manejo clínico não é suficiente para manter os sintomas em remissão e quando há complicações como perfurações, fístulas, oclusão intestinal, abscessos e sangramento. Visto que esta abordagem não é curativa e que possui alta probabilidade de recidiva, deve-se proceder cirurgia conservadora em termos da quantidade de tecido removido. Objetivos: demonstrar uma ileolectomia direita videolaparoscópica em uma mulher jovem com diagnóstico de doença de crohn, que apresentava diarreia contínua, distensão e cólica abdominal e tomografia evidenciando estenose em íleo. Descrição do vídeo: ileolectomia direita videolaparoscópica com anastomose grampeada intracorpórea. Colocação de trocarteres, secção dos vasos mesentéricos do ceco e do íleo terminal com ligasure®, anastomose látero-lateral grampeada. A cirurgia realizada por via videolaparoscópica apresenta morbidade reduzida pela menor necessidade de analgesia pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e menor trauma operatório, evidenciada pelo rápido retorno às atividades diárias, além das vantagens cosméticas. Conclusões: os pacientes portadores da doença de crohn com indicação de tratamento cirúrgico beneficiam-se acentuadamente do emprego da via de acesso laparoscópica, sendo esta ser estimulada pela segurança que oferece e pelos benefícios proporcionados ao paciente.

VL10 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ANTERIOR E PANHISTERECTOMIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE RECORRENTE

MARCHIORI JR., M.A.2, TERCIONI JR., V.1, PIRES, C.1, CHRISTIANO, A. B.1, ZACHETTI, M.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo a realização de retossigmoidectomia associada a pan-histerectomia videolaparoscópica em paciente previamente submetida a sigmoidectomia por laparotomia e que apresentou recidiva da endometriose em parede anterior do cólon abaixado e parede posterior da vagina junto ao colo uterino, além de infiltração peri-ureteral esquerda. Objetivos: enfatizam a viabilidade da utilização da via vídeo-laparoscópica mesmo com o

antecedente de ressecção prévia laparotômica. Descrição do vídeo: destacam a viabilidade da utilização da vídeo-cirurgia apesar da laparotomia prévia e da dificuldade técnica característica da endometriose, além da impossibilidade da retirada do segmento doente pela via vaginal devido às limitações impostas pela cirurgia prévia.

VL11 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ANTERIOR E LINFADENECTOMIA RADICAL VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIONI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, VASCONCELLOS, C. R.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo a utilização da técnica vídeo-laparoscópica para o tratamento cirúrgico da neoplasia maligna do retossigmoide localmente avançada. Objetivos: enfatizam os princípios oncológicos vigentes com opção para a linfadenectomia radical após ligadura “alta” dos vasos mesentéricos inferiores e dissecação linfonodal junto a fásia pré-aórtica até a divisão dos vasos ilíacos. Descrição do caso: destacam a viabilidade de sua realização mesmo considerando o volume tumoral e justificam sua utilização apesar da suposta ausência de melhora na sobrevida face a juventude da paciente e a presença de linfonodomegalia junto a emergência dos vasos mesentéricos inferiores e ao longo da cadeia regional hipogástrica. Conclusões: por fim, destacam os achados anátomo-patológicos que comprovam invasão da gordura pericólica pela neoplasia e a presença de 27 linfonodos sem contaminação neoplásica, contendo hiperplasia linfóide somente e margens livres de neoplasia.

VL12 - EXCISÃO TOTAL DO MESORETO E ANASTOMOSE ULTRA-BAIXA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIONI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, CINTRA, A. A.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo a realização de retossigmoidectomia anterior com excisão total do mesoreto e anastomose mecânica pela técnica do duplo grampeamento a 2 cm do canal anal em paciente portadora de g1st do reto baixo com metástase para 3 linfonodos perirretais previamente identificados no estadiamento pré-operatório e com confirmação anátomo-patológico e imunohistoquímica. Objetivos: demonstram tratar-se de procedimento exequível e tecnicamente idêntico ao realizado pela laparotomia incluindo a realização de “ileostomia de proteção” exceto pelas evidentes vantagens oferecidas pela laparoscopia. Descrição do vídeo: destacam a minuciosa técnica operatória em atenção aos princípios oncológicos vigentes com ênfase às ligaduras vasculares, preservação da inervação do plexo hipogástrico, excisão total do mesoreto e, principalmente a viabilidade de realizar uma anastomose colorretal ultra-baixa junto aos músculos elevadores pela técnica do duplo grampeamento.

VL13 - TRATAMENTO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO DA FÍSTULA RETOVAGINAL ALTA

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIONI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, MACHADO, R. R.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo o uso da vídeo-laparoscopia como opção para o tratamento cirúrgico de paciente que apresentava fístula retovaginal alta junto ao colo uterino após retossigmoidectomia

anterior e insucesso na tentativa de cicatrização com a utilização de ileostomia em fossa ilíaca direita. Objetivos: enfatizam a utilização da vídeo-laparoscopia no tratamento da fístula retovaginal alta. Descrição do vídeo: demonstram a viabilidade da dissecação pélvica e da identificação da linha de sutura anteriormente utilizada. Utilizam a histerectomia como opção técnica facilitadora e a utilização da via vaginal para a retirada da peça cirúrgica. Conclusões: por fim, destacam a utilização de sutura manual com fio gastrointestinal absorvível para o fechamento dos orifícios vaginal e retal e interposição de gordura epiplóica.

VL14 - HEMICOLECTOMIA ESQUERDA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIOTI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, BATISTA, P. F. F.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo a utilização da técnica vídeo-laparoscópica para o tratamento cirúrgico de lesão neoplásica maligna localizada em ângulo esplênico. Objetivos: enfatizam os princípios oncológicos, a necessidade de "tatuagem" da lesão e principalmente a possibilidade de liberação do ângulo esplênico conforme consagrado pela técnica cirúrgica amplamente difundida. Descrição do vídeo: destacam a viabilidade da liberação do ângulo esplênico na via vídeo-laparoscópica conforme a técnica cirúrgica amplamente utilizada pela via laparotômica.

VL15 - RESSECÇÃO DE GANGLIONEUROBLASTOMA RETRO-RETAL VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

MARCHIORI JR., M. A.2, TERCIOTI JR., V.1, PIRES, C. S.1, CHRISTIANO, A. B.1, SOUZA JR., N.1

1. CMC, Centro Médico de Campinas2. CMM, Clínica Mauro Marchiori

Introdução: os autores apresentam em vídeo a realização de ressecção de tumor ocupando o espaço à esquerda do reto e o espaço retro-retal em paciente de 15 anos de idade que o anátomo-patológico demonstrou tratar-se de um ganglioneuroblastoma. Objetivos: enfatizam a viabilidade da dissecação de tumoração em região retro-retal com a utilização da via vídeo-laparoscópica. Descrição do vídeo: destacam a viabilidade da utilização da vídeo-cirurgia na ressecção de um ganglioneuroblastoma na região retro-retal com o uso combinado de um acesso via vídeo-laparoscópica e dorsal para a exérese tumoral, com sacrectomia (S1 e S2). Conclusão: a paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com bexiga neurogênia e retenção fecal transitórias. Não houve alteração da marcha no pós-operatório tardio e a paciente não foi submetida a tratamento adjuvante.

VL16 - RESSECÇÃO ANTERIOR BAIXA "HAND-ASSISTED" COM CONFEÇÃO DE BOLSA COLÔNICA EM J E ANASTOMOSE COLO-ANAL MANUAL

PINTO RA, BASHANKAEV B, CANEDO JA, DENOYA P, EDDEN Y, SHIH SS, WEXNER SD, WEISS EG

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Apresentamos o vídeo de paciente de 49 anos, do sexo masculino, diagnosticado com cancer no terço inferior do reto. Prévio à cirurgia o paciente recebeu quimioterapia (5 fluouracil e leucovorin) e radioterapia (4500 gy), tendo período de latência de 8 semanas. O paciente é posicionado em litotomia modificada. Incisão de 7 cm

vertical é feita na região infra-umbilical e aberta por planos até a cavidade peritoneal. O gelport (applied medical, rancho santa margarita, ca) é posicionado na incisão, e 3 trocateres adicionais são posicionados (um de 10/12 mm e dois de 5 mm). Durante o procedimento diferentes posicionamentos da mesa cirúrgica são requeridos como trendelenburg, trendelenburg reverso, e lateral direito ascentuado. Inicia-se com tração do sigmóide com a mão e tração dos vasos mesentéricos, que são dissecados e divididos com grameador vascular. Com combinação de dissecação atraumática com a mão e o bisturi elétrico, o colon esquerdo, a flexura esplênica e o grande omento são liberados sob visão direta. A dissecação pélvica é realizada aberta com auxílio do retrator de alexis e afastadores iluminados, seguindo os princípios da excisão total do mesorreto. O reto distal e seccionado no plano dos músculos elevadores do ânus. Após retirada da peça, a bolsa colônica em j de 6 cm é confeccionada com grameador linear cortante (tl-60). O retrator de lone star e utilizado para visualização do canal anal. Quatro suturas separadas de vicryl 2. 0 são posicionadas em intervalos de 90°, abrangendo parede total da anoderme do canal anal e da bolsa colônica já posicionada na pelve. Outras suturas separadas intermediárias são colocadas para garantir integridade da anastomose. Verificação de hemostasia e viabilidade da bolsa colônica são confirmados. Escolhida alça de ileo terminal exteriorizada na fissa ilíaca direita e maturada com pontos separados simples de cat-gut 3. 0, protegendo a anastomose. Posicionado dreno de sucção na pelve. O paciente tolerou bem o procedimento e recebeu alta hospitalar no 3º dia. Esse vídeo demonstra a segurança e aspectos práticos do acesso Hand-Assisted na cirurgia colorretal laparoscópica.

VL17 - LINFADENECTOMIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA PARA CÂNCER DE RETO SUPERIOR

SILVA, AAM, CUNHA, PDP, SOUZA, ELQ, CODES, LMG, BACELLAR, MS, ÁZARO FILHO, EM

1. HSR, Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael

Introdução: A utilização da técnica vídeolaparoscópica no tratamento cirúrgico das neoplasias de retossigmóide possui evidência científica sólida, inclusive no que diz respeito aos princípios oncológicos vigentes como linfadenectomia, margens cirúrgicas livres e ressecção do tumor em monobloco. Objetivo: Demonstrar a linfadenectomia vídeolaparoscópica. Método: Paciente do sexo feminino, 59 anos, com adenocarcinoma a 15 cm da borda anal, submetida à retossigmoidectomia com linfadenectomia por vídeolaparoscopia. Resultados: Realizado pneumoperitônio com agulha de Veress e acesso com 5 portais (umbilical – 11mm; FID – 12mm; FIE – 5mm; HD – 5mm e HE – 5mm). Acesso à artéria e veia mesentéricas através do folheto medial do mesocólon, com posterior ligadura das mesmas em suas bases. Liberação da goteira parietocólica esquerda e dissecação do reto até a deflexão peritoneal, sendo realizada a linfadenectomia. Realizado retossigmoidectomia com anastomose colorretal término-terminal utilizando grameador circular 33mm. Feito manobra de borracheiro não sendo evidenciado escape. A paciente teve evolução favorável, sem intercorrências, com Introdução de dieta líquida restrita no 1º DPO, com boa aceitação e evolução gradativa. Obteve alta no 4º DPO. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrando até a gordura periadventícia, com margens cirúrgicas livres e um total de 32 linfonodos isolados, com acometimento metastático em 1 (pT3N1Mx). Conclusão: O vídeo em questão demonstra que a realização da linfadenectomia adequada por vídeolaparoscopia é factível.

VL18 - COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADORA DE POLIPOSE COLÔNICA E CIRROSE HEPÁTICA

VALARINI, R., MALDONADO, G., BOMBONATTO, A.P., PACHECO, A.F.N., BECKER, I.C.

2. HUEC, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Introdução f. M. Z. Feminino 23 anos, há 1 ano com 3 a 5 episódios diários de diarreia com presença de sangue e muco. Emagrecimento de 10 kg nos últimos 6 meses. Hemograma com anemia. Colonoscopia com presença de numerosos pólipos sésseis e pediculados em todos os segmentos colônicos, reto médio e inferior preservado anatomopatológico: pólipos adenomatosos. Presença de cirrose hepática e p-anca positivo, havia realizado tratamento prévio achando-se tratar inicialmente de di. Objetivo realizar o tratamento da polipose colônica através de colectomia total videolaparoscópica e demonstrar ser possível o tratamento de complicações pós-operatórias através da videocirurgia descrição as vias de acesso utilizadas foram os portais convencionais para colectomia total: trocater umbilical e nos quatro quadrantes. A inspeção da cavidade demonstrou cirrose hepática, parede do cólon espessa. Procedeu-se a colectomia total com preservação do reto e íleo-reto anastomose. Paciente evoluiu com fístula da anastomose sendo realizado correção videolaparoscópica com sutura local e ileostomia em alça de proteção. Conclusão a videolaparoscopia permite tratamento da polipose colônica e também a correção de complicações pós-operatórias como fístulas, evitando-se assim a conversão cirúrgica.

VL19 - COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TUMOR AVANÇADO DE CÓLON DIREITO

VALARINI, R., BOMBONATTO, A.P., MALDONADO, G., BECKER, I.C., PACHECO, A.F.N.

1. HUEC, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Introdução z. V. C. , 84 anos, interna por quadro de dor abdominal, distensão, alteração do hábito intestinal e emagrecimento. Exame físico revelando massa palpável em flanco direito. Colonoscopia: aparelho introduzido até o cólon transverso onde foi observada extensa lesão ulcerada, vegetante e obstrutiva que impediu a progressão do aparelho. Diagnóstico anatomopatológico: fragmentos de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e invasor. Tomografia de abdome com lesão de 3 cm em lobo direito do fígado suspeita de metástase. Lesão de 4,5 cm na base do pulmão direito, suspeita de metástase. Objetivo demonstrar ser factível a realização de colectomia videolaparoscópica mesmo em casos avançados descrição os portais de acesso utilizados foram trocater umbilical em fid, fie e flanco esq. Durante a inspeção da cavidade observou-se massa fixa de 10 cm no cólon direito aderida a parede abdominal, foi realizado ligadura da artéria íleo-apêndico cólica, e liberação do cólon direito da parede abdominal. Realizado sutura mecânica extra-corpórea, íleo-transverso anastomose, com grampeador linear. Conclusão concluímos que a videocirurgia pode ser usada mesmo em casos mais avançados e em tumores mais volumosos, possibilitando vantagens, como menor tempo de recuperação e menor agressão a um paciente que irá para tratamento adjuvante.

VL20 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE LESÕES NO CÓLON TRANSVERSO EM PACIENTES OBESOS

VALARINI, R., TROTTA, A.C., BECKER, I.C., MALDONADO, G., BOMBONATTO, A.P., PACHECO, A.F.N.

1. HUEC, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Introdução t. S. , feminina, 60 anos, há 5 meses relata desconforto abdominal associado a emagrecimento. Paciente obesa apresentando imc de 36. Colonoscopia evidenciou uma massa em região de cólon transverso, realizado biópsia. Ap: adenoma tubular com displasia de alto grau, não sendo possível ressecção colonoscópica. Objetivo realização de hemicolectomia laparoscópica em paciente obeso, imc 36, para tratamento de lesão de cólon transverso. Descrição acesso a cavidade através de trocater umbilical, fie, flanco esquerdo e fid. Inventário da cavidade demonstrando tumor tatuado em cólon transverso. Realizado ligadura da artéria íleo-apêndico cólica, cólica média, liberação do cólon direito e transverso com anastomose extracorpórea usando grampeador linear cortante. Conclusão a videocirurgia pode ser utilizada com sucesso para tratamento de lesões de cólon transverso mesmo em pacientes obesos.

VL21 - PROMOTOFIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA COM USO DE TELA DE MÁRLEX

FÁBIO LOPES, LUCIANA PYRAMO, CLEBER MAIA, MARCO ANTÔNIO SANTOS

1. IPSEMG, Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais

Introdução: existem diversas técnicas descritas para o tratamento da prolapso retal, divididas em abordagens perineais ou abdominais. Estas, apesar de acarretar maior morbidade, apresentam melhores resultados e menores taxas de recorrência. O acesso laparoscópico é uma via de acesso minimamente invasiva e com resultados positivos no tratamento da procidência retal. Objetivos: apresentar a técnica de retopexia videolaparoscópica com uso da tela de márlex. Descrição: após a realização de pneumoperitônio são posicionados cinco trocartes: infra-umbilical, fossa ilíaca esquerda, hipocôndrio esquerdo, fossa ilíaca direita e hipocôndrio direito. Realiza-se a dissecação, com auxílio do bisturi ultra-sônico, do mesorreto posterior até o assoalho pélvico combinado com a dissecação lateral e anterior do mesorreto até a completa mobilização do reto. Então, traciona-se superiormente o reto, que é envolto em seus 2/3 posteriores por uma tela de márlex. Finalmente, é posicionado um sexto trocarte supra púbico no qual é introduzido o grampeador. A tela de márlex é fixada ao nível do promontório com grampos de titânio e a tela é suturada na parede retal, reduzindo-se completamente prolapso. Conclusão: a promotofixação com o uso da tela de márlex é uma técnica com baixas taxas de recorrência e bons resultados funcionais. O acesso videolaparoscópico é factível e apresenta a vantagem do acesso pouco invasivo em pacientes muitas vezes idosos e com risco cirúrgico aumentado.

VL22 - RETOSSIGMOIDECTOMIA HÍBRIDA COM USO DE ELETROCAUTÉRIO

LUCIANA PYRAMO, FÁBIO LOPES, CLEBER MAIA, MARCO ANTÔNIO SANTOS

1. IPSEMG, Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais

Introdução: a abordagem laparoscópica híbrida do câncer retal baixo é aquela que associa uma minilaparotomia supra púbica para dissecação do mesorreto a um tempo cirúrgico puramente laparoscópico. O bisturi ultra-sônico é considerado um acessório de grande valor para dissecação e hemostasia neste tipo de operação. Objetivos: expor a viabilidade do uso isolado do eletrocautério na cirurgia laparoscópica híbrida com ótimo resultado, quando o bisturi ultra-sônico não está disponível. Descrição: após a realização de pneumoperitônio são

posicionados cinco trocates: infra-umbilical, fossa ilíaca esquerda, hipocôndrio esquerdo, fossa ilíaca direita e hipocôndrio direito. Em seguida, realizam-se a dissecação medial do mesocôlon e a liberação do ângulo esplênico colônico com ligadura dos vasos mesentéricos inferiores. Todos estes tempos cirúrgicos têm auxílio apenas do eletro cauterio. Finalmente, faz-se uma minilaparotomia supra púbica com dissecação total do mesorreto e confecção de anastomose colo anal. O uso isolado do eletro cauterio está associado a maior sangramento peroperatório, mas não interfere com taxa de conversão e tempo operatório. Além disso, seu uso implica em redução significativa de custos. Conclusão: o bisturi ultra-sônico é um dispositivo que auxilia a cirurgia laparoscópica colorretal e reduz a perda sanguínea operatória. Entretanto, a maior parte dos procedimentos laparoscópicos pode ser bem sucedida com o uso isolado do eletro cauterio.

VL23 - RESSECÇÃO DISCÓIDE NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA – PADRONIZAÇÃO TÉCNICA

NIGRO R, MORY EK, GIBRAN L, SAKAE F
1. HMSC, Hospital e Maternidade São Camilo

Introdução: a endometriose intestinal profunda acomete de 3 a 36% das pacientes com diagnóstico de endometriose, afetando principalmente mulheres ativas em idade fértil. O quadro clínico é variável, compreendendo casos assintomáticos até casos de dor pélvica e alterações intestinais importantes (diarreia, constipação, flatulência e sangramento). O tratamento medicamentoso demonstrou ser pouco eficaz no controle dos sintomas e da patologia, sendo a ressecção cirúrgica considerada a principal medida terapêutica. A ressecção discóide proposta por nezhat et al vem se estabelecendo como alternativa viável a ressecção segmentar em casos selecionados. As principais vantagens deste método são os baixos índices de complicações intra e pós-operatórias, baixa incidência de alterações da motilidade anorretal e alta taxa de fertilidade. Alguns aspectos envolvendo a doença residual neural geram grandes discussões na literatura, porém sem implicação clínica conhecida. Objetivo: neste vídeo, os autores demonstram a padronização técnica da ressecção discóide no tratamento minimamente invasivo da endometriose intestinal profunda adotada no serviço. Descrição: como padrão, a equipe é composta por cirurgiões coloproctologistas e ginecologistas reforçando a idéia de multidisciplinariedade no seguimento e tratamento da patologia. Utilizam-se 4 trocates, posicionados na cicatriz umbilical (10mm ótica), junto as cristas ilíacas direita (12mm) e esquerda (5mm) e na região supra-púbica (5mm). Procedem-se a mobilização do seguimento de colon e passagem de pontos de reparo. Introduz-se então o grameador circular, posicionando-o de modo a compreender todo o foco de endometriose ao ser fechado. Ao realizar o disparo, o foco de endometriose deve estar inteiramente contido na linha de grameamento de modo a permitir a ressecção completa da lesão. Conclusão: a ressecção discóide demonstra ser uma opção viável dentro do arsenal cirúrgico no tratamento da endometriose, sendo adotada rotineiramente e com bons resultados. A indicação do procedimento pode ser feita, inclusive, em pacientes assintomáticas ou oligossintomáticas desde que a lesão possa ser adequadamente ressecada dentro da linha de grameamento.

VL24 - COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ANEMIA HEMOLÍTICA E TUMORAÇÃO EM FOSSA ILÍACA DIREITA

SORBELLO MP, CAMPOS FG, BERTONCINIA, KAWAMOTO FM, NAHAS SC, CECCONELLO I
1. HC-FMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução o uso da videolaparoscopia em cirurgia colorretal tem sido cada vez mais difundido. A padronização técnica cirúrgica torna o método seguro e factível de ser realizado. Em casos de dúvida diagnóstica, como no caso apresentado, a possibilidade de avaliação de toda cavidade abdominal de forma minimamente invasiva, valoriza a realização deste procedimento, possibilitando maior acurácia diagnóstica, definição de conduta intra-operatória, menor trauma cirúrgico e retorno abreviado às atividades. Objetivo apresentar vídeo de colectomia direita videolaparoscópica com linfadenectomia, realizada em paciente com quadro subagudo de dor em fossa ilíaca direita, com ênfase à aplicação da videolaparoscopia como método minimamente invasivo diagnóstico e terapêutico. Material e método paciente do sexo feminino, 35 anos, apresentando astenia e palpitação há oito meses e dor em fossa ilíaca direita há um mês. Diagnosticadas anemia hemolítica auto-imune (hb:5mg/dl) e tumoração palpável em fossa ilíaca direita de origem indeterminada. Resultados após transfusão sanguínea de quatro unidades de concentrado de hemácias pré-operatória, a paciente foi inicialmente submetida à videolaparoscopia diagnóstica, onde foi evidenciado espessamento do apêndice vermiforme e ceco, que se encontravam endurecidos e aderidos à parede abdominal. Os achados intra-operatórios não permitiram se descartar o diagnóstico de neoplasia maligna. Optou-se pela realização de colectomia direita videolaparoscópica com linfadenectomia, respeitando-se os princípios oncológicos para ressecção radical e reconstrução através de ileotransversoanastomose. A paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no quarto dia pós-operatório. O anatomopatológico evidenciou tratar-se de hiperplasia linfóide reacional com peri-apendicite. A paciente está assintomática após 14 meses de seguimento pós-operatório. Conclusão as vantagens da videolaparoscopia em cirurgia colorretal estão bem estabelecidas, não só para diagnóstico e estadiamento, como também pelos bons resultados de seu emprego terapêutico, seja para afecções malignas ou benignas acometendo os diversos segmentos colorretais.

VL25 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA INFILTRATIVA DESAFIOS E RESULTADOS

SORBELLO MP, SORBELLO AA, GODINHO LS, PRADO EN
2. IS, Instituto Sorbello

Introdução a endometriose é uma afecção ginecológica frequente, podendo ser infiltrativa, com comprometimento intestinal em até 20% dos casos, sendo que em 80-90%, este ocorre através do septo reto-vaginal, com envolvimento do retossigmoide. Duas opções de tratamento consistem na enucleação de todos os focos de lesão visibilizadas associadas ou não a ressecção do segmento intestinal, particularmente, nos casos de lesões maiores de 5cm ou com acometimento além da muscular, com objetivo de se evitar recorrência. A videolaparoscopia como via de acesso para tratamento cirúrgico nestes casos tem sido empregue, porém trata-se de um procedimento de difícil realização, uma vez que não há padronização à apresentação da doente com endometriose. Objetivo apresentar os tempos cirúrgicos e dificuldades técnicas, assim como os resultados pós-operatórios obtidos em série retrospectiva de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico videolaparoscópico por endometriose profunda com acometimento do septo reto-vaginal. Resultados resultados: 16 pacientes foram submetidas à enucleação e ablação dos nódulos endometrióticos e 6 pacientes à retossigmoidectomia. Em 6 casos houve histerectomia associada. Tempo médio de internação hospitalar foi de dois dias. 18 pacientes apresentavam infertilidade como queixa principal (82%). Outros sintomas: dismenorréia 59 %,

constipação 32%, diarreia 23%, dispareunia e dor pélvica crônica 18%, dor à evacuação 14% e hematoquezia 4,5%. O envolvimento do septo retovaginal foi observado em 77% dos casos. Seguimento pós-operatório médio de 23 meses. Das 16 pacientes sintomáticas, 8 tornaram-se assintomáticas, 2 apresentaram melhora dos sintomas e 6 mantiveram-se sem alterações dos sintomas. Das pacientes que desejavam engravidar, esta ocorreu em 26% dos casos. Complicações: um caso de estenose da anastomose colorretal, resolvida com dilatação. O anatomopatológico de retossigmoidectomia: infiltração da muscular própria: 3 casos, submucosa: 2 casos e mucosa: 1 caso. Conclusão a videolaparoscopia tem sido empregue com segurança como via de acesso para realização do tratamento cirúrgico de endometriose pélvica profunda, principalmente nos casos de envolvimento do septo reto-vaginal, diminuindo o trauma cirúrgico, aumentando a acurácia do estadiamento intra-operatório. Todavia, é necessário profissional experiente em videolaparoscopia e cirurgia colorretal, dada à complexidade e distorção anatômica causada pela doença de base.

VL26 - TRATAMENTO CIRURGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE AGUDA EM DOIS TEMPOS (DRENAGEM DO ABSCESSO E RETOSSIGMOIDECTOMIA ELETIVA)

PAESE, A, AESIE, DS, RODRIGUES, E.A., CARVALHO, C, ARANTES, JF, SANDOVAL, EGB, DAINEZI, MA
1. fscf, fundação santa casa de franca

O tratamento cirúrgico do megacolon chagásico através da retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal término-lateral posterior imediata por vídeo laparoscopia é uma opção cirúrgica segura e eficaz, sendo realizada pelos autores para tratamento desta patologia há 14 anos, em mais de 80 pacientes. Apresentamos um vídeo onde mostramos detalhes da dissecação no sentido médio-lateral, do isolamento, colocação de clips e secção da artéria e veia mesentérica, seguido de dissecação do espaço retrorretal, liberação do sigmoide, colon descendente e ângulo esplênico. Mostramos com detalhes as duas opções para fechamento da cúpula retal, através da incisão supra-púbica ou através do uso endogrampeadores. Finalizamos o vídeo mostrando de que forma fazemos a anastomose colorretal término-lateral posterior, o mais próximo da linha pectínea.

VL27 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL COM ANASTOMOSE COLORRETAL TÉRMINO-LATERAL POSTERIOR IMEDIATA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

RODRIGUES, EA, PAESE, A, ARSIE, DS, CARVALHO, C, SANDOVAL, EGB, ARANTES, JF, DAINEZI, MA
1. fscf, fundação sta casa de franca

O tratamento cirúrgico do megacolon chagásico através da retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal término-lateral posterior imediata por vídeo laparoscopia é uma opção cirúrgica segura e eficaz, sendo realizada pelos autores para tratamento desta patologia há 14 anos, em mais de 80 pacientes. Apresentamos um vídeo onde mostramos detalhes da dissecação no sentido médio-lateral, do isolamento, colocação de clips e secção da artéria e veia mesentérica, seguido de dissecação do espaço retrorretal, liberação do sigmoide, colon descendente e ângulo esplênico. Mostramos com detalhes as duas opções para fechamento da cúpula retal, através da incisão supra-púbica ou através do uso endogrampeadores. Finalizamos o vídeo mostrando de que forma fazemos a anastomose colorretal término-lateral posterior, o mais próximo da linha pectínea.

VL28 - RETOSSIGMOIDECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DO RETO SUPERIOR COM ACHADO INCOMUM

ARSIE, D, PAESE, A, RODRIGUES, EA, CARVALHO, C, SANDOVAL, EGB, ARANTES, JF, DAINEZI, MA

1. FSCF, Serviço de Cirurgia e Coloproctologia da Sta Casa de Franc

Os autores apresentam um vídeo de uma cirurgia para tratamento de uma neoplasia de colon, onde no inventário da cavidade fomos surpreendidos pelo achado de um divertículo de meckell que apresentava um espinhode origem vegetal o qual transfixava a parede intestinal. Após a retirada do corpo estranho foi então realizado o tratamento cirúrgico da patologia que motivou o procedimento videolaparoscópico. O vídeo mostra os tempos principais da cirurgia no sentido médio-lateral, sendo realizado dissecação e clipagem da artéria e veia mesentérica inferior; identificação e liberação das estruturas do retroperitônio; dissecação do sigmoide, colon descendente e reto superior; fechamento da cúpula retal com endogrampeador seguido de anastomose. Terminamos a apresentação fazendo a ressecção do divertículo que estava inflamado e perfurado.

VL29 - ACHADOS E TRUQUES NO TRATAMENTO CIRURGICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL

AVERBACH, M., ABRAAO, M.S., PODGAEC, S., MARQUES JR, O.W., POPOUTCHI, P., CORREA, P.A.F.P.

1. hsl, hospital sirio libanes

Introducao: a endometriose e uma doença que acomete de 4 a 50% das mulheres em idade reprodutiva. Suas principais manifestações são dor pélvica e infertilidade. O trato gastrointestinal esta envolvido em 3 a 34% dos casos, sendo o reto o principal órgão acometido. A ressecção do segmento acometido e o tratamento de escolha para as pacientes sintomáticas com doença infiltrativa. Objetivos: apresentar a diversidade de apresentações da doença na cavidade abdominal, assim como as principais táticas e experiência de 8 anos de um mesmo grupo no tratamento cirúrgico da endometriose profunda. Descrição do vídeo: este vídeo e uma coletânea dos diversos achados e táticas cirúrgicas de 94 laparoscopias realizadas em 8 anos de experiência de um mesmo grupo. A técnica cirúrgica da retossigmoidectomia laparoscópica e padronizada e demonstrada, enfatizando seus principais passos: inventario detalhado da cavidade, mobilizacao do colon e do reto com identificação das estruturas do retroperitônio, eleição das margens de secção, ressecção dos demais focos pélvicos e abdominais e confecção da anastomose. O material também demonstra o uso de cateteres ureterais iluminados nos casos mais complexos e a ressecção discóide de uma pequena lesão anterior do reto com auxilio do grampeador circular. Conclusões: os autores concluem que o tratamento cirúrgico da endometriose intestinal por via laparoscópica e factível e seguro quando realizado de forma padronizada, mesmo nos casos mais complexos.

VL30 - ESTRATÉGIA CIRURGICA VIDEOLAPAROSCOPICO NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA: COPE E US 3-D

SAGAE, U.E., LIMA, D.M.R., TSUCHIYA, R.S., CARVALHO, C.A., SHIRATORI, A.I., BONATTO, M.W., TANAKA, T.M.

1. UNIOESTE, UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ

Introdução: o grande desafio cirúrgico da endometriose do septo retovaginal, conhecida como endometriose profunda, deve-se às suas características infiltrativas e que acomete muitas vezes o reto extraperitoneal. Associando a ultra-sonografia anorretal tridimensional (us 3d) com a cope (corrida dos órgãos peritoneais pela laparoscopia),

o diagnóstico e a estratégia cirúrgica são mais precisamente definidas nos casos de endometriose profunda. Objetivo: este estudo visa demonstrar a cope nas pacientes diagnosticadas com endometriose profunda e com grau de acometimento intestinal à ultra-sonografia anorretal tridimensional. Descrição: dezoito mulheres com focos de endometriose retal foram submetidas à cope que se caracteriza com colocação do monitor na posição inferior, próximo aos pés da paciente; quarta punção no hipocôndrio direito de 5 mm; uso de óptica de 30 graus; posição de trendelenburg com uso de perneiras (semi ginecológica); início da investigação do intestino delgado pelo íleo terminal em direção ao ângulo duodeno-jejunal. Após este procedimento, é visualizada a pelve para estabelecer o tratamento. Dez mulheres (55%) foram submetidas a apenas exérese do nódulo retal e as outras (45%) foram submetidas à retossigmoidectomia videolaparoscópica. Houve correlação dos achados laparoscópicos com da us 3-d, tendo discordância em apenas um caso o qual apresentava foco na gordura perirretal e não foi possível realizar apenas exérese do nódulo, tendo sido submetida a retossigmoidectomia. Conclusão: conclui-se que us 3-d e da cope são importantes abordagens no tratamento da endometriose profunda.

VL31 - PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA ABREVIADA CURVA DE APRENDIZADO

MENDES, G.N., PEDROSO, M.A., JUNIOR, A.B., LUPINACCI, R.A.
1. HSPE, Hospital do Servidor Estadual de São Paulo

A padronização da técnica cirúrgica videolaparoscópica é um fator de importância para a diminuição do tempo da curva de aprendizado. Nesta apresentação são mostrados dois vídeos comparando um cirurgião com 18 casos com outro cirurgião com 1200 casos em videocirurgia colorretal. Estes vídeos são editados lado a lado comparando os tempos principais de uma retossigmoidectomia (dissecção da veia mesentérica inferior, dissecção da artéria mesentérica inferior, dissecção da coteira parieto-cólica esquerda e ângulo esplênico). Com esta apresentação podemos facilmente demonstrar que a padronização de técnica cirúrgica influencia na curva de aprendizado.

VL32 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EXTENSA É FACTÍVEL?

PEDROSO, M.A., MENDES, G.N., JUNIOR, A.B., LUPINACCI, R., CHARTUNE, A.P.T., FERREIRA, L.A., FERREIRA, J.M., BONADIMAN, A.
1. HSPE, Hospital do servidor estadual de São Paulo

No passado a linfadenectomia retroperitoneal por acometimento linfonodal por neoplasia colorretal era de difícil execução por videolaparoscopia. Neste vídeo editado mostramos uma retossigmoidectomia com linfadenectomia retroperitoneal por acometimento macroscópica de de linfonodos retroperitoneal. Este vídeo comprova que a linfadenectomia retroperitoneal obedecendo os princípios oncológicos é factível.

VL33 - LIBERAÇÃO DO LIGAMENTO FALCIFORME; FACILITA A CIRURGIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA COLO-RETAL?

FERREIRA, JM, PEDROSO, MA, FERREIRA, LA, MENDES, GN, LUPINACCI, RA, ANDRADE, RF, BEANI JR, A, NAHIME, CB
1. HSPE, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

A liberação do ligamento falciforme realizada como primeiro passo na cirurgia colo-retal vídeo-laparoscópica aumenta o espaço intracavitário e permite a melhor acomodação do cólon transversal. Foram

realizadas 323 cirurgias colo-retais com padronização desta técnica onde foi evidenciado a melhora do campo cirúrgico e facilitação dos passos seguintes da cirurgia. Neste vídeo apresentamos a padronização da técnica realizada em nosso serviço.

VL34 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ASSOCIADA A PANHISTERECTOMIA E REIMPLANTE DE URETER VÍDEO-LAPAROSCÓPICO POE ENDOMETRIOSE: EXPERIÊNCIA EM UM CASO

PEDROSO, MA, FERREIRA, JM, MENDES, GN, FERREIRA, LA, LUPINACCI, RA, PANHOCA, R, FONSECA FILHO, LL, ANDRADE, RF

1. HSPE-SP, Hospital do Servidor Público Estadual- SP

Apresentamos o caso de uma paciente de 44 anos, portadora de endometriose pélvica com acometimento de ovários, útero, reto e ureter e. Foi realizada a ressecção em bloco do retossigmoide, útero e anexos, ureter e por vídeo-laparoscopia e retirada da peça por via vaginal. A reconstrução intestinal foi feita por meio de grampeadores, e após esta etapa, foi realizado o implante do ureter e na bexiga também por via laparoscópica. Nosso objetivo é mostrar que com uma equipe apta a realizar cirurgias laparoscópicas, é possível a realização de cirurgias de alta complexidade.

VL35 - RESSECÇÃO MICROCIRÚRGICA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO COLOPROCTOLOGISTA

PEDROSO, M.A., MENDES, G.N., JUNIOR, A.B., LUPINACCI, R.A., FERREIRA, J.M., FERREIRA, L.A.

1. HSPE, Hospital do servidor público estadual de São Paulo

A ressecção endoscópica transanal microcirúrgica é uma opção de tratamento para alguns tipos de neoplasias de reto. Este vídeo editado apresenta o primeiro caso de um cirurgião coloproctologista onde um adenocarcinoma, T1N0 pelo ultrassonografia endoanal, a 5 cm de borda anal foi ressecado utilizando a técnica de ressecção endoscópica transanal microcirúrgica. Essa técnica mostrou-se muito segura e factível de ser realizada.

VL36 - ESQUEMATIZANDO A CIRURGIA PARA ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA DO COMPARTIMENTO PÉLVICO POSTERIOR

PYRAMO, L.M.

1. HB, Hospital Biocor

Introdução: a endometriose infiltrativa profunda é um tipo de endometriose que acomete principalmente o compartimento pélvico posterior. Não responde devidamente ao tratamento hormonal. O tratamento de escolha é o cirúrgico. Objetivos: mostrar passo a passo a retossigmoidectomia para endometriose comparando com desenhos da anatomia pélvica. Descrição do vídeo: . Liberação das aderências e desbloqueamento da pelve . Identificação dos ureteres e quando necessário ureterólise até junto a artéria uterina, o que facilita o afastamento do mesmo das lesões endométricas . Identificação do local da lesão endométrica a ser ressecada . Liberação do reto da parede vaginal, juntamente com o tecido doente existente no fundo de saco. Para facilitar faz-se toque vaginal durante a dissecção . Liberação do reto lateralmente e posteriormente procurando identificar os nervos hipogástricos . Liberação do colon e até a mesenterica inferior . Dissecção e cauterização dos vasos peri-colicos e mesoreto do local a ser

feita a anastomose . Secção do reto com endogrampeador . Exteriorização do colon por incisão em local do trocater inferior d ou e . Confeção da bolsa para prender a ogiva . Confeção da anastomose após fechar a incisão conclusão: a esquematização da técnica otimiza o tempo e o entrosamento da equipe.

VL37 - RESSECÇÃO ANTERIOR EM DISCO, UMA OPÇÃO PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE RETAL
PYRAMO, L.M.

1. HB, Hospital Biocor

Introdução: a endometriose intestinal profunda é uma das causas de dor pélvica e infertilidade. O tratamento de escolha é o cirúrgico. Objetivos: demonstrar a técnica de ressecção a disco usando stapler circular 33. Descrição do vídeo: . Inventário da cavidade para estadiamento da endometriose. . Identificação da lesão endometriótica intestinal. . Identificação dos ureteres e quando necessário ureterólise até junto a artéria uterina. . Liberação do reto da parede vaginal, juntamente com o tecido doente existente no fundo de saco. Para facilitar faz-se toque vaginal durante a dissecação. . Liberada a lesão endometriótica avaliar se é > que 3 cm de diâmetro e se ocupa menos que 1/3 da circunferência do intestino. . Efetuar o shaving parcial da lesão. . Introduzir o stapler circular 33 pelo reto e posicionar junto a lesão. . Abrir o stapler e imbricar a lesão para dentro do mesmo, tendo a certeza que toda a lesão será ressecada. . Disparar o grampeador. . Conferir se a lesão foi totalmente ressecada. . Revisão da anastomose e da cavidade. Conclusão: a ressecção a disco é uma cirurgia menos agressiva indicada para pequenas lesões endometrióticas da parede retal anterior.

VL38 - ENDOMETRIOSE INTESTINAL TRATAMENTO CIRÚRGICO POR RESSECÇÃO EM DISCO

THAISA BARBOSA-SILVA, LUCIANA PYRAMO, LUIZ FERNANDO NR, BRUNO CÔRTEZ
1. HMON, Hospital Otaviano Neves

Introdução: a endometriose intestinal pode apresentar-se por infiltração superficial, lesão estenosante ou tumoração polipóide. As áreas mais comumente envolvidas são o reto e o sigmóide, em 85% dos casos; o ceco, em 3,6%; e o apêndice, em 3% das pacientes. A endometriose do reto e sigmóide é considerada forma grave e de difícil diagnóstico. Na vigência de comprometimento intestinal, observam-se, em diferentes intensidades, diarreia, constipação, tenesmo, vômitos, febre, anorexia, perda de peso e sangue nas fezes. Diante de endometriose de reto e sigmóide, as alternativas cirúrgicas incluem ressecção segmentar, excisão em disco ou nodulectomia (shaving). Indica-se ressecção segmentar nos casos onde há lesões maiores, com envolvimento de toda ou quase toda espessura da parede, com estreitamento da luz. Já a excisão em disco pode ser utilizada quando há lesões menores, sem possibilidade de shaving. Trata-se de procedimento tecnicamente mais fácil, de menor morbidade, necessitando de menor dissecação do reto e sigmóide. Os autores relatam um caso de endometriose de sigmóide, onde foi possível realizar a ressecção em disco, com remoção de toda lesão focal. Objetivo: relatar as indicações e a técnica operatória de ressecção em disco, em paciente com endometriose profunda com lesão focal no sigmóide. Descrição do vídeo: a paciente foi posicionada em litotomia, sendo os trocartes introduzidos nos seguintes locais: cicatriz umbilical (câmera), linha hemiclavicular direita (5mm no nível da cicatriz umbilical e 12mm, cerca de 8 cm inferiormente), linha hemiclavicular esquerda no nível do umbigo e outro no hipogástrio (8cm acima do púbis). Após coloca-

ção de elevador uterino (endovaginal), foi feito inventário da cavidade, sendo identificados todos os focos de lesões. Feita identificação e isolamento dos ureteres, para propiciar a remoção das lesões com segurança. Feita liberação da lesão intestinal das estruturas da parede do cólon (tecido adiposo), Introdução do grampeador circular 33mm, abertura da ogiva para englobar a lesão, fechamento do grampeador e ressecção em disco. O estudo anatomopatológico confirmou a lesão e a margem de segurança. Conclusão: a ressecção em disco, quando possível, é boa alternativa cirúrgica em pacientes com endometriose de reto e sigmóide, com baixa morbidade.

VL39 - COLECTOMIA DIREITA POR VIDEO-LAPAROSCOPIA PARA NEOPLASIA COM 3 PORTAIS DE ACESSO

SEVÁ-PEREIRA, G, ROMAGNOLO, LG, NASCIMENTO, RB, MORAES, SP, OLIVEIRA FILHO, JJ
1. HMMG, Hospital Mário Gatti

Há alguns anos a cirurgia minimamente invasiva tornou-se parte fundamental do arsenal terapêutico na abordagem do cancer colorretal. Entre as indicações mais frequentes para laparoscopia em cancer colorretal estão as colectomias direitas, habitualmente tidas como cirurgias de menor complexidade entre as colorretais. Em grande parte dos casos o cirurgião opta pela colocação 4 ou 5 trocartes para realização dessa cirurgia. Nesse vídeo demonstraremos a técnica realizada com 3 trocartes, tornando a cirurgia provavelmente mais simples e dando maior independência ao cirurgião.

VL40 - RETOSSIGMOIDECTOMIA POR VIDEO-LAPAROSCOPIA EM PACIENTE COM NEOPLASIA DE RETO BAIXO COM PRÉVIA COLOSTOMIA EM ALÇA

SEVÁ-PEREIRA, G, ROMAGNOLO, LG, NASCIMENTO, RB, MORAES, SP, OLIVEIRA FILHO, JJ
1. HMMG, Hospital Mário Gatti

Há alguns anos a cirurgia minimamente invasiva tornou-se parte fundamental do arsenal terapêutico na abordagem do cancer colorretal, tornando-se preferência em vários serviços. Será apresentado o vídeo de um caso de câncer de reto inferior em uma paciente de 26 anos que chegou com obstrução intestinal no pronto-socorro e foi realizada colostomia em alça para desobstrução, sem ressecção. A opção a seguir foi por tratamento neoadjuvante com radio e quimioterapia, e em seu tempo, a realização de retossigmoidectomia por via laparoscópica e anastomose colorretal baixa com reservatório em j associado à ileostomia protetora. Toda a cirurgia realizada com energia monopolar. O vídeo demonstra que a cirurgia é possível, mesmo em paciente que já tenha sido submetida à cirurgia intestinal prévia, mesmo sem a utilização de tecnologias de corte e coagulação mais dispendiosas.

VL41 - CORREÇÃO DE HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA GIGANTE ATRAVÉS DE ACESSO LAPAROSCÓPICO

ANDRÉ RONCON DIAS, RODRIGO BLANCO DUMARCO, MARCELO RODRIGUES BORBA, CAIO SÉRGIO RIZKALLAH NAHAS, SÉRGIO CARLOS NAHAS.
1. FMUSP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
2. HSL, Hospital Sírio Libanês

Introdução: a hérnia paracolostômica é uma complicação indesejada que pode ocorrer após a confecção de uma estomia. Apresentamos neste vídeo a correção de uma hérnia paracolostômica gigante em um

paciente obeso, submetido 30 anos atrás a uma amputação de reto por adenocarcinoma retal. Objetivos: demonstrar que o acesso laparoscópico permite, mesmo em doentes previamente laparotomizados, a correção destas hérnias com segurança e eficácia. Descrição do vídeo: utilizada a via laparoscópica, no vídeo visualizamos a redução do conteúdo herniado e a colocação de uma tela de material inerte cobrindo a grande falha aponeurótica peri estomia. Conclusão: o acesso laparoscópico é uma opção válida nestes casos.

VL42 - PADRONIZAÇÃO DOS TEMPOS CIRÚRGICOS NA COLECTOMIA ESQUERDA.

RODRIGO BLANCO DUMARCO, ANDRÉ RONCON DIAS, SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO, FÁBIO GUILHERME CAMPOS, SÉRGIO CARLOS NAHAS.

Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Introdução: a via laparoscópica no tratamento das moléstias do cólon esquerdo deve ser a via preferencial sempre que possível. Já está comprovada sua eficácia e segurança no tratamento da doença diverticular, no câncer e em outras patologias que acometem o cólon esquerdo. No entanto a curva de aprendizado é longa e requer experiência tanto na cirurgia aberta quanto em laparoscopia. Objetivos: demonstrar os principais tempos cirúrgicos da colectomia esquerda laparoscópica, demonstrando como a padronização destes pode facilitar o aprendizado e diminuir o tempo cirúrgico. Descrição do vídeo: apresentamos de forma didática uma colectomia esquerda laparoscópica, detalhando a padronização que utilizamos em nosso serviço, incluindo o posicionamento da equipe e dos trocartes. Esta tática tem facilitado o rápido aprendizado de nossos residentes. Conclusão: cada cirurgia deve desenvolver sua própria padronização no acesso laparoscópico das colectomias esquerdas e a disponibilização de fontes didáticas como este vídeo visa facilitar esse fato e abreviar a longa curva de aprendizado deste procedimento.

VL43 - LIMPEZA LINFONODAL NA RAIZ DA ARTÉRIA ILEOAPENDICOCÓLICA PELA VIA LAPAROSCÓPICA

DIAS AR, DUMARCO RB, ARAUJO SEA, CAMPOS FG, NAHAS SC
1. FMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: a radicalidade da colectomia direita laparoscópica no tratamento do câncer do cólon direito já está bem estabelecida. Sabemos que essa via permite a retirada de número similar ou maior de linfonodos em relação ao acesso aberto. Objetivos: demonstrar a radicalidade que pode ser obtida com o acesso laparoscópico na colectomia direita em termos de colheita linfonodal, numa paciente com uma neoplasia de ceco onde 29 linfonodos foram retirados. Descrição do vídeo: neste didático vídeo podemos visualizar claramente a dissecação linfonodal junto à raiz da artéria ileoapendicocólica, demonstrando que a via laparoscópica permite uma ótima visualização e dissecação destes linfonodos, que são retirados junto à peça cirúrgica. Conclusão: a ligadura da artéria ileoapendicocólica rente ao duodeno permite a retirada de diversos linfonodos que estão próximos à sua origem, permitindo um melhor estadiamento e uma maior radicalidade.

V44 - REPARO TRANSPERINEAL DE RETOCELE - RELATO DE CASO

RODRIGO GUIMARÃES OLIVEIRA, FLÁVIA FONTES FARIA, ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR, FÁBIO GONTIJO

RODRIGUES, ÁUREA CÁSSIA GUALBERTO BRAGA, SINARA MÔNICA DE OLIVEIRA LEITE, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ
1. SCBH, Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: A retocele é uma disfunção pélvica subdiagnosticada, apesar de sua prevalência significativa. Seu reconhecimento é essencial para o tratamento de determinados casos, como constipação refratária. A sintomatologia é vaga, e nem sempre associada ao prolapso. O tratamento clínico é ineficaz quando utilizado isoladamente. Existem várias técnicas, e dentre elas a abordagem transperineal. Objetivo: Demonstrar um caso de reparo de retocele volumosa por via transperineal, realizando a plástica dos músculos elevadores do ânus e perineais, sem o uso de prótese sintética. Descrição do vídeo: Trata-se de paciente de 54 anos, com relato de sensação de pressão perineal ao ato defecatório com dez anos de evolução, abaulamento vaginal associado, e necessidade de auxílio manual intravaginal para expulsão das fezes. Paciente múltipara, submetida a dois partos vaginais. Queixava-se de constipação crônica. Ao exame físico, apresentava retocele volumosa. A defecografia demonstrava retocele de aproximadamente sete centímetros. Foi instituído tratamento clínico com dieta de alto resíduo e suplemento de fibras, e encaminhada para tratamento cirúrgico. A técnica utilizada foi o reparo por via transperineal com plástica da musculatura elevadora do ânus e reparo perineal. Consiste em incisão transversal perineal, com dissecação através do septo retovaginal até a cúpula vaginal, próximo ao colo uterino, identificando a falha entre os músculos elevadores do ânus. Posteriormente, realiza-se a plicatura dos elevadores com fio de absorção lenta (poliglactina 1) até o nível do anel anorretal, com reconstrução da musculatura perineal, e fechamento da ferida perineal com pontos separados. Eventualmente, resseca-se a mucosa vaginal redundante. Os resultados obtidos com esta abordagem são excelentes, com alto grau de satisfação e baixo índice de recidivas. Apresenta a vantagem de não se utilizar prótese, o que diminui a incidência de complicações. Conclusões: O reparo transperineal de retocele, apesar de não utilizado com frequência, é um método eficaz, de baixo custo, e com resultados satisfatórios. A técnica é simples e a plicatura adequada da musculatura elevadora do ânus permite a correção do prolapso, evitando-se o uso de prótese.

V45 - CORREÇÃO TRANSANAL DE RETOCELE E MUCOSECTOMIA RETAL COM NOVO KIT GRAMPEADOR. TRREMSPROCEDURE

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹, STHELA MARIA MURAD-REGADAS¹, LUSMAR VERAS RODRIGUES¹, GRAZIELA OLÍVIA DA SILVA FERNANDES², BEETHOVEN BARBOSA LANDIM², GABRIEL DOS SANTOS DIAS SOARES², FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS-FILHO², MARIELLE PEREIRA REGADAS²

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará-Hospital São Carlos

Introdução: A evacuação obstruída é comumente associada com algum distúrbio anorretal (anatômico ou funcional), principalmente retocele e prolapso mucoso do reto. Objetivo: Apresentar novo *kit* grampeador para o tratamento da retocele associada a prolapso mucoso retal. Descrição do vídeo: Paciente foi submetida a preparo intestinal com solução glicerinada, anestesia (bloqueio medular) e antibióticoprofilaxia (1-2g de cefoxitina). Foi colocada em posição de *Lloyd-Davis*, sendo inicialmente introduzido o dilatador anal com anuscopia e o *port*. O dilatador e anuscopia foram retirados, fixando o *port* à pele perianal. A retocele foi evertida para o interior do canal anal com o dedo inserido na vagina, sendo o ápice identificado e reparado com fio cirúrgico. A parede posterior da vagina foi tracionada

para cima com pinça *Babcock*, o ápice da retocele para baixo e uma sutura horizontal contínua em barra grega foi realizada ao nível da base da retocele, aproximadamente 2.0cm acima da linha pectínea e incluindo mucosa, submucosa e a camada muscular de toda parede da junção anorretal. Toda a parede da retocele foi seccionada com bisturi elétrico mantendo uma ferida aberta com as bordas unidas pela sutura manual prévia. A seguir, uma sutura circunferencial, em bolsa, foi realizada incluindo mucosa e submucosa e o novo *EEA™ for hemorrhoids and Prolapse Stapler Set* foi introduzido através da sutura em bolsa a qual foi atada em torno do eixo do grampeador, passando o fio através de um dos orifícios existentes de acordo com o tamanho do prolapso. Os fios de reparo da sutura horizontal em barra grega foram também atados em torno do eixo do grampeador o qual foi fechado e disparado, ressecando toda a base da sutura horizontal e a mucosa retal prolapçada circunferencialmente. Foi realizada revisão da sutura grampeada e os *donuts* foram examinados e medidos nas extremidades e no centro para observar a simetria. Conclusão: A técnica proposta utilizando o novo *kit* grampeador foi eficaz para ressecar toda a mucosa retal prolapçada e corrigir a retocele.

V46 - MUCOSECTOMIA RETAL GRAMPEADA MODIFICADA. APEX TECHNIQUE

FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS¹, STHELA MARIA MURAD-REGADAS¹, LUSMAR VERAS RODRIGUES¹, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES², WARYSON SILVA SURIMÃ¹, FRANCISCO JOSÉ ARAUJO SOUSA¹, VIVIANE TIEMI KENMOTI¹, GUILHERME M. BUCHEN¹

1. UFC, Hospital Universitário Walter Cantídio- HU-UFC
2. CCC-HSC, Centro de Coloproctologia do Ceará - Hospital São Carlos

Introdução: A ressecção circular de mucosa retal com anopexia mecânica foi inicialmente publicada em 1997 e tem sido utilizada em todos os continentes demonstrando resultados satisfatórios no tratamento de pacientes selecionados com prolapso mucoso-hemorroidário. **Objetivo:** Descrever uma modificação na técnica de mucosectomia retal grampeada (*Apex Technique*) para tratamento do prolapso mucoso-hemorroidário. **Descrição do vídeo:** Paciente foi submetida a preparo intestinal com solução glicerinada, submetida a bloqueio medular e antibióticoprofilaxia (1-2g de cefoxitina). Foi colocada em posição de *Lloyd-Davis*, sendo inicialmente introduzido o dilatador anal com anuscópio e o *port*. O dilatador e anuscópio foram retirados, fixando o *port* à pele perianal. Utilizando pinças atraumáticas, o ápice do prolapso mucoso/hemorroidário foi inicialmente identificado e marcado em cada quadrante utilizando fio cirúrgico. A sutura em bolsa circular, envolvendo mucosa e submucosa foi posicionada no ápice do prolapso, sendo em seguida introduzido o novo *EEA™ for hemorrhoids and Prolapse Stapler Set*, atando a sutura em torno do eixo do grampeador utilizando um orifício posicionado a 5.0cm do anvil do grampeador. Após tracionar a parede posterior da vagina para cima, o grampeador foi fechado e disparado. Foi realizada revisão da sutura grampeada no sentido de identificar sangramento e/ou sutura incompleta. Os *donuts* são examinados e medidos nas extremidades e no centro, observando completa simetria e com largura de 7.0cm. **Conclusões:** A técnica de mucosectomia grampeada (*Apex Technique*) utilizada foi eficaz no tratamento do prolapso mucoso circular do reto. *élvico*.

V47 - INTERPOSIÇÃO DO MÚSCULO GRÁCIL PARA O TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL RECORRENTE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN.

RODRIGO AMBAR PINTO, BADMA BASHANKAEV, JORGE A CANEDO, THAIS VILLELA PETERSON, YAIR EDDEN, SHIRLEY S SHIH, CRISTINA SEO, STEVEN D WEXNER

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

Fístulas reto-vaginais (FRV) são entidades extremamente debilitantes não somente para a paciente, que vive em uma condição psicologicamente e fisicamente adversa, mas também para o cirurgião, que enfrenta a árdua tarefa do reparo cirúrgico. Interposição de músculo grácil é em geral indicada para pacientes com FRV complexas, principalmente em portadores de doença inflamatória intestinal. No presente vídeo o paciente apresenta doença de Crohn há 5 anos e FRV recorrente há 3 anos, tendo sido previamente submetida a 2 “flaps” endoretais de avanço. A paciente é colocada na posição de *Lloyd-Davis* com as pernas posicionadas em perneiras. Duas incisões são confeccionadas na coxa (preferencialmente da perna não dominante do paciente), uma proximal 5 cm lateral e 5 cm anterior ao orifício anal, e outra distal e anterior distando 5 cm do joelho. O músculo grácil é dissecado proximalmente e isolado. Os vasos perforantes são divididos com o bisturi harmônico. O tendão do músculo grácil é seccionado proximalmente à articulação do joelho, e o músculo é retirado por completo pela incisão proximal. O músculo é mobilizado até o nível do pedículo neuro-vascular e tunelizado até uma pequena incisão antero-lateral ao orifício anal, onde será localizada a incisão perineal. O tendão é fixado a tal incisão com pontos simples de vicryl 2.0. As incisões da coxa são fechadas por planos e um dreno de sucção é posicionado no plano de dissecação e exteriorizado por incisão contra lateral à incisão distal. A paciente é reposicionada em *jack-knife* sobrecoxins. Realizada incisão perineal semi-circular no septo anovaginal. O plano coronal é dissecado proximalmente até o encontro da FRV, que é debrida de ambos os lados e preparada com suturas simples de monocryl 2.0. Alguns pontos são posicionados no septo reto-vaginal para fixar o músculo grácil entre o reto e a vagina. Outro dreno de sucção é posicionado no períneo, que é fechado por planos. A paciente é transferida para a enfermaria posicionada com as pernas aduzidas e deve ficar imóvel por 3 a 4 dias. O procedimento tem se mostrado muito efetivo no tratamento RVF recorrentes.

V48 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL COM ANASTOMOSE COLOANAL MECÂNICA PARA PROLAPSO RETAL

JORGE A CANEDO, RODRIGO AMBAR PINTO, GENOVA JILL, DAVID VIVAS, BADMA BASHANKAEV, YAIR EDDEN, EMANUELA SILVA, STEVEN D WEXNER

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

O presente vídeo refere-se a paciente do sexo feminino de 82 anos com história de 10 anos de prolapso retal. O exame físico confirmou prolapso total e circunferencial e foi decidido por acesso perineal, devido a idade avançada da paciente. Paciente é posicionada em *jack-knife* após indução de anestesia geral. O ânus é exposto com o afastador de *lone-star* (*Lone Star Medical Products, Inc, Stafford, TX*) e a submucosa é infiltrada com solução de xylocaína a 0.5% e Marcaína a 0.25%, com 1:400,000 unidades de epinefrina. Realizada incisão circunferencial 2 cm acima da linha pectínea. A medida que se avança na dissecação do reto e sigmóide, os vasos mesocólicos são ligados próximos a parede do cólon. No presente caso o peritônio foi aberto para ressecção do excesso de sigmóide redundante. Cinquenta e cinco centímetros de retossigmóide redundantes foram ressecados. Sutura em bolsa com clamp foi realizada no cólon descendente e manual na parte distal de reto ressecado previamente a Introdução do grampeador. Grampeador circular de 33 mm é introduzido no ânus e a anastomose

coloanal mecânica realizada. Os anéis proximal e distal são confirmados para excisão de parede total e presença de perda de continuidade, que não foi verificada. Atenciosa revisão hemostasia e a inspeção da integridade da anastomose são confirmados. O paciente apresentou evolução favorável e teve alta hospitalar no 3º dia pós-operatório.

V49 - ESFINCTEROPLASTIA PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL ASSOCIADA A DEFEITO ESFINCTERIANO

RODRIGO AMBAR PINTO, BADMA BASHANKAEV, JORGE A CANEDO, YAIR EDDEN, SIRLEY S SHIH, EMANUELA SILVA, STEVEN D WEXNER, ERIC G WEISS

1. CCF, Cleveland Clinic Florida

O presente vídeo demonstra a técnica de esfínteroplastia por sobreposição dos cabos musculares em paciente de 55 anos com sintomas de incontinência fecal há 3 anos associada a defeito esfínteriano anterior. Histórico obstétrico prévio de 2 partos normais, sendo um deles por fórceps. Incontinência fecal (IF) é uma condição debilitante, que afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Algumas opções podem ser utilizadas para o tratamento de tais pacientes. Utilizando alguns sistemas para quantificar a severidade da IF, como o score da Cleveland Clinic Florida, pode-se obter uma informação precisa e selecionar o tratamento apropriado. A modalidade cirúrgica a ser empregada depende em parte da integridade dos esfínteres. Pacientes com defeitos definidos do esfínter anal externo em geral são submetidos primeiramente a esfínteroplastia como tratamento cirúrgico inicial. O paciente é posicionado em jack-knife. Incisão perineal semi-circunferencial é procedida e dissecam-se até encontrar os cabos musculares e o tecido fibrótico que os recobre. Alguns princípios desse procedimento incluem a preservação do tecido fibrótico formado após a lesão esfínteriana, para ancorar os pontos e facilitar a sobreposição dos cabos musculares previamente separados. Isso aumenta a área de contato e reduz a chance de ruptura da sutura. A plicatura dos músculos elevadores do ânus melhora a sustentação muscular e pode aumentar a pressão de repouso do canal anal. A imbricação separada do esfínter anal interno pode ser realizada, por opção do cirurgião. O procedimento promove resultados satisfatórios em curto prazo, com melhora da incontinência para sólidos e líquidos entre 70 e 80%. A paciente evoluiu bem tendo alta hospitalar no 3º dia.

V50 - ANGIODISPLASIA DE CÓLON: NOVO MÉTODO DE TRATAMENTO

HILARIO-FREITAS, A.A., SANTOS, D.N., TODESCHI, C.M., SENA, VITAL, S., BABO, P.

1. HPM, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais

Introdução: a colonoscopia como método de diagnóstico e tratamento, possibilitou avanços na abordagem da angiodisplasia de cólon, entidade responsável por um terço das hemorragias gastrointestinais baixas. Trata-se de paciente sexo masculino, 65 anos de idade, insuficiência renal crônica dialítica e coronariopata grave, com episódios de hematoquezia volumosa ao iniciar uso de agregantes plaquetários, necessitando múltiplas hemotransfusões. Colonoscopia diagnosticou lesões vasculares no ceco com estigmas de sangramento. Há descrições na literatura do uso de agentes hemostáticos tais como gás argônio e vasoconstrictores, aplicados separadamente. Foi realizado tratamento endoscópico das angiodisplasias com aplicação de argônio, após elevação das lesões com soro fisiológico, e pela primeira vez descrita no Brasil, acrescentado vasoconstrictor à solução.

V51 - SUTURA DE CÓLON SIGMÓIDE APÓS PERFURAÇÃO DE COLONOSCOPIA

CARMO, L. C. B.2, CRUZ, S. H. A.1, TOMMASO, C.3, SILVA, R. B. F.4

1. FCMSCSP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo2. HSPM, Hospital Servidor Público Municipal3. HVM, Hospital Vila Mariana4. RRMCM, R R Médicos Cirurgiões

Paciente amp, 60 anos, submetida a colonoscopia dia 26 de junho de 2009 por obstrução intestinal. Exame foi realizado com grande dificuldade técnica devido a doença diverticular pancolônica e paciente evoluiu com distensão abdominal difusa após o procedimento e descompressão brusca positiva. Realizada tomografia de abdome que evidenciou pneumoperitônio volumoso desde o cólon descendente distal onde se observou a área de perfuração. Realizada a laparoscopia onde se fez a lavagem da cavidade com sf0,9% e sutura do orifício em cólon sigmóide com pontos de prolene 3. 0. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.

V52 - HEMORROIDECTOMIA AMBULATORIAL COM LIGASURE

REIS NETO, REIS JÚNIOR, ODORINO KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES, SÉRGIO BANCÍ, LUCIANE HIANE, DANIELE SAITO

1. CRN, Clínica Reis Neto

Hemorroidectomia ambulatorial sob sedação venosa e anestesia local utilizando ligasure reis neto ja, reis júnior ja, neto js, kagohara oh, banci so, oliveira lh e anjos ds. Clínica reis neto - campinas / sp
Introdução: dada a alta prevalência da doença hemorroidária, o tratamento cirúrgico ocupa lugar de destaque, sendo o único capaz de promover a erradicação permanente do tecido hemorroidário, sendo descrita várias técnicas. Objetivo: demonstrar técnica de hemorroidectomia ambulatorial à ferguson, sob sedação venosa e anestesia local, utilizando ligasure. Descrição do vídeo: paciente em posição de sims, sob sedação venosa e anestesia local com citocaína e naropin. Posicionamento de campos estéreis. Antissepsia com pvpí. Realizada ligadura com ponto transfixante do pedículo hemorroidário lateral esquerdo e posterior e anterior direito acima da linha pectínea com vicryl 2. 0. Traciona-se a o mamilo lateral esquerdo e realiza-se com laser, incisão triangular de base externa na pele, dissecando-se o retalho cutâneo-mucoso com auxílio do ligasure em sentido proximal, identificando-se as fibras musculares esfínterianas, até a ligadura prévia do pedículo. Aproximação da ferida com ponto simples de vicryl 4. 0. Procedimento idêntico é realizado no mamilo posterior direito e anterior direito, preservando-se "ponte" cutâneomucosa entre as ressecções. Conclusões: sangramento operatório mínimo, com resultado pós-operatório satisfatório, semelhante ao encontrado em outras técnicas descritas, no tangente à dor local, tempo e qualidade de cicatrização, porém ainda com custos elevados.

V53 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA (OTE)

ROCHA, JJR, FERES, O, ALMEIDA, ALNR, PARRA, RS, CAMPERONI, LRR, GARCIA, RLS

1. FMRP-USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

O acesso transanal é um dos procedimentos utilizados para o tratamento do câncer retal. As técnicas usadas para excisão local incluem: excisão transanal convencional, o acesso posterior, colonoscopia terapêutica e as abordagens endoscópicas transanais. O objetivo desse vídeo é apresentar a experiência cirúrgica com um novo proctoscópio para a excisão transanal endoscópica de lesões retais. O vídeo de-

monstra a excisão de um adenoma viloso de grande volume por via transanal. São 72 operações endoscópicas transanais utilizando esse proctoscópio, em 65 pacientes. As lesões ressecadas foram 39 adenocarcinomas, 21 adenomas, 1 carcinóide, 1 endometrioma, e as outras três por outras indicações (estenose anal, sangramento retal e corpo estranho no reto). A experiência cirúrgica demonstrou que esse novo proctoscópio é uma ferramenta eficiente para a operação transanal endoscópica de lesões retais.

VL54 - TRATAMENTO DE CÂNCER DE RETO PRECOCE PELA MICROCIURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL

MARQUES CFS, NAHAS CSR, TAKEDA, POLLARA W, CAMPOS FGCM, NAHAS SN, CECONNELLO I

1. ICESP - FMUSP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Objetivo: demonstrar ressecção local de um tumor precoce de reto distal utilizando a microcirurgia endoscópica transanal. Material e métodos: paciente feminino de 56 anos com queixa de sangramento vivo nas fezes. Ao exame proctológico apresentava lesão nodular móvel em parede posterior do reto inferior. A ultrassonografia endorretal revelou t1n0. Realizada a ressecção local da lesão pela técnica de microcirurgia endoscópica transanal. A técnica consistiu em: (1) preparo do colon anterógrado; (2) anestesia geral; (3) posição ginecológica; (4) dilatação do ânus; (5) inserção e fixação de um proctoscópio rígido de 40 mm de diâmetro equipado com uma ótica acoplada a uma câmera, insuflação de co2, irrigação, sucção e instrumental para secção, dissecação, hemostasia e sutura. Resultados: após ressecção completa da lesão com espessura total do reto e margens livres, foi realizada sutura contínua da ferida operatória. O tempo de procedimento foi de 50 min. Não houve complicação intra e pós-operatória. A paciente apresentou função intestinal no 2° po e alta no 3° po. Houve pouca dor, controlada com o uso de dipirona via oral de 6 em 6 horas. Conclusões: o método mostrou-se seguro, bem

tolerado e sem complicações. Considera-se alternativa à ressecção local convencional, com as vantagens de melhor visualização, controle seguro de hemostasia, sutura facilitada do leito, e espécime íntegro (não fragmentado) para estadiamento anatomo-patológico eficaz.

VL55 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO LAPAROSCÓPICA E ANASTOMOSE COLORRETAL BAIXA POR DUPLO GRAMPEAMENTO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO DISTAL PÓS QUIMIORRADIOTERAPIA

COTTI, NAHAS CSR, TAKEDA FR, MARQUES CFS, POLLARA, CECONNELLO I, NAHAS SC

1. ICESP - FMUSP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Objetivo: demonstrar os passos técnicos da retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal baixa por duplo grampeamento laparoscópicas no tratamento do câncer de reto distal pós quimiorradioterapia. Material e métodos: paciente de 53 anos do sexo feminino, com lesão de reto a 6 cm da borda anal, cuja biópsia revelou adenocarcinoma bem diferenciado. O estadiamento demonstrou espessamento do reto distal e metástases pulmonares. Realizado quimiorradioterapia neoadjuvante com regressão parcial do tumor, optando-se pelo tratamento cirúrgico. Resultados: realizada retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal baixa por duplo grampeamento laparoscópicas. Foi realizada uma incisão de Pfannestiel apenas para extração do espécime. Paciente recebeu alimentação via oral no segundo dia pós-operatório com retirada do dreno no nono pós-operatório e alta no décimo dia. Conclusão: a retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal baixa por duplo grampeamento laparoscópico é um procedimento factível, seguro e com boa tolerância pelo paciente.

ÍNDICE REMISSIVO

A

A R TAUIL, TL130; TL183
ABRAAO, M.S., VL29
ABRAHAO, P63; P177
ABRAHÃO, H, P194
ABRAHAO, HCF, P204; TL182
ACCETTA, A.F., P101; P128
ACCETTA, I., P101; P128
ACCETTA, P., P101
ACRAS, R.N., P169
ACRAS, S., P151
ADORNO FILHO, ET, P44; P157; P91
AESIE, DS; VL26
AGUIAR, AL; TL169
AGUIAR, RM; TL94
AGUIAR, T.; P88
ALBINO, P.A.; P158
ALBUQUERQUE IC; TL70; P67; P104; P105; P121; TL71;
P102; TL56
ALÉCIO, NRM, P91; P157
ALMEIDA, MG; TL37; TL36; TL170; TL171; TL172; TL178
ALMEIDA AC, TL58; TL86; P51; P97
ALMEIDA ACC, P14; P15; P148; TL12; TL92; TL87
ALMEIDA ALNR, P109; P110
ALMEIDA MG, TL35
ALMEIDA, A.L.N.R., P114; P125; TL102; V53
ALMEIDA, D.G, P05; TL109; TL108; TL110
ALMEIDA, E., TL158; TL186; TL10
ALMEIDA, E.C, P36
ALMEIDA, J.S., TL138
ALMEIDA, MG, TL161
ALMEIDA, P.C.C., P51; P97
ALMEIDA, P.M, P36
ALMEIDA, R.M., P49; P142; P183; P201
ALVARENGA, I.M, P22
ALVES AC, VL03; VL02; VL04
ALVES FILHO V, VL02; TL134
ALVES FILHO, E.F, P35; P137; P163; TL82
ALVES, A.C., P171; P172; TL42; TL149; TL187
ALVES, A.C.N., P06; P07; P62; P127; P164; P188
ALVES, D.M.O, P129; P134
ALVES, V. L. P89; P90; P124; P193
AMARO, C., P90; P193
AMORIM CR, P81; P82
AMORIM FC, P15
ANDRADE, B. B., P72
ANDRADE, C.P.A., P131
ANDRADE, R. G., P187
ANDRADE, R. V., P33; P32
ANDRADE, R.C.P, P129; P130; P132; P133; P134
ANDRADE, RF, VL34; TL43; VL33
ANDREOLLO, NA, TL111
ANTUNES, LB, TL94
AQUINO, C.G.G., TL08; TL47; TL154
ARAI, H., P86; TL41
ARAKAKI, K.S., TL159
ARANTES V, P143
ARANTES, JF, VL26; VL27; VL28

ARASHIRO, R.T.G., P115; P119; TL76; P116; P117; P118
ARAUJO JL, P162
ARAUJO SEA, VL43
ARAUJO, F, TL45
ARAUJO, J. R., P33; P32
ARAUJO, N.T.N., P50; P158
ARAÚJO, NAL, P78
ARAÚJO, S. E. A., VL42; TL138; TL133; VL01
ARRUDA G, P55
ARRUDA, A., P103; TL165
ARSIE DS, BRITO AR, TL32
ARSIE, D, VL28
ARSIE, D.A., P85
ARSIE, DS, VL27; P206; P37; P207
ASSUNÇÃO GMS, P175
AURICHIO, ERA, TL119
AVERBACH M, P173; P174; P170; VL29
AYNITONO M.L.S, P122; P123; TL61; TL59; P10; P107; P195;
TL11; TL60
AYRIZONO, M.L.A., TL162
AYRIZONO, MAS, TL74
AYRIZONO, MLS, TL111; TL164; TL51; TL52; TL53
AZEVEDO IF, TL12; TL86; TL92
AZEVEDO, B.C., P87; P88; TL183; P186
AZEVEDO, I.F., P97

B

BABO, P., V50
BACELLAR, MS, P76; P77; P78; P197; TL117; VL17; P25
BAHIA, A., P89
BALBIN, A., P112; TL26; TL167; P111
BALSAMO F, TL101
BANCI, S., P181; P199; V52
BAPTISTA, T.S., VL09; P09
BARAVIERA, AC, TL35; TL36; TL37; TL170; TL171; TL172;
TL178
BARBI RR, P41; P140; P42; TL69; P113; P191; P198; P26
BARBOSA JMM, P144; P145
BARBOSA, F.C.P TL47
BARBOSA-SILVA, T. VL38
BARCELLOS, M., TL168
BARRETO GP, P144; P145
BARRETO, R.GL. TL84
BARROS P156
BARROS, M.S.V., P88; TL183
BARROS, R. A. P47
BARTMANN, M., P39; P155; P200; P38
BARTOLOMUCCI, A.C., P52
BASHANKAEV B, V47; V48; V49; TL115 TL141; VL16
BASSI, D.G, P52
BASSO MP, TL34; P18; P20; P73 P179; P180; P189 TL28; TL48
TL116; P20; P23 P24
BATISTA RR, P67; P104; P105; TL70
BATISTA, P. F. F. VL14
BEANI JR, A, VL33; TL44
BECHARA CS, P93; TL128; TL152
BECKER, I.C., TL194; VL20; P19; VL18 VL19

BEOLCHI, J.P.P., P58
BERFORD, F., P49; P142; P183; P201
BERNARDO, A., VL06
BERNARDO, B., VL05; VL07
BERTÃO P P162
BERTEVELLO. P.L., TL73
BERTONCINIA, VL24
BESSAMO, P148
BOARINI P202
BOARINI, C.R., P61; P202 P60
BOARINI, L.R. P61;P60
BOARINI, P., P61; P202; P60
BOCCA, AL TL123
BOLZAM-NASCIMENTO,R., P74; TL168; TL27
BOMBONATTO, A.P., TL194; VL18; VL19; VL20; P19
BONADIMAN, A., TL43; VL32; TL44
BONARDI MA, P31; TL119
BONARDI, R.A. P111; P112; TL167; TL26
BONATTO, M.W., TL150; TL181; VL30; P43
BONIN E, P31
BORBA MR, TL196; VL41;P87; TL183; P186
BORBA, M.F.G., TL77
BORBOREMA, J.F.V, TL118
BORGES JL, TL71
BOTREL SRS, TL09
BOTTINO, M.M. P128
BRAGA, A.C.G, P75; P190; V44; TL79 TL155
BRANDAO, AAR, TL100; P136; TL99
BRANDT CT, P162
BRASIL, A.M.S. P94
BRAZ, T. P P135
BRENNER, A.S. TL194
BRESSY, L.P., P147
BRITO HLF TL174
BROCHADO, M.C.R.T., TL183; P87; P186
BUCHEN GM TL163; P65; V46; TL02 TL121; TL179
BURGOS, V.M. P129; P130; P131; P132 P133; P134
BURIN, ELK TL126

C

CABRAL, P.H.O., TL07
CAETANO,L.C. P29
CAIADO, A.H.M. P27
CAIXETA, M.M., P24
CALHEIROS, J.P, TL69; P26
CALHEIROS, J.P.F, P198
CALIJURI-HAMRA, MC, TL25
CAMARA FILHO, J.P.P., TL77
CAMARGO, MA, TL111
CÂMARA, M.A.R, P36
CAMARA, M.R., TL186
CAMARGO, P195
CAMARGO, E.S. P100
CAMARGO, M.G. P10; TL162; TL59; TL61 TL52;
TL164;TL53
CAMPERONI, L.R.R. P21; V53
CAMPOS FG, VL24; VL43;VL42; TL03; TL04; TL133 VL01;
TL05
CAMPOS FGCM, VL54; TL25
CAMPOS, F.B., P73

CAMPOS, M.C.D, P138
CAMPOS, MH, TL44
CAMPOS-LOBATO, TL17; TL16
CAMPOS-LOBATO, L.F., TL18; TL19; TL112
CANDELÁRIA, P.A.P, P161; TL80; P01; TL81; TL157; TL166
CANEDO JA, TL63; TL64; TL65; TL96; TL97; TL115; TL139;
TL140; TL141; TL142; TL143; TL176; TL193; V47;
V49; VL16
CANGUSSU, C.C.T.A., TL24
CAPELHUCHNIK, P, P208; P161; TL157
CARDINALLI, I.A., TL29; TL30; TL31
CARDOSO FILHO, C.A.M., TL75
CARDOSO, E.F. TL24
CARDOSO, M.C.B., P09
CARDOSO, R., P108; P151; P152; P150
CARMO AM, TL180; TL73; TL72
CARMO, L. C. B., V51; VL08
CARMONA MZ, TL134
CARNEIRO JR, P. C., P47
CARNEIRO SS, P14; P15; P148
CARNEIRO, J.A. P03; P04; P16; P17 TL24; TL23
CARVALHO, A, P124
CARVALHO, A.C.M., P35; P137; P176; TL82
CARVALHO, C, VL26; VL27; VL28
CARVALHO, C.A., TL150; TL181; VL30; P43;
CARVALHO, GG, TL33; TL169
CARVALHO, J.B., P96
CARVALHO, L.P., TL132;
CARVALHO, L.Z.M., P87; P88
CARVALHO, MP, TL166; P208; P69
CARVALHO, P.J.P.C, P138
CARVALHO,G.G, P29; P28
CASTRO CAT, P67; P105; P121; TL40; TL70; TL101
CASTRO FILHO, D, P82
CASTRO FJG, P31; TL119; TL124
CASTRO ME, P167
CAVALLI, N TL150
CECCONELLO I P55; P209; P210; TL196; VL24; VL55; P136;
TL03; TL04; TL05; TL25; TL99; TL100; TL107; VL01;
TL98; VL54
CEDRO, R., P90; P124
CERRI, GG P27
CÉSAR, M.A.P., P52; TL175; TL94; TL93 P70
CHARTUNE, A.P.T., VL32
CHERUBIM FILHO, C.A., TL75
CHRISTIANO, A. B, VL10; TL137; VL11; VL12; VL13; VL14;
VL15; P18; P20; P73; P179; P189; TL28; TL48; P180;
P20; P23; P24
CHURCH JM, BURKE C, P159
CINTRA, A. A., VL12; TL137
CIQUINI, S.A. P06; P07; P62; P127 P164; P188
CLEMENTINO FILHO, A.C., P35; P137; TL82
CLOSS MCK, TL119
CODES, LMG, P76; P77; P78; P197 TL117; VL17; P25
COMUNE, CEV, TL52
CONCEIÇÃO TAA, P144; P145
CONCEIÇÃO, P132
CONCEIÇÃO, D. S, P129; P130; P131; P133 P134
CONDE, B.N.S.S. P185
CONSTANTINO, J.R.M, TL155
COOPE, A., TL60
COPETTI, LT, P39

CORDEIRO A, P84
CORDEIRO, DL, TL33; P29; P28
CORREA NETO, I.J.F., P83
CORREA PAFP, P173; P174; VL29
CORREIA, TL129
CORREIA, E. B., P72; P47
CÔRTEZ B. VL38
CORTES MGW, VL04; VL03; P171; P172; TL42; TL149; TL187;
VL02
COSER,R, TL04
COSME, SL, TL33
COSTA E SILVA, I. T. P33; P32
COSTA FB, P209
COSTA, F.P. P86
COSTA, J.H.G. P50; P158
COSTA, RP TL98
COSTA, SV, TL35
COSTA,C.B P106; P12; P149
COSTA,I.L. P74
COSTA,L.C.P., TL27
COTTI GC, P55; P210
COTTI, G, VL05; VL06; VL07
COTTI, VL55
COY C.S.R, P122; P123; TL103; P10; P107; P195; TL11; TL59;
TL61; TL162; TL60; TL164; TL51; TL111; TL126;
TL52; TL53
CREDIDIO AV, P192; TL06; TL120
CREDIDIO, L., TL11
CRISTIANO AB, TL34
CRUZ, P153
CRUZ, G.M.G. TL79; TL155; TL156; V44
CRUZ, J.V. P39; P155; P200; P38
CRUZ, S.H.A. TL06; TL07; TL80; TL81; TL157; TL184; VL08;
V51
CUNHA, PDP, P76; P77; P78; P197; TL117; VL17; P25
CUNRATH, G.S., P189; TL116
CURVO, EA, P44; P91; P157
CUTAIT, R, VL05; VL06; VL07; TL138

D

DA LUZ MOREIRA A., P159; TL78; TL153; TL197; TL18;
TL19
DA SILVA, J., VL09
DAINEZI MA, TL32; P85; VL26; VL27; VL28
DAMIN D TL01; TL21
DANIELE SAITO, P79; P80
DANTONIO ACC, P14
DAUD, D, VL05; VL06; VL07
DAVANÇO T, P122; P123
DAVILA WG, TL96
DE CARVALHO VILARIÑO, T. TL37; TL170
DE OLIVEIRA, L., TL104; TL105; P141
DEAK, E, P194; P204; TL182
DEBIASI, G.G., P100
DELFINO, A.B.M., P05; TL109
DÉNES, F.T., P92
DENOYA P, VL16
DIAS AR, TL196; VL43; P46; P92; VL01
DIB, B. K., P47
DIDOMENICO, B., TL132

DIEHL, DBA, P44; P157; P91
DIETZ, D., TL18; TL16
DINIZ, F. TL55; P66
DIÓGENES, CVVN, TL179; TL02; TL15; P165 P166
DMBM, P153
DOMINGUES, M.C.B., TL72; TL180
DOMINGUES, M.L.B, TL73
DOMINGUES, R.B, TL180
DUARTE, A., P193
DUARTE, H, TL125; TL45
DUARTE,R.M., P149
DUMARCO RB, VL43; VL41; VL42
DURSCKI, S.C. TL75

E

EDDEN Y, TL63; TL65; TL96; TL139; TL140; TL141; TL142;
TL176; VL16; V47; V48; V49
EDUARDA, M., P178
EPSTEIN, M.G., TL44; TL43
ESCALNTE, RD, TL91
ESSER,D.M, TL124

F

FAGUNDES J.J, P123; TL103; P10; P107; TL61; TL162; TL11;
TL59; TL60; TL74; TL111; TL164; TL126; P195;
TL52; TL53
FALCÃO, F.H.G. P98
FALCONE, A. B. M., P72
FALCONE,C.E., TL168
FALLEIROS V, TL36; TL37; TL170; TL171; TL172; TL178;
TL35
FANG, C. B., TL184; P01; P58; P59; P146; TL06; TL07; TL120;
TL157; TL49; TL50
FANG, CB, P69
FARIA MAG, TL127
FARIA, F.F, P75; P190; P22; TL79; TL155; TL156; V44
FARIA, MSM, P91
FARIA, P64
FARIAS, R, VL05; VL06; VL07
FARIS NA, P31
FAYAD,J.B. P12; P106; P149
FAZIO, V.W., TL18; TL19
FELIPE DAR, TL12
FEREIRA, L.S.M, P187
FÉRES O, P109; P110; V53; TL102; P125; P114; P21; TL88
FERNANDES, F.G, TL77
FERNANDES, G.O.S. TL84; P165; P166; TL15; TL173; V45; V46
TL148; TL179
FERNANDES, LC, P204; P45; P194; TL182
FERNANDES, LP, TL123
FERNANDES, T. B., P47
FERNANDES,JP, P70
FERRÃO, H.M., TL158
FERREIRA JÚNIOR, M, P81; P82
FERREIRA, A.S., P06; P07; P62; P127; P164; P188
FERREIRA, AAS, P44
FERREIRA, F.G, TL08; TL47; TL154
FERREIRA, F.S., P94

FERREIRA, J. C. L., P32
FERREIRA, J.M., TL151; TL44; VL32; VL35; TL43; VL33; VL34
FERREIRA, L. C. L., P33
FERREIRA, L.A., VL35; TL151; VL32; TL43; TL44; VL33; VL34
FERREIRA, L.R.F., TL75
FERREIRA, L.S.M, P147
FERREIRA, LSM, P02; TL13
FERREIRA, M. C, P135
FERREIRA, M.G.L.A, P100
FERREIRA, R.M.R.S., TL156
FERRERO, C. A., TL103
FERRI,C.E., P28
FERRO, O, P204; TL182
FERRO, OC, P194
FIGUEIREDO PHM, TL119
FIGUEIREDO, G.M.P., P05; TL108; TL109; TL110
FIGUEIREDO, M.N., TL85
FILHO JR, TL58
FILHO, ACC, P176
FILHO, F.A.G, P23; TL28
FILHO, J.G., P142; P183; P201
FILHO,EFA, P176
FILLMANN, HS, P154; TL68
FILLMANN,ECP, P154
FILLMANN,LS, P154
FIORENTIN, J.Z. P09
FLAMINI JR M, TL127
FLORES, I.A., P51
FONOFF, A.M., TL157
FONSECA FILHO, LL, VL34
FONSECA LM, P143; TL129
FONSECA MFM, P40; P67; TL40; TL122
FONSECA, D.S., P130
FONSECA,FE., TL159
FONTENELLI,T.L.M., P74
FORMAGINE LA, P41; P140; P42; P113; P191; P198; TL69 P26
FORMIGA GJS, P40; P67; P104; P105; P121; TL40; TL70 TL71;
TL101; TL122
FORMIGA, F.B. P01; P161; P58; P59; P146; TL06; TL07; TL08;
TL80; TL120; TL157; TL81; TL49; TL50; P69; TL185;
TL188; P192
FORMIGA, G.S., P102
FRAGA, R., TL83
FRANÇA, M.A., P50
FRANCISCO FFT, P144; P145
FRANZINI MFZ, TL180; TL73; TL72
FREITAS, C.D., TL83; TL114; P66; P103; P196; TL14; TL55
TL57; TL165; P71
FREITAS, D.P., P13; P203; P68; TL05
FREITAS, LAM, TL123
FREITAS, M.O.S., P04; TL24; P03
FREITAS, TM, P48
FRIAÇA, AMV, P44; P157; P91
FRULANI DE PAULA, L.B., P127
FUJIWARA, R.T., P60; P61; P202
FURHMANN NETO, M., P83
FURLANI, L.F., P111; P112; TL26; TL167

GABRIEL-NETO, S., P184; P94; P95; P185; P96
GALLO, A.S., TL08; TL154
GALVÃO VA, P93
GALVÃO, N., P90; P193
GALVAO, R.A. P147
GALVAO, RAR P02
GAMA TCG P140
GAMA TLCP P41
GAMA, T. L. .C. P42
GARCIA SLM, TL09
GARCIA, A.C.A.B., P83
GARCIA, R. L. S., P72; P47
GARCIA, R.F., TL77
GARCIA, R.L.S., P21; V53
GEISLER D., TL153; TL197; TL17; TL18; TL19
GHELLER, A., P158
GHELLER, A.G., P50
GHORAYEB,N.M., TL160
GIBRAN L, TL146; VL23
GIL, M.V.F., P83
GIMENEZ, F. S. P33; P32
GMG P153
GODIM, A.C.N., P46
GODINHO LS, VL25
GOECKS, S. P178
GOES, L.V.Z.S. P137; P35
GOMES DACRUZ, GA P75
GOMES DA CRUZ, GM, P22; P190
GOMES DA SILVA R P93; TL128; TL129; P143; TL152
GOMES EGA, P205
GOMES, P153
GOMES, C.H.R., P16; P17; TL23
GOMES, C.M.C.N., TL154; TL47
GOMES, D.M.B.M., P64
GOMES, J.W.F., TL118
GOMES, M.A.P., TL158
GONÇALVES FAF, TL34
GONÇALVES FILHO, F.A., TL48; P189; P179
GONÇALVES LF, TL22
GONÇALVES, J.C.N. P05; TL108; TL110; P113
GONÇALVES, S.O., TL158
GONDIM, A.C.N., P92
GONDIM, F., P89; P90; P124; P193
GONTSCHAROW,S., TL159; TL36; TL37; TL170; TL171;
TL172; TL178; TL161; TL35
GRACIOSA, K, TL26; P111; P112; TL167
GRECA,FH, TL124
GUERRA GMLR, TL20
GUERRER, L.V., P23
GUILGER, NR, P136; TL99; TL100; TL98 TL177
GUILHERME, TL03
GUIMARÃES, A. G. D. P., P32
GUIMARÃES, A.C., TL75
GUIMARÃES, P.R., TL113
GUIMARÃES P33
GUSMÃO,C.C., P74
GUSMON C.C. P188; P06; P07; P62; P127; P164

G

GABRIEL, A.G, P184; P185; P94; P95 P96

H

HABR-GAMA, A. TL72; TL73; TL180

HADDAD, G.F., P83
HAMAOU, F.H. P43
HAMAOU, M.H. P43
HANAN B, P93; TL128
HASIMOTO, C.N., P34
HEUSER G TL01
HIANE, L., P181; P199; V52; P79 P80
HILARIO-FREITAS, A.A., TL38; V50
HOFFMANN, A.L., P56; P57
HOLANDA, E.C. TL173
HORTA SHC, P40; TL185; TL188
HOSSNE, R.S., TL39
HYPPOLITO, M VL05; VL06; VL07

I

IMPERIALE, AR, TL03; TL04; TL05; TL133 VL01; TL25
INGRUD, J.C., P60; P61; P202
ISAAC RR P14; TL12; TL92; TL20
ISHIE, E. TL14; P71

J

J M MARTINHO, TL130; TL131
JACOMINI C, P109; P110; TL102; P114 P125; P21
JAWORSKI,P.E.D., TL27
JESUS EC, P182; P139
JESÚS T. P.J., P211
JILL CG, V48
JOAQUIM SIMÕES, P79; P80
JORGE JUNIOR, S., P47
JORGE, J.M.N, TL107; P136; TL99; TL100; TL98
JUCÁ MJ, P205
JUNGES,K.T., P12; P149; P106
JÚNIOR JRG, P41
JUNIOR, A.B., TL151; VL31; VL32; VL35
JÚNIOR, J.R.G, P113
JUNIOR, TS, P182
JURADO, E., TL186
JUSTO CRE, P162

K

KAGOHARA, O., P181; P199; V52; P79; P80
KAISER JR RL, TL127; TL127
KALADY, M.F, TL18; TL19; TL17
KALUME,FA, P53; P54; P99
KAMCHEM, A., TL77
KANNO, D.T., TL29
KAULE AS, TL12
KASKUS, L., TL186
KAWAMOTO FM, VL24
KAYAT, H.C.G.S., P59; P146; P161
KENMOTI, TL163
KENMOTI, V.T., P165; TL84; V46; TL02 TL148; TL179
KIELING PJ, TL01; TL21
KIRAN PR, TL112
KIRAN R., TL153; TL 197; TL78
KIRSH J, TL143

KISS, D.R., P115; P116; P117; P118; P119; TL05; TL25
KISS, R.K, TL107
KLIEMANN LM, TL21
KLUG WA, P192; TL120; TL92; P01; P58; P59; P146; P161;
TL06; TL07; TL80; TL81; TL157; TL184; TL50; P69;
P208; TL166
KNEIPP, A., P101
KOSZKA, A.J.M., TL08; TL47; TL154
KOTZE, L.M.S., TL54; TL55; TL57; P102
KOTZE, P.G., P196; P66; P103; TL14; TL54; TL55; TL57;
TL83; TL114; TL165; TL56; P71; P102
KOTZE, P.R., TL113
KOTZE,L.M.S., P103
KRETZMANN,N., TL68
KUGA, R, TL04
KUMAR, A, TL198
KURACHI G, P14; P15; P148; TL86; TL92; P97

L

L H TAUIL, TL130; TL131
LACERDA FILHO A, TL134; VL03; VL04; P172; TL128; TL129;
P175; TL152; P76; P77; P78; P197; TL117; VL17; P25
LAMOUNIER PC, TL134
LAMOUNIER, P.C.C., P171; TL42; TL149
LANDIM,B.B., V45
LANNA, D., TL156
LAUAR MV TL87
LAVERY I., TL78; TL19
LAVERY, I.C., TL18; TL16
LEAL R.F, P122; P10; P107; TL11; TL59; TL61; TL162; TL60;
TL111; TL164
LEAL, T, P191
LEAL, V.M. P13; P68; P203; TL91
LEAL,RF, TL51; TL52; TL53
LEAL,T, P26
LEE, H. D., TL103; TL126
LEE, SW, TL135; TL136
LEITE APTM, TL87
LEITE PCCA, P14; P15; TL12; TL86
LEITE, P153
LEITE, S.M.O, P75; TL79; V44; P64; P08
LEMOSS RS, P162
LIBLIK, S.A., P66
LIMA MA, P40; P105; TL40
LIMA, D.M.R, TL150; TL181; VL30; P43
LIMA, R.G.M., TL116
LIMA-JR, A.C.B, P75; P190; P22
LIMA-JÚNIOR A.C.B., TL79; TL156; TL155
LIMA-JÚNIOR, A.C., V44
LINO JÚNIOR, RS, TL123
LINS, R.L., TL186;
LINS, R.R., TL158
LIORCI MP, P105; P121; TL122;
LISSA, F. VL09
LLANOS JC, TL189
LMAOUNIER, P.C.C. TL187
LOBO EJ, P174
LOKESHA H.M., TL 198
LOPES C, TL71
LOPES F, TL09; TL134; VL03; VL02; VL21; VL22; TL144

LOPES FQ, TL187; TL42; TL149
LOPES MC, P31
LOPES, LR, TL111
LOPES, M.V.C.O., P35; P137; TL82
LORENA FA, P205
LOSSO,GM, P11
LOUSA LR, TL58; TL86; TL87
LUIZ FERNANDO NR, VL38
LUPINACCI, R., VL32
LUPINACCI, R.A. VL31; TL151; VL35; TL43; VL33; VL34
LUPORINI RL, TL34; P18; P20; P73 P179; P180;P189 TL28;
TL48; TL116; P20; P23; P24
LUQUETTI, A.O., P94; P95; P96
LUZ MMP, P93; TL152; TL129

M

MACAGNANI TM, TL127
MACEDO AP, TL09
MACHADO RM, P41
MACHADO, A. M., O, P135; P134
MACHADO, A.B., P05
MACHADO, M.C.C., P86
MACHADO, R. B., TL103; TL126
MACHADO, R. M., P42
MACHADO, R. R., VL13
MACHADO, SP, P126
MACHADO, SPG, TL178; TL35; TL36; TL37; TL161; TL170;
TL171; TL172; TL159
MADARAS, E.J., P87; TL183
MAGALHÃES, J.P., TL108; TL109; TL110
MAGNO, J.C.C., P05; TL108; TL109; TL110
MAGRI, K.D., P01; P59; P146; TL80; TL81; TL49; TL50 P69
MAGRO, L.I., P100
MAIA C., TL144
MAIA JR, C.L.S. P08
MAIA, C., VL21; VL22
MAIA, F.J.S., P101
MALDAUN, D., P107
MALDONADO, G P19; TL194; VL18; VL19; VL20
MALETZKE, A. G., TL103
MALHEIROS A.P.R, TL180; TL72; TL73
MALUCELLI, T.O., P169
MANSUR ES, TL134; VL04
MANZIONE ,CR, TL35; TL36; TL37; TL170; TL171; TL172;
TL178; TL161; TL184; P126; TL160; TL185; TL159
TL188
MANZIONE, T.S., P58; TL185
MARCHIORI JR, M.A., VL10; TL137; VL11; VL12; VL13; VL14;
VL15
MARCIANO MR, TL34; P18; P20; P73; P180; P189; TL28;
TL48; TL116; P20; P23; P24
MARCIANO, R.L., P179
MARENO J, TL193
MARIANELLI, R TL170
MARINS SGR, P167
MARQUES CFS, P210; TL196; VL54; P55; P186; P27
MARQUES GS, P109; P125; P110; P21; P114; TL88; TL102
MARQUES JR OW, P173; P174; P170; VL29
MARQUES, R.M., P56
MARQUES, R.R., P57
MARRONI, N.A.P., TL68
MARTINEZ, C.A.R., TL29; TL66; TL67; TL30; TL31
MARTINEZ, N.P., TL29; TL31
MARTINI J, TL20; TL58
MARTINS, J.F., P196; TL14; TL113; TL114
MARTONE D, P31
MARZAN, L.A.R, P138
MATOS, B.M.R., P125
MATOS, D, TL182; P45; TL177
MATSUO, C.Y., P34
MATTOS BMR, P109; P110; P114; TL88; P21; TL102
MAXIMIANO, L.F., P87
MÁXIMO, F.R., TL66; TL67
MAZURKIEWICZ, G, P90; P124; P89; P193
MAZZON, S.R.R. TL39
MCLEMORE E, TL65
MEDEIROS, B.A., TL88
MEDEIROS, S. G. G. A. M., P32; P33
MELANI, A.G.F., TL15
MELCHIORETTO, EF, TL26
MELO APSA, P148; TL20; TL86; TL87
MELO MR, P162
MELO, A.P.S.A., P51; P97; TL58
MELO, A.R., P158
MELO, M.M.C., P179; TL28; TL48; P20
MENDES, C.R.S, P187; P35; P163; P147; TL82; P137; P02;
P176
MENDES, GN., TL151; VL31; VL32; VL35; TL43; TL44; VL33
VL34
MENDONÇA, M.Q., P184
MENDONÇA, R.S., P98
MENEGATTI, J.E.A., TL77
MENEZES, A.D., TL07
MESQUITA, E., P202; P60; P61
MESQUITA, JR., P163
MEURRER, R TL125; TL45
MG, LEAL, R.F., P195
MICHELIN, O.C., TL39
MICHELS, R, TL161
MIGNANELLI, E.D., TL16
MILANSKI, M. TL60
MILLÉO, F.Q. P168
MILSOM, JW, TL135; TL136
MIQUELIN, A.R., P73; P180
MIRANDA AC, P167
MIRANDA AM, P41; P140; P42; P191; P26
MIRANDA EM, P81; P82
MIRANDA, A., P178
MIRANDA, D.D.C., TL30; TL31; TL67
MIRANDA, E.F., TL14; TL55; TL57; TL113; TL114; P71
MNDES, CRS, TL13
MOLINARI, A, P45
MONTEIRO, V.A. P03; P04
MONTEMÓR NETTO, M., P108
MONTEMÓR NETTO, M.R., P150; P151; P168; P152
MONTERMOR NETTO, P169
MORAES FO, A. R. V., P72
MORAES, A.C. TL56
MORAES, GF, P48
MORAES, J.C. TL60
MORAES, SP, VL39; VL40; TL27; TL168
MORAIS CA, P209

MORAIS, J.G, TL69; P113
MOREIRA H, TL20; TL92
MOREIRA JPT, P15; TL20; TL58; TL92; TL87
MOREIRA JR H, P148; TL20; TL58; TL86; TL92; TL87
MOREIRA, APP, TL74
MOREIRA, TC, TL102
MORELLI, U., TL162; TL51
MORENO Y.M.F, P122; P123
MORIOKA, C.Y. TL41; P86
MORY EK P30; TL145; TL147; P84; TL146; VL23; P186
MOTA CC, TL32; P85; P37; P206; P207
MOTA NC, P14; TL20; TL12; P51; P97
MOTA, R.D., P16; P17; TL23; TL24
MOTA, R.S., P24
MOURA, P157
MOURA, DN, P44; P91
MURAD REGADAS SM, TL97; TL142; P65; TL63; TL64;
TL163; V45; P166; TL15; TL84; TL173; V46; P165;
TL148; TL02; TL121

N

NADAL SR, P126; TL185; TL184; TL188
NAGEL, J. P05
NAGME, L.O, P36
NAHAS CSR, P209; P210; TL196; VL54; P55; VL41; P27
NAHAS SC VL43; VL55; P209; P210; TL196; VL24; P55; VL41;
TL107; P46; P92; TL76; P27; P136; TL04; TL05; TL25;
TL99; TL100; TL133; VL01; TL98; VL42
NAHAS SN, VL54
NAHIME, CB VL33
NARITA K, TL115; TL140; TL143
NARVAES, E.M., P18
NASCIMENTO VBQ, P144; P145
NASCIMENTO, C.A.B., P52
NASCIMENTO, RB, VL39; VL40
NEIVA AM, P93; TL128; TL152
NETINHO JG, TL34; P18; P20; P23; P24; P73; P179; P180;
P189; TL28; TL48; TL116
NETO, IJFC, TL33; P28; TL169
NETO, I.J.F., P29
NEVES, P.M., TL156
NIELSEN FILHO, R., P74
NIGRO R, P84; TL145; TL146; TL147; VL23; P30
NISHIMOTO E.I., P188; P06; P07; P62; P127; P164
NIZ, MAK TL126
NÓBREGA, A.C., P49
NOGUEIRA, FR, TL121
NOGUERAS JJ, TL64; TL65; TL139; TL140; TL142; TL176
NONOSE, R., TL66
NORMANHA, A.L.N.R., TL88
NORONHA, L TL124
NOVAES, F.T., P34
NUNES, C.L.S, TL109 NUNES, T.A., TL38
NUNES. C.M.L.S., TL108

O

OBA, V.S., TL118
OCAMPOS, TL03

OLANDOSKI, M., TL54
OLIVEIRA EC, P14; TL12; TL58
OLIVEIRA FILHO, JJ, VL39; VL40; TL27; TL168
OLIVEIRA JR., O, TL135; TL136
OLIVEIRA TA, VL02; VL03
OLIVEIRA TAN, TL09; TL134; VL04; P175
OLIVEIRA, A.P.F.A., P101
OLIVEIRA, CC, TL93
OLIVEIRA, E.C., P184; P51; P97; P94; P96; P185; P95
OLIVEIRA, F.A, P198; TL123
OLIVEIRA, L.M.P., TL15; TL84; TL173
OLIVEIRA, M.C., P50
OLIVEIRA, MVC, P176
OLIVEIRA, P.G, P49; P142; P183; P201
OLIVEIRA, P.S.P., P10; P195; TL61; TL162; TL59
OLIVEIRA, PG, TL123
OLIVEIRA, PSP, TL111; TL164
OLIVEIRA, R.G, P75; P190; P22; TL79; TL155; TL156; V44
OLIVEIRA, T. F., P72
OLIVEIRA, T.A., P172
OLIVEIRA, T.A.N., P171; TL42; TL149; TL187
OLIVEIRA, L.F., P74
OLIVEIRA, PSP, TL51; TL52; TL53
OLIVEIRA.A.C., TL159
OMES, M.A, P36
ORREA, P, P170
ORTIZ, J.A., TL80; TL81
ORTOLAN, G.L., P169; P108
OTHBARTH, W.W., P57
OTOCH, J.P., TL183; P88; P186
OVIEDO M, TL193
OYA V, P123; P122

P

PACCOS JL, P173; P174; P170
PACHECO NETO, A.F. P151; P19
PACHECO, A.F.N. VL19; VL20; TL194; VL18
PADILHA JA, P167
PADILHA, J., P178
PADILHA, M.A., TL168
PAES LEME FM, P139
PAES, L, P70
PAESE A., TL32; VL26; VL27; VL28 P85; P207; P206
PAESE, A, A.JF, P37
PAIM, S.M.M, TL72; TL180; TL73
PAIM, O, TL45; TL125
PAIVA RA, TL09; TL134
PAIVA, C.R., TL39; P187
PAIVA, R.A., P172; P171
PALLONE, G., TL195
PANDELO AP, P140; P191
PANDINI, LC, TL133
PANHOCA, R, VL34
PANTANALI, C, P204; TL182
PANTANALI, CAR, P45; P194
PARESOTO JCR, P81; P82
PARIZOTTO, JF, P154
PARRA RS, P109; P110; P114; P125; TL88; V53
PASSOS, MPS, TL175
PAULA, C.A.D, TL107

PAULA, H.M., TL76
PAULA, P.R., P52; P70
PEBALIN, M.L.P., P180
PEDRO, M.J., P74;
PEDROSO, M.A., TL44; TL151; VL31; VL32; VL35; TL43; VL33; VL34
PEIXOTO, T.B., P130
PELOSI, A., TL10
PENNA, W.N.B., TL38
PEREIRA FILHO, D.S. P86
PEREIRA RP, P167
PEREIRA, G.B, P39; P155; P200; P100; P38
PEREIRA, HM, P48
PEREIRA, J.A., TL29; TL30; TL31; TL66
PEREIRA, J.J.J., P50; P158
PEREIRA, J.J.R., P158; P50
PEREIRA, M.A.B, P34
PEREIRA, T.S., TL132
PEREZ, RO, TL04; TL03
PERRONE ME, TL127
PESSOA, R., TL95
PETERSON TV, TL96; TL97; V47
PETROSEMOLO RH, P140; P41; P42; P113; P191; P198
PETROSEMOLO, R.C, P26
PHILIPPI, A.L. VL09; P09
PICCOLO A, TL127
PINHEIRO, D.V., P88; P87
PINTO E.A.L.C, P122; P123
PINTO RA, TL63; TL64; TL65; TL97; TL139; TL140; TL141;
TL142; TL143; TL176; TL193; VL16; V47; V48; TL11
PINTO, A.R., P158
PINTO, S.A., P184; P185
PINTO, T.D.A., P184
PIRES, C. S., TL137; VL11; VL12; VL13 VL14; VL15
PIRES, C. VL10
PODGAEC, S., VL29
POLLARA W, P210; TL196; VL54
POLLARA WM, P209; P55
POLLARA, VL55
PONCE, F., P71
POPOUTCHI P, P173; P174; P170; VL29
PORTOVALES, M.O, P106; P12; P149
POSWAR, F.O., P04; P03
POZZI, R., P178
POZZOBON BHZ, P40; P104; P105; TL40; TL70; TL101; TL122
PRADO EN, VL25
PRETE, P. R., P72
PRIETO FG, P148; TL86; TL87; P51; P97
PRIMO, C., P50
PRIOLLI, D.G., TL29; TL30; TL31; TL66; TL67
PROFETA DA LUZ MM, TL128
PRONTY K TL112
PRUDENTE ACL, TL62; TL89; TL90; TL174
PUCHALSKI, A.K. P150; P108; P152
PULIDO KCS, P209
PUPO NETO, J.A., P128
PYRAMO, L, VL21; VL22; VL38; TL144
PYRAMO, L.M., VL36; VL37

Q

QUADROS LG, TL127;

QUEIROZ, M.L.B., TL49; TL50
QUINTANILHA, A.G., TL76
QUINTAS, C.M.S, P12

R

RABELO FEF, TL46
RAMACCIOTTI FILHO P, TL40
RAMACCIOTTI FILHO PR, P67; TL7; TL71; TL101
RAMACCIOTTI FILHO, P105
RAMOS FM TL62; TL89; TL90; TL174
RAMOS, A.P., TL162
RAMOS, F.F., P184
RAMOS, G.C. P95; P96
RATDKKE, M.C., P83
RAWET, V., TL76
REGADAS FS, TL63; TL64; TL97
REGADAS, F.S.P. P166; P165; TL15; TL84; TL173; V45; V46;
TL121; TL02; TL148; TL179; TL91; P65; TL163
REGADAS, M.P., V45
REGADAS-FILHO, F.S.P. V45
REGADS, SMM, TL91
REINA, J.H.N., P88
REIS AS, P209
REIS JÚNIOR, P79; P80; P181; P199; V52
REIS NETO, P79; P80; P181; P199; V52
REIS, L.D.O., TL75
REIS, L.F., P98
REMZI FH, TL112; TL19
RENTIN, J., VL09
RIBEIRO DA ROCHA, J.J., P125
RIBEIRO FJC, P65
RIBEIRO JGS, TL161
RIBEIRO MLR, P65
RIBEIRO, F., P89; P90
RIBEIRO, F.J.C. P166; TL173; TL02; TL121; TL179
RIBEIRO, M.A., TL08; TL47; TL154
RIBEIRO, M.C.A., P20
RIBEIRO, M.L., TL30; TL31; TL67
RIBEIRO, T.B., TL85
RIGHETTI AEM, P109; P110; P114; P125; TL102
RIGHETTI, A.E., TL88
RIGHETTI, A.L.M., P21
RIGO R, P31
RIGUEIRO, MB, TL169
RISSO, A.C.M.C.R., TL39
ROBLES, L, TL33; TL169; P83; P29; P28
ROCHA JJR, P109; P110
ROCHA, G.B., TL07
ROCHA, H.A., P96
ROCHA, J.G., TL113
ROCHA, J.J.R, P21; P114; TL88; TL102; V53
ROCHA, K.G., TL157
ROCHA, M.S.R., P27
ROCHA, R.P., P151; P152; P95
RODRIGUES EA, TL32
RODRIGUES LV, P65; TL163
RODRIGUES, D., P178
RODRIGUES, E.A., VL26; P85; VL27; VL28
RODRIGUES, F.G, P190; P22; TL79; TL155; TL156; V44
RODRIGUES, F.R, P75

RODRIGUES, L.C.O., P120; P115; P116; P119; TL76; P117;
P118; P136; TL99
RODRIGUES, L.V., P165; P166; TL15; TL84; TL173; V45; V46;
TL02; TL121; TL148; TL179
RODRIGUES, M.R., P168
RODRIGUES, EA, P37; P206; P207
ROJA, RH, P54; P53; P99
ROLIM, AS, TL33; TL169
ROLIM, E.G., TL49; TL50
ROLIM, A.S., P29; P28
ROMAGNOLO, L.G.C., TL168; P74; TL27
ROMAGNOLO, LG, VL39; VL40; P53; P99
ROMAN, A., P202; P61; P60; P210
RONCHI LS, TL34; P18
RONCON DIAS, A., VL41; VL42
ROSA DL, P192
ROSA, V.F., P49; P142; P183; P201
ROSEN L, TL115
ROSIM, E.T., P10
ROSSINI GF, P173; P174
ROTHBARTH, W.W., P56
ROTTOLI M., TL153; TL 197
RUEDIGER, R.R., TL194
RUIZ DE, TL139

S

SÁ, M.A.G.S., P12
SAAD HOOSNE, R P34
SAAD PATIN, C., P150
SAAD, D., P150
SAAD, L.H.C., P34
SAAD, SS P204; TL182; TL177; P45 P194
SAAD-HOSSNE R, TL190; TL189
SAGAE, L.M.T., TL150
SAGAE, U.E., TL150; TL181; VL30; P43
SAITO D., P199; P181; V52
SAKAE F TL146; VL23
SAKAMOTO, T., P86; TL41
SALA, FC, TL98
SALLES, R., TL85
SALLES, VJ, P54
SALLES, VJA, P53; P99
SALUM, MR, TL177
SAMPAIO, R., P46
SANDOVAL, E.G.B, P37; TL32; P85; VL26; VL28; P206; P207
SANDS DR, TL193; TL97
SANFELICE, F, TL45
SANTANA MS, TL62
SANTANA RM, TL89; TL90; TL174
SANTIAGO RR, TL62; TL174
SANTO, GFE, P44
SANTOS, M. A., VL21; VL22; TL144
SANTOS FRO, P144; P145
SANTOS, A.A., P94; P95
SANTOS, A.S.M., P128
SANTOS, D.N, P129; P130; P131; P132; P133; P134; V50
SANTOS, H.B.H., P64
SANTOS, M.A.M., P08
SANTOS, M.F., TL08
SANTOS, M.F., TL47; TL154

SANTOS, R.M.R., TL82; P176
SANTOS, T. A, P129; P133; P132; P131; P134
SANTOS, T.F., TL77
SANTOS, V.M.L., P88
SAPUCAIA, R.A., P147; P187; P02; TL13
SARPE, AK, P54
SARTOR, M.C., TL113; P111; P112; TL26; TL167
SATO AR, TL128
SCALDINI, A.S., TL27
SCANAVINI, A., TL72
SCHIRMER D, TL01; TL21; TL22
SCHLENSTEIN, HP, P136; TL99
SCHLINDWEIN, R.F., P100
SCOLARO, B.L., P100
SCOLARO, B, P154
SEID, V, VL01
SEID, V.E., TL188; TL03; TL04; TL05; TL25; TL133; TL185
SEITENFUS, R., TL132
SENA, V50
SENA, J. L., P89; P124
SEOC, V47
SEREJO T, P139
SÉRGIO BANCI, P79; P80
SEVÁ-PEREIRA, G, VL39; VL40; TL27; TL168
SHAWKI S, TL140; TL143
SHIH SS, TL96; TL176; VL16; V47; V49
SHIRATORI, A.I., TL181; VL30
SIA ON, TL46
SIEBRA JAG, TL163; TL148; P165; P166
SILVA E, P148; TL65; TL96; TL141; TL142; TL143; TL176;
V48; V49
SILVA E, TL115
SILVA, A.Z, TL76
SILVA, AAM, P76; P77; P78; TL117; VL17; P197; P25
SILVA, C.M., P94
SILVA, D.B.L., P56; P57
SILVA, E.J., TL158; TL10
SILVA, F, VL05; VL06; VL07
SILVA, F.B., P13; P203; P68
SILVA, F.F.A, P35; P137; P176
SILVA, F.R.S., TL84
SILVA, I.G., TL155
SILVA, J.A., P04; P16; P17; P03, TL23
SILVA, JH, P136;
SILVA, JR.J.F, P09;
SILVA, L.F.H., TL110;
SILVA, L.F.R., TL109
SILVA, P.T.D., P96
SILVA, R. B. F., VL08; V5
SILVA, RF, P48
SILVA, S.C., TL108; TL110
SILVA, S.M., P183
SILVA, A.F., TL159
SILVA, F.F.A., TL82
SILVA, FPA, P70
SILVEIRA, WM, TL121
SIMÕES, J., P199
SIMÕES, A.A., P100
SIMÕES, J., P181; V52
SINARA LEITE, TL144
SIPRIANI JR LV, TL34; P18; P179; P189; TL28; TL48; TL116
P23; P24; P73; P180; P20

SMO, P153
SOARES,G.S.D., V45
SOARES,PD, P54; P53; P99
SOBRINHO EFSS, P15
SOLAK, C.R., P169; P108; P151; P152; P168; P150
SONODA, T, TL135; TL13
SORBELLO AA, VL25
SORBELLO MP, VL24; VL25; P46
SOUSA FJA, P65; TL163
SOUSA JR, AHS, TL03; TL05; TL133
SOUSA, F.J.A., TL173; V46; TL02; TL148
SOUSA, J.B., P142; P183; P201; TL123
SOUSA,C.R., P12
SOUSA,RP, P53; P54; P99
SOUSA-NETO, A.T., P185
SOUZA, P31
SOUZA FL, P143
SOUZA JR., N. VL15; TL13
SOUZA MT, P139
SOUZA VCT, P81
SOUZA, C.M., P05; TL110; TL108; TL109
SOUZA, ELQ, P76; P77; P78; P197; TL117; VL17; P25
SOUZA, F. TL56
SOUZA, FZ P02
SOUZA, G. G. C., P201; P49; P142; P183
SOUZA, GRMR, TL161
SOUZA, J.A.S., P35; P137; P176
SOUZA, L.I.D., P95
SOUZA, M.T.G., TL186
SOUZA, MCT, P182;
SOUZA, MM, P157
SOUZA, RFL, TL33; TL169
SOUZA, VCT, P82
SOUZA,C.R, P149
SOUZA,R.F.L., P29; P28
SPADARI, A.P.P., TL66; TL67
SPARVOLI AC TL01; TL21; TL22
SPARVOLI J TL01; TL22
STAUT, JG, TL164
STECKERT FILHO, A., TL57; TL14; TL55; TL165
STECKERT J.S., TL83; TL14; P66; P103; P196; TL57; TL114;
TL165; P71; TL113
STECKERT, A.S., TL113
STEIN, SL, TL135; TL136
STOCCHI, L., TL17; TL18; TL19
SURIMÃ WS, TL163; P65; P165; V46; TL121; TL148
SZUTAN, L.A., TL08; TL154; TL47

T

TAKEDA FR, P210; VL55; P55
TAKEDA, VL54
TANAKA, T.M., VL30; TL150; TL181; P43
TAZAWA, K., P86
TEIXEIRA CR, TL22; TL21
TEIXEIRA FV, TL189
TEIXEIRA H.M. P09; VL09
TEIXEIRA, M.G., P115; P117; P119; TL72; TL73; TL76;
TL180; P116; P118
TELLES, J.E.Q, P11
TERCIOTI JR., V.; TL137; VL10; VL11; VL12; VL13; VL14; VL15

TIBÚRZIO NB, P81; P82
TODESCHI, C.M., V50
TOMMASO, C., VL08; V51
TONUS,M., P52
TOREJANE, D., TL194
TORRES FAP, TL62; TL89; TL90; TL174; TL90; TL62; TL89;
TL174
TORRESINERS; TL22
TORRES-NETO JR, TL62; TL89; TL90; TL174
TRECE, R, P198; TL69
TRENCEVA, K, TL136; TL135
TROTTA, A.C., VL20
TSUCHIYA, R. S., P43; TL150; TL181; VL30
TSUKADA, K., TL41

U

UC GHOSHAL, TL198
UEMURA, LA, TL175

V

VALARINI, R, P19; TL194; VL18; VL19
VALER, C, P154
VALIATTI, B.B., P38
VALIATTI, F.B., P38
VALLE JR. HN, TL46
VARGAS GS, TL01; TL21; TL22
VARONI, A.C.C., P06; P07; P62; P127; P164; P188
VARONI, L.P.C., P07; P164
VASCONCELLOS, C. R., VL11
VASCONCELOS, PF, P48
VASCONCELOS, R.S., P128
VELLOSO, L.A., TL60
VEO, C.A.R., TL15
VERAS, LR, TL91
VERAS,L.B., P166
VIANA JKB, P15
VIANNA KCM, TL119
VIDAL MAN, TL89; TL90
VIDAL, R.S.R., P83
VIDILLI-PEREIRA, E.A., P06; P62; P127
VIEIRA GHA., TL32
VIEIRA JR, P145; P144
VIEIRA, A., TL49; TL50; TL56
VIEIRA, E., TL95
VILARINHO, E.B., TL118
VILARINO, TC, TL161; TL35; TL36; TL37; TL171; TL172;
TL178; TL170; TL159
VILELA M.M.S, P122; P123
VITAL, S., V50
VIVASD, V48
VOGEL J., TL153; TL197
VOGEL, J.D., TL112
VORENBERG A, TL193

W

WAINSTEIN, A.J.A., TL38

WATTÉ, HH, TL33; TL169; P29; P28
WEISS EG, VL16; V49; TL63; TL64; TL115; TL139; TL140;
TL141; TL142; TL143; TL176
WELLS B, TL112
WESNER SD, TL141
WESTPHALEN, A.P., TL77
WEXNER SD TL63; TL64; TL65; TL96, TL97; TL115; TL139;
TL142; TL143; TL176; V47; V48; TL193 VL16
WICK,E., TL112
WU, F. C., TL103; TL126
WURMBAUER, I.S., P142; P201

Y

YAMAGUCHI, G.S.A., TL118
YAMAGUCHI, N., TL118
YUSUF, S.A.Y, TL107

Z

ZACHETTI, M. TL137; VL10
ZIBETTI, G, P36
ZOGBI L TL01; TL21
ZORZIM, R.Q., P185
ZUCOLOTO,FJ, TL124