

TEMAS LIVRES

- CANCER COLORRETAL -

TL001 - A PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS EM PACIENTES COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL É SIMILAR À POPULAÇÃO ASSINTOMÁTICA SUBMETIDA A RASTREAMENTO? RESULTADOS INICIAIS

CÉSAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA; STHELA MARIA MURAD REGADAS; ANA CECILIA NIEVA GONDIM; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSE AIRTON GONÇALVES SIEBRA; MARIA EUGÊNIA DE CAMARGO JULIO; MARIA PAULA VIEIRA MARIZ; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC), FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Avaliar a prevalência de pólipos em pacientes com história familiar de câncer colorretal comparando com pacientes assintomáticos submetidos a rastreamento utilizando a videocolonosopia. Material e Métodos: Foram avaliados prospectivamente pacientes submetidos à videocolonosopia com indicações de história familiar de câncer colorretal em parentes de primeiro grau (grupo estudo) e aqueles com indicação por rastreamento (Controle) realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC) e no Centro de Coloproctologia do Hospital São Carlos em Fortaleza-CE, no período de março a junho de 2012. Foram avaliados quanto a dados demográficos, achados da videocolonosopia e do exame histopatológico, comparando-se os resultados entre os grupos. Resultados: Dos 107 pacientes incluídos, 37 eram do grupo estudo, sendo 7 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, e 70 eram do grupo controle, sendo 11 do sexo masculino e 59 do sexo feminino. Foram evidenciados pólipos em 33 (31%) dos pacientes, sendo 12 (32%) do grupo estudo e 21(30%) do grupo controle. Não houve diferença estatística quanto ao tipo histológico dos pólipos comparando os grupos: 1 pólipo inflamatório, 6 adenomas e 6 hiperplásicos no grupo estudo; 5 inflamatórios, 8 adenomas e 13 hiperplásicos no controle. Conclusão: A Prevalencia e o tipo histológico dos pólipos foram similares comparando pacientes com história familiar de câncer colorretal com aqueles assintomáticos com indicação por rastreamento. No entanto, a casuística é reduzida para conclusões definitivas.

TL002 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE 107 PACIENTES OPERADOS POR CANCER COLORRETAL- HOSPITAL MÁRIO GATTI-CAMPINAS/SP

JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; EDUARDO HENRIQUE BUSCHINELLI WIEZEL; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; SANDRA PEDROSO MORAES
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar o seguimento colonoscópico dos pacientes operados por câncer colorretal (CCR) no Hospital Municipal Mário Gatti de Campinas / SP (avaliando a efetividade do método, os achados endoscópicos, sua relevância, o intervalo entre a cirurgia e o exame e se os achados encontrados estão dentro dos padrões recomendados pela literatura médica. Causuística e Método: Foram revisadas mil colonoscopias entre

janeiro de 2009 e abril de 2012, das quais 107 exames eram de pacientes que se encontravam em seguimento pós-operatório de CCR. Resultados: O sexo feminino (60,7%) e a faixa etária acima dos 50 anos (média de 56,7 anos) predominaram.(O intervalo em meses desde a cirurgia até a primeira colonoscopia foi de 14,43, em média. Em trinta exames (28,3%) forma encontrados pólipos. Destes, 22 (51,1%) eram adenomas, sendo que 27,2 % continham o padrão histológico com displasia de alto grau. Conclusões: Semelhante aos achados da literatura médica o controle colonoscópico anual em pacientes submetidos a cirurgia para tratamento do CCR permite a vigilância para o aparecimento de lesões precursoras para este tipo de câncer. Os achados no presente trabalho com um terço de pólipos encontrados nas colonoscopias com 51,1% de adenomas reforçam a recomendação deste exame para seguimento dos pacientes operados.

TL003 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS DE PACIENTES PORTADORES DE CANCER COLORRETAL COM METASTASE SINCRONICA

ARMINDA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; RODRIGO BECKER PEREIRA; THALES CARVALHO LIMA
FACULDADE DE MEDICINA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: O câncer colorretal tem incidência crescente na população mundial. Apesar dos grandes avanços obtidos com a terapia adjuvante, para pacientes com doença metastática sincrônica, os índices de morbiletalidade permanecem bastante elevados. Identificar aspectos demográficos, dados de estadiamento, da apresentação clínica e de achados intraoperatórios que possam estar associados a um pior prognóstico alterando protocolos de tratamento e seguimento desses pacientes. O objetivo deste estudo foi o de avaliar aspectos demográficos, clínicos e de estadiamento de pacientes portadores de câncer colorretal metastático sincrônico, atendidos no HC/UFG, no período de 1995 a 2010, e que apresentaram um seguimento ambulatorial regular pelo Serviço de Coloproctologia por um período mínimo de 15 meses ou até sua casualidade. Foram operados 458 pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, sendo 250 mulheres. 50 destes pacientes já se apresentaram desde o diagnóstico da lesão primária com doença metastática. A media de idade dos pacientes foi de 57 (29-81) anos, não havendo diferença significativa entre os sexos. 31 casos apresentavam lesão primária de cólon e 19 eram de reto. Neste ultimo subgrupo, 05 realizaram Rt/Qt pré-operatório. 11 (22%) foram operados na vigência de obstrução ou perfuração intestinal. A maioria dos pacientes apresentaram estadiamento T3 ou T4 e N positivo (52%,34% e 64%, respectivamente). A metástase foi passível de ressecção cirúrgica em 5 casos (10%). Todos pacientes receberam tratamento adjuvante, sendo a associação de fluoracil e oxaliplatina o esquema quimioterápico mais utilizado. O tempo de sobrevida global foi de 16,6 (1-96) meses. Nenhum caso apresentou neoplasia bem diferenciada. Observou-se que pacientes com câncer colorretal de baixo grau de diferenciação apresentaram o pior tempo médio de sobrevida global em relação a lesões moderadamente diferenciadas (12,2 meses VS 20,6 meses). Concluímos que a despeito de novos esquemas de tratamento adjuvante, o diagnóstico de câncer colorretal metastático ainda esta associado à diminuição significativa de sobrevida dos pacientes. Cirurgias realizadas em situações

emergenciais e de estadiamento TNM avançado estão freqüentemente presentes nestes pacientes, o que nos impõe a necessidade de estabelecer protocolo específico de seguimento e tratamento.

TL004 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO

PAULO ROCHA FRANÇA NETO¹; ANTONIO LACERDA FILHO²; FÁBIO LOPES QUEIROZ¹

1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL;

2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A terapia multimodal utilizada atualmente para o tratamento do câncer de reto tem possibilitado grande sucesso no controle oncológico da doença. Em contrapartida, os resultados funcionais dessa abordagem podem ocasionar efeitos adversos capazes de impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. Desta forma, apesar dos excelentes resultados oncológicos alcançados, torna-se importante avaliar-se os resultados funcionais deste tipo de abordagem terapêutica, assim como com os mecanismos envolvidos em sua gênese e as possibilidades de otimizá-los. Objetivos: avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes portadores de câncer retal submetidos à excisão total do mesorreto (ETM) com e sem neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia, em pós-operatório tardio e os possíveis fatores capazes de influenciar diretamente na QV dos mesmos. Materiais e métodos: foram avaliados 72 pacientes submetidos à ETM por tumor de reto extra-peritoneal, com no mínimo, um ano de pós-operatório, por meio da aplicação dos questionários validados de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CR38, além de questionário clínico específico. Em seguida, foram submetidos a exame proctológico com avaliação da distância da anastomose à margem anal. Os pacientes foram avaliados quanto ao gênero, idade, realização de radioterapia e quimioterapia pré-operatórias, tempo de pós-operatório, distância da anastomose à margem anal e estado global de saúde. Resultados: A média do estado global de saúde dos pacientes avaliados foi satisfatória (82,06). Não se observou diferença na saúde global entre os pacientes com relação ao gênero, porém os homens apresentaram menos insônia ($p=0,002$), melhores perspectivas futuras ($p=0,011$), menos efeitos da quimioterapia ($p=0,020$) e melhor função sexual ($p<0,0001$). Os pacientes com menos de 50 anos apresentaram menos problemas miccionais ($p=0,035$), já os com mais de 65 anos relataram uma pior função sexual ($p=0,012$). Os pacientes que realizaram neoadjuvância apresentaram mais diarreia ($p=0,012$). A qualidade de vida não se alterou significativamente de acordo com o tempo de pós-operatório e distância da anastomose à margem anal. Os principais itens que influenciaram o estado global de saúde dos pacientes foram: função física, função emocional e social, fadiga, perspectivas futuras, sintomas gastrointestinais e problemas de evacuação. Conclusões: A maioria dos pacientes apresentaram uma QV satisfatória após um ano de cirurgia, sendo que as pacientes do sexo feminino e aqueles mais idosos tiveram maior impacto negativo, sobretudo em relação à função sexual e miccional e no aumento dos problemas evacuatórios, esses últimos também relacionados à neoadjuvância.

TL005 - AVALIAÇÃO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

RENATO ARAÚJO BONARDI; ANDRÉ GATTO; ANTONIO BALDIN JUNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS - Investigar o significado prognóstico da trombocitose nos pacientes com câncer colorretal. MÉTODO – Trata-se de um estudo retrospectivo, com análise de 332 prontuários de pacientes submetidos a operações por câncer colorretal. Foram comparados os dados do estadiamento conforme o TNM com a ocorrência de trombocitose no pré-operatório. O grupo controle foi composto por 50 pacientes submetidos à hemiorrafia inguinal. O estudo foi dividido em 2 partes: inicialmente, a avaliação ocorreu com 223 pacientes no grupo de câncer colorretal (Grupo A) e num segundo tempo foi realizada a avaliação de outros 108 pacientes no grupo com câncer colorretal (Grupo B). A contagem de plaquetas no pré-operatório destes pacientes foi utilizada para comparar estes valores com o grupo controle e também avaliar se há diferença com significância estatística. RESULTADOS: A média da contagem plaquetária foi 317.000 no Grupo A, 296.000/µl entre os pacientes no Grupo B e de 233.000 entre os pacientes do grupo controle ($p:0,005$). A prevalência da trombocitose no Grupo A com câncer colorretal foi de 30% e de 17,5% no grupo B. Quando juntamos os Grupos A e B a prevalência de trombocitose foi de 26,2%. No que diz respeito ao estadiamento TNM, a prevalência de trombocitose no grupo A foi de 21% no estágio I, 25,9% no estágio II, 31% no estágio III e 43,9% no estágio IV ($p: 0,327$). No grupo B a porcentagem de trombocitose foi de 0% no estágio I, 13,7% no estágio II, 17,9% no estágio III e 33,3% estágio IV. Quando avaliamos os dois grupos juntos, A e B, a prevalência de trombocitose foi de 14,8% no estágio I, 22,7% no estágio II, 26,4% no estágio III e 40% no estágio IV ($p: 0,017$). CONCLUSÃO: A contagem de plaquetas no pré-operatório parece ser útil em identificar pacientes com prognóstico desfavorável.

TL006 - AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO ELETIVO PARA CÂNCER COLORRETAL

LUIZA REGINA LIMA SOARES BARBOSA; LÍVIA CRISTINA LIMA SOARES BARBOSA; ANTONIO LACERDA FILHO

UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG e Clínica de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte/MG. O câncer é uma das doenças mais letais em todo o mundo, inclusive no Brasil. Dentre estes, o câncer colorretal (CCR) é um dos mais prevalentes e comumente passível de cura cirúrgica. A perda de peso involuntária é um distúrbio nutricional frequentemente observado nesses pacientes e está associada a maiores índices de morbimortalidade pós-operatória, o que torna sua detecção precoce essencial no pré-operatório. OBJETIVOS: Poucos dados estão disponíveis sobre o estado nutricional pré-operatório de pacientes com CCR em nível ambulatorial, o que motivou a realização desta investigação. MÉTODOS: Foram avaliados, prospectivamente, 66 pacientes com CCR candidatos a tratamento cirúrgico eletivo, levando-se em consideração os dados sócio-demográficos, a história clínica, os hábitos alimentares e o estado nutricional, o qual foi avaliado por métodos diretos (antropométricos) e indiretos (avaliação global subjetiva - AGS). RESULTADOS: A média de idade foi de 61 anos, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino (54,5%), casada (62,1%), com escolaridade até o ensino fundamental (43,9%), renda mensal familiar de até cinco salários mínimos vigentes (R\$ 3110,00) e portadora de tumor de cólon em estágio II (48,1%). A

desnutrição variou de 7,6% a 53%, conforme o método de avaliação utilizado, sendo significativamente menor em pacientes do sexo masculino, casados e com até dois sintomas ou sinais relacionados ao CCR. Entretanto, segundo a AGS (instrumento primário de avaliação), aproximadamente um terço da população analisada (36,4%) apresentava-se com algum grau de desnutrição. Porém, como a AGS mostrou baixa concordância com os demais métodos analisados, nenhum método pôde ser considerado com boa acurácia isoladamente. CONCLUSÕES: Portanto, uma avaliação nutricional pré-operatória completa, com associação de métodos, feita precocemente faz-se essencial a fim de se identificar aqueles pacientes desnutridos, mais propensos a apresentar complicações pós-operatórias e otimizar medidas no sentido de evitá-las.

TL007 - DANO OXIDATIVO AO DNA NA EVOLUÇÃO DO ADENOCARCINOMA DE CÓLON

DENISE GONÇALVES PRIOLLI; NATALIA PERES MARTINEZ; CAMILA LOPES OLIVEIRA; THAMY PELATIERE CANELOI; JULIO CESAR VALDIVIA; DANILO TOSHIO KANNO; MARCELO LIMA RIBEIRO

UNIVERSIDADE SAO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Hipermetilação da região do gene promotor e dano oxidativo ao DNA são dois dos principais mecanismos relacionados com as fases iniciais da carcinogênese colorretal, mas não é claro como o dano oxidativo interage com o tumor. Pacientes com adenomas representam estágio inicial de desenvolvimento do câncer de cólon e podem permitir o conhecimento sobre processos oxidativos na carcinogênese do cólon. Poucos estudos têm analisado em tecidos normais e em diferentes estágios de carcinogênese colorretal o conteúdo do estresse oxidativo. Células da mucosa do cólon normal estão intimamente aderidas entre si e à lâmina basal pelo sistema de adesão celular. Beta catenina participa na transcrição nuclear e por isso tem influência na adesão e proliferação celular. No entanto, no melhor de nosso conhecimento, não há estudos que relacionem o dano oxidativo ao DNA e beta catenina nas fases do adenoma-carcinoma. Objetivo: Pretende-se avaliar o papel desempenhado pelo dano oxidativo ao DNA relacionado a beta catenina nos estágios do adenocarcinoma colorretal. Método: 113 amostras, obtidas de colonoscopias, oriundas de voluntários saudáveis, pacientes com adenomas e pacientes com adenocarcinoma foram analisadas: tecido tumoral (adenoma e adenocarcinoma); segmento cólon normal do tecido normal onde o tumor estava localizado; e tecido cólico de voluntários saudáveis. O diagnóstico anatomo-patológico foi feito por HE. A quantificação de beta catenina foi determinada utilizando análise de imagem assistida por computador por imunocoloração. Análise do dano oxidativo ao DNA da mucosa do cólon foi feito pela técnica do cometa. Os dados obtidos foram analisados adotando-se coeficiente para rejeição da hipótese de nulidade de 5%. Resultados Houve diferença no dano oxidativo ao DNA entre o tecido normal e tecido tumoral de pacientes com adenoma e adenocarcinoma. Havia níveis mais elevados de dano oxidativo no tecido tumoral do que em tecido normal nos mesmos pacientes. Pacientes em estágios mais avançados mostraram maior dano oxidativo ao DNA do que aqueles em estágios iniciais. Fases do adenoma-carcinoma foram correlacionadas com dano oxidativo ao DNA, assim como grau histopatológica de tecido. Houve diferença no conteúdo de beta catenina entre o tecido normal e tumoral de pacientes com adenoma e adenocarcinoma. Pacientes em estágio avançado apresentaram maiores expressões de beta catenina do que

aqueles em início da sequência adenoma-carcinoma. Existe relação entre o conteúdo de beta-catenina e fases do adenoma carcinoma, bem como entre a beta catenina e grau histopatológica, enquanto controlado pelo efeito de dano oxidativo ao DNA. Conclusão: Os resultados do presente estudo reforçam a influência do estresse oxidativo na progressão da doença do câncer colorretal, e indicam a importância do papel desempenhado pelo dano oxidativo ao DNA relacionado a beta catenina em estágios iniciais da carcinogênese colorretal.

L008 - DOIS CÓLONS, DOIS CÂNCERES. ESTUDO FENOTÍPICO E EXPRESSÃO GENÉTICA (MMPs, P53 E BETA CATENINA) EM XENOTRANSPLANTE

DENISE GONÇALVES PRIOLLI¹; MARIA FILOMENA BOTELHO²; ANA MARGARIDA ABRANTES²; CAMILA LOPES OLIVEIRA¹; NATALIA PERES MARTINEZ¹; IZILDA APARECIDA CARDINALI¹; ANA BELA SARMENTO²

1. UNIVERSIDADE SAO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE COIMBRA- FACULDADE DE MEDICINA, COIMBRA, PORTUGAL.

Resumo: Desde 1990 Buffil apontou que colóns esquerdo, direito e reto eram órgãos diferentes em continuidade. Outros autores corroboraram esta afirmação quanto a estudos anatômicos, embriológicos, fisiológicos ou de expressão gênica destes segmentos. Entretanto, é somente início do século XXI que os estudos se dirigiram às diferenças relacionadas às neoplasias, como a determinação das diferentes expressões gênicas entre os tumores de colóns, as vias de instabilidade, mutações de proteínas chaves a carcinogênese e fatores de risco ao desenvolvimento do adenocarcinoma de cólon, tal qual o dano oxidativo ao DNA. As pesquisas que demonstram estas diferenças foram executadas em ensaios clínicos e, portanto com grande número de variáveis discutíveis. Esta pesquisa se propõe a determinar, de forma inédita, se os adenocarcinomas de cólon esquerdo e direito são diferentes, a partir da expressão genética de MMPs, p53 e beta-catenina em modelos de adenocarcinoma de mesma origem clonal transplantados em animais atômicos. Método: Modelos de tumor de colón ortotópicos em colón esquerdo e direito foram feitos. Para o modelo ortotópico direito o animal foi submetido à cecostomia (n=10), enquanto para o modelo ortotópico esquerdo foi executada derivação de colón descendente com fistula mucosa distal (n=13). Células cultivadas de mesma linhagem de adenocarcinoma humano (CCL-218) foram inoculadas na submucosa dos diferentes modelos. Foram feitos estudos ex vivo por anatomopatologia convencional (HE) e análise de expressão gênica (RT-PCR) de beta-catenina, p53 e MMP 2, 8 e 9. A análise estatística adotou significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade e foi feita por meio de análise variância e método Livak (delta-delta-CT). Resultados: Crescimento ulcerativo ocorreu 100% no colón esquerdo, enquanto à direita o crescimento foi predominantemente exofítico (67%). Os tumores cresceram como indiferenciados no colón esquerdo (100%), e com grau moderadamente diferenciado no colón direito (83%). Não houve expressão de MMP8 e MMP9 na linhagem celular. A MMP8 passou a ser expressa nos dois modelos, proximal e distal. As expressões médias de MMP2, p53 e beta-catenina no tumor proximal foram de 359046,42; 2891,72; 171,07, respectivamente, enquanto no tumor de colón distal foram de 77,95; 1,42; 0,19. Conclusão: A presente pesquisa permite afirmar que os tumores de colón esquerdo e direito apresentam características fenotípicas e genotípicas distintas, mesmo quando têm mesma origem monoclonal e que a ação do microambiente é determinante na modificação da expressão do p53, beta-catenina, MMP2, MMP8 e MMP9 nos adenocarcinomas dos colóns.

TL009 - FACTORES PREDITIVOS DE RESPOSTA COMPLETA EM PET/CT PARA CÂNCER DE RETO APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

PATRICIO BERNARDO LYNN¹; RODRIGO OLIVA PEREZ²; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO²; IGOR PROSCURSHIM¹; JOAQUIM JOSE GAMA-RODRIGUES¹; ANGELITA HABR GAMA¹
1. INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. DEPARTAMENTO CIRURGIA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O PET / CT fornece informações da atividade metabólica das diferentes estruturas, e as mesmas poderiam ajudar a identificar pacientes com câncer retal mais propensos a apresentar regressão completa do tumor após quimiorradioterapia neoadjuvante. O objetivo deste trabalho é identificar preditores da resposta completa em PET / CT realizado antes e após conclusão do tratamento neoadjuvante. Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo comparativo. Foram incluídos pacientes com adenocarcinoma de reto distal CT2-4NxM0. Foram realizados PET / CT antes do tratamento neoadjuvante, às 6 e 12 semanas de terminado. O esquema utilizado de 54Gy e 5FU. A avaliação clínica da resposta ao tratamento foi às 12 semanas do término da radioterapia e foi independente dos resultados imagenológicos. Os pacientes com resposta clínica completa foram incluídos em um protocolo de seguimento sem cirurgia imediata e aqueles que apresentaram tumor residual foram operados. Os doentes com resposta clínica completa (CCR) e aqueles com resposta patológica completa (RPC) foram agrupados e comparados com as respostas incompletas. Resultados: Foram incluídos 99 pacientes consecutivos, 23 dos quais apresentaram resposta completa (16 RCC e 7 RPC). Na análise multivariada, o estágio T no PET / CT inicial (39% vs 9%, P = 0,002) assim como uma variação entre o SUVmax do tumor primário as 12 semanas versus o inicial (78,9% vs 51,6%, p = 0,001) foram preditores estatisticamente significativos de resposta completa. Uma variação do tumor primário SUV de e•76% entre o PET / CT inicial vs 12 esteve associada com a ocorrência de resposta completa (sensibilidade 70%, especificidade de 81%, AUC = 0,81, p <0,001). Conclusão: O PET/CT antes do tratamento neoadjuvante e 12 semanas após a conclusão do mesmo poderiam ajudar a identificar pacientes com resposta completa.

TL010 - INFLUÊNCIA DA DURAÇÃO DO TRATAMENTO NEOADJUVANTE SOBRE A SOBREVIDA GLOBAL E SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO
RAFAEL AMARAL DE CASTRO¹; ROGERIO S HOSSNE¹; CARLOS EDUARDO PAIVA²; PAULA BERNARDO DE CARVALHO¹; MARCO MURILO BUSO³; JOÃO NUNES DE MATOS NETO³
1. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL; 3. CETTRO, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tempo ideal de tratamento dos pacientes com adenocarcinoma de reto localmente avançado é de 13 semanas, 5 semanas de quimiorradioterapia (QRTN) com intervalo de 6 a 8 semanas para cirurgia de Excisão Total do Mesorreto (TME). O objetivo desse estudo é avaliar se o tempo do início do tratamento à realização da TME altera a sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença (SLD). Materiais e Métodos: entre março/96 a outubro/2010, 60 pacientes receberam QRTN e realizaram TME em um serviço público ligado ao SUS (hospital das clínicas da UNESP), sendo 58 avaliáveis. A QRTN consistiu de 5-Fluorouracil (5-FU) com

Leucovorim (LV) em bolus na 1° e 5° semana das 25 sessões de radioterapia em acelerador linear (total: 45Gy). A média de seguimento foi 41 meses. Resultados: A média de tempo do tratamento foi 27 semanas. A taxa de resposta patológica completa (RPC) foi 25% (n=15). Atraso ocorreu em 79% (n=46) dos casos. Tanto SG (p=0.35) quanto SLD (p= 0.35) não foram diferentes entre os pacientes com RPC comparados aqueles sem RPC que realizaram TME no tempo ideal. Ambos os desfechos foram semelhantes nos subgrupos com atraso comparados àqueles sem atraso nos pacientes com RPC. Quando há atraso, tanto a SG (p=0.0468) e SLD (p=0,015) dos pacientes sem RPC são piores comparados aos pacientes com RPC. Conclusões: Atraso no tempo de tratamento piora SLD e SG dos pacientes sem RPC, mas não afetou os desfechos nos pacientes com RPC. Quando realizado no tempo ideal, os resultados são semelhantes entre os pacientes com e sem RPC.

TL011 - MORTALIDADE POR CÂNCER COLORRETAL EM CAMPINAS/SP- ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO DE 2009 A 2011

JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; EDUARDO HENRIQUE BUSCHINELLI WIEZEL; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; SANDRA PEDROSO MORAES
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: avaliar as informações obtidas a partir dos dados registrados nas declarações de óbito de residentes do município de Campinas/SP nos anos de 2009 a 2011, relacionando os achados encontrados aos indicadores de condições de vida e a apresentar importância da mortalidade por câncer colorretal (CCR) comparada às outras causas de morte por neoplasias. Casuística e método: foram revisadas 433 declarações de óbito de residentes no município de Campinas tendo como causa de óbito a neoplasia colorretal, nos anos de 2009 a 2011, dentre 3790 óbitos por neoplasia no período. Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 73 anos. Houve um discreto predomínio de casos de óbito no sexo masculino (51,03%). 371 pacientes eram da raça branca (85,68%). O índice de condição de vida (ICV), indicador utilizado pela Secretaria de Saúde, baseado em parâmetros sócio-econômicos, foi utilizado relacionando a mortalidade por CCR nas diferentes regiões e bairros dentro do município. No período estudado, o CCR foi a segunda causa de morte no sexo feminino (mama como primeira causa) e no sexo masculino (pulmão como primeira causa). Conclusão: O CCR constitui importante causa de morte por neoplasias no município de Campinas e, diferente do que ocorre com o câncer de próstata, mama ou colo do útero não existem estratégias públicas ou privadas para sua prevenção.

TL012 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL UNICAMP- RESULTADOS INICIAIS

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LILA LEA CRUVINEL; TAMARA MARIA NIERI; ANDRE HENRIQUE MIYOSHI; DÉBORA HELENA ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal reúne condições para a prevenção, pois é frequente em nosso meio e apresenta alta mortalidade. Sabe-se também que a remoção de pólipos diminui sua incidência e o rastreamento possibilita o diagnóstico precoce assim

como reduz a mortalidade em até 30%. Em 2011 iniciou-se o planejamento para a realização de uma campanha de prevenção de câncer colorretal no Campus Zeferino Vaz da UNICAMP, dirigida a alunos, funcionários e docentes, instituída de forma sistemática em 2012. Objetivo: Relatar os resultados iniciais e verificar a aderência ao programa. Material e métodos: Campanha perene dirigida a alunos, funcionários e docentes com idade superior a 50 anos (população estimada em 6000 pessoas), por meio de teste de pesquisa de sangue oculto (anticorpo anti-hemoglobina). Visita a todas as unidades (Institutos, Faculdades e áreas administrativas) para a realização de palestras informativas sobre câncer colorretal, distribuição de kits de pesquisa de sangue oculto, leitura do exame e orientação nos casos positivos para realização de colonoscopias. Os indivíduos com resultado negativo para pesquisa de sangue oculto são orientados a realizar novo exame após um ano. Resultados: De março a maio de 2012, as unidades visitadas corresponderam a população de 1424 indivíduos, sendo que destes 843 (59,2%) realizaram o teste, com os seguintes resultados: positivo em 171 indivíduos (21,1%), negativo em 643 (78,9%) e resultado inconclusivo por coleta inadequada em 29 casos. 581 pessoas (40,8%) não realizaram o teste, por: recusa em participar do programa (22,6%), indivíduos não localizados (14,8%), motivo não informado (1,9%) e acompanhamento em outros serviços (1,4%). Dentre os casos com testes positivos, 75 realizaram colonoscopias (43,8%), correspondendo a 5,2% da população investigada. Os achados endoscópicos foram: exame normal (38,6%), presença de pólipos adenomatosos (56,0%), carcinoma in situ em pólipos removidos (2,6%) e adenocarcinoma invasivo (2,6%). Conclusão: Pode-se considerar nesta fase inicial, que a aderência ao programa de 59,2% e alta taxa de lesões encontradas, justificam a manutenção do mesmo de forma perene.

TL013 - QUIMIORRADIOTERAPIA EM ADENOCARCINOMA DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO: A BIOPSIA APÓS O TRATAMENTO NEOADJUVANTE PODE DESCARTAR A CIRURGIA DE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO?

RAFAEL AMARAL DE CASTRO¹; ROGERIO S HOSSNE¹; CARLOS EDUARDO PAIVA²; CINTIA BARBOZA BATISTA³; JANICE RODRIGUES FARIAS³; PAULA BERNARDO DE CARVALHO¹; VALESKA MARQUES MENEZES MACHADO³; ADALMIR MARCIO MOREIRA³

1.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL; 3.CETTRO, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: Introdução: Quimiorradioterapia neoadjuvante (QRTN) seguida de cirurgia de excisão total do mesorreto (TME) é o tratamento padrão para adenocarcinoma retal não metastático (ACR), apesar de muitas vezes ser mutilante. Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) da biopsia após a QRTN e prévia à cirurgia de TME (BPQRTN) comparando-a com resultado patológico final da cirurgia de TME. Material /métodos: Entre março/96 a outubro/2010, 60 pacientes receberam QRTN e realizaram cirurgia de TME, sendo 58 avaliáveis. A QRTN consistiu de 5-Fluorouracil (5-FU) com Leucovorim (LV) em bolus na 1ª e 5ª semana das 25 sessões de radioterapia em acelerador linear (total:45Gy). A biopsia prévia à cirurgia foi feita em 67% pacientes dos pacientes. Resultados: Dos 39 pacientes que realizaram a BPQRTN seguida de cirurgia

TME, 33% (n=13) tinham resposta patológica completa (RPC) e 67% (n=26) não obtiveram RPC. A BPQRTN foi positiva para neoplasia em 36% dos pacientes (n=14) e negativa em 64% (n=25). Ao compararmos os dados das biopsias com as respectivas cirurgias, 12 BPQRTN foram verdadeiros-positivos, 11 verdadeiros-negativos e 14 biopsias foram falso-negativas. A sensibilidade da BPQRTN foi de 46%, especificidade 84%, VPP 85% e VPN 44% (Fisher test p=0,05). Conclusões: A Biopsia após Quimiorradioterapia Neoadjuvante tem alta especificidade com elevado VPP. Ou seja, em caso de positividade, a cirurgia de TME está bem indicada. Todavia, este método tem baixa sensibilidade e baixo VPN. Assim, não podemos contra-indicar cirurgia baseada na BPQRTN. Talvez, a associação de marcadores biológicos possa melhorar o VPN desse método.

TL014 - QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE PARA ADENOCARCINOMA DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO: A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE É PARA TODOS?

RAFAEL AMARAL DE CASTRO¹; ROGERIO S HOSSNE¹; CARLOS EDUARDO PAIVA²; CINTIA BARBOZA BATISTA³; JANICE RODRIGUES FARIAS³; PAULA BERNARDO DE CARVALHO¹; ADALMIR MARCIO MOREIRA³; THAIS ALENCAR PINTO DOS SANTOS⁴

1.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL; 3.CETTRO, BRASILIA, DF, BRASIL; 4.HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Quimiorradioterapia Neoadjuvante (QRTN) tornou-se o tratamento padrão para câncer retal localmente avançado, mas trouxe controvérsia no seguimento. O objetivo foi avaliar o impacto da resposta patológica completa (pCR) e da quimioterapia adjuvante (QADJ) após QRTN. MATERIAIS E MÉTODOS: Entre março/96 e outubro/2010, 84 pacientes receberam QRTN. Desses, 58 foram operados (Excisão Total do Mesorreto – TME). A QRTN consistiu de 5-Fluorouracil (5-FU) e Leucovorim (LV) em bolus na primeira e quinta semanas de 25 sessões de radioterapia (RT) em acelerador linear (total 45-50 Gy). Quando realizada, QADJ consistiu de 5-FU e LV em bolus (D1-D5) por 4 ciclos. RESULTADOS: Nove pacientes perderam seguimento, 58 pacientes foram operados e 17 declinaram à cirurgia. Dos 58 pacientes operados, pCR foi obtida em 15 (25,8%). Desses, 3 (20%) receberam QADJ. Entre aqueles sem pCR (n=43), 22 (51%) receberam QADJ. A média de seguimento foi de 41 meses. Pacientes com pCR apresentaram maior Sobrevida Livre de Doença (SLD: HR 2.6, IC95% 1.1-5.9, p=0,024) e Sobrevida Global (SG: HR 2.6, IC95% 1.05-6.8, p=0,048), independentemente da QADJ. QADJ não alterou os desfechos considerando todos os pacientes (SLD, p=0.74; SG, p=0.32) nem naqueles com pCR (DFS, p=0.76; SG, p=0.73). Entre os pacientes sem pCR, o subgrupo submetido à QADJ teve tendência a melhor SG (HR: 0.4275, IC 95% 0.1725 - 1.059, p=0,06), mas SLD (p=0,23) semelhantes. Àqueles sem pCR e sem QADJ tiveram pior SLD (HR: 0.2653, IC 95% : 0.09540 - 0.7380, p=0,011) e SG (HR: 0.2928, IC 95% : 0.09756 - 0.8788, p=0,028) comparados ao grupo com pCR. Já nos pacientes sem pCR submetidos à QADJ quando comparados aos pacientes com pCR tanto a SG (p = 0.35) e SLD (p = 0.24) não foram significativamente diferentes. CONCLUSÃO: Pacientes com pCR obtiveram melhores sobrevidas, independente da adição de QADJ. Todavia, quimioterapia adjuvante para todos os pacientes também não afetou os desfechos (SG e SLD). Contudo, os pacientes sem pCR tiveram piores resultados sem QADJ comparados aos

pacientes com pCR. Ademais, quando a QADJ foi adicionada nos pacientes sem pCR a diferença na SG e SLD perdeu significância. Assim, somente o grupo sem pCR se beneficia da adição de quimioterapia adjuvante após a QRTN seguido de cirurgia.

TL015 - RESSECÇÃO LOCAL ENDOANAL CONVENCIONAL- ANÁLISE DOS RESULTADOS

LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA J VIEIRA; DÉBORA HELENA ROSSI; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A ressecção local por via endoanal apresenta-se como opção terapêutica para adenomas ou carcinomas iniciais do reto. Objetivos: avaliar a eficácia e segurança da ressecção por via endoanal realizada de forma convencional. Métodos: Avaliou-se a taxa de sucesso da ressecção endoanal, complicações e ocorrência de recidiva local, sendo incluídos pacientes com tempo mínimo de ressecção de 6 meses. Endoscopias de controle foram realizadas entre 3 e 6 meses de pós-operatório. Resultados: Fazem parte da casuística 22 pacientes, com idade média de 64,7 anos, sendo 14 mulheres e tempo mínimo de acompanhamento de 6 meses. Em relação à linha pectínea, o limite inferior das lesões encontrava-se entre 0 a 8 cm e o tamanho variou entre 2 e 12 cm em seu maior eixo. Em dois casos (9,0%) a ressecção por via endoanal não foi possível por dificuldade técnica. Ocorreram quatro complicações (18,0%), sendo dois casos de deiscência parcial da sutura, um caso de estenose e um caso de fístula retovaginal que implicou na realização de derivação intestinal temporária. O exame histológico evidenciou que em sete casos (35,0%) a margem lateral encontrava-se acometida, porém nestes, a recidiva local foi observada em apenas dois casos (9,0%). O diagnóstico histológico mais frequente foi adenoma (45,4%) seguido de adenoma com carcinoma in situ (40,9%), carcinoma com invasão superficial da submucosa (Sm1 e Sm2) em 9,0% e carcinoma com acometimento da camada muscular própria (4,5%). Conclusão: nesta casuística a ressecção endoanal convencional foi factível em 91% dos casos, com baixo índice de recidiva local, assim como de complicações.

TL016 - RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PARA TRATAMENTO DE TUMORES RETAIS COM INVASÃO DE ÓRGÃOS ADJACENTES: ANÁLISE DE 47 CASOS

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; DANIEL JOSÉ SZOR; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT DE CASTRO COTTI; SÉRGIO CARLOS NAHAS; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; EDUARDO KENZO MORY; IVAN CECCONELLO

ICESP-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: O câncer colorretal é o terceiro tipo mais comum de neoplasia, sendo que o reto é o local de acometimento em 30% dos casos. A invasão de órgãos adjacentes ocorre em 5-15% dos casos, sem evidência de doença metastática. Este fato exige ressecção multivisceral, onde a neoplasia e as estruturas adjacentes são removidas em bloco. As aderências com órgãos adjacentes são de fato invasão neoplásica em 40-84% das vezes e a avaliação intra-operatória da natureza da aderência é ineficaz. A ressecção multivisceral permite maiores taxas de ressecção com margens microscópicas livres, menor recidiva local e maior ganho de sobrevida, porém torna o procedimento cirúrgico mais complexo, com maior morbi-mortalidade e requer várias especialidades cirúrgicas envolvidas.

A ressecção com fratura do tumor e ou ressecção com margens comprometidas leva a maiores taxas de recidiva local e redução da sobrevida. Material e Métodos: 47 pacientes com adenocarcinoma de reto estadiados no pré-operatório como cT4 foram operados em nosso serviço entre 2009 e 2012; seus dados foram analisados retrospectivamente. Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo feminino (70%) e a idade média de 58,5 anos (26-86). Quimio e radioterapia neoadjuvantes foram empregadas em 48,9%, 31,9% necessitaram de amputação de reto com colostomia terminal e destes, 33,3% realizaram fechamento perineal com retalho miocutâneo. Ressecções R0 foram obtidas em 72,7% dos casos e 45,4% dos cT4 foram confirmados como pT4. Um quarto dos pacientes já apresentavam doença metastática na cirurgia. A média de transfusão sanguínea foi de 1,62 concentrados por cirurgia (1-6) e o tempo médio de internação foi de 10,8 dias. O tempo de seguimento médio foi de 14,5 meses, com mortalidade de 34%, sendo que do total de óbitos 23,6% ocorreu devido a complicações operatórias. Os órgãos ressecados em conjunto foram útero 27,7%, bexiga 16,6%, vagina 38,8%, próstata 13,8%, ovários 33,3%, vesícula seminal 8,3%, intestino delgado 8,3% e sacro 2,7%. Conclusão: a ressecção multivisceral empregada para tumores de reto com invasão de órgãos adjacentes caracteriza-se pela alta complexidade, e significativos índices de morbi-mortalidade. Deve ser realizada em casos selecionados e em centros de referência que contam com envolvimento multidisciplinar.

TL017 - RISCOS E COMPLICAÇÕES DAS RESSECÇÕES COLÔNICAS POR CÂNCER EM IDOSOS: ANÁLISE DE 144 PACIENTES

OTÁVIO NUNES SIA; ISAAC J.F. CORREA NETO; RODRIGO F. MACACARI; NATÁLIA J VIEIRA; HUGO HENRIQUES WATTE; ALEXANDER ROLIM; ROGÉRIO FREITAS; LAERCIO ROBLES HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) é a principal neoplasia do trato digestivo, sendo a 3ª causa mais comum de câncer no mundo, possui maior incidência na faixa entre 50 e 70 anos de idade. Cerca de 2 a 10,6% dos CCR ocorrem em indivíduos com idade inferior a 40 anos e 70% em maiores de 75 anos. A expectativa de vida do brasileiro ao nascer no ano de 2050 será de 81,3 anos, a população de idosos maiores de 65 anos alcançará 18%, igualando-se a de menores de 14 anos. Em idosos, três fatores devem ser muito bem avaliados: o status funcional (KPS), comorbidades e cognição. OBJETIVO: Relatar a experiência de serviço de residência médica em coloproctologia com o manuseio de pacientes idosos portadores de adenocarcinoma colorretal. MÉTODO: Estudo retrospectivo através da análise de prontuário eletrônico realizado no Hospital Santa Marcelina-SP com 144 pacientes maiores de 60 anos portadores de CCR submetidos a cirurgia no período de junho de 2008 a julho de 2011. Foram avaliados: idade e sexo dos pacientes, localização do tumor primário, cirurgia realizada, tempo médio de sintomatologia, principais queixas relatadas, comorbidades, karnofsky status performance (KPS), relação entre óbito e comorbidades e com a idade e mortalidade global. A via de acesso adotada foi a incisão laparotômica mediana. RESULTADOS: Foram avaliados 144 pacientes, sendo 73 (50,7%) do sexo feminino. A média de idade foi de 71,9 anos, com variação entre 60 e 92 anos. Setenta pacientes (48,6%) tinham entre 60 e 70 anos, 39,6% entre 70 e 80 anos e, 17 pacientes (11,8%) com idade superior a 80 anos. A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia, perfazendo 47,9%, seguido pela hemicolectomia direita com 25% dos casos. A amputação

abdominoperineal do reto foi realizada em 20 pacientes (13,9%). Quanto a sintomatologia referida pelos pacientes, a perda ponderal, alteração do hábito intestinal e sangramento via anal, encontrados em 60,8%, 60% e 53,8%, respectivamente. 68,8% dos pacientes apresentava comorbidades. Em relação ao status funcional dos pacientes (KPS), 73,8% apresentavam-se com valores de 100, com média de 96 de KPS, variando de 50 a 100. Dezenove pacientes (13,2%) evoluíram a óbito durante a internação, com média de ocorrência no pós operatório de 9,5 dias, com variação de 2 a 26 dias. **CONCLUSÃO:** Não devemos deixar de oferecer a melhor terapia aos pacientes idosos baseados somente em sua idade registrada. Acrescenta-se a isso a necessidade constante de atuação de equipe multi-disciplinar no atendimento e tratamento do paciente idoso portador de neoplasia colonretal.

TL018 - TERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO ADENOCARCINOMA RETAL. ANÁLISE COMPARATIVA DOS PACIENTES COM REGRESSÃO TUMORAL COMPLETA E PARCIAL

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; VITOR AUGUSTO ANDRADE; FLAVIA COMITRE VIANNA; RAQUEL FRANCO LEAL; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; DÉBORA HELENA ROSSI; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento do adenocarcinoma de reto extra-peritoneal localmente avançado implica na realização de radioterapia e quimioterapia associada à cirurgia. Entretanto, a resposta à neoadjuvância é variável, sendo que em alguns casos, ela pode ser completa, com regressão total da lesão. Objetivo: Analisar os fatores relacionados com a resposta tumoral e o acompanhamento dos pacientes, comparando os grupos com resposta completa (Grupo 1) e parcial (Grupo 2). Casuística e Métodos: Foram estudados 212 doentes, operados entre 2000 e 2010, sendo que 30 (14,1%) obtiveram resposta tumoral completa e 182 (85,9%) resposta parcial, com seguimento médio de 51,9 e 36,9 meses, respectivamente. Denominou-se regressão completa a ausência de células tumorais no reto, na peça operatória. Resultados: Não houve diferença entre os grupos em relação ao gênero, etnia, idade, tempo de evolução, distância do tumor à margem anal, presença de lesões sincrônicas na colonoscopia, ocorrência de metástases pulmonar ou hepática no estadiamento pré-operatório e tipo de cirurgia realizada. No Grupo 1 observou-se menor acometimento de linfonodos (10% e 39%), menor invasão linfática (3,3% e 19,2%), e perineural (0 e 15,4%) ($p < 0,05$). No seguimento tardio, a taxa de recidiva local foi semelhante, mas o Grupo 1 apresentou menor ocorrência de metástases (13,8% e 39,2%) e maior sobrevida (48,1 meses e 34,5 meses) ($p < 0,05$). Conclusão: A remissão completa do tumor no reto associou-se com menor acometimento linfonodal e maior sobrevida, mas mesmo pacientes com ausência de lesão residual podem apresentar recidiva local ou metástases à distância no acompanhamento.

TL019 - UTILIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO CONVENCIONAL NO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL ANAL EM PACIENTES DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA – MS – RJ

LÊDA PEREIRA BARCELLOS; LUCIANA DE OLIVEIRA FIALHO; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; JORGE BENJAMIN FAYAD

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

Resumo: Objetivo: O perfil do carcinoma escamoso do canal anal tem se modificado nas últimas décadas, sendo observado aumento expressivo da sua incidência e o acometimento de pacientes mais jovens. A utilização do exame citopatológico do canal anal como método de rastreamento para a identificação da lesão precursora, a neoplasia intra-epitelial anal (NIA) é comparável a outras medidas de prevenção já aceitas em Saúde Pública, a exemplo do rastreamento para o câncer de colo uterino, propiciando o tratamento da lesão em fase inicial. Vários trabalhos têm mostrado a eficácia da citologia de fase líquida como o padrão ideal de estudo, mas esse é um método pouco disponível na maioria dos Serviços Públicos de saúde. Esse trabalho se propõe a avaliar a utilização da citologia convencional nesse rastreamento. Material e método: No período compreendido entre abril de 2005 e dezembro de 2011 foram realizadas 400 coletas (raspado do canal anal para exame citopatológico) pelo método convencional, em pacientes pertencentes aos grupos de risco para câncer anal. As amostras foram coradas pelo método de Papanicolaou e a elaboração dos laudos obedeceu ao Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, no que tange aos aspectos referentes à representatividade e ao diagnóstico citopatológico. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado. Protocolo 000474. Resultados: A avaliação dos componentes mostra a idade média de 37,7 (16-84), sendo 79,5% do sexo masculino. Em relação ao status HIV 51,2% eram positivos, 23,8% negativos e 25% dos casos desconhecidos. Quanto à localização das lesões condilomatosas associadas 185 pacientes apresentavam lesões externas, 98 lesões internas, 48 lesões mistas e 69 ausência de lesão macroscópica. A avaliação dos epitélios presentes nos esfregaços mostrou que 95,2% das coletas foram representativas. O estudo citopatológico evidenciou que 10% das amostras foram insatisfatórias, por artefato de preservação, contaminantes e/ou superposição, 53,5% não apresentaram atípicas, 10,5% mostraram células escamosas atípicas com significado indeterminado (ASCUS), 18,6% de lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), 2,3% de atípicas em células escamosas não se podendo afastar lesão de alto grau (ASCUS H), 4,8% de lesões intra-epiteliais anais de alto grau (HSIL) e 0,3% de carcinoma escamoso.

- DISTURBIOS FUNCIONAIS -

TL020 - ANATOMIA E FUNÇÃO DO CANAL ANAL EM MULHERES COM PARTO VAGINAL PRÉVIO

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ

UFCE, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Avaliar os achados anatômicos da musculatura esfinteriana de mulheres incontinentes com parto vaginal correlacionando com os sintomas e a função esfinteriana. Material e Métodos: Avaliou-se prospectivamente 49 mulheres ($\pm 57a$) com parto vaginal e sintomas de incontinência fecal utilizando o escore de incontinência do Wexner, manometria anal, US anorretal tridimensional. Foi incluído um grupo controle com 13 mulheres

saudáveis nulíparas (± 44 a), sem cirurgia prévia. Avaliou-se as pressões anais em repouso, contração voluntária máxima e sustentada por 30 segundos, o ângulo do defeito radial do esfíncter anal externo anterior (EAE) e o comprimento do EAE anterior, do esfíncter anal interno (EAI) anterior e posterior, do EAE + puborretal e do GAP (área desprovida de musculatura estriada - distância entre a borda proximal do EAE anterior à junção anorretal) e correlacionou-se com o escore de incontinência. Utilizou-se o teste t de Student e Spearman. Resultados: Foi evidenciado lesão do EAE em 25 pacientes, do EAI e EAE em 8 e 16 tiveram esfíncteres intactos. Escore de incontinência foi semelhante nos grupos. Não houve correlação entre o índice de incontinência e os parâmetros avaliados e nem entre a pressão anal e o comprimento dos esfíncteres. Mulheres sem lesão esfíncteriana apresentaram pressão de contração voluntária sustentada significativamente maior. Pacientes com lesão esfíncteriana apresentaram o comprimento do EAE e EAI significativamente menor e um GAP mais longo comparados com aquelas sem lesão e nulíparas. Aquelas com parto vaginal e esfíncteres intactos tiveram um EAE anterior significativamente menor e um GAP mais longo do que as nulíparas. Conclusões: As alterações na anatomia do canal anal (comprimento e ângulo da lesão) e as pressões anais não se correlacionam com os sintomas de incontinência fecal em mulheres com parto vaginal. Contudo, mulheres com lesão esfíncteriana têm o EAE e EAI mais curto e o GAP longo. Adicionalmente, mulheres sem lesão esfíncteriana, mas submetida a parto vaginal tem EAE mais curto e o GAP mais longo comparado com nulíparas.

TL021 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS IMEDIATOS DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL E DE SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

ANTONIO LACERDA FILHO¹; FERNANDO ROCHA LEITE²
1. UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. IMEG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O biofeedback vem sendo utilizado com sucesso no tratamento da incontinência anal (IA) secundária a uma variedade de distúrbios clínicos ou cirúrgicos, atuando, sobretudo, na reeducação da musculatura esfíncteriana, podendo contribuir, para a melhora da incontinência. Existem, entretanto, poucos estudos que apresentam resultados objetivos, do ponto de vista funcional e relacionado à qualidade de vida (QV), da aplicação do biofeedback em portadores de incontinência anal. OBJETIVOS: avaliar os resultados imediatos do biofeedback no tratamento da IA e seu impacto na QV dos pacientes por meio da utilização de questionários validados, correlacionando os resultados funcionais com aqueles relacionados aos parâmetros de QV e com as variáveis clínicas (idade, tempo de evolução dos sintomas, causa da IA, presença de doença sistêmica, número de sessões de biofeedback e número e tipos de partos). METODOS: Foram analisados e comparados os resultados do biofeedback em 52 pacientes com incontinência anal, antes do início das sessões e após o término das mesmas, por meio da aplicação de questionários validados de avaliação do grau de intensidade da incontinência fecal (FISI – Fecal Incontinence Severity Index) e de avaliação da QV relacionada à incontinência fecal (FIQL – Faecal Incontinence Quality of Life Scale). RESULTADOS: A avaliação dos resultados da aplicação do FISI demonstrou aumento significativo do número de indivíduos que apresentavam baixos escores de gravidade de sintomas antes e após a realização do biofeedback (de 48,1 para 65,4%), assim como significativa diminuição do número de pacientes com escores elevados de IA (de 51,9% para 34,6) com $p = 0,004$. Houve significativa

melhora dos domínios do FIQL, comportamento ($p = 0,008$), depressão ($p = 0,006$) e constrangimento ($p = 0,008$) após a aplicação do biofeedback. Não se observou correlação entre a melhora dos parâmetros funcionais avaliados pelo FISI com a melhora da qualidade de vida. Foi observada correlação positiva entre a melhora dos domínios do FIQL. Não se observou correlação entre os resultados obtidos pela aplicação do FISI e do FIQL com as diversas variáveis clínicas avaliadas. CONCLUSÕES: O biofeedback pode ser considerado como uma terapêutica eficaz no tratamento da incontinência anal, melhorando a sintomatologia e/ou a qualidade de vida da maioria dos pacientes, independente da apresentação clínica desse distúrbio funcional.

TL022 - CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO ASSOALHO PÉLVICO DE MULHERES NULÍPARAS UTILIZANDO ULTRASSONOGRRAFIA ENDOVAGINAL TRIDIMENSIONAL

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; MARIA LISE LOPES RIBEIRO

UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Determinar as medidas anatômicas e funcionais do assoalho pélvico usando ultra-sonografia transvaginal 3D em mulheres assintomáticas, nulíparas, sem disfunções posteriores do assoalho pélvico e naquelas com contração paradoxal do músculo puborretal detectada na ecodefecografia e demonstrar a confiabilidade interobservador do método aplicado para a medição das estruturas do assoalho pélvico. Material e métodos: Estudo prospectivo que incluiu nulíparas assintomáticas (até 50 anos), voluntárias, recrutadas entre os funcionários de dois hospitais universitários. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: Grupo I incluiu mulheres sem disfunções, enquanto o Grupo-II incluiu mulheres com contração paradoxal do músculo puborretal na ecodefecografia. As pacientes foram submetidas a ultra-sonografia endovaginal 3D. Os grupos foram avaliados com os índices biométricos do hiato urogenital, a espessura do músculo pubovisceral, o comprimento da uretra, o ângulo anorretal, a posição da junção anorretal e a posição do colo vesical. Todas as medidas foram comparadas em repouso e durante Valsalva e foi determinado o descenso perineal e o descenso do colo vesical. O nível de concordância interobservador foi avaliada. Resultados: Grupo I incluiu 20 mulheres: A área de hiato foi significativamente maior, a uretra foi significativamente mais curta e o ângulo anorretal aumentou durante Valsalva. A posição da junção anorretal e colo da bexiga diferiram significativamente comparado o repouso com a Valsalva, sendo 0,6 cm a média do descenso perineal e 0,5 do descenso do Colo da bexiga. Grupo II incluído 9 mulheres: Os índices biométricos diminuíram, embora não significante e o ângulo anorretal reduziu durante Valsalva. Os valores de ICC estavam na variaram de 0,624-0,937. Conclusões: Os índices biométricos funcionais, o descenso perineal normal e os valores do descenso do colo vesical são determinados para jovens assintomáticas nulíparas utilizando ultra-sonografia transvaginal 3D. A contração paradoxal do músculo puborretal influencia as medidas. A ultra-sonografia endovaginal 3D é um método confiável para quantificar anatomia do assoalho pélvico durante o repouso e à manobra de Valsalva, e portanto poderia ser um método adequado para identificar disfunções em pacientes sintomáticos.

TL023 - CORRELAÇÃO DE PARÂMETROS DE MANOMETRIA ANORRETAL E ESCORE CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA FECAL

GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY; BIANCA ESPÍNDOLA; DÉBORA HELENA ROSSI; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

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

TL024 - FREQUENCIA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTES DIABÉTICOS

MANOEL ALVARO FL NETO; SANDRA MARIA GICO; KEYLA ANDREIA MORENO; RAVIDSON CARLOS CORREIA; THIAGO AMARAL YAMAMOTO; JACKSON MENEZES SILVA; SERGIO MURILO ANDRADE; TIAGO SALESSI LINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL.

Resumo: Introdução: Considerado hoje um problema de saúde pública, o diabetes mellitus aparece no contexto do processo saúde-doença, como uma entidade marcada por complicações que contribuem enfaticamente na redução da qualidade de vida de seus portadores e operação da receita atrelada à saúde. Diversos sintomas

gastrointestinais são frequentemente encontrados em pacientes com diabetes mellitus, dos quais consta a constipação intestinal. A fisiopatologia provavelmente se centra em alterações mediadas pela hiperglicemia nos nervos autonômicos que suprem o trato digestório. Objetivo: Analisar a frequência de constipação intestinal em pacientes diabéticos atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e no PAM Salgadinho. Casuística e Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo, transversal, submetido e aprovado pelo Conselho de Ética. Esta pesquisa se baseou na aplicação de um questionário específico, contemplando os critérios de Roma III e dados demográficos (gênero e idade). Dados relativos ao diabetes também foram avaliados, como os valores da hemoglobina glicada de 81 pacientes, para sugerir possível influência do controle glicêmico sobre o desenvolvimento de constipação. Apesar de serem variadas as causas de constipação intestinal, procurou-se como tentativa de diminuição de vieses de confundimento, a exclusão de pacientes grávidas ou com história positiva para patologias intestinais, condições que sabidamente alteram a fisiologia entérica. Resultados: Em 334 pacientes avaliados, encontramos uma frequência de constipação de 30,24%. Tal valor supera em aproximadamente 2 vezes a frequência desta patologia na população geral, que é de 16% segundo dados da literatura, sugerindo assim forte associação entre as duas patologias em estudo. Apesar da heterogeneidade da amostra, constatamos que proporcionalmente a frequência de constipação se concentrou mais no sexo feminino do que no masculino (34,16% versus 19,78%). Não foram encontradas divergências da frequência da constipação em função da variável idade dos pacientes, utilizando um valor de corte de 50 anos. Um achado que chamou atenção dos pesquisadores foi a constatação de que proporcionalmente, o grupo de pacientes com mau controle glicêmico, definido através de valores de hemoglobina glicada superiores a 7% (glicemia superior a 154 mg/dL) concentraram uma maior frequência de constipação comparativamente ao grupo com hemoglobina glicada menor que 7% (66,67% versus 27,28%). Tal observação poderá ter implicações favoráveis na abordagem dos pacientes constipados, mediante otimização do controle glicêmico. Conclusão: Existe uma associação entre constipação intestinal e diabetes mellitus e uma relação direta entre níveis glicêmicos e frequência de constipação, necessitando de estudo que possibilitem gerar associação de variáveis para comprovação da hipótese sugerida no presente estudo.

TL025 - FREQUÊNCIA DE RETOCELE EM PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MANOEL ALVARO FL NETO; SANDRA MARIA GICO; SERGIO MURILO ANDRADE; THIAGO AMARAL YAMAMOTO; JACKSON MENEZES SILVA; KEYLA ANDREIA MORENO; RAVIDSON CARLOS CORREIA; TIAGO SALESSI LINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL.

Resumo: Introdução: A retocele é definida como uma herniação da parede retal anterior em direção à vagina, sendo causa de inúmeros sintomas anorretais, tais como defecação obstruída, plenitude retal, sensação de peso vaginal durante a defecação e evacuação incompleta, especialmente entre mulheres idosas e múltiplas. Sabe-se que sua frequência é subestimada, já que normalmente são diagnosticados apenas os casos sintomáticos. Inúmeras são as definições e metodologias utilizadas para avaliar a retocele. Objetivo: Observar a frequência de retocele em mulheres atendidas no Ambulatório de Coloproctologia de um Hospital Universitário, através do exame

proctológico. Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal e prospectivo ainda em execução. Casuística e Métodos: Nossa amostra consistiu de 40 pacientes nas quais foram realizadas exame proctológico através de toque retal com a finalidade de definir o grau de retocele graduando esta afecção (retocele): Grau 1: fragilidade muscular ao toque retal que permite a passagem do dedo pela musculatura, mas não se visualizando a polpa digital na parede vaginal (>2cm) Grau 2: fragilidade muscular permitindo a passagem do dedo em até 2cm ao toque retal no sentido reto-vaginal (parede anterior do reto e posterior da vagina); ; Grau 3: ao toque retal observa-se a fragilidade muscular que permite a visualização da polpa digital na parede vaginal; Grau 4: prolapso da parede vaginal visualizado a olho nu. Resultados: Observou-se que 92,3% das pacientes apresentavam algum grau de retocele. Com o auxílio do protocolo de pesquisa observou-se que 50% das pacientes com retocele tiveram ao menos um filho (por parto normal), fato que propicia o surgimento da referida patologia. Encontramos uma maior prevalência de retocele em mulheres com constipação, observou-se que 33,3% das pacientes com retocele apresentavam hábito intestinal alterado, com no máximo 2 evacuações por semana, fato que confirma os achados na literatura. Conclusão: A retocele é uma afecção frequente no ambulatório de coloproctologia, sendo possível através do toque retal fazer o diagnóstico.

TL026 - INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL

KEITH FRÓES ORRICO; ROSANA CRISTINA ANDRADE; VERENA LOUREIRO GALVÃO; DIEGO EDUARDO SANTOS; KEITE ANGELA RIOS; JOSEANE CONCEIÇÃO ANUNCIACÃO; MARIA FÁTIMA SILVA; VIVIANE MONTEIRO BURGOS
HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Verificar a eficácia do tratamento fisioterapêutico para incontinência fecal (IF) através Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL). Material e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, através de prontuários do Ambulatório do Serviço de Fisioterapia coloproctológica do COMHUPES/UFBA, em Salvador – BA. Critérios de inclusão ter no mínimo 12 sessões; os critérios de não inclusão ter doenças neurológicas e prontuários incompletos. A pesquisa foi realizada no período de 2008 a junho de 2012 sob o parecer n° 34/2010 do CEP do COMHUPES/UFBA. Para o tratamento foram utilizados eletroterapia, terapia manual e comportamental, cinesioterapia e exercícios domiciliares. Os instrumentos de avaliação foram o Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL); para mensurar a gravidade da incontinência fecal a Escala de Wexner e para a força muscular (FM) a Escala de Ortiz. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS, versão 19.0 para frequência absoluta (%), média e desvio padrão, a normalidade da amostra foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste Wilcoxon para comparação dos resultados pré e pós tratamento, considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$ ($\pm 5\%$). Resultados: A amostra inicial foi constituída por 67 prontuários, destes, 23 foram utilizados no estudo. A prevalência foi do sexo feminino com 82,6% (19), idade média $66,57 \pm 9,110$, média de sessões foram de $18,96 \pm 7,900$. Na população feminina 21,7% (5) tiveram mais de duas gestações. Entre as mulheres tratadas 43,5% (10) apresentavam incontinência urinária associada; os sintomas mais frequentes foram urge-incontinência fecal em 39,1% (9), incontinência fecal mista 17,4% (4), perda aos esforços em 8,7% (2) e 34,8% (8) apresentavam soiling. Inicialmente o grau da FM da maioria 69,5% (16) foi de 0 a 3, após o tratamento

21,7% (4) apresentaram grau de força 3, 39,1% (9) grau 4, 34,8% (8) grau 5, sendo estatisticamente significativo $p < 0,001$. Quanto à análise de gravidade de incontinência fecal, 30,4% (7) pacientes consideram ter incontinência grave, 43,5% (10) moderado, 26,1% (6) leve, e ao final 65,2% (15) consideraram ser continentes e 34,8% (8) incontinentes leves. A correlação da escala de Wexner e FM final com $p < 0,001$. Em relação às queixas fecais 56,5% (13) apresentavam de 2 a 3 sintomas antes do tratamento, ao final, 13% (3), 43,5% (10) evoluíram sem queixas e o restante 43,5% (10) com apenas 1 sintoma com $p = 0,001$. Na análise do FIQL os domínios com maior comprometimento inicial foram constrangimento (2,0) e comportamento (2,4). Ao final houve melhora em todos os domínios. Para os domínios estilo de vida $p = 0,048$ e constrangimento $p = 0,040$. Conclusão: Pode-se verificar que a intervenção fisioterapêutica foi eficaz na maioria dos casos e contribuiu para melhora na qualidade de vida dos pacientes. A fisioterapia coloproctológica deve ser indicada para indivíduos que apresentam queixa de incontinência fecal.

TL027 - O EMPREGO DA ESTIMULAÇÃO NERVOSA SACRAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL GRAVE SEM DEFEITO ESFINCTERIANO: SEGUIMENTO EM LONGO PRAZO

JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; SANZIO SANTOS AMARAL; ILARIO FROEHNER-JUNIOR; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO
HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A procura de métodos mais eficazes para o tratamento de pacientes com incontinência fecal grave levou ao desenvolvimento da eletroestimulação sacral, a partir de experiência prévia pelos urologistas no tratamento da incontinência urinária. Porém, a experiência do método no tratamento da incontinência anal grave idiopática ou neurogênica, sobretudo em nosso meio, é ainda inicial. Objetivo: Avaliar a eficácia em longo prazo da estimulação nervosa sacral no tratamento da incontinência anal idiopática ou neurogênica. Métodos: Este estudo prospectivo foi realizado no Ambulatório de Fisiologia Colorretoanal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). A avaliação pré-operatória incluiu avaliação clínica, índice de incontinência (II - Cleveland Clinic Incontinence Score; pontuação: 0 a 20), eletromanometria anorretal e ultrassonografia endoanal. Os critérios de seleção incluíram pacientes com incontinência grave, com IIe"14, com hipotonia esfinteriana acentuada e estrutura anatômica preservada (ausência de defeitos do esfíncter anal externo ou mistos). A implantação do neuroestimulador (Interstim®) foi realizada pelo método percutâneo, e em duas etapas: 1- os implantes dos eletrodos definitivos com estimulador provisório para teste durante duas semanas; 2- implantação do gerador definitivo nos casos de teste positivo. Como avaliação pós-operatória foi utilizado diário com o número de evacuações e episódios diários de incontinência, o índice de incontinência e a manometria anorretal. Para a análise estatística foi utilizado o teste pariado de t. Resultados: Foram avaliadas seis pacientes do sexo feminino, com idade variando de 29 a 64 anos, portadoras de incontinência fecal grave (II: 14 a 20) relacionada a um ou mais dos fatores: parto vaginal, constipação intestinal com esforço evacuatório crônico e operações anorretais prévias. Em dois períodos distintos seis pacientes foram submetidas à implantação de eletrodos sacrais (2 em dezembro de 2004 e 4 em dezembro de 2010). Como o teste foi positivo (redução em pelo menos 50% dos episódios de perda de fezes) em 83,3%, procedeu-se

em 5 pacientes, após duas semanas, a colocação do gerador definitivo. Uma paciente não apresentou resposta satisfatória ao implante inicial. Não houve complicações pós-operatórias após o implante temporário ou definitivo. A dor no local do implante do gerador definitivo foi relatada por 2 pacientes, que melhorou após a mudança dos parâmetros programados. Uma das pacientes teve consumo completo do gerador definitivo em 7 anos de uso e foi submetida à troca em janeiro de 2012. Houve evidência de melhora dos índices de incontinência anal em seguimento médio de 33,6 meses, de 16 para 4,4 ($p=0.009$). Conclusão: A experiência em longo prazo com a estimulação nervosa sacral para incontinência fecal idiopática ou neurogênica vem mostrando melhora significativa sustentada para a maioria das pacientes estudadas.

TL028 - REPARO TOTAL DO ASSOALHO PÉLVICO PARA INCONTINÊNCIA FECAL NEUROPÁTICA

MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; JORGE ALBERTO ORTIZ; PAULO AZEREDO PASSOS CANDELARIA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUZA
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A incontinência fecal é caracterizada pela perda involuntária de gases e fezes. É uma condição social, desabilitante que causa grande embaraço, mais frequentemente encontrada em idosos. Sua causa, na maioria das vezes (75% dos casos), é de origem obstétrica. No período de 2009 a 2012, analisamos 54 pacientes com quadro de incontinência fecal neuropática avaliadas através de manometria anorretal. A manometria demonstrou pressões basais de contração máxima reduzidas significativamente em relação ao grupo controle. Dos 54 pacientes submetidos a reparo cirúrgico, 41 (76%) apresentaram melhora do quadro de perda fecal nos primeiros cinco anos. Concluímos que o reparo total do assoalho pélvico é uma boa cirurgia, principalmente, para pacientes idosos, cuja expectativa de vida não ultrapassa dez anos.

TL029 - RESULTADO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

KEITH FRÓES ORRICO; ROSANA CRISTINA ANDRADE; VIVIANE MONTEIRO BURGOS; TATIANA CERQUEIRA PALMA; VERENA LOUREIRO GALVÃO; DANIELE SENA CORDEIRO; MILENA HASSELMANN PEDROSO; PATRICIA SENA CUNHA
HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Verificar o resultado do tratamento fisioterapêutico em pacientes com queixa de constipação intestinal (CI) no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos, HUPES/UFBA. Material e Métodos: estudo retrospectivo e descritivo através de dados secundários selecionados por conveniência no Ambulatório de Fisioterapia das disfunções do assoalho pélvico (FISIODAP) do COMHUPES Salvador/BA, atendidos no período de janeiro de 2009 a junho de 2012. Os critérios de inclusão foram pacientes com sintomas relacionados à CI, que realizaram no mínimo 12 sessões; os de não inclusão, portadores de doenças neurológicas. O programa de tratamento foi composto por terapia manual e comportamental eletroestimulação perineal, cinesioterapia e massagem de Vogler. O instrumento de avaliação baseou-se nos Critérios de Roma II antes e depois o tratamento. Para análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS) versão 19.0. As características da população foram descritas em termos de frequência

absoluta (%), média e desvio padrão, foi utilizado o teste Wilcoxon para comparação dos resultados pré e pós tratamento e considerado o nível de significância estatística $p < 0,05$ ($\pm=5\%$). A pesquisa teve aprovação do CEP sob protocolo n° 34/2010. Resultados: Foram selecionados para análise 26 prontuários, onde 84,6% eram do sexo feminino; idade média de 60,3 anos; 42,3% eram pardos; 42,3% eram casados; 53,8% dos participantes possuíam profissão ligada à atividade braçal; 76,9% com renda familiar de até 2 salários mínimos. A média de sessões fisioterapêuticas realizadas foi de 16,5. Quanto ao perfil clínico/comportamental dos pacientes, 50% deles apresentaram diagnóstico de incontinência fecal; 46,2% portadores de hipertensão arterial sistêmica; 50% realizavam ingestão hídrica de até 1 litro por dia; 50% apresentavam dieta pobre em fibras; 15,4% faziam uso de laxante. Em relação ao perfil obstétrico/cirúrgico, verificou-se que 50% tiveram de 1 a 3 partos e o mais frequente 53,8% foi normal; 26,9% realizaram histerectomia e 19,2% perineoplastia. Segundo a análise do critério de Roma II, observou-se que 34,6% dos pacientes apresentavam 3 sintomas para CI, 26,9% com 5 e 19,2% para 2 e 4 sintomas do critério. Após o tratamento, 46,2% não apresentavam nenhum sintoma; 23,1% ficaram com 2 e 3 sintomas; e 7,7% com 4. O Escore Roma antes da intervenção mostrou uma variação de 1 a 4 com mediana de 2 (2;4) e após o tratamento fisioterapêutico observou-se uma redução estatisticamente significativa deste escore ($p < 0,01$), que passou a apresentar valores de 0 a 3 com mediana de 1 (0;2). Conclusão: O estudo demonstrou a eficácia do tratamento fisioterapêutico para CI devido à ausência e/ou redução das queixas dos pacientes, e esta é mais adequada quando realizada através de terapias combinadas. Portanto, conclui-se que a fisioterapia coloproctológica deve ser indicada para indivíduos que preenchem os critérios para CI.

TL030 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL

JULIO CESAR M SANTOS JR; A. C. C. OLIVEIRA
HOSPITAL FREI GALVÃO DE GUARATINGUETÁ, SP, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Distúrbios gastrointestinais funcionais são relacionadas à desordens no eixo neural cérebro-intestinal, envolvendo vários neurotransmissores. A serotonina, em particular, desempenha papel importante na hipersensibilidade e motilidade visceral e é o agente primário no desenvolvimento dos sintomas da síndrome do cólon irritável (SCI). Contudo, o tratamento dessa doença permanece um desafio, pois falta um marcador para definir a sua natureza e cura. OBJETIVO: O propósito foi mostrar que pacientes que não obtiveram alívio dos sintomas da SCI com medidas clínicas, foram tratados e curados por meio da ceco-ascendentopexia (cecocólonpexia), após a verificação que tinham ceco móvel. MÉTODO: Os participantes foram pacientes que preencheram os critérios (Roma II e Roma III) para o diagnóstico de SCI. Entre Janeiro de 1995 e maio de 2012, 270 pacientes (264 mulheres e 26 homens), idades de 3 a 68 anos (média de 36,6 a), com diagnóstico de SCI foram investigado para ceco móvel. Sem preparo, ingeriram, após o café da manhã, 40 ml de sol. de bário, e, às 17 horas, foram submetidos a exame radiográfico de abdômen, na posições ortostática e decúbito dorsal horizontal. As radiografias foram lidas por um mesmo radiologista que graduou a mobilidade do ceco em relação à pelve. Dentre os participantes, 150 (55,5%) foram operados - 136 mulheres (91%) e 14 homens (9%) com idades de 3 a 70ª (média = 36 a). Desses pacientes, 14 (9,3%) foram investigados para outras moléstias associadas ao desconforto abdominal - 2 tinham colecistopatias, 2 giardíases e 3 doenças

inflamatórias pélvicas – todos tratados, mas sem o desaparecimento dos sintomas abdominais. Entre os não operados, 29 (10,7%) recusaram o tratamento cirúrgico e os restantes 91(33,3%) aguardam oportunidade para a cirurgia. A tática e técnica cirúrgicas empregadas foram as mesmas, independente do tipo de mobilidade do ceco. Sob anestesia geral, via minilaparotomia, incisão de Davis para as crianças e tipo Pfannestiel para os adultos, a ceco-ascendentopexia foi conduzida como já descrita. Os que recusaram o tratamento cirúrgico e os que aguardam para operar continuaram recebendo o mesmo tratamento clínico definido para o alívio dos sintomas de SCI. RESULTADOS: Entre os operados, 138 pacientes (92 %) operados consideraram o tratamento bem sucedido, pois ficaram livres dos sintomas. Doze pacientes (8%) revelaram a persistência de constipação e a necessidade de uso de poliacarbofila cálcica ou plantago ovata para movimentos intestinais em dias alternados. Dois deles, por isso, consideraram seus estados de saúde apenas como regular, após o tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: 1. a ênfase que se têm dado à SCI deve ser revista; 2. os pacientes com sintomas intestinais funcionais atribuíveis à SCI, e os pacientes com dispareunia de etiologia obscura devem ser investigados como prováveis portadores da SCM; 3. O ceco móvel pode ser usado com indicador anatômico da SCI.

TL031 - TRATAMENTO DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL ATRAVÉS DA TÉCNICA DO BIDIGITAL O – RING TEST (BDORT)

SUZANA LIMA TORRES; JORGE ALBERTO ORTIZ; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUMIÊ IWASA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUZA
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A síndrome do intestino irritável (SII) é uma condição muito estressante acontecendo principalmente no sexo feminino, em classes socioeconômicas mais elevadas, sendo caracterizada por: dor abdominal, principalmente em fossa ílaca esquerda, distensão, borborismo, aumento da produção de gases e, em oitenta por cento dos casos, está associada com constipação durante a crise e, em vinte por cento com diarreia, normalmente desencadeada por ansiedade. Há doze anos atrás, publicamos pioneiramente o tratamento da SII com *Hypericum perforatum*, um fitoterápico na dosagem de 300mg a cada oito horas ao dia. Porém, apesar da melhora do quadro algico abdominal, pouca ou nenhuma influência conseguimos obter com o restante dos sintomas. Portanto, partimos para a técnica do BDORT conforme publicado pelo professor Omura. Estudamos sete pacientes com SII, em que foram excluídas outras patologias por ultrassonografia abdominal e colonoscopia. Seis (85,71%) das sete pacientes apresentavam quadro de constipação intestinal e uma (14,28%) com diarreia associada a perda fecal, inicialmente tratada pela técnica de preenchimento. A idade variou de 24 a 62 anos. Todas receberam H. perforatum e estimulação digital palmar no ponto do intestino, visando aumentar a capacidade de captação local da droga. Foram testados alimentos por meio da técnica do BDORT após localização do ponto de maior dor abdominal. Seis pacientes apresentavam intolerância ao glúten (macarrão e pão). Todas apresentavam quadro de normalidade em relação ao arroz, peixe, frango e intolerância à lactose, porém duas podiam comer queijo. Três possuíam afrouxamento do ânus com carne vermelha. Nenhuma demonstrava intolerância ao ovo, maçã, pêra e banana. Duas pacientes apresentavam intolerância ao alface e nenhuma ao agrião. Foi ainda associado fish oil ômega 3 na dosagem de 1000mg três vezes ao dia associado a mix fitoterápico (20 gotas três vezes ao dia) e *Coriandrum*

sativum (5 gotas a cada oito horas). Num follow-up curto de dois a quatro meses até a presente data, todas exibiram diminuição da dor abdominal. Cinco das seis melhoraram a constipação, passando a ter um ritmo intestinal de uma vez ao dia e na outra que não obteve melhora inicial, foi associado três cápsulas de *Clorella*, três vezes ao dia, com melhora da constipação. A paciente com diarreia, apresentou regularização do hábito intestinal. Todas apresentaram melhora da distensão abdominal e do borborismo. Concluímos que a técnica do BDORT, apresenta-se como uma excelente opção para diagnóstico e tratamento de pacientes com quadro de SII.

TL032 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL E TRANSRETAL NA AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR

STHELA MARIA MURAD REGADAS¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; GRAZIELA OLÍVIA DA SILVA FERNANDES¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; SUYANNE MARIA DE ALBUQUERQUE XEREZ REGADAS¹

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

Resumo: A síndrome da evacuação obstruída decorre de alterações anatômicas e funcionais no compartimento posterior do assoalho pélvico. Recentes avanços nas tecnologias da imagem abriram novas possibilidades de investigação. Objetivo: Avaliar o uso da nova técnica com ultrassom transvaginal e transretal dinâmica tridimensional – 3D (TUS) como método de avaliação das disfunções do assoalho pélvico posterior relacionados à defecação obstruída e comparar os achados com ecodefecografia (ECD). Material e Métodos: Estudo prospectivo comparativo. Inclui 29 mulheres, idade média de 48 anos, com síndrome de evacuação obstruída, avaliadas com a escala de constipação de Wexner com pontuação média 10 (7-22), foram avaliados utilizando ambas as técnicas, a fim de identificar disfunções da evacuação obstruída. Após a injeção de 120 ml de gel na ampola retal foi realizado ultrassom transvaginal e transretal 3D, utilizando o transdutor biplanar posicionado dentro da vagina para avaliar o ângulo anorretal em repouso e esforço e identificar contração paradoxal (anismus) ou relaxamento do músculo puborretal e no reto para identificar retocele, intussuscepção e enterocele durante a evacuação. Foram comparados com aqueles obtidos utilizando ecodefecografia no mesmo paciente por um operador diferente. Foram utilizados Teste t de Student e Lee coeficiente Kappa. Resultados: Houve um acordo substancial entre ECD e TUS para relaxamento normal e anismus (K = 0,683). O ângulo anorretal não conseguiu abrir ou diminuir significativamente durante esforço em 17 pacientes e a diferença média dos ângulos foi -4,5 ° (± 4,79) pela ECD e em 13 pacientes com diferença média foi de -9,9 ° (± 8,27) pelo TUS. Em 9 pacientes o ângulo aumentou significativamente durante a evacuação e a diferença média foi de 10,8 ° (± 8,23) pela ECD e em 12 pacientes foi de 22,6 ° (± 9,64) pelo TUS. Um caso foi inconclusivo por TUS. A diferença média do ângulo foi significativamente grande pelo TUS e ECD. Retocele (21 pacientes) e enterocele (4) apresentaram concordância em 100% dos casos pela ECD e pelo TUS (K = 1,0). Não houve diferença quanto ao tamanho da retocele comparando as duas técnicas, 13 pacientes tiveram grau III (profundidade de 1,3 por ECD e > 1,4 cm por TUS, um paciente tinha 0,6 cm), 7 tinham grau II (de 0,8 a 1,2 centímetros pelo ECD e 0,8-1,3 por TUS) e 1 caso, grau I (até 0,7 por ECD e TUS). Em 5

pacientes não há retocele em ambos os exames. Intussuscepção retal foi identificada em 6 pacientes por ECD e confirmada em 5 por TUS (K = 0,884). Conclusão: A ultrassonografia transvaginal e transretal 3D dinâmica pode ser utilizado como um método alternativo para avaliação de pacientes com sintomas de evacuação obstruída, tal como foi mostrado alta correlação com ecodfecografia.

TL033 - USO DA CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67 PARA AVALIAÇÃO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

MANOEL ALVARO FL NETO; SANDRA MARIA GICO; SERGIO MURILO ANDRADE; RAVIDSON CARLOS CORREIA; THIAGO AMARAL YAMAMOTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO** – A constipação intestinal é uma das queixas mais freqüentes no ambulatório da coloproctologia, atingindo pessoas em todas as faixas etárias, manifestando-se de forma mais acentuada nos indivíduos do sexo feminino e idosos. Os sintomas são pobremente definidos, havendo múltiplas causas capazes de interferir diretamente no surgimento desta afecção. **OBJETIVO** - Avaliar o uso da cintilografia intestinal com gálio-67 em pacientes com constipação intestinal crônica. **CASUÍSTICA E MÉTODOS** – Trata-se de um estudo longitudinal tipo caso-controle. Foram selecionados 50 pacientes atendidos no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, sendo 29 normais e 21 com constipação intestinal (CRITÉRIOS DE ROMA III) tendo sido todos eles submetidos a cintilografia intestinal com Gálio-67. Foram analisados sexo, idade, esvaziamento intestinal, tipo de constipação e calculados os valores preditivo positivo e preditivo negativo como também, a especificidade e sensibilidade do método diagnóstico. **RESULTADOS** - A Constipação intestinal foi mais comum em indivíduos do sexo feminino e de maior faixa etária. Os segmentos intestinais que apresentaram retardo do esvaziamento entre os pacientes com constipação intestinal foram: cólon descendente, transverso, sigmóide e reto. Os pacientes com constipação intestinal apresentaram um esvaziamento intestinal mais lento que os normais e o distúrbio mais comum foi a inércia colônica. **CONCLUSÕES** - A cintilografia intestinal com citrato de Gálio-67 mostrou-se um método eficaz na detecção das alterações do trânsito intestinal em pacientes constipados, com uma especificidade de 89,5% e uma sensibilidade de 90,9%. Este método permitiu definir o tipo de constipação intestinal e auxiliar com maior exatidão qual a melhor forma de abordagem terapêutica

- DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL -

TL034 - ANÁLISE DESCRITIVA DA DOENÇA DE CROHN PERIANAL EM AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA

SABRYNA LACERDA WERNECK; CAROLINA GASTALDELLI; DANIEL CASTILHO SILVA; MONICA VIEIRA PACHECO; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** A doença de Crohn perianal (DCP) sintomática ocorre em 30 a 40% dos pacientes com doença de Crohn (DC) e, frequentemente, está associada à inflamação colônica e retal. A DCP possui como elementos primários os plicomas, fissuras e úlceras. Os elementos secundários são as fístulas anorretal, anovaginal e retovaginal. As complicações mais frequentes são os abscessos, estenoses e a incontinência anorretal. O tratamento cirúrgico e clínico

tem como objetivo a remissão sustentada com melhora da qualidade de vida e redução da incidência de complicações. **Objetivo:** Analisar os aspectos epidemiológicos e clínicos da doença de Crohn perianal, durante o primeiro atendimento em ambulatório de doença inflamatória intestinal de um Serviço de Coloproctologia. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, que incluiu pacientes com o diagnóstico clínico de DCP admitidos no ambulatório de doença inflamatória intestinal do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de janeiro de 2007 a janeiro de 2012. Todos os pacientes foram submetidos ao exame proctológico sob anestesia para o adequado diagnóstico das manifestações anorretais. As variáveis analisadas foram gênero, tabagismo, tempo de DC, tempo de DCP, localização da doença abdominal, medicamentos em uso na primeira consulta, cirurgias perianal e abdominal prévias, manifestação perianal e acometimento distal. **Resultados:** Foram estudados 69 pacientes sendo 61% do sexo feminino. O tabagismo ocorreu em 13%. Quanto ao tempo de doença, 55% dos pacientes apresentavam diagnóstico de DC há mais de cinco anos. A manifestação perianal foi diagnosticada em 44% da amostra dois anos após o diagnóstico da DC. A localização da doença foi, respectivamente, L1, L2 e L3 em 38%, 24% e 38%. Os medicamentos mais usados foram ciprofloxacino (45%), metronidazol (39%) e azatioprina (39%). Quanto a terapia biológica 19% usavam adalimumabe e 17% o infliximabe. Cirurgias perianais prévias ocorreram em 67%, sendo que 20% destes foram operados cinco vezes ou mais e a cirurgia abdominal prévia ocorreu em 38% dos casos. As manifestações clínicas mais prevalentes foram: fístula anorretal (61%), plicoma (28%), úlcera (20%), fístula anovaginal (10%) e estenose anal (10%). Em relação a inflamação distal, 58% dos casos apresentavam retite. **Conclusão:** A manifestação perianal da doença de Crohn ocorreu em 44% dos pacientes estudados dois anos após o diagnóstico da DC. Os medicamentos mais prescritos foram principalmente os antimicrobianos e a azatioprina, sendo baixo o uso prévio de terapia biológica. A manifestação clínica mais comum foi a fístula anorretal. O acometimento distal ocorreu em mais de 50% dos pacientes.

TL035 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CIRÚRGICOS DA DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE PERIANAL: DADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO BRASILEIRO

IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE¹; WANESSA BELTRAMI TONINI²; PAULO GUSTAVO KOTZE²; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY³; ANDRE DA LUZ MOREIRA⁴; RAQUEL FRANCO LEAL³; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA¹; MARCIA OLANDOSKI²

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4.UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** a doença de Crohn (DC) perianal fistulizante representa um dos maiores desafios no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII). Seu manejo inclui uma adequada investigação com exames de imagem, exames sob anestesia e colocação de sedenhos, com adequado tratamento clínico. Os agentes anti-TNF (Infliximabe – IFX e Adalimumabe – ADA) são geralmente indicados e, associadamente ao tratamento cirúrgico, constituem o padrão-ouro de conduta terapêutica nestes pacientes. Há escassez de dados epidemiológicos e dos aspectos cirúrgicos em pacientes brasileiros neste subgrupo fenotípico. **OBJETIVOS:** descrever os dados

epidemiológicos e referentes ao tratamento cirúrgico de uma série de casos de portadores de DC perianal fistulizante. **MÉTODO:** estudo retrospectivo, observacional de coorte, multicêntrico, que incluiu portadores de DC perianal fistulizante, provenientes de 4 centros de referência do Brasil, tratados entre 2009 e 2012. Todos os pacientes foram submetidos à terapia combinada (cirurgia com locações de sedenho + uso de biológicos). Variáveis analisadas: gênero, idade, classificação de Montreal, tabagismo, drogas concomitantes, agente biológico, número de cirurgias e de sedenhos colocados, tempo de retirada dos sedenhos, abscessos perianais durante o tratamento e cirurgias abdominais associadas. Os dados foram compilados em tabelas de frequência para análise detalhada da população. **RESULTADOS:** dos 83 pacientes inicialmente incluídos, houve 5 exclusões por fistulotomias sem locação de sedenhos. Foram analisados 78 pacientes (44 mulheres – 55,8%), com média de idade de 33,8 (± 15) anos e tempo médio de diagnóstico da DC de 88,9 ($\pm 76,8$) meses. Classificação de Montreal: idade ao diagnóstico (A1=21,8%, A2=50% e A3=28,2%); localização (L1=0%, L2=7,7%, L3=78,2% e L4=14,1%); forma de apresentação (B3 em 100% dos casos). Azatioprina concomitante foi usada em 76,6% e corticóides em apenas 33,3% dos pacientes. IFX foi utilizado em 62,8% dos casos (ADA em 37,2%). Fístulas complexas foram observadas em 52 casos (66,7%). Apenas 65,4% dos pacientes retiraram os sedenhos, e o tempo médio de retirada foi de 7,3 ($\pm 6,4$) meses. O número de procedimentos cirúrgicos perianais variou de 1 a 12, com 59% dos pacientes tendo realizado 1 ou 2 procedimentos (média de 2,7) com seguimento médio de 48,2 meses. Abscessos perianais foram encontrados em 24,7% dos pacientes durante o tratamento. **CONCLUSÕES:** o manejo da DC fistulizante perianal é desafiador. Os pacientes foram em sua maioria jovens, e a localização ileocólica foi a mais encontrada nos portadores deste fenótipo da DC. A maioria dos pacientes apresentou fístulas complexas e a retirada dos sedenhos só ocorreu em 65,4% dos casos.

TL036 - AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO ABDOMINAL NA DOENÇA DE CROHN: HÁ DIFERENÇAS ENTRE A VIA ABERTA E LAPAROSCÓPICA?

VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILE; PAULO GUSTAVO KOTZE; JULIANA FERREIRA MARTINS; ERON FÁBIO MIRANDA; JULIANA GONÇALVES ROCHA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ALVARO STECKERT FILHO; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** a doença de Crohn (DC) obteve significativos avanços no seu tratamento clínico nas últimas décadas. A aplicação da videolaparoscopia no manejo cirúrgico das doenças colorretais contribuiu, da mesma forma, para o desenvolvimento na DC em ressecções abdominais. Com isso, as vantagens do método como menor tempo de internação, melhor cosmese e recuperação do paciente puderam ser aplicadas no manejo da doença. Complicações cirúrgicas podem ocorrer tanto na via convencional como na via laparoscópica após cirurgias abdominais maiores na DC. **OBJETIVOS:** analisar as taxas de complicações em pacientes submetidos a ressecções intestinais pela DC por via convencional e laparoscópica, comparando-as entre si. **MÉTODO:** estudo retrospectivo, analítico, longitudinal, que incluiu portadores de DC submetidos a ressecções intestinais, provenientes de um único centro

brasileiro, tratados entre 2008 e 2012, por via convencional e laparoscópica. Os dados foram preenchidos após revisão de prontuários eletrônicos e um protocolo específico foi completado. Variáveis analisadas: gênero, idade, classificação de Montreal, tabagismo, drogas concomitantes, via de acesso, presença e tipo de complicação cirúrgica em até 30 dias da operação. Os pacientes foram distribuídos em 2 grupos de acordo com a via de acesso, e as taxas e tipos de complicações entre os grupos foram comparadas. Análise estatística foi realizada pelos testes de Mann-Whitney (variáveis quantitativas) e chi-quadrado (qualitativas), com $p < 0.05$ considerado significativo. **RESULTADOS:** foram analisados 46 pacientes (16 operados por via laparoscópica), com média de idade de 38,1 ($\pm 12,7$) anos, sendo 25 homens. Os grupos foram considerados homogêneos em relação à idade, gênero, idade do diagnóstico, localização da doença, DC perianal, tabagismo e drogas concomitantes. Houve predominância da forma fistulizante no grupo de cirurgias abertas ($p=0.029$). O procedimento mais realizado foi a ileocectomia direita, em 43.5% (20/46) dos casos. Em relação às complicações cirúrgicas, estas ocorreram em 60% (18/30) dos casos no grupo de cirurgia aberta e 12,5% (2/16) dos de cirurgia laparoscópica ($p=0.002$). Em análise individualizada das complicações, não houve diferença entre os grupos em relação a sepse abdominal, abscesso de ferida, infecções urinárias, pneumonia, reinternações, óbitos e reoperações ($p=0.074$), com tendência a significância com maior amostragem de pacientes. **CONCLUSÕES:** houve maior incidência de complicações nos pacientes operados por via aberta, em relação à via laparoscópica. A provável justificativa para este fato foi a seleção de casos menos complicados para a via laparoscópica, com casos mais graves, principalmente com DC fistulizante, sendo operados por via aberta. A cirurgia laparoscópica é altamente recomendada na DC em casos selecionados e em grupos com experiência com esta via de acesso.

TL037 - CIRURGIA E TERAPIA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE: QUAL A CHANCE DE REMISSÃO PERIANAL COMPLETA?

PAULO GUSTAVO KOTZE¹; WANESSA BELTRAMI TONINI¹; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE²; ANDRE DA LUZ MOREIRA³; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY⁴; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO⁴; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA²; MARCIA OLANDOSKI¹

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** uma das formas mais graves da doença de Crohn (DC) é a forma fistulizante perianal, com sintomas importantes e perda de qualidade de vida. Seu tratamento é principalmente baseado na terapia combinada de agentes biológicos (Infliximabe - IFX e Adalimumabe - ADA) com o tratamento cirúrgico. Mesmo assim, muitas vezes o tratamento causa melhora parcial e os pacientes não atingem a cicatrização total do períneo, permanecendo com seus sedenhos por tempo indeterminado. Há escassez de dados referentes aos resultados da terapia combinada em pacientes brasileiros neste subgrupo fenotípico da DC. **OBJETIVOS:** definir qual a taxa de remissão perianal total em portadores de DC fistulizante perianal após a terapia combinada (cirurgia + anti-TNF). O objetivo secundário foi analisar qual a taxa de recorrência entre os

pacientes com remissão, e o tempo médio para a ocorrência da mesma. MÉTODO: estudo retrospectivo, analítico, multicêntrico, que incluiu portadores de DC perianal fistulizante, provenientes de 4 centros de referência do Brasil, tratados entre 2009 e 2012. Todos os pacientes foram submetidos à terapia combinada (cirurgia com locações de sedenho + uso de biológicos). Os prontuários eletrônicos foram revisados e um protocolo específico preenchido. Definiu-se remissão perianal completa como a ausência de secreção das fístulas associada à retirada dos sedelhos. Variáveis analisadas: gênero, idade, classificação de Montreal, número de cirurgias e de sedelhos colocados, tempo de retirada dos sedelhos, ocorrência de remissão perianal completa, presença de recorrência e tempo da mesma, quando existente. Análise estatística: intervalos de confiança de 95% para remissão completa e curva de Kaplan-Meier para o tempo de recorrência. RESULTADOS: dos 83 pacientes inicialmente incluídos, houve 5 exclusões por fistulotomias sem locação de sedenho. Foram analisados 78 pacientes (44 mulheres – 55,8%), com média de idade de 33,8 (± 15) anos e tempo médio de diagnóstico da DC de 88,9 ($\pm 76,8$) meses. Classificação de Montreal: idade ao diagnóstico (A1=21,8%, A2=50% e A3=28,2%); localização (L1=0%, L2=7,7%, L3=78,2% e L4=14,1%); forma de apresentação (B3 em 100% dos casos). Fístulas complexas foram observadas em 52 casos (66,7%). Com tempo médio de seguimento de 48,2 meses, a remissão perianal completa ocorreu em 41 (52,6%) casos (41,5% < IC < 63,6%). Recorrência após a remissão ocorreu em 4 (9,8%) casos (0,7% < IC < 18,8%), e o tempo médio de recorrência foi de 74,8 meses. Apenas 65,4% dos pacientes retiraram os sedelhos, e o tempo médio de retirada foi de 7,3 ($\pm 6,4$) meses. CONCLUSÕES: remissão perianal completa foi encontrada em 52,6% dos casos, com baixas taxas de recorrência após a remissão (9,8%). O tempo médio para recorrência foi superior a 6 anos. Estes dados demonstram que a terapia combinada com cirurgia associada ao uso de biológicos traz bons e duradouros resultados

TL038 - COMPLICAÇÕES E RESULTADOS TARDIOS DA CIRURGIA DE RESERVATÓRIO ILEAL NA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA E NA DOENÇA DE CROHN

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; FLAVIA COMITRE VIANNA; VITOR AUGUSTO ANDRADE; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; DÉBORA HELENA ROSSI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A retocolite total com Reservatório Ileal (RI) é o tratamento cirúrgico de escolha para Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI), mas de indicação controversa na Doença de Crohn (DC). Entretanto, muitos doentes têm o diagnóstico inicial de retocolite ulcerativa e evoluem no pós-operatório tardio, com características da doença de Crohn. Objetivo: Analisar as complicações e resultados funcionais da cirurgia de RI nestes dois grupos de pacientes. Casuística e Métodos: Foram avaliados 45 doentes operados de 1990 a 2010, sendo 12 (26,7%) com diagnóstico final de DC e 33 (73,3%), RCUI. Do primeiro grupo, inicialmente apenas um paciente tinha o diagnóstico de doença de Crohn; os demais apresentaram manifestações clínicas ou confirmação histopatológica da doença na evolução. No grupo de pacientes com DC, 9 (75%) eram mulheres e a média de idade foi de 31,3 anos, enquanto na RCUI, 15 (45,4%) eram do sexo feminino e a média de idade de 37,1 anos. Resultados: Nos pacientes com DC, 6 (50%) apresentaram complicações imediatas, sendo todas complicações cirúrgicas, e 11 (91,6%),

complicações tardias. Um doente (8,3%) não fechou a derivação e 3 (25%) necessitaram de nova ileostomia. Após um ano de fechamento do estoma, a média de evacuações diárias foi de 9,6 e 63,6% dos pacientes estavam continentemente, passando a 6,2 e 71,4%, respectivamente, na evolução tardia. No grupo com RCUI, 8 (24,2%) apresentaram complicações imediatas, mas sendo 4 de natureza clínica, e 18 (54,5%), complicações tardias. Quatro doentes (12%) não fecharam a ileostomia e 2 (6%) necessitaram de nova derivação. A média de evacuações um ano após fechamento do estoma foi 7,6 e a continência de 68%, passando para 6,8 e 77,3% no seguimento tardio. Conclusão: O grupo de pacientes com diagnóstico inicial ou tardio de DC apresentou mais complicações cirúrgicas no pós-operatório imediato e no seguimento tardio, assim como maior proporção de doentes com manutenção da derivação intestinal.

TL039 - EFICÁCIA DO INFLIXIMABE NA INDUÇÃO DA REMISSÃO CLÍNICA EM PORTADORES DE RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA: ESTUDO PILOTO

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS¹; VINÍCIUS REZENDE ABOUREJALE¹; MARIA CRISTINA SARTOR²; ERON FÁBIO MIRANDA¹; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE¹; MARCELO RAISSWEILER HARDT¹; WANESSA BELTRAMI TONINI¹; PAULO GUSTAVO KOTZE¹

1. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. CLÍNICA LUCANO, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: Embora a maioria dos pacientes com retocolite ulcerativa (RCUI) respondam inicialmente a terapia com corticóides, em aproximadamente um ano 25% tornam-se esteróide-dependentes e cerca de 30% irão necessitar de cirurgia. Por este motivo, novas terapias com alta eficácia, melhor segurança e de fácil utilização são necessárias no manejo destes casos. A utilização do Influximabe (IFX) foi testada como opção terapêutica na RCUI, e a partir de 2006 foi aprovada pelo Ministério da Saúde no Brasil. Há escassez de dados sobre a eficácia do IFX na RCUI em pacientes brasileiros. Objetivos: o objetivo principal deste estudo foi analisar o efeito do IFX na indução da remissão clínica em pacientes com RCUI com intratabilidade clínica ao tratamento convencional. Os objetivos secundários foram analisar a resposta na manutenção do tratamento e a determinar o número de colectomias realizadas. Métodos: estudo retrospectivo, de uma série de casos composta por portadores de RCUI que utilizaram o IFX, provenientes de dois centros de referência do sul do Brasil. Através de análise de prontuários, foram avaliadas características de base, tratamentos concomitantes, e a resposta ao medicamento. Todos os pacientes utilizaram 5 mg/kg como dose padrão, e a resposta foi mensurada de acordo com a avaliação clínica global. Resposta completa foi definida como ausência completa de sintomas. Resposta parcial como melhora, porém persistência de algum sintoma de base, e ausência de resposta como quadro inalterado mesmo com a medicação. Dezenove pacientes foram avaliados, dois destes excluídos devido à má adesão e um devido a progressão para cirurgia após a primeira dose. Resultados: Foram incluídos no estudo 16 pacientes, sendo 8 homens e 8 mulheres. A idade média ao início do IFX foi de 40,7 anos, com um tempo médio de diagnóstico da RCUI de 80,4 meses. Nove pacientes realizaram dose de indução nas semanas 0, 2 e 6. Sete paciente realizaram indução nas semanas 0, 8 e 16, devido a dificuldade de liberação da medicação. Após a indução, 9 pacientes obtiveram resposta parcial e 7 apresentaram

resposta completa ao IFX. Com um tempo médio de seguimento de 25 meses, na última análise clínica, 9 pacientes apresentavam uma resposta clínica parcial, 5 mantinham resposta completa e apenas 2 acabaram perdendo resposta à medicação. Dos 16 pacientes, apenas 2 foram submetidos a colectomia durante o período de manutenção (perda de resposta ao IFX e ao adalimumabe; displasias associada à lesões ou massas). Conclusão: Apesar do número limitado de pacientes e dos diferentes intervalos de indução nesta análise inicial, observamos uma boa resposta clínica após a indução com IFX em pacientes com RCUI refratária a terapia convencional ou dependente de corticoide. Houve ainda manutenção da resposta na maioria dos casos e pequeno número de colectomias após a indução. Aguarda-se amostragem maior de pacientes para consolidação do papel do IFX

TL040 - ESTUDO DA APOPTOSE EM TECIDO INTESTINAL E GORDURA MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI; MARIANA PORTOVEDO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; ANDRESSA COOPE; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; RAQUEL FRANCO LEAL *UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma afecção cuja etiologia não é completamente compreendida. Alterações em vias de apoptose foram identificadas em células do sistema imune, porém, não existem estudos avaliando esta via no tecido mesentérico hipertrofiado adjacente ao processo inflamatório da alça intestinal na DC, bem como na mucosa intestinal. Objetivo: Avaliar apoptose na mucosa intestinal e tecido adiposo mesentérico de pacientes com DC e controles. Casuística e Método: Dez pacientes com DC ileocecal (grupos DCA e DCI), oito pacientes sem doença inflamatória (grupo CA – amostras de tecido adiposo próximo ao íleo distal) que foram submetidos à colectomia esquerda por outras causas, e oito pacientes com ileocolonosopia normal (grupo CI – biópsias de íleo distal) foram estudados. Os espécimes de mucosa intestinal e do tecido adiposo mesentérico foram congelados e as expressões de Bax (proteína pró-apoptótica) e Bcl-2 (proteína anti-apoptótica) foram determinadas por imunoblot de extrato proteico total. Além disso, a expressão gênica de Bax e de Bcl-2 foi realizada por meio de Real Time-PCR. As expressões das proteínas no tecido intestinal e mesentérico de DC foram comparadas com os respectivos controles separadamente. Utilizou-se teste t de Student para a análise estatística ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes. Resultados: A mucosa intestinal do grupo DCI apresentou expressão proteica de Bcl-2, significativamente maior, quando comparada ao grupo controle ($p < 0,05$), sendo a expressão gênica de Bcl-2 menor no grupo DCI quando comparada ao controle ($p < 0,05$). A expressão proteica de Bcl-2 foi similar entre os grupos de tecido mesentérico ($p > 0,05$), apesar de a expressão gênica ser menor no grupo DCA que no controle ($p < 0,05$). A expressão proteica de Bax foi semelhante entre os grupos, tanto na mucosa intestinal quanto no tecido adiposo mesentérico ($p > 0,05$), porém houve menor expressão gênica de Bax no grupo DCI em comparação ao controle de mesmo tecido ($p < 0,05$). Conclusão: Pacientes com DC apresentaram níveis significativamente mais elevados de Bcl-2, com expressão gênica baixa, o que pode ser explicado por modulação em vias pós-transcripcionais, levando ao maior conteúdo proteico de Bcl-2 na mucosa intestinal. Por sua vez,

no tecido mesentérico houve equilíbrio entre o processo de morte e sobrevivência celular. Estes resultados podem explicar maior tendência para a expressão de vias anti-apoptóticas na mucosa intestinal, do que no tecido adiposo em pacientes com DC, resultando na manutenção da inflamação na mucosa intestinal. Provavelmente, as células imunes possuem alteração no mecanismo de apoptose na DC, permitindo assim maior sobrevivência celular, com manutenção da produção de citocinas pró-inflamatórias. Estas diferenças tecido-específicas podem estar associadas com a etiopatogenia da doença. Projeto financiado pela FAPESP.

TL041 - EXPERIÊNCIA DO USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA GRAVE: ANÁLISE CLÍNICA, LABORATORIAL E ENDOSCÓPICA

RODRIGO BECKER PEREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; GEANNA MARALINO E SILVA DE RESENDE GUERRA; JOFFRE REZENDE FILHO; HELIO MOREIRA JR; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA

FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: A terapia biológica de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal é uma alternativa importante na condução clínica desses casos, sendo inclusive capaz de modificar a história natural da doença, em especial para aqueles portadores de doença de Crohn. O adalimumabe representa uma segunda geração de biológicos e que apresenta como potencial vantagem sobre as primeiras drogas de ter a sua composição com anticorpos humanos, diminuindo a possibilidade de reações alérgicas e resistência a medicação. O objetivo desse estudo foi a avaliação dos resultados obtidos com o uso de Adalimumabe em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. Foram analisados os prontuários de 21 pacientes, sendo 9 do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 36 (19-69 anos) anos. 17 pacientes eram portadores de doença de Crohn, 3 de colite indeterminada e 1 de RCUI. A localização topográfica da doença foi de 9 casos com doença em colon, 12 em Delgado e 10 com manifestação perianal, sendo a associação mais comum a associação de manifestação de Delgado e perianal. Quatro pacientes, todos com diagnóstico de Crohn, foram prescrito para seguir protocolo Top down por tartar-se de casos graves, com acometimento séptico perianal. 10 paciente já haviam feito tratamento prévio com Infleximabe e tiveram que abandonar a medicação por perda de resposta ($n=5$) ou por efeito adversos ($n= 5$). Outros 5 pacientes foram medicados com adalimumabe devido a intratabilidade clínica com medicamentos habitualmente empregados para a doença inflamatória intestinal (Step up). O tempo médio de uso da medicação biológica foi de 13 (3-28) meses com uma média de 25 aplicações realizadas para cada paciente. Nenhum paciente interrompeu o tratamento devido a efeitos adversos da medicação. 16 pacientes tiveram resposta clínica completa, 3 tiveram resposta parcial e 2 sem resposta clínica. 19 pacientes com resposta laboratorial completa (PCR, alfa-1 glicoproteína ácida e Hemograma completo). 7 pacientes apresentaram resposta endoscópica completa, 7 com resposta parcial e 1 sem resposta endoscópica. Os outros 6 pacientes não foram avaliados endoscopicamente após a introdução do biológico por terem um tempo de seguimento curto. Concluímos que nesta amostragem o adalimumabe, quando bem indicado, se mostrou uma medicação segura, com resultados satisfatórios, considerando ser essa uma casuística de pacientes graves, com doença inflamatória de difícil controle. O seguimento por um tempo mais longo é necessário para avaliar a sustentação destes resultados iniciais.

TL042 - INFLIXIMABE NA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA: INDICAÇÕES E RESULTADOS.

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; DÉBORA HELENA ROSSI; NATÁLIA J VIEIRA; LÚCIA HELENA L. TOMIATO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A terapia biológica tem apresentado bons resultados na Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) não responsiva ao tratamento convencional, reduzindo o número de cirurgias por intratabilidade clínica. Objetivo: Avaliar as indicações e resultados do uso do infliximabe na RCUI. Casuística e Métodos: No período de julho de 2006 a maio de 2012, 27 pacientes acompanhados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do GASTROCENTRO – UNICAMP receberam aplicação de infliximabe. Quatorze doentes (51,9%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 43,1 (18-79) anos. As indicações para o uso da medicação foram: intratabilidade clínica em 12 (44,5%) doentes, enteroartropatia em 7 (25,9%), pouchitis em 3 (11,1%), intolerância ou reação medicamentosa à salicilatos e/ou azatioprina em 3 (11,1%) e associação de artralgias, intratabilidade ou intolerância, em outros 2 (7,4%) doentes. Sete (25,9%) doentes faziam uso concomitante de azatioprina e 4 (14,8%), de salicilatos. Resultados: Do grupo de pacientes com indicação do uso de infliximabe por intratabilidade clínica, isolada ou em associação com outras indicações, 11 (78,6%) doentes estão assintomáticos ou oligo-sintomáticos; nas enteroartropatias, 3 (42,9%) estão assintomáticos e em 4 (57,1%), a melhora foi parcial; nos 3 pacientes cuja indicação foi intolerância ou reação à outras medicações, um se encontra assintomático, um melhorou parcialmente e outro não apresentou melhora. Nos doentes com pouchitis, apenas um apresentou melhora parcial nas primeiras aplicações. Em 5 (18,5%) doentes houve perda de resposta à medicação, necessitando diminuir o intervalo entre as aplicações. Observou-se reação infusional em 5 (18,5%) e 4 (14,8%) doentes apresentaram na evolução tardia, artralgias e/ou mialgias, provavelmente decorrentes do uso da medicação. As complicações infecciosas verificadas foram em número de 9 (3 sinusites, 2 conjuntivites, uma amigdalite, otite, cocksackie e infecção do trato urinário), além de 2 abscessos (dentário e perianal). Conclusão: As principais indicações do uso do infliximabe foram intratabilidade clínica e enteroartropatias tendo apresentado bons resultados, não se observando a mesma resposta para o tratamento de pouchitis. Reações infusionais e complicações infecciosas foram frequentes e devem ser lembrados.

TL043 - LC3-II SINALIZA O PAPEL DA AUTOFAGIA NA GORDURA MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

RAQUEL FRANCO LEAL; MARCIANE MILANSKI; VIVIANE SOARES RODRIGUES; MARIANA PORTOVEDO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LÍCIO AUGUSTO VELLOSO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma afecção crônica de etiologia multifatorial. Estudos mostram alterações em vias de autofagia celular, o que pode conferir elevada predisposição para o desenvolvimento da doença. Recentemente, tem se pesquisado o papel da gordura mesenterial próxima à área intestinal afetada pela

DC e sua relação com a fisiopatologia da doença, uma vez que a mesma se mostra alterada. Entretanto, não há estudos relacionando autofagia e o tecido mesenterial hipertrofiado na DC. Objetivo e Método: Avaliar proteínas relacionadas à autofagia na mucosa intestinal e gordura mesenterial de pacientes com DC e em controles. Dez pacientes com DC ileocecal (Grupo DC) foram estudados. Os controles de tecido mesenterial e intestinal foram constituídos, respectivamente, por oito pacientes sem doença inflamatória (Grupo CG) submetidos à cirurgia abdominal e oito indivíduos com fleocolonosopia normal (Grupo CI). As amostras de tecido foram congeladas e a expressão de LC3-II foi determinada por imunoblot de extrato protéico total. Além disso, a expressão gênica (RNAm) de beclin-1, LC3 e Atg16-L1 foi realizada por meio de Real Time-PCR. Os pacientes com DC estavam em uso de mesalazina e/ou azatioprina. Utilizou-se Teste t de Student para a análise estatística, considerando significativo $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local e todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado. Resultados: A expressão de LC3-II foi significativamente menor no tecido mesenterial do Grupo DC quando comparado ao respectivo controle ($p < 0,05$). Por outro lado, a mucosa intestinal dos pacientes com DC apresentaram maiores níveis de LC3-II, quando comparada ao respectivo controle ($p < 0,05$). As expressões gênicas dos locis relacionados à autofagia foram similares entre os grupos de tecido mesenterial. Conclusão: Estes achados sugerem que vias da autofagia estão alteradas na gordura mesenterial na DC, o que pode levar à manutenção do processo inflamatório localmente no tecido mesenterial, bem como na mucosa intestinal. Isto ocorre devido à presença de proteínas não degradadas pelas vias de autofagia que estimulam cascatas inflamatórias intracelulares. Portanto, o tecido mesenterial pode corroborar na fisiopatologia da DC, principalmente durante o curso tardio da doença. Mais estudos são necessários para se determinar se as vias da autofagia podem ser úteis como alvos terapêuticos para a DC no futuro. Projeto financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

TL044 - MODELO EXPERIMENTAL DE ILEÍTE E ESTASE FECAL – ESTUDO DAS ALTERAÇÕES NO TECIDO INTESTINAL.

RAQUEL FRANCO LEAL¹; MARC WARD²; EUGENE B CHANG²
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE CHICAGO, CHICAGO, ESTADOS UNIDOS.

Resumo: Introdução: A bolsite é uma das complicações mais comuns no pós-operatório de pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), ocorrendo apenas após a restituição do trânsito intestinal. Neste sentido, há necessidade de modelos experimentais de fleocolite em que se possa estudar a influência da estase fecal no íleo distal, mimetizando o que ocorre no reservatório ileal. Objetivo e Método: Avaliar a expressão de Toll-Like receptor 2 e 4 (TLR-2 e TLR-4), NF-KB, TNF-alfa em modelo experimental de colite e estase fecal. Realizaram-se dois tipos de intervenção cirúrgica no íleo terminal: em um produziu-se uma alça cega peristáltica (grupo P) e em outro, anti-peristáltica (grupo AP). Vinte e quatro camundongos foram estudados, sendo que três animais de cada grupo cirúrgico eram Knockout para IL-10 (grupos PIL-10-/- e APIL-10-/-). Além disso, outros quatro animais constituíram o grupo Sham. A eutanásia dos animais foi realizada 5 semanas após a cirurgia. As expressões de TLR-2, TLR-4, NF-KB e TNF-alfa foram avaliadas por imunoblot de extrato protéico total. Realizou-se estudo histológico com hematoxilina e eosina. Utilizou-se ANOVA e teste de Tukey-Kramer para as análises estatísticas ($p < 0,05$). Resultados:

O grupo APIL-10-/- apresentou maior expressão de TLR-2 quando comparado ao grupo P ($p=0,012$). A expressão de TLR-4 foi significativamente maior no grupo AP quando comparado ao grupo P ($p=0,0009$) nos animais selvagens. Comparando-se com os animais IL-10-/-, a expressão de TLR-4 foi maior tanto no grupo AP quanto nos grupos APIL-10-/- e PIL-10-/-, em relação ao grupo P ($p=0,0034$). As expressões de p-IK β , IK β e TNF- α foram maiores no grupo APIL-10-/- quando comparadas aos demais grupos ($p<0,05$). A análise histológica das amostras da alça cega do grupo AP mostrou transformação cólica, com maior número de células calciformes, aumento da camada muscular e vilosidades menores, enquanto que o grupo P permaneceu com as características do intestino delgado. Conclusão: Estes achados sugerem que a estase fecal desempenha mudanças no intestino delgado, assemelhando-se às características do cólon, além disso, tornando a mucosa intestinal mais responsiva aos antígenos bacterianos, em especial aos lipopolissacarídeos, e assim ativando vias pró-inflamatórias. Desta forma, a estase fecal apresentou papel importante no processo inflamatório no tecido ileal no modelo descrito.

TL045 - MORTALIDADE E CAUSA DE ÓBITOS NA DOENÇA DE CROHN. EXPERIÊNCIA DE 22 ANOS DO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS “PROF. DR. JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES” - GASTROCENTRO - UNICAMP

LARISSA FABBRI PRIOLI PACHECO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; DÉBORA HELENA ROSSI; JÚLIA GIRARDI CUTOVO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Pacientes com Doença de Crohn (DC) apresentam mortalidade elevada devidas complicações da doença e tratamento com medicamentos imunossupressores, biológicos e corticoterapia prolongada, principalmente quando utilizados em associação. Objetivo: Análise retrospectiva dos doentes que evoluíram para óbito no período de 1990 a 2012, identificando o perfil dos pacientes, determinando suas causas e as correlações com a doença de base e o tratamento realizado. Casuística e Métodos: Foram observados no período 13 óbitos. Nove pacientes (69,2%) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 46,7 anos. Todos possuíam DC moderada a grave e tinham antecedente de tratamento cirúrgico prévio. Resultados: Em relação ao tratamento medicamentoso, 6 doentes (46,1%) utilizaram infliximabe, sendo 4 em associação com azatioprina; 6 (46,1), mesalazina, um juntamente com a azatioprina e um (7,7%) não fazia uso de medicação. Em quatro (30,8%), o óbito foi causado por sepse decorrente de fístula êntero-cutânea, sendo dois após drenagem de abscesso intraperitoneal, um após cirurgia para perfuração intestinal e outro durante internação para compensação clínica do doente. Nos outros quatro pacientes (30,8%), a sepse foi consequente à pneumonia hospitalar após procedimento cirúrgico abdominal. Uma sepse foi atribuída a foco urinário secundário a litíase renal. Outro óbito foi decorrente de desidratação, insuficiência renal aguda e distúrbio hidroeletrólítico e metabólico em um doente com síndrome do intestino curto. Um doente teve tuberculose peritoneal diagnosticado numa laparotomia, evoluindo na internação com acometimento pulmonar maciço e óbito apesar da introdução de tratamento específico. Em outro, o óbito foi atribuído a uma descompensação de uma miocardiopatia dilatada,

mas não se confirmou se esta tinha relação com a DC. O último doente morreu em consequência de um carcinoma de bexiga. Em sete pacientes (53,8%) a septicemia foi atribuída principalmente à presença de fungos. Conclusão: A principal causa de óbito em portadores de DC foi de natureza infecciosa, salientando a importância da etiologia fúngica nas infecções neste grupo de doentes.

TL046 - NÍVEIS SÉRICOS E EXPRESSÃO DE ADIPOCINAS EM TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

VIVIANE SOARES RODRIGUES; MARCIANE MILANSKI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LÍCIO AUGUSTO VELLOSO; ADRIANA SOUZA TORSONI; CARLA COIMBRA EVELYN NUNES; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; RAQUEL FRANCO LEAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma afecção crônica inflamatória de etiologia não totalmente conhecida. A hipertrofia do tecido adiposo mesenterial próxima à área intestinal acometida pela DC indica atividade da doença, porém não é conhecido se o mesmo está relacionado com a fisiopatologia da doença. Os adipócitos podem sintetizar leptina e adiponectina, que são adipocinas responsáveis por efeitos pro e antiinflamatórios. Objetivo: Avaliar os níveis séricos de adiponectina e leptina, bem como a expressão de adiponectina no tecido mesenterial de pacientes com DC em atividade e em remissão. Casuística e Método: Dezesesseis pacientes com DC ileocecal acompanhados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital das Clínicas – Gastrocentro, UNICAMP, participaram do estudo. A análise da adiponectina e leptina séricas pelo método de ELISA foi realizada em amostras dos pacientes com DC em atividade (Grupo DCA), em remissão (Grupo DCR) e em seis controles saudáveis (Grupo Controle). Utilizou-se ANOVA e teste de Tukey-Kramer para análise estatística ($p<0,05$). Além disso, amostras de tecido adiposo mesenterial de dez pacientes com DC ileocecal em atividade (Grupo DCG) e de oito pacientes sem doença inflamatória (Grupo CG) que foram submetidos a procedimento cirúrgico foram estudados. As amostras foram congeladas e a expressão de adiponectina foi determinada por imunoblot de extrato total de proteína. Utilizou-se teste t de Student ($p<0,05$). Os pacientes com DC estavam em uso de mesalamina e/ou azatioprina. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local e todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado. Resultados: Os níveis de adiponectina sérica foram menores no grupo DCA, quando comparados ao grupo Controle ($p<0,05$). Não houve diferença estatística entre os grupos DCA e DCR ($p>0,05$). A leptina sérica foi similar em todos os Grupos ($p>0,05$). Com relação à expressão de adiponectina no tecido mesenterial, observou-se menor expressão no grupo DCG quando comparado ao controle (Grupo CG) ($p<0,05$). Conclusão: A expressão menor de adiponectina sérica e mesenterial na DC em atividade, quando comparada aos controles, sugere alteração em vias antiinflamatórias na fisiopatologia da DC, determinando características tecido-específicas da doença. O estudo de adipocinas bem como a avaliação de seus níveis séricos pode auxiliar no entendimento do papel do tecido adiposo mesenterial próximo à área intestinal afetada, principalmente nas fases tardias da DC, caracterizada pelo acometimento transmural. Auxílio financeiro: FAEPEX (Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão) e FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

TL047 - PAPEL DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA EM DOENTES COM EROSÕES ILEAIS ISOLADAS DETECTADAS NA ILEOCOLONOSCOPIA: UMA FERRAMENTA ÚTIL PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CROHN?

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO PINHO; EDUARDO OLIVEIRA

MANOPH-INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: A detecção de erosões ileais como achado isolado de tipo inflamatório numa ileocolonosopia representa um desafio à investigação completa do intestino delgado. A cápsula endoscópica representa um método não invasivo ideal para este estudo. Este achado nem sempre tem significado clínico. Objectivos: Avaliar os achados da enteroscopia por cápsula em pacientes estudados por erosões isoladas do íleo, detectadas em ileocolonosopia. Métodos: Avaliação retrospectiva de uma série de 1500 enteroscopias por cápsula. Destas, 52 (3.5%) foram motivadas pela detecção de erosões isoladas do íleo na ileocolonosopia. Os sistemas de enteroscopia utilizados foram: Given (n= 33), Mirocam (n= 15) e Olympus (n= 4). Resultados: Foram estudados 52 pacientes, com idade mediana de 41 anos [15, 66], 56.6% do sexo masculino). Foram observadas erosões no íleo em 86.5%, associadas a úlceras em 32.7% dos doentes. Não foram identificadas erosões no íleo pela enteroscopia por cápsula em 13.5% dos pacientes. No jejuno, observam-se erosões em 23.1% associadas a úlceras em 15.4% do total dos doentes. 76.9% dos doentes não apresentam assim lesões do jejuno. Em 3.8% dos doentes (n= 2) a cápsula não atingiu o cego (atingiu o íleo em todas). Os diagnósticos estabelecidos foram: Doença de Crohn em 36.9%; “ileite erosiva inespecífica” em 50% e exame normal em 13.5%, correspondente a uma sensibilidade de 86.5% para a detecção de erosões ileais pela cápsula endoscópica. Em todos os exames normais a cápsula atingiu o cego. Conclusões: 1 - A enteroscopia por cápsula mostrou-se um método útil para avaliar a extensão do intestino delgado pelo processo inflamatório. 2 - A maioria dos doentes com erosões ileais não apresenta lesões no jejuno. 3 - Em mais de um terço dos casos foram encontrados achados sugestivos de envolvimento do intestino delgado por doença de Crohn. 4 - Em metade dos doentes os achados foram inespecíficos. 5 - A enteroscopia por cápsula pode não detectar erosões ileais isoladas.

TL048 - PERDA DE EFICÁCIA DOS AGENTES BIOLÓGICOS NO MANEJO DA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA MULTICÊNTRICA DO SUL DO BRASIL

PAULO GUSTAVO KOTZE¹; **MARCELO RAISSWEILER HARDT¹**; **FABIO VIEIRA TEIXEIRA²**; **JULIANO COELHO LUDVIG³**; **HARRY KLEINUBING JUNIOR⁴**; **EVERSON FERNANDO MALUTA⁵**; **ERON FÁBIO MIRANDA¹**; **MARCIA OLANDOSKI¹**
1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.GASTROSAUDE, MARILIA, SP, BRASIL; 3.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL; 4.UNIVILLE, JOINVILLE, SC, BRASIL; 5.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Apesar dos grandes avanços do tratamento biológico nos pacientes com doença de Crohn (DC), a perda de eficácia a estes agentes é notável em muitos casos, e ocorre em pacientes que usam o Infliximabe (IFX) ou o Adalimumabe (ADA). Há escassez de dados a respeito do tema em pacientes brasileiros. OBJETIVOS: Objetivo primário: avaliar as taxas de perda de eficácia ao IFX e ADA em portadores de DC. Objectivos secundários: avaliar prováveis fatores de risco para perda de eficácia. MÉTODO: Estudo retrospectivo, observacional de uma coorte de portadores de DC em

uso de terapia biológica, provenientes de 5 centros do sul do Brasil. Incluídos portadores de DC respondedores ao IFX e ADA, virgens de outros agentes anti-TNF que fizeram indução e manutenção da remissão. Excluídos os que foram previamente expostos a um agente biológico. Variáveis analisadas: idade, gênero, classificação de Montreal, drogas concomitantes, tabagismo, DC perianal, tempo de seguimento, presença de perda de eficácia, tempo e motivos para perda de eficácia. Perda de eficácia foi determinada por necessidade de cirurgia abdominal, uso de corticóides, redução do intervalo, aumento de doses ou troca de agente biológico. Análise estatística realizada pelos testes t de student, Mann-Whitney, Fischer ou chi-quadrado para homogeneidade dos grupos. Realizado teste de Log-rank (Kaplan Meier) para perda de eficácia e análise uni e multivariadas (regressão COX) para fatores de risco, considerando-se $p < 0.05$. RESULTADOS: Foram avaliados 175 pacientes (117 usuários de IFX e 58 de ADA). Ambos os grupos foram considerados homogêneos, com exceção do uso de azatioprina e corticóides, mais frequente no grupo do IFX. O tempo de seguimento no grupo IFX foi de 21,1(±20,6) meses e 13,1(±11,3) meses no ADA. Na amostra global, a taxa de perda de eficácia foi de 40,2% no grupo IFX e 15,5% no ADA ($p=0.001$), sem diferenças no tempo para perda ($p=0.073$) em corte de 36 meses e nos motivos determinantes ($p=0.125$). Em análise multivariada, pacientes mais jovens ($p=0.007$) e com Montreal A3 ($p=0.032$) tiveram maior incidência de perda de eficácia. Houve maior risco para perda de eficácia nos usuários de IFX (OR=3.33), portadores de DC perianal (OR=2.23) e uso de corticóides (OR=1.51). CONCLUSÕES: A perda de eficácia aos agentes anti-TNF foi encontrada em 40,2% dos usuários de IFX e 15,5% de ADA, sem diferença no tempo de ocorrência da mesma ou nos motivos causadores. Houve maior incidência de perda de eficácia em pacientes mais jovens e com menor idade ao diagnóstico, portadores de DC perianal e com uso concomitante de corticóides. A diferença entre os dois grupos pode ser explicada por um tempo de seguimento mais longo nos usuários de IFX.

TL049 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 175 PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN SUBMETIDOS À TERAPIA BIOLÓGICA PROVENIENTES DO SUL DO BRASIL

MARCELO RAISSWEILER HARDT¹; **PAULO GUSTAVO KOTZE¹**; **FABIO VIEIRA TEIXEIRA²**; **JULIANO COELHO LUDVIG³**; **HARRY KLEINUBING JUNIOR⁴**; **EVERSON FERNANDO MALUTA⁵**; **ERON FÁBIO MIRANDA¹**; **MARCIA OLANDOSKI¹**
1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.GASTROSAUDE, MARILIA, SP, BRASIL; 3.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL; 4.UNIVILLE, JOINVILLE, SC, BRASIL; 5.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O manejo da doença de Crohn (DC) vem evoluindo nos últimos anos. Atualmente há um uso crescente dos novos agentes biológicos no manejo da DC em todo o mundo. No Brasil, esse desenvolvimento vem igualmente ocorrendo. Entretanto, há escassez de dados referentes ao perfil epidemiológico dos usuários de Infliximabe (IFX) e Adalimumabe (ADA) no nosso país. OBJETIVOS: Identificar as características epidemiológicas dos pacientes com DC, submetidos à terapia biológica, baseadas em características de base e na classificação de Montreal. Desta forma, pretendeu-se determinar qual o fenótipo mais frequente de apresentação da doença nesta população de pacientes. MÉTODO: estudo retrospectivo observacional, de uma coorte de pacientes portadores de DC que utilizaram terapia biológica no período de

maio de 2000 a maio de 2012, provenientes de 5 centros de referência do sul do Brasil. Após a revisão dos dados, foi realizado o preenchimento de um protocolo específico, com as variáveis previamente escolhidas. As variáveis analisadas foram: gênero, idade ao início do tratamento, classificação de Montreal (idade ao diagnóstico da DC, localização da doença e fenótipo), doença perianal concomitante e tabagismo. Os dados foram compilados e analisados em tabelas de frequência, e comparados com dados da literatura. RESULTADOS: foram incluídos 175 pacientes, 93 (53%) do sexo masculino. A média de idade no início do tratamento biológico foi de 35,5 (2-79; DP=13,9) anos. O tempo médio de doença ao início do tratamento foi de 46,9 (0-480; DP=69,6) meses. Apenas 11 (6,3%) pacientes eram tabagistas. Do total da amostra, 117 (66,9%) utilizaram IFX e 58 (33,1%) ADA. Classificação de Montreal - Idade ao diagnóstico: A1 (n=21; 12%), A2 (n=102, 58,3%) e A3 (n=52, 29,7%). Localização da DC: L1 (n=42, 24%), L2 (n=51, 29,1%), L3 (n=81, 46,3%) e L4 (n=1, 0,6%). Forma de apresentação: B1 (n=59, 33,7%), B2 (n=46, 26,3%) e B3 (n=70, 40%). Doença perianal foi encontrada em 89 (50,9%) dos pacientes. CONCLUSÕES: os dados epidemiológicos dos pacientes foram compatíveis com os da literatura internacional. Houve uma alta prevalência de pacientes com forma fistulizante da DC, além de portadores de doença perianal, fato que pode ser justificado pela maioria dos serviços referenciados serem de coloproctologia e não de gastroenterologia clínica.

TL050 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA ANTI-TNF NA DOENÇA DE CROHN
MARCELO RAISSWEILER HARDT; ERON FÁBIO MIRANDA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O manejo da doença de Crohn (DC) vem evoluindo nos últimos anos. Atualmente há um uso crescente dos novos agentes biológicos no manejo da DC em todo o mundo. No Brasil, esse desenvolvimento vem igualmente ocorrendo. Entretanto, há escassez de dados referentes ao perfil epidemiológico dos usuários de Infleximabe (IFX) e Adalimumabe (ADA) no nosso país. OBJETIVO: Identificar as características epidemiológicas dos pacientes com DC, submetidos à terapia biológica, baseadas em características de base e na classificação de Montreal. Desta forma, pretende-se determinar qual o fenótipo mais frequente de apresentação da doença nesta população de pacientes. MÉTODO: Estudo retrospectivo longitudinal, com pacientes portadores de DC que utilizaram terapia biológica no período de maio de 2000 a maio de 2012, provenientes de 6 centros de referência do sul do Brasil. Após a revisão dos dados, foi realizado o preenchimento de um protocolo específico, com as variáveis previamente escolhidas. As variáveis analisadas foram: gênero, idade ao início do tratamento, classificação de Montreal (idade ao diagnóstico da DC, localização da doença e fenótipo), doença perianal concomitante e tabagismo. Os dados foram compilados e analisados em tabelas de frequência, e comparados com dados da literatura. RESULTADOS: Foram incluídos 175 pacientes, 93 (53%) do sexo masculino. A média de idade no início do tratamento biológico foi de 35,5 (2-79; DP=13,9) anos. O tempo médio de doença ao início do tratamento foi de 46,9 (0-480; DP=69,6) meses. Apenas 11 (6,3%) pacientes eram tabagistas. Do total da amostra, 117 (66,9%) utilizaram IFX e 58 (33,1%) ADA. Classificação de Montreal - Idade ao diagnóstico: A1 (n=21; 12%), A2 (n=102, 58,3%) e A3 (n=52, 29,7%). Localização da DC: L1 (n=42, 24%), L2 (n=51, 29,1%), L3 (n=81, 46,3%) e L4 (n=1, 0,6%). Forma de apresentação: B1 (n=59, 33,7%), B2 (n=46, 26,3%) e B3 (n=70, 40%). Doença perianal foi encontrada em 89 (50,9%)

dos pacientes. CONCLUSÃO: Os dados epidemiológicos dos pacientes foram compatíveis com os da literatura internacional. Houve uma alta prevalência de pacientes com forma fistulizante da DC, além de portadores de doença perianal, fato que pode ser justificado pelos serviços referenciados serem de coloproctologia e não de gastroenterologia clínica.

TL051 - PROCTOCOLECTOMIA NA DOENÇA DE CROHN- ANÁLISE DOS RESULTADOS

NATÁLIA J VIEIRA; LARISSA BERBERT ARIAS; DÉBORA HELENA ROSSI; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A proctocolectomia total é rara em doenças benignas. Sua indicação na doença Crohn, pode ser entendida como doença grave não responsiva aos tratamentos usuais. Implica na confecção de derivação intestinal definitiva, o que acarreta em decisão difícil para o paciente e equipe médica, porém com perspectiva de remissão prolongada e menor emprego de medicamentos. Objetivo: Relatar as indicações e evolução em portadores de doença de Crohn submetidos a este procedimento. Método e casuística: Dentre os 505 portadores de d. de Crohn atendidos no Amb de DII "Prof. Dr. Ricardo Góes", 12 (2,4%) foram submetidos a proctocolectomia total e ileostomia entre 1980 e 2011, com tempo médio de acompanhamento de 13,5 anos. Resultados: A idade média por ocasião da cirurgia foi de 39,5 anos, sendo 66,6% do sexo feminino. A indicação foi acometimento perineal em 11 pacientes (91,6%), sendo que em um havia associação com fístula colotúnea. O tempo entre o início da doença e a cirurgia foi de 7,46 anos e por ocasião da mesma, o acometimento estava restrito aos segmentos colorretais em nove pacientes (75%). Todos os pacientes haviam sido submetidos a algum procedimento cirúrgico prévio, sendo os mais comuns drenagens de abscessos perineais ou fistulotomias. A morbidade pós-operatória imediata foi de 16,8% (pneumonia e infecção de ferida operatória). Com relação à evolução tardia, a morbidade relacionada à ileostomia foi de 66,9%, sendo a mais frequente hérnia paraileostomica. A recidiva da doença de Crohn foi de 83,5%, sendo que em 66,7% ocorreu no int. delgado e em 16,8% no períneo, sendo que 50% estão em uso de medicação imunossupressora e/ou terapia biológica. Dois pacientes (16,6%), evoluíram a óbito por complicações decorrentes da d. de Crohn. Conclusão: A proctocolectomia total na doença de Crohn apresenta alta morbidade relacionada à ileostomia, elevada incidência de recidiva em int. delgado e de manutenção de terapia medicamentosa.

TL052 - REAÇÕES ADVERSAS, COMPLICAÇÕES E ÓBITOS DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM USO DE INFLEXIMABE. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; DÉBORA HELENA ROSSI; NATÁLIA J VIEIRA; LÚCIA HELENA L. TOMIATO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Infleximabe foi o primeiro biológico utilizado no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII) proporcionando melhor controle da doença, porém seu emprego é

associado a reações adversas e/ou complicações. Objetivo: Analisar as reações adversas, complicações e óbitos associados ao uso de Infiximabe nas DII. Casuística e Métodos: O infliximabe é empregado no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do GASTROCENTRO-UNICAMP desde 2004, sendo 129 para Doença de Crohn (DC) e 27 para Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI). Dos pacientes com DC, a média de idade foi de 36,9 anos, 54,3% eram do sexo feminino e 56,6% faziam uso concomitante de imunossupressor. Do grupo com RCUI, 51,9% eram mulheres e a média de idade foi de 43,1 anos. A principal indicação do uso da medicação na DC foi doença de acometimento perianal (50%) e na RCUI, intratabilidade clínica (55,6%). Resultados: Entre os portadores de DC, as reações adversas e complicações verificadas foram: reação infusional em 31 (37,3%), estenose de canal anal em 11 (13,2%), mialgias/artralgias em 9 (10,8%), reação psoriática em 3 (3,6%), abscesso perianal em 3 (3,6%), suboclusão intestinal em 2 (2,4%) e doença desmielinizante em 1 (1,2%). Complicações infecciosas foram observadas em 21 (25,3%) pacientes sendo as principais, infecção do trato urinário, amigdalite, pneumonia, herpes e tuberculose; quatro doentes tiveram diagnóstico de neoplasia (carcinoma de bexiga, melanoma de dorso, carcinoma de mama e carcinoma de reto). Seis doentes evoluíram para óbito (3 de sepse de foco pulmonar, 1 de foco abdominal, 1 de tuberculose disseminada e 1 de ca de bexiga). No grupo com RCUI, ocorreram 9 (47,4%) complicações infecciosas, 5 (26,3%) reações infusionais, 3 (15,8%) mialgias/ artralgias e 2 (10,5%) abscessos (1 perianal e 1 dentário). Conclusão: Reações infusionais e complicações, principalmente de natureza infecciosa, foram frequentes nos doentes em tratamento com terapia biológica e devem ser sempre monitorados. Quanto aos óbitos, é difícil atribuir como causa o uso de biológicos, uma vez que em alguns pacientes a medicação já tinha sido suspensa e outros utilizavam também imunossupressores, sem esquecer a gravidade dos doentes da casuística.

TL053 - SEGURANÇA NO USO DO ADALIMUMABE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN

RAQUEL FRANCO LEAL; NIELCE MARIA PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; LÚCIA HELENA L. TOMIATO; DÉBORA HELENA ROSSI; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento clínico da doença de Crohn (DC) tem avançado muito com a introdução dos medicamentos biológicos dentro das opções terapêuticas medicamentosas. Um dos principais desafios no manejo dessas drogas é a perda de resposta e a ocorrência de efeitos adversos. Objetivo: Avaliar a segurança do uso do adalimumabe no tratamento da DC. Casuística e Método: Entre abril de 2008 e maio de 2012, 61 doentes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Gastrocentro-UNICAMP, foram submetidos a tratamento com adalimumabe, sendo a média de idade atual de 37,9 (18-63) anos e 59% do sexo feminino. Previamente à administração da medicação fez-se triagem ambulatorial para infecções (teste cutâneo de exposição à tuberculose, sorologias para hepatite B, C e HIV). O esquema realizado foi quinzenal, com dose inicial de ataque de 160mg e 80mg, e dose de manutenção de 40mg subcutâneo. O número de aplicações variou de 1 a 85, com média de 32,6, sendo o total de 1989 aplicações. Resultados: Dos 61 pacientes, 18 estão em uso de adalimumabe há mais de 24 meses, e destes, cinco estão em uso ou utilizaram a droga por mais de 36 meses. A indicação

do adalimumabe nesse subgrupo de pacientes foi por DC perianal em oito (44,4%); pacientes de alto risco para recidiva da DC no pós-operatório em quatro (22,2%); enteroartropatia em três (16,6%); DC de cólon não-fistulizante em um (5,6%); DC de delgado não-fistulizante em outro (5,6%); e artrite reumatóide associada à DC em outro (5,6%). Com relação ao uso de infliximabe prévio, 11 haviam utilizado, sendo que oito desenvolveram reação adversa à droga e três apresentaram perda de resposta, mesmo com o escalonamento da dose. Durante o acompanhamento desse subgrupo de pacientes, houve a ocorrência de uma infecção por herpes cutâneo e, em outro caso, houve necessidade de suspensão por perda de resposta, sendo introduzido infliximabe. Considerando-se a casuística geral, houve cinco pacientes que desenvolveram reações alérgicas cutâneas; outros dois, reações psoriáticas; três doentes que desenvolveram reação no local da aplicação como eritema, edema e dor, um caso de herpes já citado anteriormente e dois casos de neoplasia na vigência do uso da droga. Houve necessidade de suspensão do adalimumabe nos dois casos de reação psoriática, nos outros dois com neoplasia e em três por perda de resposta. Os demais mantem o uso do medicamento, sem nova evidência de reação adversa ou complicação. Conclusão: O adalimumabe tem se mostrado medicamento seguro. A monitorização clínica e laboratorial, assim como das possíveis complicações decorrentes do uso da terapia biológica, são extremamente importantes para evitar principalmente as infecções oportunistas ou mesmo possibilitar o diagnóstico dessas complicações de maneira precoce e tratamento adequado. Isto inclui triagem ambulatorial prévia ao início do tratamento e exames rotineiros ao longo da terapêutica e do acompanhamento.

TL054 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE CROHN – AVALIAÇÃO INICIAL DE 120 CASOS

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA¹; ANTONIO LACERDA FILHO²; MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI²; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ²; DEBORAH ALMEIDA ROQUETE DE ANDRADE²; RODRIGO GOMES DA SILVA²

1. JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Mudanças recentes na estratégia do tratamento da Doença de Crohn vem ocorrendo nos últimos anos, com a introdução de medicamentos imunobiológicos. O objetivo é a cicatrização da mucosa, na tentativa de alterar a história natural da doença, levando a remissão profunda sustentada. Cerca de 75% dos paciente necessitam de uma intervenção cirúrgica em 20 anos de início dos sintomas. A prevenção da recidiva pós-operatória é um desafio na prática clínica. Apesar de o tratamento cirúrgico ser efetivo em tratar as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seu benefício é minimizado pela tendência da doença a recidivar precoce e frequentemente. OBJETIVOS: relatar a experiência do IAG/HC-UFMG no tratamento cirúrgico da doença de Crohn. MÉTODOS: Foram avaliados prontuários de 120 pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn submetidos a tratamento cirúrgico. RESULTADOS: De 280 pacientes acompanhados no ambulatórios de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital das Clínicas da UFMG, 120 (42,8%) foram submetidos a tratamento cirúrgico. Destes, 71 (59%) tiveram o diagnóstico após a primeira cirurgia, por indicação de abdome agudo inflamatório, sendo que 40% necessitaram de outra intervenção cirúrgica ao longo do acompanhamento. As principais indicações cirúrgicas após definição diagnóstica foram obstrução intestinal (22,5%), sepse perianal (13,3%), intratabilidade clínica (8%), perfuração intestinal (7,5%),

fístula retovesical (4%), fístula enterocutânea (4%) e fístula retovaginal (1,2%). Cinquenta pacientes (41%) eram tabagistas. Os procedimentos realizados foram ileocolectomia (38%), enterectomia (34,16%), fistulotomia com seton (8,3%), apendicectomia (5%), drenagem de abscesso (5%), colostomia (3,33%), colectomia total (0,8%), proctocolectomia (0,8%) e gastroduodenostomia (0,8%). Quarenta pacientes (33%) necessitaram de mais de uma intervenção cirúrgica. **CONCLUSÃO:** Pacientes com diagnóstico da Doença de Crohn estabelecido após intervenção cirúrgica de urgência apresentam risco de recidiva pós-operatória e podem ser candidatos a receber medicação para manutenção da remissão induzida por cirurgia.

- DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL -

TL055 - COMPARAÇÃO ENTRE CITOLOGIA E COLPOSCOPIA ANAL NA DETECÇÃO DE LESÕES SUBCLÍNICAS

CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL;
THIAGO SILVEIRA MANZIONE

EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O papilomavírus humano (HPV) é o mais comum dentre os vários agentes etiológicos sexualmente transmissíveis que provocam doença na região anogenital. É a doença anal mais comum nos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), acometendo principalmente os homens que fazem sexo com homens (HSH). A infecção não é exclusiva dos indivíduos imunodeprimidos, mas, é mais frequente quando a contagem sérica de linfócitos TCD4+ estiver abaixo de 500/mL. O diagnóstico da forma clínica é sugerido pelos aspectos característicos ao exame físico, enquanto as lesões subclínicas, são detectadas pela colposcopia anal e/ou citologia do canal anal com escova. **OBJETIVO:** Comparar a citologia anal com escova com a colposcopia anal para detecção das lesões subclínicas no canal anal em pacientes submetidos previamente a erradicação dos condilomas. **MATERIAL E MÉTODO:** Realizado citologia e colposcopia do canal anal nos pacientes sem lesões clínicas após 30 dias da erradicação dos condilomas. **RESULTADOS:** Foram avaliados 125 pacientes sendo 101 homens (85 HIV+) e 24 mulheres (6 HIV+). Sensibilidade: 44% - Especificidade: 75% - Valor preditivo positivo: 90% - Valor preditivo negativo: 31% - Acurácia: 52%. **DISCUSSÃO:** A citologia anal tem sido indicada como método de rastreamento na população de risco (HIV+, HSH) e a colposcopia indicada para biópsias dirigidas quando a citologia mostra-se alterada. Porém, não há consenso a respeito da melhor forma de seguimento dos portadores dos condilomas acuminados perianais tratados. **CONCLUSÃO:** A colposcopia e a citologia anal devem ser usadas em conjunto para melhor detecção das lesões subclínicas provocadas pelo.

TL056 - FATORES RELACIONADOS AO RASTREAMENTO DE LESÕES DE CANAL ANAL EM DOENTES HIV-POSITIVO

SYLVIA HELOISA ARANTES CRUZ¹; RISIA CRISTINA SANTOS OLIVEIRA²; DIMAS CARNAUBA JUNIOR²
1.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.CRT DST AIDS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** A prevalência de displasias anais em pacientes HIV-positivo principalmente com o histórico de relações sexuais receptivas anais é descrita da literatura. A displasia pode ser de baixo

(NIAB) e alto grau (NIAA) e é crescente nos dias atuais. O Carcinoma espinocelular do canal (CEC) anal é mais incidente nos pacientes HIV-positivo e aparenta ter íntima relação com as infecções causadas pelo papilomavírus humano, baixa imunidade sistêmica e uso prolongado de antirretrovirais. A rotina de coleta de citologia anal e colposcopia anal demonstram efetividade no rastreamento de lesões anais e reduz a incidência do CEC anal. **Objetivo:** Identificação de fatores que influenciem a presença de lesões anais em pacientes HIV-positivo. **Método:** Avaliamos pacientes encaminhados para rastreamento de lesões anais ao ambulatório de Coloproctologia do CRT/AIDS São Paulo de Outubro de 2011 a Março de 2012. Foram avaliados 134 pacientes HIV-positivo e negativo com antecedente de relações sexuais receptivas anais. Excluímos os pacientes HIV-negativo e que não apresentassem exames recentes de contagem sérica de linfócitos T CD4 e carga viral para o HIV. Todos os doentes foram submetidos a coleta de citologia anal e colposcopia anal. As lesões anais foram tratadas com ácido tricloroacético a 90% e aplicação de sachê de Imiquimode a 5% por 12 semanas. Os pacientes que não apresentaram melhora com o tratamento clínico foram submetidos a cauterização das lesões remanescentes. Os dados encontrados foram submetidos a análise estatística com teste de T de Student e o índice de tolerância utilizado foi de 5%. **Resultados:** Estudamos 97 pacientes (86 do sexo masculino e 11 do sexo feminino), sendo que 31 apresentavam lesões verrucosas no canal anal e 5 apresentaram NIAB. Apenas um paciente foi encaminhado para cirurgia após o tratamento realizado. Identificamos que há maior quantidade de verrugas anais nos pacientes com contagem inferior de linfócitos T CD4 ($p < 0,05$). Não houve relação entre a contagem de linfócitos T CD4 e as alterações encontradas na citologia anal ($p > 0,05$). A carga viral sérica para o HIV não apresentou relação com a presença de verrugas anais ($p > 0,05$). A presença de displasia na citologia anal apresentou relação com as lesões de canal anal ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os pacientes portadores de lesões de canal anal apresentaram baixa contagem de linfócitos T CD4. A citologia anal evidenciou displasia nos pacientes portadores de lesões de canal anal.

TL057 - NOVA ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DO HPV

MANOEL ALVARO FL NETO; LUIZ CARLOS CAETANO

CONSULTORIO, MACEIO, AL, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** O papilomavírus humano é um vírus de DNA da família Papoviridae, com mais de 100 tipos identificados, alguns responsáveis por verrugas vulgares, outros por verrugas anogenitais e papilomas da nasofaringe. O HPV não atua isoladamente na oncogênese; outros fatores, tais como: estado imunológico do hospedeiro, estado nutricional, uso de fumo e álcool atuam em conjunto. O HPV atinge o núcleo das células basais através de microrrelações do epitélio, e os primeiros sinais de transcrição do genoma virótico aparecem cerca de 4 semanas após a infecção. O período de incubação varia de 3 a 18 meses e a persistência das lesões pode ser avaliada em semanas, meses ou anos. À medida que a célula se diferencia, há maior produção de antígenos e replicação virótica nas células superficiais, de modo que a quantidade de DNA aumenta em direção à superfície do epitélio. Os tratamentos convencionais incluem o uso de drogas citotóxicas, métodos cirúrgicos e usos de terapias imunomoduladoras. Podem ser utilizados tratamentos, como: uso tópico de Ácidos dessecantes (bicloroacético ou tricloroacético) os quais são efetivos em lesões úmidas de membranas mucosas devido ao elevado conteúdo aquoso destes tecidos; uso tópico de Podofilina na pele queratinizada, cujo efeito biológico deve-se ao efeito

antimitótico, porém apresentando alguns efeitos tóxicos sistêmicos, sendo contra-indicado na gravidez, com índice de recidiva de 30%. A intervenção cirúrgica se faz através do uso do eletrocautério, criocirurgia ou ablação a laser, indicada nos casos de lesões cutâneas renitentes em que a queratina espessa impede a penetração da medicação tópica. A terapia tópica poderá inicialmente tratar a condilomatose; entretanto, o sucesso da terapia primária é de aproximadamente 50%. Outras formas de tratamento utilizam o ininterferon e o 5-fluorouracil (5-FU), cujas maiores limitações são o alto custo e os efeitos colaterais. Objetivo: Verificar o efeito terapêutico do uso tópico do BT a 20% nas lesões provocadas pelo HPV. Casuística e Métodos: Trabalho prospectivo, tipo coorte, longitudinal em 50 pacientes dos sexos masculino e feminino com diagnóstico clínico para o condiloma acuminatum (HPV), na faixa etária de 02 a 50 anos, atendidos no ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFAL, no período de outubro de 2007 a agosto de 2012. Resultados: Houve regressão das lesões condilomatosas em 42 pacientes, nosso seguimento de 03 anos foi possível em 39 pacientes, todos sem lesão macroscópica. Conclusão: Esta nova opção terapêutica apresenta-se como uma alternativa extremamente aceitável.

TL058 - VALIDADE DO TESTE IMUNOHISTOQUÍMICO DO P16 NO RASTREAMENTO DA DISPLASIA ANAL. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; EDESIO VIEIRA DA SILVA FILHO; ALISSON PAULINO TREVIZOL; FABIO CESAR ATUI; SHEILA APARECIDA COELHO SIQUEIRA; ALUISIO COTRIM SEGURADO; IVAN CECCONELLO; SÉRGIO CARLOS NAHAS *HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A imunohistoquímica para a proteína p16 (ICCp16) tem o potencial de revelar lesões com risco de progressão ao câncer de ânus. O presente estudo analisa a validade diagnóstica do ICCp16 nos pacientes tratados no Ambulatório de Coloproctologia do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Método: Entre agosto/2007 e maio/2012, 256 pacientes foram submetidos a um esfregaço anal convencional. Em seguida, todos os pacientes que tiveram anormalidades suspeitas para displasia anal no resultado citológico foram submetidos à biópsia guiada por anoscopia de alta resolução. Os resultados histológicos das biópsias anais foram classificados como normal, NIA I, NIA II, NIA III e CEC. Colorações com hematoxilina-eosina e imunoperoxidase p16 (clone 6H12) foram realizadas em lâminas de biópsia. Os achados imunohistoquímicos foram comparados com os resultados histopatológicos em tabelas de contingência. Resultados: As prevalências de displasia de qualquer grau, de baixo grau (NIA I) e de alto grau (NIA II e III) foram respectivamente 83,6% (214 casos), 62,5% (160 casos) e 21% (54 casos). Para o diagnóstico de displasia de qualquer grau, o ICCp16 apresentou sensibilidade de 59,3%, especificidade de 73,8%, valor preditivo positivo de 92% e valor preditivo negativo de 26,3%. Para o diagnóstico de displasia de alto grau, o ICCp16 apresentou sensibilidade de 83%, especificidade de 54%, valor preditivo positivo de 32% e valor preditivo negativo de 92%. Conclusão: Nossos resultados mostram que o resultado positivo do teste imunohistoquímico para o p16 está associado à displasia de alto grau e, portanto, esse teste pode facilitar na interpretação das biópsias da mucosa anal no rastreamento do câncer anal.

- MISCELÂNIA -

TL059 - ANÁLISE DAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS NUM SERVIÇO PRIVADO DE COLOPROCTOLOGIA

GERALDO LUIZ BALBINOT; CINTIA HERRMANN

UERGS – RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A colonoscopia é considerada exame gold standart para diagnóstico de patologias colônicas e nos casos de pólipos possibilita a remoção dos mesmos, tornando-se um exame terapêutico com baixos índices de complicações graves. A remoção de pólipos é importante na prevenção do câncer colorretal. OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é analisar as colonoscopias realizadas e comparar os resultados com os dados da literatura. MÉTODO: Foram estudadas 2700 colonoscopias realizadas no período março/2007 a maio/2012. Exames foram realizados sob sedação com midazolam + meperidina após preparo colônico com picolax ou manitol associados ao dulcolax. As variáveis estudadas foram idade paciente, sexo, nível atingido exame, patologias diagnósticas e exame anátomo patológico. RESULTADOS: A idade dos pacientes variou de 4 a 98 anos com uma média de 58,59 anos, sendo 56,96% dos pacientes do sexo feminino. Os exames foram completos (alcançaram o ceco) em 94,75% dos casos e o resultado foi normal em 37,25%. As patologias mais encontradas foram doença diverticular (39,33%) e pólipos (27,15%). Entre os pólipos ressecados temos que 61,8% eram adenomas. Neoplasias malignas foram encontradas em somente 2,2% dos casos. CONCLUSÃO: A colonoscopia mostrou-se um exame extremamente útil no diagnóstico das patologias colônicas e prevenção do câncer colorretal, pois possibilita a remoção de adenomas, interrompendo assim a sequência adenoma/câncer. Os resultados confirmam os dados literatura onde verifica-se uma maior realização de exames em mulheres, uma incidência maior de pólipos em homens e uma baixa incidência de câncer colorretal quando utilizando a colonoscopia como prevenção do mesmo e remoção de pólipos.

TL060 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO REFERÊNCIA DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; OTÁVIO NUNES SIA; RODRIGO PADILLA; KATIUCIA TEREZA MOLEZIN PORTUGAL; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES *HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Desde a primeira descrição de colostomia pelo francês Littré, a utilização de estomias e suas indicações foram modificadas conforme a evolução dos tempos. Entretanto, a morbi-mortalidade associada a reconstrução do trânsito intestinal ainda é motivo de preocupações. Nesse quesito, sabe-se que os índices globais de morbidade variam de 0 a 50% e de mortalidade de 0 a 4,5%. No entanto, ao se analisar especificamente os pacientes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal com ostomia do tipo Hartmann prévio, os valores de mortalidade podem alcançar até 28%. Estes percentuais descritos demonstram a importância da determinação de fatores que influenciam a evolução clínica dos pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal. OBJETIVOS: Analisar de forma retrospectiva os dados demográficos de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal em um dos hospitais referência do SUS na cidade de São Paulo. PACIENTES E MÉTODOS: Trata-se de estudo retrospectivo desenvolvido entre outubro de 2008 e dezembro de

2011 envolvendo 100 pacientes atendidos, acompanhados e operados pelo Serviço de Residência Médica de Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina de São Paulo, SP. Buscou-se analisar os dados demográficos no que se refere ao sexo, idade, comorbidades (incluindo tabagismo), Classificação do Risco Anestésico (ASA), tempo médio de ostomia, indicação primária se por doença benigna ou maligna, tipo de anestesia utilizada na reconstrução do trânsito intestinal, mortalidade e tempo médio de internação. A média de idade dos pacientes foi de 53,9 anos (15-82 anos) e 57% pertenciam ao sexo masculino. Com relação à presença de comorbidades, essas estiveram presentes em 54 pacientes e foram marcadas principalmente pela hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo e doença de Chagas. A indicação da confecção da ostomia inicial decorreu de doença maligna em 43% e o tempo médio de permanência com o estoma foi de 14,3 meses. Quando se classifica entre ostomia terminal e em alça, verificou-se que 52 pacientes apresentavam ostomia terminal, notadamente a do tipo Hartmann. Com relação a classificação do risco anestésico (ASA), 30% eram ASA I, 56% classe II e 14% ASA III. A anestesia utilizada no momento da reconstrução do trânsito intestinal foi a do tipo geral em 40% dos pacientes, o bloqueio periférico em 34% e a associação entre ambas em 26 pacientes. **CONCLUSÃO:** A reconstrução de trânsito intestinal, embora geralmente seja um procedimento de grande desejo por parte do paciente, não é isento de complicações, devendo, portanto sempre se esclarecer o paciente sobre as principais intercorrências, inclusive êxito letal.

TL061 - APLICAÇÃO DE ANASTOMOSE POR COMPRESSÃO (COLONRING) EM ADENOCARCINOMA DE RETOSIGMÓIDE - RELATO DE CASO

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; STHELA MARIA MURAD REGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; CÉSAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA¹; ERICO CARVALHO DE HOLANDA³; BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JUNIOR⁴

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.; 4..

Resumo: O dispositivo CAR NiTi TM27 para o uso na anastomose por compressão incorporando elementos de Nitinol (ColonRing) utiliza compressão consistente, sem a necessidade de grampos, formando uma interface uniforme à superfície seccionada da alça intestinal. Com esse dispositivo é possível obter anastomoses duráveis, com menos formação de estenoses e maior força de ruptura. Objetivo: Apresentar dois casos de anastomose colorretal realizada com dispositivo ColonRing para tratamento cirúrgico de adenocarcinoma de reto e sigmóide. Material e Métodos: Ambos os paciente eram do sexo feminino, média de idade de 64 anos e portadoras de adenocarcinoma no sigmóide distal e reto superior. Foram operadas a no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará e Santa Casa de Misericórdia, em maio de 2012 para realização de retossigmoidectomia videolaparoscópica (1) e convencional (2) após preparo intestinal com Bisacodil e solução fosfatada. Resultados: O tempo operatório médio foi de 245min e sem intercorrências. Ambas apresentaram satisfatória evolução clínica com evacuações pastosas no 3° PO. As anastomoses foram avaliadas endoscopicamente no 1°, 8° sendo visualizado anel de anastomose e seu deslocamento e no 15° PO área observa-se área de anastomose pérvia e ampla. Conclusão: O emprego do dispositivo

CAR NiTi TM27 para anastomoses (ColonRing) é uma alternativa segura, eficaz e reprodutível para confecção de anastomoses colorretais.

TL062 - AVALIAÇÃO ANORRETAL DE 79 PACIENTES ATRAVÉS DA ULTRASSONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; PAULO HENRIQUE PISI

PROCTUS ULTRASSONOGRAFIA ANORRETAL TRIDIMENSIONAL, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: A ultrassonografia anorretal tridimensional tem sido amplamente utilizada no diagnóstico das afecções anorretais. Essa modalidade de exame possibilita avaliar as estruturas anatômicas que formam o canal anal, o reto e os tecidos perianorretais com baixo custo, de forma segura, sendo muito pouco invasiva, bem tolerada e sem radiação.

Utiliza-se um transdutor anorretal com 360o , rotatório , que realiza o escaneamento automático no sentido proximal-distal, resultando num cubo de 6cm de extensão. A imagem tridimensional formada pode ser gravada para posterior análise, possibilitando a aquisição de vários tipos de cortes melhorando significativamente a precisão do exame. Objetivo – Confrontar as indicações com os resultados obtidos através do exame ultrassonográfico. Método – Foram analisados retrospectivamente 79 exames utilizando-se um aparelho ultrassonográfico com transdutor anorretal bi e tridimensional (BK Medical). Todos os exames foram realizados por dois médicos coloproctologistas com a mesma formação e experiência ultrassonográfica. As indicações dos exames foram feitas por diferentes médicos coloproctologistas. Resultados – Dos 79 pacientes, 48% eram homens e 67% mulheres. Quanto às indicações, foram realizados 33 exames para avaliação de neoplasia, seja para estadiamento inicial de lesões do canal anal ou reto distal/médio, assim como resposta a neoadjuvância e seguimento pós-operatório; 11 para fístulas; 18 para incontinência fecal; 7 para constipação, 4 para pólipos, 2 para endometriose e 4 para dor e sangramento anal. Em relação aos achados ultrassonográficos: 35 neoplasias anorretais avaliadas, 10 fístulas com identificação dos trajetos fistulosos e orifícios internos correspondentes, 20 lesões esfinterianas parciais ou completas e 4 lesões do músculo puborretal, 8 contração paradoxal do músculo puborretal, 2 endometrioses, 6 doenças hemorroidárias, 3 intussuscepções, 4 retoceles, 1 abscesso, 1 pólipos retal e 2 exames sem alterações. Houve correlação entre os achados cirúrgicos e ultrassonográficos em todos os pacientes submetidos a correção cirúrgica. Conclusão – As principais indicações encontradas no presente estudo vão de encontro aquelas preconizadas na literatura. Quando realizada por coloproctologista, a ultrassonografia anorretal tridimensional ganha maior credibilidade, pois alia a visão tridimensional do exame com a experiência endoscópica e cirúrgica do examinador, permitindo a elaboração de laudos objetivos. Concordando-se ainda com a literatura mundial, o ultrassom anorretal tridimensional se tornou uma ferramenta fundamental na propedêutica de inúmeras afecções anorretais benignas e malignas, sendo um exame com menor complexidade técnica, maior rapidez na sua realização, melhor tolerância e baixo custo.

TL063 - AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES OSTOMIZADOS E NAQUELES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL

FRANCISCO CLAUDIO LINHARES DE SÁ FILHO.; LUIZ COÊLHO BRITO JÚNIOR; LEVINDO ALVES OLIVEIRA; MARLON KRUBINIKI DE MATTOS; GLAUCIO PIRES CARNEIRO; ÉDER RODRIGO FIGUEIRA RIBEIRO; ANDRÉ CÉSAR COÊLHO; RAQUEL BRITO SILVA DA LUZ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.

Resumo: Introdução: O impacto de uma ostomia em seus portadores é, às vezes, devastador. A falta de conhecimentos prévios, associada ao intenso desconforto ocasionado pelo estoma, por onde se exterioriza grande parte do material fecal, que produz sons e odores desagradáveis, ocasionam por vezes inadaptação e depressão. Objetivo: Realizar uma análise comparativa da qualidade de vida entre pacientes ostomizados e os que já reconstituíram o trânsito intestinal no Estado de Roraima. Metodologia: A qualidade de vida dos 30 pacientes incluídos na pesquisa (17 ostomizados e 13 pós-reconstrução do trânsito intestinal) foi avaliada do questionário adaptado e desenvolvido pelo World Health Organization Quality of Live Group (WHOQOL Group), o WHOQOL-bref, constituído de 24 questões, sendo composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente, cada questão satisfaz a uma faceta do domínio correspondente e 2 perguntas que abrangem Qualidade de Vida (QV). Resultados: Houve um predomínio do sexo masculino (63,3%), e a média de idade foi 39 anos. O grau de escolaridade predominante foi ensino médio incompleto ou abaixo (83,3%) e quanto à religião, houve predomínio da católica (66,7%). Quanto à avaliação da qualidade de vida, as facetas no domínio físico que mais influenciam nos ostomizados e pós ostomizados são “sono e repouso” ($r=0,92$) e “capacidade de trabalho” ($r=0,98$), respectivamente. No domínio psicológico, “pensar, aprender, memória e concentração” ($r=0,87$) foram mais significativos para ostomizados, enquanto “sentimentos negativos” ($r=0,95$) foi predominante no pós-ostomizados. Quanto as relações sociais, nos indivíduos ostomizados o “suporte (apoio) social” foi afaceta mais influente na qualidade de vida ($r=0,84$), enquanto a “atividade sexual” ($r=0,87$) foi mais importante nos indivíduos pós-ostomizados. No domínio meio ambiente, o “ambiente do lar” ($r=0,79$) e “oportunidade de adquirir novas informações e habilidades” ($r=0,89$) foram os mais influentes na vida dos ostomizados e pós ostomizados, respectivamente. Em relação à avaliação global da qualidade de vida, no grupo de ostomizados nenhum a classificou como “boa”, enquanto nos pós-ostomia 4 (30,8%) a avaliaram dessa forma. Na correlação feita entre QV e cada domínio, verificou-se os seguintes índices: físico ($r=0,67$), psicológico ($r=0,73$), relações sociais ($r=0,57$) e meio ambiente ($r=0,52$), todos os domínios apresentaram correlação estatisticamente significativa. Conclusão: A qualidade de vida nos pacientes ostomizados é, portanto, mais comprometida, uma vez que são pessoas com a imagem corporal alterada, dificuldades para exercer atividades cotidianas e sexualidade prejudicada. Dessa forma, compete aos profissionais de saúde além da preocupação com condições orgânicas funcionantes, suporte psicológico, social e emocional do paciente, o que influencia de maneira positiva no tratamento.

TL064 - AVALIAÇÃO DA IMUNIDADE LOCAL NO CARCINOMA ESPINOCELULAR DO CANAL ANAL DE DOENTES HIV-POSITIVO

SYLVIA HELOISA ARANTES CRUZ¹; SIDNEY ROBERTO NADAL¹; CARMEN RUTH MANZIONE²; EDENILSON EDUARDO CALORE²

1.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Estudamos as células de Langerhans (CL) ativadas nos portadores de CEC do canal anal, soropositivos e negativos para o HIV. O CEC anal era mais frequente no sexo feminino na 6ª e 7ª décadas de vida até a década de 80. Com o advento da infecção pelo HIV houve aumento de sua incidência em jovens do sexo masculino. OBJETIVO: Comparar a quantidade de CL ativadas, em portadores de CEC do canal anal e controles, HIV-positivo e negativo. MÉTODO: Avaliamos 25 doentes, sendo 11 soronegativos e 14 soropositivos. Os pacientes foram atendidos no ambulatório de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da FCMSCSP e pela Equipe Técnica de Proctologia do IIER. Todos apresentavam CEC do canal anal, estádios II e IIIB e foram submetidos ao esquema a radioquimioterápico. Realizamos estudo com a coloração imunistoquímica anti-CD1A para avaliar as CL ativadas. Utilizamos o método de histometria para a contagem em 20 campos diferentes das células coradas na camada basal, onde era evidente a disseminação tumoral. Fizemos dois grupos controle compostos por sete pacientes HIV negativo e quatro HIV positivo. Submetemos os resultados encontrados à análise estatística com os testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis e os testes paramétricos t de Student e exato de Fisher. Consideramos o índice de tolerância menor que 5%, para todos os testes estatísticos. RESULTADO: O CEC do canal anal foi mais frequente, em nosso estudo, em mulheres soronegativas e em homens mais jovens soropositivos ($p<0,05$). A quantidade de CL ativadas foi superior nos portadores de CEC do canal anal soronegativos para o HIV, em relação aos soropositivos ($p<0,05$). Essa quantidade foi superior no grupo controle soronegativo em relação ao dos soropositivos com CEC do canal anal ($p<0,05$). Não houve diferença na contagem obtida entre o grupo controle e com CEC do canal anal, soronegativos para o HIV ($p>0,005$). CONCLUSÃO: Houve diminuição das CL ativadas na área peritumoral dos pacientes soropositivos para o HIV.

TL065 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS TÓPICOS DA N-ACETILCISTEÍNA NA COLITE DE EXCLUSÃO ATRAVÉS DE ESCORE INFLAMATÓRIO

MARCOS GONCALVES DE ALMEIDA; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; RODRIGO DE OLIVEIRA MELLO; PAULO PEDROSO JUNIOR; ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS; GIOVANNA RICCI TELLO DO Couto; JOSÉ AIRES PEREIRA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: A colite de exclusão (CE) é uma condição benigna caracterizada pelo desenvolvimento de processo inflamatório na mucosa do cólon desprovida de trânsito fecal. O estresse oxidativo tem sido implicado na patogênese da doença. A n-acetilcisteína (NAC) é uma substância com efeitos antioxidantes utilizada no tratamento de várias doenças inflamatórias. Objetivo: Avaliar os efeitos da aplicação tópica de NAC em modelo de CE. Método: Trinta e seis ratos Wistar, foram submetidos ao desvio do trânsito através de colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram distribuídos em três grupos experimentais de 12 animais segundo a aplicação de enemas diários contendo soro fisiológico 0,9% ou NAC nas concentrações de 20mg/kg ou 100mg/Kg. Em cada grupo, metade dos animais foi sacrificada após duas ou quatro semanas de irrigação. O diagnóstico de CE foi feito por estudo histopatológico e a graduação

por escala de graduação inflamatória. Na avaliação dos resultados utilizou-se o teste de Mann-Whitney adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: A aplicação intrarretal de NAC melhorou a inflamação no cólon sem trânsito intestinal. Nos segmentos sem trânsito o escore inflamatório foi menor nos animais tratados com NAC na concentração de 100mg/Kg, quando comparado com os tratados com 25mg/Kg ($p < 0,05$). O escore inflamatório nos segmentos sem trânsito fecal foi menor nos grupos tratados com NAC, quando comparado ao grupo tratado com soro fisiológico, independente da concentração e do tempo de irrigação ($p < 0,01$). Conclusão: A aplicação de enemas contendo NAC melhora o escore inflamatório demonstrando-se estratégia benéfica para o tratamento da CE.

TL066 - COLONOSCOPIA EM PACIENTES OCTOGENÁRIOS EM REGIME AMBULATORIAL-PROPOSTA DE MUDANÇA DE PARADIGMA

PAULO ARRUDA ALVES; ELOISA RONCARATTI; RODRIGO OLIVA PEREZ; PATRICIO BERNARDO LYNN; CHARLES SABBAGH; JOAQUIM JOSE GAMA- RODRIGUES; ANGELITA HABR GAMA

INSTITUTO ANGELITA GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A população brasileira está se tornando progressivamente mais idosa e o número de colonoscopias diagnósticas e terapêuticas solicitadas para pacientes com idade acima de 80 anos é crescente. A maioria dos centros restringem a prática da colonoscopia ambulatorial apenas com objetivo de prevenção a pacientes com até 70 anos em geral. Medidas assistenciais para adaptação do preparo do exame às condições da idade avançada são motivo de preocupação, sendo que poucos serviços de endoscopia o realizam em regime ambulatorial. Torna-se oportuno avaliar esta alternativa ao invés do exame sob hospitalização (hospital dia) e rever os resultados desta prática. Objetivo: Avaliar a aceitação do paciente, a qualidade do preparo, as intercorrências, complicações e resultados da colonoscopia diagnóstica e terapêutica em pacientes com idade acima de 80 anos, em um único serviço ambulatorial privado de São Paulo. Método: Fez-se revisão retrospectiva descritiva de uma base de dados mantida prospectivamente. Foram coletados dados referentes à demografia, antecedentes pessoais, tipo e qualidade do preparo, necessidade de cuidados especiais e resultados da colonoscopia. Foram incluídos pacientes que haviam completado 80 anos ou mais em condições de realizar o preparo em ambiente ambulatorial (critérios de exclusão: pacientes com pneumopatia crônica, insuficiência cardíaca grau II, hipertensão arterial não controlada, obesidade mórbida, doença neurológica grave e insuficiência renal). Anteriormente ao preparo intestinal, foi realizada consulta prévia de enfermagem com todos os pacientes e fornecida orientação quanto às medicações em uso, à dieta sem fibras na véspera do exame e a maior quantidade de líquidos, bem como ao uso de manitol diluído a 10%, em casa ou no instituto, no dia do exame, no volume de 1000 ml, seis horas antes do procedimento. (Os candidatos ao exame que apresentavam queixas ou informações das condições clínicas incluídas nos critérios de exclusão foram encaminhados para avaliação pelo médico que os encaminhou, antes de serem incluídos no programa de colonoscopia em seguimento hospitalar). Em casos selecionados foi prescrito laxativo oral - Bisacodil ou aquele já utilizado pelo paciente - na véspera, com dose determinada pelo hábito intestinal. Resultados: No período de agosto de 2002 a fevereiro de 2012, 307 pacientes com a idade acima de 80 anos foram submetidos à colonoscopia no Instituto Angelita & Joaquim Gama

por um único colonoscopista (PRAA) com a colaboração de uma única enfermeira (ER). A mediana de idade foi de 82 anos (80 a 92), sendo 173 mulheres e 134 homens. As indicações do procedimento foram: vigilância após colectomia por câncer ou seguimento pós polipectomia, 115; desconforto ou dor abdominal ou dor anal, 39; sangramento ao evacuar, 37; prevenção do câncer colo retal 27; alteração do hábito intestinal, 23.

TL067 - CONDUTA NA PROCIDÊNCIA DE RETO

PATRÍCIA DA SILVA PASSOS; MARLISE MELLO CERATO; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; NILO LUIZ CERATO; VALERIO CELSO MADRUGA DE GARCIA; MARCELO DE FIGUEIREDO

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: Procidência retal é a protrusão de espessura total da parede do reto através do esfíncter anal. Existem vários procedimentos cirúrgicos descritos para tratamento desta patologia, sendo a escolha controversa. A via de acesso cirúrgico e a técnica são ditadas pela idade, sexo, condição clínica, extensão do prolapso, função intestinal e estado de continência fecal. Objetivos: Avaliar pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para procidência de reto no nosso serviço, no período de 2 anos. Relatar as complicações e sugerir a técnica mais apropriada segundo a literatura e a nossa experiência. Material e Métodos: Incluímos no trabalho todos pacientes submetidos a cirurgia para correção de procidência de reto, no nosso serviço, no período de julho de 2010 a julho de 2012. Foram realizadas revisões de prontuários médicos e criação de um banco de dados com registro de nome, sexo, idade, comorbidades, técnica cirúrgica, tempo de internação e complicações. Os pacientes foram acompanhados por aproximadamente 10 meses. Resultados: No período em estudo, foram realizados 12 procedimentos cirúrgicos para reparo de procidência retal em 10 pacientes: 01(uma) retossigmoidectomia com retopexia videolaparoscópica, 01(uma) sacropromontofixação laparotômica, 03 (três) cirurgias de Delorme e 07 (sete) retossigmoidectomias perineais com levaroplastia. Todos os pacientes eram do sexo feminino e com idade média de 73,08 anos. O tempo médio de internação pós-operatória foi de 4,4 dias (3 - 5) e o seguimento ambulatorial médio foi 10,2 meses (3,1 - 22). A taxa de recidiva geral foi de 41,7 % (5/12), 50% (5/10) entre os procedimentos perineais e nenhum (0/2) entre os abdominais. Todos os pacientes submetidos a cirurgia de Delorme (3/3) e 28,6% (2/7) dos casos de retossigmoidectomias perineais apresentaram recidiva, sendo esses últimos na mesma paciente que apresentava sequela de isquemia medular. Dentre os casos de retossigmoidectomia perineal, 03 pacientes já tinham sido submetidas a tratamento prévio para procidência retal: 02 cirurgias de Delorme e 01 retossigmoidectomia perineal. Não houve complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos. A paciente que foi submetida a retossigmoidectomia abdominal apresentava um quadro de constipação importante que melhorou após a cirurgia. Todos os pacientes melhoraram da continência anal, com exceção da paciente com alteração medular. Conclusão: Os nossos resultados foram compatíveis com a literatura, ou seja, os procedimentos abdominais não apresentaram recidivas e os perineais apresentaram uma recidiva elevada. É importante ratificar que esses procedimentos foram realizados em pacientes idosos, com outras comorbidades, incontinentes e que as recidivas da cirurgia de Altemeier se deram em uma paciente com isquemia medular.

TL068 - CÁPSULA ENDOSCÓPICA- EXPERIÊNCIA INICIAL DE SERVIÇO DE RIBEIRÃO PRETO

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PERAZZOLI; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; GUSTAVO URBANO; VIVIAN REGINA GUZELA; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA
HOSPITAL DE CLÍNICAS, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO.** A cápsula endoscópica constitui um método diagnóstico que permite avaliar toda a extensão do trato gastrointestinal, sendo particularmente relevante no estudo de patologias incidentes no intestino delgado. Entre suas principais indicações estão: hemorragia de etiologia obscura, anemia crônica, suspeita de neoplasias de delgado, avaliação de doença inflamatória intestinal, doença celíaca e dor abdominal crônica. **OBJETIVO.** Expor a experiência inicial em relação as indicações, achados e conclusões a respeito do estudo da cápsula endoscópica, na avaliação do trato digestório, em serviço de referência na cidade de Ribeirão Preto. **MATERIAIS E MÉTODOS.** Foram selecionados exames de cápsula endoscópica realizados em 28 pacientes entre os anos de 2010-2012. Entre as variáveis analisadas constaram a indicação do motivo do exame, achados imaginológicos durante o estudo e conclusões pertinentes a razão que motivou a indicação da cápsula endoscópica. Todo o exame foi amplamente documentado em relação a sua duração e imagens, sendo o laudo final encaminhado ao médico assistente que solicitou o estudo. **RESULTADOS.** Em nossa experiência, a idade dos pacientes submetidos a cápsula endoscópica variou entre 27 e 94 anos. A principal razão que motivou a solicitação do exame foi um ou mais episódios de hemorragia digestiva de causa obscura, com necessidade de transfusão sanguínea. Entre os achados, o mais comumente descrito ao longo do estudo foi a presença de angiodisplasias e ou ectasias vasculares. **CONCLUSÃO.** A importância da cápsula endoscópica reside no estudo de toda extensão do intestino delgado, porção extensa do trato digestório que exames como a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não são capazes de avaliar amplamente. A possibilidade de sua realização permite avaliar patologias que, embora infrequentes, impõem grande dificuldade diagnóstica quando suspeitadas.

TL069 - DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE OXIDATIVO TECIDUAL APÓS O USO DE N-ACETILCISTEÍNA NA COLITE DE EXCLUSÃO

MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; RODRIGO DE OLIVEIRA MELLO; PAULO PEDROSO JUNIOR; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; JOSÉ AIRES PEREIRA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: A colite de exclusão (CE) é uma condição benigna caracterizada pelo desenvolvimento de processo inflamatório na mucosa do cólon desprovida de trânsito fecal. O estresse oxidativo tem sido implicado na patogênese da doença. A n-acetilcisteína (NAC) é uma substância com efeitos antioxidantes utilizada no tratamento de várias doenças inflamatórias. Objetivo: Avaliar os efeitos protetores da aplicação tópica de NAC em modelo de CE. Método: Trinta e seis ratos Wistar, foram submetidos ao desvio do trânsito através de colostomia proximal e fistula mucosa distal. Os animais foram distribuídos em três grupos experimentais de 12 animais segundo a aplicação de enemas diários contendo soro fisiológico (SF) 0,9% ou NAC nas concentrações de 25mg/kg ou 100mg/Kg. Em cada grupo, metade dos animais foi sacrificada após duas ou quatro semanas de irrigação. Diagnosticou-se CE pelo estudo A peroxidação lipídica e

os níveis de estresse oxidativo ao DNA foram mensurados pela determinação dos níveis de malondialdeído (MDA) e pelo ensaio de cometa, respectivamente. Para comparação dos níveis de dano oxidativo entre os grupos experimental e controle foi utilizado o teste de Mann-Withney adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: A aplicação intrarretal de NAC melhorou a inflamação no cólon sem trânsito intestinal. Nos animais irrigados por duas semanas, com SF, NAC 25 e 100 mg/kg, no cólon com trânsito, os níveis de MDA foram $0,046 \pm 0,001$ mg/g; $0,051 \pm 0,005$ e $0,002 \pm 0,01$ mg/g, já no seguimento sem trânsito, foram $0,062 \pm 0,003$; $0,083 \pm 0,01$ e $0,0034 \pm 0,002$ mg/g. Após quatro semanas, nos seguimentos com trânsito, os níveis de MDA nos ratos irrigados com SF, NAC 25 e 100 mg/kg foram $0,052 \pm 0,01$; $0,0524 \pm 0,01$ e $0,0144 \pm 0,003$ mg/g, enquanto que no seguimento sem trânsito foram $0,084 \pm 0,01$; $0,069 \pm 0,01$ e $0,0066 \pm 0,002$ mg/g ($p < 0,05$). Os níveis de MDA foram significativamente menores nos animais tratados com 100 mg/Kg, independente do tempo ($p < 0,05$). Quanto aos níveis do dano oxidativo ao DNA, nos animais irrigados por duas semanas com SF, NAC 25 e 100 mg/kg, os níveis de *TM* no cólon com trânsito foram $2,55 \pm 0,16$; $2,57 \pm 0,21$ e $2,75 \pm 0,08$ AU, por sua vez o seguimento excluso apresentou os níveis $3,55 \pm 0,22$; $2,93 \pm 0,13$ e $2,80 \pm 0,07$ AU ($p < 0,05$). Após quatro semanas, os valores de *TM* para os animais lavados com SF, NAC 25 e 100 mg/kg no cólon com trânsito foram $2,96 \pm 0,06$; $2,96 \pm 0,09$ e $3,08 \pm 0,21$ AU, enquanto que no cólon excluso foram $3,95 \pm 0,27$; $3,04 \pm 0,08$ e $3,18 \pm 0,28$ AU respectivamente ($p < 0,05$). Os níveis de dano ao DNA foram significativamente menores nos animais tratados com NAC, independente da dose e do tempo de uso ($p < 0,05$). Conclusões: A aplicação de NAC reduziu o dano ao tecido e ao DNA, provavelmente pelos seus efeitos antioxidantes, demonstrando-se benéfico como agente complementar no tratamento da CE.

TL070 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DO CÓLON-EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO UNICAMP

JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES DOS SANTOS; NELSON MIYAJIMA; DÉBORA HELENA ROSSI; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; JOÃO JOSÉ FAGUNDES
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A dissecação endoscópica submucosa possibilita ressecção em bloco de lesões com baixa taxa de recorrência quando comparada com a mucosectomia, além de possibilitar melhor avaliação histopatológica. Objetivos: Relatar a experiência do Gastrocentro -Unicamp abordando exequibilidade e complicações no tratamento de lesões neoplásicas colorretais por ressecção endoscópica submucosa. Materiais e métodos: Foram considerados aptos a ressecções endoscópicas portadores de lesões de crescimento lateral, maiores do que 20 mm, com diagnóstico histológico de adenoma ou lesão hiperplásica e padrões de cripta tipo II, III e IV (classificação de Kudo). Foram excluídos pacientes com sinais endoscópicos de invasão submucosa (padrão de cripta tipo V, convergência de pregas ou ausência de elevação da lesão após infiltração submucosa com solução salina) ou diagnóstico de adenocarcinoma com invasão submucosa. Padronizou-se para fins de acompanhamento a realização de colonoscopias após 30, 90 e 180 dias. Resultados: No período compreendido entre setembro de 2010 a abril de 2012, 16 pacientes, com idade média de 61,0 (45-85) anos, sendo 9 do sexo feminino, foram submetidos ao procedimento. O tamanho médio das lesões foi de 30,8 mm, variando de 20 mm a 50 mm, sendo que 10 encontravam-

se no reto, uma em sigmoide, duas em transversa, e quatro em colon ascendente. A duração média foi de 167 min (60 a 420 min), sendo que 14 lesões (82,3%) foram ressecadas em monobloco. Ocorreram duas complicações (11,7%), tratadas durante os procedimentos com colocação de cliques endoscópicos, sendo um caso de sangramento e outro de perfuração, ambos com boa evolução. O diagnóstico histológico evidenciou a presença de lesão hiperplásica em um caso, adenoma com áreas de carcinoma intra-epitelial em cinco, adenocarcinoma com invasão de submucosa em dois e adenoma em dez. As margens de profundidade estiveram todas livres de lesão, em três casos (7,6%) constatou-se margem lateral comprometida, porém sem recidiva no acompanhamento pós-procedimento. Conclusão: A dissecação submucosa possibilitou adequada avaliação histológica dos espécimes, ausência de recidiva endoscópica e baixo índice de complicações.

TL071 - ENDOMETRIOSE DE APÊNDICE CECAL: SÉRIE DE CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

ROBERTO NIGRO; EDUARDO KENZO MORY; OMAR ABUD FRANCO ABDUCH; DANIEL JOSÉ SZOR; FABIO SAKAE KUTEKEN

HOSPITAL LEFORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; .

Resumo: Introdução: O apêndice cecal é o terceiro local de maior acometimento por endometriose no trato digestivo. No entanto, o diagnóstico é difícil e muitas vezes ocorre de forma incidental ou durante procedimentos relacionados ou não ao tratamento da endometriose. Objetivo: Apresentar casos de endometriose de apêndice no formato de série de casos e realizar a revisão da literatura. Métodos: Análise retrospectiva dos casos de endometriose intestinal operados com identificação daqueles com suspeita de acometimento do apêndice cecal e revisão de literatura. Resultados: No período de Janeiro de 2007 à julho de 2012, realizamos 74 procedimentos de abordagem cirúrgica de endometriose intestinal, sendo 52 retossigmoidectomias segmentares e 12 ressecções discoides. Todos os procedimentos são realizados por equipe multidisciplinar composta por coloproctologistas e ginecologistas. Em 22 casos, houve a suspeita de acometimento do apêndice com apendicectomia, dos quais em 81% dos casos houve confirmação histológica. O aspecto intraoperatório é variável e pode se apresentar como foco superficial de endometriose, foco nodular de endometriose, apêndice endurecido, pontos de fibrose no apêndice e aderência à focos ginecológicos. O tempo médio de acréscimo do tempo cirúrgico foi de aproximadamente 14 minutos (10 - 24 minutos). Nenhuma paciente apresentou qualquer complicação relacionada à apendicectomia. Houve ainda um caso adicional de achado incidental de endometriose de apêndice em paciente com o diagnóstico de apendicite e outro de suboclusão intestinal por acometimento do apêndice e válvula íleo-cecal. Discussão: Estima-se que o acometimento do apêndice por endometriose varie entre 0,8 à 22%, dependendo da população estudada. O acometimento é mais frequente quando há focos de endometriose em outras áreas do intestino, porém pode haver focos isolados de endometriose de apêndice. A apresentação clínica é variável. Em geral, associa-se à causa de dor pélvica crônica em fossa ilíaca direita. A ocorrência de casos de apendicite e perfuração são raros, com poucos relatos de casos na literatura. Nossos dados encontram-se de acordo com o restante da literatura, ressaltando-se o fato que analisamos apenas pacientes com diagnóstico de acometimento intestinal de endometriose. A apendicectomia acrescenta pouco tempo cirúrgico ou morbidade ao procedimento. Dada a alta correlação entre a suspeita intra-operatória e confirmação histológica, recomenda-se a revisão sistemática do apêndice cecal

nos casos de endometriose e a realização da apendicectomia à menor suspeita de acometimento. Conclusão: O acometimento do apêndice cecal, apesar de raro na população geral, apresenta alta prevalência em pacientes com endometriose intestinal. A análise intra-operatória do apêndice deve ser obrigatória e a apendicectomia realizada sempre que houver a suspeita de acometimento, dada a baixa morbidade que este procedimento adicional acrescenta.

TL072 - INFLUÊNCIA DO PREPARO MECÂNICO NA CIRURGIA ELETIVA DO CÂNCER DO INTESTINO GROSSO JULIO CESAR M SANTOS JR; ANA CAROLINA C. OLIVEIRA HOSPITAL FREI GALVÃO DE GUARATINGUETÁ, SP, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O preparo mecânico, para operações cirúrgicas colorretais eletivas, teria como intuito proteger o paciente contra as complicações infecciosas e a deiscência da anastomose, mas poucas vezes esse poder protetor foi cientificamente testado. OBJETIVO: O objetivo desse estudo foi verificar se as operações cirúrgicas colorretais eletivas, sobretudo no tratamento do câncer do intestino grosso envolvendo anastomoses colorretais baixas ou cólon-anais, podem ser feitas com segurança sem o preparo intestinal mecânico MÉTODO: Foram incluídas 544 pessoas, internadas entre janeiro de 1991 e maio de 2012, para tratamento cirúrgico de doenças do intestino grosso que evoluiu ressecção e anastomose primária. Foram divididas em 2 grupos: Grupo SP: 472 pacientes (254 mulheres e 218 homens) que não receberam o preparo mecânico pré-operatório do intestino grosso e Grupo CP: 72 pacientes com preparo mecânico prévio. Todos receberam, de forma profilática, por via venosa, a associação de 2 antibióticos iniciados na indução anestésica e mantido por 24 horas. Os pacientes do Grupo SP, demograficamente semelhantes, foram separados em dois subgrupos: subgrupo A – 278 pacientes com câncer do intestino grosso; subgrupo B – 194 pacientes com outras doenças cirúrgicas do intestino grosso. Todos foram operados pela mesma equipe de cirurgiões. RESULTADOS: Não houve diferença significativa entre os grupos relativa aos aspectos demográficos e de procedimentos cirúrgicos. A incidência de complicação infecciosa foi: Grupo SP 7,2% e Grupo CP 24%, significativamente diferentes ($p < 0,0005$) a favor dos pacientes que não receberam preparo mecânico. A análise feita dentro do Grupo SP revelou maiores complicações envolvendo as anastomoses colorretais baixas e as cólon-anais. Houve diferença significativa entre a incidência de deiscência de anastomose comparando homens (11,2%) e mulheres (2,7%). O tempo cirúrgico influíu significativamente na incidência de infecção – acima de 202 min (média de 242 min) a taxa de infecção foi de 12,7% contra 5% para as operações com duração inferior a 202 min. (média de 148 min.), com $p=0,029$, mas não nas deiscências de anastomoses. CONCLUSÃO: Da interpretação desses resultados, sugere-se que as cirurgias eletivas do intestino grosso, inclusive para o tratamento do câncer com anastomoses colorretais baixas podem ser feitas, com segurança, sem o preparo intestinal mecânico.

TL073 - INVESTIGAÇÃO DA ACALÁSIADO ESFÍNCTER ANAL INTERNO POR MEIO DA ELETROMANOMETRIA DE PACIENTES CHAGÁSICOS OBSTIPADOS COM E SEM MEGACOLO

ARMINDA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA; HELIO MOREIRA
FACULDADE DE MEDICINA UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Resumo: A doença de Chagas permanece como importante desafio para a saúde pública no continente sul americano. A colopatía chagásica é considerada a segunda manifestação clínica digestiva mais comum na doença e a obstipação intestinal crônica, seu principal sintoma. O objetivo geral foi investigar a presença de acalásia, por meio da eletromanometria do esfíncter anal interno, em pacientes chagásicos obstipados com e sem megacolo. O presente estudo avaliou parâmetros clínicos e eletromanométricos de 64 pacientes com sintoma de obstipação intestinal, atendidos no serviço de coloproctologia de um hospital universitário da região central do Brasil. A acalásia esteve presente em 91,3% (IC95% 74,13-98,52) dos pacientes com megacolo e/ou megarreto (Grupo 1), em 47,29% (IC95% 27,29-68,57) dos sem megacolo e/ou megarreto (Grupo 2) e em nenhum dos pacientes do grupo controle (Grupo 3). A capacidade retal foi de 309,1, 159,2 e 150,1 ml nos Grupos 1, 2 e 3 respectivamente. Concluiu-se que a eletromanometria detecta acalásia do esfíncter interno do ânus na quase totalidade dos pacientes com megacolo e/ou megarreto. A presença de megacolo em pacientes obstipados chagásicos alerta para a possibilidade de ocorrência de acalásia do esfíncter anal interno. Em pacientes obstipados crônicos, com sorologia positiva para doença de Chagas, sem megacolo a constatação da ausência do reflexo inibitório retoanal, pela eletromanometria, pode de forma definitiva comprovar a colopatía chagásica, enquanto a presença do reflexo afastaria, naquele momento, esse diagnóstico, devendo esses pacientes serem seguidos e tratados como os demais portadores de obstipação por outras causas. A comparação das manifestações clínicas nos três grupos não evidenciou diferenças que pudessem distinguir pacientes com colopatía chagásica daqueles com obstipação funcional, reafirmando a importância da realização da eletromanometria em pacientes chagásicos e obstipados.

TL074 - MESALAZINA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR HIPERTÔNICA DO CÓLON. ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO. MESALAZINA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR HIPERTÔNICA DO CÓLON. ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

FERNANDO PINHEIRO ORTEGA; GUSTAVO GOMBOSK; LUCIANE HIANE DE OLIVEIRA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; JOAQUIM SIMÕES NETO; ODORINO KAGOHARA; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JUNIOR; JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO
CLÍNICA REIS NETO - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A doença diverticular em sua forma hipertônica manifesta-se de maneira variada, sendo a dor tipo cólica na fossa ilíaca esquerda ou no baixo ventre o sintoma predominante da moléstia. **OBJETIVO:** Avaliar o resultado, a curto e médio prazo, do emprego da mesalazina na fase aguda da enfermidade diverticular hipertônica do cólon, na dependência da dose utilizada e do tempo de utilização. **MÉTODO:** Entre 2009 e 2011 foram selecionados dois grupos de pacientes, aleatoriamente, sem distinção de sexo, raça ou idade, respectivamente denominados de grupos A e B, portadores de doença diverticular hipertônica em fase aguda da enfermidade. Ao grupo A administrou-se dose única diária de 1200 mg de mesalazina por um período consecutivo de 3 meses e ao grupo B administrou-se dose diária de 1600 mg de mesalazina, dividida em 3 doses de 400 mg a cada 8/8 horas por igual período de 3 meses consecutivos. No grupo A foram estudados 13 pacientes e no grupo B, 12 pacientes. A seleção dos pacientes para estudo foi realizada através da história clínica, exame físico, hemograma completo e tomografia computadorizada multi-slice de abdômen. A história clínica foi importante para determinar o tempo e a intensidade dos sintomas; o exame físico

incluiu a palpação detalhada do abdômen com especial atenção para palpação do cólon esquerdo, incluindo temperatura axilar e retoscopia rígida. Paciente algum com abscesso e peritonite foi incluído no estudo. Os pacientes após medicados foram re-examinados com 15, 30, 60, e 90 dias, dando-se especial atenção para evolução clínica (especialmente sintoma doloroso, febre e hábito intestinal). **RESULTADOS:** Em ambos os grupos observou-se melhora significativa da dor nas duas primeiras semanas, sendo que ao final de 60 dias, a grande maioria dos pacientes (69,2% no grupo A e 66,6% no grupo B) apresentavam-se sem dor, com cólon sigmóide somente sensível à palpação profunda. Não houve diferença significativa ao final de 3 meses, quanto ao efeito das duas diferentes doses administradas, notando-se em ambos os grupos pacientes assintomáticos. **CONCLUSÃO:** Através do presente estudo concluiu-se que a mesalazina consiste em alternativa terapêutica efetiva no alívio sintomático da doença diverticular hipertônica do cólon em sua fase aguda.

TL075 - O EFEITO DA ISQUEMIA/REPERFUSÃO MESENTÉRICA SOBRE O ESTRESSE OXIDATIVO DE ÓRGÃOS À DISTÂNCIA EM RATOS WISTAR

HENRIQUE SARUBBI FILLMANN¹; GILMARA P. ZABOT¹; RENATA M. HARTMANN²; JEFFERSON BRAGA DA SILVA¹; NORMA P. MARRONI³

1.PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.UFRGS-HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UFRGS-HCPA-ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: É frequente na prática médica a ocorrência de estados isquêmicos como oclusões arteriais, transplantes, isquemia mesentérica e choque, os quais acometem número crescente de indivíduos, de variadas faixas etárias e determinam alta morbimortalidade. Entretanto a lesão de reperfusão, diferentemente da lesão isquêmica, é capaz de produzir alteração sistêmica e não apenas nos locais acometidos pelo fenômeno. Objetivo: O objetivo deste trabalho é demonstrar as alterações inflamatórias e do estresse oxidativo em órgãos à distância de animais submetidos à isquemia/reperfusão mesentérica. Material e métodos: foram utilizados 10 ratos Wistar machos com peso médio de 250 gramas. Os animais foram anestesiados, realizada laparotomia exploradora com clameamento da artéria mesentérica por 30 minutos e reperfusão por 15 minutos. Foram então retirados o intestino grosso, pulmão e fígado para avaliação do estresse oxidativo. Foi avaliada a lipoperoxidação pela técnica de TBARS e foram medidas as enzimas antioxidantes superóxido dismutase e glutatona peroxidase no pulmão e intestino. Para a avaliação da atividade antioxidante no fígado foi avaliada a enzima catalase. Resultados: Os resultados da lipoperoxidação no fígado, pulmão e intestino grosso dos animais submetidos à isquemia/reperfusão foram significativamente superiores aos do grupo controle (Fígado=1,27X0,13; Pulmão=3,6X1,2; Intestino=4,6X1,7). Os níveis da enzima superóxido dismutase foram significativamente maiores no pulmão e intestino nos animais submetidos à isquemia/reperfusão quando comparados ao grupo controle (Pulmão=37,2X80,1; intestino=93,8X179,6). Os níveis da enzima glutatona peroxidase foi significativamente inferior no pulmão e intestino dos animais submetidos à isquemia/reperfusão (Pulmão=2,72X4,51; Intestino=2,14X10,66). A medida da enzima catalase no fígado também foi significativamente inferior no grupo submetido à isquemia/reperfusão (0,28X0,610). Conclusão: A isquemia/reperfusão mesentérica provoca lesão secundária ao estresse oxidativo em órgãos à distância e explica o dano sistêmico causado por este evento.

TL076 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR. ANÁLISE DE 75 CASOS OPERADOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP-USP

MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; TAIS HELENA GARCIA FERNANDES DE OLIVEIRA; HALINE GOMES DE LIRA; BRUNO RAVENNA PINHEIRO KONDO; OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Analisar 75 pacientes com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) tratados no Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, entre janeiro de 1981 a dezembro de 2011. Materiais e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo com coleta dos seguintes dados: sexo, idade, sintomas principais, história familiar, presença de malignidade, cirurgia realizada, morbidade e mortalidade cirúrgicas e fatores relacionados a qualidade de vida. Resultados: A idade média encontrada foi de 29 anos (8 meses-60 anos). A patologia foi mais prevalente no sexo masculino (54,7%). Sangramento intestinal foi o sintoma mais comum (62,7%). Em 80% dos casos outros indivíduos da mesma família foram diagnosticados com PAF. A incidência de câncer colorretal foi de 25,3% (n=19). Neoplasias extra-colônicas foram diagnosticadas em 8% dos pacientes. Colectomia total com íleo-reto anastomose (IRA) foi realizada em 72% (n=54) dos pacientes. Proctocolectomia com anastomose ileoanal e bolsa ileal em "J" foi realizada em 24% (n=18) dos casos e em 4% (n=3) dos pacientes optou-se pela Proctocolectomia com ileostomia terminal (PCI). As taxas de complicações precoces e tardias foram semelhantes (22,7% x 24%). A cirurgia de bolsa ileal apresentou tendência a maior morbimortalidade porém sem relevância estatística. A taxa geral de mortalidade foi de 7,46%. Neoplasias malignas foram responsáveis por 60% dos óbitos e complicações cirúrgicas por 40%. Conclusões: A PAF é uma patologia de baixa incidência no nosso país. O aconselhamento genético e o rastreamento familiar são instrumentos essenciais para o diagnóstico precoce e seguimento adequado. A cirurgia persiste como melhor opção para prevenção do câncer colorretal e tratamento da doença.

TL077 - PREPARO MECANICO DO COLON, UMA ROTINA NECESSÁRIA?

MANOEL ALVARO FL NETO; MYRA JUREMA ROCHA; ELTON CORREIA ALVES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL.

Resumo: Introdução: As complicações pós-operatórias relacionadas à contaminação intra-operatória foram a barreira inicial a realização das cirurgias colo-retais. 11 De acordo com Graney and Graney e Hipócrates (460-377 B.C.), toda cirurgia envolvendo cólon era invariavelmente fatal. Similarmente Ambrose (1510-1590) mostrava em seus ensaios alta taxa de mortalidade como resultado de complicações infecciosas no pós-operatório. Somente com o advento dos antibióticos houve a redução da morbi-mortalidade das cirurgias. 1,4,11 Nichols e Condon, em 1971, mostraram a experiência clínica, a longo prazo, da remoção das fezes do cólon associada ao decréscimo da morbi-mortalidade em pacientes submetidos a cirurgia do cólon. Entretanto, na década de 80 outros estudos, colocaram em questão o uso do preparo intestinal como conduta essencial para a cirurgia colo-retal, mostrando conseqüências favoráveis com a sua omissão. O preparo intestinal para cirurgia colo-retal eletiva vem sendo realizado mundialmente como uma rotina incontestável há

mais de 100 anos para profilaxia de complicações pós-operatórias relacionadas à contaminação fecal. As complicações infecciosas no pós-operatório elevam significativamente a morbi-mortalidade do procedimento cirúrgico, sendo as bactérias da flora intestinal as principais responsáveis. A apresentação clínica destas varia desde a infecção de ferida operatória, fístula da anastomose, abscesso abdominal, até peritonite generalizada. Objetivo: Verificar se há correlação entre as complicações pós-operatórias e a não utilização do preparo mecânico dos cólons nos pacientes operados no serviço de coloproctologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo nos pacientes submetidos à cirurgia coloproctológica abdominal sem o preparo intestinal prévio no HUPAA, durante o período de janeiro de 2007 à junho de 2011. Foram coletadas informações conforme preenchimento do protocolo confeccionado pela equipe pesquisadora. Resultados : A amostra foi composta de 126 pacientes, 57 homens e 69 mulheres. Com média de idade de 54 anos, variando de 19 a 89 anos. Entre os pacientes que apresentaram comorbidades (43 pacientes – 34,12%), 30 (23,80%) eram hipertensos. A antibioticoprofilaxia foi utilizada em 89,70% dos pacientes. Dentre os pacientes, 14,28% apresentaram complicações, sendo 08 (6,34%) com infecção de FO, 06 (4,76%) com deiscência de anastomose e 04 (3,17%) apresentaram fístula. Conclusão: Analisando nossos achados com os da literatura verificamos haver correlação com os índices de complicações pós-operatórias quanto a não utilização de rotina do preparo dos cólons nas cirurgias coloproctológicas abdominais, sugerindo que o preparo dos cólons não é fundamental na rotina pré-operatória.

TL078 - PREVALENCIA DA INCONTINENCIA ANAL EM PACIENTES OBESOS – AVALIAÇÃO ELETROMANOMETRICA

GUSTAVO KURACHI¹; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA²; STEPHANIE CRISTINE KENNEDY MASSARO²; MAURO WILLEMANN BONATTO³; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA³; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA³; HELIN MINORU MATSUMOTO¹; UNIVALDO ETSUO SAGAE³

1. GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL;

2. FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL;

3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Objetivo: O objetivo do presente estudo foi analisar os dados de eletromanometria anorretal (MAR) em pacientes obesos e avaliar a relação entre obesidade e incontinência anal (IA). Materiais e métodos: Trata-se de um trabalho prospectivo, realizado na Gastroclínica, Cascavel, entre o período de julho de 2010 a Julho de 2011, no qual foram selecionados todos os pacientes obesos (IMC > 30) submetidos à MAR por 2 examinadores (G.K & D.M.R.L). Foram coletados dados como: idade, sexo, IMC, n° de partos vaginais e sintomas. Além disso, foram coletados os resultados da MAR (pressão de repouso, pressão total de contração voluntária, anismus e sustentação). A análise realizada foi descritiva e os dados foram tabulados. Resultados: Dos 111 pacientes selecionados (36 homens, com média de idade de 48,4 anos e 75 mulheres, com média de idade de 51,5), vinte um pacientes (18,9%) apresentavam sintomas de incontinência anal. Dentre estes, a média de idade foi 57 anos, sendo 20 mulheres: 8 nulíparas, 2 primíparas, 11 com 1 ou mais partos vaginais (2-11). Do grupo selecionado, em relação a MAR, 4 pacientes sem incontinência apresentavam hipotonia de repouso e

contração e 1 paciente, hipotonia de contração. Havia 55 pacientes (49,5%) com presença de anismus, 12 (10,8%) com sustentação ruim e a maioria, 99 (89,1%) com sustentação boa ou regular. Dos pacientes portadores de IA: 8 apresentavam MAR normal; 5, hipertonia esfínteriana; 1, hipotonia de repouso; 3, hipotonia de contração e 5, hipotonia de repouso e contração associada. Conclusão: A prevalência de incontinência anal entre pacientes obesos parece maior que a média relatada na população geral da mesma idade, causando grande impacto na qualidade de vida destes pacientes inerentes a esta complicação. Mais estudos devem correlacionar estes achados com esta comorbidade.

TL079 - SISTEMA COMPUTACIONAL DE TELEMEDICINA PARA O ACOMPANHAMENTO E A INTERAÇÃO REMOTA DURANTE A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE VIDEOCOLONOSCOPIA BASEADO EM SOLUÇÕES NÃO PROPRIETÁRIAS

RENATO BOBSIN MACHADO¹; HUEI DIANA LEE¹; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO²; RAQUEL FRANCO LEAL²; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY²; JOÃO JOSÉ FAGUNDES²; EVERTON ALVARES CHERMAN³; FENG CHUNG WU²

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO CARLOS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a área computacional aplicada à medicina tem apoiado eficientemente no controle de dados, adequação de imagens e, conseqüentemente, precisão do diagnóstico. Todavia, esses processos computacionais são, em geral, proprietários, dificultando a inter-relação desses componentes. Sob esse escopo, neste trabalho, desenvolveu-se um modelo computacional em telemedicina para acompanhamento e interação remota durante realização de exames de videocolonosopia. Objetivos: desenvolvimento de sistema computacional para acompanhamento local e remoto de exames de videocolonosopia, em tempo real, de modo interativo e iterativo. Materiais e Métodos: Primeira fase: enumeração de requisitos funcionais com estudo do problema e reuniões com especialistas da área médica; definição de recursos para acompanhamento in loco e remoto dos exames; delineamento de mecanismos de interatividade entre os profissionais, durante os exames, por áudio, vídeo e mensagens texto; determinação de ferramentas de captura e compartilhamento, remoto, de imagens do procedimento. Segunda fase: definição de métodos computacionais, implementação e validação do sistema. Os experimentos foram realizados utilizando um videocolonoscópio Fuginon VP-440018, conectado a computador Core 2 Duo 2.2GHz, com placa PixelView e interface Supervídeo. A transmissão de vídeos e imagens foi feita com padrão Wireless 803.11b, 54 Mbps. O enlace entre o videocolonoscópio e o ambiente computacional foi realizado usando tecnologias de software livre. Recursos computacionais utilizados: padronização Model-view-controller, linguagens de programação Java e Flex, servidor de Streamings Red5 e banco de dados MySQL. Resultados/Discussão: neste trabalho, desenvolveu-se um modelo computacional aplicando-se tecnologias de software livre, provendo flexibilidade e alcance para os profissionais de saúde na utilização do sistema. A solução foi implementada em ambiente Web, de modo que não é necessária a instalação de software específico nos computadores dos usuários, podendo-se utilizar o sistema em qualquer local com acesso a Internet. O principal diferencial com os outros trabalhos da área de Telemedicina foi a disponibilidade de recursos no acompanhamento e interatividade,

em tempo real, durante a realização dos exames endoscópicos. Desse modo, além de romper o paradigma das tecnologias proprietárias, o sistema possibilita acompanhar a realização dos exames por especialistas de outras instituições, elevando a eficiência no diagnóstico das doenças, evitando o deslocamento de pacientes até cidades distantes que disponham desses profissionais específicos. Conclusão: o sistema, após implementação, atendeu às características estabelecidas pelos especialistas das áreas médica e computacional, trazendo contribuições para a área de videocolonosopia. Trabalhos futuros incluem a aplicação de métodos de análise inteligente de dados a partir da base de dados de imagens e vídeos construída neste trabalho.

TL080 - TRATAMENTO DA DOENÇA PILONIDAL AGUDA
JOSÉ CARLOS NUNES MOTA¹; MARCO ANTÔNIO DE JESUS NASCIMENTO²

1. UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SERGIPE, PE, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A Doença Pilonidal ocorre com maior frequência na região da fenda interglútea, axila e períneo. Foi descrita pela primeira vez por Anderson em 1847. OBJETIVO: O objetivo é apresentar uma alternativa para o tratamento cirúrgico da doença pilonidal na fase aguda ou crônica. MÉTODO: O paciente é colocado em decúbito ventral, sob anestesia. Incisão elíptica da pele, tecido subcutâneo incluindo os orifícios para a ressecção do cisto e tecido desvitalizado. Fechamento parcial da ferida se faz pela técnica de MacFee. Aplica-se pontos separados vertical de Donanatti com náilon 2-0 aproximando a pele do ligamento posterior da região sacra em cada lábio da ferida. RESULTADOS: A fenda cirúrgica evolui para cicatrização a partir do 15º dia pós-operatório, com preservação do sulco interglúteo, drenagem de secreções. Até o momento não tivemos recidiva. CONCLUSÃO: a técnica de MacFee, marsupialização parcial, fechamento parcial da ferida operatória é aconselhável na doença pilonidal na fase aguda ou crônica.

TL081 - “AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS”

BRENO XAIA COSTA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR LAMOUNIER; FERNANDA ELIAS RABELO; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; FABIO HENRIQUE OLIVEIRA; MARCELO GIUSTI WERNECK CORTÊS; RODRIGO ALMEIDA PAIVA

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: A avaliação crítica dos resultados de um serviço de cirurgia resulta, sem dúvida, em melhora da qualidade do serviço. Com o objetivo de avaliação e de auditoria, tornam-se necessários, cada vez mais, o uso de indicadores/scores que possam gerar melhor previsão individual de risco, melhor alocação de recursos e melhor planejamento terapêutico. O POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for enUmeration of Mortality and Morbidity) e o P-POSSUM (Portsmouth Possium) são indicadores descritos pela 1ª vez em 1991 por Copeland et al. Esses indicadores calculam a morbidade e a mortalidade esperadas utilizando-se 12 variáveis fisiológicas e 6 variáveis cirúrgicas. O P-POSSUM é um tratamento estatístico do POSSUM, criado em busca de um indicador que não superestimasse a mortalidade como o POSSUM. As múltiplas publicações americanas utilizando-se o POSSUM/P-POSSUM demonstram a importância de tais indicadores no sistema de saúde dos Estados Unidos da América e

a superioridade do sistema da predição de morbi-mortalidade em relação aos demais indicadores. Este trabalho tem o objetivo de auditar o Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho, utilizando-se o POSSUM e o P-POSSUM como indicadores de qualidade. MATERIAIS E MÉTODOS: Foram avaliados os resultados das cirurgias abdominais realizadas pela equipe de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho de janeiro de 2011 a abril de 2012. Neste período, todos os pacientes tiveram os indicadores POSSUM e P-POSSUM calculados e registrados. Foram também calculados os índices de mortalidade e de morbidade do Serviço, no período já citado. Os resultados encontrados foram comparados aos índices estimados pelo sistema POSSUM e P-POSSUM. Foi calculado o índice O/E (relação entre o observado no serviço e o esperado pelos índices), sendo desejável que este seja inferior a 1. RESULTADOS: Totalizaram 160 pacientes. CONCLUSÃO: O Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho apresentou, no período de janeiro de 2011 a abril de 2012, índices de morbidade e mortalidade inferiores aos estimados pelo POSSUM. No entanto, apresentou índices de mortalidade superiores aos estimados pelo P-POSSUM.

TL082 - ¿LA SIGMOIDECTOMIA POR DIVERTICULITIS RECURRENTE IMPACTA EN LA CALIDAD DE VIDA?

ESTEBAN GRZONA

HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA.

Resumo: ANTECEDENTES: La indicación quirúrgica frente a la diverticulitis recurrente ha sufrido modificaciones y en la actualidad sigue teniendo muchas imprecisiones. Por estas razones sería importante conocer si los pacientes sometidos a una sigmoidectomía por diverticulitis recurrente sufren alguna alteración en su calidad de vida. OBJETIVO: Evaluar si la sigmoidectomía por diverticulitis recurrente impacta en la calidad de vida. DISEÑO: Trabajo observacional. MATERIAL Y METODO: Se analizaron los pacientes operados por diverticulitis recurrente (G1) entre diciembre de 2003 y abril de 2012. Para dicho análisis se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Asimismo se realizó dicho cuestionario a personas que nunca padecieron diverticulitis (G2). Se analizaron puntuaciones "brutas" para cada dimensión entre 0 y 100. Los datos del Cuestionario de Salud SF-36 se recogieron a través de una entrevista electrónica. Se utilizó así mismo la prueba de la T de Student para estudiar las diferencias entre las dimensiones del SF-36. El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico "SPSS 19". RESULTADOS: En el periodo de tiempo analizado se internaron 322 pacientes con diagnóstico de diverticulitis de los cuales se operaron 178 en forma programada. Se obtuvieron 173 cuestionarios completos de los cuales correspondían 123 (71%) al G2 y 50 (29%) al G1. De los pacientes que fueron operados, 3 (6%) presentaron síntomas de diverticulitis luego de la cirugía. Los resultados de la comparación de medias de dimensiones del cuestionario fue: Funcionamiento físico: 54.0 vs 47.6, Rol físico: 52.8 vs 49.2, Dolor: 28.0 vs 31.5, Salud general: 40.8 vs 41.4, Vitalidad: 47.7 vs 49.8, Funcionamiento social: 35.3 vs 35.2, Rol emocional: 48.8 vs 47.4, Salud mental: 33.9 vs 34.2, Síntesis física: 47.2 vs 44.8, Síntesis Mental: 38.2 vs 39.7. Ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa. CONCLUSIONES: Los pacientes sometidos al tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular presentan en el postoperatorio una calidad de vida similar a la población general. Existe una minoría de pacientes que experimentará recurrencia de diverticulitis luego del tratamiento.

- ORIFICIAIS -

TL083 - ANALGESIA COM POLICRESULENO E CINCHOCAINA EM HEMORROIDECTOMIAS: ESTUDO PROSPECTIVO E CONTROLADO

ILARIO FROEHNER-JUNIOR¹; PAULO GUSTAVO KOTZE¹; JULIANA GONÇALVES ROCHA¹; ERON FÁBIO MIRANDA¹; MARIA CRISTINA SARTOR¹; JULIANA FERREIRA MARTINS¹; VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILE¹; MARCO FÁBIO CORREA²
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL;
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA: a dor é considerada a principal complicação das hemorroidectomias. O tratamento tópico é ainda controverso e a literatura relacionada, incipiente. O objetivo principal deste estudo foi avaliar a ação do policresuleno e cinchocaína tópicos no comportamento da dor no período pós-operatório em pacientes submetidos a hemorroidectomias, comparativamente à utilização do placebo. MÉTODOS: Estudo prospectivo, randomizado, longitudinal, duplo-cego e controlado com placebo. Os pacientes foram divididos em 3 grupos. O grupo controle recebeu as orientações usuais do pós-operatório, sem medicação tópica. O grupo de tratamento tópico recebeu adicionalmente a aplicação de pomada, e de forma randomizada e duplo-cega, seus pacientes foram distribuídos em dois grupos (policresuleno + cinchocaína e placebo). A principal variável analisada foi o valor atribuído pelo paciente à respectiva dor por meio da escala visual analógica (EVA) desde sua chegada na enfermaria após a operação, até o décimo-quinto dia do pós-operatório. A dor no momento da primeira evacuação foi igualmente mensurada. Adicionalmente foram avaliados dados demográficos, o comportamento da dor entre os grupos nos períodos analisados, a aderência às orientações e a satisfação do paciente ao usar a pomada. A análise estatística foi realizada com os testes de qui-quadrado, Kruskal-Wallis e exato de Fisher, para um nível de significância de 0.05. RESULTADOS: foram incluídos 43 pacientes submetidos a hemorroidectomias à Milligan-Morgan. Destes, 13 compuseram o grupo controle (1 excluído) e 30, o grupo de tratamento tópico (15 utilizaram placebo e 15 policresuleno + cinchocaína). A média de idade entre todos os pacientes foi de 45.98 (18-68) anos ($p = 0.27$). Do total da amostra, 37.2% eram do sexo masculino. A média dos valores da intensidade da dor atribuídos pelos pacientes da chegada na enfermaria até o décimo-quinto dia do pós-operatório foi de 4.09 (PO imediato), 3.22 (alta hospitalar), 5.73 (dia 1), 5.77 (dia 2), 5.74 (dia 3), 5.65 (dia 7), 5.11 (dia 10) e 2.75 (dia 15). Não houve diferença estatística entre os grupos nesta variável. A primeira evacuação ocorreu principalmente entre o segundo e o terceiro dias (1-7) e a média da intensidade da dor neste momento foi 7.70 ($p = 0.67$), igualmente sem diferença entre os grupos. Mais de 80% dos pacientes seguiram as orientações pós-operatórias como indicado. Em análise subjetiva, 86.66% dos pacientes do grupo controle e 66.66% do grupo policresuleno + cinchocaína ficaram satisfeitos com a utilização da pomada ($p = 0.19$). CONCLUSÕES: não houve diferença estatística entre os grupos controle, placebo e policresuleno + cinchocaína no comportamento da dor no pós-operatório de hemorroidectomias. Os índices de dor mensurada foram maiores entre o primeiro e décimo dias após as operações, com seu auge no momento da primeira evacuação. Desta forma, o papel do tratamento tópico no pós-operatório permanece controverso.

TL084 - ANÁLISE ECONÔMICA COMPARATIVA ENTRE LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDAS TRIPLA NUMA SESSÃO VERSUS ÚNICA

DANIEL RICHARD MARTINS MOTA; IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA; RACHEL CARVALHO; SASKIA COPPENS; SHYMMENE CARDOSO; FELICIDAD SANTOS GIMENEZ
UFAM – AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Apesar de amplamente experimentada, não se realizou ainda estudo econômico analítico da ligadura elástica de hemorróidas. OBJETIVO: Proceder à análise econômica comparativa entre a ligadura elástica de um mamilo hemorroidário por sessão e a em que três mamilos são ligados numa única sessão para definir se existe diferença, em termos de custos, entre as duas modalidades. MÉTODO: Após consentimento informado aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, pacientes com hemorroidas de 2º grau, que preencheram critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados sobre dados epidemiológicos, clínicos e faixa salarial e alocados, por sorteio, em um de dois grupos: Pacientes G1 foram submetidos à ligadura de um mamilo hemorroidário e à simulação de duas outras ligaduras em cada uma de três sessões de tratamento; pacientes G2, à ligadura de três mamilos numa sessão e à simulação de três ligaduras em cada uma das duas sessões seguintes. As sessões de ligadura foram espaçadas um mês entre si. Os custos de cada modalidade de ligadura, levantados no terceiro mês após a ligadura inicial, foram assim calculados: 1) material de consumo gasto em cada sessão de ligadura efetiva; 2) fração do salário dos profissionais envolvidos na realização de cada procedimento; 3) preço de medicamentos utilizados pelos pacientes; e 4) fração do salário resultante de absenteísmo ao trabalho dos pacientes de cada grupo de estudo. Significância estatística foi considerada para $p < 0,05$ após a aplicação do teste do Chi-quadrado. RESULTADOS: De 76 pacientes projetados, 54 completaram os três meses de acompanhamento, 25 do grupo G1 e 29 do G2. Não houve diferença na idade média dos pacientes distribuídos em ambos os grupos ($p > 0,05$). A média de duração das sessões de ligaduras efetivas de cada grupo foi de 189 s para pacientes G1 e 155 s para pacientes G2 ($p > 0,05$). O custo médio de sala de procedimentos do tratamento completo foi de R\$ 22,53 para G1 e de R\$ 10,11 para G2 ($p < 0,01$). As despesas de pacientes de ambos os grupos com o tratamento foi de R\$ 78,06 para G1 e R\$ 76,06 para G2 ($p > 0,05$). O custo ocupacional médio de cada uma das modalidades de ligadura foi de R\$ 75,91 para G1 e de R\$ 125,12 para G2 ($p > 0,05$); e o custo do emprego de mão de obra para a realização de ligaduras foi de R\$ 3,56 para G1 e de R\$ 2,91 para G2 ($p > 0,05$). CONCLUSÃO: Ligaduras elásticas de três hemorroidas numa única sessão foram em média significativamente menos dispendiosas do que ligaduras de um mamilo apenas em três sessões quanto a gastos de sala. Não houve indícios de diferenças estatísticas entre as duas modalidades de ligaduras em termos de custos envolvidos na compra de medicamentos por parte dos pacientes, custos ocupacionais relacionados a absenteísmo ao trabalho e custos de emprego de mão de obra para a realização de ligaduras.

TL085 - APEX TECHNIQUE NO TRATAMENTO DE HEMORRÓIDAS ASSOCIADAS A VOLUMOSO PROLAPSO MUCOSO

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; STHELA MARIA MURAD REGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES¹; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO¹; VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO¹

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

Resumo: Apex technique representa uma técnica modificada de grampeamento para tratar hemorróidas e volumosos prolapsos de mucosa possibilitando a ressecção de largas bandas de mucosa excedente. Objetivo: Apresentar a técnica e resultados da Apex Technique no tratamento de volumosos prolapsos mucoso-hemorroidário. Material e Métodos: Quarenta e cinco pacientes, 30 mulheres e 15 homens, média de idade de 59,5 anos (41 a 78 anos), com grande prolapso mucoso circular, 10 casos com hemorróidas grau III associadas; submetidos à Apex technique com o grampeador circular para prolapsos e hemorroidas HEM-33 (Covidien, New Haven, CT, EUA) no Hospital São Carlos, Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará (Fortaleza-Brasil) e Hospital das Clínicas da Universidade do Chile (Santiago-Chile). A técnica consiste na identificação do ápice do prolapso, reparando com um fio em cada quadrante, seguindo-se de uma sutura em bolsa ao nível dos pontos de reparo e envolvendo mucosa e submucosa. Seleciona-se um orifício de ancoragem na haste central do grampeador, de acordo com o tamanho do prolapso, de modo que a sutura em bolsa permaneça segura na haste com tensão apropriada para que os tecidos sejam capturados e removidos através do grampeamento, resultando na ressecção de todo o segmento de mucosa retal prolapsado. Resultados: O tempo cirúrgico médio foi de 17min (15 a 30min). Ocorreu sangramento após grampeamento necessitando de sutura manual hemostática em 3(6,6%) casos. Vinte e cinco pacientes (55,5%) não se queixam de dor no pós-operatório e o restante refere dor em diferentes níveis de intensidade numa escala de 0 a 10, 7(15,5%) - escala: 1/10, 9(20%) - 2/10, e 4(8,8%) - 3/10. A permanência hospitalar foi de 24 horas. A largura média de mucosa ressecada foi de 5,9cm (5,0 a 7,5cm). Discreta estenose na linha de grampeamento ocorreu em 4(8,8%) pacientes, sendo tratados através de dilatação digital. Após seguimento médio de 18 meses (12 a 36 meses), foi observado pequeno prolapso residual pela anosscopia em 6(13,3%) pacientes. Conclusão: A apex technique utilizada com o grampeador HEM-33 é segura e eficaz no tratamento de volumosos prolapsos de mucosa retal, demonstrado pelo tamanho da mucosa retal ressecada e pelos satisfatórios resultados obtidos.

TL086 - AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA DE MULHERES SUBMETIDAS À ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA POR FISSURA ANAL CRÔNICA

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; MARIA EUZANA MOURA COELHO
UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Avaliar a anatomia e a função anorretal dos pacientes submetidos à esfínterectomia lateral interna devido à fissura anal crônica. Além disso, determinar a correlação dos sintomas de incontinência fecal com os achados anatômicos utilizando ultrasonografia anorretal tridimensional e estabelecer o percentual do esfínter anal interno (EAI) que pode ser seccionado durante a realização de uma esfínterectomia. Material e Métodos: Foram avaliadas, prospectivamente, 31 mulheres com média de idade de 40 anos com fissura anal crônica tratadas com esfínterectomia lateral

interna. Foi utilizado o escore de incontinência de Wexner, a manometria anorretal e a ultrassonografia anorretal tridimensional (US3D). Foram incluídas ainda, 26 mulheres saudáveis como grupo controle com média de idade de 38 anos. Quatro meses após a cirurgia, foram medidas as pressões anais, os comprimentos dos músculos do canal anal, sendo os grupos comparados. O comprimento longitudinal e a porcentagem do esfíncter anal interno seccionado em relação ao total do esfíncter interno contra lateral foram correlacionados com o escore de incontinência. Na análise estatística, aplicou-se o teste t Student, one-way ANOVA, o teste qui quadrado, o teste de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação intraclasse (ICC). Resultados: No grupo da esfínterectomia, 11 eram nulíparas, 11 possuíam pelo menos um parto vaginal e 9 foram submetidas a cesariana. A distribuição da paridade e tipo de parto entre os grupos foram similares. O escore de incontinência foi semelhante quando comparado as pacientes quanto a paridade e ao tipo de parto. Não houve correlação entre a idade e o escore de incontinência fecal. As pressões anais de repouso reduziram significativamente no pós-operatório. Não houve diferença entre as pressões voluntárias máximas no pré- e pós-operatório. Não houve diferença estatisticamente significativa no comprimento dos esfíncteres íntegros e do GAP quando comparadas as pacientes submetidas a esfínterectomia com pacientes voluntárias. Houve uma correlação positiva significativa entre o comprimento de músculo seccionado e o escore de incontinência fecal. Dezoito pacientes incluídas no estudo tiveram menos de 25% do esfíncter anal interno seccionado, sendo a média do comprimento da lesão 0,54cm. Treze pacientes tiveram 25% ou mais do esfíncter anal interno seccionado e a média do tamanho do esfíncter seccionado de 1,00cm. O escore de incontinência foi significativamente menor nos pacientes que apresentaram menos de 25% do esfíncter anal interno seccionado. Não houve correlação entre o ângulo de lesão e o escore de incontinência. O coeficiente de correlação intra classe variou de 0,714-0,989 para as medidas ultrassonográficas realizadas por dois examinadores. Conclusões: Houve uma correlação entre o tamanho do esfíncter anal interno seccionado e o escore de incontinência anal e que a secção do EAI deve ser limitada a menos de 25% do comprimento total do músculo.

TL087 - AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT)- RESULTADOS INICIAIS DO SERVIÇO
STHELA MARIA MURAD REGADAS; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; JOSE AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ANA CECILIA NIEVA GONDIM; CÉSAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS
UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: a fístula perianal é uma afecção comum na prática proctológica, causando dor e drenagem de secreção piossanguinolenta de forma intermitente ou contínua, proporcionado desconforto e má qualidade de vida ao doente. Se caracterizada por três componentes básicos: orifício interno (OI), trajeto fistuloso e orifício externo (OE). O tratamento é cirúrgico tendo com opções técnicas operatória com secção da musculatura esfínteriana (fistulotomia com ou sem uso do setton) e aquelas com preservação do esfíncter (plug, cola e avanço de retalho). O sucesso da cirurgia depende da taxa de cicatrização/recidiva e danos na continência fecal. Em 2007, Rojanasakul et al. publicou uma nova técnica para o

tratamento de fístula com baixas taxas de recidiva e sem alteração na continência fecal, sendo chamada de LIFT (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso). Método: Pacientes portadores de fístula anal transesfinctérica foram submetidos a avaliação Manométrica e Ultrassonografia anorretal 3D no pré e pós operatório e submetidos a tratamento cirúrgico LIFT. Foram avaliados quanto aos resultados cirúrgico (complicações operatória, tempo de cicatrização e recidiva) , a continência fecal utilizando o escore de incontinência de Wexner, função esfínteriana e morfologia do canal. Resultados: Foram operados 6 pacientes sendo 4 do sexo feminino e 2 do masculino com idade variando entre 23 e 50 anos. Quantidade de músculo esfínteriano acometido varia entre 30-81%, tendo como complicações um caso de deiscência da sutura do trajeto, sendo considerado como não tratamento e um caso de recidiva. A cicatrização ocorreu entre 35 e 60 dias, tendo como taxa de cicatrização 66% e não houve nenhum caso de incontinência. Discussão: Os resultados iniciais do nosso serviço encontram-se de acordo com os resultados apresentados na literatura, já que nestes a taxa de cicatrização varia entre 57 e 94%, sem nenhum caso de incontinência. Ainda vale salientar que é o início da experiência do serviço com o LIFT, assim com o passar do tempo e das cirurgias , a tendência é haver uma redução na taxa de recidiva com melhora da cicatrização. Conclusão: A nova técnica de cirurgia para fístula perianal tem como objetivo preservação total da função esfínteriana com bons resultados em estudos recentes. Este procedimento é relativamente fácil e seguro. São necessários estudos randomizados para incluir o LIFT como opção para tratamento de fístula perianais.

TL088 - DEARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) – EXPERIÊNCIA COM 85 CASOS
SIDNEY KLAJNER; PEDRO CUSTÓDIO DE MELO BORGES; DANIEL KRUGLENSKY; RENATO CATOJO SAMPAIO
HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Relatar casuística dos primeiros 85 pacientes submetidos à técnica de THD no Hospital Albert Einstein – SP. Material e Métodos: De Junho de 2010 a Junho de 2012, 85 pacientes foram submetidos à técnica THD pelo mesmo cirurgião. Apresentavam doença hemorroidária de graus II, III e IV, em sua maioria com queixa de prolapso e/ou sangramento às evacuações. A técnica anestésica adotada foi de anestesia geral (máscara laríngea) e a posição do paciente de litotomia. Técnica THD: o anuscópio THD slide® é introduzido por via transanal com auxílio de gel para ultrassonografia. A 6 cm da linha pectínea a artéria hemorroidária, ramo da retal superior, é localizada e, após retirada gradativa do aparelho, novamente identificada em sua porção mais distal e marcada com cautério a 2 cm da linha pectínea. Após reintrodução do anuscópio, é realizada ligadura arterial através de sutura em X com ácido poliglicólico 2-0, através de abertura no anuscópio. Após a ligadura, realizamos a pexia mucosa no reto, promovendo um lifting do canal anal para tratamento do prolapso. O procedimento é realizado em cada uma das 6 artérias, dispostas conforme as horas ímpares de um relógio. Ao término, é introduzido hemostático em forma cilíndrica.(1) Todos os pacientes receberam antiinflamatórios e analgésicos quando necessário, e dieta rica em fibras com ou sem laxativos. Foram acompanhados após 7, 30 e 60 dias. Analisados tempo de cirurgia, dias de internação, complicações pós-operatórias, retorno às atividades laborais, dor e eficácia. Resultados: A idade média foi de 50,6 anos (26 – 89). 65 pacientes (76,5%) do sexo masculino. Do total de pacientes, 24 (28,2%) eram portadores de hemorroidas grau II, 52 (61,2%) grau III e 9 (10,6%) de grau IV. O

tempo médio de cirurgia foi de 40 minutos e o tempo de internação médio: 1,05 dias. Houve melhora dos sintomas de prolapso hemorroidário em 91,7% (78/85) e de sangramento em 97,7% (83/85) dos pacientes operados. O tempo médio de retorno às atividades laborais foi de 4 dias. A complicação mais frequente foi a formação de fecaloma em 7 pacientes (8,2%), sem necessidade de intervenção cirúrgica. Três pacientes (3,5%) foram reoperados por sangramento no 6º, 10º e 13º dia de pós-operatório respectivamente, por apresentarem sangramento após manobra de valsalva excessiva. Dois pacientes apresentaram retenção urinária. A queixa de dor foi relatada em 2 pacientes (graus IV e III) que apresentavam componente externo grande com necessidade de associação de procedimento. Houve recidiva do prolapso em 7 pacientes (graus III e IV), e recidiva de sangramento em 2 pacientes (grau III), sendo indicada a reoperação. Conclusão: O seguimento realizado em nossa casuística mostrou índices de sucesso, complicações e recidivas comparáveis aos da literatura. A técnica de Dearterialização Hemorroidária Transanal (THD) é uma técnica segura e eficaz para o tratamento da doença hemorroidária de graus dois a quatro.

TL089 - DESARTERIALIZAÇÃO ANAL ASSOCIADA A HEMORRIDOPEXIA – TÉCNICA THD: EXPERIÊNCIA INICIAL

CARLOS WALTER SOBRADO; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS FRUGIS

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

Resumo: OBJETIVO: Neste trabalho, revisamos os resultados dos casos iniciais da técnica de dearterialização guiada por Doppler para o tratamento da doença hemorroidária realizados pelo nosso grupo. MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos nossos 73 casos iniciais, realizados no período de fevereiro de 2011 a junho de 2012, com relação ao tempo de internação, complicações perioperatórias, dor à primeira defecação, dias de internação e retorno ao trabalho e acompanhamento pós-operatório tardio de 1 a 17 meses. RESULTADOS: Tempo de internação médio: 1 dia (3 pacientes/2 dias; 1/3 dias). Retorno ao trabalho: 2 a 7 dias. COMPLICAÇÕES: Tenesmo: 18 (25%); Dor: 11 (15%); Plicomas: 4 (5%); Trombose: 4 (5%) – 3 ressecção, 1 tto clínico; Prolapso: 3 (4%) – Ligadura elástica; Retenção urinária: 2 (2,2%); Fecaloma: 1 (1%). Dor à primeira defecação

VAS SCORE	PACIENTES (N)	(%)
8 - 10	41	80,4
6 - 7	44	7,8
4 - 5	4	7,8
1 - 3	2	4,0
Total	51	100

CONCLUSÃO: A técnica do THD vem se mostrando uma ótima opção no tratamento da doença hemorroidária de indicação cirúrgica, nestes casos iniciais, e nos parece bastante promissora. Sua aplicação pode ser nos pacientes com doença hemorroidária de II grau, que tenham indicação de tratamento cirúrgico, e de III e IV graus, nestes últimos, podendo ser associada à ressecção de plicomas.

TL090 - ESTUDO RANDÔMICO CONTROLADO DUPLO-CEGO DE LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORRÓIDAS ÚNICA VERSUS TRIPLA

DANIEL RICHARD MARTINS MOTA; IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA; RACHEL CARVALHO; SASKIA COPPENS; FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; CELSO CABRAL
UFAM – AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Apesar de largamente utilizada na clínica, poucos são os estudos que comparam adequadamente ligaduras elásticas de hemorróidas simples com múltiplas. OBJETIVO: Avaliar se a ligadura de três hemorróidas numa sessão oferece resultados imediatos idênticos aos proporcionados pela ligadura de um único mamilo por sessão em termos de dor pós-operatória, alívio imediato dos sintomas hemorroidários e satisfação com a técnica. MÉTODO: Num estudo randômico, controlado e duplo cego (pacientes e compilador dos dados) aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, pacientes com hemorróidas grau II que satisfizeram critérios de inclusão/exclusão foram submetidos a três sessões mensais de ligaduras elásticas de hemorróidas, a partir de maio/2010. Na primeira sessão, após levantamento de dados epidemiológicos e sintomas hemorroidários, cada paciente foi alocado, por sorteio, para um de dois grupos de ligadura: G1 = uma hemorróida ligada por sessão; G2 = três mamilos principais ligados na 1ª sessão. Nos pacientes G1, em cada uma das três sessões realizou-se a ligadura efetiva de uma hemorróida e simulação de duas outras. Nos pacientes G2, os três mamilos principais foram ligados na primeira sessão e, nas duas seguintes procedeu-se a três simulações de ligadura. Após cada sessão, os pacientes foram contactados via telefônica diariamente na primeira semana pós-ligadura, sendo inquiridos a respeito de dor (escala visual), tenesmo, prurido, ânus úmido, hemorragia e prolapso. Um mês após a última sessão, cada paciente foi questionado quanto à resolução de sintomas hemorroidários pré-tratamento e ao grau de satisfação com o método (escala de Wong e Baker modificada; 0 - completamente insatisfeito, 5 - completamente satisfeito). Significância estatística foi considerada para $p < 0,05$. RESULTADOS: De 72 pacientes incluídos, 54 (31 mulheres e 23 homens) concluíram o estudo. Houve frequência significativamente maior de relato de dor em pacientes do grupo G2 nas 12ª e 24ª h após a primeira sessão de ligadura ($p < 0,05$). Do 2º ao 7º dia pós-ligaduras houve tendência maior à ausência de relato de dor em ambos os grupos, sem haver diferença estatística entre eles ($p > 0,05$). Quanto à capacidade resolutiva de sintomas pré-ligadura e ao grau de satisfação com o método (estipulando-se um ponto de corte no grau 3), não houve diferenças entre os grupos ($p > 0,05$). CONCLUSÃO: Ligaduras de 3 hemorróidas numa única sessão apresentaram frequência significativamente maior de relato de dor nas primeiras 24 h após o procedimento. Entretanto, a partir de então, tal diferença deixou de existir em relação ao grupo de ligaduras únicas, não havendo, também, diferença entre os grupos quanto à capacidade resolutiva dos sintomas hemorroidários pré-tratamento e ao grau de satisfação com o método.

TL091 - EXAME PROCTOLÓGICO SOB ANESTESIA: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

DANIEL CASTILHO SILVA; MONICA VIEIRA PACHECO; SABRYNALACERDA WERNECK; EDUARDO ROSETTI FILHO; CAROLINA GASTALDELLI; SABRINA MIOTO; RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA
HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O Exame Proctológico sob Anestesia (EPA) é indicado para pacientes que necessitam de anestesia raquimedular para avaliação da região anogenital. Na doença inflamatória perineal o EPA permite a avaliação da mucosa anorretal, estenose, fístula, abscesso, úlcera e plicomas inflamatórios, além do tratamento e biópsias. Objetivo: O objetivo do trabalho é descrever os principais achados dos exames proctológicos sob anestesia. Material e método: Trata-se de um estudo retrospectivo de 267 casos, de janeiro de 2007 a janeiro de 2012, em uma coorte de pacientes selecionados ao

EPA. A coleta de dados foi feita através do acesso aos registros médicos (prontuários) dos pacientes, com preenchimento de protocolo específico. Foram avaliados dados epidemiológicos, assim como indicação dos exames, achados e tratamentos. Resultados: Foram realizados 267 EPA durante o período. A principal indicação foi dor anal (68,54%), seguida de tumor anorretal (28,46%) e estenose anal (3%). Nos pacientes com dor anal, os principais achados foram: abscesso, doença de Crohn, hemorróida, fissura, fístula e granuloma. Entre os tumores anorretais: adenocarcinoma, tumor neuroendócrino e carcinoma espinocelular. Discussão: A literatura é escassa na abordagem do EPA. Estudos mostram o benefício do exame sob raquianestesia em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal, principalmente doença de Crohn. Na avaliação de fístulas anorretais o EPA pode somar-se aos achados da Ressonância Nuclear Magnética e Ultrassonografia endoanal com a vantagem de permitir a realização de biópsias e tratamento durante o exame. Conclusão: O EPA é uma opção na propedêutica perineal, permitindo diagnóstico de lesões e terapêutica, trazendo maior conforto aos pacientes que não toleram o exame ambulatorial.

TL092 - MACROLIGADURA ALTA

FERNANDO PINHEIRO ORTEGA; GUSTAVO GUTIERREZ; LUCIANE HIANE DE OLIVEIRA; SÉRGIO OLIVA BIANCI; JOAQUIM SIMÕES NETO; ODORINO KAGOHARA; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JUNIOR; JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO *CLÍNICA REIS NETO - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL*.

Resumo: INTRODUÇÃO: Dos métodos existentes para tratamento da doença hemorroidária a ligadura elástica apresenta-se como um dos mais versáteis. OBJETIVO: O objetivo de uma ligadura elástica é promover a fibrose da submucosa com subsequente fixação do epitélio anal no esfíncter subjacente. Seguindo este princípio uma nova técnica de ligadura foi desenvolvida com base em dois aspectos: 1 - macro ligadura: para obter-se uma melhor fibrose e fixação do estroma ligado; 2 - ligadura alta: fixação realizada na origem do deslocamento da almofada hemorroidária. MÉTODO: Foram tratados 1634 pacientes com doença hemorroidária graus II e III pela técnica de Macroligadura Alta. Não houve distinção quanto à idade, sexo e raça. Um novo dispositivo foi especialmente concebido, com maior diâmetro e capacidade de aspiração da mucosa. Utilizou-se um anuscópio mais longo e mais largo para melhor visualização do canal anal. A macroligadura deve ser realizada no limite superior do canal anal (4 cm cima da linha pectínea) e não diretamente no mamilo hemorroidário; antes de proceder a ligadura é conveniente injetar 0,5 ml de lidocaina na submucosa. É preferível tratar todas as hemorróidas em uma única sessão (máximo de três áreas). RESULTADOS: Análise retrospectiva sem qualquer comparação com a ligadura elástica convencional. A avaliação compreendeu um período de 12 anos. Os resultados demonstraram edema perianal em 1,6% dos pacientes, tenesmo em 0,8%, dor intensa (necessidade de medicação parenteral) em 1,6%, retenção urinária em 0,1% dos pacientes masculinos e uma taxa de recorrência sintomática de 4,2%. Paciente algum desenvolveu sepse anal ou retal. Pequeno sangramento após o procedimento foi observado em 0,8% dos pacientes. Todos os pacientes com recorrência sintomática foram tratados com uma nova sessão de macroligadura; o índice e recorrência foi maior nos pacientes com apenas uma área tratada. CONCLUSÃO: A macroligadura alta representa um método alternativo para o tratamento da doença hemorroidária graus II e III com bons resultados e baixo custo. A análise dos

resultados observados mostrou uma pequena incidência de complicações ou recidiva, com um alto índice de alívio sintomático.

TL093 - NOVA TECNICA PARA DOENÇA HEMORROIDARIA - DOPPLER GUIADA COM LASER - EXPERIENCIA NACIONAL

PAULO BOARINI¹; EDGARD MESQUITA LIMA¹; ROBERTO CARLOS GUANDALINI JR¹; LUCAS RODRIGUES BOARINI² *1.RESIDENCIA MEDICA HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL*.

Resumo: A doença hemorroidária ainda representa a patologia mais freqüente nos consultórios de coloproctologistas. Mesmo com novas variantes quanto ao tratamento, o estigma da dor no período pos operatório, afasta muitos pacientes do método cirúrgico tradicional, embora com resultados satisfatórios a longo prazo. De acordo com a teoria “vascular”o hiperfluxo nas artérias hemorroidárias superior, levam a distensão do plexo hemorroidário e hiperplasia vascular. Sabe-se também que a interrupção deste fluxo nos ramos terminais da artéria retal superior diminuem a discrepância do fluxo arterio-venoso, promovendo a contração mamilar. Objetivos: Utilizadas em hemorróidas de I e II graus. Interrupção do fluxo dos ramos arteriais terminais a 3 cm da linha dentada. Identificação do fluxo arterial através de sinal do Doppler. As artérias identificadas são fotocoaguladas através de aplicações pulsadas de Diodo Laser. Materiais e Metodos: Utilizamos um proctoscópio especial com um orifício interno, o qual através dele introduzimos uma caneta de Doppler ,onde identificamos os ramos terminais arteriais, nas diversas marcações horárias do relógio. Fotocoagulamos com uma fibra de Diodo laser estas arteríolas, promovendo constrição e diminuição do fluxo no plexo hemorroidal, com melhora dos sintomas. Este procedimento não requer anestesia e pode ser realizado em ambiente ambulatorial. Foram analisados 50 pacientes (22 Homens /28 mulheres) no período de 8 meses , onde o sangramento era o sintoma prevalente. Resultados: Obtivemos resultados positivos em mais de 85% dos pacientes , com índice de satisfação de 90% ; o tempo de permanência hospitalar foi em media de quatro horas. Foi necessária sedação (Midazolam) em somente dois pacientes. A dor pós-operatória foi controlada com Paracetamol na maioria dos casos. Conclusões: O método se mostrou seguro,efetivo; não requer anestesia; fácil de realizar, pode ser repetido se necessário;alta aceitação pelos pacientes.

TL094 - RAQUIANESTESIA COM MORFINA VERSUS RAQUIANESTESIA SEM MORFINA. AVALIAÇÃO DA ANALGESIA E COMPLICAÇÕES PÓS HEMORROIDECTOMIAS

RODRIGO BECKER PEREIRA; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; ANDRESSA MACHADO SANTANA BRASIL; THALES CARVALHO LIMA; ONOFREALVES NETO; THIAGO ANDERSON CABRAL MOREIRA *FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIANA, GO, BRASIL*.

Resumo: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A raquianestesia com associação de bupivacaína e morfina proporciona uma excelente analgesia pós-operatória de pacientes submetidos a hemorroidectomia. Entretanto, o seu uso tem inconvenientes como pruridos, náuseas, vômitos, cefaléia e retenção urinária, além de depressão respiratória. O objetivo do trabalho é comparar a analgesia pós-operatória e a incidência de complicações entre a raquianestesia com morfina e a raquianestesia sem morfina, em pacientes submetidos a hemorroidectomia. MÉTODO: Foram selecionados 40 pacientes

para hemorroidectomia no HC da Universidade Federal de Goiás. O grupo 1 recebeu raquianestesia com 7mg de bupivacaina pesada associado a 80µg de morfina(0,2mg/ml), aspirada em seringa dosimetrada. O grupo 2 recebeu raquianestesia com 7mg de bupivacaina pesada associado água destilada, aspirada em seringa dosimetrada, obtendo-se o mesmo volume final do grupo 1. Todos pacientes receberam a mesma analgesia pós-operatória. A dor pós-operatória foi avaliada no pós-operatório imediato, na chegada à sala de recuperação pós-anestésica e 3, 6, 12 e 24 horas após o procedimento cirúrgico. Foram ainda avaliados eventuais efeitos adversos, incluindo prurido, náuseas, vômitos, cefaléia e retenção urinária. RESULTADOS: Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação aos dados antropométricos. A avaliação da dor pós-operatória, na sala de recuperação pós-anestésica e 3 horas após a cirurgia não evidenciou diferença estatística entre os dois grupos. Já na avaliação da dor 6 e 12 horas após cirurgia observou-se melhor analgesia no Grupo 1 com significância estatística. Após 24 horas da cirurgia, a dor também foi maior no Grupo 2 em relação ao Grupo 1 porém sem significância estatística. A principal complicação observada foi o prurido (6/17 casos), todos estes observados no grupo 1(p=0,008), seguido por náuseas e vômitos (4 casos), de incidência semelhante entre os dois grupos e por retenção urinária (3/17 casos), todos estes casos de pacientes do grupo 1 (p=0,1). CONCLUSÕES: A hemorroidectomia realizada com raquianestesia associado ao uso de morfina proporcionou melhor efeito analgésico no período de 6 e 12 horas após a cirurgia. Este benefício vem acompanhado de efeitos colaterais que precisam ser considerados e discutido com os pacientes, incluindo a ocorrência de prurido e retenção urinária.

TL095 - SÃO OS ACHADOS DO ULTRASON ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL SEMELHANTE AOS ACHADOS CIRÚRGICOS, APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS
ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO; ROBERTO COELHO NETTO CUNHA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; NIKOLAY COELHO MOTA; CLARISSA LORENA FONSECA COSTA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Demonstrar que os achados ultrassonográficos são idênticos aos achados cirúrgicos nos pacientes portadores de fístulas perianais e contribuem para uma exploração cirúrgica adequada possibilitando o tratamento correto das fístulas.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Dados coletados do prontuário e ficha clínica do paciente no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) – UFMA. Resultados: Foram realizados ultrason endorretal tridimensional como parte da avaliação pré-operatória de pacientes portadores de fístulas perianais complexas e os achados deste exame de imagem foram comparados aos achados durante o ato operatório com uma correlação pelo índice de Kappa excelente. Este exame possibilitou a identificação de trajetos acessórios e coleções que provavelmente não seriam identificados durante o ato cirúrgico não fosse a imagem obtida por este exame e deste modo possibilitou a correta abordagem da fístula com tratamento definitivo da mesma ainda que em alguns casos tenha sido necessários mais de um procedimento cirúrgico. Conclusão: O ultrassom endorretal é um exame importante para adequado estudo das fístulas e de modo especial das mais complexas, fornecendo dados importantes para escolha do procedimento adequado a cada caso.

TL096 - TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL COMPLEXA COM PLUGUE DE COLÁGENO: EXPERIÊNCIA INICIAL
CARLOS WALTER SOBRADO; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS FRUGIS

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

Resumo: OBJETIVO: Demonstrar a técnica e os resultados iniciais com a técnica de tratamento da fístula perianal complexa com plugue de colágeno. MATERIAL E MÉTODOS: Análise prospectiva do resultado de nossos primeiros 16 casos, realizados no período de fevereiro de 2010 a abril de 2012 no que diz respeito a complicações pós-operatórias e índices de recidiva. RESULTADOS: Dos 16 casos operados, tivemos uma perda do plugue no 5° PO e três casos de persistência após 6 meses, com insucesso de 4 em 16 casos (25%). Até o presente momento, os demais pacientes não apresentaram sinais de recidiva, com acompanhamento de 2 a 28 meses. Não houve relato de incontinência anal, seja para gases ou fezes em nenhum dos 16 casos. CONCLUSÕES: Apesar de não existir método definitivo para tratamento das fístulas perianais complexas, ainda desafiadora doença, o plugue de colágeno se apresenta como uma opção útil, dentro do arsenal de técnicas disponíveis, com a vantagem de preservação da função esfinteriana e baixo índice de complicações, apesar de taxa de insucesso não desprezível.

TL097 - TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL COM DURASPHERE®

MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; JORGE ALBERTO ORTIZ; PAULO AZEREDO PASSOS CANDELARIA
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A incontinência fecal pode ter origem neuropática, lesão esfinteriana, fecaloma, retites e diarreia. Existem algumas formas de tratamento da incontinência fecal, sendo que uma não exclui a possibilidade de realização da outra. Realizamos o tratamento com carbono pirolítico em 40 pacientes, com incontinência fecal, sendo 33 (82,5%) de origem neuropática e 7 (17,5%) por lesão esfinteriana localizada. Dos trinta e três, trinta e um (93,93%) apresentaram considerável melhora do quadro de incontinência e dois (6,06%) não apresentaram alteração. Dos sete, cinco (71,42%) apresentaram bom resultado. Concluímos que o tratamento com carbono pirolítico apresenta excelentes resultados no tratamento da incontinência fecal.

TL098 - TRATAMENTO DA RETOCELE COM GRAMPEADOR PPH 03

MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; JORGE ALBERTO ORTIZ; PAULO AZEREDO PASSOS CANDELARIA
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A retocele é causa comum de constipação, cuja indicação cirúrgica é ser maior que 4 cm, intratabilidade após um ano de uso de laxante e outras medidas, digitação anal, perineal e vaginal que não se esvazia ou apenas parcialmente. O quadro clínico é caracterizado por digitação, evacuação incompleta ou em dois tempos, dor perineal e sensação de bola na vagina. Estudamos 37 pacientes do sexo feminino que foram submetidas a correção de retocele por via anal com PPH 03. Todas as pacientes foram submetidas a proctograma e manometria anorretal. Nenhuma apresentava quadro de incontinência

ou alterações manométricas. Todas tinham as indicações cirúrgicas supracitadas. Com frequência evacuatória de uma vez a cada quatro ou cinco dias. Todas foram submetidas a correção de retocele com PPH 03 conforme a técnica realizada na Santa Casa de São Paulo. Das 37 pacientes, 31 (83,78%) apresentaram excelentes resultados, caracterizado por uma evacuação a cada um ou dois dias. O seguimento foi de três meses a seis anos. Concluímos que a correção de retocele com PPH 03 apresenta bons resultados.

TL099 - TRREMS PROCEDURE, CASUÍSTICA DO CENTRO DE COLOPROCTOLOGIA DO CEARÁ

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; SHELIA MARIA MURAD REGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; JOÃO ANTONIO DE MACEDO JUNIOR²; ERICO CARVALHO DE HOLANDA²; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO¹

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

Resumo: A anoretocele associada a prolapso mucoso e/ou intussuscepção retal é achado comum em pacientes com evacuação obstruída. A técnica TRREMS (Transanal Repair of Rectocele and Rectal Mucosectomy with one circular Stapler) possibilitou o tratamento desses casos utilizando grameamento único. Objetivo: Este trabalho consiste em demonstrar os resultados da TRREMS Procedure no tratamento de pacientes portadores de anoretocele. Material e Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo 31 mulheres com evacuação obstruída, escore médio de constipação de Wexner de 16,0 (12 a 19), idade média de 54,4 anos, provenientes do Centro de Coloproctologia do Ceará, no período de janeiro de 2005 a junho de 2012. Todas apresentavam sintomas de evacuação obstruída refratários ao tratamento clínico, sem melhora com biofeedback. Além da avaliação clínica com exame proctológico, todos os pacientes foram submetidos a manometria anal e ecodefecografia. Avaliação manométrica demonstrou pressão média de repouso de 61mmHg e média da pressão voluntária máxima de 163,3mmHg. A Ecodefecografia identificou e quantificou a anoretocele grau II (29,03%), grau III (70,96%) associado a prolapso mucoso e intussuscepção (19,35%). O procedimento cirúrgico consistiu na ressecção manual da parede da anoretocele com posterior mucosectomia circunferencial com um grameador mecânico circular (EEA-34 / HEM-33 - Coviden, New Haven, CT-EUA). O tempo médio de seguimento foi 24 meses. Resultados: O tempo operatório médio foi de 44 minutos. Houve sangramento transanal na linha de sutura em 3(9,67%) pacientes, sutura grampeada incompleta em 1(3,22%), deiscência de sutura em 1(3,22%) e dor retal e tenesmo em 4 (12,90%) casos. O tempo médio de internação hospitalar foi de um dia em 28(90,32%) casos e dois dias em 2(6,45%) e sete dias em 1(3,22%) caso que evoluiu com deiscência. Ocorreu discreta redução no diâmetro da linha de sutura em 3(9,67%) pacientes, todos tratados com dilatação digital, sendo necessário secção endoscópica da sutura grampeada utilizando pinça hot biopsy em um caso. A ecodefecografia pós-operatória demonstrou anoretocele residual (grau I) em 2 (6,45%) e prolapso mucoso residual em 1 (3,22%) caso. Todos os pacientes apresentaram melhora significativa dos sintomas de evacuação obstruída, com redução no escore de constipação para 5,8 (4 a 8). Não houve alteração nos níveis pressóricos e nem lesão anatômica dos esfínteres analisados demonstrados pela manometria e ecodefecografia pós-operatória. Conclusão: A TRREMS procedure, é uma técnica

segura e eficaz no tratamento da anoretocele associada com prolapso mucoso, de acordo com a reduzida incidência de complicações trans e pós-operatórias e satisfatórios resultados funcionais.

- TEM/TEO -

TL100 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (ESD) VERSUS MICROCIURURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEM) PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER RETAL PRECOCE

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; FABIO SHIGUEHISSA KAWAGUTI; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; SÉRGIO CARLOS NAHAS; BRUNO COSTA MARTINS; RODRIGO AMBAR PINTO; FAUZE MALUF FILHO; IVAN CECCONELLO ICESP-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A dissecação submucosa endoscópica (ESD) e microcirurgia endoscópica transanal (TEM) são procedimentos minimamente invasivos que podem ser usados para tratar o câncer retal precoce (grandes adenomas retais, câncer intramucoso ou com invasão superficial da submucosa). O objetivo deste estudo foi comparar a eficácia clínica entre ESD e TEM para o tratamento dessas lesões precoces. MÉTODOS: Entre julho de 2008 e agosto de 2011, 22 pacientes com neoplasias retais precoces foram tratados por ESD (10) ou TEM (12) no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Os dados foram analisados retrospectivamente de acordo com banco de dados e relatórios patológicos, com respeito a taxa de ressecção em monobloco, margens cirúrgicas, recidiva local, complicações precoces (30 dias), diagnóstico histológico, tempo de procedimento e tempo de internação nos dois grupos. RESULTADOS: O tamanho médio do tumor foi de 64 mm no grupo ESD e 45 mm no grupo TEM (p = 0,36). A ressecção em monobloco com margens livres foi realizada em 80% (8/10) no grupo ESD e 83% (10/12) no grupo TEM (p = 0,53). Houve apenas um caso de recorrência local neste estudo, observado no grupo TEM 15 meses após o procedimento. Complicações pós-operatórias no grupo ESD foram duas perfurações retais com pneumotórax e enfisema subcutâneo, e um caso de síndrome "pós-polipectomia". No grupo TEM um paciente apresentou incontinência fecal temporária e evacuação dolorosa (adenoma de 130 mm). O diagnóstico histológico mostrou 8 câncer intramucoso, 1 adenoma e 1 tumor carcinóide invadindo superficialmente a submucosa no grupo ESD. O grupo TEM mostrou 7 cânceres intramucosos, 4 adenomas, e 1 câncer com invasão submucosa superficial. No grupo ESD o tempo médio de procedimento foi de 133 min e no grupo TEM 150 min (p = 0,69). A média de permanência hospitalar foi de 3,8 dias no grupo ESD e 4,1 dias no grupo TEM (p = 0,81). CONCLUSÃO: Ambas as técnicas apresentaram boa eficácia para o tratamento de lesões retais precoces, com similares taxas de ressecção completa em monobloco. No grupo ESD, houve uma maior taxa de complicações, provavelmente relacionado com a longa curva de aprendizado deste procedimento.

TL101 - MICROCIURURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA
HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A microcirurgia endoscópica transanal foi descrita inicialmente por Buess em 1984. É um procedimento endoscópico que permite a preservação do aparelho esfinteriano. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência do serviço de coloproctologia do Hospital Santa Izabel (Salvador/BA) com esta técnica, avaliando seus resultados e complicações e comparando com dados da literatura. Material e Métodos: Estudo prospectivo, observacional, onde foram avaliados todos os pacientes submetidos a ressecção transanal endoscópica no Hospital Santa Izabel no período de julho de 2011 a março de 2012 por um mesmo cirurgião. Os dados demográficos e clínicos pré-operatórios, os resultados e complicações do tratamento cirúrgico e a recidiva pós-operatória foram avaliados. Resultados: Foram operados neste período 22 pacientes, sendo 14 do sexo Feminino e 8 masculino, com idade média de 57 ± 15 anos. A lesão encontrava-se na parede lateral esquerda na maioria dos casos (36,4%), seguido da parede posterior em 31,8%, parede anterior em 18,2% e parede lateral direita em 13,6%. A lesão encontrava-se a $5,4 \pm 3,1$ cm da borda anal, variando de 2 a 15 cm. Durante o procedimento foi realizada ressecção de espessura total da parede retal na maioria dos casos (20 pacientes), com fechamento da ferida retal nestes casos. O resultados do estudo anátomo-patológico mostrou se tratar de lesão benigna em 77,3%, com 22,7% de lesões tipo adenocarcinoma. Os pacientes receberam alta hospitalar em média com $1,2 \pm 0,5$ dias de internação (variação de 1-3 dias). Complicações ocorreram em 18,2% dos casos. A principal foi a perfuração do reto para a cavidade abdominal que ocorreu em dois casos e foi vista durante o próprio procedimento sendo resolvida, sem consequências posteriores. As outras complicações foram sangramento e deiscência da ferida no pós-operatório que ocorreram em um paciente cada. Todos os pacientes foram acompanhados nos pós-operatório e estão sem sinais de recidiva até esta data, com média de seguimento de $7,95 \pm 2,1$ meses. Conclusão: A cirurgia endoscópica transanal apresentou bons resultados pós-operatórios com baixa morbidade, sem sinais de recidiva nos pacientes avaliados neste estudo e durante o período de seguimento de 8 meses.

TL102 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL: CASUÍSTICA INICIAL EM DOIS CENTROS DE REFERÊNCIAS DE FORTALEZA (CE)

LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; STHELA MARIA MURAD REGADAS¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; JOÃO ANTONIO DE MACEDO JUNIOR³; FABIO SANTIAGO RODRIGUES⁴; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - HUWC, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. CENTRO DE COLOPROCTOLOGIA DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução/objetivos: “Transanal Endoscopic Microsurgery” (TEM) é um procedimento minimamente invasivo efetivo no tratamento local de tumores benignos e/ou malignos em estágio inicial do reto retroperitoneal. Favorece o paciente pela baixa morbimortalidade, rápida recuperação pós-operatória e resultados oncológicos satisfatórios. Este trabalho consiste em apresentar os resultados iniciais do tratamento de afecções retais pelo TEM numa unidade de coloproctologia. Métodos: De abril de 2009 a fevereiro de 2012, foram operados pela técnica do TEM, 12 pacientes com tumor retal no Centro de Coloproctologia do Ceará – Hospital São Carlos,

Fortaleza/Ceará e Hospital Universitário Walter Cantídio – Universidade Federal do Ceará. Foram analisados aspectos das lesões, tempo operatório, complicações e evolução dos pacientes. Resultados: O estudo envolveu 06 (50%) homens e 06 (50%) mulheres, média de idade de 58 anos (36 a 74 anos). Dentre os pacientes, 08 (66,7%) apresentavam hematoquezia, 02 (16,3%) disquezia e 03 (25%) eram assintomáticos. No pré-operatório, 07 (58,3%) pacientes foram avaliados por ultrassonografia endoanal tridimensional. A maior das lesões atingiu nível uT2N0 de estadiamento, com média de distância da margem anal de 5,0cm. A média de tempo cirúrgico foi de 184 minutos, considerando o pneumorreto. Ocorreu perfuração retal em 02 (18,2%) casos, ambos explorados e conduzidos conservadoramente. A conversão intraoperatória ocorreu em um dos casos, por perfuração intraperitoneal do reto. Complicações pós-operatórias tardias ocorreram em 50,0% dos casos, envolvendo proctalgia (25,0%), incontinência fecal transitória (16,7%) e estenose retal (8,3%). Não houve reinternamento. Os exames histológicos revelaram margens livres de lesão em 83,3% dos casos. Nesta fase ainda não foi possível avaliar sobrevida global em 5 anos. Discussão/ Conclusão: As indicações ocorreram principalmente por tumores benignos. A técnica tem ampliado cada vez mais sua indicação a depender da experiência do cirurgião possibilitando desde a remoção de pólipos benignos até adenocarcinomas. Apesar da alta prevalência de complicações pós-operatórias, os pacientes evoluíram com resultados satisfatórios.

TL103 - T.E.M. – EXPERIÊNCIA DE 63 CASOS DO INSTITUTO DO CÂNCER DE SÃO PAULO

CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; EDUARDO KENZO MORY; SÉRGIO CARLOS NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; DANIEL JOSÉ SZOR; IVAN CECCONELLO
ICESP-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) constitui um importante recurso na manipulação do reto, principalmente na ressecção de lesões polipóides e tumorais de baixo risco. Além do aspecto terapêutico, sua utilização na avaliação diagnóstica de lesões residuais em pacientes com boa resposta à quimio-radioterapia neo-adjuvante abre uma nova perspectiva de aplicação. Objetivos: Apresentar a experiência do grupo de coloproctologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) em procedimentos com o uso do TEM. Metodologia: Análise da casuística de pacientes submetidos a procedimentos com utilização do TEM no período de Janeiro de 2008 à Julho de 2012, cujos dados foram coletados prospectivamente. Resultados: Identificamos 63 procedimentos realizados em 62 pacientes no período. Dentre estes, foram realizados uma drenagem de abscesso pélvico e um avanço de retalho mucoso para tratamento de fístula complexa, os demais foram ressecções de lesões de reto. Dos pacientes submetidos à ressecção, 59,3% eram do sexo feminino e a idade média foi de 65,6 (21 – 88) anos. O tempo cirúrgico médio foi de 118 (35-240) minutos. Realizou-se a sutura completa do leito de ressecção com fio absorvível em 58 dos pacientes, sendo que em 65% foi exclusivamente realizada pelo TEM e 35% pela via combinada ou pelo método transanal convencional. Em 7 pacientes houve invasão da cavidade, que foi tratada pelo TEM e não implicou em maior morbidade, exceto por maior tempo de internação (média de internação: 3,2 dias x casos com perfuração: 4,4 dias). A distribuição das patologias segundo o relatório anátomo-patológico foi de 30,5% adenomas e 50,8% neoplasias (29 adenocarcinomas; 1 GIST). Dentre os 29 pacientes

com adenocarcinoma, 12 realizaram neo-adjuvância. O tempo médio de acompanhamento foi de 18,7 (2-38) meses. No pós operatório, 22,0% pacientes apresentaram uma queixa e 23,7% duas ou mais, sendo as mais frequentes descarga mucóide (11), sangramento sem necessidade de transfusão (9), dor anal (8) e incontinência transitória (7). Houve apenas 1 reinternação por sangramento com necessidade de transfusão. Todas as queixas evoluíram com resolução ou melhora significativa sem impacto na qualidade de vida do paciente. Registramos 1 recidiva sistêmica e 5 recidivas locais/pélvicas, das quais uma foi reabordada por TEM. Conclusão: A ressecção de lesões de reto por TEM é um método seguro, eficaz e de baixa morbidade, sendo indicada com sucesso em pacientes bem selecionados.

TL104 - TAMIS CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS RETAIS

EDUARDO FONSECA ALVES FILHO; PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA; JOÃO CLÁDIO GUERRA
HOSPITAL PORTIGUES DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A partir do desenvolvimento das técnicas de cirurgias por orifícios naturais (NOTES) e a utilização de dispositivos de portal único para cirurgia video-laparoscópica foi introduzido uma nova alternativa para ressecção de lesões retais denominada cirurgia transanal minimamente invasiva ou cirurgia microscópica transanal por portal único (TAMIS, TSPM) que alia as técnicas da microcirurgia endoscópica transanal (TEM) com a utilização de material comumente utilizado em cirurgias laparoscópicas. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica utilizada no TAMIS. MATERIAL E MÉTODO: Foi utilizado o dispositivo SILLS®, Covidien utilizado em cirurgia laparoscópica por portal único, confeccionado com material sintético flexível, possui 3 orifícios para introdução de cânulas de 5 e 12 mm e uma conexão para insuflação de CO₂. Este é introduzido por via anal e realiza-se a insuflação do reto com CO₂. Após identificação da lesão a mesma e delimitada circunferencialmente e iniciada a dissecação das paredes do reto, parcialmente ou na sua totalidade até a gordura perirretal. A peça é retirada juntamente com a remoção do dispositivo. Este é novamente introduzido e fixado. Após revisar o leito da ferida cirúrgica, realiza-se quando necessário o fechamento da ferida operatória. RESULTADOS: Quatro pacientes foram submetidos ao procedimento. Três tinham o diagnóstico prévio de adenomas retais e um de carcinóide retal. A distância média da margem anal foi de 6,5 cm. O tempo médio de realização do procedimento foi de 110 minutos. Todos os procedimentos foram concluídos com sucesso sem conversões. Não ocorreram complicações ou necessidade de reintervenção. Todas as peças cirúrgicas apresentaram margens livres. TAMIS é uma nova adaptação do TEM e por não requerer equipamentos dispendiosos e pela sua similaridade com procedimentos laparoscópicos amplamente realizados como colecistectomias e apendicectomias, necessita de uma curva de aprendizado menor quando comparado ao TEM, permitindo uma maior disseminação do tratamento minimamente invasivo das lesões retais passíveis de ressecção local.

- VIDEOLAPAROSCOPIA -

TL105 - ANASTOMÓISIS TÉRMINO TERMINAL MANUAL VS. LATERO-LATERAL MECÂNICA LUEGO DE LA COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA. ENSAYO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

ESTEBAN GRZONA

HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA.

Resumo: ANTECEDENTES: La superioridad de la técnica látero-lateral mecánica sobre la término-terminal manual en anastomosis ileocólica es discutida. Distintas series que compararon ambas técnicas encontrando pequeñas diferencias en cuanto a la tasa de complicaciones. No hay estudios prospectivos randomizados publicados que comparen estas alternativas utilizando el abordaje laparoscópico. OBJETIVO: Comparar los resultados de las anastomosis término terminal manual y latero lateral mecánica en pacientes sometidos a una colectomía derecha laparoscópica. DISEÑO: Experimental, prospectivo, randomizado. MATERIAL Y METODO: Se reclutaron a los pacientes sometidos a colectomía derecha laparoscópica programada entre enero del 2006 y mayo del 2012. Se excluyeron las cirugías que requirieron conversión, cirugías de urgencia, enfermedad de Crohn y aquellas que fueron asociadas a otros procedimientos. Se realizó una randomización aleatoria y ciega en dos grupos: anastomosis término-terminal manual (GI) o latero-lateral mecánica (GII), que se realizó inmediatamente antes de realizar la anastomosis a través de un sistema electrónico. Se analizó el tiempo quirúrgico, complicaciones mayores y menores, tasa de reoperación, variables de recuperación del tránsito intestinal y estadía hospitalaria. El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico "SPSS 19". RESULTADOS: Sobre un total de 230 colectomías derechas laparoscópicas realizadas en el período de estudio, 153 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad poblacional fue de 65,6(23-90) años. 86 (56.3%) pacientes fueron hombres. 144 (94%) se operaron por patología neoplásica. Luego de la randomización 74 pacientes pertenecieron al GI y 79 al GII. El tiempo operatorio medio de la serie fue de $127,8 \pm 34,7$ minutos. Se evidenció un tiempo operatorio significativamente menor en el GII (GI vs GII: $146,8 \pm 49,47$ vs G2: $123,8 \pm 34,7$; $p < 0,05$). No existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las otras variables estudiadas. CONCLUSIONES: El tiempo quirúrgico de la colectomía derecha laparoscópica es menor cuando se realiza una anastomosis latero-lateral mecánica. Sin embargo, esto no influye en ninguna otra variable del postoperatorio.

TL106 - ESTUDO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO POR VÍDEOLAPAROSCOPIA E LAPAROTOMIA

BRUNO ALCANTARA CASTILHO¹; FÁBIO LOPES QUEIROZ¹; PAULO CESAR LAMOUNIER¹; BRENO XAIA COSTA¹; FABIO HENRIQUE OLIVEIRA¹; FERNANDA ELIAS RABELO¹; ANTONIO LACERDA FILHO²; RODRIGO ALMEIDA PAIVA¹

1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL;
2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: Avaliar os resultados das excisões totais de mesorreto (ETM) realizadas por cirurgia videolaparoscópica (CV) e por cirurgia aberta (CA), comparando as taxas de complicações clínicas e cirúrgicas, tempo de internação, duração da cirurgia e qualidade da ressecção oncológica. MATERIAIS E MÉTODOS: O estudo consiste na análise comparativa dos dados coletados de todos os pacientes submetidos à ETM por CV, de outubro de 2007 a dezembro de 2011 e por CA, de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, período onde as cirurgias eram preferencialmente realizadas por laparotomia. Todos os casos foram operados pela equipe de

Coloproctologia do Hospital Felício Rocho, para tratamento de câncer retal. Desde esta data os pacientes submetidos à ETM, seja por CV ou por CA, tiveram seus dados de cirurgia e de pós-operatório anotados em ficha de registro previamente elaborada. O projeto trata-se da realização de um trabalho retrospectivo observacional, baseado na análise estatística destas informações registradas. RESULTADOS: Foram registradas 25 CV com ETM, sendo 16 homens e 9 mulheres. Nas CA, foram contabilizados 26 procedimentos, com 13 homens e 13 mulheres. O tempo de internação total foi em média de 8,9 dias para as CL e 7,85 dias nas CA. O tempo total médio dos procedimentos laparoscópicos foi de 273 minutos. Nas ressecções abertas, o tempo médio de cirurgia foi de 253 minutos. Em 16 casos nas CV (64%) e em 14 casos nas CA (54%) foram confeccionadas uma ileostomia protetora. Fístula sintomática foi detectada em 2 pacientes nas CV e 1 nas CA, o que é comparável com outros estudos. Em 12% dos casos de CV houve complicações clínicas no pós-operatório, como atelectasia e SIRS, com tempo de internação média de 15,7 dias nas CA, 3 casos com complicações (11,4%), com internação média de 4,3 dias. A média de linfonodos dissecados nas CV foi de 11,1, com 7,7% de tumores em estadio T1, 30,8% de tumores em estadio T2 e 61,6% em T3. Das peças analisadas, 95% apresentaram margens livres. Nas CA, média de 14,2 linfonodos dissecados, com Tis em 10%, 10% de tumores T1, 35% em T2, 35% em T4 onde 97% das peças obtiveram margens livres. CONCLUSÃO: Os resultados deste estudo demonstram que a CV para câncer retal pode ser realizada com segurança por uma equipe experiente, reduzindo a taxa de complicações no peroperatório. Incidência de intercorrências clínicas são semelhantes às CA. As complicações cirúrgicas no pós-operatório e o tempo de internação se mostraram mais elevadas nas cirurgias por vídeo. O tempo cirúrgico médio se mostrou muito próximo nos dois grupos estudados. Numa tentativa de minimizar o risco de fístula, é recomendável confecção de ileostomia protetora, principalmente em ressecções baixas. A qualidade da ressecção oncológica é semelhante em ambos os grupos.

TL107 - EXPERIÊNCIA COM 12 PACIENTES PORTADORES DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DO RETOSSIGMÓIDE ABORDADOS POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ANTONELLA FURQUIM CONTE; CLEBER ALLEM NUNES; JOSE VINICIUS CRUZ; RAQUEL PAPANDREUS DIB; GERALDO GOMES SILVEIRA; TULIO MEYER GRAZIOTTIN; TALITA VILA MARTINS

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

Resumo: O estudo envolve 12 pacientes portadoras de endometriose profunda. Todas as pacientes apresentavam comprometimento do retossigmoide, diagnosticadas por eco transvaginal e ressonância magnética de pelve; a média etária foi de 32,3 anos. As técnicas cirúrgicas realizadas foram a retossigmoidectomia abdominal com anastomose colo-retal baixa sem ileostomia protetora. Em 2 pacientes havia acometimento ureteral e em uma paciente o apêndice cecal também estava com endometriose. O tempo cirúrgico variou de 246 (mínimo) a 590 minutos (máximo), com tempo médio de 341 minutos. O bisturi ultrassônico foi usado em todas as pacientes. Não houve conversões. Todos os casos evoluíram sem complicações cirúrgicas com tempo de internação médio de 5 dias (de 4 a 8 dias). Conclusão: a cirurgia laparoscópica para o tratamento da endometriose profunda deve ser realizada por equipe multidisciplinar envolvendo o ginecologista, coloproctologista e

urologista. O tempo cirúrgico é maior que nas outras patologias colo-retais, mas com rápida recuperação pós-operatória dessas pacientes.

TL108 - EXPERIÊNCIA EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COLORRETAL NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL SALVADOR-BAHIA

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

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A cirurgia videolaparoscópica colorretal foi inicialmente introduzida no Brasil por Regadas em 1992 e desde então tem sido utilizada com sucesso no tratamento das diversas afecções intestinais. O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados iniciais desta abordagem no serviço de coloproctologia do Hospital Santa Izabel. Material e Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, onde foram avaliados os prontuários de todos os pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica no período de abril de 2012 a maio de 2012 no serviço de coloproctologia do Hospital Santa Izabel. Foram avaliados dados demográficos, tipo de procedimento, tempo de internação, complicações e causas de conversão. Resultados: Foram operados neste período 81 pacientes, sendo 59,3% do sexo feminino e 40,7% masculino. A idade média foi de 58,2 anos (1-88 anos). A principal indicação foi o tratamento das neoplasias de cólon (51,9%), sendo assim divididas: 18,5% em reto, 7,4% sigmoide, 6,2% ceco, 1,2% canal anal, 2,5% transversos e 8,6% cólon ascendente. Os demais pacientes apresentavam doenças benignas do cólon, sendo a doença diverticular a mais frequente (19,8%). A retossigmoidectomia foi realizada em 40,7% dos casos, seguida da colectomia direita em 21%. As complicações ocorreram em 24,7% dos pacientes. Apenas cinco pacientes (6,2%) precisaram ter sua cirurgia convertida para a via laparotômica, sendo quatro devido a aderências prévias e um devido a complicação clínica com retenção de CO₂. A mortalidade global foi de 2,4%, todas por complicações clínicas. O tempo médio de internação foi de 5,78 dias (1-31 dias). Conclusão: O procedimento videolaparoscópico tem se mostrado seguro e a capacitação do cirurgião tem trazido melhores resultados pós-operatórios.

TL109 - ÍNDICE DE CONVERSÃO HABITUAL, EM CURVA DE APRENDIZAGEM DE LAPAROSCOPIA COLORRETAL COM PREDOMÍNIO DE NEOPLASIA E USO DE TESOURA MONOPOLAR

JULIANO ALVES FIGUEIREDO¹; LUCIANA MENDES OLIVEIRA²; FRANCESCA DE SÁ FREIRE²; BERNARDO HANAN²; LUCIANA MENDES PEIXOTO²; CINTIA DOMINGUES BERNARDES²; RAMON PIRES MARANHÃO¹; RAFAEL GOMES CARVALHO BARROS²

1. HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL;

2. HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: A curva de aprendizagem na operação laparoscópica é conhecida como um período de adaptação da equipe cirúrgica às exigências da nova via de acesso. A tesoura monopolar, a pinça coaguladora ultrassônica e a pinça eletrotérmica bipolar são instrumentos cirúrgicos que podem ser utilizados para operações laparoscópicas de grande porte, sendo as duas últimas as preferidas entre os laparoscopistas. Apresenta-se uma curva de aprendizagem de operação laparoscópica colorretal com predomínio de tesoura

laparoscópica monopolar. Pacientes e Metodos: os primeiros 100 pacientes consecutivos de uma única equipe de cirurgiões foram avaliados. Considerou-se somente os pacientes que foram submetidos a operação de ressecção de cólon ou reto. Excluiu-se pacientes submetidos a procedimentos de urgência, ou estomias derivativas somente. Resultado: A operação laparoscópica foi realizada em 62 pacientes com tesoura monopolar e 38 casos foram realizados com pinça coaguladora ultrassônica. Houve conversão em 16 casos (16%), em 10 deles usou-se tesoura monopolar e em 6 deles usou-se a pinça coaguladora. O tempo médio de conversão nos primeiros cinquenta casos foi de 120 minutos e o tempo médio de conversão no últimos 50 casos foi 80 minutos. A causa principal de conversão foram problemas com o material laparoscópico ou liberação do ângulo esplênico. Conclusão: Em pacientes seleccionados e com equipe treinada é possível passar pela curva de aprendizagem na laparoscopia colorretal e manter um índice aceitável de conversão, mesmo com utilização da tesoura laparoscópica monopolar.

TL110 - REPERCUSIÓN DE LA MOVILIZACIÓN DEL ÁNGULO ESPLÉNICO EN LA COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

ESTEBAN GRZONA

HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA.

Resumo: ANTECEDENTES: La movilización rutinaria del ángulo esplénico (MAE) durante la colectomía izquierda y variantes es controversial. A favor argumentan que es fundamental para obtener un adecuado tamaño de la pieza quirúrgica, número de ganglios y minimiza las dehiscencias. Los opositores argumentan, no siempre es necesaria, aumentando la complejidad y tiempo operatorio. OBJETIVO: Evaluar la repercusión de la MAE e identificar posibles factores predictores. DISEÑO: Retrospectivo, comparativo sobre una base de datos cargada en forma prospectiva. MATERIAL Y METODO: Entre junio del 2000 y mayo del 2012 se analizaron a todos los pacientes operados por cirugías laparoscópicas que pudieran requerir MAE. Se dividió en tres grupos: Colectomía izquierda (CI); Sigmoidectomía (S) y Resección anterior (RA). Estos tres fueron comparados entre las poblaciones que NO tenían MAE (CII; S1; RA1) vs los que SI habían requerido (CI2; S2; RA2). Se comparó tiempo quirúrgico, complicaciones, dehiscencias, estadía hospitalaria, tránsito intestinal, ganglios y longitud de pieza. Las variables analizadas como predictores para MAE: edad, sexo, BMI \geq 30 y ASA \geq 2. RESULTADOS: Se operaron 1076 colones laparoscópicos. 593 correspondieron a la población analizada. En 60,5% (359) no se realizó MAE. 161 (27,1%) pertenecieron a (CI); 326 (55%) a S y 106 (17,9 %) a RA. CI2: 118 (73%); S2: 69 (21,3%); y RA2 47 (44,3%). En CI2 el tiempo quirúrgico fue mayor (CI1vsCI2: 165vs214 min;

p=<0,05), mayor número de complicaciones intraoperatorias (CI1vsCI2: 2.3vs8.5%; p=<0,05), menor número de ganglios (CI1vsCI2: 17vs14,8; p=<0,05) y mayor longitud de la pieza (CI1vsCI2: 21 vs 25.7 cm; p=<0,05). No hubo diferencias significativas en dehiscencias. En S2 el tiempo quirúrgico fue mayor (S1vsS2: 142vs192 min; p=<0,05), mientras que no se encontraron diferencias en el número de dehiscencias ni otras variables. En el RA2 el tiempo quirúrgico también fue mayor (RA1vsRA2: 192vs243 192 min; p=<0,05), el tiempo de internación fue más prolongado (RA1vsRA2: 4.4 vs 6.8 días; p=<0,05), al igual que la tolerancia oral (RA1vsRA2: 1.5 vs 2,7 días p=<0,05), la pieza quirúrgica fue mayor (RA1vsRA2: 18.6vs22,5 cm; p<0,05), pero el número de ganglios disecados menor (RA1vsRA2: 16.5vs14,6; p=<0,05). No hubo diferencias en número de dehiscencias. El BMI>30 fue predictivo en los tres grupos(p=<0,05). CONCLUSIONES: La MAE aumenta el tiempo quirúrgico e incrementa las complicaciones intraoperatorias sin prevenir el riesgo de dehiscencia por lo cual no debería realizarse rutinariamente.

TL111 - TREINAMENTO DE RESIDENTES EM VIDEOLAPAROSCOPIA COLORRETAL: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE

MATHEUS MMD DE MEYER; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; CAROLINE PINTO COUTINHO; PETERSON MARTINS NEVES; RENATA ALMEIDA SOARES; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO; CARLA STARLING HUBNER; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

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

Resumo: Introdução: A cirurgia laparoscópica colorretal passou por grandes avanços nas últimas 2 décadas. Apesar da inicial preocupação de implantes metastáticos nos portais, tal técnica tem se mostrado segura e com resultados comparáveis à técnica aberta. O Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte vem incorporando a técnica progressivamente, com sua inclusão no treinamento dos residentes. Objetivo: Comparar as duas vias (laparoscópica e laparotômica) quanto a segurança e eficácia oncológica com a participação dos médicos residentes. Métodos: Este trabalho incluiu 271 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer colorretal; 142 por via laparoscópica e 129 por via laparotômica entre maio de 2009 e abril de 2011. Resultados: Observamos a evolução da curva de aprendizado dos cirurgiões e dos residentes, desde a participação parcial até a execução completa das cirurgias pela via laparoscópica, demonstrando, assim, que o tratamento do câncer colorretal por videolaparoscopia é exequível, passível de ser realizado em hospital público.

PÔSTERES

- CANCER COLORRETAL -

PO001 - ADENOCARCINOMA COLÔNICO SINCRÔNICO COM LINFOMA: RELATO DE CASO DE UMA CONDIÇÃO RARA

ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; OTÁVIO NUNES SIA; JOSE C BEDRAN; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O adenocarcinoma colorretal corresponde a cerca de 97% de todos os tumores nessa localização e representa a quarta neoplasia mais comum e a terceira causa de óbito entre os tumores em geral. O linfoma é uma doença representada por uma desordem do sistema imune com característica linfoproliferativa com presença das células de Reed-Sternberg, sendo que o linfoma de Hodgking constitui cerca de 30% de todos os tipos e sua associação com adenocarcinoma de cólon é extremamente rara. OBJETIVO: Objetiva-se nesse artigo relatar caso de paciente portador de linfoma de Hodgking sincrônico com adenocarcinoma de cólon submetido a retossigmoidectomia eletiva pelo grupo da Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina, São Paulo. RELATO DE CASO: WCS (William Carlos Santiago), 30 anos, masculino, eletricitista, com relato de surgimento de linfonodomegalia cervical há cerca de quatro meses com ocorrência hematoquezia associada, cólica abdominal, aumento da frequência evacuatória e perda ponderal não significativa. Apresentava ao exame físico linfonodo de cerca de 3 cm fibroelástico e móvel em zona quatro de pescoço e uma massa endurecida em região supra-clavicular a direita compatível com conglomerado linfonodal de 4,5cm de diâmetro. No que se refere às sorologias, possuía resultados não reagentes para toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, sífilis, toxoplasmose e mononucleose, além de pesquisa negativa para o HIV. O hemograma era normal, inclusive na contagem dos diferenciais de linfócitos. Submetido a biópsia excisional de linfonodo cervical com resultado de linfoma de Hodgkin e, como persistia com enterorragia, solicitado colonoscopia com evidência de lesão ulcero-vegetante, friável e estenosante em sigmoide cujo anatomopatológico revelou se tratar de adenocarcinoma. Realizado estadiamento de ambas condições patológicas, com tomografias de abdome e pelve não demonstrando alterações e PET-CT com evidência de conglomerado linfonodal cervical, mediastinal e em hilo pulmonar a direita com intensa captação do radiofármaco, além de captação inespecífica em região de sigmoide. Em 17/01/12 submetido a retossigmoidectomia com anastomose colorretal mecânica e inventário da cavidade demonstrando tumoração em sigmoide de cerca de 8cm de diâmetro com retração de serosa. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar no 6^o pós-operatório. Resultado de anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado com estadiamento IIa. Após cirurgia, indicado pela equipe da hematologia tratamento específico para o LH. CONCLUSÃO: Apresenta-se nesse artigo a coexistência sincrônica rara entre adenocarcinoma colorretal e linfoma de Hodgking tratado de maneira multidisciplinar com associação de terapias após avaliação complementar pormenorizada com auxílio de tecnologia avançada. Devemos ainda lembrar que a concomitância de neoplasias em um mesmo paciente adquire importância relevante na conduta, terapia e prognóstico.

PO002 - ADENOCARCINOMA DE CANAL ANAL. RELATO DE CASO

RODRIGO RIBEIRO APRILLI¹; THAÍS INÁCIO CARVALHO²; FERNANDO MARIN TORRES²; ALESSANDRO PREVIDE CAMPOS²; PAULA RIGHI CARDOSO²

1. INSTITUTO DE COLOPROCTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. SANTA CASA, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Carcinoma de canal anal representa cerca de 4% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal baixo, sendo a histologia prevalente o carcinoma de células escamosas, representando mais de 70% dos casos e está associado a infecção pelo HPV e HIV. Menos frequente são encontrados adenocarcinomas e melanomas, raramente tumores neuroendócrinos, tumor carcinóide, sarcoma de Kaposi e Linfoma. O adenocarcinoma de canal anal pode estar associado com fístulas anorretais e radioterapia (RT) prévia. Ao contrário do carcinoma de células escamosas, onde o tratamento com RT concomitante a quimioterapia usando mitomicina-C ou cisplatina, associado a infusão contínua de fluoruracil é bem estabelecido, o adenocarcinoma de canal anal, não possui tratamento padrão, sendo observado um pior prognóstico. Caso Clínico: Paciente Z.B.D, feminino, de 88 anos, em junho de 2009, procurou proctologista devido a desconforto e sangramento anal às evacuações há 2 meses. O exame clínico mostrou úlcera na borda anal posteriormente, cuja biópsia mostrou ser Adenocarcinoma Tubular. CEA pré-operatório de 3,17. Ultrassom endoanal tridimensional uT3N0. Colonoscopia não mostrou lesões sincrônicas, e Rx de Tórax e CT de abdômen e pelve sem metástase a distância. Antecedentes Pessoais: carcinoma espinocelular de colo uterino, tratada em 1985 com RT e panhisterectomia. Paciente iniciou terapia neoadjuvante com 5-FU e leucovorin, associado a RT (5400 cGy). Após 2 ciclos de quimioterapia (QT), evoluiu com dermatite actínica severa, sendo interrompido o tratamento, e submetida a 10 sessões de OHB (Oxigenoterapia Hiperbárica). Posteriormente continuou QT com mesmo esquema, até completar 6 ciclos. Em janeiro de 2010, foi submetida a amputação abdômino-perineal do reto. O anatomopatológico da peça revelou estágio pT1N1. Até a presente data não há sinais de recidiva. Conclusão: O adenocarcinoma de canal anal é uma neoplasia rara e com pouca informação na literatura o que dificulta o estabelecimento de um protocolo padrão, necessitando de um manejo multidisciplinar. Neste caso optou-se pelo tratamento semelhante ao do adenocarcinoma de reto, contudo, sem resposta clínica, sendo submetida a amputação abdômino-perineal do reto, com colostomia definitiva.

PO003 - ADENOCARCINOMA EM ORIFÍCIO EXTERNO DE TRAJETO DE FÍSTULA ANORRETAL

JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; FERNANDO BRAY BERALDO; HUMBERTO POZZI FASOLIN; THIAGO BASSANEZE; MARIA AUGUSTA SAMPAIO DE SOUZA MARQUES; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: DMOR, 67 anos, diabética, hipertensa, obesa, com diagnóstico de dermatomiosite encaminhada de outro serviço com diagnóstico de fístula perianal de longa data com descarga

purulenta(não informa duração dos sintomas) e surgimento de nodulação indolor de aproximadamente 3cm em quadrante posterior direito, na região da fístula. Indicado biópsia excisional+ ressecção do trajeto fistuloso distal em 03/07/10. Laudo anatomopatológico revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e invasivo, com áreas produtoras de mucina. Revisão de lâmina confirmando neoplasia originada de mucosa retal. Imunohistoquímica: MX CK20 e RX CEA positivos. A lesão tinha 1,8x1,0 cm com 1,1cm de profundidade distando 0,4cm da margem cirúrgica. Margens laterais livres distando 0,3cm da margem cirúrgica. Indicado em 16/11/10 ampliação de margens cirúrgicas sem evidências de neoplasia no presente material. Ressonância magnética de abdome e pelve não mostrando lesão localmente avançada ou a distância. Em acompanhamento ambulatorial sem evidências de recidiva de doença.

PO004 - ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE APÊNDICE
CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; EMERSON
GONÇALO PEREIRA FILHO

UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: Caso: Paciente de 40 anos, sexo feminino, submetida à laparotomia exploradora por suspeita de apendicite aguda, observando-se massa apendicular. O exame histopatológico do apêndice demonstrou neoplasia maligna de provável origem epitelial (Figuras 1 e 2). O material foi enviado para estudo imuno-histoquímico que demonstrou tratar-se de adenocarcinoma metastático. Na radiografia de quadril apresentava extensas lesões líticas em íliaco e acetábulo direito. Foi proposto quimioterapia, entretanto, após 3 meses evoluiu com piora do estado geral e foi a óbito. Discussão: Em relação aos tumores de apêndice, estes podem ser representados por três tipos histológicos distintos: o benigno (16% casos), o maligno (27% casos) e o carcinóide (57% casos). Este é classificado como entidade isolada devido ao seu comportamento particular, com caráter benigno quando menor que 2cm ou maligno quando maior que 2cm. Dentre os malignos, o adenocarcinoma é o mais frequente e pode ser subdividido em colônico (tipo entérico), mucinoso (cistoadenocarcinoma mucinoso) e linite plástica⁴. Faz-se muito difícil a distinção de um tumor secundário para um primário. Os sintomas e os exames complementares de imagem não são específicos. Além do que, apendicite aguda ou tumores primários são mais comuns do que metástases para apêndice, mesmo em pacientes com história de câncer extra-intestinal⁵. A ultra-sonografia e a tomografia computadorizada de abdome podem auxiliar, visualizando o tumor em topografia apendicular. O enema opaco pode, em alguns casos, mostrar massa extracecal⁴. O melhor exame para o diagnóstico é a colonoscopia com biópsia profunda, entretanto, os tumores metastáticos de apêndice geralmente envolvem serosa, camada muscular e submucosa, poupando a camada mucosa⁵. Segundo Aljarabah et al¹, os tumores de apêndice se apresentam com o quadro clínico de apendicite aguda em 49% a 79,1% , 9,5% são achados incidentalmente, 5,4% como abscesso pélvico, 6,4% como sintomas gastrointestinais e 6,4% com sinais de obstrução intestinal. Neoplasias apendiculares podem ser encontradas em cirurgias abdominais eletivas ou em processos agudos. Murphy et al⁶ sugeriram que se o tumor estiver confinado ao apêndice e seu tamanho for menor que 2cm, sem evidência de invasão do médio-apêndice ou de sua base, a apendicectomia é apropriada. Porém, se for maior que 2cm, ou, envolver o médio-apêndice, ou ainda, sua base, uma imediata hemicolecotomia direita é mais apropriada. Estas recomendações são também corroboradas por outros autores^{2,4}. Indubitavelmente, o tratamento de escolha do adenocarcinoma do apêndice é

cirúrgico^{1,2,4}. Os tumores malignos diagnosticados pelo exame anatomopatológico de uma apendicectomia devem ser submetidos a uma hemicolecotomia direita em um segundo tempo, independente do tamanho da lesão. Um estudo retrospectivo realizado na Mayo Clinic analisou 94 casos de adenocarcinoma de apêndice: 68% dos pacientes.

PO005 - ADENOCARCINOMA METASTÁTICO EM NÓDULO
UMBILICAL: RELATO DE CASO

GEOVANA SIMÕES LEITE; FERNANDA DINELLI SCALA;
PEDRO ROMANELLI; THAISA BARBOSA SILVA; ANTÔNIO
HILÁRIO ALVES FREITAS; HELIO ANTÔNIO SILVA; ISABELLA
MENDONÇA ALVARENGA; KANTHYA ARREGUY DE SENA
BORGES

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, BELO
HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O nódulo da "Irmã Maria José" é tumor metastático que acomete a cicatriz umbilical e pode ser a primeira evidência de neoplasia intra-abdominal disseminada. Os tumores que mais frequentemente cursam com nódulo umbilical metastático são: ovário, na mulher e estômago e cólon, no homem. A via de disseminação pode ser hematogênica, linfática ou por contigüidade. No diagnóstico diferencial deve ser excluído hérnia umbilical, infecção local com granuloma piogênico e tumor primário maligno ou benigno da região umbilical. OBJETIVO: Demonstrar a importância da valorização do achado de lesões potencialmente metastáticas, bem como saber conduzir o caso frente a este achado. PACIENTE E MÉTODO: Apresentamos o caso de um paciente de 71 anos, encaminhado ao ambulatório de cirurgia geral devido ao aparecimento de uma lesão vegetante, friável, com área de necrose e odor fétido de aproximadamente 5 cm de diâmetro em topografia da cicatriz umbilical. A lesão foi primeiramente notada em janeiro de 2012, com crescimento progressivo e sem outros comemorativos. Ao exame físico, o paciente apresentava abdome plano, livre e sem massas ou visceromegalias palpáveis. TC abdome (14/03/12) evidenciando hérnia umbilical, nódulos hipotenuantes em fígado, baço, rim E, discreto espessamento regular difuso das paredes da bexiga e microlitíase calcinal a direita. Programada, então, biópsia excisional de lesão em cicatriz umbilical e solicitada EDA, colonoscopia e marcadores tumorais. RESULTADOS: Anátomo-patológico de massa em cicatriz umbilical (21/06/12): Metástase de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando pele. EDA (06/07/12): sem alterações significativas. Colonoscopia (06/07/12): Lesão vegetante, estenosante e com necrose central a 25 cm da margem anal, impedindo progressão do aparelho e lesão a 15 cm da margem anal elevada e recoberta por mucosa de aspecto normal. Anátomo-patológico de biópsia em sigmóide indicando Adenocarcinoma infiltrativo do sigmóide grau histológico II (moderadamente diferenciado), grau nuclear 3 e índice mitótico elevado. CONCLUSÃO: É de grande importância atentarmos para o diagnóstico diferencial de lesões umbilicais, tendo em vista seu potencial maligno. Tratando-se de adenocarcinoma metastático, a busca pelo sítio primário deve ser realizada cuidadosamente, embora, na maioria das vezes, tratam-se de neoplasias avançadas.

PO006 - ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE CÓLON -
RELATO DE CASO

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; FRANCISCO
SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; SHELIA MARIA MURAD
REGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; IRIS DAIANA
DEALCANFREITAS²; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA

FERNANDES¹; JOÃO ANTONIO DE MACEDO JUNIOR²; ERICO CARVALHO DE HOLANDA²

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

Resumo: O adenocarcinoma colorretal é a terceira causa mais comum de Câncer na América do Norte; Já o Adenocarcinoma mucinoso corresponde a cerca de 10 a 15% dos casos de câncer colorretal. O O carcinoma mucinoso, também chamado colóide, apresenta esse aspecto em decorrência do excesso de mucina no meio extracelular. Geralmente se exige que o tumor tenha mais de 50% de seu volume em mucina para caracterizá-lo como mucinoso. Objetivo: Relatar um caso clínico de adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado em ceco. Relato de caso: Paiete masculino com idade atual de 68 anos em 2012, iniciou a apresentar quadro de dor em Fossa Ilíaca direita, do tipo incapacitante com piora progressiva com o tempo. Ao exame físico, apresentava dor a plapação profunda em FID. Procurou assistência médica onde foi indicado realização de Tomografia computadorizada de abdome com contraste, ao qual realizou sucessivamente. Evoluiu com edema local em FID e Hiperemia com posterior saída de secreção de Consistência endurecida em região lombar direita. Realizado antibioticoterapia com ciprofloxacino e colheita de material com histopatológico evidenciando adenocarcinoma mucinoso e invasivo. Paciente internado, sendo submetido a curetagem de material em região lombar e laparotomia com colectomia direita estendida. Anatomopatológico de peça mostra massa tumoral pardacenta, de aspecto mucinoso, medindo 5,5 x 4,0cm; infiltrando serosa; A neoplasia compromete todas as túnicas do órgão e se estende até a serosa. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar no 8 pós operatório. Conclusão: Trata-se de uma caso de adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado em paciente com evolução clínica de aproximadamente 1 ano, demonstrando a importância de rastreio diagnóstico adequado e avançado.

PO007 - AMPUTAÇÃO DE RETO APÓS TRATAMENTO NEOADJUVANTE

NATALIA BARROS PINHEIRO; RAUL CUTAIT; DANILO DAUD; GUILHERME CUTAIT DE CASTRO COTTI; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER

HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico das neoplasias de reto baixo, em conjunto com o tratamento oncológico neoadjuvante visa a diminuição do estadiamento local e do tamanho da lesão, com objetivo de preservação do aparelho esfincteriano, reduzindo consideravelmente o número de amputações de reto. OBJETIVOS: Demonstrar um caso em que o paciente foi submetido a neoadjuvância para neoplasia de reto baixo localmente avançada, que apresentou resposta parcial à neoadjuvância, sendo indicada a amputação abdominoperineal do reto por via laparoscópica. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 88 anos, com queixa de alteração do hábito intestinal há 1 ano, associado a afilamento das fezes e sensação de tenesmo, sem sangramento. Foi submetido a duas colonoscopias prévias cujos exames anatomopatológicos foram inconclusivos. Em novo exame colonoscópico (HSL) foi identificado tumor extenso circunferencial de reto distal, que se estendia da linha pectínea até o terço médio do reto distal, fixo, estenosante. A biópsia mostrou tratar-se de adenocarcinoma. No estadiamento pré operatório os exames demonstravam apenas lesão localmente avançada, sem metástases a distância. Trata-se de um paciente idoso com diagnóstico

de adenocarcinoma localmente avançado de reto distal, com bom status-performace, que permitem indicar a neoadjuvância, com o intuito de facilitar a ressecção radical do tumor. Neoadjuvância à QT: capecitabine 1650 mg/m² e RT: 45 GY. Apresentou resposta parcial à neoadjuvância, sendo indicada a cirurgia 8 a 12 semanas após o término da radioterapia. O procedimento indicado foi a amputação abdominoperineal do reto por via laparoscópica, com excisão total do mesorreto; devido à fibrose intensa e bastante endurecida, bem como à aderência do tumor ao fundo da bexiga, optou-se por se completar a dissecação do reto por via aberta. Houve pequena ressecção do fundo da bexiga que estava aderido ao tumor, sendo esta suturada. O peritônio com implantes macroscopicamente visível foi retirado amplamente. A loja perineal foi fechada e drenada por via perineal com dreno de Jackson-Pratt. A cirurgia foi completada com a confecção de colostomia terminal em flanco esquerdo. Evoluiu com fleo paralítico transitório; dreno perineal retirado no 8° PO; pontos abdominais retirados no 7° PO; pontos do períneo retirados no 14° PO; alta hospitalar no 15° PO. DISCUSSÃO: Em alguns casos a neoadjuvância para tumores mais volumosos do reto distal, apresenta resposta parcial incompleta, não correspondendo as expectativas dos médicos e dos pacientes, fazendo da cirurgia radical sem preservação esfincteriana a opção de escolha.

PO008 - ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DOIS MÉTODOS DE PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES PARA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL

MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; PAULO AZEREDO PASSOS CANDELARIA; WILMAR ARTUR KLUG; FANG CHIA BIN; PERETZ CAPELHUCHNIK
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Alguns exames são capazes de rastrear o câncer colo retal. O mais utilizado, rápido, de baixo custo e indicado para o risco comum (baixo) é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, já que o câncer colo retal e os pólipos adenomatosos sangram em pequena quantidade, impossibilitando a visualização a olho nu. Um teste rápido com resultados precisos não retarda o diagnóstico evitando uma evolução desfavorável da neoplasia. Objetivo: Comparar os métodos químicos (Guáiaço) e imunocromatográfico de pesquisa de sangue oculto nas fezes e avaliar suas vantagens na detecção de lesões malignas e pré-malignas em pacientes com diferentes riscos para desenvolver carcinoma. Material e Método: Realizou-se um estudo em 91 doentes submetidos a exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes através de dois métodos de pesquisa. Estes doentes foram então submetidos a exame colonoscópico na Área de Colonoscopia da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de Agosto de 2011 a Maio de 2012. Resultado: Dos 91 pacientes analisados, 49 eram do sexo feminino (53,84%) e 42 do sexo masculino (46,15%). A idade variou entre 23 a 83 anos com média de 55,7 anos. Apenas 36 doentes apresentavam sangramento nas fezes e as indicações do exame foram enterorragia, anemia, emagrecimento. A sensibilidade para o método imunocromatográfico para pólipo foi 45, para adenoma foi 70, para tumor foi 80, e associação de tumor e adenoma foi de 62,5. Enquanto que a especificidade foi de 70, 4 para pólipo; 70 para adenoma; 69,8 para tumor e 37,5 para tumor com adenoma. Já para o método guáiaço a sensibilidade para pólipo,

adenoma, tumor e tumor com adenoma foi de 25; 18, 2; 40; e 25, respectivamente; enquanto que a especificidade foi de 77,5; 76,3; 77,9 e 77, 3; respectivamente. Conclusão: O método imunocromatográfico deveria ser utilizado como método de eleição para o rastreamento do câncer colorretal.

PO009 - ANÁLISE DE 29 CASOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO CANAL ANAL (HOSPITAL CENTRAL DA SANTA CASA DE SÃO PAULO).

SUZANA LIMA TORRES; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; WILMAR ARTUR KLUG; FANG CHIA BIN; PERETZ CAPELHUCHNIK; JOSÉ MANDIA NETO

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

Resumo: O carcinoma do canal anal é neoplasia pouco freqüente, respondendo por menos de 5% dos tumores digestivos. O carcinoma epidermoide constitui o tipo histológico mais comum, com predomínio em mulheres na sexta e sétima décadas. Após a publicação de Nigro et al., com os resultados preliminares de três pacientes que foram tratadas com quimioterapia (5-fluorouracil e mitomicina C) e radioterapia concomitantes pré-operatórios. Observou-se desaparecimento do tumor em dois pacientes operados. Essa modalidade terapêutica tornou-se a primeira opção, sendo a amputação do reto reservada a casos de remissão incompleta ou recidiva tumoral. Neste trabalho analisamos os resultados do tratamento de 29 pacientes submetidos a esquema terapêutico com quimioterapia e radioterapia. Devido ao estadiamento elevado ao diagnóstico, 12 pacientes morreram por progressão da doença em menos de 5 anos e houve 4 cirurgias de resgate. Conclui-se que pacientes em estágio mais avançado tem pior evolução.

PO010 - ANÁLISE DE PACIENTES JOVENS COM CÂNCER COLORRETAL ACOMPANHADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO – UFC-CE.

BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO; STHELA MARIA MURAD REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; NAYARA FALCÃO RODRIGUES; MARIA PAULA VIEIRA MARIZ; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO; FABIO SANTIAGO RODRIGUES
UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A prevalência de câncer colorretal aumenta com a idade, sendo mais comum em pacientes com idade entre 50 e 70 anos. O aparecimento de câncer colorretal em pacientes jovens pode estar relacionado a alterações genéticas conhecidas (polipose adenomatosa familiar - PAF e síndrome de Lynch), mas em muitos pacientes não são identificados fatores de risco. A baixa suspeição nesses casos pode levar ao atraso no diagnóstico, influenciando o prognóstico. Objetivo: Comparar pacientes com idade até 40 anos com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal e pacientes mais velhos acompanhados no mesmo período. Métodos: Estudo retrospectivo através de revisão de prontuários de pacientes acompanhados por adenocarcinoma colorretal no Hospital Universitário Walter Cantídio de 2000 a 2010. Foram excluídos pacientes com prontuários ilegíveis ou dados incompletos que não permitiam o correto estadiamento. Foram utilizados os testes de t de student e qui-quadrado para análise. Resultados: Do total de 332 pacientes acompanhados no período, 314 foram incluídos, com seguimento médio de 22,6 meses. Os pacientes foram divididos em

grupo 1 (n = 40) com idade até 40 anos (idade média de 32,61, variando de 17 a 40 anos), incluindo 2 pacientes com PAF, e grupo 2 (n = 274) com idade maior que 40 anos (idade média de 62,5, variando de 41 a 90 anos), sendo 01 com PAF. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à sexo, localização do tumor, incidência de complicações pós-operatórias maiores e de recidiva tumoral. Houve porcentagem maior de pacientes com neoplasia em estágio IV ao diagnóstico no grupo 1 (33,3% vs 18,9%, p= 0,04). Conclusão: Pacientes com adenocarcinoma colorretal e idade até 40 anos apresentaram maior proporção de neoplasia em estágio avançado (IV), evidenciando a necessidade de fortalecimento de estratégias específicas de prevenção e diagnóstico precoce nessa faixa etária.

PO011 - ASSOCIAÇÃO DE ADENOCARCINOMA E CARCINOMA ESPINOCELULAR NO ÂNUS. RELATO DE CASO

CARMEN RUTH MANZIONE; BRUNA SCHWAN GUERINI; LIVIA SPOLON FERNANDES; VINICIO FALLEIROS; TEREZA DE CARVALHO VILARINO

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O carcinoma espinocelular anal é raro, constituindo 2 a 6% dos tumores do aparelho digestório e associado à infecção pelo papilomavirus humano (HPV). O adenocarcinoma é mais raro ainda e associado com infecções anais crônicas, como as fístulas anais, ou após pouch ileal. O objetivo deste relato se deve à raridade da associação entre esses dois padrões histopatológicos de neoplasmas malignos na região. Homem branco com 60 anos, motorista, referiu prurido e sangramento às evacuações há 3 meses, dor de fraca intensidade e fezes em fita. Negou perda ponderal. Não relatou outras co-morbidades. O exame proctológico revelou hiperemia e lesão plana, de 5 por 3 cm, com bordas elevadas na posição pósterolateral esquerda e plicoma contralateral. Ao toque, a lesão era pouco endurecida, pouco móvel e se estendia até o canal anal, na sua porção distal. A retoscopia mostrou que a lesão era posterior e seguia até a linha pectínea. Não notamos outra doença anal associada. Com a suspeita de tumor maligno, indicamos a colonoscopia que foi normal, exceto, pelos achados descritos. Praticamos biópsias na margem e no canal anal aproveitando a sedação. Os exames histopatológicos, três amostras de cada área e com intervalo de uma semana, concluíram por carcinoma espinocelular na margem anal e adenocarcinoma no canal anal. Esses resultados foram confirmados pela revisão das lâminas. Os exames imunistoquímicos revelaram se tratar de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado de padrão intestinal infiltrativo em tecido fibroso e com extensão intraepitelial em epitélio escamoso (doença de Paget). Não observamos associação com o papilomavirus humano (HPV). A sorologia para o HIV foi negativa. O doente encontra-se na vigência de radio e quimioterapia neoadjuvantes. Reforçamos a necessidade da avaliação imunistoquímica para o diagnóstico diferencial dos tumores anorretais.

PO012 - AVALIAÇÃO DOS LINFONODOS INGUINAIS POR PET/CT EM PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA

PATRICIO BERNARDO LYNN¹; RODRIGO OLIVA PEREZ²; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO²; ANA CECILIA NIEVA GONDIM¹; IGOR PROSCURSHIM¹; JOAQUIM JOSE GAMA-RODRIGUES¹; ANGELITA HABR GAMA¹

1. INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. DEPARTAMENTO CIRURGIA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Linfonodos inguinais são uma rota conhecida de disseminação no câncer de canal anal, tem sido sugerido que neoplasias de canal anal e de reto distal compartilham uma mesma rota anatômica de disseminação. De fato até um terço dos adenocarcinomas retais que invadem a linha pectínea apresentam linfonodos inguinais comprometidos. Atualmente a quimioterapia/radioterapia neoadjuvante (QRT) é o tratamento inicial padrão de pacientes com câncer de reto distal localmente avançado, principalmente por reduzir o risco de recidiva local e permitir em alguns casos cirurgia com preservação esfinteriana quando a indicação inicial era amputação de reto. Ao contrário da QRT para câncer de canal anal, os linfonodos inguinais não são rotineiramente incluídos no campo de radiação e há controvérsia se a presença de metástases linfonodais inguinais em pacientes com câncer de reto devem ser consideradas como doença locorregional ou como enfermidade sistêmica. O exame de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT) trouxe novas perspectivas em relação aos métodos radiológicos tradicionais, pois possibilita uma imagem da atividade metabólica celular, daí resultando o interesse em utilizar o PET/CT para avaliar pacientes com câncer de reto distal antes e após QRT. O objetivo deste trabalho é correlacionar desfecho clínico de pacientes com câncer de reto distal submetidos à quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT) com achado de captação de flúor-desoxi-glicose (FDG) por linfonodos inguinais em tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT). Métodos: Estudo prospectivo incluindo 99 pacientes com adenocarcinoma de reto distal cT2-4N0-2M0 submetidos a PET/CT inicial e QRT, sendo que a região inguinal não foi irradiada. Repetiu-se o PET/CT 6 e 12 semanas após QRT. Comparou-se pacientes com linfonodos inguinais captantes e não-captantes em relação a características individuais e sobrevida. Resultados: 17 pacientes (17%) mostraram linfonodos inguinais captantes no PET/CT inicial. Estes apresentavam tumores mais próximos da borda anal (2,0cm vs. 4,2cm; $p=0,001$). Destes, 8 pacientes (47%) permaneceram com linfonodos inguinais captantes após 12 semanas, tendo evoluído com pior sobrevida global e livre de doença em 3 anos ($p=0,02$ e $p=0,03$, respectivamente). Nenhum paciente desenvolveu recorrência clínica inguinal em seguimento médio de 22 meses. Conclusão: A presença de linfonodos inguinais captantes no PET/CT inicial de pacientes com câncer de reto distal chega a 17%. A persistência de linfonodos inguinais captantes no PET/CT 12 semanas após QRT associou-se a pior prognóstico.

PO013 - CANCER PRIMÁRIO MÚLTIPLO: ADENOCARCINOMA DE RETO SINCRÔNICO COM MIELOMAMÚLTIPLO

OTÁVIO NUNES SIA; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; LUIZ EDUARDO MANO; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO. Câncer Primário Múltiplo (CPM) é um tipo específico de tumor maligno que se manifesta com mais de um tipo de tumor primário diagnosticado em um mesmo paciente simultaneamente ou de forma sequencial. OBJETIVO: Relatar caso de paciente portador de adenocarcinoma de reto sincrônico com mieloma múltiplo em paciente portador de insuficiência renal crônica dialítica operado pelo Serviço de residência médica de Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina, SP. MATERIAIS E MÉTODOS: Paciente

JARGS, masculino, 61 anos, portador de insuficiência renal crônica dialítica e com diagnóstico de Mieloma Múltiplo (MM) desde setembro de 2011 em tratamento com Talidomida. Referia história de perda ponderal e anemia. Ao exame físico, apresentava-se descorado +++/4+ e ao exame proctológico evidenciado lesão ulcero-vegetante em reto a 07cm da borda anal. Submetido a terapia neoadjuvante com radio e quimioterapia e posterior retossigmoidectomia, colectomia direita, íleo-transversoanastomose e colostomia terminal de sigmóide por tumoração em reto médio e outra lesão palpável em ceco de 3cm de diâmetro. A prevalência dos CPM encontra-se entre 0,73 e 11,9% e os principais mecanismos potencialmente envolvidos são a origem de um clone de célula oncogênica e história familiar de doença neoplásica. O diagnóstico de um segundo tumor sólido em paciente portador de mieloma múltiplo é pouco usual e debate-se se a ocorrência daquele é fator de risco para o desenvolvimento de tumores sólidos. De acordo com a literatura, o prognóstico dos pacientes portadores de CPM pode ser determinado de forma independente para o estadiamento específico de cada neoplasia. Entretanto, sabe-se que a sobrevida é maior quanto mais precoces forem os estadiamentos. CONCLUSÃO Embora de ocorrência pouco usual, devemos sempre aventar a concomitância de um segundo tumor primário em nossa rotina de tratamento de doentes oncológicos, notadamente naqueles pertencentes aos grupos com fatores de risco e também em idosos.

PO014 - CARCINOGÊNESE COLORRETAL POR AZOXIMETANO E SEUS EFEITOS HEPÁTICOS

IDALIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI¹; CONCEIÇÃO APARECIDA DORNELAS¹; DANIEL MAGALHÃES COUTINHO MOTA²; FRANCISCO JOSÉ CABRAL MESQUITA²; LARA ALBUQUERQUE DE BRITO¹; JOSÉ WILSON MEIRELES DA TRINDADE JÚNIOR¹; LARA BURLAMAQUI VERAS³; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL CESAR CALS DE OLIVEIRA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Avaliar as repercussões hepáticas da carcinogênese cólica induzida por diferentes doses e tempos de exposição ao azoximetano em ratos Wistar. MATERIAL E MÉTODOS: 44 ratos com 8 semanas de vida, no início do experimento, foram distribuídos em 4 grupos. G1: animais receberam 1.0 mL de solução salina (SS) intraperitonealmente (i.p.) uma vez por semana por duas semanas. G2: animais receberam 15mg/kg de azoximetano i.p. uma vez por semana por duas semanas. Esses animais foram mortos na 15ª semana do experimento. G3: animais receberam SS i.p. uma vez por semana por duas semanas. G4: animais receberam 20mg/kg de azoximetano i.p. uma vez por semana por duas semanas. Esses animais foram mortos na 26ª semana do experimento. RESULTADOS: G1 e G2 diferiram significativamente em relação a esteatose, mas não houve diferença entre o G3 e o G4. No entanto, em G4 foram observadas lesões pré-neoplásicas (focos de células alteradas: claras, vacuoladas, basofílicas, anofílicas, tigróides, oncócíticas, pequenas ou acidófilas, espongiões e pelioses) e lesões neoplásicas (colangiomas e adenomas) contendo hepatócitos atípicos de permeio, não identificados no G3. CONCLUSÕES: No modelo de carcinogênese colorretal, lesões hepáticas pré-neoplásicas e neoplásicas aparecem e evoluem na proporção do tempo e dose de exposição ao azoximetano.

PO015 - CARCINOMA BASOCELULAR PERIANAL: RELATO DE CASO

CAMILA OLIVEIRA BARBOSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA; MAIRO GROSSI MORATO; JOÃO BATISTA DE SOUSA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; LEONARDO CASTRO DURAES; LUIZ FELIPE DE CAMPOS LOBATO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: O carcinoma basocelular é a mais frequente das neoplasias humanas, porém, está muito associado a exposição solar, sendo por este motivo muito raro na região perianal, com menos de 50 casos descritos na literatura. Corresponde a cerca de 0,2% dos tumores perianais. Não apresenta poder de metastatização importante, mas pode ser localmente agressivo. Seu tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão com margens livres. O paciente deve ter acompanhamento regular, pois a recidiva local é frequente. O objetivo do trabalho é relatar um caso raro de carcinoma basocelular em região perianal. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso de um paciente acompanhado no serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília. RESULTADOS: Paciente masculino, de 52 anos, negro, apresentou-se no serviço de Coloproctologia com queixa de aparecimento de lesão perianal de crescimento lento e progressivo há 1 ano, sangrante e pruriginosa. Não apresentava comorbidades ou outras lesões parecidas no restante do corpo. Ao exame proctológico, havia lesão plana, elevada e friável, com superfície perolada e enegrecida, de cerca de 3 cm de diâmetro, a 1 cm da margem anal, em região perianal anterior direita. Foi realizada biópsia excisional sob anestesia regional e o resultado histopatológico revelou tratar-se de um carcinoma basocelular com margens cirúrgicas livres. O paciente teve boa evolução pós-operatória e encontra-se sem recidiva após 6 meses de acompanhamento. CONCLUSÕES: O carcinoma basocelular é entidade rara na região perianal. O tratamento consiste na excisão local e apresenta excelente prognóstico.

PO016 - CARCINOMA ESPINOCELULAR DE RETO. RELATO DE CASO

RODRIGO RIBEIRO APRILLI¹; THAÍS INÁCIO CARVALHO²; FERNANDO MARIN TORRES²; ALESSANDRO PREVIDE CAMPOS²; PAULA RIGHI CARDOSO²

1. INSTITUTO DE COLOPROCTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. SANTA CASA, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Carcinoma de células escamosas (CCE) colorretal, é uma entidade extremamente rara, representando menos de 0,025% de todas as neoplasias malignas desta topografia. Existe uma maior incidência em mulheres, 66% dos casos. Acredita-se que a metaplasia da mucosa, seja a principal causa do CEC de reto, causadas por processos inflamatórios crônicos e infecção pelo HPV. Apresentação e o diagnóstico são os mesmos que para o adenocarcinoma, mas em geral os sintomas aparecem em fases mais tardias da doença. A cirurgia é o tratamento de escolha. A radio e quimioterapia adjuvantes, são indicadas em estágios avançados. Devido à raridade deste tumor, informações prognósticas são pouco estabelecidas, mas é observado pior evolução destes pacientes em relação a pacientes com estádios semelhantes de adenocarcinomas. A sobrevida global em 5 anos é de 50% para estágio II, 33% para estágio III e 0% para estágio IV. Caso Clínico: D.S.Z., feminino, 73 anos, em agosto de 2011, encaminhada pelo oncolologista, para avaliar lesão retal diagnosticada pela tomografia de pelve. Referia há

3 meses afilamento nas fezes, constipação e emagrecimento. Pesquisa de sangue oculto nas fezes negativa. No exame proctológico, identificou-se 2 lesões no reto, uma lesão vegetante, de 2 cm de diâmetro, a 3 cm da borda anal, e outra lesão estenosante, fixa, a 5 cm da borda anal. As biópsias das lesões mostraram “carcinoma de células escamosas”. A tomografia de abdômen mostrava ainda múltiplas metástases hepáticas e Rx de Tórax com metástases pulmonares. A colonoscopia mostrou a lesão estenosante, estendendo-se por 7 cm em sentido cranial, impedindo a progressão do aparelho. Foi iniciada quimioterapia (QT) paliativa com cisplatina e 5-FU em infusão contínua em setembro de 2011, mas devido toxicidade do esquema, foi substituído por irinotecano e cisplatina, por 6 meses. Evoluiu com regressão parcial da doença local, a lesão vegetante desapareceu, no entanto, na lesão estenosante, não houve melhora significativa, assim como nas metástases hepáticas e pulmonares, mas os sintomas intestinais melhoraram parcialmente. Foi proposta cirurgia paliativa (desvio do trânsito intestinal), que foi recusada pela paciente. Na intenção de diminuir as queixas intestinais foi proposto e aceito radioterapia concomitante com cisplatina como radiosensibilizante, tratamento ainda em andamento. Conclusão: Por ser o carcinoma de células escamosas do cólon e reto uma neoplasia rara, não há tratamento padrão definido. Em casos de doença localizada a cirurgia tem papel importante com intenção curativa, embora de acordo com estadiamento seja recomendado tratamento adjuvante, não há esquema definido. Já nos casos de doença metastática o prognóstico é reservado e também não há tratamento padrão estabelecido.

PO017 - CIRURGIA PARA O CÂNCER COLORRETAL EM HOSPITAL SECUNDÁRIO - EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS

PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; NATHÁLIA DA SILVA BRAGA; DANIELLE MENEZES CESCINETTO; HENRIQUE JOSÉ VIRGILI SILVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; DÉBORA HELENA ROSSI; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A incidência do câncer colorretal tem aumentado nas últimas décadas e conseqüentemente, o número de cirurgias colorretais de caráter oncológico. OBJETIVOS: Relatar a experiência de um Hospital Secundário com as cirurgias realizadas para tratamento do Adenocarcinoma Colorretal. CASUÍSTICA E MÉTODOS: Estudo retrospectivo através da análise de prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia no Hospital Estadual “Dr. Leandro Franceschini” (Sumaré-SP), vinculado ao Serviço de Cirurgia da UNICAMP, operados entre abril de 2010 e dezembro de 2011. RESULTADOS: Foram realizadas no período 41 cirurgias, sendo 30 eletivas e 11 de urgência. Entre as cirurgias eletivas, a média de idade foi de 57,2 (35 - 81) anos e 17(56%) dos pacientes eram do sexo feminino. As cirurgias realizadas foram: 18 Retossigmoidectomias, 5 Hemicolecotomias Direitas, 5 Colectomias Totais e uma Retossigmoidectomia + Hartmann. A média de internação foi de 9,6 dias. Ocorreram no pós-operatório imediato 6 complicações (2 fistulas entéricas, 2 pneumonias, 1 abscesso pélvico e 1 eventração), e 04 óbitos. O estadiamento anatomopatológico foi: Estádio 0 em cinco doentes; I, em sete; II, em oito; III, em seis e Estádio IV em quatro. Entre as cirurgias de urgência, a média de idade foi de 62(43 - 81) anos e 06 (54,5%) doentes eram do sexo masculino. Foram realizadas: 4 Hemicolecotomias Direitas, 2 Colectomias Totais, 1 Retossigmoidectomia + Hartmann e 4 Laparotomias Exploradoras com derivação (2 Colostomias e 2 Ileostomias). Um dos pacientes

submetido à Colectomia Total apresentou Adenocarcinoma sincrônico de íleo, ressecado em bloco. A média de internação foi de 11,9 dias e ocorreram 3 complicações no pós-operatório imediato (1 fistula, 2 pneumonias), além de 2 óbitos. O estadiamento foi: Estadio II em 1; III, em três e IV em sete. **CONCLUSÕES:** Mesmo em hospital secundário o número de cirurgias para o carcinoma colorretal é significativo de modo que o cirurgião geral deve estar capacitado a realizar esse tipo de abordagem, uma vez que uma parcela significativa desses doentes são operados em caráter de urgência.

PO018 - COMPORTAMENTO PONDERAL NA CARCINOGÊNESE CÓLICA POR AZOXIMETANO EM RATOS COM DIETA RICA EM ÔMEGAS

IDALIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI¹; CONCEIÇÃO APARECIDA DORNELAS¹; LARA ALBUQUERQUE DE BRITO²; RAFAEL MOURA E SUCUPIRA¹; FRANCISCO JOSÉ CABRAL MESQUITA³; LARA BURLAMAQUI VERAS¹; PAULO ROBERTO LEITÃO DE VASCONCELOS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL CESAR CALS DE OLIVEIRA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: **OBJETIVO:** Avaliar as alterações no peso de ratos Wistar induzidos a carcinogênese cólica por Azoximetano (AOM) e alimentados com dietas ricas em ômega 3, 6 e 9. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram utilizados 60 ratos com 3 semanas de vida, pesando em média 40g, distribuídos em 5 grupos de dietas específicas contendo 12 animais em cada. GI: Grupo controle com dieta padrão (DP) com 59% de carboidrato, 29% de proteína e 12% de lipídio e sem exposição ao AOM; GII: Grupo estudo com dieta padrão (DP) e exposição ao AOM; GIII: Grupo estudo com dieta hiperlipídica (DH) com 25% de carboidrato, 30% de proteína e 45% de lipídio e exposição ao AOM; GIV: Grupo estudo com dieta normolipídica (DN) com 40% de carboidrato, 30% de proteína e 30% de lipídio e exposição ao AOM; GV: Grupo estudo com dieta hipolipídica (Dh) com 58% de carboidrato, 30% de proteína e 12% de lipídio e exposição ao AOM. Foi avaliado o peso e a ingestão quatro vezes por semana durante todo o experimento até a eutanásia que ocorreu na 36ª semana do experimento. **RESULTADOS:** No final do experimento, GI apresentou um aumento de peso estatisticamente significativo quando comparado ao GIII (p=0,007), GIV (p=0,001) e GV (p<0,0001), enquanto GII apresentou aumento significativo quando comparado aos grupos IV (p=0,029) e V (p=0,011). Quando comparada a ingestão do GI com o GII não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,997), entretanto com os grupos III, IV e V houve diferença significativa tanto em relação GI como ao GII. Não houve diferença na média de peso na comparação intra-grupo entre ratos com câncer e sem câncer: Grupo II (p=0,889); Grupo III (p=0,080); Grupo IV (p=0,101); Grupo V (p=0,140). **CONCLUSÃO:** Dieta rica em ômega 3, 6 e 9 reduz a ingestão e, conseqüentemente, o peso corporal. Os ratos portadores de câncer colorretal (CCR) não apresentaram diminuição do peso em relação aos animais sem essa afecção dentro do mesmo grupo.

PO019 - CÂNCER COLORRETAL EM GESTAÇÃO GEMELAR: RELATO DE CASO

EDUARDO ROSETTI FILHO; MONICA VIEIRA PACHECO; DANIEL CASTILHO SILVA; RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA
HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** A associação do câncer colorretal (CCR) e gestação é rara, sendo mais freqüente no terceiro trimestre. A incidência estimada de um para 1000 gestações, corresponde à sétima neoplasia maligna mais diagnosticada neste período. **Objetivo:** relatar caso de câncer colorretal em paciente com gestação gemelar. **Relato do Caso:** paciente feminino, 34 anos, há três meses com hematoquezia, dor abdominal tipo cólica, perda ponderal e amenorréia. Ao exame, abdome flácido e indolor, apresentando massa palpável ao nível da cicatriz umbilical, com superfície regular e sem linfonodomegalias. Exame proctológico normal até 25cm e ginecológico com útero móvel, colo uterino amolecido e mamas engurgitadas. À colonoscopia, observou-se lesão ulcerada subestenótica em cólon sigmóide, diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma túbulo-viloso. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com triplo contraste revelou espessamento parietal de cólon sigmóide e útero gravídico. Ultrassonografia ginecológica com gestação gemelar monocoriônica diamniótica com fetos ativos, batimentos cardio-fetais presentes e compatível com 15 semanas de idade gestacional. Realizada sigmoidectomia segmentar e colostomia terminal em hipocôndrio esquerdo. Paciente com boa evolução, recebendo alta no quinto dia pós-operatório, encaminhada para adjuvância. Parto cesário na 36ª semana de gestação sem intercorrências. **Discussão:** O sangramento retal é comum em gestantes e muitas vezes atribuído a doença anorretal, porém é também sintoma freqüente no CCR. O diagnóstico tardio e as alterações hormonais a favor da proliferação celular durante a gravidez contribuem para a baixa taxa de sobrevida observada nessa fase. O primeiro trimestre gestacional apresenta os maiores riscos relacionados à quimioterapia. O tratamento cirúrgico com ressecção e anastomose primária na 1ª metade da gestação é factível quando eletiva, porém na urgência a melhor conduta é ressecção e estomia.

PO020 - CÂNCER COLORRETAL PRECOCE EM PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OBESIDADE MÓRBIDA

ANDRÉ GATTO; MARIA CRISTINA SARTOR; ALICE DO PRADO VALENTE POGRIFKA; SOLANGE DOS ANJOS CRAVO BETTINI; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA; ANTONIO BALDIN JUNIOR; JOSÉ EDERALDO QUEIROZ TELLES; RENATO ARAÚJO BONARDI
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** A obesidade aumenta o risco de câncer e doença cardiovascular, que estão entre as principais causas de morte por doença. Como o câncer colorretal (CCR) é o segundo ou terceiro em incidência como causa de morte por câncer no mundo ocidental, essa relação deve ganhar importância no paciente obeso, especialmente no obeso mórbido de longa data. Existe correlação entre a gordura visceral e o desenvolvimento de doença sistêmica devido a alterações metabólicas próprias. Evidências sugerem que a relação da obesidade para a disfunção metabólica não reside no IMC, mas na obesidade visceral e no tempo em que ela predomina na vida do paciente. O CCR tem protocolos de rastreamento bem definidos para a população de risco esporádico e de alto risco. Todos eles envolvem colonoscopias periódicas, com intervalos que dependem do risco. No serviço de cirurgia do Hospital de Clínicas os pacientes obesos mórbidos participam de programa de prevenção do CCR, orientado pelo Serviço de Coloproctologia, que consiste em colonoscopia para os pacientes com mais de 30 anos de idade e mais de 10 anos de obesidade. O objetivo do estudo é relatar o caso de paciente obeso mórbido, jovem, que apresentou CCR sincrônico, com quatro focos de adenocarcinoma

precoce, diagnosticados na colonoscopia pré-operatória. Descrição do caso: Mulher de 42 anos de idade em pré-operatório de gastroplastia a Fobi-Capella, com IMC de 72. O IMC no período do exame e imediatamente anterior à cirurgia era de 66,79 e a circunferência abdominal de 164 cm. Sem comorbidades, 3 cirurgias cesarianas prévias, sem história pessoal de neoplasias. Pai falecido por neoplasia gástrica diagnosticada aos 76 anos de idade. Foi submetida a colonoscopia que identificou 5 pólipos: cólon ascendente; cólon transverso proximal; cólon transverso proximal; cólon transverso médio e cólon transverso distal. Todos os pólipos foram ressecados por meio de alça diatérmica. O exame anátomo-patológico revelou: adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau no cólon ascendente; carcinoma intramucoso com pedículo livre nos pólipos do cólon transverso proximal e médio; adenocarcinoma invadindo até submucosa, tipo Haggitt 2, com pedículo livre. Como a submucosa profunda estava livre, considerou-se o tratamento endoscópico para os tumores colônicos como suficiente. A paciente foi submetida a gastroplastia a Fobi-Capella, sendo necessária a assistência em Unidade de Terapia Intensiva devido a complicações respiratórias pós-operatórias e recebeu alta no 13º dia pós-operatório. Conclusão: Considerando a obesidade como um fator de risco para o desenvolvimento de CCR seria sensato enfatizar a importância do rastreamento de CCR por colonoscopia para todos os indivíduos que se encaixam nos critérios de risco e que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos abdominais, dentre esses as cirúrgicas de obesidade mórbida. Este caso ilustra com propriedade esta proposição.

PO021 - CÂNCER DE RETO EM PACIENTES ABAIXO DE 30 ANOS: RELATOS DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MARCOS ANTONIO DAL PONTE; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA; JOAO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; JOAO GOMES NETINHO; MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO; LUIZ SERGIO RONCHI; ANA CAROLINA DE FREITAS CRELINE
HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O Câncer de Reto é uma patologia prevalente em pacientes acima da 6ª década de idade, com taxas de morbidade e mortalidade variando de acordo com o estágio da doença, da resposta à terapia neoadjuvante e da adequada realização do tratamento cirúrgico. Em pacientes abaixo de 30 anos, corresponde a menos de 1% dos casos, porém com taxas de morbidade e mortalidade significativamente maiores. Relato de caso: Relataremos 03 casos de pacientes com idade inferior a 30 anos, sendo 02 pacientes do sexo masculino com 25 e 19 anos e uma paciente feminina com 16 anos de idade. Todos foram atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto, com quadros sintomatológicos semelhantes sendo confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma de reto. Apenas um paciente apresentava história familiar positiva para neoplasia e nenhum dos casos apresentou positividade para instabilidade de microssatélites. Discussão: Muitos estudos demonstram o caráter mais agressivo dos tumores de reto em pacientes jovens, devido principalmente, ao atraso no diagnóstico e por apresentarem base histológica usualmente caracterizada por tumores indiferenciados e com produção de mucina aumentada. O quadro clínico envolve sintomas de urgência evacuatória, tenesmo, hematoquezia, dor abdominal inespecífica e alteração do hábito intestinal. Exames endoscópicos, como retossigmoidoscopia rígida, devem ser realizados em todos os pacientes com tais sintomas, a fim de evitar atraso ou

erro diagnóstico. Conclusão: O Câncer de Reto em pacientes jovens é raro, porém, as taxas de incidência e prevalência tem apresentado uma elevação crescente na última década.

PO022 - DUODENOPANCREATECTOMIA ASSOCIADO À COLECTOMIA DIREITA EM PACIENTE COM CARCINOMA DO CÓLON DIREITO

RODRIGO GOMES DA SILVA; VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; KELLY CRISTINA DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; ANA CAROLINA PARASSULO ANDRE; MAGDA MARIA PROFETA DALUZ

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

Resumo: Objetivos: Os tumores colorretais localmente avançados representam 5-22% de todos os cânceres colorretais durante o diagnóstico. A invasão de vísceras adjacentes pelo tumor de cólon direito é ocorrência rara (11-28%) e há poucos relatos de ressecção em monobloco na literatura. A maior dificuldade no manejo destes pacientes é determinar quais pacientes irão se beneficiar da realização da ressecção em bloco. Apesar do comportamento localmente agressivo destes tumores, nem sempre estão associados à metástase à distância. Vários estudos já demonstraram que aproximadamente 40% das invasões a estruturas adjacentes são decorrentes de aderência inflamatória, o que justifica a realização de procedimentos associados e com margem de segurança. A dissecação separando os órgãos acometidos pelo tumor está associada a uma recorrência de 90-100% e a uma sobrevida em 5 anos de 17% (contra 49% após ressecção em bloco). Materiais e Métodos: Relato de caso de um paciente do serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFMG com tumor de cólon direito e invasão de pâncreas e duodeno. Realizou-se também revisão da literatura referente ao assunto em questão. Resultados: Trata-se de paciente do gênero masculino, de 48 anos, que procurou o ambulatório com queixa de dor em cólica em fossa ilíaca direita de dois anos de evolução, associado a hiporexia, perda de peso e anemia. Colonoscopia evidenciou lesão ulcerovegetante em parede de ceco, cujo anátomo-patológico foi de adenocarcinoma invasivo pouco diferenciado. O estadiamento pré-operatório (tomografia de abdome, pelve e tórax) não identificou lesões sugestivas de metástases à distância e evidenciou espessamento concêntrico do ceco, sem invasão de estruturas adjacentes. CEA pré-operatório de 4,6. Submetido à laparoscopia, que evidenciou volumosa lesão tumoral em ceco, com aderência à parede abdominal anterior, ao duodeno e à cabeça do pâncreas. Optada por conversão para laparotomia e foi realizada hemicolectomia direita estendida e duodenopancreatectomia com preservação pilórica, durante oito horas de procedimento. O paciente evoluiu com fístula pancreática, dirigida pelo dreno abdominal. Recebeu alta no 15º dia de pós operatório. Após 40 dias do procedimento, no retorno ambulatorial, não apresentava mais drenagem pelo dreno abdominal. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou tratar-se de adenocarcinoma de cólon pouco diferenciado - pT4 pN0 cM0 -, com infiltração do pâncreas e duodeno e intensa embolização vascular e linfática e margens cirúrgicas livres. Foi, então, encaminhado para quimioterapia adjuvante. Conclusões: A complexidade e morbidade relacionadas à duodenopancreatectomia desestimulam a realização de tal cirurgia associada à colectomia, porém os benefícios em termo de sobrevida para pacientes selecionados já foi comprovado, devendo ser encorajado em hospitais terciários, por cirurgiões com experiência neste procedimento.

PO023 - INCIDÊNCIA DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS DE RASTREAMENTO EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS, COM E SEM HISTÓRIA FAMILIAR PARA CÂNCER COLORRETAL

BRUNA SCHWAN GUERINI; LIVIA SPOLON FERNANDES; ADJALDES MORAES JUNIOR; CARMEN RUTH MANZIONE; TEREZA DE CARVALHO VILARINO; THIAGO BRAGA; VINÍCIO FALLEIROS

HSPM-SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O rastreamento para prevenção do carcinoma colorretal (CCR) é recomendado para todos com idade \geq 50 anos, independente dos sintomas ou de história familiar, devido a sua alta incidência. A colonoscopia está indicada para tal, pois, está relatada que a detecção e a remoção dos pólipos adenomatosos reduziu em 66 a 90% a incidência do CCR, bem como a mortalidade por essa doença maligna. Os adenomas são comumente encontrados e seus portadores têm risco aumentado para CCR, sendo menor para os de padrão tubular e maior naqueles com componente viloso. Dentre os fatores de risco, a história familiar é o mais importante, classificando o paciente como risco aumentado. Os de médio risco são aqueles acima de 50 anos, sem história de adenoma, CCR ou história familiar para CCR. OBJETIVO: O objetivo desse estudo foi avaliar a incidência de adenomas no rastreamento com colonoscopia de pacientes com médio e risco aumentado para CCR. METODO: Análises retrospectivamente 242 colonoscopias realizadas no HSPM-SP, entre Janeiro 2010 e Junho 2012, em pacientes assintomáticos com mais de 50 anos de idade, divididos em dois grupos, com história familiar de CCR (grupo 1) e sem história familiar de CCR (grupo 2). RESULTADOS: Encontramos 19,5% de lesões polipoides nas 113 colonoscopias do grupo 1. Os achados mais comuns foram 31,8% de adenomas tubulares com atipias de baixo grau, 9,1% de adenomas túbulo-vilosos com atipias moderadas e 27,3% pólipos hiperplásicos. Nas 129 colonoscopias realizadas no grupo 2, observamos 10,1% de lesões polipoides, sendo o adenoma tubular com atipias de baixo grau o mais frequente, com 53,8%. A análise estatística não mostrou diferença significativa ($p = 0,059$). Não diagnosticamos lesão maligna nos grupos estudados. CONCLUSÃO: A avaliação dos nossos resultados revelou a importância do rastreamento para identificar e remover as lesões pré-neoplásicas para o CCR e mostrou tendência a maior número de adenomas naqueles com história familiar de CCR.

PO024 - INVERSÃO APENDICULAR INDUZIDA POR ADENOCARCINOMA CECAL GERANDO INTUSSUSCEPÇÃO COLO-COLÔNICA

BRUNO LORENZO SCOLARO; RAFAEL FÉLIX SCHILINDWEIN; ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES; GUSTAVO BECKER PEREIRA; CARLA SIMONE DA SILVA

HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção do apêndice cecal é uma condição rara, com incidência de 0,01% e mais frequente em crianças do sexo masculino (SALEHZADEH et al, 2010; TABAN et al, 2006). Por apresentar sinais e sintomas inespecíficos, pode simular diversas afecções abdominais, dificultando seu diagnóstico pré-operatório. A Tomografia Computadorizada (TC) e a colonoscopia são exames que podem contribuir, com imagens sugestivas, para o diagnóstico de intussuscepção apendicular (DA SILVA et al, 2008; JEVON et al, 1992). Nosso objetivo é relatar o caso de um paciente com intussuscepção do apêndice cecal induzida por adenocarcinoma peritônio apendicular associada a lesão sincrônica em ceco, gerando

intussuscepção colo-colônica. RELATO DE CASO: Um homem de 54 anos, procura a emergência com quadro, intermitente, de 60 dias de evolução de dor moderada em fossa ilíaca direita (FID) associada a diarreia (4x/dia), hematoquezia e emagrecimento (10Kg). Negou febre, náusea ou vômito e história familiar de neoplasia de cólon. Ao exame físico, dor discreta e massa palpável em FID, sem sinais de irritação peritoneal. Paciente foi internado e submetido à TC onde se observou massa em FID e imagem sugestiva de intussuscepção colo-colônica. Após achado, optou-se em realizar uma colonoscopia onde visualizou-se intussuscepção de apêndice cecal e lesão polipóide em topografia de ceco. Foi indicada laparotomia que evidenciou intussuscepção apenas de apêndice associada a massa cecal. Realizado ileocelectomia direita com anastomose ileocólica látero-lateral com stapler linear. O exame anatomopatológico relatou duas lesões (4,5x2,0 cm e 5,0x4,0 cm) localizadas no ceco. Uma delas envolvendo a base do apêndice cecal invertido. Ambas com diagnóstico de adenocarcinoma usual do cólon, moderadamente diferenciado, "in situ", sincrônico. As margens cirúrgicas e o tecido linfático estavam livres de comprometimento neoplásico. O pós-operatório cursou sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar em 5 dias. DISCUSSÃO: A intussuscepção de apêndice cecal é uma condição rara, que se apresenta com sintomas variados e inespecíficos. Há vários relatos onde essa condição foi reconhecida apenas no perioperatório, diferentemente do presente estudo. Várias são as condições que podem levar a inversão do apêndice: fecalito, corpo estranho, tumor, hiperplasia linfóide, endometriose (DUNCAN et al, 2005). É provável que o crescimento do tumor de ceco na base do apêndice tenha provocado alteração na sua peristalse e inversão do mesmo, sendo então substrato para geração intermitente de intussuscepção colo-colônica. Exames de imagem normalmente são utilizados para definir um diagnóstico ou orientar uma conduta. No presente caso, provavelmente o preparo para colonoscopia desfez a intussuscepção colônica (apenas visto na TC e não na cirurgia). A ressecção realizada foi dentro dos princípios oncológicos, onde se evidenciou tumor sincrônico no ceco.

PO025 - LINFOMA MALT COLÔNICO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

INÁCIO SWAROWSKY; DÓRIS M. L. SWAROWSKY; MAITÍCIA FERNANDES HOPPE; MARCELO DOTTO

HOSPITAL SANTA CRUZ – RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: O linfoma colônico é um achado raro, correspondendo a 0,2% das neoplasias neste local, é mais comum em homens (2:1) na faixa etária de 50 a 60 anos. O diagnóstico é tardio na maioria dos casos por apresentar sintomas inespecíficos como: dor abdominal, perda de peso, alterações do hábito intestinal e, tardiamente obstrução intestinal, massa abdominal palpável, enterorragia, astenia e anorexia. O estudo anatomopatológico pode ser falso negativo quando a lesão for submucosa ou apresentar sítios de necrose, sendo, nestes casos mandatória a ressecção cirúrgica com posterior estudo anatomopatológico da peça. O diagnóstico diferencial é feito com adenocarcinoma e doenças inflamatórias como doença de Chron e colite ulcerativa. O tratamento é cirúrgico, necessitando na maioria dos casos de terapia adjuvante com quimioterapia ou radioterapia. O prognóstico da doença é variável e depende da classificação de Ann Harbor modificada OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de linfoma da zona marginal extranodal (MALT) e fazer uma breve revisão literária do assunto. MÉTODO: Relato do caso: M.M.S., feminina, 65 anos, há 5 anos refere episódios esporádicos

de cólica abdominal intensa, distensão abdominal, vômitos, diarreia e sudorese. Nos últimos três meses, apresentou piora clínica, relatando crises de cólicaS mais intensas. Para investigação foram solicitados ecografia abdominal, enema opaco e colonoscopia. Foi evidenciado uma lesão obstrutiva em cólon transverso sugestiva de neoplasia. A biópsia foi negativa para neoplasia. Submetida a Ileocolectomia direita. O estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico da peça cirúrgica revelou tratar-se de um linfoma da zona marginal extranodal (linfoma MALT), com imunofenótipo B (CD20+), com índice de proliferação celular KI-67 de 5% (WHO, 2008) em mucosa do cólon, restrito à mucosa, e em linfonodo do mesocólon. Os limites cirúrgicos estavam livres de neoplasia. Após cirurgia, paciente foi submetida ao tratamento com quimioterapia e anticorpo monoclonal Rituximab. RESULTADOS: Paciente encontra-se assintomática e sem sinais de recidiva tumoral 18 meses após a cirurgia. CONCLUSÃO: Apesar de o linfoma colorretal primário ser uma neoplasia infrequente, deve ser suspeitado em pacientes na faixa etária entre 50 a 60 anos, com histórico de doença inflamatória intestinal e imunossupressão.

PO026 - LIPOMA DE CÓLON TRANSVERSO MIMETIZANDO NEOPLASIA MALIGNA: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL?

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO; ROBERTO COELHO NETTO CUNHA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; NIKOLAY COELHO MOTA; CLARISSA LORENA FONSECA COSTA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Relatar caso de lipoma de cólon sintomático complicado com intussuscepção colocolica e seu tratamento. Demonstrar as dificuldade de diagnóstico definitivo e a utilização da propeidética disponível. Material e método: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo (relato de caso). Dados coletados do prontuário e ficha clínica do paciente no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) em São Luís – Maranhão. Resultados: Paciente no exame clínico apresentava lesão ulcerada de bordos elevados ao toque retal cujo histopatológico de biópsia realizada ambulatorialmente foi inconclusivo. Foram realizados colonoscopia, tomografia computadorizada de abdome, clister opaco havendo grande discordância entre os achados nestes exames. A Tomografia computadorizada apresentou falhas de enchimento e sugeria lesão neoplásica em topografia de transição retossigmóide; colonoscopia mostrava volumoso pólipó com ulceração mimetizando neoplasia e pólipos pediculados menores e o clister opaco mostrou imagem de subtração regular (sinal de aperto) com localização diferente da colonoscopia. Devido ausência de diagnóstico definitivo optou-se por realizar laparotomia exploradora sendo realizado colectomia segmentar. O diagnóstico definitivo foi dado pela análise anatomopatológica da peça operatória. Conclusão: Os lipomas são relativamente raros e algumas vezes sintomáticos, sendo capazes de mimetizar uma neoplasia maligna, complicar com hemorragia, obstrução intestinal e intussuscepção dificultando seu diagnóstico. O clister opaco demonstrou sua maior eficiência em localizar topograficamente lesões do cólon.

PO027 - METASTASE EM RETO DE CANCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO

FERNANDA RODRIGUES FERNANDES; MARTA BEATRIZ FONTENELE SANTOS; PATRICIA MAIRA COSTA ALBERTO DE SOUSA; DANIELLE TALAMONTE; CYNTHIA ABDALLA CRUZ;

AQUILES LEITE VIANA; FABIO ALVES SOARES; JANDUI GOMES DE ABREU FILHO

HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: RELATO DE CASO: Paciente 68 anos submetida a quimioterapia para tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (aspecto morfológico sugestivo de adenocarcinoma) há um ano. Evoluiu 3 meses antes com hematocromia, fezes em cíbalos e sensação de evacuação incompleta. Tinha ritmo intestinal diário. Referia ainda prolapso “hemorroidário” que necessitava redução digital. Negava história familiar de câncer colorretal. Exame proctológico: à inspeção pequeno plicoma anal. À inspeção dinâmica: tumoração que se exteriorizava à esquerda (foto 1). Toque retal: presença de tumoração em quadrante lateral esquerdo. Realizado biópsia da lesão cujo histopatológico revelou carcinoma indiferenciado (não pequenas células). Imunohistoquímica negativa para cromog, TTF-1, CK20 e positiva para 34 BETA e CK7. A paciente foi submetida a ressecção endoanal da lesão. DISCUSSÃO: O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer no mundo. Aproximadamente metade dos pacientes com câncer de pulmão desenvolvem metástases. Os sítios mais comuns são linfonodos, fígado, glândulas adrenais, osso e cérebro. 5. Apesar da metastase para o trato gastrointestinal ser encontrado em 11,9% das autopsias após morte por câncer de pulmão, a incidência descrita das metastases sintomáticas é de 0,2 a 0,5%. 6. Casos sintomáticos de metastase gastro-intestinal de câncer de pulmão são extremamente raros e apenas poucos casos já foram relatados na literatura. 2. A ressecção da metastase gastrointestinal é indicada não apenas para alívio dos sintomas mas também para prover uma maior sobrevida nos pacientes selecionados. 3 Em revisão bibliográfica foram encontrados apenas cinco relatos de metastase em reto e cólon de câncer de pulmão. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: K. Miyazu; K. Kobayashi. Rectal metastasis from lung cancer: report of case. Kyobu Geka 2012 Feb; 65(2); 165-7. C. T. Hsing, H.Y. Kim, J.H. Lee, J.S.Han, J.H.Lee, J.S.Chang, S.R.Choi, J.S.Jeong. Gastrointestinal metastasis from primary adenocarcinoma of lung presenting with acute abdominal pain. Korean J Gastroenterol Vol 59 No 5, 382-385. A. Fujiwara, J. Okami, T. Tokunaga, J. Maeda, M. Higashiyama, K. Kodama. Surgical treatment for gastrointestinal metastasis of non-small-cell lung cancer after pulmonary resection. Gen Thorac Cardiovasc Surg 2011 Nov; 59(11): 748-52. Y. Wang, T. An, L. Yang, Z. Wang, M. Zhuo, J. Duan, J. Wang, M. Wu. Primary lung cancer with gastrointestinal metastasis: 2 case report and literature review. Zhongguo Fei Ai Za Zhi, 2011 Mar, 14 (3): 278-80. P. Lee, C. Lo, M. Lin, J. Liang, B. Lin. Role of surgical intervention in managing gastrointestinal metastases from lung cancer. World J Gastroenterol 2011 October 14; 17(38):4314-4320. S.Y. Kim and others. Gastrointestinal Metastasis from primary lung cancer: CT findings and Clinicopathologic features. AJR 2009; 193: W197 – W201.

PO028 - MÚLTIPLAS LESÕES ADENOCARCINOMATOSAS SINCRÔNICAS COLORRETAIS EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

RODRIGO BECKER PEREIRA; LEONEL REIS LOUSA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; ANDRESSA MACHADO SANTANA BRASIL; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; THALES CARVALHO LIMA

FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome hereditária muito bem definida como

responsável pelo surgimento do câncer colorretal. Trata-se de desordem autossômica dominante que tipicamente se apresenta sob a forma de pólipos adenomatosos de cólon e reto, habitualmente acima de 100, que quando não tratados evoluem para o surgimento do câncer colorretal. O aparecimento dos pólipos ocorre geralmente na segunda década de vida, e praticamente todos os pacientes terão adenocarcinoma colorretal até os seus 40 anos. O objetivo proposto do estudo é descrever um caso de múltiplas lesões sincrônicas de adenocarcinoma colorretal em um paciente portador de PAF. **MÉTODO:** Paciente masculino, 41 anos, com história de enterorragia, emagrecimento e alteração do hábito intestinal, foi submetido ao exame videocolonoscópico que identificou múltiplas lesões polipoides em reto e sigmoide, sendo duas de maiores dimensões com aspecto de neoplasia maligna (com confirmação histopatológica), uma em reto inferior e outra em sigmoide, sendo que esta última causava obstrução parcial da luz intestinal, impedindo a progressão do aparelho. US de canal anal identificou lesão infiltrante de reto inferior com comprometimento de esfíncter interno do ânus sem, entretanto, haver gânglios perirretais suspeitos de comprometimento neoplásico. CEA pré-operatório de 21,74 ng/dl. Tomografia de abdome não identificou lesões metastáticas de fígado ou gânglios retroperitoneais. **RESULTADOS:** Na laparotomia exploradora, foram identificadas 4 lesões metastáticas de fígado sendo a maior em segmento VIII, medindo 3 cm de diâmetro. O paciente foi submetido à cirurgia de proctocolectomia total com ileostomia definitiva e nodulectomia de 2 lesões hepáticas. O exame anatomopatológico revelou além de múltiplos pólipos colônicos e retais além da presença de 4 lesões neoplásicas malignas (reto inferior, sigmoide, cólon descendente e cólon transverso). **CONCLUSÕES:** Concluímos que há necessidade de manter um programa de busca ativa de pessoas sob risco de serem portadoras de PAF, para que se possa, por meio de exames preventivos, identificar precocemente aqueles portadores desta síndrome hereditária, e consequentemente garantir melhor sobrevida destes pacientes.

PO029 - PET-CT: O BENEFÍCIO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS - RELATO DE CASO

ANTÔNIO HILÁRIO ALVES FREITAS; THAISA BARBOSA SILVA; HELIO ANTÔNIO SILVA; ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA; KANTHYA ARREGUY DE SENA BORGES; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; CECÍLIA ALCÂNTARA BRAGA; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS

HPMMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O crescente interesse por bons resultados no tratamento de pacientes com neoplasias faz com que haja incremento de novas tecnologias no manejo de pacientes com câncer. Nos tumores colorretais, a tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT) auxilia no diagnóstico, no estadiamento, na avaliação da resposta terapêutica, na avaliação de recidiva tumoral e no reestadiamento de pacientes. **PACIENTE E MÉTODOS:** Paciente masculino, 44 anos, encaminhado para avaliação em nosso serviço um ano após ser submetido a ressecção de adenocarcinoma de cólon sigmoide e realização de quimioterapia adjuvante por 6 meses, com elevação dos níveis do antígeno carcinoembrionário (CEA). No pré-operatório, o CEA era de 9,5 ng/mL e, ao final da quimioterapia, 2,7 ng/mL. Ao recebermos o paciente, houve aumento significativo do CEA para 25,0 ng/mL. Reestadiamento com radiografia de tórax, cintilografia óssea, colonoscopia e US não mostrou alterações. TC de abdome e pelve visualizou linfonodomegalia em cadeia ilíaca esquerda. Optado, então, por realização do PET-CT que confirmou a

alteração em linfonodo na raiz da artéria mesentérica inferior, compatível com metástase. Submetido à reoperação com cirurgia oncológica e linfadenectomia ampliada, evoluindo sem intercorrências no pós-operatório e alta hospitalar no 4º dia. O estudo anatomopatológico mostrou presença de adenocarcinoma metastático em nódulo mesentérico. Após novo ciclo de QT, os valores de CEA mantiveram-se em torno de 2,0 ng/mL, sem sinais de recidiva tumoral até o momento. **DISCUSSÃO:** Com sensibilidade e especificidade acima de 90%, o PET-CT, bem indicado, é ferramenta fundamental na detecção de metástases. As aplicações no câncer colorretal incluem: estadiamento inicial oncológico; presença de CEA elevado sem evidência de lesões por métodos de imagem convencionais; avaliação de ressecabilidade de metástases; e na detecção de recidivas diante de achados radiológicos inconclusivos, mesmo sem CEA aumentado. No caso relatado, a persistência da elevação do CEA com exame de imagem inconclusivo indicou a solicitação de PET-CT, que confirmou metástase linfonodal, possibilitando retratamento do paciente. **CONCLUSÃO:** Os resultados mostram que novas tecnologias, quando bem indicadas, tal como o PET-CT no caso demonstrado, pode alterar condutas e aumentar o índice de cura dos pacientes com neoplasias.

PO030 - RECONSTRUÇÃO URETERAL COM TRÊS TUBOS

JEJUNAIS , APÓS COLECTOMIA POR TUMOR LOCALMENTE AVANÇADO: SEGUIMENTO DE DOIS ANOS
JULIANO ALVES FIGUEIREDO; BERNARDO HANAN; CINTIA DOMINGUES BERNARDES; LUCIANA MENDES PEIXOTO; IARALEMOS GARCIA; GREICIANE PARREIRAS LAGE; TATIANA VIEGAS RANGEL; EDMILSON CELSO DOS SANTOS

HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: A neoplasia localmente avançada exige ressecção ampla, o que pode permitir sobrevida longa para o paciente, desde que a ressecção seja capaz de retirar todo o conteúdo neoplásico. A neoplasia que invade o ureter exige equipe treinada nos diversos tipos de reconstrução ureteral, é incomum a necessidade de utilizar segmento intestinal interposto entre ureter e bexiga. Existem alguns casos na literatura científica de reconstrução ureteral com alça de jejuno a Monti, utilizando-se um ou dois tubos jejunais, mas este trabalho apresenta uma reconstrução de sucesso com três tubos. **OBJETIVO** Apresenta-se um caso de uma paciente, com tumor localmente avançado de colon que invadiu ureter esquerdo e necessitou de reconstrução ureteral com três tubos jejunais a "Monti". **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, com adenocarcinoma sincrônico do cólon, onde notou-se no per-operatório invasão de grande segmento ureteral. Paciente submetida a colectomia total com ressecção de trompas e ovários esquerdos, parte da parede abdominal muscular e ureter esquerdo. Realizou-se ileoretoanastomose com ileostomia de proteção, o ureter permaneceu ligado por não haver condições imediatas de reconstrução do trânsito urinário. Após 19 dias, a paciente foi submetida a nova laparotomia e fechamento da ileostomia além de reconstrução de ureter com três tubos jejunais a Monti, e posicionado cateter duplo "J" nesse neoureter. A histologia revelou estadiamento T4 N0 M0. Paciente encaminhada a quimioterapia adjuvante. Após dois anos de pós operatório, não havia sinais da doença neoplásica. O rim que recebeu o neo ureter permaneceu com função normal, identificando-se eliminação de contraste, nos exames contrastados, semelhante ao rim contralateral. É possível deduzir, que a toxicidade dos quimioterápicos foi mais bem tolerada, com a paciente tendo dois rins funcionantes. **Conclusão:** A reconstrução ureteral com tubo jejunal é um evento raro, a

comunicação científica de reconstrução ureteral com três tubos de Monti é fundamental para acompanharmos o seguimento a longo prazo destes pacientes.

PO031 - SEGMENTO POR 18F-FDG-PET/CT DO PACIENTE COM CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE CANAL ANAL. RELATO DE CASO

MARCOS JOSE QUINTANILHA RODRIGUES; ENILTON MONTEIRO MACHADO; VITOR MUSSI RAMOS NETTO; LUIS FILIPE RANGEL DA COSTA SANTOS

HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM - FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL.

Resumo: O carcinoma escamocelular de canal anal é um raro câncer do trato gastrointestinal, representando menos que 5% dos tumores malignos gastrointestinais. Após confirmação histopatológica da lesão o estadiamento é realizado por um exame retal e inguinal cuidadoso, seguido de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de alto campo de abdome e pelve. Os linfonodos inguinais suspeitos devem ser aspirados por agulha fina. O caso relatado em nosso serviço trata-se de uma mulher de 50 anos com queixa inicial de dor anal e sangramento. O exame proctológico revelou lesão tumoral em canal anal concêntrica com comprometimento aparente dos esfíncteres. A avaliação inguinal demonstrou linfadenomegalia inguinal esquerda. Prosseguimos com aspiração por agulha fina. O resultado histopatológico do canal anal e linfonodo inguinal foi carcinoma de célula escamocelular (epidermóide). O estadiamento foi realizado com ressonância nuclear magnética de alto campo revelando tumor de canal anal (T4N3M0). Sem evidência de doença a distância foi instituído o tratamento radioquimioterápico (iniciado 10/08/2011). Mantev-se em segmento ambulatorial sistemático com avaliação proctológica a cada 6 a 8 semanas. Após um período de 3 meses realizamos nova ressonância magnética demonstrando acentuada redução de lesão parietal concêntrica em terço inferior do reto e ausência de linfadenomegalia inguinal esquerda. Após 10 meses a paciente relatou dor em membro inferior e em região inguinal esquerda. Solicitado exame de 18F-FDG-PET/CT, evidenciou lesão linfonodal na cadeia da íliaca comum esquerda. Discussão: O exame endoscópico, US endoanal, tomografia computadorizada e RNM tem grande importância na avaliação da extensão do câncer do canal anal. (Acta Radiol 29:337,1988). O PET-CT detecta o tumor anal primário mais frequentemente do que a Tomografia Computadorizada e detecta substancialmente mais linfonodos inguinais comparando com Tomografia Computadorizada e exame físico (Int J Radioat Oncol Biol Phys 2006;65:720-725). Duas séries incluindo 21 e 41 pacientes sugerem que a adição do exame por PET-CT ao estadiamento convencional detecta doença previamente na suspeita em 20 a 24% dos pacientes (Mol Imaging Biol 7:309,2005). Em uma série britânica com 61 pacientes o benefício deste método foi demonstrado, alterando o estadiamento TNM em 23% dos casos, o plano de tratamento em 3% e o campo de radioterapia em 13% (Br J Cancer 100:693,2009). A avaliação do PET-CT pré e pós-radioquimioterapia é correlacionada com taxa de resposta e resultados de sobrevida. A resposta metabólica é forte preditor para sobrevida livre de progressão assim como sobrevida global (J Clin Oncol 28:abstr 4105,2010). Conclusão: Na verdade este relato de caso de nosso serviço vem estimular a avaliação da importância do PET-CT como uma valiosa ferramenta de imagem do tumor de canal anal em associação ao exame físico e RNM.

PO032 - SÉRIE DE SEIS CASOS DE EXENTERAÇÃO PELVICA TOTAL MASCULINA COM COLOSTOMIA ÚMIDA, POR LAPAROSCOPIA, PARA TRATAR TUMOR DE RETO BAIXO, LOCALMENTE AVANÇADO

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; JOSE ELIAS GALIL FILHO; GUSTAVO MARELLI CARVALHO; RODRIGO SILVA QUINTELA SOARES; LUISA MENDES MIRANDA AZEVEDO; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; LOUISE GALANTINI LANA; MONICA DE PAOLI BENNATON VIEIRA

HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O tumor de reto baixo localmente avançado, em homens, determina a necessidade de combinar desvio do trânsito fecal e reconstrução do trânsito urinário. Além disso, quando os tumores tocam a musculatura do assoalho pélvico ou a musculatura anal, determinam ressecção anoperineal. Nesses casos, se favorece uma indicação de operação laparoscópica por não se exigir uma incisão abdominal para retirada do espécime cirúrgico. OBJETIVO: Apresenta-se uma série de seis pacientes do sexo masculino, com tumores de reto baixo/ânus, que tiveram indicação de exenteração pélvica laparoscópica, amputação anal e colostomia úmida em dupla boca. A anastomose ureterocolônica foi realizada extracorpórea no quadrante inferior esquerdo do abdome. SÉRIE DE CASOS: Seis pacientes tiveram indicação de exenteração pélvica total. Quatro pacientes foram submetidos a exenteração com amputação anal e colostomia úmida em dupla boca. Três deles a ressecção foi R0 e em um deles a ressecção foi R2. Dois pacientes tiveram a operação convertida para laparotomia e realizou-se apenas colostomia descompressiva em colon transverso. RESULTADOS: O tempo médio de operação foi de 420 minutos. NO período peri operatório, houve 3 complicações: 1 infecção de parede, 1 acidente vascular encefálico com perda leve de força muscular, 1 pielonefrite. No pós operatório tardio notou-se um oclusão de íleo terminal por sequele actínica, uma estenose de ureter com exclusão renal, óbito em um dos pacientes não submetido a operação e um episódio de priapismo no outro paciente não operado. Cinco pacientes da série encontram-se vivos, 3 deles livres de doença. Dois dos pacientes tiveram diagnóstico de carcinoma espinocelular de canal anal e quatro deles tiveram histologia de adenocarcinoma Conclusão: A exenteração pélvica laparoscópica com amputação anoperineal e colostomia úmida em dupla boca, mostrou-se segura, factível com resultados semelhantes a operação por laparotomia, após seguimento máximo de 36 meses.

PO033 - SURGIMENTO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO EM FÍSTULA PERIANAL CRÔNICA – RELATO DE CASO

ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PERAZZOLI; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; VIVIAN REGINA GUZELA; GUSTAVO URBANO; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES

HC- FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Homem de 72 anos refere que há cerca de 35 anos teve um abscesso perianal estendendo até nádega direita, com drenagem espontânea na ocasião. Após esse episódio, refere formação de vários outros abscessos no mesmo local, todos com resolução e drenagem espontâneas. Evoluiu, então, com surgimento de uma fístula, inicialmente com pequeno incômodo local e drenagem de pequena quantidade de secreção purulenta diariamente. Com o passar dos anos, apresentava intensificação progressiva dos sintomas, o que o fez procura auxílio médico. Foi, então, submetido a duas cirurgias orificiais em outro serviço (última há 12 anos), permanecendo pouco sintomático por cerca de cinco anos. Nos últimos cinco anos, refere

vários episódios de novos abscessos no mesmo local e aumento lentamente progressivo da área cruenta, com sensação de abaulamento perianal. Foi, então, encaminhado ao nosso serviço. Na admissão, ao exame físico apresentava, em região perianal direita, extensa área de ausência de pele com exposição de tecido subcutâneo e de granulação com cerca de 5x4 cm de extensão. A Ressonância Nuclear Magnética de Pelve mostrava extensa coleção heterogênea com paredes espessas e irregulares que apresentam realce nas fases contrastadas, medindo cerca de 7,9 x 5,5 x 2,9 cm. Submetido a abordagem cirúrgica por laparotomia inicialmente e, no mesmo tempo cirúrgico, abordagem perineal. Na exploração por via abdominal, não havia contiguidade ou comunicações com a com lesão perianal. No tempo perineal, encontramos lojas nos planos profundos do períneo com tecido neoplásico e abundante concentração de mucina em seu interior. Não identificada comunicação com a cavidade peritoneal. Realizada ampla ressecção. O estudo anatomopatológico evidenciou uma neoplasia epitelial mucinosa. Foi encaminhado para realização de radio e quimioterapia, mas perdeu o seguimento e não realizou adjuvância. No último retorno, já apresentava recidiva local da lesão. Introdução: Fístulas perianais são muito comuns na população geral, predominando nos homens (2:1 a 7:1). Muito raramente fístulas e abscessos perianais podem sofrer transformação maligna e dar origem a carcinomas, principalmente adenocarcinomas. Adenocarcinoma mucinoso em fístula perianal crônica constitui entre três e onze por cento de todos os carcinomas anais. Discussão: Apesar de novos progressos em relação ao tratamento, o prognóstico do adenocarcinoma mucinoso do canal anal em fístula perianal crônica ainda é pobre, devido em sua maior parte a seu caráter avançado no momento do diagnóstico. As queixas costumam ser inespecíficas: os pacientes apresentam queixas como piora progressiva da dor, sensação de massa perianal, ou uma mudança na natureza da secreção pela fístula. É necessário alto índice de suspeição para o diagnóstico precoce. Isso reforça a importância da biópsia de todos os abscessos e fístulas perianais de evolução crônica para um rápido diagnóstico e tratamento precoce da doença.

PO034 - TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DO RETO EM PACIENTE COM OBESIDADE MORBIDA - RELATO DE CASO

ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; ALINE DAVID SILVA; PAMELA LEO VIANA; JOSEANE CANTON; BRUNO FREIRE BORGES; JOSÉ FIGUEIROA FILHO; RAQUEL KELNER SILVEIRA; LUIZ ANDRÉ NADLER LINS
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: Relatar um caso de adenocarcinoma de reto em um paciente com obesidade mórbida e abdômen em avental, bem como a abordagem terapêutica instituída que consistiu em radioquimioterapia neoadjuvante seguida de retossigmoidectomia associada a dermolipectomia para acesso a cavidade abdominal. MATERIAIS E MÉTODOS: Em janeiro de 2012 foi atendida paciente do sexo feminino, 66 anos no ambulatório de coloproctologia do Hospital Barão de Lucena com diagnóstico de adenocarcinoma do reto apresentando IMC de 51,4% e abdômen em avental. Ao exame apresentava lesão ulcero vegetante a 9cm da linha pectínea. Foi estadiada como T3N1M0 por tomografia e submetida a tratamento radio e quimioterápico neoadjuvante no período de fevereiro a abril. Durante este período houve perda de 6,2 Kg. Devido a dificuldade técnica em realizar o procedimento cirúrgico, foi decidido realizar dermolipectomia no mesmo tempo

cirúrgico da retossigmoidectomia, o que facilitou o acesso a cavidade abdominal. Optamos pela realização de retossigmoidectomia, fechamento do coto retal com grameador linear cortante e confecção de colostomia terminal. O tempo cirúrgico foi de 290 min. A paciente realizou pós operatório em unidade de terapia intensiva e evoluiu com trombose venosa profunda em membros inferiores e infecção pulmonar, recebendo alta no 31º DPO. Não houve complicações cirúrgicas ou infecciosas abdominais ou de ferida operatória. O exame anatomopatológico confirmou a presença de adenocarcinoma de reto com invasão neoplásica até tecido adiposo pericólico com ausência de neoplasia metastática em 14/14 linfonodos envolvidos. CONCLUSÕES: A obesidade mórbida é uma condição cada vez mais comum em nossa sociedade e a dificuldade de realizar cirurgias abdominais nesses pacientes tenderá a ser cada vez mais rotineira. A opção de realizar dermolipectomia para facilitar o acesso à cavidade abdominal foi tática que empregamos que se mostrou viável neste caso e consideramos que pode ser repetida em situações similares. Em revisão da literatura não identificamos relato de caso similar ao que apresentamos.

PO035 - TUMOR CARCINÓIDE DE RETO – RELATO DE CASO
ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; RENATA MAGALI SILLUZZIO FERREIRA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; MATHEUS MMMDE MEYER; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; ILSON GERALDO DA SILVA; CAROLINE PINTO COUTINHO
SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores carcinóides integram os tumores neuroendócrinos e constituem neoplasias raras. Têm a capacidade de produzir diversos tipos de neuropeptídeos, principalmente a serotonina. Quando esta é liberada na circulação sistêmica ocorre a síndrome carcinóide, caracterizada por rubor, diarreia e broncoespasmo. Apresentam crescimento lento e muitas vezes assintomático, o que dificulta o diagnóstico em fases iniciais. Estes associados a uma incidência aumentada de outros tumores malignos, especialmente do trato gastrointestinal. Os carcinóides correspondem a 1-2% dos tumores de reto, a maioria não-funcionante. Cinquenta por cento dos tumores carcinóides de reto são assintomáticos e diagnosticados incidentalmente, por endoscopia. Apresenta-se como lesão sésil, endurecida, móvel, de localização submucosa e de aspecto amarelado, ao exame macroscópico. O potencial de malignização e o prognóstico dos tumores carcinóides de reto têm sido intimamente relacionados com o seu tamanho. As metástases nesses tumores ocorrem principalmente para fígado e linfonodos regionais. Relato de caso: MJA, sexo feminino, 49 anos, foi atendida (31/05/2011) por conta de constipação crônica, tendo a retossigmoidoscopia constatado uma lesão nodular, amarelada, de aproximadamente 1 cm, situada há 4 cm da linha pectínea. A colonoscopia (30/08/2012) revelou uma lesão submucosa de aspecto nodular, no reto inferior. A radiografia simples de tórax (07/10/2011) nada revelou de anormal, da mesma forma que a tomografia computadorizada de abdome e de pelve (27/12/2011) e a ressonância nuclear magnética da pelve (09/01/2012). Em 23/04/2012 ela foi submetida à excisão local transanal sob raquianestesia, com fechamento da mucosa com pontos simples com vycril 2.0, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório, sem intercorrências, com evolução satisfatória. O exame anatomopatológico foi compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado, atingindo a camada submucosa, sem invadir a camada muscular própria, apresentando margens cirúrgicas livres. Discussão: A invasão ou não da muscular da mucosa nos casos de carcinóides

retais é fator determinante da excisão local, se ela é suficiente ou se é necessária complementação cirúrgica. É uma conduta bem aceita que lesões menores que 1cm de diâmetro sejam adequadamente tratadas por ressecção local transanal ou endoscópica, desde que as margens sejam livres após avaliação histológica. A abordagem de pacientes com carcinóides maiores que 2 cm de diâmetro consiste na ressecção retal anterior ou amputação abdominal de reto, apesar de alguns estudos questionarem essa conduta. A abordagem de tumores de 1-2cm de diâmetro é controversa. Alguns autores sugerem que pacientes com ulceração tumoral e invasão da muscular da mucosa devem ser submetidos à cirurgia radical, visto que esses fatores seriam de pior prognóstico.

PO036 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO PARARRETAL - RELATO DE CASO

JOSEANE CANTON; JOAQUIM HERBENIO COSTA CARVALHO; MAURICIO JOSE DE MATOS E SILVA; ANA PAULA CABRAL DOURADO DE MATOS; MAURILIO TOSCANO DE LUCENA; ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; BRUNO FREIRE BORGES; ALINE DAVID SILVA

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA - HBL, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO PARARRETAL - RELATO DE CASO. OBJETIVOS: Mostrar um caso de tumor fibroso solitário (TFS) pararretal, bem como a abordagem diagnóstica, estadiamento e terapêutica instituída. Por tratar-se de uma neoplasia rara, de comportamento imprevisível, relatada esporadicamente, e também por haver falta de protocolos sobre seu acompanhamento, relatamos aqui sobre esta neoplasia de partes moles. MATERIAIS E MÉTODOS: No mês de novembro do ano de 2011 foi iniciada investigação para um caso de desconforto e dor tipo pontada em região retal com evolução de 06 meses. Tratava-se de uma paciente de 50 anos de idade, avaliada no serviço de coloproctologia. O exame físico evidenciou tumoração sem sinais flogísticos em região pararretal, em altura de fossa ísquiorretal. Havia desconforto ao toque retal, sem abaulamento da parede do reto. A endossoneografia anorretal mostrou lesão de 2,8 cm em seu maior eixo, bem delimitada, heterogênea, de baixa ecogenicidade, à altura da transição do reto com o canal anal, justaposta à parede pósterolateral esquerda, causando pequena deformidade da luz do reto baixo. Não foram observados linfonodos ou estruturas vasculares comprometidos e as estruturas musculares estavam preservadas. Realizada ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica que evidenciou lesão sólida pararretal de 2,9 cm, com relação com músculos elevadores do ânus, sem invasão dos mesmos. Ausência de comprometimento linfonodal. RESULTADOS: À extração cirúrgica, foi identificada tumoração sólida, regular, fibroelástica, encapsulada e de coloração rósea na região pararretal. O laudo anatomopatológico resultante foi de neoplasia sugestiva de tumor do estroma gastrointestinal (GIST), resultado que foi complementado por imunohistoquímica (IHQ). A IHQ evidenciou neoplasia com discretas atipias, focos de hemorragia sem necrose, ocasionais figuras de mitose (4/10 campos de grande aumento) e expressão positiva para o marcador CD34. Achados morfológicos e de IHQ de TFS. Negatividade para KIT e DOG1 descartaram a possibilidade de GIST. O acompanhamento ambulatorial transcorreu com tempo cirúrgico livre de doença de 07 meses. CONCLUSÕES: O TFS de região pararretal é incomum e devido à sua raridade, frequentemente pode mimetizar tumorções benignas. Os sintomas variam de acordo com o sítio acometido, e geralmente os pararretais são assintomáticos e achados incidentais. De acordo com a WHO classification 2002, o comportamento biológico de agressividade do

TFS é baseado no seu grau de diferenciação, no número de mitoses para cada 10 campos de grande aumento e na presença de necrose. Neste caso foi considerado então, relacionada a potencial mais agressivo. A RNM é a modalidade de imagem de escolha para o estudo do TFS pararretal, bem como a IHQ é o exame laboratorial mais específico e de eleição para este diagnóstico.

PO037 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO
THOMAS GREEN MORTON GONÇALVES DOS SANTOS; BERNARDO ROSA SOUZA; MÁRCIO CUNHA FATURETO; EMERSON ABDULMASSIH WOOD SILVA; ELBER TADEU RODRIGUES TORRES; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI; ALEXANDRE AUGUSTO GIOVANNINI; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Células neuroendócrinas são amplamente distribuídas por vários tecidos do corpo e, por esse motivo, neoplasias epiteliais originárias destas células podem surgir na maioria dos órgãos. A incidência anual dos tumores neuro-endócrinos (TNE) gastroenteropancreáticos é em torno de 0,001% a 0,004% de todas as neoplasias.¹⁻³ Podem ser classificadas de acordo com a localização, funcionalidade, grau histológico e quanto a hereditariedade. O diagnóstico pode ser clínico, laboratorial (Cromogranina A, Ácido 5-hidroxi-3-indolacético urinário, serotonina plasmática) e radiológico (US,TC, PET-TC, RNM, Cintilografia com octreotida marcada com In-111 ou MIBG I-123, endoscopia). A síndrome carcinóide se refere ao conjunto de sintomas decorrentes da liberação de hormônios ou peptídeos ativos na circulação pelos TNE funcionantes. O único tratamento curativo é a ressecção cirúrgica completa e o prognóstico depende do sítio primário, do grau histológico e de diferenciação e da possibilidade de ressecção. RELATO DE CASO: Homem de 59 anos, branco, 165 cm de altura, 61 kg, natural e procedente de Conquista-MG. Estava em tratamento para DII em outro serviço sem resposta, com quadro de dor retal, episódios de diarreia líquida (4/5 episódios dia), hematoquesia, tenesmo, hiporexia, astenia e perda ponderal cerca de 20 kg em 3 meses. Ao exame físico: abdome semi-globoso, RHA+, hepatomegalia dolorosa, DB negativo. Toque retal com estenose em transição canal anal/reto e sangue em dedo de luva; anuscopia: mucosa retal friável, edemaciada e hiperemiada. CT evidenciando espessamento parietal concêntrico e expansivo do reto, com extensão de 5,5 cm e estenose luminal significativa, em íntimo contato com a parede posterior e assoalho vesical, linfadenomegalia pré-sacral, ílaca e envolvimento da fásia peri-retal bilateral. Fígado com múltiplas imagens nodulares hipodensas menores que 2,3 cm com realce periférico anelar após contraste. Íleo e cólon normais à colonoscopia, porém, com mucosa retal edemaciada e espessada em toda sua extensão, em grande parte ulcerada e coberta por fibrina. O anatomopatológico revelou: reto com neoplasia maligna de pequenas a médias células dispostas em ninhos e cordões, compatível com tumor neuroendócrino de alto grau. O estudo imuno-histoquímico complementar foi positivo para SINAPTOFISINA, CROMOGRANINA A e MIB-1, compatível com tumor neuroendócrino de alto grau. Devido à gravidade do caso, extensão da invasão neoplásica e falta de condições clínicas foi optado por transversostomia derivativa. Paciente foi encaminhado ao serviço oncológico de referência para seguimento.

PO038 - TUMORES PRÉ-SACRAIS
RODRIGO GOMES DA SILVA; VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; KELLY CRISTINA DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI;

ANA CAROLINA PARASSULO ANDRE; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Objetivos: As lesões pré-sacrais são bastante infrequentes e compreendem um grupo heterogêneo de tumores. Estes podem ser classificados em congênitos ou adquiridos, sendo que dois terços destas lesões são congênitas. Podem ser classificadas também de acordo com o tecido de origem: congênitos, neurogênicos, ósseos ou diversos. Usualmente são lesões benignas, mas podem sofrer malignização. Os pacientes, em geral, são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. Por isso o diagnóstico é difícil e tardio, e as lesões podem adquirir tamanho considerável. A ressecção cirúrgica justifica-se pelo risco de se tratar de uma lesão maligna, de infecção ou de atingir grandes proporções. O planejamento cirúrgico é importante na determinação da abordagem a esses tumores, ou seja, se anterior (abdominal), posterior (perineal ou para-sacral) ou combinada. O objetivo deste trabalho é relatar uma série de quatro casos de pacientes com lesões pré-sacrais que foram submetidas ao tratamento cirúrgico pela equipe de coloproctologia do HC-UFMG. Materiais e Métodos: Relato de série de casos pacientes do serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFMG com tumor pré-sacral que foram tratados por ressecção cirúrgica nos últimos 5 anos. Resultados: Todos os pacientes relatados são do gênero feminino. A idade média é de 54 anos (de 33 a 83 anos). Todas se queixavam de dor abdominal inespecífica e crônica, exceto uma que se queixava dor na região sacrococcígea. Em duas pacientes os exames de imagem evidenciaram lesão cística, e nas outras duas, evidenciou-se lesão heterogênea. Em uma das pacientes a lesão invadia o sacro. Todas as pacientes foram submetidas à ressecção cirúrgica, sendo duas por acesso abdominal e duas por acesso posterior. Somente em uma das pacientes foi necessário realizar retossigmoidectomia e sacrectomia associados à ressecção da lesão. Uma das pacientes necessitou de cuidados intensivos no pós-operatório imediato. Duas pacientes evoluíram com infecção no pós-operatório, sendo uma infecção da ferida operatória e outra com abscesso pélvico. Uma paciente apresentou recidiva tardia da lesão. O exame anátomo patológico das peças cirúrgicas evidenciou a heterogeneidade histológica: cordoma, adenocarcinoma, cisto tailgut e cisto epidermóide. Conclusões: Os tumores pré-sacrais são lesões raras e compreendem uma grande variedade de tipos histológicos, benignos ou malignos. O tratamento cirúrgico agressivo é indicado pelo risco de malignização e infecção. A abordagem cirúrgica deve ser planejada de acordo com a localização, o tamanho e as características da lesão.

- DISTURBIOS FUNCIONAIS -

PO039 - BIOFEEDBACK-TERAPÊUTICA NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL POR ANISMUS

FERNANDO PINHEIRO ORTEGA¹; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA²; LUCIANE HIANE OLIVEIRA²; SÉRGIO OLIVA BANCI²; JOAQUIM SIMOES NETO²; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA²; JOSE ALFREDO REIS JUNIOR²; JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO²

1. CLÍNICA REIS NETO - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Anismus ou contração paradoxal do assoalho pélvico representa uma das causas de constipação intestinal crônica por obstrução da via de saída. As funções da musculatura pélvica

requerem uma série de interações complexas entre os componentes viscerais e somáticos da região, coordenados pelos mecanismos reflexos e voluntários. A reeducação da coordenação através do treinamento de biofeedback, estimula a normalização das pressões e funções reto anais, portanto melhorando a dinâmica evacuatória. O paciente obtém auto-controle sobre as funções do organismo, reconhecendo a resposta fisiológica da musculatura, que pode ser controlada pelo paciente, resultando em evacuações efetivas. Objetivo: Demonstrar a importância do biofeedback no tratamento de pacientes com constipação intestinal crônica secundária à contração paradoxal da musculatura anal (anismus). Material e métodos: São estudados 10 pacientes com queixa de constipação intestinal crônica e diagnóstico de anismus, demonstrado por exame de manometria anorretal de 08 canais, submetidos a tratamento de Biofeedback no laboratório de fisiologia anorretal da Clínica Reis Neto. As sessões de Biofeedback foram realizadas com o paciente em decúbito lateral esquerdo, através da introdução pelo ânus de uma sonda que contém um sensor de pressão e um balão de látex em sua extremidade. A sonda é posicionada de maneira que o sensor de pressão fique ao nível no canal anal e o balão de látex da extremidade no interior do reto. Em seguida, com o paciente visualizando em um monitor as variações de pressão no canal anal e no reto, é feito o treinamento específico para cada caso. Foram realizadas sessões semanais de 30 minutos que se estenderam conforme a necessidade individual de cada paciente. Resultados: Dos 10 pacientes avaliados, todas do sexo feminino e idade média de 36 anos, 01 apresentou melhora completa dos sintomas com apenas uma sessão de Biofeedback, evoluindo de evacuações semanais para evacuações diárias sem esforço. 06 necessitaram de apenas três sessões para considerarem sua melhora como sendo de 100%. 02 referiram melhora significativa dos sintomas após a quinta sessão, porém com esforço evacuatório eventual na dependência da consistência das fezes. 01 paciente ainda em acompanhamento após a sétima sessão, pois apesar da melhora clínica referida pela mesma, ainda se observa dificuldade de relaxamento adequado da musculatura anorretal. Conclusão: O Biofeedback é um método eficiente no tratamento da constipação crônica por anismus, com resultados favoráveis à curto prazo, além de ser um método indolor e bem tolerado.

PO040 - COLECTOMIA ESQUERDA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA - RELATO DE CASO DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

EDIALA KOSMA PIRES DE OLIVEIRA AURICHIO; MARIANA MIKA DE SOUSA UEMA; JOSÉ EMILIO MENEGATTI; GUILHERME CANFIELD; RICARDO RYDYGIER DE RUEDIGER; SARA MERLIN MASCHIETTO; JOSÉ ANDERSON FEITOZA; ANTONIO SERGIO BRENNER

HOSP. UNVERSTARIO EVANGELCO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A constipação intestinal é uma doença muito prevalente. Em clínicas especializadas a incidência varia de 40-50% como queixa principal ou secundária. A constipação frequentemente é multifatorial. Objetivo: Avaliar indicação cirúrgica e evolução pós operatória do paciente submetidos à colectomia esquerda para o tratamento da constipação intestinal crônica. Método: Estudo retrospectivo realizado por meio do levantamento de prontuário de paciente submetidos à ressecção cirúrgica do cólon no tratamento da constipação intestinal crônica no HUEC em 2012. Caso: L.S., 55 a.,

feminina, natural e residente de Ctba., procurou o serviço de coloproctologia do HUEC por queixas de constipação crônica há 4 anos. Queixava-se de dores abdominais de repetição que aliviavam com a defecação. Havia feito uso de laxantes abusivamente durante este tempo, entretanto continuava com evacuações irregulares e fezes petrificadas. Na história mórbida progressiva referiu ser hipertensa, diabética há 2 anos e portadora de fibromialgia. Negou cirurgias prévias. Usava cloridrato de metadona 10mg 6/6hrs, metformina 1 cp/dia, Enalapril 10mg 12/12hrs, furosemdia 40mg/dia, anlodipina 5mg 12/12hrs. Ao exame físico do abdome e exame proctológico normais. O Rx de trânsito intestinal mostrou lentificação do trânsito com contraste baritado atingindo fêleo distal apenas 6hrs após sua ingestão. No enema opaco foi visualizada diminuição de haustrações em transversa e ascendente. Apresentou 100% dos marcadores de trânsito colônico retidos no colo. A colonoscopia, ultra-som de abdome total e leucometria não apresentaram alterações. Diagnosticada com inércia colônica idiopática. Realizou uma colectomia esquerda videolaparoscópica. Após a alta, reinternou no 10º pós-operatório diagnosticado fístula colo-cutânea. Foi optado por tratamento clínico pela paciente estar em bom estado geral e por se tratar de uma fístula orientada e de baixo débito (<250 ml). Utilizou antibiótico por sete dias, referindo menor quantidade da secreção drenada pela fístula no 15º pós-operatório. Referia evacuar 1 vez ao dia com esforço. Após 2 meses de pós-operatório manteve quadro constipatório com evacuações endurecidas a cada 2 dias com uso de laxante. Fez uso de óleo mineral e lactulona. Três meses após a cirurgia ainda apresentava saída de secreção amarelada por orifício fistular. No enema opaco, identificou-se presença de estenose da anastomose. Paciente foi então reoperada. Realizando uma Laparotomia exploradora por incisão de Pfannestiel com enterectomia na região da anastomose e reconfeção da anastomose manualmente em 2 planos. boa evolução. Conclusão: Devido às complicações e à morbi-mortalidade decorrente da retirada do cólon, as discussões relacionadas aos benefícios desse tipo de cirurgia permanecem em debate. O tratamento cirúrgico é uma alternativa somente nos casos crônicos incapacitantes; nos pacientes com diagnóstico confirmado e documentado de inércia colônica.

PO041 - DEFECOGRAFIA NA AVALIAÇÃO DO PROLAPSO RECTAL. AINDA É ÚTIL?

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA

MANOPH-INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: A videodefecografia pode permitir o diagnóstico do prolapso rectal, que externo, quer interno. A aquisição recente de novas técnicas, como a defecografia por ressonância magnética, tem colocado em questão a utilidade clínica da videodefecografia. Objectivos: Revisão dos resultados da defecografia em 67 casos de suspeita de prolapso rectal, não confirmado pelo exame proctológico convencional. Material e métodos: Foram observados 67 doentes, recorrendo à utilização de um sistema "Office – based" de defecografia, construído mediante a adaptação de um sistema de fluoroscopia com arco em C, uma plataforma defecatória e ligação a um gravador de vídeo e placa digitalizadora. Foi utilizado como contraste a pasta "Microtrast", ou uma pasta efectuada no momento, recorrendo à mistura de uma papa láctea com "Micropaque". Em todos os casos, procedeu-se, após a defecografia, a inspecção, palpação e toque do canal anal, com o doente em posição sentado, para confirmação e caracterização do prolapso observado na defecografia. Resultados: A defecografia permitiu demonstrar a ocorrência de prolapso rectal completo em 30 (em 4, a defecografia por ressonância não tinha

evidenciado o prolapso), diagnosticou prolapso hemorroidário em 17, prolapso "oculto" em 5 e ausência de prolapso em 15. Conclusões: A defecografia pareceu-nos uma ferramenta útil no diagnóstico e caracterização do prolapso rectal, sendo particularmente útil nos casos de suspeita não confirmada pelo exame proctológico convencional, ou mesmo por outras técnicas "mais sofisticadas".

PO042 - ESCLERODERMIA E ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS ANORRETAIS

FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; MARCOLINO SOUZA AGUIAR; NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; EULER MEDEIROS AZARO

HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A esclerodermia é uma doença reumática auto-imune do grupo das colagenoses, de etiologia desconhecida, rara, com incidência anual em torno de 02 casos / 100.000 habitantes e início de apresentação ao redor da quarta década de vida, que provoca alterações inflamatórias, fibróticas, atróficas e obstruções microvasculares dos tecidos. Podem ocorrer lesões em pele, sistema músculo-esquelético e alguns órgãos internos, especialmente os do trato gastrointestinal. Essas alterações muitas vezes envolvem musculatura esquelética, e o esfíncter anal é um dos locais mais acometidos. OBJETIVO: relatar o caso de uma paciente com queixa de incontinência fecal, portadora de esclerodermia. RELATO DE CASO: Este é um relato de caso de uma paciente com queixa de incontinência anal de possível associação causal com a esclerodermia. Paciente referia soiling iniciado há seis meses, sem incontinência para flatos ou fezes sólidas. Passado de três partos naturais, sem história de cirurgias orificiais, com diagnóstico de esclerodermia e em uso crônico de corticóides. Realizou colonoscopia e ultrassonografia endoanal, com resultados normais. A manometria revelava hipotonia severa de esfíncter anal interno e externo, reflexo inibitório retoanal indeterminado e sensibilidade retal diminuída. DISCUSSÃO: As complicações anorretais mais frequentes na esclerodermia são as relacionadas à constipação e impactação fecal, incontinência anal, prolapso retal e megacólon. Além disso, muitos pacientes podem apresentar diminuição ou ausência do reflexo inibitório retoanal e capacidade retal diminuída. A paciente em questão reflete uma parcela importante das queixas anorretais associadas à esclerodermia, sendo possível identificar alterações manométricas como hipotonia severa de esfíncteres interno e externo do ânus e sensibilidade retal diminuída. CONCLUSÃO: As manifestações gastrointestinais são as mais comuns da esclerose sistêmica, acometem 90% dos pacientes, atingindo igualmente as formas difusa e limitada da doença. Os sintomas geralmente não causam risco de vida, mas afetam de forma importante a qualidade desta. O envolvimento dos cólons e da região anorretal pode atingir 50% dos casos, raramente sintomáticos e, por isso, subestimados. A esclerodermia deve ser lembrada nos pacientes em investigação de incontinência e impactação fecal, uma vez que há registros de ocorrência de 38% e de 18% dessas queixas, respectivamente, nos pacientes portadores daquela patologia.

PO043 - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE EM MANOMETRIA ANORRETAL

LÚCIANA DE OLIVEIRA FIALHO; FÁTIMA CRISTINA SIMÕES BERNARDO; ANTÔNIO CARLOS RIBEIRO GARRIDO IGLESIAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: Nos últimos anos ocorreram grandes avanços no estudo e compreensão da fisiologia anorretal, proporcionando melhores diagnósticos e com isso avanço no tratamento dos distúrbios do assoalho pélvico. As alterações do assoalho pélvico constituem um grupo heterogêneo de patologias, e sua avaliação pode ser realizada com auxílio da manometria anorretal. Este exame permite uma avaliação objetiva e quantitativa da musculatura esfinteriana, proporcionando uma série de informações relacionadas com a função anorretal, sendo um método ideal para avaliar casos de incontinência e constipação intestinal. Objetivo: Objetivo deste estudo é de avaliar o perfil de pacientes estudados com exame de Manometria anorretal no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, de pacientes consecutivos, submetidos ao exame de Manometria anorretal no HUGG no período de Fevereiro de 2011 a maio de 2012. Foram realizados 135 exames, sendo pacientes do sexo feminino 86 (64%), média de idade de 54 anos, comorbidades associadas: 13(9%) Hipertensão arterial, 17(12%) Diabete Mellitus, 1 (0.7%) Polimiosite e 1 (0,7%) Hipertireoidismo e sem comorbidades 77,6% dos pacientes. Principais pedidos de exame: Incontinência fecal (52%), Constipação intestinal (20%), disquezia (12%), Reconstrução de trânsito (7%), Fissura anal (6%), síndrome do intestino irritável (2%) e doença de Hisprung (1%). Resultados: Incontinência fecal (44% (leve -42% . moderada -51%, grave -7%)), Anismo (18%), Normal(16%), Megareto (13%), Hipertonia esfinteriana (9%). Entre os pacientes incontinentes o índice de Jorge & Wexner testado teve uma média de 6. Entre os pedidos de incontinência 72% confirmou resultado, 13% exame normal, 9% Anismo e 6% Megareto. Entre os pedidos de constipação 33% Anismo, 33% Megareto, 22% normal e 12% Hipertonia esfinteriana. Conclusão: Os distúrbios do assoalho pélvico representam um grupo heterogêneo de patologias. A correlação clínico laboratorial é essencial na avaliação destes distúrbios. Nenhum exame isoladamente é definidor de diagnóstico definitivo, no entanto a manometria anorretal torna-se um estudo que ajuda a orientar o médico assistente na conduta perante as queixas apresentadas por seus pacientes.

PO044 - IMPACTO DO TREINAMENTO PERINEAL ATRAVÉS DO BIOFEEDBACK EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO SEMANISMUS

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA¹; GUSTAVO KURACHI²; DAYANNE ALBA CHIUMENTO¹; LARISSA SOKOL ROTTA¹; CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS²; MARCIELI SCHUSTER²; KELLI RIZZARDI²; UNIVALDO ETSUO SAGAE³
1. FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL;
2. GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL;
3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a importância do biofeedback imediato em pacientes portadores de constipação intestinal sem animus. Método: No período de Janeiro de 2011 a Julho 2012, foram avaliadas prospectivamente e tratadas 45 pacientes, com quadro de constipação intestinal diagnosticadas pela história clínica e avaliada pelo escore de Wexner, eletromanometria anorretal e colonoscopia, após encaminhada ao tratamento fisioterapêutico. O tratamento fisioterapêutico foi realizado através do aparelho de biofeedback eletromiográfico Miotool 400. O tratamento baseando-se no protocolo de Kegel que consistiu em 4 fases: 1 - Contração de 10 vezes a Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), da forma mais forte e rápida possível, descansando apenas 1 segundo entre cada contração (5 repetições). 2 - Contração da MAP o mais forte possível

por 3 segundos, descansando por 3 segundos (10 repetições). 3 - Contração da MAP o mais forte possível por 5 segundos, descansando por 5 segundos (10 repetições). 4 - Contração da MAP o mais forte possível por 10 segundos, descansando por 10 segundos (5 repetições). Associados ao treinamento perineal, todas as pacientes tiveram orientação higiênico-dietética com relação ao aumento da ingesta hídrica e consumo de fibras insolúveis e postura correta para evacuar. O número de sessões variou de 6 a 15 sessões (média 10,28). As pacientes foram orientadas e incentivadas a realizarem exercícios domiciliares de 25 contrações fortes e rápidas 3 vezes ao dia durante o tratamento e ao seu término. Ao final do tratamento foi reaplicado o protocolo de Wexner. Resultados: O estudo foi composto de 45 pacientes, 41 (91%) do sexo feminino. A média de idade foi 50,95 anos (27 a 73). Dessas, 27 (60%) tiveram partos vaginais, 12 (27%) algum tipo de cirurgia orifical e a média do tempo de constipação foi de 17,75 (1ano a 69 anos). Dezoito (40%) pacientes apresentavam incontinência urinária associados no pré-biofeedback e 5 (11%) no pós biofeedback, 23 (51%) pacientes apresentavam soiling no pré-biofeedback e 7 (15%) no pós biofeedback. O escore de constipação na avaliação foi de 14,31 (8 a 22) e no pós-tratamento foi de 3,2 (1 a 7). Com p: 0,0001 pelo Teste t student. Conclusão: Conclui-se que o treinamento perineal através do biofeedback teve melhora no quadro de constipação intestinal em pacientes sem animus, ressalta-se também a evolução no quadro de incontinência urinária associada, assegurando a essa técnica as vantagens de ser eficaz, indolor e de baixo custo.

PO045 - MANOMETRIA ANORRETAL NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA

FERNANDO PINHEIRO ORTEGA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; SÉRGIO OLIVA BANC; JOAQUIM SIMOES NETO; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOSE ALFREDO REIS JUNIOR; JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO

CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A constipação intestinal crônica está entre as queixas mais comuns no consultório de proctologia, não é propriamente uma doença, mas sim um sintoma que pode ser originado de vários distúrbios intestinais ou extraintestinais, sendo assim há necessidade de cuidadosa investigação para estabelecimento do diagnóstico. Este depende da integração de um anamnese bem feita, um bom exame físico e investigações fisiológicas adequadas. Nesse contexto a manometria anorretal apresenta-se com um exame objetivo que contribui na avaliação das disfunções do assoalho pélvico presente principalmente nos pacientes com constipação do tipo bloqueio defecatório. Objetivo: Demonstrar a importância da manometria anorretal na avaliação de pacientes com constipação intestinal crônica. Material e métodos: Avaliação retrospectiva de 190 pacientes com queixa de constipação intestinal crônica, submetidos à manometria anorretal na Clínica Reis Neto no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2012. Não houve distinção quanto à idade, sexo e raça. O exame foi realizado com o paciente em decúbito lateral direito, através da introdução pelo ânus de uma sonda de perfusão contínua de 08 canais circulares que contém um balão de pressão em sua extremidade, obtendo-se assim dados referentes às pressões do complexo esfinteriano anal. Resultados: Total de 190 pacientes sendo 151 (79,5%) do sexo feminino e 39 (20,5%) do sexo masculino, idade média de 46 anos. 50 pacientes referiram dor anal associada à queixa de constipação. Pressão média de repouso de 76,35 mmHg, pressão média de contração de 149,2 mmHg, ambos dentro dos limites

da normalidade. 116 (61%) pacientes com ausência de relaxamento ao estudo do esforço evacuatório, dos quais 98 (84,5%) apresentaram reflexo paradoxal. Reflexo inibitório reto-anal presente em todos os pacientes, valores médios de sensibilidade mínima, urgência defecatória, volume máximo tolerado e complacência retal de 56, 112, 210 e 7 ml de pressão de ar, respectivamente. Conclusão: A manometria anorretal é um método objetivo e eficiente na avaliação inicial de pacientes com constipação intestinal crônica, importante na identificação de alterações do relaxamento ao esforço evacuatório (anismus).

PO046 - MANOMETRIA ANORRETAL: ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; IZABELLA GONÇALVES CARNEIRO; LIANE VANESSA ZACHARIANES SANTOS GOES; ROBERTO DE SOUZA MENDONÇA; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A manometria anorretal é um método de investigação funcional da motilidade anorretal e quando associada a dados clínicos, constitui um método adequado para quantificar as pressões de repouso e de contração do esfíncter anal. Objetivo: Avaliar a patologia mais incidente e os dados epidemiológicos dos pacientes que realizaram manometria anorretal no Hospital Geral Roberto Santos no período de janeiro de 2010 a Dezembro de 2011. Métodos: Foram colhidos os dados de 169 pacientes que realizaram manometria anorretal no serviço do Hospital Geral Roberto Santos, através de um questionário realizado antes do exame, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. As manometrias foram realizadas com o aparelho Alacer de perfusão com Scanaís radiais. Resultados: Dos 169 pacientes avaliados, 121 eram do sexo feminino e 48 do sexo masculino. A média de idade dos paciente foi de 48,2 anos. A incontinência foi a queixa mais comum (41 pacientes), seguido por dor anal (26 pacientes), fissura anal (25 pacientes), constipação (24 pacientes), fistula anal (22pacientes), doença hemorroidária (19 pacientes), prolapso retal (8 pacientes), prurido e soiling (ambos com 2 pacientes). Cento e dezesseis pacientes não apresentavam cirurgia orificial prévia, mas 20 pacientes realizaram hemorroidectomia, 10 realizaram fissulectomia, 7 fistulectomia, 6 drenagem de abscesso anorretal, 3 realizaram correção de prolapso retal, 1 retossigmoidectomia e 1 desbridamento devido a síndrome de Fournier. Discussão:A manometria anorretal é um exame utilizado para o diagnóstico de afecções como a incontinência fecal e algumas formas de constipação intestinal, assim como no acompanhamento pós-cirúrgico de algumas doenças pélvicas e anorretais. É uma técnica diagnóstica das afecções anorretais, caracterizada por aferição e registro gráfico de pressões de reto e canal anal em diferentes momentos do processo de defecação. A manometria anorretal associada intimamente a testes de sensibilidade, capacidade e complacência retal, assim como monitorização gráfica do esforço evacuatório e reflexo inibitório reto anal, além do teste de expulsão do balão intra retal, constitui o pilar básico da avaliação funcional de afecções ano-retó-cólicas, sendo justificada uma utilização mais frequente em detrimento de exames mais complexos e dispendiosos para análise funcional do assollo pélvico. Conclusão: A incontinência anal constituiu a queixa mais prevalente nos pacientes que realizaram manometria anorretal no nosso serviço. Os pacientes do sexo feminino também foram maioria. É necessária uma padronização dos serviços, para que mais estudos comparativos possam ser realizados.

PO047 - O VALOR DO ÍNDICE DE FADIGA ESFINCTERIANO NA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO BIOFEEDBACK

ELOISA RONCARATTI; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; PATRICIO BERNARDO LYNN; ANGELITA HABR GAMA
INSTITUTO ANGELITA GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O biofeedback representa opção terapêutica útil e bastante utilizada no tratamento da incontinência anal, porém os mecanismos de ação e parâmetros fisiológicos de melhora são ainda pouco conhecidos e controversos. O Índice de Fadiga Esfíncteriano (IFE) tem sido recentemente incorporado na avaliação manométrica anorretal, porém não existe na literatura avaliação dos efeitos da biofeedbackterapia neste parâmetro. O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos e manométricos do biofeedback, e especificamente entre os parâmetros manométricos, avaliar o Índice de Fadiga Esfíncteriano (IFE) como parâmetro objetivo da resposta clínica ao tratamento com o biofeedback. Método: Foram incluídos pacientes consecutivos submetidos ao tratamento de incontinência anal pelo biofeedback no Instituto do Aparelho Digestivo, em São Paulo. Os prontuários clínicos foram revisados retrospectivamente coletando dados referentes aos antecedentes pessoais e causa da incontinência. A gravidade da incontinência foi avaliada utilizando-se o Índice de Incontinência da Cleveland Clinic (II) antes e após dois meses do tratamento. Todos os pacientes realizaram pelo menos três sessões de biofeedback, com intervalo de pelo menos uma semana entre as sessões. Em cada sessão, foram realizados 30 minutos de exercícios treinando a contração voluntária e a sensibilidade retal. O IFE, medida calculada (em minutos) do tempo necessário para que o esfíncter fique totalmente fatigado alcançando uma pressão equivalente à pressão de repouso, foi calculado no início e final de cada sessão de biofeedbackterapia. Os valores do II e do IFE iniciais e finais foram comparados para determinar quais foram os pacientes que apresentaram melhoras dos mesmos. Finalmente foram calculados os parâmetros considerando a melhora do IFE como parâmetro capaz de predir melhora do II. Resultados: Desde Março 2011 até maio 2012, 21 pacientes foram tratados com biofeedback por incontinência fecal em um centro privado de São Paulo. A mediana de idade foi de 64 anos (15-80) e dezesseis pacientes (76%) foram de sexo feminino. Seis (28%) pacientes apresentaram antecedente de cirurgia orificial, 10 (47%) referiram antecedente de parto vaginal e três (14%) apresentaram incontinência urinária associada. A mediana de tempo de evolução da incontinência anal foi de 24 meses (6-120). O valor médio do II antes do tratamento foi de 9,4 (1-17), o pós tratamento, foi de 5,6 (0-15). O valor médio do IFE inicial da primeira sessão da série foi de 1,35 (0,2-3,7) e o do IFE final foi de 1,86 (0,5-5,8). No total 15/20 (75%) pacientes apresentaram melhora do IFad após o tratamento e 11/17 (64%) apresentaram melhora do II durante o mesmo período. A elevação do IFE foi capaz de predir melhora clínica com sensibilidade de 77%, especificidade de 25%, valor preditivo positivo de 77%, valor preditivo negativo de 25%. A acurácia geral do m.

PO048 - SÍNDROME DA CONTRAÇÃO PARADOXAL DO MÚSCULO PUBORRETAL: RELATO DE CASO

FERNANDO BRAY BERALDO¹; MARCELO PAIVA OLIVEIRA²; EDUARDO HENRIQUE ROSSI SIMÕES²; HUMBERTO POZZI FASOLIN¹; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ¹; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA¹; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA¹; GILMARA SILVA AGUIAR YAMAGUCHI¹
1.IAMSPE/HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.HMASP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A síndrome da contração paradoxal do músculo puborretal é uma das entidades componentes da síndrome do elevador do ânus, que representa um espectro de diferentes síndromes dolorosas da pelve, como, por exemplo, a síndrome do músculo piriforme, síndrome do diafragma pélvico espástico, coccigodinia e proctalgia fugaz. RELATO DO CASO: Paciente G.P.D., feminino, 43 anos, sem comorbidades, com queixa de dor perineal há dois anos, em peso, constante, com melhora fugaz com uso de anti-inflamatório. Apresentava hábito intestinal constipado e esforço evacuatório e tempo médio de evacuação há 10 minutos, com sensação de evacuação obstruída. Ao exame proctológico apresentava cicatriz prévia de hemorroidectomia, toque retal com esfíncter normotômico e contração máxima normal, músculo puborretal tenso e doloroso à palpação, principalmente à esquerda. Anuscopia com pequena retocele e retossigmoidoscopia rígida até 20cm sem alterações. Colonoscopia completa, sem alterações. Ressonância magnética de pelve com bobina endoanal apresenta pequena área fibrótica em topografia de esfíncter interno na parede posterior direita. Manometria andoanal normal. Cinedefecografia revela eixo anorretal preservado, mobilidade anorretal preservada em repouso e às manobras de contração, relaxamento inadequado do músculo puborretal, resíduo pós-evacuatório preservado, abertura do canal preservada, tempo evacuatório preservado. Confirmada hipótese de contração paradoxal do músculo puborretal e realizado tratamento clínico com sessões de biofeedback, uso de gabapentina, ciclobenzaprina e calor local. Paciente evoluiu com melhora importante das queixas e segue em acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A síndrome de contração paradoxal do músculo puborretal afeta principalmente mulheres e se apresenta com queixa de dor retal intensa, agonizante, principalmente à esquerda, não relacionada à evacuação, ainda que possa ser exacerbada pela mesma. Comumente estes pacientes passam muito tempo assentados no vaso sanitário, seja fazendo esforço evacuatório, com diarreia ou lendo. Outros fatores incluem parto, cirurgia pélvica, distúrbios psiquiátricos e intercurso sexual. O exame físico geralmente é inconclusivo e o tratamento primário consiste em instruções para evacuação, massagem local, combinada calor local e diazepam. Biofeedback, sendo a estimulação eletroanal através de sonda retal, e injeção transanal de triancinolona também representam alternativas.

- DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL -

PO049 - CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA ASSOCIADA A RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA

MAURILIO TOSCANO DE LUCENA; MAURICIO JOSE DE MATOS E SILVA; JOSEANE CANTON; ANA PAULA CABRAL DOURADO DE MATOS; BRUNO FREIRE BORGES; ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; ALINE DAVID SILVA; PAMELA LEO VIANA

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Introdução. A associação entre doença inflamatória intestinal (DII) e anormalidades hepatobiliares é bem definida. 5% dos portadores de DII desenvolvem hepatopatia. Apenas 14 casos de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) em associação com cirrose biliar primária (CBP) foi relatado na literatura de língua inglesa até o momento. É relatado um caso de um paciente que desenvolveu CBP durante o curso de uma RCUI. Caso Clínico. J.C.S., masculino, 45 anos, com queixas de diarreia mucossanguinolenta, dor abdominal e fístulas perianais há +/- 7 anos. As colonoscopias e biópsias, foram

sugestivas de colite inespecífica em atividade. Realizou-se fistulotomia anal em 2 tempos e tratamento medicamentoso com sulfassalazina, metronidazol, corticóides e terapia biológica (Infliximab), sem melhora significativa. A última colonoscopia evidenciava estenose em cólon descendente cuja biópsia era sugestiva de colite crônica ativa inespecífica e displasia epitelial moderada. Realizou-se colectomia total + ileorretoanastomose por videolaparoscopia. Observou-se um fígado de aspecto macronodular. A microscopia foi sugestiva de RCUI em atividade comprometendo todo o cólon com displasia epitelial de baixo grau. A biópsia hepática foi sugestiva de cirrose biliar. O paciente evoluiu com dor e distensão abdominal associada a parada na eliminação de gases e fezes, sendo evidenciado sinais de vazamento da anastomose na tomografia computadorizada. Procedeu-se à laparotomia exploradora + ileostomia de desvio em alça e drenagem da pelve. O paciente apresentou no pós-operatório icterícia, colúria, elevação do INR e de TGO/TGP. A colangiressonância evidenciou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Discussão. A CBP é uma doença auto-imune caracterizada pela inflamação crônica com destruição e obliteração dos ductos biliares intra-hepáticos e infiltração linfoplasmocitária dos espaços portais, com subsequente colestase e progressão para cirrose biliar. A alteração mais importante é a presença de anticorpos circulantes anti-mitocôndria, encontrado em até 95% dos pacientes. O tratamento padrão da CBP é o ácido ursodesoxicólico, que melhora a sobrevida, porém não impede a progressão da doença para cirrose e insuficiência hepática. A CBP isolada afeta predominantemente mulheres entre 40 e 60 anos, com uma relação mulher:homem de 9:1; ao contrário, quando existe a associação com RCUI, o número de mulheres acometidas em relação aos homens é menor, além do fato de serem afetadas numa idade mais precoce. A RCUI associada a CBP se manifesta mais frequentemente como proctite ou colite do lado esquerdo e na forma leve, antecedendo o diagnóstico de CBP em vários anos. No presente relato de caso, ao contrário do observado na literatura, a doença ocorreu num homem com pancolite e alterações displásicas. Conclusão. A associação CBP x RCUI é extremamente rara, devendo-se considerar a sua presença em pacientes portadores de RCUI com alterações hepatobiliares.

PO050 - COLITE PÓS-COLOSTOMIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN PERINEAL. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS
CONSULTÓRIO, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: Relato do caso: Paciente do gênero feminino, 21 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn (DC) desde os 16 anos. Iniciou o quadro com doença perineal extensa sem evidências de envolvimento proximal, apresentando grande melhora progressiva com imunossupressor. Houve recorrência após dois anos, iniciando-se então Infliximabe com resposta parcial, mas houve necessidade de colostomia devido ao processo inflamatório debilitante do períneo, evoluindo então com melhora completa do quadro. A paciente permaneceu tratada com Infliximabe, e após alguns meses apresentou hérnia paracolostômica, prolapso da colostomia e dermatite paraostomal. Realizou-se colonoscopia que demonstrou doença ativa em colo descendente. Optou-se então por hemicolectomia esquerda e anastomose primária associada a ileostomia em alça, já que as lesões perineais persistiam e as condições de higiene da paciente eram precárias, inviabilizando que a mesma permanecesse sem estoma. DISCUSSÃO: Evans et al.1 relataram três casos de pacientes com doença de Crohn (DC) e dificuldades com o estoma relacionados a

excesso de panículo adiposo e hérnia paracolostômica. Os três foram tratados por abdominoplastia e reposicionamento do estoma apresentando bons resultados. Embora o comprometimento perianal ocorra em aproximadamente um terço dos pacientes com DC e o envolvimento cutâneo possa ser encontrado em 22% a 44%, manifestações genitais são extremamente raras. Além disso, quando presentes tais lesões costumam ocorrer após manifestação intestinal e não as precedendo como ocorreu nesta paciente². Em tais situações, além do tratamento convencional com corticosteróides, antibióticos, imunossuppressores e terapia biológica, a realização de um estoma é descrita como opção salvadora por muitos autores¹⁻⁴. A despeito das inquestionáveis vantagens do desvio fecal em pacientes com grave comprometimento genital e perianal, há que se considerar também o alto índice de complicações destes procedimentos. Post et al.⁵ demonstraram que a principal indicação de estoma em pacientes com DC foi a doença genital e fístulas peri-anais e que o índice de complicações dos estomas foram de 31% versus 5% para colostomias e ileostomias, respectivamente. A paciente do caso acima exposto apresentou complicações de colostomia e optou-se pela realização então de uma ileostomia, levando-se em conta a intenção de evitarem-se novas complicações. Estes autores avaliaram 746 pacientes com DC tratados cirurgicamente tendo sido realizados 227 estomas e concluíram que os principais fatores relacionados a um estoma permanente são inflamação retal, fístulas ou abscessos perianais e ausência de envolvimento de intestino delgado^{5,6}. Ainda segundo Posta et al.⁵, a chance de fechamento de estomas em pacientes com DC são de 79% quando feitos após complicações cirúrgicas, 75% quando para proteção anastomótica e cai drasticamente para 40% para envolvimento perianal ou genital, caso da paciente deste ar.

PO051 - COMPLICAÇÕES RELACIONADAS ÀS FÍSTULAS PERIANAIS EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA DE TRÊS ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA

EDIALA KOSMA PIRES DE OLIVEIRA AURICHIO; TIAGO FERREIRA DE OLIVEIRA; JOSÉ EMILIO MENEGATTI; GUILHERME CANFIELD; RICARDO RYDYGIER DE RUEDIGER; SARA MERLIN MASCHIETTO; JOSÉ ANDERSON FEITOZA; RUBENS VALARINE

HOSP. UNVERSTARIO EVANGELCO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal. Sua inflamação apresenta um caráter crônico e recidivante, com uma resposta inflamatória resultante da interação de fatores imunológicos, genéticos e ambientais. A fístula perianal é comum quando a doença está localizada no intestino grosso, especialmente no reto. A ocorrência da fístula resulta em morbidade significativa, isso acontece devido à ocorrência de sepse, incontinência e necessidade de tratamento cirúrgico, este que muitas vezes necessita ser repetido devido aos elevados índices de recorrências. **OBJETIVO:** O objetivo desse trabalho é identificar no serviço de coloproctologia do HUEC, os pacientes com fístula perianal em Doença de Crohn, levantando a prevalência de recorrência e incontinência associada ao tratamento cirúrgico dessas fístulas, fistulectomia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de 182 prontuários de pacientes submetidos à fistulectomia no HUEC num período de três anos, no período de 2009 a 2011. Foram escolhidos, a partir dos 182 pacientes, seis

pacientes seguindo os critérios de inclusão: Pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico de de Crohn e que estão em acompanhamento ambulatorial. Sendo avaliados os índices de recorrência e incontinência nesses pacientes. Os resultados foram submetidos a testes estatísticos. **RESULTADOS:** No presente estudo foram coletados dados de seis pacientes (Tabela 1), sendo cinco mulheres (83%) e um homem (17%). A idade de diagnóstico desses pacientes variou de 20 a 41 anos, tendo uma mediana de 34, média de 31,3 anos com desvio padrão de 7.10. O tempo da doença variou de 11 meses até 13 anos, mediana de 8,5, média de 7,6, com desvio padrão de 4,38. O tempo médio decorrido pós-diagnóstico da DC para realização do procedimento cirúrgico foi de 12,6 meses, mediana de 12 meses e desvio padrão de 2,94. A recorrência apresentou-se em 50% dos pacientes, assim como a incontinência. Já a estenose apresentou-se em 33% dos pacientes, sendo que o paciente do sexo masculino foi poupado em todas as situações. Prevalência das complicações concomitantes com a fístula (Gráfico1). Foram achados três hemorroidas (30%), duas fissuras anais (20%), uma úlcera anal (10%), um pólipio de cólon (10%) e um pseudopólipio (10%). Essas complicações estiveram presentes apenas nos pacientes do sexo feminino, sendo que o paciente do sexo masculino não apresentou quaisquer das outras eventualidades estudadas neste trabalho. Houve fístula reto-vaginal em duas das cinco pacientes. Encontrou-se recorrência na Doença de Crohn similares à prevalência mundial. Diferente da incontinência que mostrou-se índices elevados quando comparado à literatura. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a recorrência e a incontinência continuam a ser um dos grandes problemas da doença de Crohn em fístula perianal quando submetidos à fistulectomia. No entanto, nosso estudo mostra que ambas complicações não necessariamente possuem proporcionalidade.

PO052 - CONCOMITÂNCIA DE ADENOCARCINOMA, TUMOR CARCINÓIDE E DOENÇA DE CROHN

MARIA FERNANDA ZUTTIN FRANZINI; PATRÍCIA ROMERO PRETE; MARÍLIA LÚCIA CARDOSO BARROS DOMINGUES; ELIS ROCHA RIBEIRO; ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO; PAULA GABRIELA MELO MORAES; MAGALY GEMIO TEIXEIRA
CLÍNICA PARTICULAR, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Chamar a atenção para a possibilidade de associação da doença de Crohn com neoplasia. **Relato de caso :** R.L.S.A, masculino, 40 anos, com sintomas de Doença de Crohn há 20 anos, diagnóstico definitivo há 7 anos. Há seis meses apresentando perda ponderal, anemia, vômitos, dor e distensão abdominal e fístulas perianais. Quadro de suboclusão motivou em nov / 2011 internação com melhora temporária após tratamento clínico. Piora do quadro clínico em janeiro /2012 tendo sido submetido a enterectomia de íleo terminal + hemicolectomia direita com anastomose primária + colorrafia + cistorrafia (encontrada fístula entero-colo-vesical). O exame anátomo-patológico revelou adenocarcinoma pouco diferenciado com áreas sólidas (50%), áreas tubulares(30%) e áreas em anel de sinete (20%) de íleo terminal, infiltrando em profundidade toda espessura da parede até superfície serosa; presença de infiltração neoplásica vascular linfática; ileíte crônica regional com padrão de Doença de Crohn acometendo irregularmente o segmento ressecado. O intestino delgado foi submetido à pesquisa imuno-histoquímica, corroborando padrão de adenocarcinoma tubular pouco diferenciado na maior extensão da neoplasia, positiva para citoqueratina 20 e para CDX-2 em áreas sólidas com padrão de carcinoma neuroendócrino de alto grau. Paciente encaminhado para seguimento com oncologista.

Adenocarcinomas e tumores carcinóides tem sido descritos na doença de Crohn. O aparecimento simultâneo de ambos é raro, havendo apenas cinco casos descritos na literatura. Os sintomas se confundem com os da doença de Crohn. O diagnóstico é feito incidentalmente durante laparotomia, em pacientes que apresentam piora do quadro clínico. Conclusão: É importante ter em mente a possibilidade de malignização na doença de Crohn e indicar tratamento cirúrgico nos casos irresponsivos a tratamento clínico com piora importante do estado geral.

PO053 - DISPLASIA ASSOCIADA À LESÃO OU MASSA (DALM) NA RETOCOLITE ULCERATIVA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

ANTONIO LACERDA FILHO¹; GABRIEL CARVALHO LACERDA²; RUBENS VICENTE D²; JOÃO VITOR DE JESUS ALVES²; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE²

1.UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.FCMMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: ¹Acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Professor de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da UFGM; ³Professor de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte/MG. Introdução: A Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI) é uma doença inflamatória que acomete o intestino grosso, de etiologia desconhecida, muito provavelmente de natureza auto-imune. Caracteriza-se por períodos de atividade e remissão cuja duração é variável. Na RCUI de longa evolução podem surgir protuberâncias ou depressões displásicas visíveis na mucosa inflamada ou cicatrizada, quadro conhecido como Displasia Associada à Lesão ou Massa (DALM), que pode evoluir para o câncer colorretal. Relato de caso: Paciente masculino, 65 anos com diagnóstico de RCUI (pancolite) há mais de 30 anos. Em colonoscopia de vigilância evidenciou-se lesões polipoides espalhadas nos cólons ascendente e sigmóide. As biópsias revelaram displasia de alto grau, confirmando quadro de DALM. Foi indicada proctocolectomia total e anastomose ileoanal com reservatório ileal e ileostomia protetora. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo recebido alta em boas condições. Discussão: A RCUI afeta predominantemente o reto, podendo estender-se ao sigmóide e restante dos cólons. Nos casos de pancolite, é de extrema importância a realização de colonoscopias de vigilância a cada 2 anos, a partir de oito anos do diagnóstico, para a detecção de uma das principais complicações da doença, que é a malignização. A literatura existente acerca de DALM é bem restrita, mas quando se evidencia tal quadro, independentemente se a displasia é de baixo, médio ou alto grau, a cirurgia está indicada. Tratando-se de uma condição pré-maligna, a cirurgia mais indicada é a proctocolectomia total, que consiste na ressecção de todo o intestino grosso. A reconstrução com confecção de bolsa íleo-anal permite uma boa qualidade de vida pós-operatória. Conclusões: Pacientes portadores de RCUI de longa evolução devem ser seguidos rigorosamente com colonoscopias de vigilância a fim de se identificar lesões suspeitas que devem ser valorizadas e biopsiadas à procura de displasia, caracterizando quadro de DALM. Tais pacientes devem ser submetidos a proctocolectomia total com reservatório íleo-anal, cirurgia capaz de evitar o desenvolvimento de câncer invasor e de proporcionar boa qualidade de vida.

PO054 - DOENÇA DE CROHN COM ASPECTOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS SUGESTIVOS DE RETOCOLITE ULCERATIVA

ARMINDA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CHRYSSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; ANDRESSA MACHADO SANTANA BRASIL; RODRIGO BECKER PEREIRA

FACULDADE DE MEDICINA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Relatar um paciente em acompanhamento ambulatorial no HC/UFG com quadro clínico e endoscópico sugestivo de retocolite ulcerativa (RCUI) e que após análise histológica de peça cirúrgica demonstrou características compatíveis a doença de Crohn. Material e Métodos: Análise de dados do prontuário e acesso aos exames complementares. Resultado: Paciente O.F.A., 47 anos, sexo masculino, em acompanhamento desde dezembro/2005 com quadro de diarreia sanguinolenta, dor abdominal, febre e anemia. Videocolonoscopia evidenciou pancolite acentuada. Hipótese diagnóstica após análise clínica, endoscópica e histopatológica foi de RCUI. Houve melhora clínica após tratamento medicamentoso. Videocolonoscopia em maio/2006 evidenciava pancolite de discreta intensidade, porém com menor acometimento de reto; anatomopatológico sustentou a suspeita de RCUI. Paciente só retorna ao Serviço em março/2009, em uso irregular de Sulfassalazina, com diarreia mucossanguinolenta diária. Videocolonoscopia evidenciou processo inflamatório importante, pseudopólipos em cólon transversal, descendente e sigmóide. Aumento da dose de sulfassalazina resultou em melhora do quadro clínico. Em nova avaliação de março/2011 encontrava-se assintomático em uso de sulfassalazina, com remissão endoscópica, porém com pseudopólipos. Em março/2012 apresentava episódios de enterorragia 1 a 2x/semana, sem diarreia, febre ou perda ponderal. Videocolonoscopia evidenciou lesão vegetante, estenosante, friável, ocupando 70% da luz sigmoideal – feito biópsias (discreta distorção de histoarquitetura e extensas áreas de ulceração da mucosa com alterações regenerativas glandulares, porém sem granulomas ou neoplasia maligna; exame inconclusivo para distinguir entre RCUI e D. Crohn). Reto de aspecto endoscópico normal. Enema Opaco: Discreta estenose na transição sigmóide/ cólon descendente. Trânsito intestinal sem alterações. CEA: 5,35. P-anca: N.R. C-anca: N.R. Por tratar-se de paciente com diagnóstico de DII evoluindo com área de estenose colônica e com reto livre de alterações inflamatórias, aventou-se a maior possibilidade de se tratar de doença de Crohn, por serem estas duas características raramente observadas em pacientes portadores de RCUI. Optou-se pela realização de colectomia total com ileorretoanastomose, com boa evolução pós-operatória. Anatomopatológico: Segmento colônico com colite crônica ativa e infiltrado inflamatório transmural com formação de granulomas, compatíveis com doença de Crohn. Presença de polipose associada em cólon adjacente. Ausência de ileíte no material examinado. Não foi evidenciado sinais de malignidade nos cortes examinados. Conclusões: Este caso ilustra a importância de se acompanhar ambulatorialmente pacientes portadores de DII, pelo risco de surgimento de complicações, desenvolvimento de neoplasias colorretais e mudança do perfil clínico, endoscópico e histopatológico da doença, o que poderia implicar em diferentes propostas de tratamento.

PO055 - DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA GENITAL: RELATO DE DOIS CASOS

EDUARDO ROSETTI FILHO; SABRYNA LACERDA WERNECK; DANIEL CASTILHO SILVA; RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade crônica, multissistêmica e que ocasiona desordens inflamatórias de etiologia desconhecida, podendo comprometer qualquer segmento do trato gastrointestinal (TGI). O termo “DC metastática” (DCM) é uma rara manifestação da DC caracterizada por lesões cutâneas granulomatosas localizadas à distância do TGI. Objetivo: relatar dois casos de doença de Crohn metastática genital. Relato dos casos: Caso 1: masculino, 21 anos, tratamento irregular com AZA e infliximabe. Ao exame: úlceras em escroto e pênis. Realizado exame proctológico e urológico sob anestesia com curetagem das lesões. Iniciada AZA 100 mg/dia e infliximabe 300mg de 8/8 semanas, ocorrendo a cicatrização das lesões. Caso 2: feminino, 18 anos, em tratamento com adalimumabe 40mg 14/14 dias, AZA 100mg/dia e mesalazina 3,2g/dia. Ao exame: úlcera vaginal em paredes laterais direita e esquerda, fístula anorretal, estenose anal e anite grave. Realizado exame proctológico e ginecológico sob anestesia com curetagem das lesões vaginais. Otimizada terapia já prescrita com lesões em resolução. Discussão: A apresentação clínica da DCM é bastante variável e pode ocorrer mesmo na ausência de doença do TGI. A DCM cutânea é mais freqüente em pacientes com acometimento colorretal do que do TGI, diagnosticado com biópsia da lesão cutânea, com presença de granulomas não caseosos ao exame anátomo patológico. Pode ser dividida em duas formas clínicas: genital (56%) e extragenital (44%), a genital compreende úlceras, papulas, nódulos, placas e crostas. Diagnóstico diferencial é feito com infecções fúngicas e outras doenças granulomatosas como linfogranuloma venéreo, tuberculose, sarcoidose. A terapia biológica associada a procedimentos cirúrgicos tem melhores resultados com baixos índices de complicações que a terapia medicamentosa isolada.

PO056 - DOENÇA DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE EM AMBULATORIO DE COLOPROCTOLOGIA

IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; MONICA VIEIRA PACHECO; EDUARDO ROSETTI FILHO; DANIEL CASTILHO SILVA; SABRYNA LACERDA WERNECK; SABRINA MIOTO; CAROLINA GASTALDELLI; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA *HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O fenótipo fistulizante anoperianal além de ser um importante fator de gravidade da doença Crohn (DC), está relacionado relacionado com a diminuição da qualidade de vida. Os elementos morfológicos freqüentemente observados são os plicomas, úlceras anais, fissuras, abscessos, fístulas e estenoses. A fístula na DC tem origem nas fissuras e úlceras anorretais, sendo a sua incidência de 13 a 38%. O tratamento da doença de Crohn perianal fistulizante (DCPF) depende da localização, número, complexidade das fístulas e da atividade inflamatória do reto. A abordagem terapêutica mais eficaz é a associação de procedimentos cirúrgicos e a terapia biológica. Objetivo: Avaliar o comportamento clínico da doença de Crohn perianal fistulizante e a resposta ao tratamento cirúrgico em associação ao tratamento medicamentoso. Método: Estudo retrospectivo, descritivo, através da revisão de prontuários dos pacientes com o diagnóstico de DCPF acompanhados no ambulatório de doença inflamatória intestinal do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Para o adequado diagnóstico da doença perianal todos os pacientes foram submetidos ao exame proctológico sob anestesia. As variáveis estudadas foram sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico da DC, classificação das fístulas (Hughes/Cardiff), procedimentos cirúrgicos realizados, número de cirurgia perianal, terapia medicamentosa associada e remissão perianal após 12 meses.

Resultados: Foram analisados 31 pacientes portadores de DCPF sendo do total, 58% do sexo feminino. O tabagismo ocorreu em 10%. Em relação ao tempo de doença, 61% tinham diagnóstico de DC há mais de cinco anos. As fístulas mais observadas foram as perianais, anovulvar/escrotal e complexa em 55%, 26% e 42% respectivamente. O procedimento cirúrgico mais realizado foi locação de sedenho (74%). Em 12 meses de acompanhamento e uma média de três cirurgias por paciente, 55% deles foram diagnosticados como em remissão perianal e 87% fizeram uso de anti-TNF no período. Conclusão: Na casuística estudada a locação de sedenhos associada ao uso anti-TNF foi efetiva na remissão perianal completa para o tratamento da doença de Crohn perianal.

PO057 - DOENÇA DE CROHN PERINEAL E PANCOLÔNICA REFRATÁRIA AO INFLIXIMABE: RELATO DE CASO

CAROLINA GASTALDELLI; SABRYNA LACERDA WERNECK; DANIEL CASTILHO SILVA; LILIAN RAMOS TODINOV; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a doença de Crohn (DC) tem-se apresentado cada vez mais prevalente na faixa etária pediátrica e adolescente, estimando-se de 20-30% dos pacientes com doença inflamatória intestinal. Atualmente discute-se a melhor terapia entre step-up ou top-down, este constituído por medicações mais agressivas, como a terapia biológica. Objetivo: relatar caso de DC perineal e pancolônica refratária ao uso de infliximabe (IFX). Relato de caso: feminino, 17 anos, 40 kg, com diagnóstico de DC perianal e pancolônica há 2 anos. Em uso de azatioprina (AZA) 100mg/dia, sulfasalazina 4g/dia e IFX 300mg 8/ 8 semanas há 1 ano e, há 2 meses, redução do intervalo de aplicação para a cada 6 semanas. Evoluiu com queda do estado geral, aumento do número de evacuações diarreicas e dor abdominal. Ao exame, emagrecida, hipocorada, abdome plano, flácido, com tumoração em fossa ilíaca direita dolorosa à palpação, seton reto-vaginal sem sinais de infecção. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com triplo contraste com espessamento parietal em topografia de íleo terminal, cólon ascendente e retossigmoides, mesenterite e adenomegalias. Retossigmoidoscopia flexível, demonstrou doença inflamatória grave. Apresentou enterorragia com necessidade de transfusão sanguínea. À laparotomia exploradora presença de perfuração abscedada e bloqueada em íleo terminal e espessamento importante em todo cólon, principalmente em ascendente e transversal proximal. Realizada colectomia subtotal, ileostomia terminal à Brooke e fístula mucosa. Boa evolução ambulatorial. Discussão: o IFX é um agente biológico que foi introduzido como opção terapêutica para o tratamento de DC moderada ou grave, resistente à terapia convencional. Os potenciais benefícios compreendem: suspender/reduzir corticoesteróides, postergar cirurgia, favorecer o crescimento, cicatrizar mucosa e promover fechamento de fístulas. Na literatura a resposta clínica ao IFX em crianças e adolescentes foi atingida em 52 a 100% dos pacientes com doença luminal e os corticoesteróides foram suspensos em quase 80% entre 24 a 30 semanas, após início das infusões. A taxa de insucesso nos primeiros três anos de uso ocorre em 24%, com média de 15,5 meses desde o início da terapia para indicação cirúrgica.

PO058 - DOENÇA DE CRÖHN COM ACOMETIMENTO EXCLUSIVO DO CÔLON

THOMAS GREEN MORTON GONÇALVES DOS SANTOS; ANDRÉ LUIZ NOGUEIRA; MÁRCIO CUNHA FATURETO; ELBER TADEU

RODRIGUES TORRES; EMERSON ABDULMASSIH WOOD SILVA;
LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI; ALEXANDRE AUGUSTO
GIOVANNINI; BERNARDO ROSA SOUZA

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Relatar um caso de Doença de Crôhn com acometimento exclusivo do cólon e abscesso de músculo psoas. Relato de caso: Mulher de 28 anos, leucoderma, com diagnóstico prévio de doença de Crôhn há aproximadamente 10 anos, tratada em outro serviço. Internada com queixa de dor em FID há 2 meses, hiporexia, astenia, náuseas, vômitos há 20 dias. Refere fezes líquidas/pastosas sem sangue (3-4 episódios/dia), perda ponderal não quantificada no período, episódios febris não termometrados. Ao exame físico: abdome plano, normotenso, RHA+, massa palpável em FID (aproximadamente 4x4 cm), dor à palpação de FID, DB negativo; MID permanentemente fletido. Trânsito intestinal sem alterações (figura 7). Enema opaco evidenciando cólon de aspecto estenótico (figura 6). CT de abdome mostrando coleção em FID com realce ao meio de contraste envolvendo o músculo íleo-psoas, medindo aproximadamente 7 x 4 cm (figuras 4 e 5). A paciente foi então submetida a laparotomia exploradora onde foi evidenciado acometimento colônico exclusivo e reto preservado (figura 1 e 2). Foi realizado colectomia sub-total com anastomose íleo-retal. Drenagem de abscesso em FID (aproximadamente 150 ml). Anatomopatológico mostrou doença inflamatória intestinal e acometimento transmural compatível com doença de Crôhn em atividade e micro-ulcerações difusas do cólon (figura 3). O pós-operatório evoluiu sem complicações, recendo alta no quinto dia de PO. Após 90 dias refez o quadro clínico de psoíte necessitando de drenagem percutânea, com boa evolução e sem complicações entéricas.

PO059 - ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO PINHO; EDUARDO OLIVEIRA

MANOPH-INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: A enteroscopia de duplo balão (EDB) é uma técnica recente para a exploração do intestino delgado. Poderá ter grande utilidade na confirmação de achados suspeitos de atingimento do intestino delgado, nomeadamente pela enteroscopia por cápsula e na obtenção de material histológico. Objectivos: Rever a casuística de um centro no estudo da doença inflamatória intestinal, por EDB. Métodos: Revisão de 48 procedimentos em 43 doentes com suspeita de doença inflamatória intestinal. Resultados: Utilizou-se abordagem por via oral em 31 exames e abordagem anal em 17. Em 3 doentes foi realizada abordagem anal e oral; em 1 repetiu-se a abordagem oral. O tipo de abordagem e a profundidade de exploração foram determinados pelos achados de outros exames, nomeadamente a enteroscopia por cápsula. A idade mediana foi de 37 anos, sendo 55% do sexo masculino. Os diagnósticos estabelecidos nos 48 procedimentos foram: Achados compatíveis com doença de Crohn envolvendo o intestino delgado: 28, sem lesões até ao nível atingido: 19, hiperplasia nodular linfóide: 1. Dos 19 exames em que não se encontraram lesões, não se progrediu mais por incapacidade técnica em 16, por problemas com o overtube em 1 e por já se ter observado o segmento proposto em 2. Foram realizadas biopsias para obtenção de material histológico, nos doentes com achados sugestivos de Doença de Crohn. Os doentes em que se efectuaram dilatações obtiveram alívio dos sintomas, permitindo diferir a cirurgia. Não ocorreram complicações. Conclusões: A técnica permitiu a

confirmação do diagnóstico de doença de Crohn em mais de metade dos doentes estudados, quer pelos achados endoscópicos, quer pela capacidade de obtenção de material histológico. A realização de enteroscopia por cápsula prévia à realização deste procedimento é importante na escolha da via de abordagem e na determinação da profundidade de exploração. A EDB poderá ser a única alternativa na exploração endoscópica do delgado nos casos de retenção da cápsula de patência. A dilatação trans-endoscópica permite o alívio dos sintomas nos casos de D de Crohn estenosante. Deste modo a EDB afirma-se como uma arma de diagnóstico e tratamento no manuseamento clínico dos doentes com doença de Crohn envolvendo o intestino delgado.

PO060 - GRANULOMA NÃO CASEOSO: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA E DOENÇA DE CROHN

JOAO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIANA OKINO MITUO; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA; MARCOS ANTONIO DAL PONTE; MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO; JOAO GOMES NETINHO HOSPITAL DE BASE, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Neste relato apresentamos o caso de uma paciente portadora de doença inflamatória intestinal, com quadro de diarreia sanguinolenta e emagrecimento discreto. Nos exames endoscópicos foram observados pancolite com achado histopatológico evidenciando colite com ulcerações e microabscessos, principalmente no reto. Iniciado tratamento para retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) com corticoesteróide e salicilatos, houve boa resposta clínica. Após 50 meses desse diagnóstico, em nova colonoscopia, constataram-se áreas de enantema com retrações cicatríciais e pseudopólipos do reto à flexura hepática. Entretanto, a análise histológica revelou presença de granuloma não caseoso. Assim, a doença de Crohn foi diagnosticada, apesar do quadro clínico e exames endoscópicos serem mais sugestivos da RCUI.

PO061 - HIDRADENITE SUPURATIVA E DOENÇA DE CROHN ANOPERINEAL – TRATAMENTO COM ANTICORPO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS

UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: A Doença de Crohn (DC) e a Hidradenite supurativa (HS) são ambas doenças inflamatórias crônicas relacionadas com a presença de microorganismos comensais, relacionadas ao tabagismo e com componente genético. A primeira afeta principalmente o trato digestivo enquanto a segunda compromete a pele, mas podem estar associadas, de modo que talvez possa haver um tratamento em comum. Anti-TNF-± tem sido usado com bons resultados em pacientes com DC, havendo também relatos de bons resultados com esta medicação em indivíduos com HS2, o que também utilizamos para o tratamento de uma paciente de 26 anos, não tabagista, com diagnóstico de fistula reto-vaginal por DC há seis anos. Inicialmente foi tratada por avanço mucoso sem sucesso. Então, iniciou-se tratamento com Infleximabe em doses habituais, ao qual houve resposta completa com fechamento da referida fistula, de modo que a medicação biológica foi então mantida. Após um ano a paciente apresentou HS perineal, confirmada por exame histopatológico, sendo tratada por vários ciclos de ciprofloxacina, cefalexina e sulfametoxazol/trimetoprin, apresentando sempre resposta apenas parcial. Realizou-se então a ressecção cirúrgica das lesões, mas houve recidiva e outras duas novas ressecções foram necessárias. Apesar da

fistula reto-vaginal permanecer fechada, a peristência do quadro de HS levou ao aumento da dose do Infiximabe até 10mg/kg, já que existem relatos de bons resultados com esta medicação por uma possível associação das doenças. Após seis meses sem melhora, optou-se pela mudança para Adalimumabe em doses habituais, porém, com persistência do quadro. DC é uma doença inflamatória intestinal sem causa bem definida. É mais frequente mulheres brancas europeias e americanas do norte, tabagistas, entre 20 e 40 anos, moradoras de áreas urbanas. Além da epidemiologia há alguns outros fatores relacionados a doença: genética (gene NOD2 mutado em 15%-20% dos pacientes), intraluminais (aumento da concentração bacteriana no trato digestório), permeabilidade intestinal (aumentada com menor índice de reparo tecidual) e falha imunorregulatória³. HS consiste em nódulos recorrentes, com abscessos ou sinus em áreas de glândulas apócrinas, como axila, inguinal e perineo. Sua prevalência é estimada em 1% e sua patogênese é baseada em hiperqueratose infundibular levando a oclusão do folículo piloso, com posterior dilatação e rutura, ocasionalmente formando granuloma. A etiologia da doença pode estar relacionada ao TLR2, uma vez que este receptor encontra-se aumentado no infiltrado leucocitário dessas lesões, endossando a hipótese de uma resposta imune inapropriada, assim como ocorre na DC4. A associação em DC e HS foi observada em um estudo com 61 pacientes com HS, 24 (39%) deles apresentando lesões sugestivas de DC. Em um estudo maior, 18 (0,6%) de pacientes com DC apresentavam HS. Também foi observado que 78% dos que apresentavam as duas doenças eram tabagistas. Os pacientes afetados por.

PO062 - MASSA ÓSSEA E COMPOSIÇÃO CORPORAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

RAFAELA LUDWIG LEHMKUHL¹; LUCAS HUMMELGEN LEITIS¹; CAROLINA KAULING DAGNONI¹; JULIANO COELHO LUDVIG²; DEISI MARIA VARGAS³

1.ACADÊMICOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA PELA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL; 2.MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA PELA FBG, BLUMENAU, SC, BRASIL; 3.DOUTORA, PROFESSORA DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL.

Resumo: Objetivo. Avaliar massa óssea e composição corporal em pacientes com doença inflamatória intestinal e estudar possíveis associações com variáveis clínicas de estilo de vida (atividade física, perfil alimentar, tabagismo, alcoolismo) e variáveis relacionadas à doença (atividade inflamatória da doença, uso de corticóides, ressecção cirúrgica e sua localização). Métodos: Estudo observacional transversal, cuja unidade de estudo foram pacientes com doença inflamatória intestinal (DII), amostrados por conveniência na Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn de Blumenau (ABCD) e no consultório particular de um médico gastroenterologista e outro proctologista da rede privada de Blumenau, SC. A amostra obtida foi de quinze pacientes com DII e vinte e quatro pacientes controles. O diagnóstico de DII foi realizado através de critérios clínicos, endoscópicos, histológicos e laboratoriais. Os critérios de exclusão foram: no sexo masculino idade superior à 55 anos e no sexo feminino menopausa. Os dados foram extraídos do prontuário médico e anamnese densitométrica. Para a comparação dos grupos cujas variáveis são quantitativas foi utilizado o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney para amostras independentes. Para a associação de variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher. A significância estatística nos testes foi considerada com o

valor $P < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica da Universidade Regional de Blumenau. Consentimento informado escrito foi obtido dos pacientes e controles. Resultados: Foram avaliados 39 pacientes (24 controles e 15 pacientes com DII) entre 11 e 60 anos, sendo 11 do sexo masculino (28,2%). Dentre os pacientes com DII, 11 (73,3%) possuíam doença de Crohn (DC) e 4 (26,6%) possuíam retocolite ulcerativa (RCU). Em relação aos controles, somente um apresentava comorbidade (hipertensão arterial) e nenhum fez uso de corticóide. Os pacientes com DC apresentaram maior frequência de BMO do que os controles (45,4% vs 4,3%; $p < 0,01$), o que não foi observado no grupo com RCU. Uma menor ingestão de cálcio, uma maior dose cumulativa de corticoide e um menor tempo de diagnóstico no grupo de pacientes com DII associou-se a uma baixa massa óssea ($716,5 \pm 165,8$ vs $248,7 \pm 325,3$ mg/dia, $p < 0,01$; $1211,9 \pm 2167,7$ vs $12.306,0 \pm 16.537,8$ mg, $p < 0,05$; e $4,5 \pm 1,7$ vs $2,0 \pm 0,5$ anos, $p < 0,05$ respectivamente). Conclusão: Encontrou-se significativa redução da DMO nos pacientes com DC, o que não foi encontrado nos pacientes com RCU quando comparados aos controles. As variáveis relacionadas com a redução da DMO foram o tempo de diagnóstico, ingestão diária de cálcio e dose cumulativa de corticóide.

PO063 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR DE MESALAZINA NA DOENÇA DE CROHN

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; VIVIAN REGINA GUZELA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; GUSTAVO URBANO; CAMILA PERAZZOLI; ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Os bezoares são concreções de materiais diversos, digeridos ou parcialmente digeridos, que podem se localizar ao longo de todo trato digestivo e causarem obstrução intestinal. Existem vários tipos de bezoares descritos na literatura, como os tricobezoares, fitobezoares e os farmacobezoares. Normalmente, os fármacobezoares, originários a partir do acúmulo de medicações, estão associados a algum fator de risco predisponente, seja às propriedades farmacológicas das medicações ou a fatores predisponentes individuais anatômicos ou patológicos. O artigo em questão visa avaliar retrospectivamente 3 pacientes tratados pelo serviço de coloproctologia da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, que desenvolveram obstrução intestinal por bezoar de mesalazina, ao longo do tratamento da Doença de Crohn. Esses pacientes após um período longo de remissão clínica começaram a apresentar episódios frequentes de suboclusão intestinal, sendo submetidos a diferentes exames radiológicos simples e contrastados, no entanto apenas com o trânsito de delgado foi possível visualizar áreas de estenoses segmentares com falhas de enchimento múltiplas, arredondadas, de contornos regulares, homogêneas e uniformes a montante das estenoses. Submetidos a tratamento cirúrgico, os achados intraoperatórios confirmaram a suspeita diagnóstica com estenoses segmentares no íleo distal e presença de dilatações importantes do delgado com acúmulo de dezenas de comprimidos de mesalazina. O princípio ativo da formulação comercial utilizada pelos pacientes somente é liberado em pH maior que 7, iniciando sua ação apenas no íleo terminal e cólon, dessa forma, as áreas estreitadas do intestino não permitiram a chegada das pílulas ao seu local de absorção e ação, provocando o acúmulo da medicação e impedindo o seu efeito terapêutico tóxico. Conclusão: Dessa forma, podemos concluir que uma alteração anatômica pré-existente, causada pela doença de base, associada às propriedades

farmacológicas da mesalazina sob a forma comercial utilizada, foram fatores determinantes para a formação do farmacobezoar, impedindo que o princípio ativo da droga atingisse o local de atividade da doença, onde seria liberado para exercer seus efeitos antiinflamatórios tópicos.

PO064 - PERFURAÇÃO INTESTINAL LIVRE PARA PERITÔNIO NA DOENÇA DE CROHN

RAQUEL FRANCO LEAL; NATÁLIA J VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA; NIELCE MARIA PAIVA; DÉBORA HELENA ROSSI; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A perfuração livre para a cavidade abdominal na doença inflamatória intestinal é uma complicação rara, com poucos casos descritos na literatura. É considerado um evento grave, sendo uma das indicações para realização de tratamento cirúrgico. Apresenta-se em 1% a 3% dos pacientes com DII, como primeira manifestação da doença ou, eventualmente, no curso da mesma. Relato do caso: Paciente de 36 anos, sexo masculino, admitido no setor de emergência com quadro de dor e distensão abdominal havia quatro dias, com piora da intensidade havia um dia, acompanhada de dois episódios de vômitos, sem alteração do hábito intestinal ou febre. Antecedente de doença de Crohn (DC) de delgado há 14 anos, com história prévia de duas laparotomias para plastias intestinais, em acompanhamento no Ambulatório de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, em uso de adalimumabe havia um ano, assintomático até então. Ao exame físico, o paciente se apresentava em regular estado geral, porém hemodinamicamente estável, com dor à palpação profunda do abdome em mesogastro e descompressão brusca positiva, sem outros sinais. Os exames laboratoriais revelaram leucograma sem alterações, hemoglobina de 11,8g/dl, amilase e urina I normais. Realizou radiografia de abdome e tomografia computadorizada que mostrou grande pneumoperitônio, sem líquido livre. O doente foi submetido à laparotomia exploradora, confirmando o achado do exame de imagem, sendo evidenciada saída de ar à abertura do peritônio, com pequena quantidade de líquido livre seroso. No entanto, após inventário da cavidade, não se detectou o local da perfuração. Optou-se por limpeza da cavidade, fechamento da parede abdominal e antibioticoterapia. Evoluiu com alta hospitalar no 60 dia após a cirurgia e apresentou boa evolução no pós-operatório recente e tardio (4 meses). Está aguardando realização de colonoscopia para rastreamento de doença cólica. Conclusão: Relatamos um caso raro de perfuração livre para peritônio em paciente com DC, não sendo evidenciado o segmento intestinal acometido. A hipótese mais provável é que tenha sido uma microperfuração cólica, compatível com o achado intra-operatório de grande quantidade de gás livre sem conteúdo entérico na cavidade. As condições de urgências nas DII podem resultar em morbidade significativa, porém constituem condições de baixa mortalidade se bem conduzidas. Os desafios relacionados à perfuração intestinal para peritônio livre em pacientes com DC compreendem: o diagnóstico envolvido em uma manifestação inicial da doença; diagnóstico de pequenas perfurações; a realização de um exame radiológico adequado e a escolha da melhor conduta a ser realizada.

PO065 - PERFURAÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE EM USO DE ADALIMUMABE

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA¹; GUSTAVO KURACHI²; DAYANNE ALBA CHIUMENTO¹; LARISSA SOKOL ROTTA¹; KARINA CORREA EBRAHIM¹; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO¹; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO¹; UNIVALDO ETSUO SAGAE³

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

Resumo: Objetivo – Apresentar um caso de abdome agudo perfurativo por tuberculose Intestinal associada ao uso de medicamento imunobiológico (Adalimumabe). Caso Clínico: Paciente D.T., 54 anos, sexo masculino, raça branca, com diagnóstico de Artrite Reumatóide há 08 anos, utilizando: Azatioprina há 5 anos e, há 4 anos, associou Adalimumabe. Internado com dor abdominal há 06 horas em cólicas, de caráter progressivo, sem alteração do hábito intestinal ou outras queixas. Refere que há 48 horas iniciou quadro de tontura, mal estar e anorexia. Relata, ainda picos febris vespertinos (média 39 °C) e tosse há 01 semana com perda de peso de 8 kg em 1 mês. Ao exame físico, encontrava-se com regular estado geral, emagrecido, hipocorado (+/4+), afebril, eupnéico, normotenso, FC: 104 bpm e com abdome doloroso difusamente, pouco distendido, sem irritação peritoneal. Foi iniciado tratamento clínico com reposição volêmica e solicitação de rotinas de abdome agudo: leucócitos normais sem desvio a esquerda, demais exames laboratoriais normais e radiografias sem sinais de pneumoperitônio ou de obstrução. Após 06 horas, paciente evoluiu com piora quadro de dor abdominal quando realizada tomografia evidenciando pneumoperitônio com edema de alças de delgado. Foi realizada videolaparoscopia com diagnóstico de algumas perfurações de delgado bloqueadas e foi realizado enterectomia com entero-enteroanastomose. Paciente evoluiu com pneumonia miliar com resultado do anatomopatológico de tuberculose intestinal. Neste momento, foi iniciado droga anti-TB. Mas, paciente evoluiu com choque séptico refratário, evoluindo para óbito. CONCLUSÃO: A tuberculose intestinal deve ser lembrada nos casos de abdome agudo perfurativo em pacientes em uso de drogas imunossupressoras, principalmente os biológicos.

PO066 - RELATO DE CASO - PRESERVAÇÃO DO RETO NO TRATAMENTO CIRURGICO DA COLITE ULCERATIVA: UMA NOVA PERSPECTIVA DISPONIBILIZADA COM O USO DO ADALIMUMABE

RAMON PIRES MARANHÃO; KANTHYA ARREGUY DE SENA BORGES; ISABELA PESSOA ELIAS; ANA PAULA ROCHA FERREIRA VENUTO; FELINTO DE SOUZA NETO; CAMILA CHAMON BOTELHO; CINTHIA DE SOUZA CARNEIRO; FERNANDO SIMÕES DE SENA

HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A colite ulcerativa é uma doença inflamatória, que quase invariavelmente acomete o reto. O tratamento farmacológico visa induzir e manter a remissão, melhorando a qualidade de vida do paciente, diminuindo o tempo de afastamento das atividades laborativas e o risco de internação hospitalar. Ensaios randomizados tem mostrado a eficácia do Adalimumabe na mudança do curso da colite grave por doença inflamatória intestinal (DII). Objetivo: Relatar um caso de preservação do reto na reconstrução do trânsito intestinal após colectomia total por colite fulminante em paciente jovem portadora de Colite Ulcerativa. Relato do caso: Paciente J.D.T.C., 40 anos, foi internada no Hospital Socor, Belo

Horizonte, com quadro de colite fulminante por Colite Ulcerativa. Propedêutica para infecções secundárias com IVAS, ITU, colite pseudomembranosa e citomegalovirose mostrou-se negativa. Como paciente não respondeu ao tratamento clínico instituído, optado por realizar colectomia total com ileostomia terminal em caráter de urgência. Como com o uso do Adalimumabe apresentou cicatrizarão macroscópica e microscópica do reto, realizada reconstituição do transito intestinal com ileorreto anastomose. Considerações Finais: proctocolectomia total acarreta elevados percentuais de perda na qualidade de vida dos portadores de Colite Ulcerativa, tanto nos casos com ileostomia terminal, quanto na anastomose ileoanal com bolsa ileal. Assim, como a cura não é alcançada em 100% dos pacientes submetidos a cirurgia, o tratamento a ser instituído tem que visar a melhora da qualidade de vida do paciente. A resposta terapêutica completa com o uso do Adalimumabe pode representar uma possibilidade para preservação do reto nos pacientes portadores de Colite Ulcerativa que serão submetidos a reconstituição do transito intestinal após colectomia total por colite fulminante.

PO067 - SARCOIDOSE DURANTE TERAPIA COM ADALIMUMABE EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN
IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; PAULO GUSTAVO KOTZE; VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILE; MARCELO RAISSWEILER HARDT; WANESSA BELTRAMI TONINI
SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: os medicamentos biológicos representam um avanço no tratamento das doenças granulomatosas, bem como de condições reumatológicas. Para a doença de Crohn (DC), o Adalimumabe (ADA) foi aprovado no Brasil em 2007 e com recente aumento em sua utilização alguns efeitos relacionados tem se tornado mais evidentes. Objetivo: relatar o caso de uma paciente com DC que foi diagnosticada com sarcoidose durante terapia com ADA. Caso Clínico: paciente do sexo feminino de 25 anos, com o diagnóstico de DC ileocólica há 3 meses, já em uso de ADA, azatioprina e prednisona, desenvolveu quadro agudo com doença fistulizante sendo submetida a ileocolectomia direita e drenagem de abscesso pré-sacral. Exames radiológico prévios não mostravam sinais de linfadenomegalia ou infiltrado pulmonar. Dez meses após a cirurgia, mantendo uso do ADA e já em remissão da doença, apresentou quadro de tosse crônica além de infiltrado nodular bilateral no mediastino e linfonodos perihilares à tomografia computadorizada. Após biópsia de linfonodo pré-traqueal houve a confirmação histológica de sarcoidose. A terapia com ADA foi mantida sob estreita vigilância, suspendeu-se a azatioprina e corticoterapia foi reiniciada com melhora dos sintomas pulmonares. Conclusões: A sarcoidose induzida por agentes anti-TNF têm sido descrita na literatura, principalmente no tratamento de doenças reumáticas, com manifestações pulmonares ou menos comumente dermatológicas. Já na DC, dois relatos recentes mostraram esta correlação, um deles com uso do infliximabe e outro com natalizumabe. Apesar de parecer uma reação paradoxal, o mecanismo exato desta indução permanece desconhecido. No entanto a sua resolução após a descontinuidade do tratamento suporta seu papel causativo. No presente caso, a sintomatologia e as alterações radiológicas observadas 12 meses após a introdução do ADA, sugerem a indução da sarcoidose pela medicação. A manutenção do anti-TNF foi optada devido ao quadro clínico pulmonar leve e principalmente pela necessidade em prevenir a recidiva da DC grave após o tratamento cirúrgico.

PO068 - SUBOCLUSÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN
ROBERTO NIGRO; EDUARDO KENZO MORY; OMAR ABUD FRANCO ABDUCH; DANIEL JOSÉ SZOR
HOSPITAL LEFORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn e endometriose são causas comuns de obstruções intestinais, principalmente na região ileo-cecal. Sua diferenciação é difícil e muitas vezes realizada apenas após análise histológica. Relato de caso: Paciente feminina de 35 anos com diagnóstico confirmado histologicamente de Doença de Crohn iniciou quadro sub-oclusivos de repetição com inúmeras passagens por serviços de emergência. A paciente procurou diversos gastroenterologistas que a trataram com diversos esquemas medicamentosos, inclusive com terapia biológica (Infliximabe) com melhora transitória. Exames subsidiários forneciam pouco informação adicional, mesmo na vigência de episódios de suboclusão. Referenciada ao nosso grupo, optamos pela realização de laparoscopia exploradora. Os achados intraoperatório sugeriam estenose da região ileo-cecal com, porém a grande distensão de alças de delgado forçou a conversão para laparotomia. Ao reavaliar a região ileo-cecal, notou-se lesão fibrótica acometendo apêndice e região íleo-cecal causando estenose significativa do íleo terminal. Optado pela realização de colectomia direita com íleo-transverso anastomose mecânica. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. O realtório anátomo-patológico demonstrou intensa fibrose da região íleo-cecal decorrente de endometriose intestinal profunda acometendo apêndice e ceco. Após a alta, paciente evoluiu sem novos episódios suboclusivos até o momento. Discussão: A doença de Crohn e a endometriose são causas comuns de obstruções intestinais, principalmente da região ileo-cecal. Estudos recentes sugerem, inclusive, uma possível associação entre estas patologias. Segundo este estudo, pacientes com diagnóstico de endometriose possuem risco aumentado para doenças inflamatórias intestinais. A diferenciação clínico-radiológica em casos como o descrito pode ser difícil e realizada apenas após abordagem cirúrgica e confirmação histológica. No entanto, casos em que não haja resposta ao tratamento clínico pode ser indicativo de outra causa associada como a endometriose, particularmente em pacientes do sexo feminino em idade fértil. Conclusão: A endometriose intestinal deve ser considerada como diagnóstico diferencial de formas estenosantes de Doença de Crohn, principalmente na ausência de melhora clínica com tratamento medicamentoso e em mulheres em idade fértil.

PO069 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA EM PÓS OPERATÓRIO DE ILEOTIFLECTOMIA POR DOENÇA DE CROHN
THIAGO BASSANEZE; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; HUMBERTO POZZI FASOLIN; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; FERNANDO BRAY BERALDO; NAGAMASSA YAMAGUCHI; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A doença de Crohn na sua forma fistulizante acomete 30% dos pacientes e um terço desses apresentam trajeto para o tegumento da parede abdominal. Uma fístula externa pode ser a manifestação inicial, mas é muito mais freqüentemente reconhecida como uma complicação pós-operatória. As fístulas enterocutâneas ou colocutâneas decorrem da aderência do segmento intestinal acometido pela doença junto à parede abdominal. É tratada primariamente com a otimização de drogas antiinflamatórias e agentes biológicos,

incluindo os aminossalicilatos, azatioprina e drogas anti-TNF alfa. A decisão do tratamento cirúrgico baseia-se na avaliação da gravidade da apresentação clínica, dos efeitos colaterais das medicações e percepções do risco operatório. O presente trabalho visa relatar o caso de um paciente do sexo masculino, 35 anos, submetido em 2008 a ileotiflectomia com ileoascendente anastomose latero-lateral com grampeador linear 75mm carga azul, por abdome agudo inflamatório com anatomopatológico de ileite terminal compatível com doença de Crohn. Apresentou no seguimento ambulatorial por volta do 3º mês de pós operatório uma fístula enterocutânea localizada em fossa ilíaca direita. Recebeu tratamento com 24 aplicações de adalimumabe, 150mg/dia de azatioprina e 4g/dia de mesalazina, com duração total do tratamento clínico de 2 anos. Devido a persistência da fístula e secreção entérica diária a despeito de medidas clínicas empregadas, foi optado por abordagem cirúrgica da lesão em 29/05/2012. Ao inventário da cavidade foi notado aderências firmes na cavidade abdominal próximo a ileoascendente anastomose, trajeto fistuloso orientado para pele oriundo de perfuração em extremidade distal do íleo adjacente a anastomose. Optado por realização de enterectomia segmentar, colectomia segmentar em cunha e exérese de todo o trajeto fistuloso em monobloco. O resultado anatomopatológico foi o de processo inflamatório crônico moderada intensidade, com formação de trajeto fistuloso e ausência de neoplasia. Apresentou evolução satisfatória no pós operatório, sem intercorrências clínico-cirúrgicas. Recebe atualmente a dose de 100mg/dia de azatioprina, 4g/dia de mesalazina e 40mg quinzenalmente de adalimumabe. Até o momento sem evidências de recidiva da doença. A conduta desse caso foi consoante com o da literatura atual que preconiza como melhor estratégia cirúrgica da fístula enterocutânea refrataria ao tratamento clínico a ressecção completa do trajeto e a rafia da perfuração intestinal ou a confecção de nova anastomose em segmento de alça sadio.

PO070 - TUBERCULOSE APÓS USO DE ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE TRÊS CASOS

SABRINA MIOTO; DANIEL CASTILHO SILVA; SABRYNA LACERDA WERNECK; MONICA VIEIRA PACHECO; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Os anti-TNF são atualmente os principais medicamentos para tratamento da doença de Crohn (DC) luminal moderada a grave, assim como adjuvantes da abordagem cirúrgica das manifestações fistulizantes da DC perianal. O uso combinado de imunossupressores (6-mercaptopurina/azatioprina) está relacionado a menor formação de auto anticorpos e maior efetividade dos agentes biológicos. Por outro lado, essa potente ação imunomoduladora e imunossupressora dos biológicos ocasiona aumento da incidência de infecções oportunistas. A tuberculose (TB) é uma afecção infectocontagiosa grave de elevada morbimortalidade, que requer suspensão do imunobiológico e tratamento prolongado para o bacilo de Koch (BK). **OBJETIVO:** Relatar três casos de tuberculose no aparelho respiratório, após a administração do adalimumabe (ADA) subcutâneo para o tratamento da doença de Crohn. **RELATO DOS CASOS:** Caso 1: feminino, 28 anos, diagnóstico DC perineal, em uso de azatioprina (AZA) e ADA. Queixa de tosse seca, febre e dispnéia. Radiografia de tórax com derrame pleural à direita. TB pleural confirmada pela histopatologia da biópsia pleural. Caso 2: feminino, 42 anos, diagnóstico de DC pancolônica e perianal, em uso de AZA e ADA. Febre vespertina, tosse produtiva e sudorese noturna. Exames

de imagem evidenciaram derrame pleural multilobulado. PPD reator (20mm). Baciloscopia negativa. Diagnóstico de TB pulmonar confirmado por cultura do lavado brônquico. Caso 3: feminino, 46 anos, diagnóstico de DC ileocólica, em uso de ADA. Quadro de dor torácica, febre e dispnéia. Radiografia de tórax evidenciou derrame pleural à direita. Realizada toracocentese diagnóstica, sendo a cultura do líquido pleural positiva BK. **DISCUSSÃO:** A observação de que o TNF-alfa encontra-se em níveis elevados na DC favoreceu o uso dos anti-TNFs na DC com o adequado controle das manifestações inflamatórias e até mesmo a cicatrização da mucosa. No entanto, o efeito imunossupressor dos agentes biológicos requer a pesquisa de vírus (HIV, HPV e HVB) e do bacilo da TB antes e durante o tratamento. Para o fornecimento da terapia biológica, o ministério da saúde exige PPD inferior a 5mm e radiografia de tórax normal. O diagnóstico *M. tuberculosis* em pacientes na vigência de anti-TNFs pode ser manifestação primária ou a reativação de uma infecção latente. Desta forma os pacientes em uso de imunobiológicos necessitam de adequado acompanhamento, para o diagnóstico e tratamento precoce das infecções oportunistas.

PO071 - TUBERCULOSE INTESTINAL MIMETIZANDO DOENÇA DE CROHN: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE

CAMILA OLIVEIRA BARBOSA; LUIZ FELIPE DE CAMPOS LOBATO; MAIRO GROSSI MORATO; JOÃO BATISTA DE SOUSA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; LEONARDO CASTRO DURAES; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: **OBJETIVOS:** A tuberculose (TB) intestinal é uma manifestação relativamente rara da doença, ocorrendo em 3 a 5% dos casos extrapulmonares. Seus sintomas são geralmente inespecíficos (dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda ponderal), sendo facilmente confundidos com outras suspeitas diagnósticas. Os principais locais acometidos são o íleo terminal, ceco e cólon ascendente. Os achados da colonoscopia podem ser muito parecidos com as da doença de Crohn, com ulcerações, estenoses, pseudopólipos, fístulas e deformidade da válvula ileocecal. Mesmo os achados histopatológicos das duas afecções se confundem, com alterações inflamatórias granulomatosas. A correta distinção entre as duas doenças, entretanto, é crucial, pois o tratamento imunossupressor do Crohn pode levar a disseminação da TB. Sendo assim, o objetivo do nosso trabalho é relatar um caso de tuberculose intestinal inicialmente diagnosticada como doença de Crohn e fazer uma breve revisão da literatura sobre o assunto. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de caso de uma paciente portadora de tuberculose intestinal inicialmente diagnosticada como doença de Crohn, acompanhada no Hospital Universitário de Brasília. **RESULTADOS:** Paciente de 21 anos, gênero feminino, fazia acompanhamento regular com a equipe de reumatologia com diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico há 5 anos e uso regular de cloroquina, azatioprina e prednisona. Apresentou-se com queixa de dor abdominal há 7 meses, em cólica, difusa, sem fatores desencadeantes e com piora progressiva. Associado ao quadro havia episódios diarreicos intermitentes, sem muco ou sangue, e perda ponderal de 9kg no período. Foi iniciada investigação diagnóstica com tomografia computadorizada (TC) de abdome e colonoscopia. A primeira revelou espessamento parietal segmentar do íleo terminal com linfonodopatia locorregional. O exame endoscópico apresentava áreas saltadas de úlceras aftóides

por todo o cólon e lesão infiltrativa em válvula íleo-cecal, que impedia a entrada no íleo terminal. Nesse momento, levantou-se a hipótese diagnóstica de Doença de Crohn e o resultado histopatológico das biópsias intestinais confirmou a presença de colite crônica granulomatosa em atividade inflamatória intensa. Entretanto, devido ao uso de imunossupressores foi aventada a hipótese de TB intestinal e uma radiografia de tórax realizada demonstrou infiltrados em ápices. Solicitou-se então uma TC de tórax, que evidenciou micronódulos difusos formando áreas de consolidação em lobos superiores, compatíveis com TB. Era necessária a confirmação diagnóstica e, como a paciente não apresentava sintomas respiratórios, foi realizada broncoscopia para realização de lavado broncoalveolar, que confirmou a presença do bacilo em sua cultura. Foi iniciado o tratamento com esquema COXCIP4 e após 2 meses paciente encontra-se assintomática e com ganho ponderal de 4kg. **CONCLUSÕES:** A TB intestinal é um diagnóstico diferencial importante da doença de Crohn.

PO072 - TUBERCULOSE PERIANAL: UMA DOENÇA RARA DE DIAGNÓSTICO TARDIO

OTÁVIO NUNES SIA; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; JOSE C BEDRAN; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A infecção pelo bacilo de Koch ainda se mantém como um problema de saúde pública, que se perpetua na população mundial em decorrência notadamente do aparecimento de bacilos multirresistentes, imigrantes e pobreza da população com convivência em aglomerados humanos. Entretanto, a raridade de formas extrapulmonares, faz com que as lesões não sejam reconhecidas de forma precoce, retardando o tratamento específico. O acometimento perianal apresenta uma incidência bastante rara de aproximadamente 0,7% dos casos de tuberculose. Pretende-se nesse artigo relatar caso de paciente atendido no ambulatório de coloproctologia do Hospital Santa Marcelina-SP portador de tuberculose perianal. Paciente do sexo masculino, de 48 anos, natural e procedente de São Paulo, quadro de lesão perianal dolorosa e hiperemiada com aumento progressivo de tamanho com cerca de 12 meses de história. Verificado extensa lesão granulomatosa perineal com hiperemia, bordos irregulares e fibrina com cerca de 12cm de diâmetro, circunferencial a borda anal. Além disso, linfonodomegalia inguinal bilateral de aspecto fibro-elástico, móvel de aproximadamente dois centímetros de diâmetro. Pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) no escarro com resultado positivo e radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso e bilateral e sem cavitações. A colonoscopia demonstrava tratar-se de mucosa colorretal normal. Diante do importante quadro algico, submetido a colostomia derivativa com intuito higiênico e de melhora da dor com biópsia excisional de linfonodo inguinal e da região perineal. O resultado anatomopatológico revelou se tratar de processo inflamatório crônico granulomatoso inespecífico em região perineal e inguinal. Iniciado, dessa forma, tratamento quimioterápico para tuberculose perineal e pulmonar com utilização do esquema terapêutico preconizado pelo ministério da saúde com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. A tuberculose pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, desde o esôfago até o ânus e, embora apresente incidência bastante rara na região perianal, deve fazer parte do diagnóstico diferencial de patologias proctológicas. Devemos considerar o diagnóstico de tuberculose perianal em casos de lesões localizadas nessa região de aspecto pouco específico e também em situações de recorrências de afecções proctológicas,

notadamente em pacientes portadores de HIV, com destaque para a realização precoce de biópsia anorretal nestes casos para instituição de tratamento adequado com impacto na morbi-mortalidade dos pacientes e também como medida de saúde pública.

PO073 - USO DO ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE

DANIEL CASTILHO SILVA; SABRINA MIOTO; SABRYNA LACERDA WERNECK; MONICA VIEIRA PACHECO; IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O risco cumulativo da manifestação fistulizante na doença de Crohn perianal (DCP) é de 33% em 10 anos e de 50% após 20 anos de doença. Há uma relação direta entre DCP fistulizante e o risco aumentado de proctotomia. Atualmente, a abordagem cirúrgica, principalmente a curetagem dos trajetos fistulosos e a locação de sedenho associados a terapia medicamentosa, apresentam bons resultados evidenciado através do maior número de pacientes em remissão dos sintomas e melhora na qualidade de vida. Os agentes biológicos são eficazes no tratamento da DCP fistulizante, no entanto, na literatura existe apenas análise post hoc que mostram a efetividade do adalimumabe (ADA). Objetivo: Caracterizar os aspectos epidemiológicos e clínicos da DCP fistulizante dos pacientes em uso de ADA, bem como avaliar a remissão perianal da terapia cirúrgica combinada com o adalimumabe. Método: Estudo retrospectivo, descritivo, que incluiu pacientes com o diagnóstico de DCP fistulizante em uso de ADA associado ou não a azatioprina, acompanhados no ambulatório de doença inflamatória intestinal do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo-SP de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. As variáveis analisadas foram idade, sexo, tabagismo, tempo de doença, localização da doença abdominal, classificação das fístulas (Hughe/Cardiff), tipo de procedimento cirúrgico, número de cirurgias perianal e a atividade da DCP, definida pela ausência de secreção associada à retirada do sedenho. Resultados: Foram estudados nove pacientes com média de idade de 36 anos, sendo 67% do sexo feminino. O tabagismo ocorreu em 11%. Quanto ao tempo de doença, 78% apresentavam o diagnóstico de doença de Crohn há mais de cinco anos e 89% apresentavam doença de localização colorretal. Quanto a classificação das fístulas, 89% apresentavam fístulas do tipo complexa. A locação de sedenho (89%) foi o procedimento cirúrgico mais realizado. A associação da azatioprina ao ADA ocorreu em 78% dos pacientes. Após 12 meses e uma média de quatro cirurgias perianais 78% indivíduos apresentavam doença ativa. Conclusão: Na amostra estudada os pacientes apresentavam doença de Crohn há mais de cinco anos, sendo as fístulas complexas as mais frequentes. O ADA associado aos procedimentos cirúrgicos promoveu a remissão perianal completa em 22% dos pacientes.

- MISCELÂNIA -

PO074 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIOSPYROBEZOAR: RELATO DE CASO

MURILO ROCHA RODRIGUES; ANDREIA PADILHA DE TOLEDO; FERNANDA HURTADO RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRICIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Fitobezoares são os bezoares mais comuns do trato gastrointestinal e podem provocar obstrução intestinal, principalmente nos doentes submetidos a cirurgias gástricas. Obstrução intestinal por diospyrobezoar (*Diospyrus kaky*) são raramente descritas. Objetivo: Relatar um caso de abdome agudo obstrutivo por diospyrobezoar. Relato do caso: Homem, 66 anos, gastrectomizado há 14 anos foi internado com queixa de cólicas abdominais, há cinco dias que acompanhada de náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Referia ingestão de 12 unidades de caqui no dia anterior ao início dos sintomas. Ao exame físico, encontrava-se em REG, desidratado, com abdome distendido, doloroso à palpação difusa, com DB presente e RHA aumentados. Os exames complementares mostravam: leucocitose + DE; uréia 225,81mg/dl; creatinina 3,15mg/dl; Na 129 e K 4,92. A radiografia simples de abdome mostrava sinais de obstrução intestinal sem detectar pneumoperitônio. Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, após sondagem gástrica, hidratação e correção do distúrbio hidroeletrólítico foi submetido à laparotomia exploradora que revelou alças jejuno-ileais dilatadas devido obstrução intraluminal por fitobezoar localizado 15 cm acima da papila ileocecal. No local da obstrução identificou-se área de perfuração com 3 mm de diâmetro e peritonite local. Realizou-se enterectomia com anastomose primária. Após abertura do segmento ileal extirpado, além do fitobezoar identificou-se ulceração da mucosa intestinal com 3 cm de diâmetro com perfuração central. Após a cirurgia o doente evoluiu bem, recebendo alta no 6º pós-operatório. Conclusão: Pacientes submetidos a operações gástricas devem ser alertados para os riscos de obstrução intestinal após a ingestão excessiva de caqui.

PO075 - ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO PROVOCADO PELA INGESTA DE CORPO ESTRANHO - RELATO DE CASO
SILVIA MAMPRIM PADOVESE; MARCOS ANTONIO DAL PONTE; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA; JOAO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; DANILO DE OLIVEIRA BOTELHO; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; JOAO GOMES NETINHO
HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Abdome agudo é uma das síndromes clínicas mais comuns encontradas na prática médica, e que exige uma intervenção rápida e precisa. Embora os sinais e sintomas possam em geral ser agudos, a lesão subjacente nem sempre o é. O diagnóstico exato pode não ser feito até a realização da cirurgia e, por vezes, a causa exata do abdome agudo não é esclarecida. A variedade de doenças que podem causar abdome agudo geralmente apresenta sinais e sintomas que podem ser enquadradas em um dos cinco seguintes tipos: Perforativo, Inflamatório, Obstrutivo, Hemorrágico e Isquêmico. Alguns autores classificam ainda o abdome agudo Traumático, ou ainda o incluem como um subtipo de síndrome hemorrágica. 1,2,3. A doença diverticular intestinal é bastante frequente, acometendo cerca de dois terços da população com idade em torno de 80 anos. As possíveis complicações agudas dessa condição incluem diverticulite, perfuração, obstrução intestinal e hemorragia, que são raras e acometem cerca de 6-10% dos pacientes. OBJETIVO: Relatar um quadro de abdome agudo que se apresentou inicialmente como inflamatório, e que, evoluiu para abdome agudo obstrutivo. Suspeitou-se de diverticulite complicada mas, ao exame da peça cirúrgica, foi identificado

presença de corpo estranho. MÉTODO: Foi colhido informações do paciente verbalmente e pelo prontuário. Foi realizado registros fotográficos. RESULTADOS: A ingestão de corpo estranho é um evento relativamente comum, mas raramente determina a sintomatologia, já que 80 a 90% dos mesmos passam sem complicações pelo trato gastrointestinal, sendo eliminados pela via natural. CONCLUSÃO: Há poucos relatos na literatura de abdome agudo inflamatório documentado.

PO076 - ACTINOMICOSE SIMULANDO NEOPLASIA DE CÓLON

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINA DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; ANA CAROLINA PARASSULO ANDRE; VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; LUISA LIMA CASTRO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Actinomicose é uma doença rara, de caráter crônico, granulomatosa e supurativa, causada, na maioria das vezes, pela bactéria Gram-positiva e microaerófila *Actinomyces israelii*, a qual faz parte da microbiota indígena do trato digestivo, trato genital feminino e brônquios em humanos. A forma de apresentação mais comum é a cervicofacial, perfazendo de 50 a 65% dos casos, enquanto a forma abdominal representa 20% dos casos. MÉTODO: Este relato mostra o caso de uma paciente com actinomicose intestinal que se manifestou com quadro similar ao de uma neoplasia cólica. Relato do caso: Uma paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, história pessoal de colecistectomia há 6 anos, relatava dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) com início há 30 dias, associada a quadro de obstrução intestinal. Notou-se tumor abdominal palpável e sinal de irritação peritoneal em FID. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou espessamento de parede cecoascendente com infiltração da gordura mesentérica e peritônio adjacente, compatível com lesão neoplásica. Com a suspeita clínica de tumor de cólon direito com perfuração bloqueada, realizou-se laparotomia exploradora. Foram realizadas ileocelectomia e ooforectomia direita em monobloco, e anastomose ileocólica látero-lateral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar quatro dias após o procedimento. Foi tratada com penicilina G cristalina 20 milhões U/dia por 15 dias, completando-se o tratamento com doxiciclina por 6 meses. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica de ileocelectomia revelou serosa com áreas de espessamento, opacificação e aderências além de enrijecimento da parede cecal à palpação. À abertura da peça observou-se, na junção ileocecal, lesão tumoral de aspecto nodular, com superfície ulcerada recoberta por fibrina, medindo 8,0 x 7,0 cm de maiores dimensões, fazendo protrusão para o lúmen. A análise histopatológica desta lesão evidenciou formas de *Actinomyces israelii*. CONCLUSÃO: A despeito dos achados inespecíficos, actinomicose abdominal deve sempre fazer parte dos diagnósticos diferenciais de massas abdominais, principalmente aquelas com características infiltrativas e se acompanhadas de febre e leucocitose.

PO077 - AMPUTAÇÃO DE RETO POR DOR REFRACTÁRIA DE RETITE ACTÍNICA EM CÂNCER PROSTÁTICO

JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI; FERNANDO BRAY BERALDO; JOSE ROBERTO MANZANO JUNIOR; NAGAMASSA YAMAGUCHI; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; GILMARA SILVA AGUIAR YAMAGUCHI

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: RELATO DE CASO: GR, 81 anos, tratado de junho a setembro de 2006 com 33 frações de radioterapia para tratamento de adenocarcinoma de próstata gleason 7 (3+4). Usou casodex neoadjuvante e durante a radioterapia. Após o término iniciou o quadro de sangramento retal, muco e dor à evacuação. Em colonoscopia realizada em dezembro de 2006 foi evidenciado retite actínica leve, moléstia diverticular, angiodisplasia de cólon, hemorróida externa e fissura anal. Submetido então a formolização em junho de 2007 pelo sangramento refratário, evoluindo com piora da dor. Em julho de 2007 foi indicada realização de colostomia em alça na tentativa de alívio da dor reto-anal através da derivação do trânsito. Colonoscopia intraoperatória exibindo mucosa hiperemiada conferindo aspecto de tubo rígido, diagnóstico de proctite severa de reto. Em agosto de 2007 realizado 10 sessões de câmara hiperbárica por persistência da dor e manutenção do sangramento. Ainda em uso de zoladex mensal no período de janeiro de 2007 a setembro de 2009. Mantendo neoplasia prostática em remissão. Fez uso de meticorten de julho de 2008 a outubro de 2009. Em novembro de 2010 indicado amputação abdominoperineal do reto. Anátomo-patológico laudado como ressecção em bloco do retosigmoide moléstia diverticular dos cólons, presença de intenso estreitamento da luz às custas de hipertrofia da túnica muscular e densa fibrose da submucosa sem indícios de malignidade. Linfonodos perirretais sem anormalidades histológicas relevantes ou indícios de malignidade. Paciente evoluindo com melhora significativa da dor após alcoolização dos plexos nervosos regionais guiados por tomografia em janeiro de 2011. DISCUSSÃO: O tratamento de retite actínica é direcionado à queixa do paciente, para sintomas leves e moderados tanto enema de sucralfato quanto esteróides podem ser prescritos mas sua eficácia é questionável. Câmara hiperbárica também pode ser utilizada apesar da maioria das séries de caso incluírem uma pequena amostra com taxas de sucesso variáveis. A colonoscopia com plasma de argônio é outra modalidade descrita na literatura para controle do sangramento. A formolização tópica também pode ser indicada para o tratamento do sangramento mucoso secundário à radiação com resultados recentes mostrando boa eficácia. Na tentativa de controle dos sintomas do paciente, refratário aos tratamentos aqui descritos, optou-se por realizar derivação do trânsito e posterior amputação abdominoperineal com melhora sintomática parcial e remissão completa da dor com alcoolização dos plexos.

PO078 - ANGIODISPLASIA DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA

MARIA FERNANDA ZUTTIN FRANZINI; ELIS ROCHA RIBEIRO; ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO; PATRÍCIA ROMERO PRETE; MARÍLIA LÚCIA CARDOSO BARROS DOMINGUES; PAULA GABRIELA MELO MORAES; MAGALY GEMIO TEIXEIRA

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Apresentar um caso clínico enfatizando a abordagem terapêutica realizada pelo cirurgião e colonoscopista em um caso de Angiodisplasia de Delgado, em paciente no pós-operatório (PO) precoce por Retocolite Ulcerativa (RCU). Descrição do caso: P.R., masculino, 38 anos, com RCU (pancolite) diagnosticada há mais de 10 anos. Evoluindo com quadro de enterorragia, diarreia e desnutrição. Foram realizados tratamentos convencionais com Aminossalicilatos e Azatioprina porém o paciente apresentou graves efeitos colaterais além da não apresentar melhora clínica. Foi iniciada

então, terapia biológica com Infiximabe. Na quinta dose evoluiu com infecção por Citomegalovírus (CMV), sendo necessário interromper o tratamento. Devido ao quadro grave e a intratabilidade clínica, o paciente foi submetido à Retocoliectomia total com confecção de bolsa ileal e ileostomia protetora no dia 28/11/2011. No 5º PO evoluiu com enterorragia, com saída de moderada quantidade de sangue vivo pela ileostomia. Estava em uso de Enoxaparina 40mg diários para profilaxia de TVP, sendo então suspenso. O paciente apresentou queda de três pontos na hemoglobina, e o sangramento persistia, sendo necessário transfusão de 2 concentrados de hemácia para manter a estabilidade hemodinâmica. No 20º PO o paciente foi submetido a exame endoscópico pela ileostomia, no qual foram identificadas quatro áreas de angiodisplasia de delgado em alça proximal da ileostomia. Realizado esclerose dos vasos com Ethamolin® (oleato de Monoetanolamina), permanecendo sem sangramento durante 2 dias No 22º PO recebeu alta hospitalar, e continuou seguimento ambulatorial. No período de seis meses o paciente não apresentou mais nenhum quadro de enterorragia. Em maio de 2012 foi internado para fechamento da ileostomia. Evoluiu bem, e continua assintomático.

Conclusão: Na pesquisa das enterorragias não deve ser descartada a possibilidade de Angiodisplasia, mesmo em pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais. Devendo-se realizar sempre a investigação endoscópica.

PO079 - ANGIOMIXOMA AGRESSIVO DE CANAL. RELATO DE CASO.

GUSTAVO BECKER PEREIRA; ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES; BRUNO LORENZO SCOLARO; RAFAEL FÉLIX SCHLINDWEIN; STEVEN KITZBERGER JAEGER DOS SANTOS; GUILHERME MOREIRA CLIVATTI; JOSÉ VANIR MACHADO PEREIRA JUNIOR

HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORHAUSEN - HMMKB, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Relatar um caso de angiomixoma agressivo operado no Hospital e Maternidade Marieta Konder Borhausen, associado a revisão de literatura sobre o tema. Relato de caso: Paciente 52 anos, sexo feminino refere desconforto em região anal e hematoquezia. Em exame proctológico foi evidenciado pólipó pediculado de 1,5 cm em canal anal. Realizada colonoscopia com identificação da lesão previamente descrita e sem outras alterações. Optado por ressecção via anal do pólipó que apresentou resultado anátomo-patológico com Angiomixoma Agressivo de canal anal totalmente removido. Realizada TC de abdome e tórax sem alterações. Avaliação em conjunto com oncologista definindo por seguimento clínico. Discussão: O Angiomixoma Agressivo (AA) é um tumor raro, com aproximadamente 200 casos descritos na literatura mundial, e apenas 40 no sexo masculino. Provém do tecido conjuntivo, e origina-se frequentemente na pelve/períneo, mas com alguns casos evoluindo a partir da parede retal. Alguns outros sítios citados na literatura incluem vulva, vagina, região inguinal, bolsa escrotal e cordão espermático. Acomete preferencialmente as mulheres, em uma relação entre os sexos de 6:1, sendo a quarta década de vida a faixa etária mais acometida, fato que sugere que o estrogênio possa estimular seu crescimento. Quanto ao quadro clínico, geralmente os pacientes são assintomáticos, e o tumor possui um crescimento lento e insidioso, sem uma sintomatologia específica. Seu padrão microscópico é composto por uma quantidade pequena a moderada de células neoplásicas que usualmente exibem morfologia fusiforme ou estrelar, com prolongamentos citoplasmáticos finos e

originadas a partir de miofibroblastos e com estroma eosinofílico. O diagnóstico diferencial do AA deve ser feito com doenças que se apresentam como massa perineal ou inguinal como cisto de Bartholin, cisto do ducto de Gartner, abscesso, leiomioma, lipoma, pólipos fibroepiteliais, e hérnias inguinal ou perineal. O tratamento de primeira linha do AA baseia-se na cirurgia. Tumores pequenos ou superficiais de vulva ou vagina podem ser removidos com ampla excisão local, entretanto tumores maiores, e mais profundos podem requerer uma cirurgia de maior porte, com ressecção parcial ou até mesmo total de um órgão pélvico, conferindo um alto risco de morbidade. Assim, o objetivo inicial se faz na obtenção da ressecção completa do tumor, entretanto, nos casos em que isto não é possível ou em que se preze pela preservação de parte do órgão como no caso do ovário, a remoção parcial é aceitável. O prognóstico do AA geralmente é bom, e apenas 2 casos são descritos na literatura associados a metástases. A taxa de recorrência chega aos 80% principalmente nos 3 primeiros anos, levando a múltiplas cirurgias associadas, sendo em grande parte dos casos por remoção cirúrgica incompleta. O seguimento ambulatorial com exame clínico cuidadoso é necessário para detecção precoce de recidiva.

PO080 - APRESENTAÇÃO DE CASO: DIVERTÍCULO JEJUNAL PERFURADO

SANDER DIAS MOTA

VITÓRIA APART HOSPITAL, VILA VELHA, ES, BRASIL.

Resumo: Título: APRESENTAÇÃO DE CASO: DIVERTÍCULO JEJUNAL PERFURADO. Autor: MOTA, S.D. Co-Autor(es): FLAUZINO, T.A.; NOGUEIRA DA GAMA, P.L.; GAMA, L.R.M.; LOUREIRO, G.J.Z.; RIBEIRO, F.L.M.; NOGUEIRA DA GAMA, L.P.; GAMA, R.C. Instituição: VITÓRIA APART HOSPITAL – SERRA/ES. INTRODUÇÃO: Doença diverticular jejunoileal é uma doença incomum cuja incidência varia entre 1,1% à 2,3%, sendo mais frequente no jejuno. Quando se torna sintomática, apresenta-se com quadro de diverticulite aguda. Acomete mais frequentemente homens (2:1), na sexta e sétima décadas de vida. OBJETIVO: Os autores descrevem caso de diverticulite jejunal perfurada e bloqueada a 70 cm do ângulo de Treitz. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 47 anos, com história prévia de retossigmoidectomia por doença diverticular perfurada do sigmóide em 2002. Atendido no serviço de emergência com quadro de dor abdominal a esquerda, associada a vômitos. Ao exame físico apresentava dor a palpação profunda no flanco esquerdo, com sinais discretos de irritação peritoneal, afebril e normocárdico. Hemograma revelava leucocitose com discreto desvio para esquerda. Tomografia computadorizada (TC) abdominal demonstrou adensamento de alças de intestino delgado com coleção bloqueada no flanco esquerdo, sugerindo perfuração intestinal. Paciente submetido a laparotomia exploradora com achado cirúrgico de diverticulite jejunal perfurada. CONCLUSÃO: A diverticulite jejunoileal não é uma doença frequente, com índice de mortalidade total em torno de 24%, por isso é fundamental incluí-la no diagnóstico diferencial de abdome agudo. Neste contexto, a TC torna-se determinante no diagnóstico, na determinação de suas complicações e na exclusão de outras causas de abdome agudo.

PO081 - APRESENTAÇÃO DE CASO: NEOPLASIA MALIGNA UTERINA COM FÍSTULA ESPONTÂNEA PARA O RETO

SANDER DIAS MOTA

VITÓRIA APART HOSPITAL, VILA VELHA, ES, BRASIL.

Resumo: Título: APRESENTAÇÃO DE CASO: NEOPLASIA MALIGNA UTERINA COM FÍSTULA ESPONTÂNEA PARA O

RETO. Autor: MOTA, S.D. Co-Autor(es): FLAUZINO, T.A.; NOGUEIRA DA GAMA, P.L.; GAMA, L.R.M.; LOUREIRO, G.J.Z.; RIBEIRO, F.L.M.; NOGUEIRA DA GAMA, L.P.; GAMA, R.C. Instituição: VITÓRIA APART HOSPITAL – SERRA/ES.

Os autores apresentam caso de uma paciente de 45 anos, sexo feminino, com queixa de sangramento retal e tenesmo há 02 meses. Colonoscopia realizada em outro serviço revelava lesão ulcerada de parede anterior do reto médio, cujo histopatológico era compatível com lesão ulcerada ativa e inespecífica. Realizado exame proctológico completo em nosso serviço, no qual observamos lesão ulcerada e friável no reto médio, com realização de biópsia profunda, que revelou adenocarcinoma invasor com baixo grau de atipia. Foi feito estadiamento da lesão com tomografia de tórax e abdome e CEA, os quais encontravam-se dentro da normalidade. A ressonância magnética da pelve demonstrou formação expansiva, infiltrativa, com zonas de necrose central, localizada no fundo do saco posterior, infiltrando a parede posterior do útero e anterior do reto. Paciente encaminhada para terapia neoadjuvante e posteriormente submetida a laparotomia com retossigmoidectomia e panhisterectomia em monobloco, identificado neoplasia uterina com fístula retouterina. Exame histopatológico com estudo de imunohistoquímica revelou adenocarcinoma de células claras originando-se em endométrio e envolvendo parede do reto por continuidade. Teve boa evolução, segue em tratamento adjuvante. O carcinoma do endométrio é uma neoplasia grave, que raramente fistuliza para o reto. Deve ser tratada por profissional experiente, já que uma abordagem inadequada pode ser fatal para a paciente.

PO082 - AVALIAÇÃO MACROSCÓPICA DO COLO DURANTE O DESENVOLVIMENTO DE RATOS WISTAR

LARA BURLAMAQUI VERAS¹; IDALIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI²; RAFAEL MOURA E SUCUPIRA²; LARA ALBUQUERQUE DE BRITO²; STHELA MARIA MURARA REGADAS²; GLAUCE SOCORRO DE BARROS VIANA²; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS²; LUSMAR VERAS RODRIGUES²

1.FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Verificar as alterações no crescimento do colo durante o desenvolvimento do rato. Material e Métodos: Utilizados 48 ratos Wistar machos, distribuídos em 4 grupos com 12 animais cada conforme a idade da eutanásia. G1: 1 mês de vida; G2: 3 meses de vida; G3: 6 meses de vida; G4: 12 meses de vida. Os animais foram pesados, medidos, anestesiados com Ketamina e submetidos à laparotomia e proctocolectomia total. O intestino grosso e o ceco foram medidos separadamente. Resultados: O comprimento do colo apresentou diferença significativa entre os grupos. Observou-se diferença significativa no crescimento do rato entre o grupo 1 e os demais grupos e entre o grupo 2 e o 3. Com relação ao crescimento do ceco, houve diferença significativa entre o grupo 1 e os demais grupos. Houve diferença significativa na relação comprimento do colo/comprimento do rato entre os grupos 2 e 4 e 3 e 4. Houve diferença significativa na relação comprimento do ceco/comprimento do colo entre os grupos 1 e 3, 1 e 4 e 2 e 3 e na relação comprimento do ceco/comprimento do rato entre os grupos 1 e 3 e 2 e 3. Conclusão: Colo de ratos Wistar cresce de modo significativo e proporcional ao desenvolvimento do rato. No entanto, a relação entre o comprimento do colo e o comprimento do rato se mantém constante.

PO083 - CARCINOMA ESPINOCELULAR EM HIDRADENITE SUPURATIVA SACROCOCCÍGEA: RELATO DE CASO

CAROLINA GASTALDELLI; SABRYNA LACERDA WERNECK; DANIEL CASTILHO SILVA; RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA; ANDRE LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSE SITIONIO FORMIGA *HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: hidradenite supurativa é uma doença crônica decorrente da infecção de glândulas sudoríparas apócrinas e mistas. A prevalência é de 1%, acomete preferencialmente mulheres e está associada à obesidade e tabagismo. O carcinoma espinocelular (CEC) é uma complicação rara, variando de 1 a 3,4%, com alta mortalidade. Está associada à doença de longo tempo, com largas áreas anatômicas e múltiplas pequenas cirurgias realizadas em meses ou anos antes do diagnóstico do câncer. O tratamento é feito com ressecção ampla da lesão, radioterapia e quimioterapia com 5-fluorouracil e mitomicina C. Objetivo: relatar caso de CEC em hidradenite supurativa sacrococcígea. Relato de caso: masculino, 60 anos, com diagnóstico de hidradenite supurativa em região sacrococcígea há 23 anos. Foi submetido a 14 procedimentos cirúrgicos para ressecção e debridamento, com necessidade de colostomia derivativa e ressecção da última vértebra sacral e cóccix. Diagnóstico anátomo-patológico de CEC moderadamente diferenciado em região sacral, tratamento radioterápico com 4500 cGy. Evoluiu com piora da lesão sacrococcígea, adenopatia inguinal bilateral abscedada, trombose venosa profunda de veia femoral comum, superficial, profunda e plútea direita por compressão linfonodal. Óbito por insuficiência respiratória após 40 dias de internação. Discussão: o CEC é uma rara complicação da hidradenite supurativa, porém agressivo com invasão local e metástases à distância. A cirurgia é o único método de tratamento que proporciona a cura, desta maneira, deve ser tratado precocemente através de ressecção ampla de toda a área comprometida com adequada margem de segurança e profundidade suficiente até atingir tecidos normais, evitando a progressão crônica que causa a degeneração cancerosa.

PO084 - CIRURGIA NO PACIENTE IDOSO – CASUÍSTICA DA RESIDÊNCIA DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL

FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; MARCOLINO SOUZA AGUIAR; NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; EULER MEDEIROS AZARO *HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A população idosa brasileira já atinge mais de quinze milhões de pessoas e a tendência é de que o país continue envelhecendo. O crescimento populacional das pessoas que estão na faixa etária acima de 60 anos tem grande importância na atividade médica e cirúrgica. O aumento do número de idosos, associado ao incremento dos avanços científicos, propicia a maior busca por tratamento médico, caracterizando um novo perfil epidemiológico hospitalar de pacientes de maior risco cirúrgico. OBJETIVO: Retratar a casuística das cirurgias abdominais em idosos do Serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael e fazer uma revisão de literatura acerca do aumento da prevalência dessa população entre os pacientes atendidos pela especialidade. MATERIAIS E MÉTODOS: Neste trabalho, foram revisados os registros cirúrgicos da equipe de Coloproctologia do Hospital São Rafael, com a coleta retrospectiva de dados de prontuário dos pacientes acima de 60 anos que foram submetidos a tratamento cirúrgico pela especialidade. Não foram incluídas as cirurgias orificiais. RESULTADOS: Foram identificados

os registros de 113 pacientes com idade acima de sessenta anos. Entre esses pacientes, 73,45% realizaram cirurgias abdominais (83 pacientes). Destes, 66,26% foram submetidos a colectomias, 8,43% a amputação abdominoperineal do reto, 7,22% a reconstrução de trânsito intestinal e 18,07% a laparotomias exploradoras. Quanto ao sexo, 49,39% eram pacientes do sexo feminino e 50,6%, do sexo masculino. DISCUSSÃO: Os resultados encontrados no nosso trabalho exemplificam a rotina de muitos serviços de Coloproctologia do país, com número crescente de intervenções cirúrgicas de grande porte sobre a população idosa. Ainda há receio para indicar procedimentos operatórios em pacientes mais velhos, especialmente pelo risco do trauma cirúrgico-anestésico e das complicações pulmonares. Apesar disso, a idade não constitui, isoladamente, fator de contra-indicação ao tratamento neste grupo etário; as comorbidades associadas à idade avançada podem predizer o desfecho cirúrgico. CONCLUSÃO: A idade não deve representar impedimento às condutas cirúrgicas e todos os casos devem ser avaliados conjuntamente às comorbidades.

PO085 - CORDOMA SACROCOCCÍGEO: RELATO DE CASO

FRANCISCO CLAUDIO LINHARES DE SÁ FILHO; LEVINDO ALVES OLIVEIRA; TAMAN RENERYS ASSIS PINHEIRO; ALTAMIR RIBEIRO LAGO; GLAUCIO PIRES CARNEIRO; ÉDER RODRIGO FIGUEIRA RIBEIRO; THALITA LIMA GOMES; KILDERY WENDELL MOURA CAVALCANTE *HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Cordoma é um tumor primário maligno, de crescimento lento e localmente invasivo, que surge a partir da notocorda e representa 1 a 4% de todos os tumores ósseos primários. Ele pode surgir em qualquer lugar na linha média do eixo cerebrospinal, no entanto, aproximadamente 50% dos cordomas originam-se na região sacrococcígea. Nessa localização, fazem parte do grupo de tumores retrorretais, lesões raras que caracterizam-se por manifestação clínica tardia. Essas neoplasias atingem grandes dimensões antes de apresentarem sinais e sintomas clínicos, que são indolentes e incluem dor lombossacral, dormência, constipação, tenesmo e incontinência. Em exame de imagem, o cordoma normalmente se manifesta como uma grande massa sacral destrutiva com extensão secundária para tecidos moles. OBJETIVO: Revisar a literatura e apresentar relato de caso de paciente portador de cordoma sacrococcígea admitido no serviço de coloproctologia do Hospital Geral de Roraima. METODOLOGIA: Foi realizado um levantamento bibliográfico e revisão de prontuário do paciente durante o período de internação hospitalar. RESULTADOS: Paciente EGF, 77 anos, masculino, deu entrada no Pronto Socorro com queixa de sangramento retal ativo. Refere episódios anteriores recorrentes há aproximadamente 4 meses. Durante a investigação solicitou-se uma tomografia computadorizada de pelve que evidenciou uma massa no espaço retrorretal, de caráter expansivo, acometendo vértebras sacrais e tecidos moles adjacentes, caracterizando irressecabilidade cirúrgica. Paciente submetido à cirurgia com abordagem posterior para biópsia incisional da massa tumoral. O laudo histopatológico foi compatível com Cordoma de região sacro-coccígea com destruição do tecido ósseo adjacente. O paciente foi encaminhado para terapia paliativa/radioterapia, por se tratar de uma lesão irressecável. CONCLUSÃO: A excisão cirúrgica radical continua sendo o procedimento terapêutico de escolha para o cordoma sacral, embora as margens de segurança sejam muitas vezes difíceis de obter devido aos seus sítios anatômicos de origem. A radioterapia convencional é pouco ativa, mas pode

oferecer um benefício temporário no controle da doença em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico inadequado, com margens positivas, ou como tratamento paliativo exclusivo em pacientes com doença irresssecável.

PO086 - CORPO ESTRANHO NO RETO: RELATO DE DOIS CASOS

DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; RODRIGO DE OLIVEIRA MELLO; GÊYSA FABIANA BOTELHO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRICIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: A presença de corpo estranho intrarretal pode ter várias causas, sendo, atualmente, o auto-erotismo sua principal causa, quer pelo abuso de drogas ou pela liberação sexual. Objetivo: Relatar dois casos de corpo estranho introduzido no reto como prática auto-erótica. Relato dos casos: Caso 1: Homem, 48 anos, procurou atendimento referindo introdução “acidental” de tubo plástico como método auxiliar para remoção de fezes endurecidas. Já havia sido atendido no mesmo serviço com quadro semelhante, sendo removido tubo plástico por via retal. No episódio atual, o toque retal mostrava sangramento e presença de objeto plástico no reto baixo. No centro cirúrgico o corpo estranho removido por via anal com pinça apreensora sob raquianestesia. Após a remoção uma anoscopia de controle mostrou laceração da mucosa retal sem sinais de sangramento ativo. Caso 2: Homem, 62 anos referia que há dois dias introduziu no reto frasco contendo óleo para massagens para aliviar prurido anal. Tentou, sem sucesso, remover o objeto aplicando enemas por dois dias. No exame abdominal não havia irritação peritoneal e no toque retal identificava-se sangramento na luva, não sendo possível tocar-se o corpo estranho. A radiografia do abdômen mostrou objeto localizado na transição retossigmoideana. Após infrutíferas tentativas de remoção por via endoscópica optouse pela realização de laparotomia exploradora, que revelou sufusões hemorrágicas no reto intraperitoneal sem sinais de perfuração. O corpo estranho foi removido pelo ânus após mobilização distal. Conclusão: A presença de corpo estranho intrarretal deve ser sempre aventada nos doentes adeptos a práticas de autoerotismo que apresentem sangramento retal.

PO087 - DOENÇA IMUNOPROLIFERATIVA DE INTESTINO DELGADO MIMETIZANDO INTUSSUSCEPÇÃO E APRESENTANDO-SE COMO POLIPOSE GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO

MATHEUS MMMDE MEYER; LUCIANA MENDES OLIVEIRA; FRANCESCA DE SÁ FREIRE; RAFAEL GOMES CARVALHO BARROS; JOSÉ ELIAS GALIL FILHO; LUCIANA MENDES PEIXOTO; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; JULIANO ALVES FIGUEIREDO
HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: O abdome agudo obstrutivo ou semiobstrutivo pode ter como diagnóstico diferencial, doenças de tratamento clínico que devem ser identificadas, a fim de evitar ressecções intestinais impróprias. A doença imunoproliferativa de intestino delgado (DIPID) é uma variante de linfoma, com manifestação extranodal que pode apresentar-se com distensão abdominal e nódulos de intestino delgado. O diagnóstico pode ser feito com biópsias endoscópicas ou por biópsia excisional de linfonodo abdominal em uma laparotomia. Relato de caso: Paciente masculino, 25 anos, apresentou quadro de perda de

peso e distensão abdominal, associados a episódios de diarreia. Exame tomográfico do abdome mostrou imagem em alvo, com diagnóstico de intussuscepção. A diarreia paradoxal motivou uma colonoscopia de urgência, que evidenciou no fleo terminal, pseudopolipose. A biópsia e imunohistoquímica não definiram diagnóstico. Uma minilaparotomia, em caráter eletivo, permitiu ressecção de linfonodo, que diagnosticou linfoma de grandes células. Paciente foi submetido a quimioterapia 8 ciclos (vincristina, prednisona, ciclofosfamida) durante 6 meses. Após período de remissão breve a doença recidivou, reiniciou novo esquema de quimioterapia. Faleceu após 1 ano do diagnóstico. Discussão e Conclusão: A DIPID deve ser lembrada como causa incomum de polipose não hereditária. Em Casos de DIPID a operação é um instrumento para o diagnóstico, estadiamento da doença e ou palição. O cirurgião deve conhecer situações clínicas que simulem obstrução intestinal, para proporcionar o tratamento adequado, isto porque uma ressecção intestinal pode predispor complicações graves.

PO088 - E A HEMOSTASIA QUÍMICA ENDOSCÓPICA UM MÉTODO SEGURO NA ABORDAGEM DE SANGRAMENTO ATIVO EM ANASTOMOSE COLORRETAL? APRESENTAÇÃO DE UM CASO

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO; ROBERTO COELHO NETTO CUNHA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; NIKOLAY COELHO MOTA; CLARISSA LORENA FONSECA COSTA; FÁBIO GOMES TEIXEIRA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Relatar a abordagem endoscópica no tratamento de sangramento ativo em anastomose colorretal, hemostasia química em local de difícil acesso ao ponto de sangramento. Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo (relato de caso). Dados coletados do prontuário e ficha clínica do paciente no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) – UFMA. Resultados: Realizada abordagem endoscópica por retossigmoidoscopia flexível identificado coto vascular pulsátil com sangramento ativo de grande quantidade em anastomose colorretal por grameador circular à 15 cm da margem anal, em paciente submetido a reconstrução do trânsito intestinal pós colostomia. Foi administrado no local Adrenalina (1:100.000) e Etandomina, obtendo vasoconstricção e efeito trombótico, promovendo efetivo controle do sangramento com preservação da anastomose, resultando em menor morbidade e tempo de recuperação comparada à abordagem abdominal para tratamento do sangramento. Conclusão: O tratamento endoscópico em sangramento ativo de anastomose colorretal de difícil acesso utilizando adrenalina e etandomina mostrou-se eficaz, seguro, barato e com menor morbidade que o acesso abdominal para tratamento do mesmo.

PO089 - EFEITO DA LAVAGEM DA CAVIDADE PERITONEAL COM SALINA A 0,9% E 3% NA INJÚRIA PULMONAR DE GERBIS COM PERITONITE INDUZIDA

VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; IVANA DUVAL-ARAÚJO; RAFAEL CALVÃO BARBUTO; PAULA VIEIRA TEIXEIRA VIDIGAL; SILVIA LUNARDI ROCHA; GUILHERME NOGUEIRA PENA; LUCAS TOURINHO DE SIQUEIRA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A lavagem da cavidade peritoneal no tratamento da peritonite, apesar de amplamente utilizado pelos cirurgiões,

constitui-se de prática com resultados conflitantes na literatura. Alguns estudos propõem que a lavagem peritoneal interfira nos mecanismos de defesa peritoneal, apresentando pouca ou nenhuma alteração no prognóstico dos pacientes. Outros sugerem que tal prática module a resposta inflamatória e reduza a lesão a órgãos-alvo, melhorando a sobrevida. Objetivos: Determinar se a lavagem da cavidade peritoneal com solução salina isotônica (0,9%) e hipertônica (3%) apresenta efeito sobre a resposta inflamatória sistêmica, sobretudo na injúria pulmonar, na peritonite induzida em gerbis. Materiais e Métodos: Foram utilizados 34 gerbis machos, divididos em quatro grupos: Controle (n=9), Sem lavagem (n=8), Salina (n=8) e Hipertônico (n=9). Os animais foram submetidos à peritonite induzida pela técnica de ligadura e punção do ceco, sendo reoperados após duas horas, com o devido tratamento da cavidade peritoneal (Sem lavagem – apenas secagem da cavidade; Salina – lavagem da cavidade peritoneal com solução salina a 0,9% a 37,5°C; Hipertônico – lavagem da cavidade peritoneal com salina hipertônica a 3% a 37,5°C). O grupo controle foi submetido apenas a laparotomia e inventário da cavidade. Após seis horas da indução da peritonite, os animais foram sacrificados e foram coletadas biopsias do pulmão esquerdo. Realizou-se então análise morfológica a partir de lâminas coradas em HE, utilizando-se o software KS300 do analisador Carl Zeiss Image Analyzer. Resultados: No grupo Controle, a média da contagem de núcleos em 30 campos aleatórios foi de 8319,6 ± 1581,9. No grupo “Sem lavagem”, a média da contagem de núcleos foi de 11675,4 ± 1698,2 (p=0,001). O grupo “Salina” apresentou uma média de 9107,0 ± 1614,1 núcleos, apresentando diferença significativa quando comparado ao grupo sem lavagem (p=0,008) e sem diferença quando comparado ao grupo controle (p=0,33). O grupo “Hipertônico” apresentou uma média de 8412,6 ± 2592,8 núcleos, apresentando diferença significativa quando comparado ao grupo “Sem lavagem” (p=0,009) e sem diferença quando comparado ao grupo Controle (p=0,93). O grupo “Hipertônico” apresentou uma menor contagem de núcleos quando comparado ao grupo salina, porém sem diferença significativa (p=0,52). Conclusões: Os resultados deste estudo demonstraram que a lavagem da cavidade peritoneal com solução salina morna a 0,9% e a 3% teve efeito benéfico sobre a resposta inflamatória sistêmica em animais sépticos, modulando e reduzindo a injúria pulmonar. Não houve diferença na infiltração leucocitária pulmonar entre os grupos tratados com solução salina a 0,9% e a 3% e o grupo controle, o que mostra que a lavagem não só foi capaz de conter a resposta inflamatória, mas de reverter o processo. A solução hipertônica não demonstrou benefício sobre a solução salina.

PO090 - EMBOLIZAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA NO TRATAMENTO DO HEMANGIOMA CARVENOSO DO RETO
RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; VIVIAN REGINA GUZELA; GUSTAVO URBANO; ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PERAZZOLI; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES
USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: O hemangioma cavernoso do reto é uma neoplasia vascular benigna rara. Desde que foi descrita pela primeira vez em 1839, existem na literatura cerca de 350 publicações sobre essa afecção, que são em sua maioria relatos de casos isolados. Este relato descreve um caso conduzido pela equipe de coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no qual o paciente foi submetido à embolização dos ramos arteriais responsáveis pela irrigação do hemangioma na véspera da cirurgia, com o intuito

de reduzir o sangramento intraoperatório. Homem, de 48 anos, com enterorragia intermitente desde os primeiros dias de vida, acompanhado pela equipe de coloproctologia desde a infância, permaneceu em seguimento ambulatorial por cerca de 40 anos, por não apresentar sangramento importante e pela alta morbimortalidade do tratamento cirúrgico. Recentemente, procurou Unidade de Emergência por enterorragia maciça e sintomas de anemia, com hemoglobina de 4,9 mg/dl. Realizou coloscopia e angiotomografia do abdome e pelve, que evidenciaram massa extensa, com formação vascular acometendo o sigmóide e reto, até a linha pectínea. Recebeu 14 unidades de concentrados de hemáceas em 2 meses, sendo submetido a tentativa de embolização seletiva do hemangioma, sem controle do sangramento. Foi indicado então tratamento cirúrgico. Na véspera da operação, o paciente foi submetido à nova embolização dos ramos arteriais nutridores da neoplasia vascular, com o objetivo de reduzir o sangramento durante ressecção da lesão. O paciente foi submetido à retossigmoidectomia abdominal anterior, com anastomose colo-anal mecânica e colostomia protetora. O procedimento durou 235 minutos, sem nenhum sangramento intraoperatório incontrolável. O paciente recebeu 1000ml de concentrado de hemácias no peroperatório. A hemoglobina intraoperatória variou de 8,3 a 10,5, e no pós operatório imediato foi de 10,9. A pressão arterial média variou de 75 a 100 mmHg. O paciente teve boa evolução, recebendo alta no 9º PO. Não teve mais enterorragia após a cirurgia. A hemoglobina atual é de 12,6. Em 04/05/12 foi submetido a nova colonoscopia, que não mostrou mais nenhum hemangioma no cólon remanescente. O caso apresentado mostrou que a embolização pré-operatória dos ramos arteriais responsáveis pela irrigação do hemangioma cavernoso do reto pode ser um recurso terapêutico de grande importância, principalmente nas lesões extensas, cujo sangramento intraoperatório estimado é de grande volume, o que pode acarretar alta morbimortalidade. Esse recurso terapêutico ainda não foi descrito na literatura até o momento para hemangiomas do retossigmóide, e permitiu uma abordagem cirúrgica segura e com controle satisfatório da perda sanguínea.

PO091 - EMPALAMENTO ANORRETAL COM SEPSIS ABDOMINAL E TORAXICA

ARMINDA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; ANDRESSA MACHADO SANTANA BRASIL; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HELIO MOREIRA JR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; THALES CARVALHO LIMA
FACULDADE DE MEDICINA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O trauma de reto pode apresentar taxas elevadas de morbimortalidade, principalmente quando associado a lesões de estruturas vizinhas. A abordagem de pacientes vítimas de empalamento retal exige do médico o estabelecimento de um diálogo franco, paciente e perspicaz. Nosso objetivo foi relatar um caso de trauma retal em um paciente submetido a vários procedimentos cirúrgicos, associado a diversas complicações pós operatórias e elevado tempo de internação hospitalar. Paciente ALCN, sexo masculino, 22 anos, encaminhado ao HC/UFG em julho/2011 com hipótese diagnóstica de Doença de Crohn. Havia sido submetido a nove procedimentos cirúrgicos nos últimos seis meses (drenagem de abscesso retroperitoneal, anorretal, torácico, enterectomias, sigmoidectomia, laparotomias para lavagem de cavidade abdominal e decorticação pulmonar) e encontrava-se gravemente desnutrido, com fístulas perianal, entero-cutânea e estercoral. Na admissão em nosso Serviço queixava-se de dor perianal,

astenia, febre e quadro de desnutrição grave. Exame físico evidenciava cicatriz de peritoneostomia com fístula entero-cutânea pouco produtiva e outra fístula estercoral em flanco esquerdo, além de colostomia funcionante. Exame proctológico com fístula anorretal. Retossigmoidoscopia diagnosticou úlceras lineares profundas e extensas, recoberta por fibrina e a presença de fios cirúrgicos em orifício fistuloso na cúpula sigmoideana. Colonoscopia e transito de delgado sem alterações. Paciente apresentou melhora clínica após tratamento medicamentoso e suporte nutricional, porém sem resolução da fistula enterocutânea. Nova entrevista ao paciente revelou a ocorrência de empalamento anal que desencadeou, desde o princípio, todo o seu quadro clínico. Submetido a reabordagem cirúrgica, com realização de enterectomia e enteroanastomose. No 5º PO apresentou saída de secreção entérica pelo orifício da fistula estercoral prévia. Ao exame de fistulografia mostrou trajeto fistuloso entre colon (alça excluída), jejuno e pele. Recebeu suporte clínico e nutricional com fechamento da fistula. Em março/2012 foi reinternado devido a reabertura de fístula entérica. Retossigmoidoscopia evidenciou 2 orifícios fistulosos em coto sigmoideano com presença de grande quantidade de fios cirúrgicos. Nova abordagem cirúrgica que evidenciou comunicação fistulosa entre alças de delgado (fleo terminal e jejuno) e sigmoide excluído. Realizada nova enterectomia e colectomia parcial com confecção de ileostomia em alça, fistula mucosa colonica à Mikulicz e debridamento de retroperitônio. Finalmente, apresentou boa evolução com alta hospitalar. Conclui-se que lesões de empalamento podem evoluir com quadro séptico grave, com alta morbidade e de difícil resolução.

PO092 - ENDOMETRIOMA DO CÓLON SIGMÓIDE MIMETIZANDO NEOPLASIA COLÔNICA

GUSTAVO BECKER PEREIRA; ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES; BRUNO LORENZO SCOLARO; RAFAEL FÉLIX SCHILINDWEIN; GUILHERME MOREIRA CLIVATTI; STEVEN KITZBERGER JAEGER DOS SANTOS; JOSÉ VANIR MACHADO PEREIRA JUNIOR

HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORHAUSEN - HMMKB, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Relatar um caso de endometrioma de cólon sigmoide mimetizando tumor de cólon sigmoide e revisão da literatura. Relato de caso: Paciente de 26 anos, com história prévia de endometriose refere que há 6 meses apresenta dor em fossa ilíaca esquerda e sintomas progressivos de suboclusão intestinal. Inicialmente diagnosticada como dor pélvica crônica pela ginecologia. A USG transvaginal realizada na ocasião não apresentava alterações. Encaminhada ao serviço de Coloproctologia para prosseguir a investigação. Realizada colonoscopia com introdução do aparelho até o cólon sigmóide, evidenciando angulação fixa que impede a progressão segura. Solicitada TC de abdome, aonde era possível observar um espessamento segmentar de cólon sigmóide. Inicialmente foi realizada uma videolaparoscopia diagnóstica aonde observou-se uma lesão em cólon sigmóide, com retração da serosa sugestiva de neoplasia. No dia seguinte, após orientações, foi realizada uma retosigmoidectomia videolaparoscópica. A paciente apresentou evolução favorável recebendo alta no 4º pós-operatório. O anátomo-patológico revelou a lesão como endometrioma estenosante de cólon sigmóide. Discussão: A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial funcionante implantado fora da cavidade uterina. Quando a endometriose encontra-se circunscrita a uma massa, chamamos de endometrioma. Acomete cerca de 10% a 15% das

mulheres em idade reprodutiva. A endometriose intestinal pode ocorrer em 5 a 27% das mulheres com endometriose, sendo que o reto e o sigmóide respondem por 70 a 93% dessas lesões. Diante de sinais e sintomas como constipação, tenesmo, cólicas e dificuldade de evacuação, faz-se necessária a investigação de outras causas além da endometriose para realizar o diagnóstico diferencial com neoplasias intestinais malignas. Manifesta-se mais frequentemente na forma de "spots" na serosa e na muscular própria, levando a fibrose e/ou estenose, sendo que a mucosa é raramente afetada. Apesar de rara, a transformação maligna da endometriose, não pode ser descartada. A colonoscopia e/ou retossigmoidoscopia auxiliam no sentido de visualizar a característica macroscópica da lesão e de retirar fragmentos para biópsias, guiando-nos para o planejamento correto do tratamento, apesar de que a biópsia endoscópica usualmente proporciona material insuficiente para o diagnóstico patológico definitivo. O método padrão ouro para confirmar o diagnóstico é a laparoscopia. O tratamento da endometriose pode ser tanto hormonal quanto cirúrgico. O tratamento cirúrgico com ressecção completa da endometriose profunda tem sido a recomendação terapêutica com melhores resultados para o alívio sintomático a longo prazo e diminuição da chance de malignização. O presente relato evidencia a semelhança clínica entre endometriose de cólon sigmóide e neoplasia de cólon. Muitas vezes o diagnóstico é presuntivo, não podendo ser firmado anteriormente a cirurgia.

PO093 - FECALOMA INTRATORÁCICO NA COLOPATIA CHAGÁSICA

MARLEY RIBEIRO FEITOSA; LEONARDO ESTENIO IEZZI; BRUNO AMARAL MEDEIROS; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; VIVIAN REGINA GUZELA; GUSTAVO URBANO; OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Chagas é causada pelo Trypanosoma cruzi e transmitida por insetos triatomíneos. Cerca de 10-15% dos pacientes desenvolvem enteromegalias (e.g. megacolon). Fecaloma é a complicação mais comum. Hérnias diafragmáticas ocorrem em 0.8 a 1.6% dos traumas torácicos fechados. Geralmente assintomáticas, podem passar despercebidas em até 66% dos casos. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 88 anos, admitido com quadro de desconforto respiratório importante e diaforese associado a constipação intestinal crônica progressiva com piora nos últimos meses. Ao exame físico com taquidispnéia, ausência do murmúrio vesicular em todo o hemitórax esquerdo, PA=110X60 mmHg, abdome indolor, distensão abdominal e massa palpável no flanco esquerdo. A gasometria arterial evidenciou hipoxemia responsiva a suporte ventilatório não-invasivo. Tomografia de abdome e tórax mostraram impação fecal gigante do cólon esquerdo habitando o hemitórax ipsilateral e causando desvio do mediastino para direita. Foi feito o diagnóstico de Hérnia diafragmática causada por trauma torácico durante a infância. Devido o elevado risco cirúrgico do paciente e recusa a se submeter a qualquer procedimento cirúrgico optou-se por desimpactação colônica com enemas de repetição e esvaziamento sob sedação. Após completa recuperação o paciente recebeu alta com orientações para manejo clínico. Conclusão: O presente relato ilustra a importância do diagnóstico precoce de ambas as patologias para evitar complicações como a apresentada. No caso em questão o alto risco cirúrgico bem como o desejo do paciente foram decisivos para opção pelo tratamento clínico com sucesso.

PO094 - FOLICULITE EOSINOFÍLICA PERIANAL- RELATO DE CASO

ANTONELLA FURQUIM CONTE; JOSE VINICIUS CRUZ; TALITA VILA MARTINS; RAFAEL FÉLIX SCHILINDWEIN
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A Foliculite Eosinofílica (FE) apresenta-se como uma erupção cutânea pruriginosa predominantemente localizada na face, pescoço, tórax e couro cabeludo. É considerada uma doença cutânea associada ao HIV. Seu curso clínico apresenta múltiplos ciclos de exacerbações e remissões. As lesões aparecem na forma de pápulas eritematosas e pústulas. O prurido intenso e intratável é típico. O presente estudo tem por objetivo relatar um caso de paciente HIV com quadro de FE perianal acompanhado no Hospital Santa Casa de Porto Alegre. Não existem relatos da doença em localização semelhante. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 43 anos, negro. Diagnóstico de HIV em 2003, sem acompanhamento. Iniciou terapia anti-retroviral em 2005. Em 2008, paciente apresentou lesão perianal ulcerada e friável. A biópsia apresentou como diagnóstico úlcera herpética. O tratamento realizado com aciclovir não obteve resposta. Após nova biópsia, a qual mostrou-se negativa para Herpes Simples (HSV), fungo e BAAR, foi realizado curso de corticoide, também sem resposta. Diante do quadro e com a hipotese de neoplasia anal foi submetido a excisão da lesão anal, a qual revelou o diagnóstico de foliculite eosinofílica. Após cerca de 8 meses, o paciente apresentou recidiva da lesão perianal em região contralateral. Realizou-se terapia tópica com hidrocortisona 1 % creme por 4 meses, tendo o paciente apresentado piora. Foi submetido a nova excisão cirúrgica das lesões em junho de 2011. O exame anátomo-patológico reafirmou tratar-se de foliculite eosinofílica. Novamente o paciente evoluiu com recuperação favorável. Mantém-se o acompanhamento observacional até o momento sem evidência de nova recidiva. CONCLUSÃO: A FE é uma erupção cutânea pruriginosa associada à infecção pelo HIV, que tem como característica a recidiva frequente. Provavelmente devido à localização atípica da lesão descrita no caso, o diagnóstico foi prorrogado. Não existem estudos controlados no tratamento da doença, porém o foco da terapia indicada baseia-se em medicamentos tópicos ou via oral. A excisão cirúrgica da lesão trata-se de uma abordagem diferente para uma doença conhecida, porém em localização não habitual. Os resultados dessa conduta ainda não podem ser totalmente definidos, entretanto, diante da recidiva apresentada, acreditamos que a doença seguirá seu curso habitual com períodos de exacerbação e remissão.

PO095 - FÍSTULA ENTRE O CECO E FERIDA PERINEAL DE PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA POR NEOPLASIA DE RETO

JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI; FERNANDO BRAY BERALDO; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; NAGAMASSA YAMAGUCHI; THIAGO BASSANEZE; ADRIANO PEREIRA SAMPAIO
HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: RELATO DE CASO: JMT, 53 anos, pós-operatório tardio de outubro de 2011 de exenteração pélvica por adenocarcinoma de reto que se iniciava a 2cm da borda anal e se estendia até os 7cm. Realizado neoadjuvância com tratamento combinado com radio e quimioterapia e posterior adjuvância com oxaliplatina associado a capesitabina. Durante seguimento pós-operatório paciente

apresentou saída de fezes bem formadas por orifício de aproximadamente 1,5 cm em ferida perineal. Colostomia e o Bricker funcionantes. Paciente em bom estado geral, negando febre, alterações do hábito intestinal ou perda ponderal. Realizado colonoscopia em julho de 2012 mostrando orifício fistuloso de 1,5 cm e alguns óstios menores satélites recobertos por fibrina em topografia de ceco; cólon ascendente e transversal sem alterações. Controle tomográfico de julho deste ano sem alterações, não sugerindo progressão de doença (antígeno carcinoembrionário atual 1,1 ng/mL x pré-op 96 ng/mL). Paciente em preparo pré-operatório para correção cirúrgica da fístula. DISCUSSÃO: O preenchimento do oco pélvico com o ceco fez parte do planejamento cirúrgico na tentativa de evitar a migração do intestino delgado e episódios de suboclusão intestinal descritos na literatura.

PO096 - FÍSTULA ENTRE SIGMÓIDE E VAGINA: LESÃO ACTÍNICA PÓS-TRATAMENTO PARA NEOPLASIA DE URETRA

SUZANA LIMA TORRES; WILMAR ARTUR KLUG; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; CAROLINE MERCI CALIARI GOMES; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; FERNANDA BOURROUL VILLELA PEDRAS; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O carcinoma de uretra é tumor raro, sendo responsável por menos de 1% de todos os tumores do trato genitourinário, acometendo mais mulheres do que homens. Uma associação bem próxima tem sido estabelecida entre a presença da infecção pelo HPV e carcinoma do trato urogenital, incluindo do colo uterino e ânus. Da mesma forma, o HPV parece ter papel importante no carcinoma de uretra. O tratamento geralmente é cirúrgico, com quimioterapia e radioterapia adjuvante, dependendo, no entanto, da localização. Da mesma forma, o prognóstico também varia de acordo com o estágio inicial do tumor, presença ou ausência de envolvimento linfonodal e a sua localização. Apresentamos o caso de paciente de 58 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma tubuloviloso de uretra, que evoluiu com invasão tumoral na vagina, sendo tratado cirurgicamente (uretrectomia, cistectomia parcial e interposição do apêndice cecal entre bexiga e umbigo) e radioterapia adjuvante. No acompanhamento ambulatorial a paciente evoluiu com saída de secreção fecaloide pela vagina em grande quantidade, com suspeita de fístula entre o reto e a vagina por provável recidiva tumoral. Após investigação foi diagnosticado fístula entre o sigmóide e a vagina de origem actínica. Realizada sigmoidectomia e colpectomia parcial com anastomose primária e boa evolução após o tratamento cirúrgico.

PO097 - FÍSTULA PERINEAL TARDIA APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO: SURGIMENTO APÓS 27 ANOS DE CIRURGIA

ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; MARCIA KIMIE SHIMIZU; JOSE C BEDRAN; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A fístula perianal que ocorre após amputação abdominoperineal do reto ou mesmo após exenteração pélvica é um evento raro porém com significativo impacto na qualidade de vida. Devido ao efluente ser fluído e bastante corrosivo, o manejo clínico dessa morbidade quase sempre é ineficaz. OBJETIVO:

Relatar caso de paciente submetido a amputação abdominoperineal de reto por adenocarcinoma que desenvolveu fístula perineal cerca de 15 anos após a cirurgia inicial. **RELATO DE CASO:** Paciente HLC, 78 anos, masculino com passado de amputação abdominoperineal do reto em 1985 por adenocarcinoma de reto baixo, tendo sido previamente submetido a terapia neoadjuvante com radio e quimioterapia e terapia adjuvante após a cirurgia. Relatava presença de dois orifícios em região perineal com drenagem de secreção piossanguinolenta há cerca de 04 meses. Negava dor abdominal, perda ponderal ou alteração em exoneações via colostomia. Ao exame físico demonstrava a presença de dois orifícios em períneo com hiperemia adjacente e drenagem de secreção purulenta. Submetido a fistulografia com evidência de trajeto fistuloso extenso em região pré-sacral de contornos nítidos porém de limites imprecisos. A tomografia de pélvis evidenciava imagem de coleção em loja retal. Diante da hipótese de recidiva tumoral, optou-se por solicitação de PET-CT com evidência de formação tecidual pré-sacral de limites imprecisos com conteúdo gasoso central associada a captação periférica do radiofármaco. Submetido, então a laparotomia exploradora com enterectomia segmentar com evidência intra-operatória de intensas aderências intestinais em pelve com aparente trajeto fistuloso envolvendo fêo terminal. Além disso, realizado ressecção de loja perineal de orifícios, com opção por cicatrização por segunda intenção. Recebe alta no x pós operatório com cicatrização perineal satisfatória e sem queixas atuais de saída de secreção em períneo. **DISCUSSÃO:** O desenvolvimento de fístula perineal após cirurgia de amputação de reto ou então exenteração pélvica é um evento raro que ocorre em cerca de 3,5% dos casos, mas que se associa a uma taxa de mortalidade que pode alcançar 13% e uma percentagem de recidiva tumoral de até 40%. Desde sua descrição inicial feita por Berman em 1976 que reportava uma taxa de mortalidade de 80%, esses índices decaíram de maneira significativa, principalmente atribuídos a 3 fatores: nutrição e antibioticoterapia pré operatória, melhora e maior atenção aos cuidados intra-operatórios e cuidados pós operatório mais intensivos. Dentre os fatores de risco pode-se citar a radioterapia prévia, cirurgias anteriores, exenteração pélvica total e recorrência tumoral. **CONCLUSÃO:** Retrata-se caso de paciente que desenvolveu fístula perineal após amputação abdominoperineal do reto de forma bastante mais tardia que a reportada pela literatura que fora tratada de maneira cirúrgica por vias perineal e abdominal.

PO098 - FÍSTULA RETO-VESICAL APÓS RESSECÇÃO DE TUMOR FIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DE BEXIGA EM PACIENTE PORTADOR DE LES

NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS; MARCOLINO SOUZA AGUIAR; LINA MARIA GOES CODES; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; EULER MEDEIROS AZARO
HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é uma lesão rara, benigna, caracterizada pela proliferação mesenquimal e infiltração de células inflamatórias e composta principalmente de linfócitos e plasmócitos. São tumores frequentemente confundidos com lesões malignas durante processo diagnóstico. Sua patogênese é desconhecida, podendo ser decorrente de um processo reativo exagerado. O sítio mais frequente de envolvimento é o pulmão, seguido do mesentério e retroperitônio. O tratamento cirúrgico com excisão da lesão é a melhor abordagem. Os tumores fibroblásticos inflamatórios localizados em sistema

urinário, apesar de raros, têm sido descritos em pacientes com doença reumatológica. No entanto, na literatura revisada (Pubmed e Medline/2000 a 2012), foi encontrado um único relato de associação entre LES e estes tumores. **OBJETIVO:** Relatar um caso de fístula reto-vesical em paciente portador de LES em pós-operatório de ressecção transuretral de tumor fibroblástico inflamatório de bexiga, devido à raridade dessa condição clínica. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 25 anos, portador de lúpus eritematoso sistêmico, diagnosticado com tumoração vesical durante acompanhamento clínico e submetido à ressecção transuretral de tumor fibroblástico inflamatório. Evoluiu, em pós-operatório tardio, com diarreia e fezes de odor semelhante à urina. Foi submetido à laparoscopia, com identificação de trajeto fistuloso entre parede posterior de bexiga e sigmóide e realizado tratamento dos orifícios e sutura com fio absorvível. **DISCUSSÃO:** A fístula reto-vesical (FRV) comumente é secundária à doença diverticular, doença inflamatória intestinal, abscessos perirretais, neoplasias e tratamentos cirúrgicos e radioquimioterápicos. Apesar de relatos de FRV em pós-operatório de cirurgias prostáticas, observa-se, na literatura, apenas um relato de caso dessa complicação após RTU de bexiga. Complicações após cirurgia menos invasiva, como a ressecção transuretral de tumores de bexiga, são relatadas em menos de 5% dos casos, correspondendo principalmente a sangramento.

PO099 - GANGLIONEUROMA PRÉ-SACRAL: RELATO DE CASO

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; PAULO HENRIQUE PISI; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; MARCELO CASTRO BUFÁIÇAL; RODRIGO CASTRO BUFÁIÇAL; JOÃO FRANCISCO BLANCO DE ALMEIDA
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O ganglioneuroma é um tumor benigno raro derivado das células ganglionares simpáticas tendo origem embrionária na crista neural. Representa o membro mais diferenciado dos tumores neuroblásticos, que são divididos morfológicamente em tres tipos, ganglioneuroblastoma, neuroblastoma e ganglioneuroma. Equivalente benigno do neuroblastoma, o ganglioneuroma representa a neoplasia mais comum dos tumores neuroblásticos. Surge tipicamente em adultos jovens (40 a 60% antes dos 20 anos de idade) com taxa de incidência semelhante em ambos os sexos. A localização mais freqüente é no mediastino posterior seguido do retroperitônio estando raramente localizado no espaço pré-sacral. **RELATO DE CASO:** F.C.I.G., 22 anos, sexo feminino, assintomática e sem comorbidades. No exame ginecológico de rotina foi submetida ao ultrassom transvaginal (USTV) que revelou uma massa sólida heterogênea localizada na região anexial direita medindo 6,7x4,8x6,0cm. A tomografia computadorizada do abdome (TC) revelou uma formação expansiva com baixo coeficiente de atenuação, com contornos bem definidos, lobulada à esquerda, medindo 7,2x6,6x6,0cm, anteriormente ao sacro, com efeito de massa deslocando o reto para a esquerda. A ressonância nuclear magnética da pelve (RNM) revelou uma formação expansiva bem delimitada e lobulada na pelve, anteriormente ao sacro, com efeito de massa, medindo 7,1x6,3x5,3cm, deslocando o reto anteriormente e para a esquerda. Realizada a laparotomia exploradora. **Anatomo-patológico:** lesão nodular com aspectos sugestivos de Ganglioneuroma. Presença de células ganglionares isoladas e/ou agrupadas, acompanhadas de frequentes células fusiformes com citoplasma fibrilar sem atipias em

meio a colágeno com áreas frouxas levemente mixóides e zonas de maior densidade celular, sem áreas de necrose tumoral ou atividade mitótica proeminente. O exame de imuno-histoquímica associado ao quadro morfológico foram compatíveis com Ganglioneuroma com baixo índice de proliferação celular. DISCUSSÃO: O Ganglioneuroma evolui de forma assintomática e o seu diagnóstico é casual na maioria dos casos. Quando provoca sintomas, esses geralmente resultam da compressão e deslocamento de estruturas adjacentes à massa tumoral, podendo apresentar quadro de constipação ou dor local devido ao efeito de massa sobre o reto, raiz sacral e plexo lombossacral. A investigação diagnóstica baseia-se em exames de imagem como a US, TC, e RNM que representa o melhor método de imagem. O diagnóstico definitivo necessita da confirmação histológica que pode ser feito através de biópsia (presuntivo) ou ressecção cirúrgica (definitivo). CONCLUSÃO: A ressecção cirúrgica representa a única opção para o diagnóstico e tratamento. A quimioterapia sistêmica adjuvante ou radioterapia local não são indicados. Ganglioneuromas permanecem em silêncio por um longo período de tempo, tem uma sobrevida alta a longo prazo livre de doença mas necessitam de exame neurológico e RNM pélvica anualmente.

PO100 - GIST – PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA EM RECIFE - PE

JOSEANE CANTON; MAURICIO JOSE DE MATOS E SILVA; MAURILIO TOSCANO DE LUCENA; IZABELA CRISTINA SOUZA DE ALBUQUERQUE; ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; PAMELA LEO VIANA; ALINE DAVID SILVA; BRUNO FREIRE BORGES

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA - HBL, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: GIST – Perfil Epidemiológico dos Pacientes do Hospital Barão de Lucena em Recife – PE. Introdução: Considerada a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal, o Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) tem origem a partir das células intersticiais de Cajal. Com um vasto espectro de manifestações clínicas, o GIST pode apresentar-se por queixas de pirose, dor abdominal, náuseas, entretanto, a maioria dos casos é assintomática e descoberta acidentalmente em exames endoscópicos ou radiológicos. Sem prevalência entre os sexos, acomete principalmente indivíduos na 6ª década de vida. O diagnóstico é baseado na expressão imunohistoquímica dos anticorpos CD117 (c-KIT) e CD34 e os sítios de predileção são o estômago (60%), seguidos de esôfago (5%), delgado, cólon ou reto (5%). Tumores volumosos e com grande atividade mitótica estão relacionados a pior prognóstico, independente do foco primário da lesão. O tratamento de eleição é cirúrgico, e o uso dos inibidores da tirosina-quinase está reservado para doenças irredutíveis ou metastáticas. Justificamos o estudo sobre GIST devido à raridade destes tumores. Objetivo: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de GIST, bem como a incidência da doença nos pacientes operados (cirurgias abdominais e/ou perineais) no Serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena em Recife – Pernambuco, do período de 2010 a 2012. Metodologia: estudo retrospectivo, baseado no laudo imunohistoquímico de todos os pacientes submetidos a cirurgias abdominais e/ou perineais, no Hospital Barão de Lucena, em Recife – Pernambuco, de 2010 a 2012. Foram avaliados 1.560 exames anatomopatológicos, dos quais 04 incluídos no estudo com diagnóstico de GIST (03 eram do sexo feminino e 01 masculino). Levantou-se a partir dos exames, o perfil epidemiológico dos pacientes com GIST, e então comparado com dados da literatura. Resultados: dos pacientes incluídos no estudo, 75% dos acometidos por GIST eram do sexo feminino e 25% do sexo

masculino. A mediana de idade foi de 64,5 anos. Três pacientes tiveram o tumor no reto e apenas um no estômago. Todos foram diagnosticados com GIST fusocelular de alto grau. A incidência da doença foi de 0,25% na população estudada. Conclusão: GIST é uma doença relativamente rara, sem prevalência entre os sexos, acomete principalmente indivíduos na 6ª década de vida e frequentemente é encontrado no estômago. Consoante com a literatura, nesta análise, a neoplasia foi diagnosticada principalmente na 6ª década e o tipo fusocelular foi o mais comum. A incidência da doença foi baixa, também compatível com outros estudos, considerando que o número de pacientes estudado foi relevante. Entretanto, houve prevalência no sexo feminino e setenta e cinco por cento dos tumores tiveram localização no reto.

PO101 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA EM PACIENTE COM ANOMALIA VASCULAR NO INTESTINO DELGADO – RELATO DE CASO

ANDRÉ GATTO; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO BALDIN JUNIOR; RENATO ARAÚJO BONARDI; RONEI ANTONIO SANDRINI; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; CAMILA MARIE ENDO

UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: descrever o caso de hemorragia digestiva baixa (HDB) grave, em paciente jovem, relatando a sequência de condutas que devem ser tomadas frente a este tipo de emergência e o diagnóstico. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente masculino, 32 anos, admitido no serviço de urgência por HDB volumosa de início recente. Apresentava-se muito pálido, pressão arterial máxima e mínima de 83 e 54 mmHg, respectivamente e frequência cardíaca de 132 batimentos por minuto. Exame proctológico normal, com sangue a montante. Hemoglobina de 5,9 g/dL e hematócrito de 16,6%. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Cólon limpo de fezes, mesmo sem preparo e não tinha lesões. O íleo foi examinado até próximo à junção com o jejuno, sem sinais de sangramento ativo. O paciente foi levado para arteriografia. Evidenciou-se sinais de hemorragia ativa na a transição jejuno-ileal, em grande volume. Injetado vasopressina com parada do sangramento. Após compensação clínica adequada, foi levado para cirurgia eletiva. A lesão foi identificada por exame endoscópico transoperatório, via retal, a cerca de 60 cm a jusante do ângulo de Treitz. Viu-se nódulo intra-parietal, único, com cerca de 1,5 centímetros, com coágulo aderido. Realizada enterectomia de cerca de 10 centímetros e anastomose término-terminal. No laudo anátomo-patológico foi descrito dilatação vascular anormal na submucosa, com trombose e ulceração na mucosa, tecido de granulação e hematopoiese extramedular, concluindo-se por hemangioma. Apresentou boa evolução, recebendo alta no quinto dia após a cirurgia. DISCUSSÃO: 80% dos pacientes com hemorragia digestiva terão alguma passagem de sangue pelo reto. Dos que apresentam HDB grave, 10 a 20% apresentar-se-ão com sintomas de HDB. O segmento a ser considerado na HDB é bastante extenso, inclui o intestino delgado e é sujeito a doenças com origem e fisiopatologia diferentes. 80% dos casos de HDB aguda cessarão espontaneamente. No entanto, há 25% de ressangramento, o que mantém a importância da definição rápida da causa, nos casos agudos graves, e de reavaliações frequentes desses pacientes. O intestino delgado é fonte rara de hemorragia digestiva. Sua principal causa são as angiectasias, que englobam as angiodisplasias, mais comuns em idosos, as malformações arteriovenosas e as lesões de Dieulafoy, ambas se manifestando em

indivíduos mais jovens. **CONCLUSÃO:** AHD originária do intestino delgado tem diagnóstico difícil: a anamnese não auxilia e a endoscopia e colonoscopia não definem o foco. No entanto, os exames endoscópicos são importantes e devem ser realizadas já no início do tratamento para excluir rapidamente outras causas mais comuns de HD e orientar a sequência de investigação e terapêutica mais adequadas. Nos casos muito graves, como o descrito, o ideal é seguir para arteriografia. Nos pacientes estáveis, sem hemorragia grave ativa, pode-se considerar outros métodos diagnósticos: push enteroscopy, cápsula endoscópica, enteroscopia, angiotomografia e cintilografia.

PO102 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA POR DOENÇA DIVERTICULAR EM JEJUNO: RELATO DE CASO FREDERICK BUTTS¹; ANA CAROLINA OLIVEIRA¹; VIVIANE TIEMI KENMOTI²; EDSON OSSHIRO²; VANESSA CRISTINA SANTOS³; ITAGORES HOFFMAN I LOPES SOUSA COUTINHO¹ 1. UFT-UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS, TO, BRASIL; 2. GASTROPALMAS, PALMAS, TO, BRASIL; 3. HOSPITAL OSWALDO CRUZ, PALMAS, TO, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A doença diverticular do intestino delgado é uma entidade rara e geralmente assintomática. Eventualmente apresenta-se com dor abdominal, diarreia e sinais de má absorção. Complicações como perfuração, inflamação ou hemorragia são menos comuns quando comparadas à diverticulose colônica. A hemorragia digestiva baixa (HDB) maciça por divertículos de jejuno é extremamente rara e tem sido associada a elevadas taxas de mortalidade. **OBJETIVO:** Relatar um caso de HDB maciça por divertículos jejunais que, apesar do tratamento adequado, evoluiu com desfecho desfavorável. **CASO CLÍNICO:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, foi admitida no pronto socorro com queixa de dor abdominal, astenia e enterorragia volumosa há 24 horas. Paciente portadora de neoplasia avançada com foco primário oculto, quimioterapia prévia e, há 1 ano, apresentou trombose venosa profunda, com uso de warfarina desde então. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral e desidratada. As medidas de suporte não se mostraram efetivas, tendo evoluído com persistência da hemorragia, confusão mental e grave hipotensão no segundo dia de internação. Foi encaminhada à UTI onde recebeu, de imediato, reposição volêmica vigorosa, vitamina K parenteral e 4 unidades de concentrado de hemácias. Após estabilização inicial foi submetida a exames de imagem: a endoscopia digestiva alta não evidenciou alterações; a videocolonoscopia visualizou todo o cólon e ceco, os quais se mostraram normais, exceto por conteúdo sanguinolento proveniente da válvula ileocecal; a arteriografia não identificou o sítio de sangramento. Após novo episódio de enterorragia maciça, apresentou piora do quadro hemodinâmico refratário a volume e à politransusão (10 unidades de concentrado de hemácias e 4 unidades de plasma fresco) sendo necessário início de terapia vasoativa. Optou-se por tratamento cirúrgico de urgência com enteroscopia. À laparotomia exploradora, visualizaram-se nódulos hepáticos provavelmente metastáticos, alças de delgado com conteúdo sanguinolento e presença de numerosos divertículos em jejuno, iniciando a 50 cm do ângulo de Treitz com extensão de 110 cm, contendo sangue em seu interior. Realizada enterectomia desse segmento, contemplando todos os divertículos, e entero-enteroanastomose. Ainda que a hemorragia não tenha se repetido, evoluiu com piora gradual e progressiva do estado geral, choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas até o óbito 12 dias após a internação. **CONCLUSÃO:** Apesar do curto tempo entre o início do evento e realização do tratamento

cirúrgico com sucesso, este não foi suficiente para compensar as inúmeras disfunções orgânicas causadas pelo estado de má perfusão prolongada e debilidade inerente a um estágio avançado de neoplasia. Esse desfecho corrobora os relatos da literatura de que o tratamento da diverticulose em jejuno complicada associa-se a prognósticos reservados na maioria dos casos

PO103 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA POR TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL GIGANTE DE DELGADO

OTÁVIO NUNES SIA; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; NATALIA VIEIRA; THIAGO M DINIZ; JOSE C BEDRAN; HUGO HENRIQUES WATTE; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são um grupo raro de neoplasias de diferentes segmentos do trato digestivo, originários das células de Cajal. São tumores pequenos, assintomáticos e encontrados incidentalmente. Sintomas expressivos como hemorragia digestiva maciça, dor abdominal aguda ou massa palpável são raros. O presente trabalho tem como objetivo relatar caso de paciente com hemorragia digestiva baixa importante associado a massa abdominal operada em nosso serviço. **Material e método:** Paciente de 26 anos do sexo feminino com queixa de hematocúria intercalada com melena. Ao exame físico, apresentava em abdome presença de massa palpável em região de transição de mesogástrio para hipogástrio fixa e dolorosa. Endoscopia Digestiva Alta não demonstrou alterações ou sinais de sangramento progressivo; Colonoscopia demonstrou líquido hemático por todos os segmentos colonicos, sem evidencia de tumorações ou divertículos. Tc de abdome e pelve evidenciou volumosa massa heterogênea, predominantemente sólida, com áreas hipodensas de permeio podendo corresponder a necrose, com gás em seu interior, localizado em topografia do hipocôndrio/flanco esquerdo medindo 84 X 76 X 70 mm. Submetida a laparotomia exploradora sendo constatado tumoração em alça de delgado a 110 cm do ângulo de Trietz de aproximadamente 15 cm e aderida a sigmoide. Realizada enterectomia segmentar + sigmoidectomia segmentar + enterro enterro anastomose termino-terminal manual + colon-colon anastomose termino-terminal manual. Paciente apresentou evolução pos operatória satisfatória recebendo alta no 7° PO. Anatomopatológico da lesão demonstrou em delgado neoplasia mesenquimal de padrão fusocelular infiltrando até tecido adiposo mesentérico e túnica submucosa da parede intestinal. Margens cirúrgicas livres de comprometimento linfonodal.(0/8). Imunohistoquímica foi consistente com Tumor de estroma Gastrointestinal(c-kit +, AML +, CD 34+). **Conclusão:** Os Tumores estromais gastrointestinais são altamente agressivos e de etiologia incerta. O tamanho do tumor, o índice mitótico, além de outros fatores influenciam o prognóstico. Tumores sintomáticos são de maior risco. A terapêutica adjuvante com imatinib para os tumores de alto risco melhoram a sobrevida livre de doença. O GIST deve ser considerado no diagnóstico diferencial das hemorragias digestivas. O tratamento cirúrgico imediato está indicado nas formas ameaçadoras a vida.

PO104 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA PERSISTENTE MESMO APÓS COLECTOMIA SUBTOTAL COM ILEOSTOMIA: LESÃO DE DIEULAFOY NO RETO – DESAFIO DIAGNÓSTICO

MAURILIO RAMOS PAIVA; RALPH CORREA DE ALMEIDA;
PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO; ITIBERÉ PESSOA DA COSTA;
LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA
IPSEMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: A lesão de Dieulafoy é uma causa incomum de sangramento gastrointestinal e, apesar do avanço dos métodos endoscópicos, continua sendo um desafio diagnóstico para endoscopistas e cirurgiões. É mais comumente encontrada no estômago, mas pode ser vista também no esôfago, intestino delgado, cólon e reto. Geralmente manifesta-se com sangramento gastrointestinal alto ou baixo, volumoso e intermitente. O objetivo desse trabalho é de apresentar um caso de lesão de Dieulafoy no reto, diagnosticada em um paciente com a hemorragia digestiva baixa persistente submetido a colectomia subtotal com ileostomia e que apresentou novos episódios de sangramento através do coto retal no pós-operatório, além de discutir os aspectos relevantes através de dados levantados na literatura.

PO105 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR MUCORMICOSE DO CÓLON: RELATO DE CASO

DANIELA TIEMI SATO; FELIPE CAPPELLETTE MONTEIRO FERNANDES; DANIELE LUCHINITZ; MARCOS CANINÉO; ADILSON DE ANDRADE; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO – SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A mucormicose do cólon, infecção causada por fungos da ordem Mucorales, é enfermidade raramente descrita que cursa com elevados índices de mortalidade. Acomete diabéticos, portadores de mielodisplasias, usuários de drogas de imunossupressores e, mais raramente, na síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). OBJETIVO: Relatar um caso de hemorragia digestiva baixa (HDB) de evolução fatal por mucormicose cólica em portador de SIDA. MÉTODO: relato de caso. RESULTADO: Homem, 66 anos, admitido com choque hipovolêmico, decorrente de HDB, com início há 24 horas. Acompanhantes referiam que o doente era alcoolista e usuário de drogas injetáveis, já tendo diagnóstico de SIDA sem tratamento regular. Ao exame apresentava-se em MEG, confuso, descorado, desnutrido, PA 100x 70 mmHg, pulso 108 bpm e T_{ax} 37,8°C. O abdômen era distendido e doloroso à palpação profunda sem dor à descompressão brusca. O toque retal revelava sangue vivo na luva. Os exames complementares mostravam: Hb 6,3 g/dl, leucopenia (3.600) com neutrofilia, desvio à esquerda e linfocitopenia. Após estabilização hemodinâmica à colonoscopia revelou colite ulcerativa difusa com sangramento ativo por todo cólon. Como não se conseguiu controle do sangramento após reposição de cinco unidades de sangue indicou-se colectomia total com ileorretoanastomose. Apesar dos cuidados intensivos apresentou piora progressiva do estado geral em virtude de choque séptico evoluindo para óbito no 4^o dia. PO. O exame histopatológico revelou colite ulcerativa hemorrágica difusa decorrente da infecção por fungo da ordem Mucorales, identificados pela coloração de Grocott. CONCLUSÃO: A mucormicose cólica, apesar de rara deve ser considerada nos portadores de SIDA que apresentem quadros graves de HDB.

PO106 - HEMORRAGIA DIGESTIVA COM ORIGEM NO INTESTINO DELGADO- SÉRIE DE CASOS

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PERAZZOLI;
ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; GUSTAVO URBANO; ROGÉRIO SERAFIM PARRA;
OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo. Expor causas infrequentes de hemorragia digestiva baixa, particularmente as localizadas no intestino delgado, reforçando o algoritmo diagnóstico e terapêutico sobre o tema. Materiais e Métodos. Foram selecionados três pacientes (com idades de 86, 75 e 26 anos) que deram entrada em nossa instituição com queixa de melena e enterorragia. No manejo inicial foi realizada anamnese direcionada as causas de sangramento digestivo, inspeção anal, toque retal, estabilização clínica e transfusão sanguínea quando necessário. Conforme o algoritmo de hemorragia digestiva baixa, os pacientes foram submetidos inicialmente a endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Como os exames endoscópicos foram inconclusivos em demonstrar a causa do sangramento, a equipe médica foi obrigada a lançar mão de métodos como tomografia, cintilografia, arteriografia, cápsula endoscópica e até mesmo laparotomia exploradora de urgência, na tentativa de elucidar o diagnóstico e orientar o tratamento. Resultados. Após investigação exaustiva com os métodos diagnósticos citados anteriormente, foram identificadas as causas do sangramento digestivo baixo em dois pacientes. Na paciente mais idosa, o motivo da hemorragia foi um divertículo de jejuno ulcerado, diagnosticado através de laparotomia exploradora. Já, no paciente de 75 anos, a razão do sangramento foi uma angiodisplasia de íleo, apontada através da cápsula endoscópica e manejada clinicamente com talidomida. No terceiro paciente, o mais jovem, após ausência de alteração de todos os exames disponíveis em nosso serviço para investigação de hemorragia digestiva, o sangramento foi classificado como de etiologia oculta. Conclusão. Hemorragias digestivas baixas com origem no intestino delgado são causas infrequentes de sangramento e impõem grande desafio diagnóstico para o médico clínico, cirurgião e endoscopista. Em suma, o exame endoscópico alto ou baixo não identificando com clareza a causa da hemorragia, a possibilidade de sangramento oriundo do intestino delgado deve ser considerada.

PO107 - HIDRADENOMA PAPILÍFERO PERIANAL: RELATO DE CASO

DANIEL CASTILHO SILVA; EDUARDO ROSETTI FILHO;
GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA; IDBLAN CARVALHO
ALBUQUERQUE; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA
HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O hidradenoma papilífero é um tumor cístico benigno, predominante em mulheres, originado das glândulas sudoríparas apócrinas da região anogenital. Acomete preferencialmente a vulva, sendo incomum em outra topografia. Até a presente data foram publicados aproximadamente 17 casos em região perianal. A apresentação mais comum é um nódulo fibroelástico, único, indolor, pequeno (menor que 2cm), unilateral, com pele íntegra sobrejacente e raramente ulcerado. Objetivo: relatar caso de hidradenoma papilífero perianal. Relato do Caso: paciente feminino, 31 anos, há um ano com nodulação perianal de crescimento lento e prurido anal. Ao exame nodulação cística de 5mm de diâmetro a 1cm da borda anal lateral-direita, sem outras alterações ao exame proctológico e ginecológico. Submetida a excisão total da lesão sob anestesia local, cujo diagnóstico histológico foi hidradenoma papilífero. Discussão: O hidradenoma papilífero se apresenta como nódulo de consistência elástica e limites precisos, podendo ser também polipóide, vegetante ou cístico. São diagnósticos diferenciais lesões benignas, como a doença hemorroidária; e malignas, como metástase de carcinoma papilífero, siringocistoadenocarcinoma papilífero e

carcinoma espinocelular. Apenas biópsia excisional confirma o diagnóstico. Raramente ocorre em indivíduos de raça negra e em homens, sendo postulado por alguns autores como um tumor de glândula mamária acessória. Histologicamente está na derme, sem relação com a epiderme e limitado por um tecido conectivo fibroso. Formado por conglomerado de ácinos glandulares, tubulares e pequenos cistos cobertos de papilas com dupla camada de células: a primeira com células cubóides ou colunares claras com núcleo basal (PAS positivo) e a segunda com células cônicas mioepiteliais. A excisão local com margem é suficiente para diagnóstico, tratamento e cura. Conclusão: Tendo em vista a diversidade histológica da região anal, as doenças dermatológicas fazem parte do diagnóstico proctológico. O diagnóstico diferencial frente a lesões anais de apresentação não-usual deve ser amplo e a biópsia é imperiosa.

PO108 - HÉRNIA DE AMYAND

GLÊNIO FERNANDES MORAES; HERBERT MARCONDES PEREIRA; GUSTAVO SILVA CORTES; RAFAEL BATISTA OLIVEIRA; LUCAS CARTAFINA SOUSA
UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Relatar um caso de Hérnia de Amyand diagnosticado durante uma hernioplastia inguinal e revisar na literatura sobre sua incidência, fisiopatologia e formas de tratamento. INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand caracteriza-se pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal, sendo uma condição incomum e rara de ser encontrada. Foi descrita inicialmente por Claudius Amyand no ano de 1786 durante a correção cirúrgica de uma hérnia inguinal. A denominação "Hérnia de Amyand" vem sendo empregado mesmo nas situações em que o apêndice esteja normal. A chance de se encontrar o apêndice cecal normal dentro do saco herniário é de aproximadamente 1%, já a incidência de apendicite aguda no saco herniário é de aproximadamente 0,01%. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é raro, sendo na maioria dos casos realizado durante a intervenção cirúrgica. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 74 anos, natural e procedente de Uberaba-MG, foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral da Universidade de Uberaba, referindo que há quatro dias apresentava quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita, seguida de abaulamento doloroso na região inguinal ipsilateral. Ao exame físico apresentava abaulamento inguinal à direita durante manobra de Valsalva, com abdome indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis e sem sinais de peritonite. Foi submetido à inguinotomia direita para correção cirúrgica e durante a dissecação do saco herniário, identificou-se a presença do apêndice cecal com aspecto inflamatório. Foi realizada a apendicectomia através da inguinotomia, com confecção de bolsa de Oshner e reforço da parede posterior do canal inguinal pela técnica de Bassini. O paciente evoluiu sem complicações, apresentando evolução clínica satisfatória, recebendo alta hospitalar no 2º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: O mecanismo fisiopatológico mais aceito atualmente, é que a inflamação aguda do apêndice cecal ocorre devido à herniação e encarceramento de sua base, acarretando um aumento da pressão intraluminal e proliferação bacteriana local por diminuição do fluxo sanguíneo com consequente isquemia, necrose e eventual perfuração da parede do órgão. Quando ocorre a associação da apendicite aguda com hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada, a cirurgia de apendicectomia pode ser realizada pela própria incisão da inguinotomia. Nos casos do apêndice cecal normal, pode ser realizado apenas a redução da víscera. Após a redução ou ressecção apendicular, abordamos o defeito herniário inguinal. No nosso serviço, optamos pelo emprego da técnica de Bassini para reforço da parede

posterior do canal inguinal, não tendo feito uso de qualquer prótese, uma vez que a utilização de material sintético deve ser evitado devido à possibilidade maior de contaminação bacteriana local.

PO109 - HÉRNIA PERINEAL APÓS CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL - RELATO DE CASO. SILVIA MAMPRIMPADOVESE; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA; MARCOS ANTONIO DAL PONTE; JOAO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIANA OKINO MITUO; GENI SATOMI CUNRATH; MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO; JOAO GOMES NETINHO

HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Hérnia perineal (HP) é a protrusão de conteúdo intra-abdominal por um defeito entre os músculos e fâscias do assoalho pélvico. O saco herniário pode conter intestino delgado, bexiga, útero, e/ou omento. Podem ser classificadas em primárias, quando o defeito da musculatura do assoalho pélvico, com consequente herniação do conteúdo peritoneal, ocorre de forma espontânea; ou secundárias, quando o defeito ocorre após manipulação da região pélvica. Um dos fatores etiopatogênicos conhecidos é a excisão dos músculos elevadores do ânus – procedimento costumeiramente realizado na técnica operatória da amputação abdominoperineal do reto. Baixa incidência e ampla etiologia, a HP apresenta inúmeras técnicas corretivas descritas. OBJETIVO: Relatar uma patologia de baixa incidência e ampla etiologia. MÉTODO: Colhido informações do paciente verbalmente e por meio do prontuário. Registrado a presença de hérnia perineal por meio de fotos. Revisado o assunto abordado na literatura. RESULTADO: Como qualquer outra forma de hérnia, o tratamento é cirúrgico. O procedimento pode ser realizado por via perineal, abdominal, abordagem combinada ou videolaparoscópica. Em pacientes idosos e assintomáticos não se faz correção cirúrgica. CONCLUSÃO: Pelo fato de ser uma patologia pouco frequente e com múltiplas formas de abordagem cirúrgica, não há estudos que definem qual a melhor abordagem terapêutica.

PO110 - HÉRNIA PERINEAL APÓS COLOSTOMIA PERINEAL: RELATO DE CASO

JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO; SHELIA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; JOSE AIRTON GONÇALVES SIEBRA; LUSMAR VERAS RODRIGUES; WARYSON SILVA SURIMÁ; CÉSAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS
HUWC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: Hérnia perineal é uma afecção raríssima que é caracterizado pelo defeito na musculatura do assoalho pélvico que leva ao abaulamento do períneo por conteúdo da cavidade abdominal envolto por saco herniário. Pode ser dividida em congênita ou adquirida e em primária ou secundária. O tipo mais comum é a adquirida secundária à grandes cirurgias pélvicas como amputação abdominoperineal e exenteração pélvica, sendo que a incidência nestes é menor que 1% dos casos operados. As queixas são de abaulamento da região perineal, desconforto, dor, erosões de pele, distúrbios urinários e para evacuação. O tratamento é sempre cirúrgico e abrange várias técnicas usando a via perineal, a abdominal, combinada e via laparoscópica, utilizando ou não telas (biológica ou sintética). Objetivo: relatar um caso de hérnia perineal após colostomia perineal. Relato de caso: CMBG, 68 anos, sexo feminino, natural e procedente de Fortaleza-CE, dona de casa e católica. Em

2005, paciente foi submetida à RT e QT para tratamento de carcinoma epidermóide de canal anal. Em 2006, no seguimento pós o tratamento, foi identificado uma massa no canal anal, após biópsia que confirmou ainda a presença da doença, foi indicado a ressecção e realizado a amputação abdomino perineal seguido de colostomia perineal. Evoluiu bem no PO com controle adequado da doença visto pelos exames de seguimento (CEA, Rx tórax, TC de abdome e pelve, além de exame físico e história clínica. Há cerca de 1 ano vem queixando-se de abaulamento em região perineal, associado à dor e desconforto no local. Ao exame físico, foi identificado hérnia perineal, que foi confirmado com o uso de uma TC de abdome e pelve. No dia 01/3/2012, paciente foi submetido à correção de hérnia perineal sem intercorrências por via abdominal e com uso de tela biológica que foi afixada nos ossos da pelve. Conclusão: hérnia perineal é uma afecção rara porém deve sempre ser suspeitada em cirurgias grandes na pelve, porém devido ao pequeno número de casos, não há estudos na literatura que mostrem qual o melhor tratamento, porém a tendência é que cada vez mais se use a via abdominal com uso da videolaparoscopia.

PO111 - HÉRNIA PERINEAL PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO

DANIEL CASTILHO SILVA; SABRYNA LACERDA WERNECK; EDUARDO ROSETTI FILHO; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA; JOÃO CARLOS MAGI
HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a hérnia perineal pós-operatória, protrusão de vísceras abdominais por defeito no assoalho pélvico, é uma complicação rara de cirurgias abdominoperineais com prevalência de 0,34%. O tratamento cirúrgico pode ser por via abdominal, perineal ou combinada. O uso de telas está relacionado ao risco de aderências, infecção e fístulas. Objetivo: relatar caso de correção por via perineal de hérnia pós-operatória. Relato do Caso: paciente feminina, 71 anos, há três anos com abaulamento em região glútea direita após histerectomia vaginal por prolapso uterino. Ao exame, tumoração de 6,0cm em glúteo direito, aumento com manobra de valsalva. Ao exame: falha de 4,0cm em musculatura esfinteriana anterolateral direita e vagina em fundo cego. Colonoscopia até ceco, sem alterações. Ressonância nuclear magnética de abdome e pelve: herniação de alças intestinais de delgado no assoalho pélvico permeando os músculos elevadores do ânus à direita. Herniorrafia por via perineal sob anestesia geral, incisão arciforme, saco herniário contendo alças de delgado, dissecação até os músculos elevadores do ânus. Ressecção do saco herniário e sutura dos planos musculares, sem drenagem ou locação de tela. Boa evolução ambulatorial. Discussão: as hérnias perineais são raras, acometem principalmente mulheres entre a quinta e sétima décadas de vida. Podem ser classificadas como primárias ou secundárias, estas geralmente após traumas obstétricos ou cirurgias pelve-perineais. O tratamento é cirúrgico, e pode ser realizado por via perineal, abdominal ou combinada. A laparoscopia é uma possibilidade de acesso abdominal. O uso de tela é controverso, pois aumenta as morbidades, como aderências, fístulas e infecção.

PO112 - INTUSSUSCEPÇÃO COLO-COLONICA POR LIPOMA – RELATO DE CASO

INÁCIO SWAROWSKY; DÓRIS M. L. SWAROWSKY; BRUNA SELEME; TIAGO E. F. CEZAR; VITOR L. SALBEGO
HOSPITAL SANTA CRUZ – RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é comum em crianças (95%) e rara nos adultos (5%). Ocorre quando o segmento

proximal telescopa para dentro do segmento distal. Apresenta sintomatologia variável e erros diagnósticos frequentes. Sua localização pode ser entérica, ileocólica, ileocecal, colócólica. No adulto os sintomas são inespecíficos subagudos e crônicos. Seu diagnóstico é difícil e quase sempre firmado durante a laparotomia. No cólon é secundária à causa orgânica maligna em mais de 60% dos casos. O diagnóstico pode ser suspeitado pelo US ou TC de abdome. O tratamento recomendado é a ressecção cirúrgica em bloco, aos moldes oncológicos, sem tentativa de redução da intussuscepção. OBJETIVO: Relatar um caso raro de intussuscepção colócólica por lipoma gigante de cólon descendente, revisão da literatura e discutir a conduta cirúrgica neste caso. MÉTODO: Paciente M.G.J., masculino, 51 anos, branco, com história de dor abdominal no hipogástrio e em fossa ilíaca esquerda há 2 semanas, em cólica, intermitente, associada a evacuações sanguinolentas há 3 dias. O mesmo já portava consigo um enema opaco que evidenciava trânsito retrógrado pelo meio de contraste do reto até o terço médio do cólon descendente, onde se identificava abrupto estreitamento deste segmento, sugerindo lesão expansiva. A tomografia computadorizada identificou uma massa em flanco esquerdo sugerindo intussuscepção colócólica encarcerada. Optou-se por tratamento cirúrgico, realizando uma colectomia esquerda radical com anastomose primária, sem proceder-se à redução da intussuscepção. RESULTADO: O paciente evoluiu bem, com alta no nono dia pós-operatório. O exame anátomo patológico demonstrou tratar-se de um lipoma submucoso pediculado, ulcerado, medindo 5,6cm de extensão. CONCLUSÃO: Trata-se de um caso raro de doença benigna de cólon que foi tratado como doença maligna.

PO113 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POR LIPOMA: RELATO DE CASO

SABRYNA MIOTO; DANIEL CASTILHO SILVA; SABRYNA LACERDA WERNECK; RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSE SITONIO FORMIGA
HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é definida como a penetração de um segmento proximal do intestino dentro do lúmen de um segmento distal adjacente, causando compressão vascular do mesentério com consequente edema, isquemia, necrose e até perfuração com peritonite. OBJETIVO: relatar caso de intussuscepção ileocecolócólica causada por lipoma de ceco. RELATO DO CASO: paciente masculino, 41 anos, há 14 dias com sintomas de suboclusão intestinal. Ao exame, desidratado, abdome distendido, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, com tumoração de 10cm em flanco direito, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia simples de abdome apresentando níveis hidroaéreos. Tomografia de abdome e pelve com triplo contraste com tumoração em topografia de cólon ascendente sugestiva de intussuscepção. À colonoscopia, visualizado pólipó gigante em cólon ascendente proximal. Indicada laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade, encontrada intussuscepção ileocecolócólica, com tumoração cecal de 7 cm servindo como cabeça da intussuscepção. Realizada hemicolectomia direita. Anátomo-patológico: lipoma submucoso. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 5º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: a intussuscepção intestinal em adultos é uma condição pouco comum. Noventa por cento dos casos são secundários à lesão orgânica. Os lipomas colônicos são incomuns e, quando gigantes, há maior chance de causarem complicações, como dor abdominal, sangramento, obstrução e intussuscepção. Setenta por cento localizam-se no ceco e ocorrem com maior frequência

em mulheres. O diagnóstico é feito através de colonoscopia e tomografia. O tratamento é cirúrgico.

PO114 - INVAGINAÇÃO INTESTINAL EXTERIORIZADA PELO ÂNUS - RELATO DE CASO

PAULA DE LIMA E SILVA GARCIA; GLORIA MARIA PINTO DE FIGUEIREDO; DANIEL HENRIQUE KUSHNIR; FRANCISCO EDUARDO SILVA; RODRIGO REGO LINS; RENATA POZZI; JAIME COELHO CARLOS MAGNO; JOSE PINHEIRO MAGALHÃES

HEGV, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Paciente com 84 anos com história de dor + prolapso às evacuações com seis meses de evolução. Sangramento discreto. O prolapso por vezes reduzia-se espontaneamente e em outras necessitava redução. Como comorbidades uma anemia importante + fibrilação atrial crônica. O exame proctológico mostrava uma tumoração volumosa, prolabada pelo ânus, multilobulada, com odor fétido e sinais evidentes de isquemia. O toque retal dava a impressão de um pedículo largo, implantado em parede lateral D no reto inferior e nosso diagnóstico inicial foi de tumor viloso de reto prolabado. A TC de abdome evidenciava a clássica imagem em alvo e a imagem em "hot-dog" (sem e com contraste) definindo o diagnóstico de invaginação intestinal que, pelos dados de história (6 meses com prolapso) deveria tratar-se de invaginação recorrente. Como a paciente não apresentava indicativos de obstrução intestinal foi realizada uma colonoscopia que mostrou uma tumoração multilobulada em colo esquerdo recoberta com mucosa esverdeada pela isquemia, móvel, de consistência macia. Não foi possível ultrapassar a lesão nem identificar o pedículo, inviabilizando qualquer tentativa de ressecção endoscópica. Durante laparotomia não conseguimos identificar a tumoração detectada na colonoscopia, identificação essa, dificultada pelo intenso processo aderencial do sigmóide redundante a alças do delgado e ao colo descendente. Foi necessária colonoscopia per-operatória que definiu a localização exata da lesão no colo transversal próximo do ângulo esplênico. Entre a primeira colono e essa já haviam se passado oito dias e a lesão não apresentava isquemia da mucosa. Realizamos hemicolectomia esquerda com restabelecimento do trânsito através de anastomose colo-retal por duplo grampeamento. A paciente evoluiu com abscesso intracavitário diagnosticado por TC sendo reoperada no 8º DPO para lavagem da cavidade, anastomose íntegra. Alta no 15º DPO da primeira cirurgia. O laudo histopatológico foi de lipoma submucoso de colo. Discussão: O lipoma de cólon tem como diagnóstico diferencial prolapso de reto, tumor viloso de reto e pólipos de reto, principalmente quando cursam com invaginação e exteriorização pelo ânus. Conclusão: Enquanto a invaginação é relativamente comum em crianças é bastante rara em adultos. Os lipomas de IG representam a segunda neoplasia mais comum nos cólons

PO115 - LINFOMA NÃO - HODGKIN EM REGIÃO ANAL EM PACIENTE HIV+: RELATO DE CASO

LUANA GIMENEZ FREIRE¹; MAURO ROBERTO VERAS BEZERRA FILHO¹; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL²; MARIA ZEINA MICHILLES SAMPAIO³; JOSÉ RIBAMAR ARAÚJO³; FELICIDAD SANTOS GIMENEZ¹

1.UFAM, MANAUS, AM, BRASIL; 2.FUAM, MANAUS, AM, BRASIL; 3.FMT-HVD, MANAUS, AM, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Em pacientes HIV+, a incidência de neoplasias aumenta devido, tanto à imunossupressão, quanto ao aumento da expectativa de vida causado pelo uso de antirretrovirais.

A probabilidade de se encontrar neoplasias mais raras em pacientes soropositivos também é maior, a exemplo do linfoma não-Hodgkin (NHL), que tem maior predileção pelo sistema gastrointestinal quando acomete o sistema extranodal. OBJETIVO. Relatar um caso clínico de Linfoma não-Hodgkin sangrante em canal anal e ânus, demonstrando a elucidação diagnóstica bem como a importância em se atentar para o possível acometimento de tal região por essa neoplasia. MATERIAL E MÉTODOS: Os dados contidos no trabalho foram obtidos por meio da anamnese e exame físico do paciente, exames complementares com revisão do prontuário e consulta à literatura científica. RESULTADO: C.A.F.B., 43 anos, sexo masculino, heterossexual, com HIV há 20 anos, foi admitido no Hospital Tropical de Manaus com queixa de tumoração e sangramento anal. Encontrava-se anêmico, emagrecido, afebril, hipocorado, desidratado e dispneico. O paciente relatou o aparecimento de uma grande tumoração em região anal há quatro meses, acompanhado de sangramento crescente. Afirmava fazer uso irregular da terapia antirretroviral nos últimos seis meses antes de sua última internação. Contagem de CD4 foi de 54⁴/l. Foi encaminhado ao proctologista, este evidenciou tumoração de tamanho 12x12 cm, em região anal, de sangramento fácil e volumoso a pequenos traumas acompanhados de edema perineal e glútea. Assim, o paciente foi evoluindo com o aumento do sangramento, dor, adenomegalia inguinal e constipação. Devido ao intenso sangramento do tumor, foi encaminhado seguidas vezes a outras unidades hospitalares para hemostasia cirúrgica, necessitando de transfusão sanguínea. Na tomografia, verificou-se espessamento de parede tecidual na região perineal, anal e fossas isquiorretais. Devido ao profuso sangramento do tumor, a biópsia foi feita com certa dificuldade. Os achados histopatológicos evidenciaram linfoma não-Hodgkin, podendo ser linfoma difuso de grandes células B ou linfoma linfoblástico com possibilidade de haver um carcinoma escamocelular indiferenciado, devido presença de células anaplásicas. A fim de ser obter uma melhor sensibilidade e especificidade diagnóstica, foi solicitada uma imuno-histoquímica. Iniciou-se a quimioterapia do tipo CHOP, obtendo assim, uma melhora com redução do tamanho tumor, do edema e do sangramento. CONCLUSÃO: A presença de sinais e sintomas como a hematoquezia, adenomegalia inguinal e sintomas B (perda de peso, febre, sudorese noturna) em pacientes HIV+ em estágio avançado que não fazem uso adequado da terapia antirretroviral e que possuem baixa contagem de células T CD4+ são relevantes pois, tal conjuntura possibilita ao médico um diagnóstico precoce e um tratamento adequado de tal patologia.

PO116 - LIPOMA DE COLÓN DESCEDENTE CAUSANDO SUB-OCUÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRAFICA

EDIALA KOSMA PIRES DE OLIVEIRA AURICHIO; JOSÉ EMILIO MENEGATTI; GUILHERME CANFIELD; RICARDO RYDYGIER DE RUEDIGER; SARA MERLIN MASCHIETTO; JOSÉ ANDERSON FEITOZA; ANTONIO CARLOS TROTTA; RUBENS VALARINE *HOSP. UNVERSTARIO EVANGELCO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Os lipomas são a segunda causa de tumores benignos do cólon, perdendo apenas para os pólipos.(1,2,3) É raro em frequência comparado aos tumores colônicos. Na revisão de 4.000 casos de tumores gastrintestinais benignos, Mayo et al. encontraram 164 lipomas (4%). Sua apresentação geralmente é assintomática ou oligossintomática, ocorrendo o diagnóstico após exame de endoscópico casual. Os sintomas estão relacionados ao tamanho do lipoma: sangramento, dores abdominais, alteração do hábito intestinal

e menos comum obstrução. Nos adultos, é mais frequente no sexo feminino, após a quinta década de vida.(1). A localização mais comum em ordem decrescente dos lipomas colônicos: cólon ascendente, ceco, transverso e descendente, porém podem ser encontrados em todo trato gastrointestinal.(4) A origem do tecido pode ser submucoso, o mais comum ou subserosos, epiplóicos e intermucoserosos.(5,6). O objetivo deste trabalho é relatar um caso de obstrução de cólon descendente por lipoma único sub-mucoso oligossintomático. Além de dissertar a respeito da sintomatologia, diagnóstico e formas de apresentação e tratamento, realizando uma revisão na literatura. **RELATO DE CASO:** L. F. P., 52 anos, sexo masculino, casado, católico, natural e residente de Curitiba. Da entrada no hospital Evangélico de Curitiba com queixa principal de dor abdominal. Na história mórbida atual o paciente refere que há 45 dias iniciou quadro dor abdominal, localizada em FIE, com irradiação para região lombar esquerda, do tipo cólica, de forte intensidade, intermitente, com duração de 100 minutos. Como fator de melhora refere eliminação de flatos e fezes e nega fator de piora. Associado relata aumento da peristalse, distensão abdominal, parada intermitente da eliminação de flatos e fezes- aproximadamente 3 dias-, perda de peso- 2kg em 1 mês- e enterorragia intermitente em pequena quantidade, sangue vivo, não associada as evacuações. Nega náuseas, vômitos e febre. Nega episódio semelhante anteriormente. De antecedentes pessoais referiu colecistectomia há 15 anos por colelitíase; drenagem de tórax há 10 anos devido acidente automobilístico; portador de HAS e dislipidemia não controlada. Nega outras doenças e antecedente de câncer. Antecedentes familiar: sem particularidades. Ao exame físico. Fácies de dor, BEG, LOTE, acianótico, anictérico, febril 38,2, desidratado (+/4), eupnéico, normotenso. PA:134x90, FC: 91 bpm, FR:20. Cabeça e pescoço: mucosa hipocorada +/4+, hidratada. Sem massas ou linfonodos palpáveis. Cardíaco: ictus cordis não visível e não palpável, 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopro ou desdobramento. Pulmonar: ausência de deformidades, frêmito tóraco- vocal presente simétrico, expansibilidade torácica presente e simétrica, murmúrio vesicular fisiologicamente distribuído sem ruídos adventíci, som claro pulmonar. Abdominal: globoso as custas de adipócitos, com cicatriz em hipocôndrio direito, ausên.

PO117 - LIPOSSARCOMA PERINEAL: UMA CONDIÇÃO RARA

ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; ED WELSON JOSE COSTA; RENATO XAVIER CHEBEL; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Lipossarcoma é o segundo tipo mais comum de sarcomas em adultos, com uma incidência estimada de 30 casos por milhão. Origina-se de células multipotenciais primitivas mesenquimais, que posteriormente se transformam em tecido adiposo. Ocorrem principalmente entre a 4ª e 6ª décadas, com discreto predomínio em homens. Geralmente se originam nas extremidades, retroperitônio, regiões inguinal e paratesticular. Outros locais são representados pelo mediastino, pulmões, intestino delgado, omento e mesentério. **OBJETIVO** Os autores relatam o caso de um paciente que apresentou lipossarcoma perineal e foi tratado com excisão ampla. Discute-se esse tipo raro de tumor baseado na revisão da literatura. **RELATO DO CASO:** Estudo de caso de paciente LLS, 72 anos, masculino com história de tumoração em face posterior de coxa direita com aumento progressivo há cerca de 20 anos. Negava sintomas associados e alterações do hábito intestinal e urinário. Além

disso, não tinha sintomas de incontinência anal. Ao exame físico evidenciado lesão de superfície regular sem ulcerações e de consistência fibro-elástica em face posterior da coxa direita que se estendia até região inguinal ipsilateral sem comprometimento esfinteriano anorretal. Diante disso, submetido a exames complementares com ultrassonografia de partes moles demonstrando volumosa formação expansiva localizada heterogênea com áreas císticas de permeio na região glútea a direita. Posteriormente, realizado tomografia de abdome e pelve com imagens e laudo que denotavam uma volumosa formação expansiva com atenuação de partes moles heterogênea, pediculada medindo cerca de 22x18x16,8cm na região glútea e perianal a direita. Em 29/09/2011 paciente submetido a ressecção de massa expansiva com posterior recuperação pós operatória satisfatória com alta hospitalar no x dia de pós operatório sem queixas evacuatórias e sem sintomas de incontinência anal. Resultado anatomopatológico revelou neoplasia fusocelular de provável origem mesenquimal com presença de extensas áreas de necrose. Além disso, a pele encontrava-se dentro dos padrões da normalidade. Solicitado estudo imunohistoquímico que demonstrou tratar-se de lipossarcoma perineal. Atualmente encontra-se assintomático com melhora da qualidade de vida e com seguimento ambulatorial regular. **CONCLUSÃO:** Os tumores perineais e perianais de partes moles são lesões bastante raras que têm como tratamento a conduta cirúrgica com margens de ressecção livres. Deve-se, ainda, devido sua localização, atentar-se para o aparelho esfinteriano do ânus com ênfase além da radicalidade oncológica na qualidade de vida do paciente.

PO118 - MALACOPLAQUIA DE COLON E LINFOMA NÃO HODGKIN: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

FERNANDA RODRIGUES FERNANDES; DANIELLE TALAMONTE; CYNTHIA ABDALLA CRUZ; MARTA BEATRIZ FONTENELE SANTOS; FERNANDO GONÇALVES LYRIO; JANDUI GOMES DE ABREU FILHO; ERIVALDO FERNANDES LIRA; JOSÉ JUVENAL DE ARAUJO

HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: Jovem, sexo feminino, 17 anos, admitida na Unidade de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal com quadro clínico de perda ponderal, edema de MMII, ascite e diarreia há cerca de 10 meses. Foi submetida a exames diagnósticos: TC de abdome evidenciou linfonodomegalias mesentéricas e perivasculares e espessamento de paredes intestinais; videocolonoscopia mostrou válvula ileocecal multilobulada, recoberta por mucosa granulosa, aumentada de volume, com diminuição do lumen impossibilitando a introdução do aparelho no fleo terminal. Múltiplas lesões polipóides, sesses, de coloração avermelhada, assimétricas e descontínuas circundadas por mucosa de aspecto normal em todos os segmentos colônicos e reto, em maior número no sigmoide. O resultado histopatológico e imunohistoquímico das biopsias seriadas de cólon evidenciaram malacoplaquia e hiperplasia linfóide. A paciente iniciou tratamento com bactrim sem melhora do quadro clínico. Optou-se portanto em submetê-la a laparotomia exploradora que mostrou distensão e espessamento de alças intestinais e linfonodomegalias mesentéricas e paraórticas. Realizado biópsia de linfonodos mesentéricos cujo resultado histopatológico e imunohistoquímico revelou linfoma de célula B, de zona marginal. A paciente foi encaminhada para hematologia e iniciou tratamento específico. **COMENTÁRIOS:** Malacoplaquia é uma doença granulomatosa adquirida, inicialmente descrita por Michaelis e Gutmann em 1902. O trato gastrointestinal, especialmente o cólon, é o segundo sítio mais comum de ocorrência. A malacoplaquia tem sido descrita em

associação com uma variedade de condições malignas e benignas². A sintomatologia da malacoplaquia no trato gastrointestinal varia desde assintomática a diarreia, dor abdominal, hemorragia ou obstrução³. Associação de malacoplaquia e linfoma não-hodking é, no entanto, bastante rara³. Uma revisão da literatura mostra apenas um caso relatado desta coexistência. A etiologia não está completamente elucidada porém uma alteração na resposta imunológica está presente na patogênese. A importância do conhecimento desta síndrome favoreceu para que houvesse a investigação diagnóstica adequada da comorbidade associada e isto permitiu que a paciente fosse corretamente tratada. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. J. Bouguila and cols. Digestive Malakoplakia in Children: Case Report. *ISRN Gastroenterology* 2011; 2011: 597350. 2. D. Sandmeier, L. Guillou. Malakoplakia and adenocarcinoma of the caecum: a rare association. *J Clin Pathol* 1993; 46: 959-960. 3. N. Al Hawashim, A. Al Akwaa. Coexistence of malakoplakia and multifocal diffuse large B cell lymphoma of colorectum. *Colorectal Disease*, 2008 (11), 99-100. 4. McClure John. Malakoplakia of the gastrointestinal tract. *Postgrad Med J*. 1981 February; 57, 95-103. 5. AW Bates, S Dev, SI Baithun. Malakoplakia and colorectal adenocarcinoma. *Postgrad*

PO119 - MOLUSCO PÊNDULO

JOAO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; LUIZ CARLOS FURTAT JUNIOR; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA; MARCOS ANTONIO DAL PONTE; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; JOAO GOMES NETINHO

HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Acrocordons (skin tags), fibromas moles ou pedunculados, representam os tumores cutâneos fibroepiteliais mais comuns. São pólipos benignos adquiridos que surgem nas dobras naturais da pele, como regiões cervical, axilar, inguinal, crural, perineal, inframamária, pálpebras e sulco interglúteo. Clinicamente, apresentam-se como lesões tumorais, flácidas, pediculadas e de superfície enrugada. Possuem crescimento progressivo sem involução espontânea. Normalmente sua dimensão varia entre 2 e 10 mm. São raros quando apresentam dimensões acima de 5 cm, sendo denominados molusco pêndulo. Apresentam componente familiar, mas o padrão genético ainda não foi definido, assim como aspectos étnicos, não havendo predileção por gênero. Associam-se a gravidez, acromegalia, pólipos intestinais (sintomáticos), dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus (DM), aterosclerose e a várias síndromes como ovários policísticos, Birt-Hogg-Dube e Cowden. Na literatura são raros os casos de fibroma mole de grandes dimensões. Neste relato apresentamos o caso de um fibroma mole gigante (22x20x8 cm e 938 g) situado em região glútea direita.

PO120 - NEOPLASIA DE PRÓSTATA COM INVASÃO RETAL - RELATO DE CASO

ANTONELLA FURQUIM CONTE; JOSE VINICIUS CRUZ; TALITA VILA MARTINS; RAFAEL FÉLIX SCHILINDWEIN
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A neoplasia de próstata é uma patologia frequente na população idosa masculina. Em tumores localmente avançados poderá haver invasão retal. Nestes casos a clínica predominante será de manifestações colorretais. A diferenciação diagnóstica é de fundamental importância, uma vez que o tratamento primário de ambas as patologias difere. O objetivo do estudo é relatar um caso clínico compatível com neoplasia de reto e investigação de

imagem levantando a suspeição de tumor prostático. O diagnóstico definitivo só foi possível após tratamento cirúrgico e estudo da peça. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 59 anos, com dor abdominal, emagrecimento e sangramento retal. Ao exame, apresentava lesão retal pética em parede anterior. A colonoscopia evidenciou volumosa lesão tumoral vegetante e biópsia com resultado de adenocarcinoma do intestino grosso, confirmada por imunohistoquímica. Exames de imagem (TC e RNM) mostraram próstata volumosa e adenomegalias inguinais e perirretais. Punção prostática apresentou como resultado adenocarcinoma de próstata, gleason 5+5. Diante dos achados firmou-se como hipótese diagnóstica neoplasia sincrônica de reto e próstata sendo decidido por abordagem cirúrgica. O paciente foi submetido a exenteração pélvica com amputação abdomino-perineal de reto e prostatectomia radical. O exame anatomo-patológico da peça revelou um adenocarcinoma da próstata, confirmado por imunohistoquímica. CONCLUSÃO: A apresentação clínica proveniente da invasão retal por um tumor de próstata não possibilita totalmente o esclarecimento do real sítio primário da neoplasia. Os exames radiológicos e/ou endoscópicos podem não ser capazes de definir o diagnóstico definitivo. A suspeição clínica é fundamental para levar a realização de exames específicos. Assim deverão ser esgotados todos os métodos investigativos para que a conduta possa se enquadrar dentro do melhor planejamento terapêutico.

PO121 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR BEZOAR (JABUTICABA) – RELATO DE CASO

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA¹; GUSTAVO KURACHI²; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO¹; KARINA CORREA EBRAHIM¹; LARISSA SOKOL ROTTA¹; DAYANNE ALBA CHIUMENTO¹; MAURO WILLEMANN BONATTO³; UNIVALDO ETSUO SAGAE³

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

Resumo: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de abdome agudo obstrutivo causado por um bezoar (jabuticaba). RELATO DE CASO: Paciente JPS, sexo feminino, 46 anos, aposentada, natural e procedente de Cascavel. Foi atendida no pronto socorro com queixas dor e distensão abdominal, de início súbito, há 2 horas, sem quaisquer outras queixas. Realizada, no momento, rotina de abdome agudo e medicação analgésica com hidratação venosa. O leucograma e radiografia de abdome e de tórax apresentaram-se normais. Como paciente ainda evoluía com dor, foi realizada tomografia abdominal com presença de imagens anulares, hipocólicas, regulares no interior de todo as alças do intestino delgado, sem sinais de níveis hidroaéreos e distensão de alças a montante. Nesse momento, a paciente informou ao médico que havia ingerido um 1,5 kg de jabuticaba com caroço. A paciente foi submetida a diversas lavagens retais com solução de glicerina e evoluiu com grande quantidade de evacuações com a eliminação de muitos caroços de jabuticaba. Foi reintroduzida dieta via oral e, em 24 horas, a paciente voltou a ter dor abdominal com vômitos com parada de eliminação de flatos e fezes, quando foi indicada uma videolaparoscopia diagnóstica. Durante a videolaparoscopia, foi evidenciada dilatação importante de alças de delgado distal e durante a corrida de alças do ângulo de Treitz em direção ao íleo terminal, evidenciou-se uma brida formada entre a trompa direita e o íleo terminal com acotovelamento desta abaixo da aderência. Realizada, então, lise de

brida com retorno do transito intestinal visível após o procedimento. Foi continuada a corrida de alças com revisão dos cólons sem nada evidenciado. A paciente evoluiu bem e no segundo dia pós-operatório teve alta hospitalar. Ambulatorialmente foi realizada colonoscopia, apresentando-se normal. **CONCLUSÃO:** Apesar da baixa incidência no Brasil de obstrução intestinal causada por bezoares, essa causa deve ser aventada na investigação de abdome agudo obstrutivo. Na maioria das vezes, observa-se obstrução por tumores e/ou divertículo e são comumente tratados de forma cirurgica.

PO122 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR LIPOMA DE CÓLON ESQUERDO

THIAGO DE ALMEIDA FLAUZINO¹; SANDER DIAS MOTA¹; MARCELO DOTTO²; LORENA REUTER MOTTA GAMA³; FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO¹; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTTI LOUREIRO¹; LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA³; ROSSINI CIPRIANO GAMA¹

1.HOSPITAL DOUTOR DÓRIO SILVA, VITORIA, ES, BRASIL;
2.HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE VITÓRIA, VITORIA, ES, BRASIL; 3.VITORIA APART HOSPITAL, VITORIA, ES, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O lipoma do intestino delgado é incomum, sendo encontrado mais frequente em ceco e cólon ascendente. Quando menores que 02 cm são indolentes, contudo quando maiores podem causar sintomas de obstrução intestinal. **OBJETIVO:** Os autores apresentam um caso de obstrução intestinal de cólon esquerdo por volumoso lipoma de cólon, operado no serviço de coloproctologia do Hospital Dr. Dório Silva. **MÉTODO:** RELATO DE CASO: Paciente feminina, 55 anos, viúva, natural e residente da Serra-ES foi admitida no pronto socorro do Hospital Dr. Dório Silva em março de 2012, com queixa de dor e distensão abdominal, associado a náusea e vômitos, além de parada de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico apresentava-se desidratada +++/4+, eupneica, taquicárdica, normotensa. Hemograma com leucocitose discreta. Rx de Abdome revelava distensão de cólon ascendente e transversal, níveis hidroaéreos e stop ao próximo a flexura esplênica do cólon. Tomografia de abdome demonstrou distensão de alças intestinais por provável processo obstrutivo em cólon esquerdo. Retossigmoidoscopia rígida até 17 cm evidenciou sangue na luz do sigmóide. Laparotomia exploradora evidenciou intussuscepção de cólon descendente por volumosa tumoração lipomatosa, sendo realizado cirurgia à Hartmann. **RESULTADOS:** Evolução satisfatória, com alta no 8º dia de pós-operatório. O exame histopatológico confirmou lipoma submucoso associado à necrose isquêmica da mucosa. **CONCLUSÃO:** Apesar do lipoma ser considerado uma patologia benigna e incomum, pode em determinados casos, causar sintomas obstrutivos, mimetizando neoplasia de cólon.

PO123 - OPERAÇÕES CÓLON-RETAIS ESQUERDAS SEM PREPARO MECÂNICO: EXPERIÊNCIA INICIAL

VIRGINIA CAMPOS DALMASO; MARCELO BETIM PAES LEME; EVANDRO DE MORAIS E SILVA; ROGÉRIO DE OLIVEIRA GONÇALVES; LEONARDO AMORIM FORMAGGINE
HSJB, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O preparo mecânico do cólon tem como principal objetivo o esvaziamento do conteúdo fecal, que poderia, se não realizado, levar a contaminação da cavidade abdominal elevando as taxas de infecção do sítio cirúrgico ou contribuir para uma maior frequência de deiscência anastomótica. **MÉTODO:** Foram avaliados 27 doentes consecutivos submetidos a operações eletivas do cólon

esquerdo e reto com anastomoses primárias. Todos os doentes foram operados sem preparo completo do cólon, tendo sido aplicado somente um enema (fosfosoda) 6 a 8 horas antes da operação. Os pacientes alimentaram-se sem restrição até o dia anterior a operação, recebendo orientação de jejum comum a todos pacientes em preparo para o ato anestésico-cirúrgico. Todos os pacientes receberam antibióticos profilático (Gentamicina e Metronidazol). **RESULTADOS:** Das 27 operações realizadas, 11 foram em pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino, sendo a média de idade do total da amostra de 63,1 anos. As operações foram realizadas por câncer colorretal em 23 pacientes, por doença diverticular de sigmóide em 3 pacientes e por doença de Crohn em 1 paciente. Destes, 05 foram submetidos a colectomia esquerda, 07 a sigmoidectomia e 15 a ressecção anterior do reto. As anastomoses foram em sua maioria (24) realizadas por grampeamento, as demais (3) foram realizadas manualmente em plano único sero-muscular. O retorno da peristalse teve como média 30,3h, o tempo de internação foi em média de 9,1 dias. 7,4% dos pacientes apresentaram infecção da ferida operatória e deiscência anastomótica. **DISCUSSÃO:** Os resultados acima descritos ratificam os já publicados na literatura demonstrando que hoje a preparação total do cólon não é mais obrigatória. Em termos práticos podemos considerar os seguintes pontos observados com essa pequena experiência: Dados avaliados objetivamente - 1. A frequência de infecção do sítio cirúrgico e de deiscências anastomóticas (7,4%) não foi, de um modo geral, diferente do período que utilizávamos preparo total do cólon, 2. O tempo de retorno da peristalse e de internação hospitalar também não se alterou significativamente. Avaliação subjetiva - 3. Os doentes se sentiram muito mais confortáveis sem o preparo de cólon (lembramos que todos doentes conheceram o preparo total de colo para realização de colonoscopia diagnóstica) 4. O período trans-operatório e pós-operatório imediato foi de mais fácil controle em relação a reposição hidro-eletrolítica 5. Causa desconforto a manipulação de fezes no campo operatório. (Acreditamos que a divulgação desta informação, pode representar a diferença entre realizar uma anastomose primária ou um estoma ao se deparar com situações onde o esvaziamento do cólon não foi satisfatório.

PO124 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM COLOPROCTOLOGIA DO HC/UFG: ESTAMOS FORMANDO BONS ESPECIALISTAS?

RODRIGO BECKER PEREIRA; HELIO MOREIRA JR; JOSE PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; THALES CARVALHO LIMA; LEONEL REIS LOUSA; ANDRESSA MACHADO SANTANA BRASIL

FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: O Programa de Residência Médica de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFG tem como objetivo o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico de residentes médicos, bem como da assistência ao paciente. As atividades são realizadas nas instalações do próprio hospital, proporcionando a vivência da rotina de um hospital geral de grande porte associado ao uso de protocolos do próprio serviço e utilização de diferentes tecnologias. O objetivo deste estudo é analisar dados levantados sobre a produtividade e desenvolvimento das atividades realizadas no serviço de Coloproctologia do HC-UFG bem como enfatizar sobre as internações de pacientes neste serviço assim como os resultados obtidos na condução dos mesmos, no período entre os anos de 2010 e 2011. A produtividade de exames complementares realizados no serviço foi

de: 77 cinedefecografias; 175 US canal anal/reto; 312 manometrias anorretais; 355 retossigmoidoscopias rígidas; 280 retossigmoidoscopias flexíveis; 339 colonoscopias. Neste período foram internados um total de 578 pacientes. Destes, 279 eram pacientes do sexo masculino (48%) e 299 eram do sexo feminino (52%). 185 (32%) pacientes internaram para a realização de cirurgias colorretais; 200 (34,6%) pacientes para a realização de cirurgias orificiais; e ocorreram 193 (33,4%) internações que corresponderam a motivos clínicos diversos. A média de idade dos pacientes masculinos foi de 48,5 anos; a de pacientes femininos foi de 50,5 anos. A média de dias de internação de pacientes submetidos a cirurgias colorretais foi de 9,2 dias; pacientes submetidos a cirurgias orificiais foi de 1,3 dias. A média de dias de internação de pacientes por motivos clínicos foi de 6,2 dias. Foram realizadas neste período um total de 416 cirurgias, sendo que 331 (79,5%) eram eletivas e 85 (20,5%) de urgência. Cirurgias colorretais perfizeram 55,5% (231) do total de cirurgias sendo que as mais realizadas foram: retossigmoidectomias com anastomoses primária em 23%, RTI em 19% e Duhamel Haddad em 16%; cirurgias orificiais corresponderam a 44,5% (185) do total sendo as mais realizadas: hemorroidectomias em 49%, fistulotomias em 18% e esfinteroplastias em 14%. Intercorências pós operatórias ocorreram em cerca de 14% dos pacientes sendo as mais freqüentes: íleo prolongado em 32%, infecção de FO em 24%, retenção urinária em 11%. Dentre as internações clínicas os principais motivos foram: intercorências de pacientes oncológicos em 46% dos casos e em 21% por problemas inerentes aos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. Neste período de estudo ocorreram 28 óbitos no serviço tendo como principais causas: sepse em 46% dos casos (abdominal 62%) e problemas pulmonares/cardiácos em 32%. Concluímos que o serviço de Coloproctologia do HC-UFG possui a qualificação necessária para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos integrantes médicos em sua residência e atende amplamente às exigências da Sociedade brasileira e coloproctologia.

PO125 - PROLAPSO CÓLICO APÓS RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA DO RETO POR ADENOCARCINOMA: TRATAMENTO COM BOLSA COLÔNICA EM J POR VIA PERINEAL

ERON FÁBIO MIRANDA; ESDRAS CAMARGO ANDRADE ZANONI; FÁBIO HENRIQUE DE CARVALHO; PAULO GUSTAVO KOTZE; JULIANA FERREIRA MARTINS; ILARIO FROEHNER-JUNIOR; VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILE; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A ressecção interesfincteriana do reto surgiu como alternativa na ressecção dos tumores distais do reto, permitindo a manutenção da função esfinteriana e segurança oncológica aceitável. Apesar disso, alguns pacientes evoluem com certo grau de incontinência devido a ausência do esfíncter anal interno. Após este tipo de ressecção, o prolapso mucoso é complicação pouco frequente, mas que acaba sendo responsável pela piora na qualidade de vida dos doentes, bem como dificultando a restituição do trânsito intestinal. A ressecção do prolapso, com confecção de bolsa colônica em J, parece não apresentar altos índices de recidiva, além de reduzir sintomas de urgência e soiling por conta do reservatório confeccionado. Os autores relatam um caso de prolapso cólico completo após ressecção interesfincteriana videolaparoscópica por adenocarcinoma de reto distal, que foi tratado por via perineal por

meio de confecção de bolsa colônica em J. Caso: Paciente masculino de 28 anos, previamente hígido, apresentou quadro de alteração do hábito intestinal, enterorragia e proctalgia. Realizou colonoscopia com achado de lesão ulcerada subestenotante no reto distal há cerca de 1,5 cm da borda anal. O diagnóstico de adenocarcinoma tubular infiltrativo foi confirmado pela histologia. O estadiamento pré-operatório revelou tratar-se de neoplasia T3N1M0 de acordo com a 7ª edição do American Joint Committee on Cancer (AJCC). Apresentava exames laboratoriais normais e antígeno carcinoembrionário de 1,2ng/ml. Realizou-se neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia. Oito semanas após o término desta modalidade, o novo estadiamento mostrou redução no diâmetro da lesão e ausência de linfonodos suspeitos (yT2N0M0). Foi então submetido a cirurgia radical por videolaparoscopia, com ressecção interesfincteriana, anastomose manual primária e ileostomia de proteção, apresentando boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico não evidenciou neoplasia residual em nenhum dos dezoito linfonodos estavam comprometidos. Após cerca de 30 dias, mantinha ileostomia protetora em bom funcionamento e apresentou quadro de prolapso cólico através da anastomose coloanal. A abordagem por via perineal foi escolhida, sendo realizada ressecção do segmento prolapsado e plicatura dos músculos elevadores do ânus. Em seguida, foi realizada de bolsa colônica em J, com grampeador linear cortante e anastomose colanal manual. Até o momento, com 6 meses de seguimento, não apresentou recidiva do prolapso e apresenta plano de fechamento da ileostomia. Conclusão: Apesar de factível, a ressecção interesfincteriana possui complicações que devem ser lembradas como prolapso e variáveis graus de incontinência, dentre outras. No caso do prolapso, a correção por via perineal e confecção de bolsa colônica em J é uma opção, evitando o trauma de uma novo acesso abdominal e podendo auxiliar no mecanismo de continência.

PO126 - PÓLIPOS MAIORES QUE 2CM: MANEJO ENDOSCÓPICO E ESTUDO ANATOMO-PATOLÓGICO

NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS; MARCOLINO SOUZA AGUIAR; LINA MARIA GOES CODES; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; EULER MEDEIROS AZARO
HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O diagnóstico precoce e o tratamento dos pólipos colorretais são essenciais para prevenção do carcinoma colorretal. Existe consenso de que o tamanho dos pólipos e a presença de displasia elevam o risco de malignidade. Com a crescente disponibilidade de técnicas e ferramentas mais eficientes para realização de procedimentos, a endoscopia tem permitido a ressecção de pólipos grandes com maior segurança e menor risco de complicações, remoção incompleta e recorrência. No entanto, critérios de malignidade ainda podem configurar obstáculos para ressecção endoscópica de pólipos intestinais. OBJETIVO: Apresentar estudo dos pólipos maiores que 2cm encontrados em colonoscopia no serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital São Rafael, seu manejo endoscópico e histologia. MATERIAL E MÉTODOS: Realizada revisão retrospectiva dos exames colonoscópicos com achado de pólipos maiores que 2cm no serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital São Rafael, de 2010 a 2012. RESULTADOS: Foram analisados 1236 exames de pacientes submetidos a colonoscopia, sendo incluídos 96 pacientes com achado endoscópico de 96 pólipos maiores que 2cm. A idade média foi 59 anos, com maior prevalência do sexo feminino (58,3%). A principal indicação

para colonoscopia foi rastreamento de câncer colorretal. A maioria dos pólipos localizava-se em sigmóide (33,4%). Os pólipos apresentaram-se como pediculados em 50% dos casos, sésseis em 25% e, LST em 25%. Foram realizadas 44 polipectomias (45,8%), todas com alça diatérmica, 23 biópsias (24%) e 29 mucosectomias (30,2%). A histologia da maioria dos pólipos apresentou-se como adenoma tubular de baixo grau (41,7%), seguido de adenoma tubular de alto grau (19,8%), inflamatório (15,5%), hiperplásico (9,4%), adenocarcinoma (8,4%) e tumor carcinoide (5,1%). Dos pólipos biopsiados, a maioria constituiu-se de adenoma de alto grau (43,5%), seguido de adenocarcinoma (26,1%), adenoma de baixo grau (21,7%) e tumor carcinoide (8,7%). O índice geral de complicação durante o procedimento foi de 4,2%, correspondendo a sangramento em pacientes submetidos à mucosectomia. Todos os casos de sangramento foram resolvidos com uso de hemoclip. DISCUSSÃO: Os pólipos grandes apresentam incidência elevada de carcinoma (até 68%). Em nosso estudo, o índice de neoplasia maligna encontrado foi de 33,3% (constituindo adenocarcinoma, tumor carcinoide e carcinoma "in situ"), sendo a maioria destes pólipos (56,3%) diagnosticada através de biópsia e 15,7% submetidos a polipectomia ou mucosectomia. CONCLUSÃO: A ressecção endoscópica de pólipos grandes consiste em método eficaz e seguro para prevenção e tratamento de lesões colônicas. O tamanho dos pólipos não deverá, isoladamente, impedir sua remoção.

PO127 - QUAL A IMPORTÂNCIA DO ULTRASON ENDORRETAL NA CLÍNICA DIÁRIA DO COLOPROCTOLOGISTA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO
ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; FLÁVIO ROBERTO SANTOS SILVA; GRAZIELA OLÍVIA DA SILVA FERNANDES; NIKOLAY COELHO MOTA
INSTITUTO DE COLOPROCTOLOGIA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Demonstrar a importância e aplicabilidade clínica do ultrason endorretal na coloproctologia, apresentando a experiência clínica de um serviço no período de agosto de 2008 a junho de 2012. Material e método: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo dados coletados dos arquivos do Instituto de Colo-proctologia São Luís – Maranhão. Resultados: Foram realizados no período de agosto de 2008 a junho 2012 um total de 899 exames de ultrason endorretal tridimensional para avaliar as mais diversas afecções anorretais. Deste total 53,94% eram mulheres portadoras de evacuação obstruída; 19,79% pacientes portadores de abscessos e fístulas perianais; 5,78% eram pacientes portadores de tumores anorretais; 8,45% eram pacientes portadores de lesão esfinteriana; 5,33% paciente com dor anorretal; 2,00% pacientes portadoras de endometriose; 1,66% pacientes portadores de tumor de canal anal; 1,11% paciente portadores de outras afecções de margem anal; 0,77% de pacientes portadores de Doença de Chron. Conclusão: O ultrason tridimensional anorretal mostrou-se eficaz no diagnóstico de diversas patologias anorretais, demonstrando disfunções mistas do assoalho pélvico, lesões musculares, trajetos fistulosos complexos, permitindo adequado estadiamento dos tumores retais, diagnosticando focos de endometriose profunda etc., confirmando a importância do ultrason endorretal como ferramenta propedêutica no armamentário do coloproctologista.

PO128 - QUALIDADE DE VIDA DE ESTOMIZADOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL

FABIANA DA SILVA AUGUSTO; VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS; GUSTAVO GOMBOSK
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Condições crônicas de saúde acarretam a necessidade de modificações na vida de indivíduos, permitindo sua adaptação em busca da melhor qualidade de vida possível. Dentre essas condições, encontram-se os estomas que, de maneira permanente ou temporária e, certamente, dependentemente da doença que as originou, exercem influência clinicamente relevante na qualidade de vida dessas pessoas. OBJETIVO: Analisar a qualidade de vida genérica e específica de estomizados e identificar fatores demográficos e clínicos a ela relacionados. MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, com coleta transversal dos dados, secundário ao utilizar os dados do estudo primário de adaptação e validação do City of Hope - Quality of Life – Ostomy Questionnaire (COH-QOL-OQ), para a língua portuguesa no Brasil por Gomboski e Santos. A amostra de conveniência do estudo foi composta de 215 pacientes adultos estomizados (51,6% homens; 67,5% com colostomias; 59,1% por câncer), atendidos em serviços especializados de três cidades do Rio Grande do Sul. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (n° 001.050615.09.2) e autorização dos demais serviços, a coleta de dados foi feita por meio da aplicação dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, WHOQOL-abreviado (genérico) e COH-QOL-OQ (específico). Os dados foram analisados por meio do teste de Qui-Quadrado e regressão logística das variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ou com alguma tendência ($0,05 < p < 0,10$) pelo método stepwise forward. Para as comparações, os pacientes foram classificados em três grupos, de acordo com as médias e desvios-padrão dos escores: qualidade de vida baixa, moderada e alta. Este modelo obteve 70% de concordância entre as duas escalas, utilizando-se o Kappa, por isso sua seleção para as análises estatísticas. RESULTADOS: Os estomizados apresentaram escores totais de $69,6 \pm 20,2$ e $6,1 \pm 1,4$, respectivamente para a qualidade de vida genérica e específica; além de $6,9 \pm 1,9$; $6,8 \pm 2,1$; $6,6 \pm 2,1$ e $7,4 \pm 2,1$, respectivamente, para Bem Estar Físico (BEF), Bem Estar Psicológico (BEP), Bem Estar Social (BES) e Bem Estar Espiritual (BEE). Pacientes com menor tempo de estomizado apresentaram pior qualidade de vida específica ($p=0,006$) e genérica ($p=0,019$); pacientes que não praticavam suas religiões ($p=0,027$ /OR=3,39) e os sem companheiros ($p=0,007$ /OR=4,90) possuíam maior chance de pior qualidade de vida genérica. CONCLUSÃO: Os pacientes estomizados mostraram níveis moderados de qualidade de vida, genérica e específica. O menor tempo de estomizado, a falta de prática religiosa e a ausência de companheiro influenciaram negativamente na qualidade de vida dos estomizados.

PO129 - RELATO DE CASO – LIPOMA GIGANTE DO RETO
SUZANA LIMA TORRES; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES;
ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; WILMAR ARTUR KLUG;
FANG CHIA BIN; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUZA;
DANIELA MARINHO TRIDENTE

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

Resumo: Lipomas colorretais são tumores benignos raros, mesenquimais, geralmente solitários e assintomáticos. Seu diagnóstico, na maioria dos casos, é feito por acaso. Apesar de raros, são os tumores não-epiteliais mais comuns do trato gastrointestinal e o terceiro tipo de tumor mais comumente encontrado, depois dos adenocarcinomas, pólipos hiperplásicos e adenomatosos. Casos de malignização e recidiva são extremamente raros. Em relação à localização, são mais comuns

no cólon direito e ceco (aproximadamente 90%). Há distribuição preferencial no sexo feminino e a maior incidência desses tumores ocorre na quinta e sexta décadas da vida, o que é explicado pelo crescimento lento dessas formações. Habitualmente o lipoma não requer tratamento cirúrgico, porém em casos sintomáticos e de dúvida diagnóstica, o tratamento deve ser ressecção, que pode ser realizada por via endoscópica, cirurgia aberta com colotomia, colectomia segmentar, ou transanal como no caso em questão. O objetivo do trabalho é relatar um caso de lipoma gigante de reto, diagnosticado e tratado no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo.

PO130 - RELATO DE CASO: APENDICITE POR ENDOMETRIOSE INTESTINAL

ROBERTO NIGRO; EDUARDO KENZO MORY; OMAR ABUD FRANCO ABDUCH; DANIEL JOSÉ SZOR

HOSPITAL LEFORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O acometimento isolado por endometriose do apêndice cecal é extremamente raro. Neste trabalho, apresentamos um caso de apendicite aguda causada por foco de endometriose isolado. Relato: Paciente do sexo feminino de 32 anos procurou serviço de emergência com queixa de dor em fossa ilíaca direita há 3 dias acompanhada de febre não aferida. À avaliação inicial, apresentava dor em fossa ilíaca direita com sinal de Blumberg positivo. Exames complementares mostravam a presença de leucocitose, além de apêndice de tamanho aumentado e de paredes espessadas com pequena quantidade de líquido em fossa ilíaca direita. Optado então pela realização de apendicectomia por via videolaparoscópica. Como achado intra-operatório, verificou-se apêndice com sinais inflamatórios discretos (apendicite edematosa) e de aspecto endurecido. Procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta no 1º pós-operatório. A análise anatomo-patológica mostrou sinais inflamatórios do apêndice sugestivos de apendicite aguda associado a acometimento por endometriose intestinal profunda. Revisando retrospectivamente o caso, verificou-se a ocorrência de queixa de dor crônica em região de fossa ilíaca direita, cuja causa foi atribuída a causas anexas. Paciente encontra-se assintomática e sem indícios de focos adicionais de endometriose até o momento. Discussão: Estudos de patologia com análise randomizada de 50000 casos indicam que a prevalência de acometimento do apêndice por endometriose na população geral é extremamente raro (0,054%). Em população com diagnóstico de endometriose, este número pode variar de 0,8 a 22%. O apêndice cecal é o terceiro local mais frequente de acometimento por endometriose intestinal. Em geral, o acometimento do apêndice cecal por endometriose está acompanhado da presença de outros focos em trato ginecológico ou digestivo. Dentre as possíveis complicações do acometimento do apêndice por endometriose estão a apendicite, sangramento e perfuração. No entanto, estes eventos são raros e contam com poucos relatos na literatura. Atribui-se a obstrução do lúmen do apêndice pela progressão do foco de endometriose como mecanismo fisiopatológico da apendicite nestes casos. As atuais recomendações na cirurgia da endometriose sugerem a revisão sistemática do apêndice cecal e realização de apendicectomia na menor suspeita clínica. Conclusão: Apesar de raro, a endometriose pode ser causa etiológica de apendicite aguda. Outras complicações como perfuração também são relatados na literatura. Estes eventos chamam a atenção para a necessidade da avaliação sistemática do aspecto do apêndice durante procedimentos cirúrgicos em mulheres em idade fértil.

PO131 - RELATO DE CASO: HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM ACOMETIMENTO DE MARGEM ANAL

ROBERTA PAIVA DUARTE; ARNOLDO VELLOSO DA COSTA FILHO; CAROLINE VILELA NASCIMENTO; EDUARDO GOMES DE SOUZA

HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Relatar caso de Histiocitose X em criança com sintoma predominante de lesões em pele e ulceração anal dolorosa, com comprometimento de outros órgãos, atendido no Hospital Regional da Asa Norte em março 2012. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: A Histiocitose de Células de Langerhans, também conhecida como Histiocitose X, é doença marcada pela proliferação de células de Langerhans em vários tecidos, de etiologia ainda desconhecida. É rara e a maior incidência ocorre na infância, sem predileção por sexo. Clinicamente possui variações importantes na forma de apresentação, podendo ter manifestação restrita a ossos com eventual comprometimento de outros órgãos ou ser disseminada, acometendo órgãos como pulmão, pele, mucosas, linfonodos, fígado, baço, sistema nervoso central. Descreve-se caso de paciente de 16 anos, masculino, procedente de zona rural na Bahia, admitido no serviço de Pronto Atendimento de Cirurgia Geral com quadro de lesões em couro cabeludo tipo placas eritematosas, crostosas com secreção amarelada em alguns pontos, desde os 2 anos de idade, e lesão de aspecto ulcero vegetante exudativa em região perianal, sem sangramento ativo, com crescimento progressivo e dor intensa às evacuações, surgida há um ano. Apresentava hipogonadismo e retardo de crescimento. Relatava inúmeros tratamentos com antifúngicos e antibióticos sem melhora das lesões em couro cabeludo. Lesão perianal sem tratamento ou investigação previa, sendo aventadas hipóteses diagnósticas de Donovanose, tuberculose orificial e carcinoma espinocelular. Realizou sorologias com resultados negativos. Prosseguiu-se investigação com realização de retossigmoidoscopia que mostrou ser a lesão restrita à margem anal, sem comprometimento do canal anal. Biópsias da lesão perianal demonstraram "HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE EM REGIÃO PERIANAL, COM MODERADA TAXA DE PROLIFERAÇÃO CELULAR", com estudo imunohistoquímico constatando os seguintes resultados para os anticorpos: CD4 POSITIVO, CD68 POSITIVO, S100 POSITIVO, CD1a POSITIVO DIFUSO FORTE, Ki67 POSITIVO EM 30% DAS CÉLULAS. Confirmou-se o diagnóstico de Histiocitose de Células de Langerhans um mês após a admissão. Radiografia de esqueleto mostra irregularidades dos corpos vertebrais de coluna dorsal, irregularidade óssea de epífise distal da tíbia e idade óssea compatível com onze anos de idade. Ressonância magnética de crânio evidenciou glioma de quiasma óptico. Tomografia de tórax e abdome sem alterações. Assim que confirmado diagnóstico iniciou terapia com Talidomida 100mg/dia mantida por 30 dias e corticoterapia tópica, com resposta parcial ao tratamento. Mantém uso de Talidomida 50mg/dia, pulso terapia com Vimblastina semanal e prednisona 60mg/dia. Foi encaminhado para a onco-hematologia devido ao acometimento sistêmico (lesões ósseas e SNC). CONCLUSÃO: A Histiocitose X é doença rara de diagnóstico histológico/imunohistoquímico que tem apresentações variadas sendo o comprometimento da margem anal, nesse caso, exuberante e determinante para o diagnóstico.

PO132 - RELATO DE CASO: PROLAPSO DE COLOSTOMIA
VIVIANE GONÇALVES FRANCO; ANNA PAULA ROCHA MALHEIROS; ELOISA RONCARATTI; ANGELITA HABR GAMA; JOAQUIM JOSE GAMA- RODRIGUES; RODRIGO OLIVA PEREZ ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Relato de caso: Prolapso de Colostomia. FRANCO, V.G.; MALHEIROS, A.P.R.; HABR-GAMA, A.; RONCARATTI, E.; PEREZ, R.O.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA-IAJG, SÃO PAULO, SP, BRASIL. Resumo: O prolapso de colostomia é definido como a presença da saída do excesso da alça intestinal pelo orifício da ostomia. A incidência desta complicação varia de 4 a 13 % dos casos e está associada principalmente à: hérnia paracolostomica, abertura excessiva da parede abdominal, confecção do túnel da colostomia amplo, alça de sigmóide alongada e redundante na confecção da colostomia, aumento súbito da pressão intra abdominal. O objetivo deste trabalho é relatar um caso; prolapso com encarceramento da colostomia exigindo tratamento especializado de urgência. S.R., 62 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto, foi submetido a amputação abdomino perianal do reto com colostomia definitiva por videolaparoscopia. Após um mês da cirurgia, o doente evoluiu com prolapso agudo da colostomia. O estoma apresentava prolapso de aproximadamente 12 cm, cor vinhosa e com pontos de necrose. Foram realizados cuidados com o estoma como, colocação de compressas frias e bolsa com barreira protetora peça única sem regressão do quadro do prolapso da colostomia. Optado pela correção cirúrgica através de ressecção do prolapso pelo próprio orifício da colostomia com reconstrução do mesmo, com excelente evolução pós operatória. Atualmente apresenta-se adaptada à colostomia em programa de irrigação, sendo que o estoma e pele periestoma em perfeitas condições e retorno as suas atividades laborativas. O presente caso ilustra de maneira clara o papel da equipe multidisciplinar, visando facilitar a aceitação, a reabilitação e a capacidade de cuidado do indivíduo ostomizado. Neste contexto o acompanhamento regular, o diagnóstico precoce e intervenção imediata sobre possíveis complicações podem interferir de maneira direta no sucesso do seu tratamento. A amplitude de intervenções inicia-se precocemente, no período pré-operatório, com cuidados como a demarcação do local do estoma, preparo intestinal, nutricional e suporte emocional. Assim como, técnica cirúrgica adequada e maturação precoce do estoma, e medidas pós operatórias como o uso de dispositivos adequados, orientações específicas para o autocuidado e acompanhamento individualizado.

PO133 - RELATO DE CASO: VOLVO DE CÓLON DIREITO
FERNANDO BRAY BERALDO¹; MARCELO PAIVA OLIVEIRA²; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA¹; HUMBERTO POZZI FASOLIN¹; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ²; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI¹; GILMARA SILVA AGUIAR YAMAGUCHI¹; NAGAMASSA YAMAGUCHI¹
1.IAMSPE/HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.HMASP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O volvo colônico refere-se ao giro ou torção do intestino sobre o mesocólon. Mais frequentemente ocorre no sigmóide, porém pode acometer qualquer segmento. O volvo de cólon direito corresponde a 25% dos casos. RELATO DO CASO: Paciente S.M. feminino, 59 anos, sem comorbidades, com antecedente cirúrgico de histerectomia total abdominal por miomatose uterina, há 18 anos, e laparotomia exploradora com lise de bridas por abdome agudo obstrutivo há 8 anos. Deu entrada no pronto-socorro com história de dor e distensão abdominais, parada de eliminação de gases

e fezes. Ao exame físico, encontrava-se taquicárdica, desidratada, com abdome distendido, doloroso à palpação com descompressão brusca dolorosa. Ao toque retal, presença de fezes na ampola. Radiografia simples de abdome é mostrada na Figura 1. Aventada hipótese diagnóstica de volvo de cólon esquerdo, com possível comprometimento vascular, sendo indicada laparotomia exploradora de urgência, durante a qual foi observado volvo completo do cólon direito e fleo terminal, com torção do seu pedículo vascular e necrose transmural (Figura 2). Realizada colectomia direita, com ileo-transverso anastomose látero-lateral em 2 planos. Paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. Exame anátomo-patológico revelou apenas sinais de isquemia e necrose. DISCUSSÃO: O volvo colônico apresenta como fatores de risco: cirurgia abdominal prévia, falta de fixação do cólon direito, gravidez, tumor pélvico, hiperperistalse e esforço excessivo. O diagnóstico é geralmente feito pela combinação de dados clínicos e radiológicos. A laparotomia continua sendo a principal modalidade terapêutica, podendo ser realizada a destorção isolada, combinada ou não à cecopexia e/ou cecostomia. No entanto, a ressecção praticamente não apresenta risco de recidiva e associada a baixas taxas de complicação e é indicada nos casos de suspeita de comprometimento vascular.

PO134 - RELATO DE UMA SÉRIE DE CASOS - ANASTOMOSE PRIMÁRIA EM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO
GERALDO FELIPE NETO; GUSTAVO TRAVAGLIA SANTOS
HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - HRAN, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo segue como um dos quadros clínicos mais prevalentes em atendimentos no pronto-socorro de cirurgia geral. A realização de anastomoses primárias colônicas nesses casos associa-se a maiores taxas de complicação pós-operatória, porém trabalhos demonstram que podem ser realizadas, desde que baseada em alguns critérios clínicos e cirúrgicos avaliados no pré-operatório e trans-operatório. OBJETIVO: Analisar o desfecho pós-operatório, bem como as condições pré e trans-operatórias dos pacientes submetidos à anastomose primária nos casos de abdome agudo obstrutivo operados no Hospital Regional da Asa Norte. MÉTODOS: Foi realizada revisão de prontuário de 9 casos de pacientes submetidos a anastomose primária colônica por abdome agudo obstrutivo no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) do Distrito Federal no ano de 2011. Avaliou-se o valor da albumina pré-operatória, comorbidades, instabilidade hemodinâmica, condições intra-operatórias, preparo de cólon, tipo de anastomose, complicações pós-operatórias e tempo médio de alta médica. RESULTADOS: Total de 9 pacientes submetidos à anastomose primária na vigência de abdome agudo obstrutivo, idade média de 50,8 anos e a maioria do sexo masculino(55,5%). O valor médio da albumina pré-operatória foi de 3,3 g/dl. Dentre os casos, 6 foram por tumor de cólon estenosante (66,6%), um caso de intussuscepção cólon-colônica e 2 casos de volvo de sigmóide. Nenhum paciente apresentou instabilidade hemodinâmica. Anastomose manual foi realizada em 88% dos casos. Constou-se óbito em 2 casos. O tempo médio de alta foi de 7 dias. DISCUSSÃO: Uma das complicações mais temidas na cirurgia colorretal é a deiscência da anastomose, por ser responsável por elevada taxa de mortalidade, além de aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares. O uso de colostomias está associado a menor morbi-mortalidade, porém esses pacientes demandarão nova intervenção para reconstruir o trânsito, com aumento dos custos hospitalares e dos riscos de uma nova intervenção.

Trabalhos mostram que em determinadas condições a realização da anastomose primária é segura. As condições clínicas do paciente podem influenciar negativamente, como aqueles hemodinamicamente instáveis e bastante espoliados, grau de desnutrição e condições intra-operatórias. Observou-se que o número de óbitos foi bastante evidente, porém com um número pequeno de casos não se pode afirmar que esse tipo de anastomose não pode ser realizado. A idade média mostrou uma população com predomínio de adultos jovens, sem comorbidades, o que pode ter minimizado os índices de complicações. Tempo médio de alta médica foi similar aos casos com anastomoses primárias eletivas. **CONCLUSÃO:** O grau de contaminação da cirurgia e algumas condições clínicas do paciente servem como parâmetro para o cirurgião na decisão de realizar uma anastomose primária mesmo no abdome agudo obstrutivo.

PO135 - RETALHO ROMBÓIDE NA CIRURGIA DE DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCIGEANA (DPSC)– RELATO DE CASO

MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ILSON GERALDO DA SILVA; MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MATHEUS MMMDE MEYER; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução. A DPSC caracteriza-se por um ou mais trajetos fistulosos subcutâneos crônicos no sulco interglúteo, com maior incidência de diagnóstico entre 16 e 20 anos e maior incidência de cirurgia entre 21 e 23 anos, sendo rara na criança e no idoso. Mais comum no sexo masculino, na proporção de três homens para uma mulher acometida, motivado pelo biótipo de maior incidência: pele morena, hirsutismo, sulco interglúteo profundo e grande acúmulo de glândulas sudoríparas e sebáceas. A manifestação inicial mais comum é sob forma de um abscesso no sulco interglúteo, com ou sem drenagem espontânea. Geralmente o orifício de drenagem permanece aberto com eliminação de secreção serosa ou seropurulenta. Os vários tratamentos propostos são alvos de discussões, pois todos eles levam a elevadas taxas de recidiva. Relato de caso. H.A., sexo masculino, 30 anos, apresentando um nódulo em região sacrococcígea com dois anos de evolução. Relatou 03 episódios de dor e hiperemia no local. Foi identificado um orifício de drenagem no sulco interglúteo com área endurecida à esquerda. O quadro era de um cisto pilonidal e foi indicado tratamento cirúrgico. O paciente era hígido sem uso de medicamentos, com risco cirúrgico ASA II. Em posição "em canivete" e sob anestesia raqueana o paciente foi operado (11/06/2012): exérese do cisto pilonidal e da área lateral acometida, criando-se um retalho rombóide por rotação. Foi aplicado um curativo compressivo local, recebendo alta 24 horas depois da cirurgia, sem intercorrências, com algumas recomendações domiciliares, sobretudo evitar esforços físicos excessivos. A primeira revisão ocorreu em uma semana, sem intercorrências. Discussão. O tratamento da doença pilonidal é controverso, sendo recomendando-se drenagem na fase aguda (abscesso), com incisão lateral à linha mediana, deixando-se a cicatrização da ferida se processar por segunda intenção. A abordagem cirúrgica da doença crônica procura atingir baixa taxa de recidiva e menor tempo de cicatrização. Várias técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas com esse intuito, mas nenhuma delas se tornou padrão-ouro. As ressecções abertas continuam sendo utilizada, principalmente quando há infecção ativa atual. Entretanto, apresenta a desvantagem de necessitar de cuidados e curativos frequentes, maior tempo de afastamento das atividades laborativas e maior tempo de cicatrização.

As ressecções fechadas podem ser feitas com sutura das bordas da pele e com utilização de retalhos. O uso de retalhos visa o fechamento primário da ferida sem tensão. Acredita-se também que o retalho, por obliterar o sulco interglúteo, tornando-o mais plano, diminua a taxa de recorrência. Dentre retalhos utilizados, os rombóides têm se mostrado de fácil execução e ausência de tensão.

PO136 - RETOCOLITE ULCERATIVA ASSOCIADA A MEGACOLO

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: Relato do caso: gênero feminino, 45 anos, com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa (RU) há seis meses, apresentando remissão clínica com mesalazina. Passou então a apresentar distensão abdominal progressiva e constipação, sem alterações a colonoscopia e nas biópsias realizadas neste novo exame. Realizou-se então Tomografia Computadorizada de abdome que demonstrou dilatação acentuada do colo esquerdo, confirmada por Enema Baritado (figura 1). Como os sintomas se tornaram cada vez mais intensos e incapacitantes, optou-se por colectomia esquerda laparoscópica (figura 2) e a paciente encontra-se livre dos sintomas passados 24 meses. O estudo histopatológico da peça cirúrgica não demonstrou alterações inflamatórias ativas nem alterações ganglionares. Discussão: O megacolo idiopático é uma doença incomum e pouco estudada^{1, 2}, e tem uma etiologia heterogênea, o que leva o médico assistente a um grande desafio, não só pelo diagnóstico, mas pela escolha do tratamento a ser adotado, devendo-se considerar os riscos e benefícios de cada opção. A ressecção cirúrgica (colectomia) deve ser realizada preferencialmente por uma equipe treinada em cirurgia colorretal, uma vez que esta requer experiência com o manejo clínico, com os aspectos psicológicos e conhecimento específico quanto a fisiopatologia do processo^{3, 4}. A abordagem laparoscópica vem ganhando cada vez mais espaço nas cirurgias colorretais, com baixa morbi-mortalidade em procedimentos eletivos e grande impacto nos índices de infecção, período de internação, dor pós-operatória, efeito cosmético, além de propiciar um mais breve retorno da função intestinal⁵. Apesar da paciente em questão apresentar manifestações de megacolo idiopático, o diagnóstico de RU nos fez pensar na possibilidade de tratar-se de uma complicação desta. Entretanto, não há evidência científica de que esta relação entre RU evoluindo com dilatação colônica exista. Então, outro diagnóstico cogitado foi a Doença de Crohn (DC). Não é incomum que pacientes com diagnóstico antigo de RU passem a apresentar manifestações que levem a mudança no diagnóstico, incluindo-se pacientes submetidos a proctocolectomia total. Esta paciente poderia então ter na verdade DC com estenose e dilatação a montante, porém, isto não foi confirmado no estudo histopatológico da peça ressecada.

PO137 - SCHWANNOMA DE CÓLON – RELATO DE CASO JANDER BAIARRAL VASCONCELOS; KARINE OLIVEIRA ANDRADE ZANINI; NATALIA BARAKY VASCONCELOS

SANTA CASA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os Schwannomas são tumores neurogênicos, originários das células de Schwann, em sua maioria benignos, de crescimento lento, com potencial de malignização. Habitualmente se apresentam como lesões polipóides intraluminares que fazem protrusão na luz do órgão com ulceração da mucosa (1,2) Na maioria das vezes são assintomáticos, mas podem ser causa de sangue oculto nas fezes, intussuscepção e obstrução intestinal. A sintomatologia depende do tamanho do tumor. Acometem principalmente nervo

acústico e nervos espinhais. No trato gastrointestinal, ocorre mais frequentemente no estômago e jejuno, sendo rara sua ocorrência no reto e cólon (3,4,5). A incidência dos schwannomas é praticamente a mesma em homens e mulheres e a idade média de ocorrência é de 65 anos (6). O diagnóstico pré-operatório geralmente é difícil. Exames como tomografia abdominal e Biópsia guiada por ultrassom endoscópico podem aumentar o índice (7). O diagnóstico de certeza é dado através do exame anatomopatológico(4,8). O tratamento de escolha é cirúrgico sendo no cólon a cirurgia radical com margens livres, já que a resposta tanto para quimioterapia quanto para radioterapia ainda é incerta(3,7,8). Algumas lesões no reto podem ser tratadas com ressecção local. Algumas vezes é importante o estudo de congelação intra-operatório para diferenciação entre a forma benigna da maligna da doença. O tamanho do tumor e seu tipo histológico são os principais fatores determinantes do prognóstico.(7) O diagnóstico diferencial deve ser feito entre schwannoma, neurofibroma e neurosarcoma. (5). Objetivo: Relatar um caso de uma paciente com schwannoma do cólon sigmóide. Materiais e métodos: Revisão do prontuário da paciente e da literatura. Relato do caso: SMC, sexo feminino, 88 anos, branca, apresentava há três meses quadro de alternância do hábito intestinal (fezes normais / diarreia). Procurou serviço de gastroenterologia sendo solicitado exames de investigação. Ultrassom abdominal mostrou massa de 4,0cmx3,0 cm em topografia anaxial esquerda. Solicitado TC de abdome que mostrou massa do mesmo tamanho, sólida, de contornos regulares, sem ponto de clivagem com o cólon sigmóide. Realizado colonoscopia que evidenciou massa em cólon sigmóide, extra-luminal, parecendo comprimir o cólon. A paciente foi então submetida à laparotomia com retossigmoidectomia abdominal. Boa evolução, com alta no 7º dia pós - operatório. Anatomia patológica mostrou tumor de células fusiformes, com características benignas, sugerindo a realização de imunohistoquímica. Esta mostrou ser um schwannoma. CONCLUSÃO: O Schwannoma do cólon é raro, mas deve ser lembrado em diagnóstico diferencial nos tumores colorretais, especialmente se estes tumores não acometem a mucosa intestinal.

PO138 - SÍNDROME DE CHILAITITE: RELATO DE CASO
ROSANA RODRIGUES GALLETTI; TESSIA LEAL REIS;
LEONARDO CASTRO DURAES; FABIO ALVES SOARES;
NALISSON NEVES ARAUJO; CALIL ABUD NETO; LEONARDO
MOTA SEIXAS
HFA, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: Síndrome de Chilaiditi: relato de caso. Unidade de Coloproctologia do Hospital das Forças Armadas, Brasília – DF. Rosana Rodrigues Galletti, Têssia Regina Leal Reis, médicos da clínica, Leonardo de Castro Durães. Resumo. A síndrome de Chilaiditi é considerada rara. O sinal radiológico da síndrome é diagnosticado em aproximadamente 0.025%-0.028% dos exames de Raios X de tórax e abdome e 1.18%-2.4% das tomografias computadorizadas. Afeta ambos os sexos de qualquer idade e possui maior incidência em homens maiores de 60 anos do que em mulheres, em uma relação 4:1. O sinal de Chilaiditi, documentado a primeira vez em 1865, é conhecido como a interposição permanente ou temporária do cólon, intestino delgado ou estômago no espaço hepatodiafragmático de forma assintomática. Em 1910, Demetrius Chilaiditi documentou três casos de pacientes assintomáticos com interposição hepatodiafragmática do cólon. A apresentação de sintomas como dor abdominal, dor retroesternal, náuseas, vômitos, distensão abdominal, sintomas respiratórios, suboclusão ou obstrução intestinal associados ao sinal

de Chilaiditi caracterizam a síndrome de Chilaiditi, que tem implicação direta na qualidade de vida do paciente. CCMN, feminino, 68 anos, procurou o pronto-socorro de cirurgia geral do Hospital das Forças Armadas no dia 15 de Abril de 2011 com história de dor abdominal em hipogástrio, distensão abdominal associado a tenesmo, vômitos e dispnéia há três dias. Apresentava hipertensão arterial sistêmica (HAS) e bronquite asmática. Realizou previamente: mamoplastia (há 20 anos), abdominoplastia (há 13 anos) e laqueadura tubária (há 30 anos). G6P3A3. Permaneceu internada para realização de exames e uso de medicações para melhora da dor. RX abdome e tórax evidenciaram cúpula diafragmática direita elevada. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou interposição de alça de cólon entre a parede diafragmática e o fígado (sinal de Chilaiditi). Presença de diversas imagens saculeiformes, na região do cólon descendente e sigmóide, com discreto borramento da gordura adjacente, sugestivo de diverticulite aguda associada. Este trabalho mostra a importância de se considerar a síndrome de Chilaiditi como diagnóstico diferencial de abdome agudo, além realizar uma breve revisão bibliográfica sobre o tema. Palavras-chave: síndrome de Chilaiditi; abdome agudo.

PO139 - SÍNDROME DE CHILAITITI: RELATO DE CASO
MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO;
FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; DARIANE SUSAN
RODRIGUES; MARCOS GONCALVES DE ALMEIDA; CHRISTIAN
BORNIA MATAVELLI; ENZO FABRICIO RIBEIRO NASCIMENTO;
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PTA., SP, BRASIL.
Resumo: A interposição hepatodiafragmática do cólon, denominada síndrome de Chilaiditi, é uma entidade clínica rara. A presença de dor abdominal e os achados radiológicos semelhantes à presença de pneumoperitônio podem levar ao diagnóstico errôneo de abdômen agudo perfurativo. Objetivo: Apresentar um caso de síndrome de Chilaiditi cujo diagnóstico foi suscitado pela radiografia de tórax. Relato do caso: Mulher, 76 anos, com dor e distensão abdominal há dois dias acompanhada de náuseas e vômitos. Referia obstipação crônica com parada de eliminação de gases e fezes há cinco dias. Ficava até 12 dias sem evacuar usando laxantes regularmente. Nas últimas horas apresentou dor precordial e dispnéia. Relatava histerectomia há 12 anos. Ao exame apresentava-se em REG, desidratada, emagrecida, pulso 90 bpm e PA 100x70 mmHG. À ausculta mostrava hipofonese de bulhas, extra-sístoles ocasionais e acentuada redução do MV. O abdômen era doloroso à palpação, com distensão assimétrica e RHA aumentados de timbre metálico. O toque retal detectava fecaloma na ampola retal. A radiografia simples de abdômen demonstrou grande distensão do cólon transverso que rechaçava ambas as cúpulas diafragmáticas para cima e deslocava o coração cranialmente, confirmando presença de fecaloma no retossigmóide. Com suspeita diagnóstica de obstrução intestinal por fecaloma após esvaziamento manual e realização de três enteroclismas houve melhora do quadro abdominal, com regressão completa da imagem radiológica. Quatro meses após o quadro com orientação dietética e uso de emolientes fecais não apresentou recidiva do quadro. Conclusão: A síndrome de Chilaiditi é uma imagem radiológica que pode simular a presença de pneumoperitônio.

PO140 - SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS E TUMOR MIOFIBROBLÁTICO INFLAMATÓRIO – RELATO DE CASO
GUSTAVO URBANO; VIVIAN REGINA GUZELA; RAPHAEL
GURGEL DE CARVALHO; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA;

ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; CAMILA PERAZZOLI; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES
USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma desordem genética autossômica dominante pouco frequente, caracterizada pela formação de pólipos hamartomatosos em todo o trato gastrointestinal, presença de manchas melanocíticas cutâneo-mucosa e risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias. O presente relato ilustra a ocorrência de outra entidade rara, o Tumor Miofibroblástico Inflamatório, num paciente portador da síndrome. Relato de caso: Paciente masculino, 26 anos. Há 6 meses apresenta episódios de hematoquezia e houve alteração do hábito intestinal, passando a evacuar 3 a 4 vezes ao dia, fezes amolecidas e eventualmente com muco. No último mês passou a apresentar também dor epigástrica contínua, vômitos pós-alimentares e perdeu aproximadamente 10 kg. Além disso notou um “caroço” no abdome superior. Nega antecedentes pessoais de outras patologias ou antecedentes familiares de patologias gastrointestinais ou casos de neoplasia. Ao exame físico encontra-se debilitado, descorado e é possível palpar uma massa volumosa, endurecida e dolorosa localizada no epigástrico e hipocôndrio esquerdo. Chamam atenção também máculas hiperocrômicas presentes nas mãos, solas dos pés e mucosa oral. A endoscopia digestiva alta revelou pólipos no esôfago, estômago e duodeno, e a colonoscopia pólipos em todos os segmentos colônicos. A tomografia de abdome mostra formação expansiva ocupando o quadrante superior esquerdo, em íntimo contato com o estômago, duodeno, pâncreas, alças intestinais, rim esquerdo e grandes vasos. Firmadas as hipóteses diagnósticas de síndrome de Peutz-Jeghers e massa abdominal de origem indeterminada, e indicada a abordagem cirúrgica para ressecção da massa. O achado cirúrgico foi de massa neoplásica com aspecto irregular que parecia originar-se junto ao ângulo de treitz, acometendo 30 cm das alças de delgado contíguas, infiltrando e invadindo o mesentério. A massa era justa aórtica e aderida aos vasos mesentéricos superiores. Além disso havia diversas lesões polipóides no intestino delgado e no cólon. Realizada a ressecção em bloco da massa acompanhada de cerca de 50 cm de jejuno. Realizadas também enterotomias para ressecção das lesões polipóides. Confeccionada anastomose duodeno-jejunal término-terminal com grampeador circular (a ogiva posicionada na 4ª porção duodenal e o cabo do grampeador introduzido por uma das enterotomias). O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou quadro morfológico e imuno-histoquímico sugestivo de tumor miofibroblástico Inflamatório, com provável origem em retroperitônio. As demais lesões do intestino delgado têm alterações morfológicas compatíveis com Pólipos Hamartomatosos. Conclusões: A Síndrome de Peutz-Jeghers está presente na clínica coloproctológica como um dos diagnósticos diferenciais das poliposes colônicas. Sua associação com neoplasias de diferentes origens é frequente. No entanto não foram encontrados relatos na literatura da ocorrência de Tumor Miofibroblástico Inflamatório.

PO141 - SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS, APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIADA

FRANCISCO CLAUDIO LINHARES DE SÁ FILHO.; BRUNO CARVALHO TRENTIN; LEVINDO ALVES OLIVEIRA; ANTONIO ADENILDO SANTOS DELMIRO; ICARO VINÍCIUS SOUZA NASCIMENTO; ÉDER RODRIGO FIGUEIRA RIBEIRO; THALITA LIMA GOMES; MARIO ANDRÉS LOPEZ HOLGUIN
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.

Resumo: Objetivo: O presente trabalho descreve um caso de síndrome de Peutz-Jeghers, visando demonstrar as diferentes apresentações clínicas da síndrome. Material e métodos: Foram utilizados dados da internação, boletim operatório, exames de imagem, laboratório e revisão de prontuário. Resultados: J. V. S., 27anos, sexo masculino, natural de Caracarái - RR, procura atendimento médico devido a quadro de vômitos, dor abdominal, febre, soluços e diarreia há 4 dias. Relata que vinha tido sintomatologia semelhante a cerca de 2 anos e que a aproximadamente 3 meses, apresentavam-se em intervalos de tempo menores. Ao exame: REG, LOTE, afebril, eupneico, hidratado, corado. Abdômen: plano, flácido, depressível, RHA +, sem sinais de irritação peritonial. Negava outros sintomas, sem comorbidades ou cirurgias prévias. Após o terceiro dia de internação, evoluiu com parada na eliminação de fezes, flatos e quadro de obstrução intestinal intermitente, com resposta parcial ao tratamento clínico. Sem alteração dos exames laboratoriais. Exame ultrasonográfico demonstrando dilatação de alças. Tomografia computadorizada: Distensão moderada de alças de delgado, com as paredes de espessura normal, algumas formando nível, e ao nível da fossa ilíaca direita, presença de imagem “em alvo”, de paredes espessas, com interior apresentando centro gorduroso, que mostrou captação periférica do meio de contraste endovenoso. Paciente sem resolução do quadro obstrutivo com tratamento não operatório sendo submetido a laparotomia exploradora. Inventário da cavidade: Distensão de alças de delgado, várias massas tumorais em intestino delgado e colon, intussuscepção a 150cm da válvula íleo cecal e a 80cm do ângulo de Treitz, Ausência de sofrimento de alça. Fígado, estômago, baço e demais estruturas na cavidade sem alteração. Realizado: Ressecção de 20cm de delgado com massa intra luminal -pólipo- mais anastomose TT em 2 planos. Biópsia: pólipos hamartomatosos. Resultados: A Síndrome de Peutz-Jeghers tem como apresentação clínica a associação de pigmentação melanótica cutâneo-mucosa e pólipos hamartomatosos encontrados no trato digestivo. É geralmente sintomática desde a primeira década de vida, com maior morbimortalidade a partir da segunda, apresentado um leque extenso de manifestações gastro intestinais, exigindo alto grau de suspeição no diagnóstico já que se trata de síndrome rara, porém com relevante influencia na sobrevida, principalmente devido ao risco de malignização dos pólipos.

PO142 - SÍNDROME DE TURCOT ASSOCIADA A TUMOR DESMÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL

VIRGINIA CAMPOS DALMASO; MARCELO BETIM PAES LEME; EVANDRO DE MORAIS E SILVA; ROGÉRIO DE OLIVEIRA GONÇALVES; LEONARDO AMORIM FORMAGGINE
HSJB, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) manifesta-se com mais de 100 pólipos no cólon e no reto, decorrente da mutação do gene APC e em 5 a 10% dos caso do gene MYH. O paciente pode apresentar pólipos gástricos e duodenais, tumores desmóides e osteomas, dentre outras manifestações. Doença sem predileção sexual. Quando associada a tumores malignos primários no SNC denomina-se síndrome de Turcot. Essa doença é transmitida por gene autossômico dominante com aproximadamente 100% de penetrância e, quando não tratada cirurgicamente, resulta em câncer colorretal a partir da 4ª década de vida. RELATO DE CASO: C.R., sexo feminino, 20 anos, parda, natural e residente em Volta Redonda-RJ. Aos 9 anos, foi submetida a ressecção de tumor cerebral, cujo histopatológico revelou ser um meduloblastoma. Apresentando desde então sequelas motora e neurocognitiva. No ano de 2006 o pai desta

paciente recebeu diagnóstico de PAF, sendo submetido a colectomia total. Iniciada investigação familiar com colonoscopia onde chegou-se a confirmação do PAF desta paciente. Com esta nova informação chegou-se ao diagnóstico da síndrome de Turcot. A paciente foi tratada por colectomia total e anastomose ileorectal, com evolução satisfatória. Seguindo em acompanhamento ambulatorial, dois anos após colectomia apresentou ao exame físico massa abdominal, comprovada por tomografia computadorizada comprometendo apenas a parede abdominal, com plano de clivagem e sem invasão de órgãos adjacentes. Realizada eletivamente a ressecção do tumor em parede abdominal e reconstrução com tela dupla face. Exame histopatológico da lesão confirmou tumor desmóide. **DISCUSSÃO:** Após a cirurgia do cólon os pacientes com PAF devem manter seguimento ambulatorial rigoroso já que manifestações extra intestinais e complicações pós operatórias podem surgir. A colectomia com ileorretoanastomose é tecnicamente mais simples e associada com menores índices de complicações pós-operatórias e melhores resultados funcionais, porém tem maior risco de desenvolvimento de câncer pela presença da mucosa retal. No caso descrito o seguimento foi realizado no primeiro ano com retoscopia a cada seis meses, seguida por retoscopia anual, que até o último ano apresentaram-se sem pólipos. O tumor desmóide consiste em uma proliferação fibroblástica, classificada histologicamente como benigna, porém devido as características do seu desenvolvimento podem estar associada a graves consequências, por apresentar-se de forma agressiva, localmente invasivo, levando ao comprometimento de estruturas adjacentes a sua origem. Esses tumores são responsáveis estatisticamente pela segunda causa de morte na PAF. Sua incidência associada a PAF é de 15% e a localização mais frequente é a parede abdominal (50%) como ocorrido nesta paciente. Esses tumores representam um desafio cirúrgico devido a dificuldade técnica de ressecção.

PO143 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA RETAL POR VIA PERINEAL EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA SES/PE

ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; ALINE DAVID SILVA; PAMELA LEO VIANA; BRUNO FREIRE BORGES; JOSEANE CANTON; MAURILIO TOSCANO DE LUCENA; MAURICIO JOSE DE MATOS E SILVA; JOAQUIM HERBENIO COSTA CARVALHO *HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: **OBJETIVOS:** O prolapso total de reto ou procidência retal é uma enfermidade que atinge todas as faixas etárias, sendo mais freqüente em idosos. Trata-se de uma doença relativamente incomum e de etiologia pouco esclarecida. Apesar de se tratar de uma afecção conhecida há vários séculos a técnica cirúrgica ideal para seu tratamento ainda não foi estabelecida. Mais de 100 tipos de reparos cirúrgicos foram descritos para essa condição. Buscamos através desse trabalho analisar o perfil dos pacientes portadores de procidência retal operados por via perineal no Hospital Barão de Lucena-SES/PE durante o período de janeiro 2010 a janeiro de 2012 identificando as características demográficas, estabelecendo os principais sintomas da doença e os resultados obtidos. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Os dados foram coletados de foram obtidos de forma retrospectiva através da busca em prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia para tratamento da procidência retal por via perineal no Hospital Barão de Lucena-SES/PE, no período compreendido entre janeiro 2010 e janeiro de 2012. **RESULTADOS:** 31 pacientes foram operados nesse período, sendo 02 pacientes submetidos a mais de um procedimento cirúrgico. A idade média foi de 71 anos sendo 25 pacientes do sexo

feminino. Além do prolapso, seis pacientes se queixavam de mucorréia, oito de incontinência fecal, seis de constipação, 11 relatavam sangramento retal e um paciente referia incontinência urinária. Foram realizadas 22 cirurgias de Delorme, 10 cirurgias de Altemeier e 01 Cerclagem. Hum paciente que apresentou pico hipertensivo durante o ato cirúrgico realizou o pós-operatório na unidade de terapia intensiva. Dois pacientes evoluíram com estenose no pós-operatório. Foi constatada recidiva em 08 pacientes, aproximadamente 25%, com um período médio de acompanhamento de 15 meses. **CONCLUSÕES:** Observou-se que as operações para tratamento da procidência retal são bastante seguras, apresentando baixos índices de complicações intra-operatória assim como baixo índice de complicações pós-operatórias, entretanto apresentam elevada taxa de recidiva na nossa casuística.

PO144 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA RETAL SEGUNDO TÉCNICA DE DELORME ASSOCIADA À PROCTOPLASTIA SEGUNDO PARKS

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; MAGNO OTAVIO SALGADO FREITAS; ISABELA SAVALL FONT SOUZA; GABRIEL LOPES MANGABEIRA; CRISTOPHER FERREIRA CUNHA *UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** O tratamento cirúrgico da procidência retal, assim como sua abordagem (abdominal ou perineal) é determinada pelas comorbidades do paciente, idade, experiência e preferência do cirurgião. Supõe-se que a abordagem perineal apresente a vantagem de menor morbidade perioperatória, dor reduzida e menor tempo de hospitalização, comparada à abordagem abdominal. Entretanto, as altas taxas de recorrência e incontinência podem contribuir para o desencorajamento da abordagem perineal. Estudos recentes evidenciam que uma abordagem perineal apropriadamente executada é capaz de proporcionar os mesmos resultados a longo prazo comparando com a abordagem abdominal. **Objetivo:** Avaliar os resultados obtidos nos pacientes submetidos à abordagem perineal segundo técnica de Delorme associada à proctoplastia segundo Parks (Plicatura do puborectal). **Método:** Realizado estudo retrospectivo através da análise de prontuários médicos no período de 2000 à 2012. Analisou-se idade, sexo e evolução pós-operatória. **Resultados:** Dos paciente analisados, 75% eram mulheres e 25% homens, com média de 49 anos (44-71). Tempo médio de cirurgia 1 h e 30 minutos. Tempo de internação hospitalar foi de 2-4 dias. Incontinência em 25%. Não houve mortalidade e nenhum caso apresentou recidiva. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico segundo técnica de Delorme associada à plicatura do puborectal (Proctoplastia segundo Tarks) apresentou excelentes resultados. Teve nula mortalidade, baixa morbidade, curto tempo de internação hospitalar e nenhuma recidiva em nosso serviço de coloproctologia.

PO145 - TRATAMENTO DA HÉRNIA PARAESTOMAL COM EMPREGO DA TELA DE POLIPROPILENO

MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; ALESSANDRA VICENTINI CREDIDIO BRASILEIRO; FANG CHIA BIN; WILMAR ARTUR KLUG

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

Resumo: **Introdução:** É complicação pós-operatória frequente e quase inevitável, aumentando os transtornos já impostos pelo estoma. Sua

presença dificulta a irrigação da alça e a fixação das bolsas coletoras, proporciona dor, desconforto e prejuízo à imagem corporal. A frequência varia de 35-50% dos pacientes e o índice de recidiva de 24-54% dos casos. O tratamento sempre foi objeto de estudos, mas acompanhado de grandes frustrações pelo fracasso. Objetivo: Análise do tratamento cirúrgico de hérnia paraestomal com uso de tela de polipropileno subaponeurótica. Material e Método: Estudo retrospectivo no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2012, analisando as complicações e recidivas dos pacientes tratados com colocação de tela de polipropileno. Resultados: Doze pacientes com idades entre 54 a 83 anos (média 68,5 anos). Dez portavam sigmoidostomia terminal (83,33%), um Indiana-pouch (8,33%) e uma sigmoidostomia em alça (8,33%). O índice de recidiva foi de 83,33%, e o tempo de recidiva variou de três meses a um ano (média de 7,5 meses). Conclusão: Era esperado que a tela de polipropileno evitasse a recidiva, porém foi observamos que a hérnia paracolostômica ainda permanece sem solução cirúrgica adequada.

PO146- TRATAMENTO DE RETITE ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: ESTUDO DE CASO
EMYLE BRITO DE SOUZA¹; VIVIANE TIEMI KENMOTI²

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS, TO, BRASIL; 2. GASTROPALMAS, PALMAS, TO, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO. A radioterapia(RTP) pélvica tem obtido resultados de eficácia e segurança cada vez mais satisfatório no tratamento de tumores de utero e próstata. Entretanto, efeitos adversos são patentes e podem ser expressos a curto ou longo prazo, como o caso da retite actínica hemorrágica (RAH) , trazendo desconforto e diminuição na qualidade de vida desses pacientes. OBJETIVO: Relatar o caso clínico de uma paciente portadora de RAH com sucesso terapêutico após uso da Oxigenoterapia Hiperbárica (OH). RELATO: I.S.L., 63 anos, feminino, branca, procedente de Macapá (AP), aposentada. Em 2009, paciente foi submetida à RTP para tratamento de adenocarcinoma de endométrio grau II. Em 2010, paciente iniciou quadro de sangramento anal vivo associado a coágulos.Referia ainda dor abdominal tipo cólica, náuseas, tenesmo e diarreia. Foi submetida a colonoscopia que evidenciou mucosa hiperemiada, com presença de fibrina e sangramento ativo, sendo diagnosticado RAH. Foi submetida a tratamento com supositório de Asalit, enema de sucralfato e Mesalazina, sem melhora do quadro clínico. A utilização de formalina foi contra indicada devido a reação alérgica. Como terapia alternativa, realizou-se tratamento com OH por seis meses, em um total de 88 sessões. O uso de OH apresentou melhora significativa do aspecto morfológico do tecido lesionado e das queixas clínicas do paciente. Após seis meses de tratamento a mucosa apresentava-se cicatrizada, sem sinais de hemorragia, situação completamente diferente da observada no início desta terapia, onde a mucosa apresentava-se hemorrágica e ulcerada, com presença de fibrina e coágulos. Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, assintomática e sem sangramento. CONCLUSÃO: A utilização da OH para o tratamento da RAH mostrou-se um método seguro e bem tolerado no caso clínico apresentado, corroborando com os atuais estudos que apontam a eficácia do uso da OH como tratamento para pacientes com lesões por radiação na região pélvica.

PO147 - TROMBOSE DE MESETÉRICA

ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS¹; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA¹; NARA PULS¹; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA¹; GIOVANNA RICCELLI DO COUTO¹; GÉYSA FABIANA

BOTELHO²; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ¹; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO¹

1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2. INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

Resumo: Trombose venosa é uma moléstia relacionada a alterações na homeostasia do tecido hematopoiético, de acordo com a literatura existem três principais condições que alteram a situação de equilíbrio podendo ocasionar quadros trombóticos. São elas: hipercoagulabilidade sanguínea, lesão endotelial e estase sanguínea, em conjunto denominadas Tríade de Virchow. No quadro de trombose mesentérica os principais fatores desencadeantes seriam cirurgia abdominal prévia e hipercoagulabilidade. Ademais, é de suma importância destacar que a trombose venosa de veia mesentérica é dificilmente deparada por cirurgiões e seu tratamento por trombectomia é raro, sendo a ressecção intestinal tratamento indicado na maioria dos casos. Nesse procedimento existe grande dificuldade em identificar alças inviáveis devido ao edema difuso e congestão venosa, contribuindo assim para altas taxas de mortalidade. RELATO DE CASO: R.C.A.G, sexo feminino, solteira, 50 anos, encaminhada ao serviço via central de vagas com queixa de dor em abdome inferior com início há 01 dia, de moderada intensidade e acompanhada de distensão abdominal. Paciente referia hábito intestinal normal com eliminação de flatos e negava febre ou disúria. Ao exame apresentou abdome pouco distendido, timpânico e doloroso a palpação infraumbilical. Apresentava também Sinal de Blumberg e Lapinsky negativos. Foi realizada ultrassonografia pélvica transvaginal que constatou a presença de líquido livre no espaço hepatorenal e radiografias abdominais que revelaram presença de nível hidroaéreo em abdome superior e sinais de bloqueio em fossa ilíaca direita. Foi realizada também tomografia abdominal que evidenciou líquido livre na cavidade e distensão de estomago e intestino delgado com lentificação do trânsito intestinal. Foi indicada laparotomia exploratória sendo realizada enterectomia parcial com enterotentero anastomose por abdome agudo vascular. Durante ato cirúrgico foi identificada trombose de vasos mesentéricos e isquemia de múltiplas alças. Solicita citologia oncológica, histologia do líquido peritonial e do segmento ressecado (120 cm). Ao exame macroscópico foi visualizada serosa vinhosa e conteúdo hemorrágico na luz. A microscopia confirmou áreas necróticas em todas as túnicas intestinais e margens cirúrgicas preservadas. Foi realizada profilaxia com heparina no pós operatório e a paciente recebeu alta com acompanhamento ambulatorial quinze dias após o ato cirúrgico. CONCLUSÃO: A trombose de vasos mesentéricos é rara e freqüentemente culmina com o óbito do paciente. Existe forte associação de sua ocorrência com hábitos como tabagismo e uso de anticoncepção hormonal, ambos ausentes neste relato ademais o sucesso cirúrgico foi obtido, com alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

PO148 - TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES NO CECO – RELATO DE CASOS

ANDRÉ GATTO; MARIA CRISTINA SARTOR; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA; RONALD KOOL; KELLY CRISTINA VIEIRA; RICARDO MONTE JUNIOR; LÚCIA DE NORONHA; RENATO ARAÚJO BONARDI
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O tumor de células granulares (TCG) foi descrito por Abrikosoff em 1926, sendo denominado mioblastoma de células granulares por sua similaridade às fibras musculares na microscopia óptica. O TCG se desenvolve a partir das células de

Schwann. Pode surgir em qualquer órgão, no entanto é mais comum na cabeça e pescoço, especialmente na língua, mucosa oral e palato. O esôfago é o segmento mais afetado do trato gastrointestinal, sendo muito raro em outros segmentos. Apresenta-se geralmente como nódulo submucoso, elástico, benigno, de coloração rosa-parda, com diâmetro menor que 2 cm. A confirmação diagnóstica é feita por biópsia ou ressecção da lesão. Comumente apresenta a expressão da proteína S-100 à imunohistoquímica. O seguimento pode ser feito com controle endoscópico periódico, pode ser ressecado por meio de endoscopia ou, nas lesões maiores, com dúvida diagnóstica, submetido a ressecção cirúrgica. Se for observado aumento de volume ou quando for maior que quatro centímetros, deve-se considerar a possibilidade de lesão maligna. OBJETIVO: Relatar o caso de 2 pacientes com tumor de células granulares no ceco. RELATOS DOS CASOS: Caso 1: O.S., masculino, 53 anos, aposentado por deficiência mental, natural e procedente de Curitiba-PR, procurou o ambulatório de coloproctologia do HC-UFPR com queixa de hematoquezia, não relacionada às evacuações, em moderada quantidade, durante três dias, há três meses, sem outros sintomas. Sem alterações no exame físico. Na colonoscopia evidenciou-se lesão elevada na submucosa do fundo cecal, com cerca de 5 mm de diâmetro, móvel, endurecida e rosa-amarelada, que foi ressecada com alça diatérmica, suspeitando-se de tumor carcinóide. O exame anatomopatológico descreve nódulo bem delimitado com células arranjadas em trabéculas com citoplasma granular fino, núcleos pequenos, clivados, com focos de calcificação. A imunohistoquímica foi reagente para proteína S-100. O diagnóstico macroscópico, microscópico e imunohistoquímico foi compatível com tumor de células granulares. Houve boa evolução clínica e a colonoscopia de controle foi normal. Caso 2: S.R. P., feminina, 44 anos, do lar, natural e procedente de Curitiba-PR, procurou o ambulatório da gastroenterologia do HC-UFPR com queixa de dor abdominal de longa data, sem sinais de alerta. Exame físico sem alterações. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão de aspecto submucoso, amarelado, endurecida, recoberta por mucosa normal, com 8 mm, na confluência das tênias do fundo cecal, também lembrando tumor carcinóide. A lesão foi ressecada com alça diatérmica. O exame anatomopatológico evidenciou tumor de células granulares. Paciente permanece em seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: Apesar de raro, o TCG deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões encontradas na colonoscopia, especialmente tumor carcinóide, lipoma submucoso e GIST.

PO149 - TUMOR DE EWING APRESENTANDO-SE COMO ADOME AGUDO

THOMAS GREEN MORTON GONÇALVES DOS SANTOS; MÁRCIO CUNHA FATURETO; EMERSON ABDULMASSIH WOOD SILVA; ELBER TADEU RODRIGUES TORRES; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI; BERNARDO ROSA SOUZA; MARCEL CABRAL COGNETTE; GENÉSIO BORGES DE ANDRADE NETO UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Demonstramos o caso de uma paciente de 33 anos, natural e procedente de Uberaba que procurou o Hospital de Clínicas da UFTM com queixa de dor abdominal em baixo ventre, há 3 dias, do tipo cólica, de forte intensidade, associada à náuseas; porém sem vômitos ou alterações urinárias, intestinais e ginecológicas. Ao exame físico apresenta abdome plano, normotenso, ruídos presentes e normais, doloroso a palpação superficial e profunda em hemiadome inferior, sem DB, plastrão palpável em FID, aderida a planos profundos, de aproximadamente 5 x 5 cm. US abdome: apêndice cecal não visualizado, coleção heterogênea em FID medindo 8,5 x

3,5 cm e volume de 83 ml, moderada quantidade de líquido livre com ecos internos na cavidade pélvica. Na exploração cirúrgica foi observada moderada quantidade de coágulos em FID, processo inflamatório em base de apêndice, transição íleo cecal e íleo terminal apresentando espessamento do meso com áreas de hemorragias e pontos de necrose, sem comprometimento de alça. Foram realizadas apendicectomia e biópsias do meso do íleo terminal. O exame anatomopatológico concluiu periapendicite crônica discreta e fragmento de meso de íleo terminal com neoplasia maligna. Na imuno-histoquímica, a neoplasia se marca com CD 99, compatível com tumor de Ewing de partes moles. Comentários: Os Tumores da Família Ewing incluem o Sarcoma de Ewing Ósseo, o Sarcoma de Ewing de Partes Moles (SEPM), o Tumor Neuroectodérmico Primitivo e o Tumor de Askin. A genética molecular e o marcador imunohistoquímico demonstram que todos estes tumores são derivados da mesma célula tronco primordial, sendo este o CD99. Os SEPM ocorrem com mais frequência no tronco, seguidos pelas extremidades, cabeça e pescoço, retroperitônio e outros sítios. Os fatores prognósticos mais importantes estão relacionados ao sítio do tumor primário, ao volume tumoral e à presença de metástases. As lesões maiores tendem a ocorrer nos sítios mais desfavoráveis. Entre os pacientes com doença metastática, os portadores de metástases pulmonares apresentam uma sobrevida superior aos de outros sítios. A maioria dos pacientes apresenta doença metastática oculta, e por esta razão é necessário oferecer-lhes um tratamento sistêmico com quimioterapia, além do tratamento local com cirurgia e/ou radioterapia. A radioterapia deve ser utilizada para pacientes com tumores irresssecáveis. Pacientes de baixo risco apresentam DHL ao diagnóstico < 1.5 x o valor normal ou tumores ressecáveis de localização não pélvica; já os pacientes de alto risco apresentam DHL > 1.5 x o valor normal, tumores de localização pélvica, tumores irresssecáveis ou presença de metástases.

PO150 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL EM DIVERTÍCULO DE MECKEL - RELATO DE DOIS CASOS

WILKER BENEDETI MENDES; LEONARDO HUBER TAUILL; RODRIGO REGO LINS; MARCELO RAPOSO CAMARA; ROBERTA PUIG; HUGO RIBAS NETO; EDSON JURADO SILVA; MARCIO NETO ARAUJO

HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: O divertículo de Meckel é a má formação congênita mais comum do trato gastrointestinal, e ocorre em 1 a 3% da população geral. Normalmente é assintomático. Hemorragia, obstrução e inflamação são suas principais complicações. Sua transformação neoplásica é incomum, e nestes casos, a ocorrência de tumor estromal gastrointestinal (GIST) é rara, sendo encontrado poucos relatos de caso na literatura. Neste trabalho, apresentamos o relato de dois casos, com formas de apresentações distintas, que foram tratados cirurgicamente com sucesso.

PO151 - TUMOR ESTROMAL PARARRETAL EM PACIENTE HIV POSITIVO - RELATO DE CASO

PAULA DE LIMA E SILVA GARCIA; ANNA PAULA COSTA WAKED; JAIME COELHO CARLOS MAGNO; GLORIA MARIA PINTO DE FIGUEIREDO; FRANCISCO EDUARDO SILVA; DANIEL HENRIQUE KUSHNIR; JOSE PINHEIRO MAGALHÃES HEGV, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: G.F.S, feminino, 41 anos, do lar. Queixa Principal: "caroço entre a vagina e o reto". HDA: Paciente refere que há 8 meses vem

notando um abaulamento no reto que dificulta para sentar evoluindo com dor e esforço ao evacuar. Nega sangramento. HPP: HIV positiva em acompanhamento, faz uso de AZT/3TC + lopinavir/ritonavir com carga viral indetectável, último CD4 556. HAS em uso de captopril 2x/dia. Nega DM. Exame Proctológico: Inspeção: Plicomas anais. Toque: Abaulamento em parede ântero-lateral direita com mucosa íntegra. Anuscopia: Plexo externo congesto. RTS: Normal até 25 cm. Colonoscopia: até o ceco, normal. Labs: Ht 34% Hb 11,6 CEA 0,87. TC: lesão expansiva na parede lateral direita do 1/3 distal do reto, estendendo-se ao canal anal, 49mmx39mm e realça periféricamente após o contraste iodado.. Foi submetida a ressecção de tumor pararectal por incisão arciforme na hemicircunferência peri-anal direita. Histopatológico: Neoplasia fusocelular com raras mitoses. Imunohistoquímica positiva para HHF-35 (actina músculo específica) e Vimentina. Negativa para S100, compatível com leiomioma epitelioide. Discussão: Leiomioma epitelioide é um tumor estromal, de origem no músculo liso, de comportamento biológico indefinido. A diferenciação celular é feita por imunohistoquímica. A maioria apresenta positividade para actina de músculo liso, com S100 e CD34 positivos. Os schwannomas possuem S100 positivo. A baixa celularidade e tamanho pequenos em tumores estromais intestinais, não são garantia de curso clínico benigno. O tumor estromal retal na muscular própria tem comportamento agressivo independente de tamanho ou aspecto. Conclusão: O leiomioma do TGI é uma neoplasia benigna rara, que acomete principalmente o estômago, acometendo os cólons em 3%. Geralmente se apresentam como lesões sésseis, intraluminais ou intramurais que podem causar sangramento, obstrução ou perfuração. Mas podem se manifestar como tumores extraluminais pediculados. Maioria são incidentalomas, encontrados em endoscopia ou ressecções cirúrgicas feitas por outras patologias. Tipo de tumor raro, poucos relatos na literatura.

PO152 - TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL RETRORRETAL: RELATO DE DOIS CASOS

VIVIAN REGINA GUZELA; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; GUSTAVO URBANO; ANDRÉ ANTÔNIO ABISSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; OMAR FÉRES; JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO.** Os tumores estromais gastrintestinais são oriundos das células intersticiais de Cajal que sofrem uma mutação no oncogene c-KIT. Normalmente ocorrem em adultos acima de 40 anos e podem estar presentes em qualquer local do trato digestivo, sendo mais comuns no estômago (60-70%) e no intestino delgado (25-35%). Cólon, reto e apêndice somam 5% de ocorrência. Dentre as neoplasias do reto, representam menos que 0,1% dentre todos os tipos histológicos relatados. Por definição, estes tumores são c-KIT positivos, sendo que a positividade para CD34 é menos específica e a negatividade para desmina é usualmente encontrada. Os fatores de alto risco incluem o tamanho do tumor (>10 cm), o número de mitoses (>10/50CGA) e a localização. A pesquisa do termo "Retrorectal GIST" no PubMed revela três relatos de caso (2000, 2010 e 2012). Neste trabalho, apresentaremos dois casos de GIST retrorretal. **RELATO DE CASOS.** L.R, 55 anos. Evoluiu com esforço evacuatório, tenesmo e afilamento das fezes. Exame físico normal, exceto pelo toque retal, que evidenciava lesão extrínseca de 3 até 10cm da borda anal, póstero-lateral direita. Submetido a colonoscopia, que evidenciou abaulamento extrínseco com biópsia da mucosa inespecífica. A ressonância magnética evidenciava lesão pré-sacral

em íntimo contato com a parede do reto. O paciente foi então submetido à exérese da massa e retossigmoidectomia (anastomose colo-anal) com ileostomia protetora. O anátomo-patológico evidenciou lesão compatível com GIST de comportamento agressivo e alto risco. A imunohistoquímica revelava positividade para c-kit e negatividade para S100 e desmina. A tomografia computadorizada de abdome, três meses após, não evidenciava lesões residuais. O paciente está em uso de Imatinibe 400mg/dia. No momento, está assintomático. V.M, 50 anos, branco. Iniciou proctalgia e hematoquezia. O exame físico revelava toque retal com massa a cerca de 3 cm da borda anal até 8 cm, posterior. Submetido a colonoscopia que evidenciou lesão extrínseca com início na linha pectínea abaulando o reto baixo e ulcerando a mucosa. A ressonância magnética evidenciava massa retrorretal com maior diâmetro de 6 cm, sem invasão de estruturas adjacentes exceto pela parede retal. O paciente foi submetido à retossigmoidectomia (anastomose colo-anal) e colostomia protetora. A biópsia revelou GIST (positividade para c-KIT) de baixo risco. O paciente não foi submetido à adjuvância e atualmente está assintomático. A tomografia com seis meses de seguimento não revela alterações. **DISCUSSÃO.** Os tumores retrorretais são de ocorrência rara e algumas das últimas revisões a respeito não contemplam o GIST nas classificações etiológicas. Devido à raridade destes casos, não existem ainda consensos sobre a terapia mais adequada dos GIST retrorretais, sendo fundamentais os relatos de caso que permitam um melhor entendimento do manejo cirúrgico, adjuvância e prognóstico destes tumores.

PO153 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS ASSOCIADO A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL (PAF):RELATO DE CASO

ANDRÉ GATTO; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO CARLOS KUSTER FILHO; JOSÉ EDERALDO QUEIROZ TELLES; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; PRISCILA BACILADE AMORIM; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA; RENATO ARAÚJO BONARDI

UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **Objetivo:** O Objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de PAF que apresentou, no seguimento, tumor neuroendócrino de pâncreas; e revisar a literatura no que diz respeito à associação da PAF com tumores primários de outros sítios e síndromes relacionadas. **Descrição do caso:** Foi acompanhado o caso de um paciente masculino, de 44 anos de idade, admitido na enfermaria de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas - UFPR dia 18/01/2012, por tumor no pâncreas e tumor no reto com plano de ressecção das lesões. O paciente realizava acompanhamento por PAF no Hospital de Clínicas desde os 36 anos de idade. Foi submetido a colectomia total com anastomose ileorretal em XXX. Perdeu seguimento, ficando vários anos sem realizar consulta médica. Em 2011 apresentava dor anal associada a fezes diarreicas e com sangue. Também referia perda de 20 Kg em 4 meses. A colonoscopia demonstrou lesão infiltrativa do reto, desde o canal anal, envolvendo toda circunferência do órgão e se estendendo por toda a linha de anastomose. A biópsia demonstrou adenocarcinoma. A Tomografia Abdominal, de 16/10/2011, acusou massa pancreática na transição entre o corpo e a cauda, compatível com lesão neoplásica. O paciente foi submetido à amputação do reto com ileostomia terminal. O tumor do pâncreas era nodular, facilmente destacável e procedeu-se a enucleação da neoplasia com pancreatorrafia. O paciente evoluiu com fístula pancreática, resultando em internamento prolongado. Evoluiu bem com tratamento clínico, recebendo alta dia 26/03/12 sem outras complicações. O

laudo anatomopatológico da lesão pancreática foi de tumor endócrino pancreático, sugestivo de insulinoma. No reto confirmou-se adenocarcinoma, do tipo pouco diferenciado, com áreas de produção de mucina, úlcero-infiltrativo, infiltrando reto distal e canal anal. Conclusão: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é doença autossômica dominante, com expressividade variável, causada por mutação no gene APC e caracterizada pelo desenvolvimento de inúmeros pólipos adenomatosos colônicos, associados a alto risco de desenvolvimento de tumores colorretais. Algumas síndromes estão associadas à PAF. As mais importantes são a Síndrome de Turcot em que associa polipose intestinal e tumores do sistema nervoso central e a Síndrome de Gardner que é caracterizada pela presença de osteomas múltiplos, quistos, e tumores de tecidos moles. Outras condições incluem os tumores desmóides da parede abdominal, mesentério e retroperitônio, carcinoma da tireóide, carcinoma periampolar, adenomatose gastrointestinal e carcinoma. O caso do paciente descrito pode ser encaixado na variante Síndrome de Gardner da PAF. As características histológicas das lesões pancreáticas na síndrome de Gardner são muito variadas, podendo ser benignas ou malignas, endócrinas, exócrinas ou estromais. A incidência de carcinoma periampolar nesse grupo é aproximadamente 100 a 200 vezes maior que na população geral.

PO154 - TUMOR NEUROENDÓCRINO NA REGIÃO PRÉ-SACRAL

DIEGO VIEIRA SAMPAIO; DAVID LANNA; HERALDO NEVES VALLE JUNIOR; LEONARDO LUCAS OLIVEIRA; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MATHEUS MMMDE MEYER
SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: tumores neuroendócrinos são lesões raras com incidência de 2-5 por 100 000 habitantes, sendo 55% dos casos localizados no trato digestivo (intestino delgado 45%; reto 20%; apêndice 16%; cólon 11% e estômago 7%). Tais lesões na região pressacral são extremamente raras com 11 casos descritos na literatura (todos tumores carcinóides). Presume-se que tais lesões originem-se de células neuroendócrinas localizadas em remanescentes pressacral do intestino posterior podendo ou não ser associados a hamartomas císticos retro retais. Objetivo: relatar caso de paciente portador de tal lesão (extremamente rara na literatura). Métodos: paciente de 24 anos submetido a ressecção de linfonodo inguinal direito cujo histopatológico revelou tratar-se de tumor neuroendócrino metastático pouco diferenciado. Realizada tomografia de abdome total revelando lesão expansiva ovoide com densidades de partes moles localizada na ponta do cóccix (sem erosão deste) se estendendo para fossa isquiorretal direita encostada na face posterior do músculo levantador do anus medindo 4,0 x 2,8 cm, não havendo infiltração da gordura adjacente. Ressonância magnética revelou lesão de 4,3 X 3,2cm, sólida, hipervascularizada na fossa isquiorretal direita envolvendo algumas fibras do músculo elevador do anus e envolvendo toda a circunferência da última peça cóccigea. Solicitada PET TC que não evidenciou outras captações patológicas. Decidido pela ressecção da lesão (acesso posterior). Resultados: Realizada a ressecção da lesão, com boa evolução do paciente (recebeu alta no 4º DPO) e durante retorno no 10º DPO apresentou pequena deiscência de pele. Histopatológico e imuno-histoquímica revelaram tumor neuroendócrino pouco diferenciado, grau 2 (contagem mitótica de 2-20 e/ou índice de proliferação de 3-20%) positivo para sinaptofisina, cromogranina, citoqueratinas e antígeno Ki-67, com invasão angiolinfática. Decidido apenas por observação por parte da

oncologia. Conclusão: Tumores neuroendócrinos podem apresentar-se no espaço pressacral, apesar da raridade, e especula-se que tal localização se deva à presença de células neuroendócrinas em remanescentes do intestino posterior.

PO155 - TUMOR PRÉ-SACRAL: RELATO DE CASO

BRUNO FREIRE BORGES; ELTON CARLOS LEONARDO NOGUEIRA; PAMELA LEO VIANA; JOSEANE CANTON; ALINE DAVID SILVA; RAQUEL KELNER SILVEIRA; JOAQUIM HERBENIO COSTA CARVALHO; MAURICIO JOSE DE MATOS E SILVA

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores do espaço retrorretal compreendem um grupo raro e heterogêneo de lesões. Localizados numa região anatômica de difícil acesso e constituídos por múltiplos tipos histológicos com diferentes etiologias, os tumores retrorretais (também conhecidos como pré-sacrais) podem representar um dilema diagnóstico e terapêutico ao cirurgião colorretal. São classificados de acordo com a etiologia como: congênitos, inflamatórios, neurogênicos, ósseos e miscelâneas. As lesões benignas e malignas têm apresentações clínicas semelhantes, sendo a forma assintomática mais prevalente e em sua maioria descobertas durante exame proctológico ou ginecológico de rotina. Objetivo: Relatar um caso de Cisto Epidermoide pré-sacral e a abordagem cirúrgica utilizada. Método: Revisão de prontuário. Resultados: Paciente de 53 anos, sexo feminino, branca. Apresentava queixa desensação de peso em região anal. Ao exame físico geral não apresentava alterações e ao exame proctológico, identificou-se tumoração, de 2 cm de diâmetro, em quadrante posterior direito a cerca de 6 cm da margem anal. Colonoscopia foi normal. A ressonância magnética da pelve demonstrou várias coleções císticas em região retrorretal, se estendendo de 4 até 6 cm de distância da margem anal, sendo as duas maiores medindo 1,8x1,2 cm e 1,3x1,0 cm. Realizamos ressecção cirúrgica das lesões através do acesso posterior parassacrocóccigeo (Kraske). Evidenciamos diversos cistos com conteúdo mucoso e purulento na região posterior do reto, estando alguns aderidos à parede do mesmo, que foram removidos individualmente. A paciente recebeu alta hospitalar no terceiro pós-operatório. Não houve complicações. O anátomo-patológico foi consistente com Cisto Epidermoide. Conclusão: Após realização de propedêutica especializada, a ressecção cirúrgica completa da lesão é a melhor opção para o tratamento destas lesões. Com relação à abordagem, está muito bem estabelecida a segurança do acesso posterior para o tratamento das lesões pré-sacrais com limite cranial ao nível de S4. Lesões mais craniais necessitam de abordagem anterior combinada, a fim de garantir controle vascular seguro.

PO156 - TUMOR RETRORRETAL

MARDEM MACHADO SOUZA; FABIO LYON MOREIRA; JOAQUIM DELFINO NETO FILHO; ANGELA CAROLINA NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Apresentar um caso clínico enfatizando a abordagem cirúrgica por via posterior em tumor tipo teratoma retrorretal. Descrição do caso: Paciente feminina, 15 anos, com história de meningocele realizou correção cirúrgica aos 4 meses de vida, apresentando fístula persistente desde então. Havia saída de secreção hialina e fétida em região sacrocóccigea associada a episódios recorrentes de processo inflamatório local. Foi encaminhada para o serviço de coloproctologia do Hospital Geral Universitário para

investigação, onde foi realizada abordagem cirúrgica por via de acesso Transsacral e retirada da massa tumoral, com parada de eliminação de secreção em região sacrococcígea. Resultado: Através de análise anátomo-patológica confirmou-se tratar de teratoma maduro em topografia retrorretal. Conclusões: Teratomas sacrococcígeos são neoplasias verdadeiras e contêm o tecido de cada camada de células germinativas e geralmente requerem abordagem cirúrgica no seu tratamento, o qual pode ser por Via Transabdominal (Via Anterior) ou Via Transsacral (Via Posterior).

PO157 - TUMORES PRIMÁRIOS DA FOSSA ÍSQUEO-RETAL
EDUARDO FONSECA ALVES FILHO; PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA; ADIL JOSE DUARTE FILHO; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; ROBERTO DE SOUZA MENDONÇA; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.
Resumo: **INTRODUÇÃO.** Tumores primários da fossa ísqueorretal (TPFIR) são infrequentes e tumores nesta região comumente decorrem da invasão da região por tumores de órgãos e regiões adjacentes como próstata, ânus, reto, tumores pélvicos ou ósseos. O tratamento é essencialmente cirúrgico com excisão da lesão. O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos de tumores primários da FIR e discutir o diagnóstico, tratamentos e prognóstico destas lesões. **MATERIAL E MÉTODOS.** Técnica operatória: Paciente em decúbito ventral tipo “jack knife”, com afastamento das nádegas; 1) incisão vertical para-sacral e perineal, dissecação do tecido celular subcutâneo até o nível da musculatura glútea; 2) identificação da borda inferior do tumor e da tuberosidade isquiática, dissecação lateral do tumor da musculatura do glúteo máximo após secção do ligamento sacrotuberoso; 3) Dissecação medial e cranial com liberação do reto, dos esfíncteres anais e dos elevadores do ânus do tumor; 4) fechamento por planos e drenagem da região com dreno suctor. **RESULTADOS.** Foram tratadas duas pacientes com TPFIR, foram ressecadas com sucesso duas massas de 14 X 12 cm e 11 X 13 cm, o diagnóstico histo-patológico e imuno-histoquímico pós-operatório de ambos os casos foi de tumor fibroso solitário, não ocorreram complicações significativas, com um tempo médio de seguimento de 20 meses não apresentam sinais de recidiva. TPFIR podem ser congênitos, adquiridos, inflamatórios ou neoplásicos. O diagnóstico pré-operatório habitualmente não é possível. Exames de imagem, em especial a RNM auxiliam no tratamento. Porém o diagnóstico só pode ser feito com a excisão completa da lesão. As operações são desafiadoras em virtude do difícil acesso a região.

PO158 - TUMORES RETORRETAIS: RELATOS DE CASO
MARTA BEATRIZ FONTENELE SANTOS; FERNANDA RODRIGUES FERNANDES; CYNTHIA ABDALLA CRUZ; DANIELLE TALAMONTE; AQUILES LEITE VIANA; ERIVALDO FERNANDES LIRA; JOSÉ JUVENAL DE ARAUJO; JANDUI GOMES DE ABREU FILHO

HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** Tumores retrorretais são raros em adultos. **Objetivo:** Descrever os casos clínicos de duas pacientes portadoras de tumores retrorretais atendidas no serviço de Coloproctologia do HBDF. **Relatos de caso:** MAS, 56 anos, feminina, assintomática realizou USTV de rotina que evidenciou uma lesão cística retrouterina. Encaminhada ao nosso serviço como parte da investigação. Possuía exame proctológico normal, com a exceção da inspeção dinâmica,

na qual era visualizada abaulamento redutível em períneo e glúteo direito. TC de abdome evidenciou lesão cística no espaço pararretal e pré-sacral que deslocava anteriormente o útero e a vagina, podendo corresponder a “tail gut cyst” ou cisto de duplicação de reto. Foi então submetida à ressecção do tumor via abdomino-perineal. No 4º DPO, apresentou saída de fezes pela ferida operatória do períneo. Foi reabordada tendo sido identificada pequena perfuração retal e realizada lavagem da cavidade abdominal e da ferida e confecção de colostomia. Evoluiu bem. A biópsia da peça revelou duplicação de bexiga. No momento, paciente encontra-se em pré-operatório para reconstrução de trânsito. KGSM, 24 anos, feminina, em investigação devido à litíase renal, submetida à TC de abdome que evidenciou lesão retro-retal. Foi encaminhada à Proctologia para avaliação. Paciente sem queixas algícas ou proctológicas. Ao exame, toque retal revelava esfíncter normotônico, abaulamento em quadrante superior esquerdo, de consistência elástica distando cerca de 6 cm da borda anal. Retossigmoidoscopia confirmou o achado. Submetida à procedimento de York-Mason modificado com preservação esfíncteriana. Paciente evoluiu bem. A biópsia da lesão evidenciou um cisto dermóide. **Discussão:** O espaço pré-sacral ou retrorretal possui um desenvolvimento embriológico complexo o que explica o vasto diagnóstico diferencial para tumores nessa região. Além disso, tumores nessa região geralmente são indolentes e provocam sintomas mal-definidos o que, muitas vezes, determina um diagnóstico tardio quando a lesão já adquiriu grandes proporções. De acordo com a literatura, os cistos retrorretais são raros, mais comuns entre mulheres de meia-idade com uma proporção de 3 mulheres atingidas para cada homem. Quando presentes, os sintomas geralmente se relacionam à compressão retal ou de estruturas do trato urinário. Exames de imagem como a TC e a RNM podem ajudar na investigação permitindo a avaliação do tamanho da lesão e sua relação com estruturas adjacentes. Apesar de ainda haver controvérsia em relação à realização de biópsia pré-operatória, todos os tumores retrorretais possuem indicação cirúrgica (excisão completa) quando diagnosticados, devido ao risco de malignização e infecção. A região pré-sacral é uma área de difícil acesso, por isso a via de acesso cirúrgico deve levar em conta a posição da lesão, sua relação com estruturas adjacentes, seu tamanho e a experiência do cirurgião.

- ORIFICIAIS -

PO159 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TROMBOSE HEMORROIDÁRIA EXTERNA E OUTRAS DOENÇAS ANAIS PRÉ-EXISTENTES

MARCELO BETIM PAES LEME; EVANDRO DE MORAIS E SILVA; ROGÉRIO DE OLIVEIRA GONÇALVES; VIRGINIA CAMPOS DALMASO; LEONARDO AMORIM FORMAGGINE
HSJB, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO.** A trombose hemorroidária externa (THE) é uma doença frequente cercada por muitas dúvidas e mitos relacionados a sua ocorrência, entre estes, a possibilidade de que a THE esteja associada a doenças anais prévias, especialmente as hemorroidas, e também a constipação intestinal, particularmente ao esforço evacuatório. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar, em pacientes com THE, a presença de outras doenças anais associadas e queixas de constipação. **MÉTODO:** Foram avaliados 63 doentes consecutivos com diagnóstico inequívoco de THE confirmados pelo exame proctológico, sendo 44 do sexo masculino, 19 do sexo feminino e idade média de 39 anos. Pelo exame proctológico baixo

foram registradas a presença de doenças anais como hemorróidas, fístulas, fissuras e plicomas. Foram também avaliadas, pela história clínica, as queixas de constipação intestinal crônica, de esforço evacuatório e o histórico de episódios anteriores de THE. RESULTADOS: A frequência de doença anal associada a trombose hemorroidária externa foi de 20,6%. E de alteração do hábito intestinal. Associado a trombose hemorroidária externa, foi de 17,5% na constipação, 15,9% no esforço evacuatório. Sendo considerado normal em 66,6%. A frequência de episódios prévios de trombose hemorroidária externa: 01 episódio 25,4%; 02 episódios 4,8%; 3 ou mais episódios 7,9%; Não apresentaram episódios prévios, 61,9%. DISCUSSÃO: É importante entender melhor a trombose hemorroidária externa (THE) considerando-se a sua alta prevalência, a elevada taxa de recorrência (38,1% dos pacientes nesta pesquisa tinham apresentado episódios anteriores) e a limitação das medidas profiláticas. Nós consideramos neste estudo, para que não houvesse dúvida diagnóstica, as lesões únicas, com definido por Hancock: “uma trombose aguda única e localizada que afeta o plexo hemorroidário externo”. Nossos resultados não mostraram relação significativa entre a existência de doença anal prévia com o achado de THE. Outros autores também têm verificado resultados semelhantes, havendo sugestão até para que se troque o nome da THE para “trombose perianal” para distinguir da doença hemorroidária clássica, uma vez que a relação causal entre as duas doenças não foi demonstrada de maneira convincente. A associação da THE com constipação intestinal e esforço evacuatório também não foi verificada nesta pesquisa. Gebbensleben O. et al., avaliaram por análise multivariada fatores de risco para THE e detectaram somente três fatores fortemente associados trombose hemorroidária, idade abaixo de 46 anos (nesta pesquisa idade média de 39 anos), esforço físico excessivo e a prática de higiene seca. Sabemos da limitação amostral deste estudo, 63 doentes, no entanto ficamos motivados a apresentar estes resultados, pois temos notado na prática clínica, que muitos médicos, mesmo espec.

PO160 - DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA GUIADA POR DOPPLER – CASUÍSTICA INICIAL DO SERVIÇO

MARCOLINO SOUZA AGUIAR; EULER MEDEIROS AZARO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; ALINE LANDIM MANO; NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS
HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A desarterialização hemorroidária guiada por doppler (THD) é uma técnica livre de exérese para o tratamento da doença hemorroidária. Consiste na identificação, guiada por doppler, seguido de ligadura dos ramos distais da artéria retal superior e de mucopexia até 01cm da linha pectínea. O resultado esperado é a redução do fluxo sanguíneo e da congestão vascular, além da regeneração do tecido conjuntivo, o que facilita a retração das hemorroidas, com consequente redução do prolapso e melhora dos sintomas. OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência inicial com a técnica no serviço de Coloproctologia do Hospital São Rafael (HSR). MATERIAIS E MÉTODOS: De janeiro a junho de 2012, quatro pacientes foram submetidos ao THD. Todos apresentavam doença hemorroidária de terceiro grau e prolapso mucoso associado. Não foi realizado preparo intestinal. Todos os pacientes receberam antibioticoprofilaxia. No pós-operatório foram utilizados analgésicos e anti-inflamatórios sistêmicos. RESULTADOS: O tempo operatório não ultrapssou 90 minutos e o internamento foi de um dia para todos os pacientes. Houve redução do prolapso e

ausência de queixas álgicas no pós-operatório imediato. Dois pacientes evoluíram com queixa de tenesmo e sangramento, que foram resolvidos com medidas clínicas. Todos os pacientes apresentam-se assintomáticos até o momento, com acompanhamento máximo de seis meses. CONCLUSÃO: O uso da técnica de desarterialização hemorroidária surgiu como uma alternativa satisfatória para o tratamento da doença hemorroidária de terceiro e quarto graus, associada ao prolapso mucoso, com resultados animadores a curto prazo. Notamos em um caso que a presença de prolapso mucoso volumoso dificultou a execução da técnica, principalmente nas primeiras ligaduras arteriais, sem comprometimento, no entanto, do resultado final.

PO161 - FÍSTULA PERIANAL POR TUBERCULOSE COM RECONSTRUÇÃO DE RETALHO DE AVANÇO APÓS TRATAMENTO: RELATO DE CASO

FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; RICARDO FILIPE SOUZA MAGALHAES; JOSÉ MARIA CABRAL JÚNIOR; JORGE CABRAL NETO; LUANA GIMENEZ FREIRE
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

Resumo: Introdução: O Brasil ocupa a 15ª posição da incidência de Tuberculose (TB) e o Amazonas é o segundo lugar dos estados, com uma taxa de 66,78 casos por 100.000 habitantes. A forma perianal, responsável por 1% dos casos gastrointestinais, é uma variante incomum da TB extrapulmonar e mimetiza outras condições perianais mais comuns, como fístulas anais, inclusive sendo o sintoma mais frequente da TB anorretal. Objetivo: Relatar um caso clínico de um paciente com fístula perianal, causada por TB de longa evolução, tratada cirurgicamente várias vezes, sendo necessária a intervenção da cirurgia plástica. Metodologia: Os dados foram obtidos através da anamnese, exame físico, revisão do prontuário e consulta a literatura científica. Resultado: C.J.R.M, masculino, 44 anos, eutrófico, vindo a consulta com queixas de drenagem de secreção purulenta em região perineal há mais de 10 anos, tosse e febre baixa esporádicas, tendo sido submetido a procedimentos cirúrgicos sem melhora. A retossigmoidoscopia evidenciou orifícios fistulosos as 12h, a 3cm e a 10cm do rebordo anal, tecido gorduroso frouxo no períneo, esfínter hipertônico, sem alterações no reto. O teste PPD resultou 23 mm, radiografia de tórax normal. A ressonância magnética evidenciou coleção heterogênea no espaço pré-sacral medindo 4 x 7 x 2 cm, coleção tubuliforme atravessando os músculos elevador do ânus e puborretal a esquerda, com extensão para a fossa ísquio-retal, tecido adiposo perianal e ao assoalho urogenital junto a base do pênis. O paciente foi tratado com esquema RIP por 1 ano, mantendo a descarga purulenta a despeito de melhora do quadro geral, sendo, então, solicitado a tomografia computadorizada que revelou fístula perineal complexa, transesfínteriana, apresentando comunicação com o canal anal e pequena fístula perianal a esquerda. Realizado o tratamento cirúrgico pela técnica de fistulotomia em dois tempos, evoluindo com deiscência da aproximação da pele, devido à tensão nas bordas da ferida, cicatrizando por segunda intenção. O laudo da biopsia apontou processo inflamatório crônico inespecífico. Um ano após a cirurgia, o períneo apresentava-se parcialmente epitelizado, sem sinais de infecção. No entanto, o paciente encontrava-se desconfortável com a grande quantidade de tecido adiposo frouxo na região perineal, que foi resolvido pela cirurgia reparadora de retalho de avanço perineal. Conclusão: Neste caso, a hipótese de tuberculose perianal foi aventada devido ao longo período de doença refrataria aos tratamentos cirúrgicos instituídos, a endemicidade da doença na região e ao teste tuberculínico positivo. O tratamento clínico curou a TB e

a fistulotomia levou a cura da doença perianal, entretanto, restou à seqüela em região perineal, que foi resolvida com a cirurgia de avanço de retalho perineal a qual não seria necessária, inclusive, a dificuldade na qualidade de vida do paciente, se fosse investigada há 10 anos.

PO162 - INFECÇÃO PERINEAL NECROTIZANTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE HEMORROIDECTOMIA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE – RELATO DE CASO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA – RJ

LUCIANA DE OLIVEIRA FIALHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; VINICIUS FREITAS ASSIS; MARCELO NEVES CARVALHO; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JORGE BENJAMIN FAYAD
HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Gangrena perineal é uma complicação grave com alto índice de morbi-mortalidade. Acomete geralmente pacientes do sexo masculino, idade média de 50 anos e associado frequentemente a pacientes imunocomprometidos, diabéticos, renal crônico, discrasia sanguínea, obesidade, tabagismo e relacionados a manipulação cirúrgica prévia da região perineal ou geniturinária. As queixas usuais são dor e edema perineais. Geralmente o diagnóstico tardio e a demora em instituir um tratamento apropriado é o principal fator de risco para evolução fulminante do quadro. O tratamento consiste em esquema antibiótico amplo, hidratação vigorosa e desbridamento cirúrgico agressivo. Objetivo: Relatar o caso de uma infecção perineal necrotizante em paciente jovem, do sexo feminino, imunocompetente em pós operatório tardio de hemorroidectomia atendida no Hospital Federal de Ipanema. Materiais: MCM, feminina, negra, 48 anos, admitida no setor de Coloproctologia do hospital Federal de Ipanema (HFI) transferida de uma unidade de pronto atendimento do estado (UPA) no décimo segundo dia de pós-operatório de hemorroidectomia. Na admissão paciente encontrava-se torporosa, ictérica, hipotensa, taquicárdica, taquipneica, anêmica e febril, configurando um quadro de sepse grave. No exame físico foi identificado uma extensa área de edema, flutuação, hiperemia, flictemas e odor fétido em região perianal com extensão para vulva e raiz de coxa direita. Na história admissional foi verificado que a mesma tinha relatado dor em região perianal há alguns dias sem associação com piroxia, tendo procurado auxílio médico há dois dias na UPA com imediata internação e início de Oxacilina e amoxicilina com clavulanato. No HFI paciente foi transferida para unidade fechada, iniciado reposição volêmica, culturas e troca de antibiótico para Meropenem. Após estabilização clínica, foram realizados sucessivas abordagens cirúrgicas para desbridamento do tecido necrosado e confecção de sigmoideostomia em alça. Resultados: Paciente respondeu bem as abordagens cirúrgicas e ao tratamento de terapia intensiva. Sorologias foram negativas para HIV e hepatite. Iniciou-se curativos à vácuo com excelente resposta de tecido de granulação em toda a extensão da ferida. Com a melhora do estado geral, extubação e ausência do uso de aminas vaso-ativas foi solicitado avaliação e acompanhamento do serviço de cirurgia plástica, que optou por colocação de enxerto em dois momentos. A paciente após a primeira cirurgia reparadora evoluiu para óbito com quadro de Pneumonia nosocomial. Conclusão. A importância do diagnóstico precoce associados ao tratamento agressivos tanto clínico como cirúrgicos são fundamentais para o manejo desta patologia. As infecções anorretais são geralmente mais graves e acarretam uma taxa maior de mortalidade quando comparada a outras etiologias, devendo-se ter uma atenção redobrada para queixa dos pacientes proctológicos.

PO163 - RELATO DE CASO: LIFT (LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO)

JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; SHELIA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; WARYSON SILVA SURIMÃ; ALLYSSON BRUNO RAPHAEL BRAGA; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; FABIO SANTIAGO RODRIGUES
HUWC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: Fístula Anal compreende uma doença proctológica em que há infecção das glândulas anais com formação de comunicação anômala, unindo, geralmente, um orifício externo e um orifício interno no canal anal. A Proctologia foi desenvolvida, em grande parte, graças ao estudo da fístula perianal. Existem 4 tipos básicos de fístula anal, a saber: interesfincteriana, transesfincteriana, supraesfincteriana e extraesfincteriana. O LIFT é uma técnica que foi proposta, pela primeira vez, em 2006, por A. Rojanasakul et al. É baseada na ligadura do trajeto fistuloso através do espaço interesfinctérico. O objetivo da técnica é preservar a função esfíncteriana com taxa de recidivas baixas. Objetivo: Relatar um caso de fístula transesfinctérica tratada com sucesso através da técnica do LIFT, mostrando os resultados morfológicos e funcionais através de ultrassonografia endoanal e manometria anorretal pré e pós operatória, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio. Relato de caso: Identificação: ACS, feminino, 29 anos, solteira, natural e procedente de Fortaleza-CE. Queixa principal: “Saída de secreção pelo ânus”. Paciente referiu que há cerca de 18 meses teve um abscesso perianal que foi drenado espontaneamente. Evoluiu posteriormente com queixa de saída persistente de líquido purulento e mal cheiroso pela região perianal, associado a episódios recorrentes de dor no local. Ao exame proctológico: Inspeção - Orifício Externo de fístula perianal às 2 h. Toque retal - Orifício Interno às 12- 1 h. Anuscopia: Orifício Interno de fístula perianal às 12-1h. Exames complementares: Retossigmoidoscopia flexível - normal. Manometria anorretal pré-operatória: Pressão média de repouso - 73 mmHg. Pressão de contração média: 123 mmHg. Ultrassom Endoanal - detectou fístula transesfinctérica anterior com trajeto curvo. Pós-operatório: Antibioticoterapia - metronidazol por 10 dias. Não apresentou complicações no PO precoce. Cicatrização 44 dias após realização do LIFT. Não recidivou. Nega incontinência fecal: Escore Wexner = 0. Manometria anorretal pós-operatória: Pressão média de repouso: 71 mmHg. Pressão de contração média: 133 mmHg. Conclusão: A técnica é promissora e tem potencial para ser uma opção válida para tratamento de fístulas perianais. Deve-se dar atenção para os detalhes da técnica, pois é a chave do sucesso terapêutico.

PO164 - REPETIÇÃO DA TÉCNICA DE DELORME NO PROLAPSO TOTAL DE RETO RECIDIVADO

CLAUDIA ROSALIESMERALDO JUSTO; FERNANDO LUIZ DE SOUZA MONTEIRO; JOAQUIM HERBENIO COSTA CARVALHO; ALINE DAVID SILVA
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Objetivos: A técnica de Delorme apresenta baixa taxa de complicação, porém tem alta taxa de recidiva. São escassos os trabalhos sobre o resultado do tratamento da recidiva por esta técnica. O Objetivo foi Analisar os resultados da técnica de Delorme no prolapso total de reto recidivado em pacientes previamente operados por esta técnica. Material e métodos: Foi analisada retrospectivamente uma série de cinco pacientes com recidiva de prolapso total primariamente operado por Delorme que se submeteram a uma segunda

operação por esta técnica, no período de abril de 2008 a julho de 2012. Todos eram do sexo feminino, com idade variando de 59 a 93 anos (média de 79,6 anos). O seguimento após a cirurgia secundária variou de 1 a 26 meses. Os dados coletados em prontuários incluíram tempo de internamento hospitalar, morbidade, mortalidade e achados clínicos. Resultados: A co-morbidade foi cardiopatia isquêmica compensada em uma paciente e sequela de AVC em outra. A média de internamento da cirurgia secundária foi de 4 dias (variou de 3 a 5 dias). Houve uma paciente com estenose precoce que foi facilmente resolvida com dilatação digital e dieta com fibras. A mesma tem seguimento de 26 meses sem recidiva e com melhora da incontinência. Não houve sangramento, infecção ou mortalidade. Houve duas recidivas no seguimento de 3 meses e 11 meses após cirurgia secundária. Duas pacientes estão em um curto seguimento de 1 e 3 meses. Conclusão: Houve alta taxa de recidiva e baixa taxa de complicações imediatas a cirurgia, sugerindo que a técnica de Delorme pode ser repetida no prolapso total de reto recidivado em pacientes operados previamente por esta técnica em uma população de idoso e com co-morbidade.

PO165 - SCHWANNOMA ANAL

JOSÉ CARLOS NUNES MOTA; LUIZ MIGUEL SANTOS BARRETO
UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A incidência de Schwannoma ou neurilemoma primitivo benigno ou maligno do trígono anal é raro e ausente nos relatos da literatura. Os Schwannomas são tumores que se originam de células de Schwann na bainha do axônio e podem ocorrer nas raízes de nervos cranianos, espinhais e nervos periféricos. Este tumor de origem nervosa, encapsulado, solitário apresenta crescimento lento e progressivo¹. Encontra-se com frequência na região de cabeça e pescoço, principalmente quando localizado no nervo vestibulococlear (NC VIII) chamado de neurilemoma acústico. OBJETIVO: O trabalho mostra um estudo retrospectivo de hemorroidectomia com um achado raro de schwannoma. MÉTODO: M.V.P. masculino, 42 anos, feodérmico, comerciante, natural de Salvador do Estado da Bahia foi encaminhado ao serviço de coloproctologia queixando-se de prisão de ventre, fezes ressecadas e sangramento no momento de defecar há mais ou menos um ano. Referia um caroço na região anal e dor local. Ao exame físico, apresentava mucosas normocrômicas, estado geral regular. Na Inspeção foi visto pregas cutâneas redundantes, aumentadas, de consistência elástica e diminuída. No toque retal constatou-se a presença de resíduo fecal, paredes do reto lisas e elásticas a 7 cm da borda anal e esfíncter normotônico. Na anosscopia observou-se pregueado mucoso ano-retal liso, róseo, hiperemia, congestão, mucosa com coloração escurecida, anoderme com o tecido modificado no diagrama das 3, 7 e 11 horas. Evidenciou-se também acima da linha pectínea ectasia dos vasos do plexo venoso retal interno, prolapso da túnica mucosa do reto evidenciando as hemorróidas internas com exteriorização através do canal anal e redução espontânea caracterizando hemorróidas internas do grau 3. O plexo venoso retal externo apresentou dilatações das veias e plicomas na fenda anal. O paciente foi submetido à hemorroidectomia fechada, com a retirada sob a forma de raquete das hemorróidas internas, externas e os plicomas, em bloco e o encaminhamento dos espécimes cirúrgicos das regiões anal, retal e perianal para estudo anatomohistológico. O paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no primeiro dia pós-operatório e acompanhado por dois anos (2006-2008) sem intercorrências. RESULTADOS: A microscopia óptica revelou nódulo capsulado constituído pela proliferação de

células de Schwann (figura 2 e 4), dispostas em feixes turbilhonados (figura 3), sem atípicas, em meio a estroma fibroso ricamente vascularizado. As secções mostraram transição anorectal com revestimento epitelial pavimentoso estratificado e glandular típico (figura 5). O córion exibia vasos ectasiados, tortuosos e congestos. O exame anátomo patológico concluiu confirmando o diagnóstico de hemorróidas e o achado de Schwannoma. CONCLUSÃO: A análise histológica do espécime removido de qualquer região do corpo deve ser estudada histologicamente. Concluiu-se que o estudo anátomo histológico mostrou um Schwannoma anal.

PO166 - SOLUÇÕES PLÁSTICAS EM COLOPROCTOLOGIA

JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; JORGE BENJAMIN FAYAD; CARINA PEREIRA COELHO; JOSE LUIZ DA SILVA LEAL; VINICIUS FREITAS ASSIS; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; MARCELO NEVES CARVALHO
HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Pacientes que apresentam patologias perianais e cujo tratamento necessita fazer a remoção de grandes extensões do anoderma e da margem anal, constituem um desafio para os Serviços de Coloproctologia. Esses pacientes costumam realizar verdadeiras peregrinações, ficam às vezes anos sem solução para seus problemas, que nos casos a seguir implicavam em dificuldade para sentar, para trabalhar, e até para manter uma atividade sexual normal, devido a presença de secreção purulenta nas regiões perianal, glútea e perineal. Esta solução frequentemente é dependente de abordagem conjunta entre os Serviços de Coloproctologia e Cirurgia Plástica e da realização de procedimentos em vários estágios. Serão apresentados 3 casos de pacientes com lesões com estas características (Doença de Bowen, hidrosadenite e múltiplos cistos epidérmicos em região glútea e perianal) e que foram tratados desta forma com resultados extremamente satisfatórios.

PO167 - SÍNDROME DO BABUÍNO – RELATO DE DOIS CASOS

ILARIO FROEHNER-JUNIOR; DEBORA CRISTINA ORO FROEHNER; MARIA DE LOURDES TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: Relatar reação alérgica incomum a medicamento tóxico para afecções anorretais frequentemente prescrito na prática diária do coloproctologista. RELATO DE CASO: Caso 1 – Paciente masculino, 48 anos, há 3 dias utilizando policresuleno e cinchocaína tópicos para tratamento de doença hemorroidária. Referiu intensa hiperemia e prurido perianais, progressivos, acometendo do terço médio posterior e interno das coxas até topografia de trocânteres maiores (bilateralmente) e terço médio sacral. Utilizava toalhas no períneo para conter transudato intenso da região. Na intensa área de hiperemia visibilizaram-se regiões de prurigo, sem indícios de abscessos ou celulite. O canal anal não apresentou alterações. Caso 2 – Paciente masculino, 49 anos, relatou desconforto perianal associado à hiperemia progressiva havia 7 dias, após o uso de policresuleno e cinchocaína para o tratamento de trombose hemorroidária. Nega febre ou outros sintomas sistêmicos, referiu desconforto e prurido locais e a utilização de diversos absorvente femininos na tentativa de conter transudato da região perianal. Ao exame, apresentava hiperemia importante que acometia área elíptica, do sacro distal à base do escroto, tendo as tuberosidades isquiáticas como limites laterais. Centralmente, observou-se área

importante de prurigo. Ao exame proctológico, verificou-se trombose hemorroidária posterior direita em resolução, com área de erosão apical. O canal anal não apresentou alterações inflamatórias. O exame físico geral e os exames laboratoriais dos dois pacientes não demonstraram anormalidades. Após medicação sintomática e alívio parcial dos sintomas, foram orientados a suspender a medicação e a retornar em uma semana, após tratamento via oral com anti-histamínico, corticoesteróide e tópico com óxido de zinco e nistatina. No retorno ambulatorial, os pacientes apresentaram redução significativa da área de hiperemia e dos sintomas associados. A região perianal apresentava descamação grosseira. Após 15 dias, havia hiperemia incipiente e descamação cutânea fina. Os dois pacientes relataram aparecimento de áreas de hiperemia e pápulas pruriginosas esparsas pelo corpo com remissão em um ou dois dias. **DISCUSSÃO:** A síndrome do babuíno é dermatite de contato sistêmica, apresentando intensa hiperemia e prurido que acometem tipicamente os glúteos, perneo e coxas, podendo apresentar reações urticariformes adicionais em outros locais. As respostas alérgicas ao policresuleno e cinchocaína são consideradas muito raras, apresentando, geralmente, apenas sintomas discretos. São atribuídas à cinchocaína, anestésico tópico do tipo amida. **CONCLUSÕES:** As reações adversas, efeitos colaterais e idiosincrasias, mesmo pouco frequentes ou raras, apresentam maior probabilidade de ocorrência quanto maior for a utilização de alguma substância, como nos casos dos medicamentos comumente prescritos. O conhecimento e a suspeição de tais eventos permite o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

PO168 - TRATAMENTO DA FÍSTULA PERINEAL EM FERRADURA COMANÁLISE MANOMÉTRICA

ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; HUGO HENRIQUES WATTE; OTÁVIO NUNES SIA; ROGERIO L FREITAS; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O conhecimento da anatomia anorretal, fisiopatologia e classificação das fístulas perianais são essenciais para um adequado tratamento, visando primordialmente os maiores índices de sucesso, com baixa recorrência e minimizando as lesões iatrogênicas dos esfíncteres anais. Dessa forma, uma conduta agressiva no tratamento das fístulas perianais, notadamente as complexas, traz consigo maiores índices de incontinência anal, enquanto uma medida mais conservadora acarreta maiores taxas de recorrência. **OBJETIVO:** relatar caso de paciente portador de fístula perianal complexa em ferradura com análise manométrica pré e pós término do tratamento acompanhado no Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP. **RELATO DO CASO** Paciente MAS, 62 anos, natural de Sergipe e residente em São Paulo com história de abaulamento perianal com saída de secreção e incomodo local. Apresentava um índice de incontinência anal de Jorge-Wexner no pré-operatório de 0. Ao exame físico evidenciado à inspeção orifício externo fistuloso póstero-lateral a esquerda e outro lateral a esquerda, distando cerca de 3cm da borda anal e 2 cm entre eles. Além disso, apresentava outro orifício externo lateral posterior a direita a 4cm da borda anal. Submetido a colonoscopia sem evidência de alterações com solicitação de pré-operatórios. Em 09/08/2011 realizado fistulotomia com colocação de sedenho, sendo novamente operado dia 16/11/2011 ainda com necessidade do auxílio da utilização de sedenho devido comprometimento esfinteriano. Finalmente, em 06/03/2012 realizado retirada de sedenho e curetagem do leito fibroso sem intercorrências. Retorna ao ambulatório de especialidade em 25/06/2012 sem queixas, com referência a melhora da qualidade de vida e com índice de incontinência anal de 03. Realizou

manometria anorretal que demonstrou pressão de repouso de 29,3mmHg, pressão de contração voluntária de 130,6mmHg, Reflexo inibitório reto anal presente e sensibilidade e capacidade retal normais. **CONCLUSÃO:** No paciente apresentado, verificamos ausência de recidiva clínica e através de exame físico da fístula perianal além de obtermos sucesso no que se refere a continência anal do paciente ao se analisar seu índice de incontinência anal e dados manométricos.

PO169 - É O ULTRASSOM ENDORRETAL IMPORTANTE NO TRATAMENTO DAS FÍSTULAS ANORRETAIS

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; FLÁVIO ROBERTO SANTOS SILVA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; NIKOLAY COELHO MOTA
INSTITUTO DE COLO-PROCTOLOGIA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: **Objetivos:** Demonstrar os achados ultrassonográficos nos pacientes portadores de fístula anorretais e a utilização destes achados na condução cirúrgica destes pacientes. **Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Foram realizados 28 exames em pacientes portadores de fístula perianal anterior no instituto de colo-proctologia no período de junho de 2011 a junho de 2012 e avaliados os trajetos fistulosos, mensurado a quantidade de musculatura esfinteriana envolvida, presença de trajetos proximais, e localização e tipo de fistula. **Resultados:** Dentre os 28 paciente avaliados 19 do gênero masculino (67,85%) com idade média de 41.58 ± 3.22 (4 a 76 anos) e 9 do gênero feminino (32,15%) com idade média de 37.00 ± 3.82 (24 a 62anos) p 0,4032 não estatisticamente significativa. O percentual de musculatura lisa e estriada comprometida nos pacientes não apresentou diferença estatisticamente significativa com $p > 0,05$. O comprimento da musculatura lisa e estriada no quadrante anterior é maior no gênero masculino com $p < 0,05$ sendo estatisticamente significativa esta diferença deste modo pode-se inferir que se a musculatura menor é lesada em igual percentual a uma musculatura de maior comprimento este dado é importante para que o cirurgião programe antecipadamente sua cirurgia escolhendo adequadamente a técnica a ser empregada em cada paciente visando um menor dano muscular com correção da fistula. As fístulas em ferradura e de trajeto semicircular demonstraram percentual de musculatura lisa comprometida variando de 41,2% a 54,7% e de musculatura estriada 48,4% a 57,9%. Em 88,8% dos casos foi possível identificar o orifício interno mesmo em paciente que não possuam orifício externo. **Conclusão:** O tratamento da fístula perianal visa tratar a doença com o menor dano muscular possível e o prévio conhecimento do percentual de musculatura lisa e estriada envolvidos no trajeto da fístula possibilitou aos médicos assistentes a escolha do procedimento adequado a cada caso de modo a causar o menor dano muscular, deste modo é muito importante a realização ultrason dorretal no pré-operatório de pacientes portadores de fístulas anorretais.

- TEM/TEO -

PO170 - CIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL - CASUÍSTICA INICIAL DO SERVIÇO

MARCOLINO SOUZA AGUIAR; EULER MEDEIROS AZARO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; ALINE LANDIM MANO; NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS
HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A cirurgia endoscópica transanal (TEO) surgiu em 1983 como um método seguro e eficaz para o tratamento de lesões retais, incluindo tumores benignos, câncer retal precoce e fístulas retais. A técnica é minimamente invasiva e oferece vantagens na visualização e no acesso às lesões, com melhores resultados no comprometimento das margens e na fragmentação da amostra. OBJETIVO: Relatar a experiência inicial de uso da técnica pela equipe de Coloproctologia do Hospital São Rafael (HSR), Salvador-BA. MATERIAIS E MÉTODOS: Durante o período de outubro de 2011 até junho de 2012 quatro pacientes foram abordados por ressecção endoscópica transanal. Foram revisados os prontuários desses pacientes e o resultado anatomo-patológico das lesões excisadas. RESULTADOS: Dos quatro pacientes, três eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade variou de 23 a 70 anos e a distância das lesões à borda anal, de 3cm a 11cm. A análise histopatológica prévia evidenciou um tumor carcinóide, dois pólipos adenomatosos e uma lesão polipoide séssil com biópsia inconclusiva. Todos os pacientes foram submetidos à ressecção de espessura parcial com margem macroscópica satisfatória, não sendo necessária a rafia do leito da lesão em um dos casos. Houve uma intercorrência: sangramento de pequena monta, contido sem maiores dificuldades. Os resultados histológicos mostraram tumor carcinóide, granuloma esquistossomótico e adenoma com ovos de schistosoma (os três com margens livres) e adenoma túbulo-viloso com foco de displasia de alto grau com margens comprometidas. CONCLUSÃO: O TEO permite ao cirurgião tratar lesões difíceis de abordar por excisão transanal convencional, com melhores resultados quanto à positividade de margens. Comparando-se com a colonoscopia, obtém-se menor índice de fragmentação da amostra. No nosso serviço obtivemos bons resultados, sendo a técnica de escolha para casos selecionados.

PO171 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM TEM (TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY) EM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E PROCTOLOGIA DA UFPEL/SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS (RS)

FÉLIX ANTONIO INSAURRIAGA SANTOS¹; CRISTIANE BECKER NEUTZLING¹; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES²; ELIAS DE MATTOS BERG¹; VANESSA VALIATI¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ISABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivos: Desde 1983 o TEM tem sido considerada alternativa segura para ressecção de lesões retais. Esta técnica tem sido considerada primeira escolha para ressecção de lesões retais benignas e uma opção possível para lesões malignas, em casos selecionados. O presente estudo pretende relatar os resultados da casuística inicial do TEM em serviço de Cirurgia Digestiva e Proctologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Métodos: Foi realizado estudo retrospectivo incluindo todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos envolvendo TEM. Foram revisados exames pré-operatórios, prontuários de internação, relatórios cirúrgicos e resultado de exames anatomo-patológicos, assim como avaliação do follow-up até o presente momento. Resultados: Em período de 6 meses, a contar de outubro de 2011, 6 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico utilizando TEM. Cinco apresentavam lesões retais e uma apresentava fístula reto-vaginal. Dos cinco pacientes com lesões retais três eram masculinos, a média de idade foi de 64,8 anos (44-80 anos), todos eram de cor branca, média de tempo de internação de 2,8 dias (2-3 dias), média de duração do ato cirúrgico de 1h44min (0:40-2:45h),

média de diâmetro da lesão de 7,18cm (2,4-10,5cm). Em exame anatomo-patológico quatro pacientes apresentaram adenoma com displasia de alto grau e um apresentou adenocarcinoma moderadamente diferenciado em adenoma túbulo-viloso, com invasão da muscular própria, com limites cirúrgicos livres. Houve comprometimento de limites cirúrgicos laterais em 2 pacientes com adenoma. Até o presente momento os pacientes mantiveram protocolo de follow-up com proctoscopia após 30 dias e a cada 3 meses, sendo que nenhum apresentou evidência de recidiva. A paciente submetida a TEM para correção de fístula reto-vaginal apresentou limitação transoperatória por excesso de fibrose local. Esta apresentou recidiva da fístula 1 mês após TEM e foi submetida a procedimento transanal com correção efetiva da mesma, sem evidência de recidiva até o presente momento. Conclusão: A utilização de TEM neste serviço comprovou a segurança e eficácia da técnica. Não houve evidência de complicação grave ou recidiva até o momento. Se faz necessário follow-up mais prolongado e aumento da casuística para conclusões estatisticamente significativas. A referida técnica permanece como primeira escolha para o tratamento de grandes lesões retais benignas de crescimento lateral, também sendo utilizada para tratamento de lesões malignas iniciais, em casos selecionados (pacientes sem condições clínicas para ressecção radical, cientes do aumento do risco relativo de recidiva com o uso do TEM). Em nossa casuística, provou ser segura, efetiva, com baixa comorbidade e sem mortalidade.

- VIDEOLAPAROSCOPIA -

PO172 - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA E SAGITAL POSTERIOR (PEÑA) PARA TRATAMENTO DE FUNNEL ANUS E TOMARAÇÃO PRÉ SACRAL ASSOCIADO A FÍSTULAS COMPLEXAS

JOSÉ RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO¹; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES²; PAULO MARCELO PIRES BASTOS¹; LEILA MARIA FARIA CIRINO GONÇALVES¹; NAILTON RODRIGUES DE OLIVEIRA¹

1. HOSPITAL MARTAGÃO GESTEIRA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ISABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivamos com esse trabalho, mostrar as vantagens da associação da técnica usando Mini Laparoscopia para descolamento e visualização de tumoração pré sacral, com a abordagem Sagital Posterior, técnica de Peña, para correção das fistulas complexas e da rara Anomalia Anorretal tipo Funnel ânus. Paciente com 2 anos de idade, colostomizado em alça em outro serviço, compareceu ao Serviço de Coloproctologia Pediátrica do Hospital Martagão Gesteira, apresentando Fístulas Anorretais complexas e Anomalia Anorretal rara tipo "Funnel Ânus", sendo submetida a Ressonância Magnética do Assoalho Pélvico, onde observamos a presença de tumoração arredondada, cística e volumosa em região pré sacral. Realizamos Mini Laparoscopia com material de 3 mm e observamos tumoração fibroelástica, bem aderida ao reto e projetando-se para pelve, gerando trageos fistulosos. Realizamos em mesmo tempo a abordagem Sagital Posterior, corrigindo os trageos fistulosos e ressecando o polo distal da tumoração, com drenagem da mesma e correção dos trageos fistulosos. Com dois meses de pós operatório, as fístulas fecharam. Realizamos nova Ressonância Magnética que evidenciou o fechamento das fistulas, porém a formação pré sacral se mantinha. Realizamos Laparotomia e retiramos a tumoração pré sacral, que mostrava-se bastante aderida ao reto e encaminhamos para anatomia patológica.

A abordagem Laparoscópica combinada com a técnica de Peña, foram muito eficazes para diagnóstico e resolução eficiente dessa rara anomalia e suas complicações.

PO173 - CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTES IDOSOS

CAMILA OLIVEIRA BARBOSA; ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; MAIRO GROSSI MORATO; JOÃO BATISTA DE SOUSA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; LEONARDO CASTRO DURAES; LUIZ FELIPE DE CAMPOS LOBATO; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: OBJETIVOS: Pacientes idosos correspondem a um número considerável dentre aqueles operados por cirurgias colorretais, seja por doenças oncológicas ou não. Esses pacientes tendem a ter maior número de comorbidades e menor reserva cardiorrespiratória que os pacientes mais jovens, o que poderia ser um empecilho para realização da videolaparoscopia. O objetivo desse trabalho é avaliar os desfechos pós-operatórios precoces das operações colorretais videolaparoscópicas realizadas em pacientes idosos. MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva de uma coleta de dados prospectiva que avaliou os pacientes com mais de 65 anos operados por via laparoscópica no serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília. RESULTADOS: Foram operados 90 pacientes por videolaparoscopia entre os anos de 2005 e 2012 no serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília. Destes, 29 tinham 65 anos ou mais (32,2%). As idades variavam de 65 a 84 anos, com mediana de 73 anos. Dezesesseis pacientes (55%) eram do gênero feminino. Os pacientes foram operados devido a 3 diferentes diagnósticos: neoplasia (72,4%), megacólon chagásico (17,2%) e procidência retal (10,3%). As operações mais realizadas foram a retossigmoidectomia (41,4%), a ressecção anterior do reto (17,2%) e a colectomia direita (17,2%). Seis pacientes foram

reoperados, sendo 5 devido deiscência de anastomose e 1 por brida precoce. As complicações clínicas ocorreram em 30,8% dos pacientes e 2 faleceram. As medianas da primeira deambulação, primeira eliminação de flatus e primeira alimentação foram de 24 horas em cada um dos quesitos. A mediana de dias de internação foi de 6 dias. CONCLUSÕES: A via laparoscópica é um método seguro e eficaz para operações colorretais em pacientes idosos.

PO174 - PROLAPSO RETAL RECIDIVADO TRATADO COM PROCTOPEXIA E ALÇA COM TELA

SUZANA LIMA TORRES; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; CAROLINE MERCI CALIARI GOMES; FANG CHIA BIN; WILMAR ARTUR KLUG; PRISCILA MARCONDES BIANCALANA
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O prolapso retal é a exteriorização do reto através do ânus resultado de uma intussuscepção também principal queixa. A saída do reto pode ser espontânea ou provocada por esforços. Três quartos dos pacientes referem sangramento, presente se o prolapso é volumoso ou irreduzível. Os fatores envolvidos no desenvolvimento do prolapso são constipação, doença neurológica (anomalias medulares congênitas ou adquiridas), retossigmoide redundante, diastase do elevador do ânus, hipotonia esfínteriana e procedimentos cirúrgicos prévios. O objetivo deste artigo é relatar um caso de prolapso retal recidivado apesar de duas intervenções cirúrgicas abdominais em paciente com constipação crônica e lesão medular por ferimento por arma de fogo, tratado no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo. Neste caso o paciente foi submetido a videolaparoscopia, aplicando-se uma fita de polipropileno em forma de alça fixada na face anterior do reto extraperitoneal ao nível da flexão e as extremidades terminando na aponeurose da parede abdominal anterior, seguindo até a região inguinal.

VÍDEOS

- MISCELÂNIA -

VD001 - ANASTOMOSE COLORRETAL UTILIZANDO MECANISMO DE COMPRESSÃO – COLONRING

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS¹; STHELA MARIA MURADREGADAS¹; LUSMAR VERAS RODRIGUES¹; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO¹; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS²; JOSE JADER ARAUJO DE MENDONÇA FILHO¹; JOÃO ANTONIO DE MACEDO JUNIOR²; BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO³

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.

Resumo: O dispositivo *ColonRing*TM27 é utilizado para realização de anastomoses colorretais por compressão. Consiste na junção de dois anéis, destacáveis após 8 – 10 dias, compostos por uma liga de nitinol (níquel-titânio), que formam uma interface uniforme entre as extremidades do intestino seccionado unindo-as através de compressão. Por ser eliminado, ocorre menor reação inflamatória e consequentemente menor incidência de estenose. Objetivo: Este trabalho consiste na apresentação de anastomoses colorretais por compressão (*ColonRing*) no tratamento cirúrgico de adenocarcinoma de retossigmoide. Material e Métodos: A anastomose por compressão foi utilizada em paciente do sexo feminino, 73 anos, no Serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - Ceará. Hipertensa, sem outras comorbidades, com quadro de alteração do hábito intestinal seguido de episódios de hematoquezia há cerca de 6 meses, sendo diagnosticada neoplasia de transição retossigmoidiana através de colonoscopia com histologia de adenocarcinoma pouco diferenciado. Realizado estadiamento e programação cirúrgica com retossigmoidectomia videolaparoscópica realizada em 15/05/2012, sendo utilizados grameador linear cortante e dispositivo *ColonRing* para confecção da anastomose (vídeo). A operação transcorreu sem intercorrências. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório (PO). Realizada avaliação endoscópica da anastomose no 7º PO e 15º PO quando foi observado deslocamento e eliminação do *ColonRing*. Resultados: O tempo operatório foi de 3:50min e o tempo de internação hospitalar foi de 6 dias, semelhante a outras anastomoses colorretais grameadas. A retossigmoidoscopia flexível pós-operatória revelou anastomose pérvea, ampla, além de acompanhar o comportamento do dispositivo endoluminal. Conclusão: O emprego do *ColonRing* é uma alternativa segura, eficaz e reprodutível para confecção de anastomoses colorretais.

VD002 - ASPECTOS À COLONOSCOPIA DA ANASTOMOSE ILEOCÓLICA LÁTERO-LATERAL MECÂNICA NA DOENÇA DE CROHN: AVALIAÇÃO DA RECORRÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA

PAULO GUSTAVO KOTZE; VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILÉ; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; MARIA CRISTINA SARTOR; MARCELO RAISSWEILER HARDT; WANESSA BELTRAMI TONINI

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: a ressecção ileocólica é o procedimento cirúrgico abdominal mais realizado no tratamento da doença de Crohn

(DC). Há relativo consenso de que uma anastomose ileo-transverso látero-lateral ampla mecânica é o método mais indicado para estes casos. Há controvérsias em relação aos índices de recorrência cirúrgica nestas anastomoses, entretanto, parece estabelecido que o tipo de anastomose não influencia as taxas de recorrência endoscópica pós-operatória. A maioria dos consensos recomenda uma avaliação endoscópica após 6 a 12 meses para estadiamento da inflamação. OBJETIVOS: demonstrar alguns vídeos de colonoscopias de anastomoses ileo-transverso mecânicas látero-laterais na avaliação da recorrência pós-operatória em portadores de DC, demonstrando os graus de inflamação que podem ser encontrados e as dificuldades de entrada no íleo terminal para correta avaliação. MÉTODO: demonstração de alguns vídeos de colonoscopias de anastomoses látero-laterais no pós-operatório de ileocectomias na DC. Avaliação endoscópica do grau de inflamação do neo íleo terminal de acordo com a classificação de Rutgeerts e demonstração de alguns casos de angulação difícil com dificuldades de penetração do aparelho pela anastomose. RESULTADOS: a classificação endoscópica da recorrência no neo íleo terminal após ressecções ileocólicas na DC seguiu a classificação de Rutgeerts (i0: mucosa totalmente cicatrizada; i1: menos de 5 ulcerações aftóides; i2: mais de 5 ulcerações aftóides; i3: ulcerações lineares e eritema difuso; i4: deformidade com nódulos inflamatórios e/ou estenose). São demonstrados casos das respectivas classificações e evidenciadas algumas dificuldades de se conseguir a angulação para correta penetração e avaliação do neo íleo terminal. CONCLUSÕES: a colonoscopia é essencial para a correta classificação do grau de recorrência endoscópica no neo íleo terminal de acordo com a classificação de Rutgeerts. A avaliação endoscópica entre 6 a 12 meses após ressecções ileocólicas na DC é essencial para o correto manejo clínico dos pacientes, que depende desta avaliação. Manobras de reposicionamento do paciente podem ser úteis para a abertura de ângulos que permitam a completa avaliação do íleo terminal nestas anastomoses.

VD003 - FÍSTULA RETOVAGINAL PÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA – TRATAMENTO POR ACESSO VAGINAL

RODRIGO AMBAR PINTO; ILARIO FROEHNER-JUNIOR; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO; THAÍS VILLELA PETERSON

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

Resumo: OBJETIVOS: Demonstrar o tratamento por acesso vaginal de fístula retovaginal pós retossigmoidectomia videolaparoscópica. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 62 anos, apresentando tenesmo e hematoquezia há 2 meses. Após o diagnóstico de adenocarcinoma do reto médio, foi submetida à terapia neoadjuvante (radioterapia e quimioterapia) e, posteriormente, à retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose baixa (aproximadamente 5 cm da margem anal) utilizando-se grameador circular de 29 mm de diâmetro, sem intercorrências. No décimo dia do pós-operatório, apresentou escape de gases e fezes pela vagina associados a sintomas de infecção do trato urinário de repetição. Ao exame físico, pela inspeção, toque vaginal, retal e combinado, verificou-se orifício na parede posterior da vagina que se comunicava com orifício retal na altura da linha de grampo da anastomose. Na

vagina o orifício localizava-se a cerca de 5 cm do intróito vaginal. A colonoscopia visualizou o orifício na região da anastomose colorretal e a tomografia computadorizada confirmou o trajeto fistuloso para a vagina na posição previamente descrita. Foi submetida à correção cirúrgica via vaginal com a paciente em posição de litotomia sob efeito de anestesia geral, cerca de 12 meses após a retossigmoidectomia, ainda com a ileostomia de proteção. Após a injeção de solução com adrenalina na mucosa vaginal realizado acesso pelo intróito vaginal e separação da parede vaginal posterior do septo retovaginal, permitindo a localização do orifício fistuloso e do trajeto até o reto, já canulizado previamente com o estilete. Dissecção proximal, ultrapassando o trajeto fistuloso pelas laterais até seu isolamento. Após remoção do tecido fibroso e tecido de granulação, procedeu-se o fechamento do orifício retal com pontos separados de PDS 3.0 e vaginal com contínuos de Vycril 2.0. Em seguida realizada aproximação dos músculos puborretais e tecido conjuntivo do septo retovaginal com PDS 2.0, com o objetivo de interposição muscular sobre trajeto fistuloso prévio. A paciente evoluiu sem intercorrências, tendo alta hospitalar no 5º pós-operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial há 2 meses sem indícios de recidiva. **DISCUSSÃO:** As fístulas retovaginais são pouco comuns. Aproximadamente, 90% são de origem obstétrica. As fístulas pós-traumáticas cirúrgicas geral correspondem a 0,9 – 10%, tendo a radioterapia pélvica como fator de risco isolado. Ocorre em 0,55% das retossigmoidectomias laparoscópicas com anastomose utilizando-se grampeador circular. A radioterapia pélvica prejudica a adequada perfusão tissular local, gerando-se área de isquemia relativa após o grampeamento circular, favorecendo o surgimento da fístula. **CONCLUSÃO:** O acesso vaginal permite ampla visibilização do orifício e do trajeto fistuloso, facilitando o debridamento e a interposição muscular local (músculos puborretais). O pós-operatório de cirurgias por este acesso apresenta dor de fácil controle e cicatrização adequada.

VD004 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL DE LESÃO OBSTÉTRICA DE QUARTO GRAU

JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; ILARIO FROEHNER-JUNIOR; RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; HENRIQUE DAMETTO GIROUD JOAQUIM; RAQUEL ROSSINE BAPTISTA; GUILHERME CARDINALLI BARREIRO

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** As lacerações perineais de terceiro e quarto graus ocorrem em 0,4 a 3,7% dos partos vaginais, chegando a 39% em algumas séries. Após 1 ano do puerpério, 17 a 44% destas pacientes apresentarão incontinência para flatos e até 17% para fezes. A ausência de corpo perineal levando à dificuldade técnica durante o fechamento da ferida operatória representa ainda desafio no tratamento deste tipo de lesão. **OBJETIVOS:** Demonstrar o tratamento cirúrgico de paciente portadora de lesão perineal obstétrica de quarto grau, sobretudo com relação ao fechamento da ferida operatória. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 57 anos, incontinência fecal há 20 anos, com antecedente de três partos vaginais com episiotomia. Apresentava incontinência para gases e fezes amolecidas, com limitações de convívio social (Índice de Incontinência Fecal de Jorge-Wexner = 10). Referia recorrentes sintomas de infecção do trato urinário. Ao exame, apresentava importante adelgaçamento do septo retovaginal, com contiguidade entre as mucosas retoanal e vaginal. Os tónus do esfíncter anal de repouso e de contração apresentavam-

se acentuadamente reduzidos. A ultrassonografia endoanal demonstrou lesão do esfíncter externo anteriormente, de aproximadamente, 180° e adelgaçamento anterior difuso do esfíncter interno do ânus. A resposta ao tratamento clínico foi insatisfatória, com indicação do tratamento cirúrgico. Com a paciente em posição de litotomia sob raquianestesia, o acesso cirúrgico foi transversal entre as mucosas anorretal e vaginal, progredindo-se a dissecção entre o anorreto e da parede vaginal posterior. A musculatura esfíncteriana e o corpo perineal apresentavam-se adelgaçados com ruptura no plano mediano, com afastamento lateral dos cotos. Realizou-se a dissecção dos cabos esfíncterianos seguida pela plicatura mediana anterior do esfíncter anal interno. Os cabos do esfíncter externo foram sobrepostos e fixados com pontos em “U”. A síntese do corpo perineal ocorreu pela realização de pontos simples por planos. A confecção de retalho de retalho a partir de áreas cutâneas doadoras bilaterais triangulares, com ápices laterais e margeando os grandes lábios e bases laterais à ferida operatória, à altura da incisão, com reconstrução por zetaplastia. A paciente recebeu alta hospitalar sem intercorrências. Segue em acompanhamento ambulatorial há 3 meses com melhora sintomática significativa. **CONCLUSÕES:** A reconstrução esfíncteriana associada à rotação de retalho cutâneo, do tipo zetaplastia, representa boa opção de tratamento de lesões graves do esfíncter anorretal com ausência do corpo perineal.

VD005 - RESSECÇÃO TRANSANAL DE ADENOMA VILOSO GIGANTE DO RETO COM UTILIZAÇÃO DE GRAMPEADOR LINEAR

VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; GUSTAVO DE NARDI MARÇAL; FELIPE ATTIE AKL; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; PAULO HENRIQUE PISI; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** Adenomas vilosos são lesões polipóides, usualmente sésseis e localizadas mais frequentemente no sigmóide e reto. Os sintomas mais comuns são alterações do hábito intestinal e presença de sangue e muco nas fezes. Quando localizadas no reto distal podem apresentar prolapso através do ânus. Até 85% das lesões maiores que 4 cm podem conter áreas de adenocarcinoma. O tratamento definitivo é a remoção endoscópica ou cirúrgica. **Objetivo:** Apresentar uma nova técnica de ressecção local de lesão polipóide prolapsada do reto por meio de grampeamento linear cortante. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 59 anos admitido com queixa de sangramento retal e prolapso de tumoração retal. Ao exame notou-se a presença de pólipóviloso, medindo 6,5 cm, localizado na parede lateral esquerda do reto, a 3cm da borda anal, sem sinais de infiltração. Com o paciente posicionado em litotomia e sob raquianestesia notava-se exteriorização da lesão. Após a introdução do afastador procedeu-se completa ressecção com auxílio de dispositivo para grampeamento linear. Estudo anatomopatológico da peça revelou presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado com infiltração neoplásica até a submucosa e margens livres (pT1). Estadiamento não mostrou sinais de comprometimento locoregional ou à distância. **Conclusão:** O vídeo ilustra uma nova e simples técnica para ressecção de lesões polipóides prolapsadas e não invasivas, do reto inferior, inadequadas para polipectomia endoscópica.

VD006 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO EXTENSA DO SIGMÓIDE DISTAL E RETO POR DISSECÇÃO SUBMUCOSA

MARIA CRISTINA SARTOR; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA; ANDRÉ GATTO; ANTONIO BALDIN JUNIOR; RENATO ARAÚJO BONARDI

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO EXTENSA DO SIGMÓIDE DISTAL E RETO POR DISSECÇÃO SUBMUCOSA

Resumo: Apresenta-se vídeo de dissecação submucosa de lesão extensa ocupando sigmóide distal e reto proximal. Paciente do sexo feminino, 76 anos, estado geral comprometido por comorbidades potencialmente graves, com diarreia há 4 anos, intensificada recentemente e acompanhada de dor abdominal e episódios raros de hematoquezia. Portadora de hipertensão, diabetes e dislipidemia. Revascularização do miocárdio em maio de 2008. Miocardiopatia chagásica. No exame endoscópico há lesão de crescimento lateral, extensa, desde a oito centímetros acima da margem anal, ocupando um terço da luz do sigmóide distal e reto proximal, com cerca de 15 centímetros de extensão longitudinal, não ulcerada, granular, criptas tipo III e IV da classificação de Kudo. Apesar da extensão, a lesão não tinha áreas deprimidas, era macia e com grande mobilidade em relação à parede muscular do cólon. Fez-se a ressecção pela técnica de dissecação submucosa com flush-knife e unidade eletrocirúrgica com corte pulsado. Houve dissecação e ressecção de toda a lesão e fulguração das bordas, sem lesão residual visível, com plasma de argônio. Houve colocação de clipe endoscópico para aproximação de área da camada muscular da parede do sigmóide, potencialmente passível de perfuração. O exame anátomo-patológico descreveu adenoma serrilhado. A paciente apresentou alguns episódios de hematoquezia no pós-operatório imediato, porém sem queda significativa da hemoglobina e do volume globular. Apresentou também fibrilação atrial seguindo-se suspeita de acidente vascular cerebral agudo, não confirmado. Foi mantida com enoxaparina e ácido acetil salicílico durante o internamento, sem cumarínico por ter exteriorizado hematoquezia. A paciente apresentou evolução satisfatória, sem sangramento residual adicional tardio e resolução do quadro de fibrilação atrial e neurológico. Retornou 3 meses após para controle endoscópico com lesão de crescimento lateral residual no sigmóide com cerca de 1,5 cm de extensão, que foi completamente ressecada pela técnica de mucosectomia. CONCLUSÃO: a ressecção endoscópica de lesões extensas superficiais do cólon e reto é possível e segura, diminuindo riscos cirúrgicos. Necessita treinamento específico e equipamento adequado para garantir a execução com segurança. O controle endoscópico deve ser precoce e as recidivas podem ser submetidas a ressecção complementar, com solução do quadro.

VD007 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE VARIZ GIGANTE DE SIGMÓIDE

OTÁVIO NUNES SIA; PAULO AZEREDO PASSOS CANDELARIA; ADRIANO GONÇALVES RUGGERO; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUZANA LIMA TORRES

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

Resumo: A variz colônica é uma causa rara de sangramento intestinal. A hipertensão porta é a causa mais comum de varizes colônicas, seguido da insuficiência cardíaca, trombose mesentérica e compressão da veia mesentérica. A variz idiopática é ainda mais rara. Na literatura de língua inglesa são descritos menos de 30 casos de varizes colônicas idiopáticas. Destes, 19 foram diagnosticados por angiografia durante sangramento. O sangramento é a principal complicação pois

frequentemente é grave, acredita-se que é proveniente da escoriação do vaso por fezes endurecidas. Nos relatos da literatura frequentemente tem-se optado pela ressecção segmentares nos casos de varizes colônicas idiopáticas. O achado em exames de colonoscopia em paciente assintomáticos é ainda mais raro, o que torna o tratamento eletivo uma exceção. Apresentamos o caso de paciente masculino, 53 anos, assintomático e sem co-morbidades. Submetido a exame de colonoscopia para rastreamento de câncer colon-retal, quando foi evidenciado em colon sigmóide presença de volumosa variz colônica única de aproximadamente 6 cm de extensão, com vaso muito dilatado e tortuoso em submucosa e ocupando 20% da circunferência colônica. Optado por esclerose da variz utilizando solução de ethamolin 10ml + glicose 50% 10 ml. Realizado a injeção de 16ml da solução em submucosa perivasal. Nova colonoscopia em 3 semanas mostrou regressão importante da variz com persistência de pequena lesão cicatricial. O diagnóstico da variz colônica idiopática é mais frequente durante episódios de hemorragia digestiva. É importante afastar causas secundárias para o direcionamento do tratamento. O médico pode lançar mão de métodos auxiliares como a angiografia e a endoscopia. O presente caso demonstra o tratamento endoscópico de sucesso com solução de ethamolin de lesão encontrada casualmente durante colonoscopia de rastreamento.

VD008 - TUMOR PRÉ-SACRAL RESSECADO POR ABORDAGEM POSTERIOR (PROCEDIMENTO DE KRASKE)

RODRIGO GOMES DA SILVA; VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; KELLY CRISTINA DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; ANA CAROLINA PARASSULO ANDRE; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA

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

Resumo: Objetivos: Os tumores pré-sacrais são lesões raras, que compreendem grande variedade de tipos histológicos. A maior parte destas lesões são congênitas. Uma vez diagnosticados devem ser ressecados cirurgicamente devido ao potencial risco de malignização e infecção. A biópsia pré-operatória é controversa e não é realizada de rotina. A abordagem cirúrgica pode ser por acesso abdominal, sacral ou combinado. O acesso posterior (procedimento de Kraske) está indicado para lesões que não se estendem acima de S4, ou quando há envolvimento do sacro. Suas principais desvantagens são a ausência de controle sobre os vasos pélvicos e o risco de lesão dos nervos pélvicos laterais. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com lesão cística pré-sacral que foi ressecado por via posterior. Materiais e Métodos: Relato de caso de uma paciente do serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFMG com tumor pré-sacral que foi ressecado por acesso posterior (procedimento de Kraske). Resultados: Trata-se de paciente do gênero feminino, de 33 anos, que procurou o ambulatório com queixa de dor abdominal em andar inferior, em cólica há cinco anos, com piora durante o período menstrual. Diagnóstico prévio de endometriose, já submetida à laparoscopia para lise de aderências. Exame proctológico evidenciou abaulamento na parede posterior do reto, consistência macia, mucosa sobrejacente íntegra, com início a cinco cm da borda anal, não sendo possível tocar seu limite posterior. Submetida a exames de imagem que evidenciaram lesão cística, septada em região para-retal à direita, aspecto compatível com cisto endometriótico. Submetida à ressecção cirúrgica por acesso posterior. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências. O estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica evidenciou cisto tailgut. Conclusões: Os tumores pré-sacrais são raros

e a maioria dessas lesões é benigna. Porém devem ser ressecados cirurgicamente devido ao risco de malignização, infecção e ao grande tamanho que podem atingir. O acesso posterior pode ser útil em pacientes selecionados, para tratar as lesões mais distais, benignas, císticas ou que penetram no sacro.

VD009 - VOLVO GIGANTE DE CÓLON SIGMÓIDE: RELATO DE CASO

FRANCISCO CLAUDIO LINHARES DE SÁ FILHO; LEVINDO ALVES OLIVEIRA; ICARO VINÍCIUS SOUZA NASCIMENTO; GLAUCIO PIRES CARNEIRO; ANTONIO ADENILDO SANTOS DELMIRO; BRUNO CARVALHO TRENTIN; DANIELE APARECIDA FREITA TELES; KILDERY WENDELL MOURA CAVALCANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.

Resumo: Introdução: O volvo é uma torção anormal do intestino sobre o seu eixo mesentérico, superior a 180 graus, que produz uma obstrução parcial ou total do lúmen intestinal e do suprimento sanguíneo. Essa torção afeta, por ordem decrescente de frequência, o cólon sigmóide, ceco, flexura esplênica e cólon transverso. O volvo de sigmóide tem uma distribuição geográfica variável, sendo extremamente comum em países em desenvolvimento, onde afeta o paciente jovem, apresentando menor incidência nos países desenvolvidos, onde afeta predominantemente os idosos. Objetivo: Revisar a literatura e apresentar relato de caso de paciente com volvo de sigmóide admitido no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Roraima. Metodologia: O caso foi analisado através de levantamento bibliográfico e revisão de prontuário. A partir das informações obtidas, foi confeccionado um relato de caso no formato de vídeo. Resultados: Paciente A. C.S, masculino, 31 anos, residente em Boa Vista-RR, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Geral de Roraima no dia 22/4/2012 com queixa de distensão e dor abdominal difusa há aproximadamente 30 dias, associadas a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou importante distensão de alças intestinais, principalmente de cólon, com níveis hidroaéreos e ausência de ar na ampola retal, com sinais radiológicos sugestivos de volvo de cólon sigmóide. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora no mesmo dia, que identificou: pequena quantidade de líquido livre em cavidade abdominal, de aspecto purulento e sigmóide de aspecto megacolonico, com diâmetro aproximado de 25cm e comprimento de 90cm, apresentando volvo em sua base, com parede adelgada e sinais de inviabilidade visceral. Por apresentar quadro sugestivo de isquemia/necrose, foi realizada uma sigmoidectomia com colostomia à Hartmann. Após a cirurgia, foi internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). O paciente evoluiu com quadro de sepse e pneumonia associada à ventilação mecânica, permanecendo por 30 dias na UTI. Paciente apresentou melhora lenta, porém progressiva do quadro clínico, sendo transferido para a enfermaria da cirurgia geral no dia 22/5/12. A partir dessa data, evoluiu com melhora do quadro, recebendo alta hospitalar no dia 06/6/12. Conclusão: A mortalidade de pacientes com volvo de sigmóide tratados cirurgicamente está estreitamente relacionada com a fase da doença, intervenção cirúrgica imediata e o estado funcional desses pacientes. Por essa razão a morbimortalidade é maior no grupo de pacientes obstruídos, naqueles que apresentam sinais clínicos de peritonite e nos submetidos ao procedimento de Hartmann. Nesses pacientes, como no caso descrito, faz-se necessária uma intervenção cirúrgica de emergência, com o objetivo de evitar a necrose e consequente aumento da mortalidade.

- ORIFICIAIS

VD010 - DEARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL THD - ASPECTOS TÉCNICOS

SIDNEY KLAJNER; PEDRO CUSTÓDIO DE MELO BORGES; DANIEL KRUGLENSKY; RENATO CATOJO SAMPAIO
HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Mostrar com detalhes, os aspectos técnicos e resultado imediato da Dearterialização Hemorroidária Transanal. MÉTODO: Paciente com queixa de prolapso hemorroidário e sangramento às evacuações, apresentava ao exame físico doença hemorroidária de grau III. Foi indicado tratamento cirúrgico através da técnica THD. Utilizou-se anestesia geral e posição de litotomia. O anuscópio THD slide® (THDLab, Corregio, Itália) é introduzido por via transanal com auxílio de gel para ultrassonografia. A 6 cm da linha pectínea a artéria hemorroidária, ramo da retal superior, é localizada e, após retirada gradativa do aparelho, novamente identificada em sua porção mais distal e marcada com cautério a 2 cm da linha pectínea. Após reintrodução do anuscópio, é realizada ligadura arterial através de sutura em X com ácido poliglicólico 2-0, através de abertura no anuscópio. Após a ligadura, realizamos a pexia mucosa no reto, promovendo um lifting do canal anal para tratamento do prolapso. O procedimento é realizado em cada uma das 6 artérias, dispostas conforme as horas ímpares de um relógio. Ao término, é introduzido hemostático em forma cilíndrica. RESULTADOS: Após a cirurgia, observa-se redução imediata do prolapso hemorroidário. CONCLUSÃO: A técnica de Dearterialização Hemorroidária Transanal (THD) é uma técnica simples, segura e eficaz para o tratamento da doença hemorroidária.

VD011 - HEMORROIDECTOMIA HÍBRIDA

HAROLDO ALFREDO SANTOS

PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Objetivos: O objetivo deste trabalho é propor uma abordagem cirúrgica mini-invasiva no tratamento das Hemorróidas Mistas, a Hemoroidectomia Híbrida. A Hemoroidectomia Convencional tem sido a opção mais utilizada nos casos de Hemorróidas Mistas, entretanto podemos estender os benefícios da mini-invasividade, baixa morbidade e absenteísmo mínimo ao trabalho também aos casos de Hemorróidas Mistas pela abordagem que ora propomos e que se constitui na Ligadura Elástica das Hemorróidas Internas e a posterior Ressecção Complementar dos Plicomas Externos sob anestesia local. Material e Métodos: Apresentamos uma casuística de 326 pacientes operados na Proctoclínica no período de 4 anos dos quais 228 se submeteram apenas à Ligadura Elástica, 77 pacientes foram submetidos à Hemoroidectomia Híbrida e 23 pacientes foram submetidos a outros procedimentos cirúrgicos (Fistulectomias, Esfinterotomias e 6 casos de Hemoroidectomia Aberta em pacientes nos quais a abordagem hospitalar se fez necessária). Conclusão: Podemos Concluir que a abordagem que ora propomos estende também às Hemorróidas Mistas os benefícios da mini-invasividade, baixa morbidade, realização ambulatorial, preservação do assoalho do canal anal pelas ressecções econômicas dos plicomas residuais e absenteísmo mínimo ao trabalho e julgamos que esta abordagem poderia ser avaliada também por outros serviços para uma divulgação mais ampla em benefício de um número maior de pacientes.

VD012 - LIGADURA ELÁSTICA DAS HEMORRÓIDAS DE III E IV GRAUS

HAROLDO ALFREDO SANTOS

PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Objetivos: A LE é, sem dúvida, a opção de escolha para o tratamento das Hemorróidas de II grau, entretanto ainda existe muita resistência em relação à sua indicação nos casos de Hemorróidas de III e IV graus e o objetivo deste trabalho é ampliar os benefícios de sua mini-invasividade e baixa morbidade também às Hemorróidas de III e IV graus. Material e Métodos: Com este objetivo, e respaldado nos excelentes resultados da LE, idealizamos a realização das ligaduras com o paciente na posição genu-peitoral promovendo desta forma o esvaziamento do conteúdo sanguíneo dos mamilos e a consequente diminuição acentuada de seu volume permitindo a sua fácil apreensão, com ligaduras eficientes e com resultados totalmente eficazes, ampliando desta forma suas indicações aos casos de Hemorróidas mais volumosas antes impossíveis de serem englobadas pelo aparelho de Ligadura Elástica. Resultados a longo prazo: Numa avaliação retrospectiva, usando a mesma estratégia de um trabalho de Cormam publicado no seu compêndio de Coloproctologia, num universo de 1625 pacientes, enviamos questionários a 728 questionários correspondentes somente aos pacientes da Proctoclínica, e recebemos 174 respostas devidamente preenchidas. Do total de pacientes estudados 64,94% correspondiam a Hemorróidas de III grau e IV graus, portanto a maioria dos casos tratados, e do total de pacientes que responderam ao questionário 54,60% eram portadores de Hemorróidas Mistas e foram submetidos à Hemorroidectomia Híbrida (Ligadura Elástica das Hemorróidas Internas e Ressecção complementar dos Plicomas Externos). Conclusão: Os resultados avaliados demonstraram índices elevados de boa tolerabilidade (90,50%) e resultados eficazes (94,79%) conforme pudemos concluir pelas respostas espontâneas aos questionários encaminhados.

VD013 - RECONSTRUÇÃO ESFINCTERIANA E PERINEAL EM PACIENTE COM CLOACA PÓS-PARTO

RODRIGO AMBAR PINTO; THAÍS VILLELA PETERSON; EDUARDO KENZO MORY; DANIEL JOSÉ SZOR; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO
HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O trauma obstétrico constitui uma das principais causas de lesões esfinteriana primárias em pacientes do sexo feminino. Lesões perineais extensas podem implicar na formação de cloacas verdadeiras, causando grande prejuízo para a paciente. Além das queixas de incontinência, a qualidade de vida sexual e o aspecto psicológico são gravemente afetados por esta condição. Objetivo: Apresentar caso de paciente submetida à perineoplastia com esfinteroplastia para correção de lesão tipo cloaca causada por trauma obstétrico. Relato de caso: Paciente de 27 anos veio encaminhada para acompanhamento no ambulatório de fisiologia ano-retal do HC-FMUSP por lesão esfinteriana e perineal na forma de cloaca após trauma obstétrico em parto normal no ano de 2007. Apesar da lesão extensa, a paciente não relatava queixas relacionadas à continência fecal. A avaliação ultra-sonográfica demonstrou lesão completa anterior dos esfínteres externo e interno do ânus no canal anal médio e inferior formando ângulo de 105°. Vídeo: Apresentamos o procedimento de reparo com esfinteriano e perineal passo a passo. Inicialmente, realizou-se a hidrodissecção do plano reto-vaginal remanescente com abertura e dissecção do mesmo. A seguir, iniciou-se a individualização dos cabos musculares dos músculos esfinterianos internos e externos. Uma vez dissecados, a reconstrução dos esfínteres internos é feita por aposição na linha média e do esfínter externo é

realizada pela plicatura dos cabos com sobreposição dos mesmos. Neste momento, a equipe de ginecologia realizou a perineoplastia com aproximação do músculo transversal do períneo e fechamento do ângulo do bulbo cavernoso com a reconstrução do septo reto-vaginal. Segue-se então com o fechamento perineal em sentido longitudinal de modo a alongar o corpo perineal após drenagem com dreno de sucção exteriorizado por contra abertura. Paciente encontra-se em acompanhamento no ambulatório de nosso serviço e relata melhora significativa da qualidade de vida e auto-estima.

VD014 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETOCELE COM SUTURA MECÂNICA.

FERNANDO PINHEIRO ORTEGA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; JOAQUIM SIMOES NETO; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOSE ALFREDO REIS JUNIOR; JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO
CLÍNICA REIS NETO - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A constipação é um sintoma comum e afeta indivíduos de todas as idades. Dentre as causas mecânicas de constipação uma das mais comuns é a denominada obstrução defecatória proctógena, aonde o problema se associa com a incapacidade de esvaziamento retal satisfatório. No sexo feminino em parcela considerável dos casos o bloqueio defecatório deve-se a retocele. A diminuição ou adelgaçamento do tabique reto-vaginal e o aumento da pressão intra-abdominal produzida pela contração da parede anterior e a descida do diafragma pélvico expõe a parede anterior do reto à compressão direta das alças intestinais, propiciando o mecanismo de bloqueio defecatório. Tratamento: o tratamento clínico (biofeedback e dieta) é indicado para a para a retocele de primeiro grau. Para as retoceles de grande volume o tratamento cirúrgico com a reconstrução cirúrgica do tabique reto-vaginal, por via trans-anal ou perineal, representa a melhor opção. A utilização da sutura mecânica na obliteração da parede retal anterior é uma alternativa que propicia excelentes resultados com baixo índice de complicações e pode ser realizada em regime ambulatorial. O vídeo demonstra a técnica utilizada da reconstrução do tabique reto-vaginal por via endo-anal.

VD015 - TÉCNICA DE TRATAMENTO DA FÍSTULA PERIANAL COMPLEXA COM COLOCAÇÃO DO PLUGUE DE COLÁGENO

CARLOS WALTER SOBRADO; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA
HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Neste vídeo editado mostramos os principais passos da técnica de tratamento da fístula perianal complexa com colocação de plugue de colágeno, através da documentação digital de um caso operado.

- TEM/TEO -

VD016 - CIRURGIA TRANSANAL MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) USANDO DISPOSITIVO ETHICON® SINGLE SITE®
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; VILMAR LUIS TROMBETA
HOSPITAL MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Apesar de recentes avanços nas técnicas endoscópicas, o manejo atual dos tumores de reto é cada vez mais variado e complexo, devido principalmente a novas condutas e abordagens, com múltiplas terapias e refinamentos das técnicas

cirúrgicas. O tratamento do tumor do reto por ressecção local é descrito há séculos. Modificações foram realizadas ao longo do tempo, e no entanto as ressecções perineais continuavam a apresentar resultados com índices inaceitáveis de incontinência, recorrência e mortalidade. Com o decorrer das décadas, as técnicas foram se aprimorando e surgindo vários tipos de ressecções locais, desde a colonoscopia com mucosectomia, a convencional excisão transanal, microcirurgia transanal endoscópica (TEM), a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS) e o acesso cirúrgico posterior. OBJETIVO: Apresentar alternativa técnica para ressecção transanal de tumores de reto. MÉTODO: Serão apresentados vídeos de cirurgias de 3 pacientes realizada com o dispositivo em questão. RESULTADO: A técnica apresentada é um híbrido entre a laparoscopia com portal único (single port) e a técnica de TEM, mostrando a ressecção local transanal de tumores de reto baixo e médio de 3 pacientes, usando como alternativa técnica um dispositivo descartável de custo relativamente baixo em relação aos equipamentos de ressecção transanal, e que traz facilidade de montagem e de técnica cirúrgica e exposição de grande qualidade para ressecção de tumores de reto médio e baixo, além de possibilidade de uso de matérias convencionais de laparoscopia, sem necessidade de instrumentos cirúrgicos específicos. CONCLUSÃO: O método é eficaz e pode sem qualquer dificuldade suplantado com vantagens o uso de dispositivos rígidos para ressecção de tumores de reto.

VD017 - PERFURAÇÃO DURANTE MICROCIURURGIA ENDOSCÓPICATRANSANAL: COMO RESOLVER

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

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A microcirurgia endoscópica transanal (TEM) é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, introduzida nos anos 80 pelo Dr. Gerhard Buess, como alternativa para as ressecções clássicas de tumores retais. A TEM é realizada através de um retoscópio com cerca de 15 cm de comprimento e 4cm de diâmetro. Esse conjunto é introduzido pelo ânus, após dilatação e posicionamento no reto de acordo a localização e altura da lesão. Através do retoscópio é possível realizar dissecação pelo uso de instrumentos curvos em sua porção distal por uma visão ampliada. Das complicações apresentadas deste procedimento é relatada a perfuração com entrada na cavidade abdominal que pode ocorrer em até 8% conforme demonstrado na literatura e ainda não existe uma padronização para manejo dessa complicação. A TEM (TransanalEndoscopicMicrosurgery) permite diminuir as complicações apresentadas pelas demais cirurgias e reduzir o tempo de internamento hospitalar. Objetivo: demonstrar um vídeo onde ocorreu a perfuração para cavidade abdominal e como foi resolvido. Conclusão: A microcirurgia endoscópica transanal é um procedimento seguro com morbidade baixa e mortalidade praticamente nula. A síntese por via transanal é a alternativa melhor para resolução das perfurações.

- VIDEOLAPAROSCOPIA -

VD018 - ASPECTOS TÉCNICOS DA DISSECAÇÃO DO MESENTÉRIO NAS ILEOLECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS EM PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN COM VARIADOS GRAUS DE DIFICULDADE

PAULO GUSTAVO KOTZE; JULIANA FERREIRA MARTINS; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; VINÍCIUS REZENDE ABOU-REJAILE; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE; MARCELO RAISSWEILER HARDT; WANESSA BELTRAMI TONINI

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: a doença de Crohn (DC) é uma entidade crônica, com localização mais comum na transição ileo-cecal, que apresenta tendência a complicações. Apesar dos avanços no tratamento clínico que ocorreram nas últimas décadas, a ressecção ileocólica ainda permanece como o procedimento cirúrgico abdominal mais realizado nestes pacientes, por complicações ou intratabilidade clínica. A via laparoscópica é uma alternativa real para a realização destes procedimentos, com reduzido tempo de internamento e ampla aceitação pelos pacientes, com bons resultados e complicações comparáveis à cirurgia convencional. O maior desafio para a sua realização é a infiltração do mesentério por inflamação secundária à doença, o que pode limitar a dissecação retroperitoneal e dificultar a evolução dos procedimentos. OBJETIVO: o objetivo deste vídeo é apresentar os detalhes técnicos do isolamento e ligadura dos vasos ileocólicos por videolaparoscopia em portadores de DC com variados graus de dificuldade. Pretende-se ainda discutir os tipos de material cirúrgico que podem ser empregados nestas situações. MÉTODO: demonstração de diferentes cenas dos tempos cirúrgicos do isolamento e ligadura dos vasos ileocólicos em portadores de DC, com nível de dificuldade variável (infiltração do mesentério por inflamação leve, moderada e severa). RESULTADOS: são demonstradas cenas editadas de diferentes pacientes, portadores de DC do íleo terminal e do ceco, submetidos a ressecção ileocólica por videolaparoscopia. Foram incluídos casos de inflamação leve do mesentério do íleo terminal, inflamação moderada com aderências e inflamação severa com motivos para conversão. Enfatiza-se no vídeo as diferentes formas de apresentação do mesentério inflamado e os diferentes tipos de material de dissecação empregados. CONCLUSÕES: apesar da infiltração do mesentério por inflamação ser freqüente nos portadores de DC, a dissecação, isolamento e clipagem dos vasos ileocólicos é altamente factível na maioria dos pacientes, e raramente é causa principal da conversão para laparotomia. Pacientes obesos, com operações prévias e com extensas massas inflamatórias apresentam maior risco para conversão.

VD019 - ASPECTOS TÉCNICOS NA COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO: ESCOLHA DA CÂMARA

PATRICIO BERNARDO LYNN; RODRIGO OLIVA PEREZ; CHARLES SABBAGH; IGOR PROSCURSHIM; JOAQUIM JOSE GAMA- RODRIGUES; ANGELITA HABR GAMA
INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A laparoscopia por portal único pode ser uma alternativa válida em pacientes selecionados que serão submetidos a colectomia direita. Uma boa visualização é um aspecto fundamental para praticar esta cirurgia com segurança. Diferentes tipos de óticas tem sido utilizadas e não existe consenso sobre qual é a mais adequada. O objetivo deste vídeo é apresentar a nossa experiência com diferentes tipos de óticas. Método: Neste vídeo são apresentados os diferentes passos da colectomia direita laparoscópica por portal único em três pacientes utilizando em cada uma, uma ótica diferente (duas de 5mm e uma de 10mm, todas de 30 graus). Resultados: A visibilidade foi superior

com a ótica de 10mm, porém a movimentação do instrumental pode ser mais dificultosa com uma ótica maior. Conclusões: Dado que a visualização resulta superior é nossa recomendação utilizar sempre que seja possível uma ótica de 10mm e 30 graus.

VD020 - BENEFICIOS Y PERJUICIOS DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA.

ESTEBAN GRZONA

HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA.

Resumo: INTRODUCCION: El abordaje laparoscópico ha demostrado los mejores resultados para tratar a los pacientes con enfermedad diverticular quirúrgica. la diverticulitis complicada puede generar situaciones complejas y facilitar el desarrollo de complicaciones intraoperatorias. El objetivo de este video es mostrar una variedad de situaciones complejas y sus resoluciones. DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS: Recopilación de las distintas situaciones complejas de la enfermedad diverticular complicada. En el mismo se muestran resoluciones laparoscópicas de lesiones viscerales, urinarias y vasculares asociadas a tumores inflamatorios. También se muestra la solución a una fistula colocutánea y colovesical. Por último se observa el desafío del tratamiento de una peritonitis fecal (Hinchey IV). OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: La enfermedad diverticular propone un amplio abanico de situaciones desde las mas simples hasta las mas complejas.

VD021 - COLECTOMIA DIREITA VIDEO LAPAROSCÓPICA - ANASTOMOSE INTRA CORPOREA

THIAGO SILVEIRA MANZIONE; LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BARRETO FERREIRA DA SILVA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; CARLOS DI TOMMASO
HOSPITAL DA LUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Os autores demonstram a opção da realização da anastomose intra corporea na colectomia direita video laparoscópica, as vantagens em relação à anastomose externa, principalmente nos pacientes obesos, mesocolon curto, colon transversal fixo e o fechamento da brecha do mesocolon. Também tem a vantagem na cosmese, uma vez que a retirada da peça se faz por uma mini-incisão supra pubis.

VD022 - COLECTOMIA ESQUERDA VIDEO LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE ÂNGULO ESPLÊNICO - PASSOS TÉCNICOS PARA ABAIXAMENTO DO COLON

BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; AMIR ZEIDE CHARRUF; FABIO GUILHERME M. CAMPOS; SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: As neoplasias localizadas em ângulo esplênico do cólon ainda representam atualmente um desafio técnico no que diz respeito à técnica laparoscópica e à reconstrução do trânsito intestinal. São necessários manobras específicas para promover o abaixamento do cólon transverso bem vascularizado e sem tensão, sem esquecer os princípios oncológicos de uma colectomia. Objetivo: Demonstrar, por meio do vídeo, os passos técnicos da colectomia esquerda ampliada para ressecção de lesão de ângulo esplênico. Método: Paciente 32 anos, com história de sangramento nas fezes e alteração hábito intestinal há 4 meses. Colonoscopia mostrou lesão estenosante circunferencial de cólon descendente proximal. Tomografia mostrava espessamento do ângulo esplênico do cólon e linfonodos pericólicos

de até 1 cm, sem sinais de doença secundária. Realizado estudo do restante do colon através de colografia por tomografia, que não mostrou lesões sincrônicas. Paciente foi submetida a colectomia esquerda ampliada por acesso videolaparoscópico com anastomose transversal-retal mecânica sem intercorrências. Para tanto, foi necessária liberação de todo o ângulo esplênico por meio de dissecação anterior ao pâncreas, ligadura alta da VMI e transecção do reto alto para anastomose. Resultados: Paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório, recebendo alta no 5º dia, com hábito intestinal preservado. Em seguimento ambulatorial, aguarda resultado anatomopatológico. Conclusões: A técnica laparoscópica para ressecções colônicas tem se mostrado de grande valia, independentemente do sítio do tumor. Vários são os artifícios técnicos utilizados pelos cirurgiões para manter os preceitos oncológicos e conseguir anastomoses seguras.

VD023 - COLECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADORA DE PAF

NAIRA ASSIS LANTYER ARAÚJO; EULER MEDEIROS AZARO; FLAVIA CASTRO RIBEIRO FIDELIS; MARCOLINO SOUZA AGUIAR; LINA MARIA GOES CODES; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA
HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Objetivo: apresentar vídeo editado de Colectomia total laparoscópica em paciente portadora de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e sua reabordagem por sangamento em pós-operatório. Relato do caso: Paciente feminina, 19 anos, portadora de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), submetida a Colectomia total com íleo-reto anastomose e preservação do reto via laparoscópica. Em intra-operatório, não foi realizada clipagem dos vasos, sendo optado por selagem com bisturi ultrassônico. Evoluiu, no 2º dia pós-operatório, com queda de hemoglobina e sinais de repercussão sistêmica. Foi reabordada de forma laparoscópica, com evidência de grande quantidade de sangue em cavidade e hematoma retroperitoneal, sendo identificados e clipados vasos mesentéricos. Paciente evoluiu, após reabordagem, assintomática, mantendo níveis hematimétricos estáveis, recebendo alta no 4º dia pós-operatório.

VD024 - CORREÇÃO VIDEO LAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA PERINEAL PÓS CIRURGIA DE MILES

PAULA ALVES DA CONCEICAO; LEONARDO MACHADO CASTRO; MARCELA MIGUEL SILVA; CESAR BARROS PAIVA; ATILA HADDAD
HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA - RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Paciente feminina de 70 anos, realizou cirurgia de amputação abdomino-perineal em 2008 devido a Adenocarcinoma de reto inferior. Evoluiu com enorme e incapacitante hérnia perineal. Foi submetida em 2011 a correção videolaparoscópica da hérnia. OBJETIVO: Demonstrar a viabilidade da correção cirúrgica pelo método videolaparoscópico. MÉTODO: Através da utilização de tela especial Proceed, cola cirúrgica e grampeadores, foi possível realizar laparoscopicamente a mobilização das alças intestinais e fixação de tela, corrigindo pelo método laparoscópico inteiramente a herniação. RESULTADO: Paciente permanece após um ano da cirurgia de correção assintomática, sem sinais de recidiva. CONCLUSÃO: Através de sistematização e utilização de material adequado é perfeitamente viável a realização da correção videolaparoscópica das hérnias perineais pós amputação abdomino-perineal.

VD025 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE SECÇÃO URETERAL COM COLOCAÇÃO DE DUPLO J

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; FLAVIO SILVA NOGUEIRA; MARCO AURELIO PEREIRA GOMES; OLESEGUN KOMOLAFE; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MARIANA ANDRADE CARVALHO; PHILIP EDWARD BOGGISS; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A incidência de secção ureteral em cirurgias videolaparoscópicas colorretais varia de 0,2 a 0,6%. Atualmente houve uma diminuição na incidência de secção ureteral não só devido a maior experiência das equipes, como também pela utilização da dissecação de medial para lateral que vem sendo utilizada por um número cada vez maior de cirurgiões nos últimos anos. **OBJETIVO:** Apresentar um vídeo com os detalhes técnicos da correção laparoscópica de um ureter esquerdo inadvertidamente seccionado. **MÉTODO:** Apresentação do caso clínico e demonstração do vídeo da cirurgia com especial atenção na correção laparoscópica de secção ureteral esquerda e colocação de duplo J. **RESULTADOS:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, com queixa de puxo e tenesmo. Ao exame físico apresentava lesão úlcero-vegetante iniciando-se a 2 cm e estendendo-se até 7 cm da borda anal acometendo mais de 50% da circunferência retal. Realizou colonoscopia que não evidenciou lesão sincrônica e a biópsia revelou um adenocarcinoma do reto. Após a neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia observou-se resposta parcial. O procedimento realizado foi a amputação abdomino perineal do reto videolaparoscópica. Durante a liberação do mesocolon do sigmóide houve a secção completa do terço médio do ureter esquerdo, que foi corrigida com passagem de cateter duplo J e ureterorrafia via laparoscópica. A paciente evoluiu satisfatoriamente sem complicações, tendo recebido alta no quarto dia de pós-operatório. Com quarenta dias de pós-operatório foi realizada uma cistoscopia para retirada do cateter duplo J que ocorreu sem intercorrências. Oito meses após a cirurgia, a paciente encontra-se assintomática. **CONCLUSÃO:** A correção laparoscópica da secção ureteral é factível e segura, não necessitando de conversão para via laparotômica.

VD026 - DIVERTICULITE AGUDA COM PERITONITE, EM PACIENTE OBESA, IDOSA E CIRURGIAS ANTERIORES. TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEO LAPAROSCÓPICO

LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BARRETO FERREIRADA SILVA; CARLOS DITOMMASO; THIAGO SILVEIRA MANZIONE

HOSPITAL DA LUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Apesar das dificuldades para realização da cirurgia de urgência por vídeo laparoscopia, os autores demonstram que é possível na vigência de peritonite na diverticulite aguda a realização de uma retossigmoidectomia, colostomia a hartman e lavagem da cavidade com drenagem.

VD027 - ENDOMETRIOSE INTESTINAL: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR RESSECÇÃO EM DISCO

THAISA BARBOSA SILVA; FERNANDA DINELLI SCALA; ANTÔNIO HILÁRIO ALVES FREITAS; HELIO ANTÔNIO SILVA; ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA; KANTHYA ARREGUY DE SENA BORGES; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; CECÍLIA ALCÂNTARA BRAGA

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: **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. **PACIENTE E MÉTODOS:** A paciente foi posicionada em litotomia, sendo os trocarter introduzidos nos seguintes locais: cicatriz umbilical (câmera), linha hemiclavicular direita (5 mm no nível da cicatriz umbilical e 12 mm, cerca de 8 cm inferiormente), linha hemiclavicular esquerda no nível do umbigo e outro no hipogástrio (8 cm acima do púbis). Após colocação 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 grameador circular 33 mm, abertura da ogiva para englobar a lesão, fechamento do grameador 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.

VD028 - ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA: RELATO DE CASO COM ACOMETIMENTO VESICAL E INTESTINAL

FERNANDA DINELLI SCALA; THAISA BARBOSA SILVA; ANTÔNIO HILÁRIO ALVES FREITAS; HELIO ANTÔNIO SILVA; ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA; KANTHYA ARREGUY DE SENA BORGES; PEDRO ROMANELLI; GEOVANA SIMÕES LEITE *HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Endometriose é definida como tecido com aspectos histológicos e funcionais semelhantes ao endométrio, fora da cavidade uterina. A endometriose profunda infiltrativa é aquela localizada nos tecidos fibromusculares, penetrando 5 mm ou mais abaixo da superfície peritoneal. Trata-se da segunda afecção cirúrgica ginecológica mais comum e pode acometer vários sistemas, sendo a endometriose intestinal observada em 5 a 27% das mulheres (70 – 93% no retossigmóide) e no trato urinário em 1 a 2%. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de relevância crescente nos dias de hoje, relacionado às mudanças dos hábitos femininos e aumento da idade da primeira gestação, que aumentam a exposição estrogênica nas mulheres. **PACIENTE E MÉTODOS:** Paciente de 34 anos, com diagnóstico de endometriose em 2000 e em uso de Diprovera® até o

início de 2011, quando suspendeu medicamento e reiniciou sintomas de dor hipogástrica, algúria (pior na menstruação) e constipação intestinal crônica. Foi submetida a tratamento cirúrgico por equipe multidisciplinar, com realização de: cauterização de endometriomas ovarianos, cistectomia parcial, lise de aderências e desbloqueamento da pelve facilitando a localização da lesão endometriótica a ser ressecada. A excisão do segmento retal acometido foi realizada com endogrampeador e anastomose termino-terminal com grampeador circular. RESULTADOS: Não foram observadas complicações per-operatórias. Paciente recebeu alta hospitalar no 2º DPO, após retirada de dreno pélvico que se manteve sem débito. A SVD foi retirada após 07 dias, ambulatorialmente. Manteve uso de Cerazette® e em consultas de retorno referiu dor abdominal difusa leve e alguma dificuldade na evacuação, controlada com uso de fibras alimentares. CONCLUSÃO: A endometriose é uma das principais causas de dor pélvica em mulheres na idade reprodutiva e a profundidade da lesão se correlaciona diretamente com os sintomas dolorosos. O tratamento medicamentoso leva a estabilização ou regressão das lesões, que, geralmente, recorrem após parar a medicação. Assim, o tratamento cirúrgico é oferecido para manejo mais definitivo da doença, removendo todas as lesões visíveis e aderências, restaurando a anatomia pélvica normal, o que promove baixas taxas de recorrência da dor e melhoria da qualidade de vida.

VD029 - FISTULA COLON VESICAL PÓS DIVERTICULITE AGUDA – TRATAMENTO VIDEO LAPAROSCÓPICO

LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO¹; RENATO BARRETO FERREIRA DA SILVA¹; MARIA BERNADETTE ZAMBOTTO VIANNA²; CARLOS ANDRE BARROS ANTUNES¹

1.HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL;
2.FACULDADE MEDICINA ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.

Resumo: OS AUTORES DEMONSTRAM A REALIZAÇÃO POR VIA TOTALMENTE LAPAROSCOPICA DO TRATAMENTO DE UMA FISTULA SIGMOIDE/ VESICAL POS DIVERTICULITE AGUDA. COM A REALIZAÇÃO DA RETOSSIGMOIDECTOMIA, TRATAMENTO DA FISTULA E RAFIA DA BEXIGA.

VD030 - FIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA DO RETO AO PROMONTÓRIO COM TELA DE DUPLA FACE E DISPOSITIVO DE GRAMPEAMENTO AUTOMÁTICO PROTACK® : RELATO DE CASO

MATHEUS MMMDE MEYER; MATHEUS MMMDE MEYER; JULIANO ALVES FIGUEIREDO; JULIANA MENDES OLIVEIRA; FRANCESCA DE SÁ FREIRE; RAFAEL GOMES CARVALHO BARROS; JOSÉ ELIAS GALIÃO FILHO; IARA LEMOS GARCIA HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: O tratamento operatório da procidência retal pode ser realizada por via abdominal ou por via perineal. Pacientes jovens, poderão ser encaminhados para tratamento por via abdominal com acesso laparoscópico, esta modalidade tem se mostrado atraente na última década. Relato de caso: Apresenta-se o caso de uma paciente de 18 anos, com doença neurológica (síndrome de Turet) associada a manobra de valsalva frequente, e procidência retal. A paciente foi tratada com fixação do reto ao promontório, utilizando um dispositivo automático Protack ® além de uma tela de dupla face. A face não aderente da tela ficou voltada para as alças de intestino delgado, após a fixação do reto. O acesso laparoscópico permitiu boa dissecação e adequada visualização das estruturas pélvicas. A paciente encontra-se bem após 8 meses da operação e sem sinais de recidiva da procidência. Conclusão: O acesso laparoscópico permite o tratamento da

procidência retal com bom resultado funcional além dos benefícios de uma via de acesso abdominal minimamente agressiva.

VD031 - FÍSTULA ENTEROVESICAL: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN

JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; THAISA BARBOSA SILVA; ANTÔNIO HILÁRIO ALVES FREITAS; HELIO ANTÔNIO SILVA; ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA; KANTHYA ARREGUY DE SENA BORGES; PEDRO ROMANELLI; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA

HPMMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A doença de Crohn consiste em um distúrbio inflamatório intestinal que acomete indivíduos entre a segunda e quarta décadas de vida. Manifesta-se, em geral, por diarreia, dor abdominal e sintomas constitucionais. Por possuir evolução crônica e progressiva e afetar indivíduos jovens, apresenta morbimortalidade considerável. O diagnóstico precoce, assim como a abordagem precisa de eventuais complicações, são fundamentais para o sucesso do tratamento. OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de doença de Crohn cuja primeira manifestação foi uma fístula enterovesical, cujo tratamento foi realizado por videolaparoscopia. PACIENTE E MÉTODOS: Paciente do sexo masculino, de 29 anos, apresentou quadro de pneumatúria, fecalúria e infecção urinária de repetição. Propedêutica evidenciou ileíte e fístula enterovesical. Submetido à enterectomia e cistectomia parcial videolaparoscópicas. RESULTADOS: Não foram observadas complicações per-operatórias. O paciente recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório. CONCLUSÃO: A doença de Crohn pode apresentar manifestações atípicas e a cirurgia laparoscópica tem se mostrado alternativa interessante frente ao tratamento das suas complicações.

VD032 - PRESERVAÇÃO DA ARTÉRIA RETAL SUPERIOR EM RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA POR DOENÇAS BENIGNAS - TECNICA

HELIN MINORU MATSUMOTO¹; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA²; GUSTAVO KURACHI¹; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA³; MAURO WILLEMANN BONATTO³; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA³; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO¹; UNIVALDO ETSUO SAGAE³

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

Resumo: Objetivos: Demonstrar a viabilidade da técnica de preservação da artéria retal superior em retossigmoidectomias videolaparoscópicas por doenças benignas. Métodos: Trabalho prospectivo realizado pela equipe de Cirurgia Colorretal da Gastroclínica Cascavel no período de Janeiro de 2010 a Junho de 2012, com 28 (vinte e oito) pacientes, com média de idade de 45,4 anos (variando entre 28 e 67 anos). Estes foram submetidos à videoretossigmoidectomia por doença diverticular em 15 pacientes e 13 por endometriose. A técnica cirúrgica utilizada foi abordagem medial do cólon, com identificação e ligadura da veia mesentérica inferior na maioria dos casos e, posteriormente, é realizada a dissecação do mesocólon. A artéria mesentérica inferior e seu tronco é dissecada e apenas o ramo superior da artéria cólica esquerda é ligada com ligaclipe. O ramo inferior da cólica esquerda e a artéria retal superior foram preservados. Apenas os vasos sigmoideanos da área a ser excluída

foram ligados com bisturi ultrassônico. Em todos os casos foram tomados os devidos cuidados quanto à preservação dos nervos hipogástricos e o ureter. A secção do reto foi realizada, cuidadosamente, com endogrampeador linear após a dissecação do mesorreto. A anastomose foi realizada intra-abdominal com grampeador circular 31 ou 33mm, após a verificação da integridade da arcada de Rioland. Em todos os casos foi realizado reforço da anastomose com sutura em dois planos utilizando fio PDS 3.0. O teste do borracheiro e do azul para testar integridade da anastomose são feitos em todos os pacientes. Resultados: Não houve complicação por fístula anastomótica nesta casuística. Duas pacientes foram reoperadas precocemente, uma por lesão inadvertida de intestino delgado e outra por abscesso pélvico sem evidência de fístula. Conclusão: O vídeo demonstra a viabilidade e resultados promissores tanto na redução da incidência de fístulas quanto nos distúrbios funcionais com a preservação da artéria retal superior em doenças benignas.

VD033 - RECIDIVA ANASTOMÓTICA DE CÂNCER COLORRECTAL. RESOLUCIÓN LAPAROSCOPICA
ESTEBAN GRZONA

HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA.

Resumo: INTRODUCCION: El abordaje laparoscopico se ha afianzado como tratamiento de la patología neoplásica colorrectal, demostrando las ventajas del método minimamente invasivo, manteniendo la seguridad oncológica. Sin embargo no existen experiencias publicadas que demuestren la aplicación del método laparoscópico para tratar quirúrgicamente las recidivas locales. El siguiente video tiene por objetivo presentar la resolución laparoscópica de una recidiva de cáncer colorrectal en la unión rectosigmoidea. DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS: Se presenta el caso de una mujer de 80 años de edad con antecedentes de resección anterior laparoscópica por un adenocarcinoma de la unión rectosigmoidea (T3N1). Realizo posterior tratamiento adyuvante, el cual no pudo completar por intolerancia. Después de un periodo libre de enfermedad de 31 meses, con los adecuados controles; presenta en endoscopia una lesión mamelonada ulcerada sobre la anastomosis previa, sin enfermedad sistémica. Se realiza una resección y anastomosis laparoscópica. La paciente evoluciona favorablemente y sin evidencia de enfermedad a 6 meses. OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: El abordaje laparoscópico en recidivas de patología neoplásica puede ser una alternativa para tratar pacientes seleccionados.

VD034 - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO PÓS-HARTMANN
– ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA

ROBERTO NIGRO; EDUARDO KENZO MORY; OMAR ABUD FRANCO ABDUCH; DANIEL JOSÉ SZOR

HOSPITAL LEFORTE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A reconstrução de trânsito após cirurgia de Hartmann muitas vezes é difícil, visto que estes pacientes foram operados previamente em caráter de urgência e, frequentemente, na vigência de infecções da cavidade abdominal. O crescente desenvolvimento da laparoscopia abre a possibilidade de realizar este procedimento por este acesso de maneira segura em pacientes selecionados. Caso: Paciente do sexo masculino de 71 anos fora submetido à cirurgia de Hartmann por quadro de diverticulite aguda com contaminação da cavidade por secreção purulenta (Hinchey III). Após 3 meses, optado pela reconstrução de trânsito com acesso videolaparoscópico. Vídeo: O procedimento iniciou-se pela passagem cuidadosa dos trocars, sendo colocado um trocar de 10mm na cicatriza

umbilical para ótica e 2 trocars adicionais para trabalho (5mm em quadrante inferior direito e 11mm em quadrante superior direito). O acesso dos trocars foi feito de forma cuidadosa e criteriosa com o objetivo de se evitar lesões iatrogênicas. A liberação das alças intestinais pela lise de bridas foi realizada de modo à permitir uma ampla área de trabalho. Realizou-se a liberação de alças da cavidade pélvica com identificação e mobilização do coto retal. O coto foi então dissecado para garantir uma área adequada para anastomose. À seguir, a porção terminal do cólon descendente exteriorizada em colostomia foi solta da aponeurose interna. Deste forma, ao realizar a liberação da ostomia externamente, pode-se mobilizar um segmento do cólon, permitindo a ressecção da área de ostomia e colocação da ogiva do grampeador circular. O segmento de cólon foi reconduzido à cavidade, a aponeurose fechada e o pneumoperitônio refeito. Iniciou-se então a liberação e mobilização do coto retal. Uma vez completada esta etapa, realizou-se a anastomose com grampeador circular mecânico. Após a anastomose, a cavidade foi drenada com dreno de Blake. Paciente evoluiu bem e sem intercorrências, recebendo alta no 5º PO. Conclusão: O acesso videolaparoscópico em pacientes com cirurgias prévias deve ser realizado de maneira cuidadosa e criteriosa em virtude do risco de lesões iatrogênicas. Uma vez garantido o acesso, o procedimento de reconstrução de trânsito pós-Hartmann pode ser realizado sem maiores dificuldades já que não são necessárias grandes mobilizações do cólon ou realização de ligaduras vasculares.

VD035 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS A AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO EXTRAELEVADORES COM TRANSPOSIÇÃO DO MÚSCULO GRÁCIL

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ¹; FLÁVIA BALSAMO²; HERMÍNIO CABRAL DE RESENDE JÚNIOR²; RODRIGO BENEDETTI²; ROGÉRIO TADEU PALMA²

*1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL;
2. FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: Em virtude dos índices de recidiva perineal mais elevados associados à técnica convencional proposta para amputação abdominoperineal do reto, novas estratégias cirúrgicas vêm sendo propostas com objetivo de melhorar esses resultados. Dentre elas, destaca-se a técnica da amputação abdominoperineal do reto realizada externamente aos músculos elevadores do ânus (AAPEE). A técnica, também conhecida como amputação abdominoperineal cilíndrica, vem mostrando menores índices de recidiva pélvica e perineal quando comparada ao método convencional. Todavia, pela maior extensão da ressecção circunferencial, determina a formação de uma ferida pélvica e perineal de maiores proporções, que quando não tratadas adequadamente encontram-se associadas a complicações pós-operatórias, principalmente representadas pela evisceração intestinal precoce ou formações de hérnias perineais tardias de difícil tratamento. Com o objetivo de preencher a cavidade pélvica formada pela extração ampliada do reto, bem como possibilitar o fechamento da ferida perineal, diferentes métodos vêm sendo propostos. O emprego de retalhos músculo-cutâneos, verticais ou longitudinais, utilizando o músculo reto do abdômen apesar de factíveis reduzem os benefícios do acesso laparoscópico. De outra maneira a utilização de próteses sintéticas ou biológicas para fechar a cavidade pélvica, associada à transposição de retalho utilizando o músculo glúteo maior apresenta como principal complicação a infecção que na maioria das vezes requer a remoção da prótese. O objetivo do presente vídeo é apresentar o caso de um paciente portador de adenocarcinoma de reto baixo submetido à AAPEE cujo tempo abdominal foi realizado

por videolaparoscopia e a cavidade pélvica ocluída por retalho muscular pediculado com o músculo grácil esquerdo. A evolução pós-operatória sem complicações ou recidivas após um ano de seguimento torna o método uma opção válida para o tratamento da ferida pélvica após a AAPEE.

VD036 - RESSECÇÃO ABDOMINO-PERINEAL EXTRA-ELEVADOR LAPAROSCÓPICA

PATRICIO BERNARDO LYNN; RODRIGO OLIVA PEREZ; CHARLES SABBAGH; IGOR PROSCURSHIM; ANGELITA HABR GAMA

INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Apresentar uma descrição da técnica da ressecção abdomino-perineal extra-elevador laparoscópica. Materiais & Métodos: Apresentação de um caso clínico e resumo de cirurgia com especial atenção em aspectos técnicos do tempo perineal (em posição de "Jack-knife"). Resultados: Trata-se de uma paciente feminino com adenocarcinoma de reto submetida a quimiorradioterapia neoadjuvante. A paciente apresentou persistência tumoral após à neoadjuvância e recusou a cirurgia radical. Foi submetida a ressecção transanal endoscópica microcirúrgica, tendo sido a patologia um adenocarcinoma T2 Nx. Com esse resultado a paciente continuou recusando a cirurgia radical. Finalmente constatou-se recidiva local e a paciente foi operada realizando-se uma ressecção abdomino-perineal extra-elevador laparoscópica. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória tendo alta ao sétimo dia PO. O anatomo patológico mostrou um adenocarcinoma T4 N0. Conclusão: A ressecção abdomino-perineal extra-elevador é uma excelente opção oncológica para pacientes com câncer de reto baixo avançado.

VD037 - RESSECÇÃO COMBINADA: COLECTOMIA DIREITA E ADRENALECTOMIA ESQUERDA POR SINGLE PORT

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; FLAVIO SILVA NOGUEIRA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A colectomia laparoscópica com portal único é factível e segura quando realizada por cirurgiões experientes em cirurgias videolaparoscópicas. Apresenta menor risco associado à hemorragia no local do trocar, hérnia incisional, infecção de ferida, com melhores resultados cosméticos. Objetivo: Apresentar caso clínico de uma paciente com neoplasia do cólon ascendente com metástase para adrenal esquerda que foi submetida à colectomia direita e adrenalectomia esquerda por laparoscopia de único portal, utilizando como dispositivo luva estéril. Métodos: Apresentação do caso e demonstração do filme da cirurgia, com especial atenção ao dispositivo, aos aspectos técnicos e dificuldades do procedimento. Resultados: Paciente 73anos, feminina apresentando enterorragia há dois anos, sem alteração ao exame físico e proctológico. Submetida colonoscopia com neoplasia vegetante no ceco, cujo anatomopatológico confirmou adenocarcinoma. Durante exames de estadiamento foi detectado massa em adrenal esquerda com captação heterogênea de contraste medindo 4.4 x 3.8cm, compatível com processo secundário. Indicado colectomia direita e adrenalectomia esquerda laparoscópica por único portal. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente foi de alta no quarto dia de pós-operatório. O histopatológico da peça cirúrgica mostrou se tratar de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão até

tecido gorduroso, margens livres, seis linfonodos comprometidos de 27 ressecados, com adenocarcinoma metastático para adrenal. Paciente segue em quimioterapia adjuvante até o momento. Conclusão: A técnica de laparoscopia com único portal pode ser utilizada com sucesso em casos bem selecionados, com iguais resultados oncológicos que a laparoscopia convencional, melhor resultado estético e sem custo adicional com o dispositivo de luva. Eventualmente pode-se utilizar um trocar acessório para manter a segurança do procedimento.

VD038 - RESSECÇÃO ENDOMETRIAL RETAL, EM DISCO, POR LAPAROSCOPIA E TESOURA MONOPOLAR

JULIANO ALVES FIGUEIREDO¹; LUCIANA MENDES OLIVEIRA²; ADMARIO SILVA SANTOS FILHO¹; SOFIA FAKHER FAKOURI²; FRANCESCA DE SÁ FREIRE¹; CINTIA DOMINGUES BERNARDES²; IARA LEMOS GARCIA¹; LUISA MENDES MIRANDA AZEVEDO²

1.HOSPITAL BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: A endometriose pélvica profunda que infiltra a parede retal pode ser tratada por laparoscopia. Essa via de acesso oferece os benefícios da recuperação clínica mais precoce. A literatura científica mostra ligeira superioridade de instrumento de coagulação sobre aqueles com eletrocauterização ;mas equipes estão bem treinadas, podem oferecer, em casos selecionados o tratamento da endometriose colorretal , utilizando tesoura laparoscópica monopolar. Apresenta-se um vídeo de uma paciente submetida a ressecção retal laparoscópica com uso de tesoura monopolar, onde houve retirada de endometrioma, em disco, por via anal. Utilizou-se um grameador circular número 33 para a retirada da peça e reconstrução do transito intestinal. A histologia revelou endometrioma retal. A paciente encontra-se bem após 3 meses da operação. Quando não estiver disponível a pinça coaguladora ou a tesoura bipolar, é possível realizar a operação laparoscópica com tesoura monopolar para tratamento da endometriose retal, desde que a paciente seja bem selecionada e a equipe esteja motivada e treinada.

VD039 - RESSECÇÕES COLÔNICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS COMBINADAS PARA TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA

RODRIGO AMBAR PINTO; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; VICTOR EDMUND SEID; AMIR ZEIDE CHARRUF; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A endometriose profunda é afecção de difícil tratamento que acomete pacientes femininas em idade fértil. O acometimento de estruturas do trato gastrointestinal , principalmente do sigmoide e do reto não é incomum e muitas vezes leva a necessidade de ressecções parciais ou totais desses órgãos. Quando o acometimento se dá em mais de uma porção do intestino, surge a necessidade de construir uma estratégia para evitar ressecções maiores, diminuindo a morbidade pós-operatória e poupando áreas sãs devido a possível necessidade de novas ressecções no futuro. Objetivo: Demonstrar alternativa técnica utilizada no tratamento de endometriose acometendo transição retossigmóide e íleo distal. Método: Caso de paciente de 35 anos com história de dificuldade para engravidar além de dor abdominal em baixo ventre associada a distensão com piora no período menstrual. Ultrassonografia transvaginal demonstrava focos de endometriose em pelve acometendo órgãos reprodutores e transição retossigmóide, além de íleo distal. Colonoscopia mostrou

microerosão em fleo distal, além de ulcera e abaulamento extrínseco em sigmoide. Paciente submetida a laparoscopia com ressecção de focos pélvicos, retossigmoidectomia associada a colectomia direita e ressecção de fleo distal com anastomoses colorretal e fleo ascendente para ressecção de todos os focos de endometriose. Resultados: Paciente evoluiu sem intercorrências pós operatórias, com manutenção de hábito intestinal regular e melhora das dores abdominais. Em tratamento com a ginecologia para engravidar. Conclusões: Devido as inúmeras dificuldades técnicas na abordagem cirúrgica de pacientes com endometriose profunda acometendo cólon e intestino delgado, devemos analisar cada caso individualmente e adotar a conduta técnica mais pertinente após a avaliação laparoscópica. As ressecções combinadas são uma boa alternativa e devem ser consideradas para evitar ressecções colônicas extensas em pacientes jovem e com anastomoses de baixo risco.

VD040 - RETOSSIGMOIDECTOMIA E NEFRECTOMIA PARCIAL ESQUERDA POR VIA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIAS DISTINTAS DE COLONE E RIM
JULIANO ALVES FIGUEIREDO¹; RODRIGO SILVA QUINTELA SOARES²; GUSTAVO MARELLI CARVALHO²; RAMON PIRES MARANHÃO²; GREICIANE PARREIRAS LAGE³; IARA LEMOS GARCIA⁴; CINTIA DOMINGUES BERNARDES⁴; MATHEUS MMMDE MEYER⁴

1.HOSPITAL LIFE CENTER E HOSPITAL BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.HOSPITAL BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Equipes bem treinadas em laparoscopia podem oferecer tratamento de neoplasias sincrônicas do abdome, com a vantagem do menor trauma da parede abdominal e recuperação clínica precoce. Existem poucas publicações que demonstrem tratamento laparoscópico para tratamento de lesões neoplásicas sincrônicas no abdome. Objetivo: Apresenta-se um vídeo de paciente de 77 anos, submetida a ressecção anterior alta e nefrectomia parcial esquerda por laparoscopia, ambas realizadas no mesmo ato operatório. Paciente e Método: Houve primeiramente mobilização do cólon, ligadura dos pedículos vasculares e liberação do ângulo esplênico e exposição da fascia perirrenal. Com os mesmos portais de trabalho, fez-se exposição do pedículo do rim esquerdo, descolamento posterior e lateral do rim, seguido de clampagem da artéria renal por 17 minutos. Ressecou-se lesão neoplásica renal de 3 cm no pólo superior do rim, além de sutura utilizando fio vicril 1@ com auxílio de hemoloc. O espécime renal foi retirado pelo trocar de 12 mm, seguido da retirada do cólon por incisão auxiliar suprapúbica. Paciente recebeu alta hospitalar com 4 dias. A histologia revelou neoplasia de células claras de 25mm com estadiamento T1 N0 M0, além de lesão neoplásica de colon de 50mm, com adenocarcinoma restrito a mucosa sobre uma lesão vilosa Tis N0 M0. A operação laparoscópica se mostrou factível e segura para o tratamento da lesão sincrônica de sigmoide e rim esquerdo. A operação teve intensão curativa e a paciente encontra-se bem após 10 meses da operação.

VD041 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM HISTERECTOMIA TOTAL "EM BLOCK" PARA ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO
PATRICIO BERNARDO LYNN; RODRIGO OLIVA PEREZ; CHARLES SABBAGH; IGOR PROSCURSHIM; ANGELITA HABR GAMA

INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Apresentar um caso clínico de um adenocarcinoma de reto avançado que foi tratado cirurgicamente por laparoscopia. Métodos: Apresentação de caso clínico e resumo de cirurgia com especial ênfase em aspectos técnicos. Resultados: Apresenta-se o caso clínico de uma paciente feminina de 67 anos, diagnosticada com um câncer de retossigmoide invadindo vagina e útero sem metástases à distância que foi resolvido laparoscopicamente. A paciente apresentou boa evolução, tendo alta ao oitavo dia PO. O anátomo patológico mostrou um adenocarcinoma T4N2. Conclusão: A abordagem laparoscópica é factível em alguns casos muito selecionados de câncer de união retossigmoidea estendidos a outras estruturas pélvicas.

VD042 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO COM LUYA

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; FLAVIO SILVA NOGUEIRA; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; PHILIP EDWARD BOGGISS; JUNEIA CARRIS DE OLIVEIRA; MARIANA ANDRADE CARVALHO

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A técnica de portal único está sendo utilizada com sucesso em casos bem selecionados comparado a laparoscopia convencional com iguais resultados oncológicos, menor risco associado a hemorragia no local do trocar, hérnia incisional, infecção de ferida e com evidente benefício cosmético. OBJETIVO: Apresentar um vídeo que demonstra o dispositivo com luva estéril utilizado na laparoscopia de portal único em um procedimento cirúrgico colorretal. MÉTODO: Apresentação do caso clínico e filme da cirurgia colorretal com atenção especial no dispositivo utilizado para o portal único. Podem ser utilizados múltiplos acessos de 5,10 ou 12 mm no mesmo portal com via de insuflação e drenagem do gás carbônico, oferecendo a mesma segurança dos demais dispositivos. RESULTADOS: Paciente do sexo masculino, 57 anos, com queixa de hematoquezia e alteração do hábito intestinal. Realizou colonoscopia onde foi diagnosticada lesão úlcero-vegetante, subestenótica na transição retossigmoide e a biópsia da lesão revelou adenocarcinoma. Ao estadiamento não foram encontradas lesões secundárias. O procedimento foi realizado sem intercorrências e o paciente evoluiu satisfatoriamente sem complicações tendo recebido alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório. O histopatológico da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, margens livres, 20 linfonodos dissecados, sendo dois positivos (T3N1M0). Oito meses após a cirurgia, a paciente encontra-se bem e sem sinais de recidiva. CONCLUSÃO: O dispositivo de portal único com luva mostrou-se viável e seguro, com a grande vantagem do baixo custo.

VD043 - SACROPROMONTOFIXAÇÃO DE RETO, HISTERECTOMIA SUBTOTAL E SACROCOLPOPEXIA COM TELA VIA LAPAROSCÓPICA POR PROCIDÊNCIA RETAL E PROLAPSO VAGINAL

RODRIGO AMBAR PINTO; DANIEL JOSÉ SZOR; THAÍS VILLELA PETERSON; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução e Objetivo: A procidência retal é definida como a protrusão de todas as camadas da parede retal através do canal anal,

causando desconforto abdominal, saída constante de secreção pelo ânus, massa prolapsada pelo ânus e sensação de evacuação incompleta. Sua patogenia é complexa, com múltiplos fatores desencadeantes. Existem diversos tratamentos empregados, sejam clínicos ou cirúrgicos, convencionais ou laparoscópicos, perineais ou abdominais para sua abordagem. O prolapso vaginal combinado caracteriza uma frouxidão completa do assoalho pélvico, apresentando incidência em mulheres acima dos 50 anos com história de parto vaginal de até 30%. A abordagem abdominal laparoscópica para defeitos combinados parece apresentar resultados anatômicos e funcionais satisfatórios, além de baixa morbidade. A proposta cirúrgica consiste no reforço do assoalho pélvico comprometido pela frouxidão ligamentar instalada previamente. Material e Métodos: paciente do sexo feminino, 87 anos, sem comorbidades, apresentando quadro de incontinência fecal, procidência retal e prolapso vaginal. Manometria anorretal revelou hipotonia acentuada dos esfíncteres anais interno e externo. Optado pelo tratamento cirúrgico laparoscópico por via abdominal. O vídeo demonstra a dissecação do reto extra-peritoneal em sua porção póstero-lateral direita até o plano dos músculos elevadores do ânus, seguida de dissecação das paredes vaginais anterior e posterior da bexiga urinária e reto anterior respectivamente, após histerectomia subtotal com retirada da peça através do trocar de 12 mm da fossa ilíaca direita. Posteriormente realizou-se fixação de uma tela de polipropileno às paredes vaginais anterior e posterior e tração da mesma para ancoragem no promontório com pontos simples Prolene 3-0. O reto foi fixado ao promontório com pontos separados simples de Prolene 3-0, sem a necessidade do reforço com a tela. Fechamento do peritônio com sutura contínua do sobre a tela. Resultados: Procedimento evoluiu sem intercorrências, sem necessidade de conversão ou sangramentos com necessidade de transfusão sanguínea. Paciente permaneceu o primeiro dia de pós-operatório na unidade de terapia intensiva devido idade avançada. Realizou pós-operatório na enfermaria sem intercorrências, tendo alta no quinto dia. Atualmente encontra-se no décimo mês de pós-operatório, com resolução anatômica plena e queixa de alguns episódios de escapes fecais líquidos. Conclusões: Os resultados já publicados mostram maior efetividade da abordagem por via abdominal em relação à perineal, reservada para pacientes sem condições clínicas para anestesia geral e laparotomia. A via laparoscópica traz como benefícios menor dor no pós-operatório, menor duração da internação e menor morbidade, tornando a via abdominal comparável à via perineal. Os defeitos combinados do assoalho pélvico podem ser tratados por esta via, aparentemente com segurança e efetividade, mesmo para pacientes idosas.

VD044 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM DOENÇA PSIQUIÁTRICA – SACROPROMONTOFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA
RODRIGO AMBAR PINTO; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; HENRIQUE DAMETTO GIROUD JOAQUIM; ISAAC JOSÉ FELIPE CORREA-NETO; AMIR ZEIDE CHARRUF; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO
HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A procidência de reto é afecção muito limitante à qualidade de vida. Existem diversas alternativas técnicas para seu tratamento, entre elas a sacropromontofixação, que consiste em fixação da parede do reto sobre a fascia pré sacral no nível do promontório. Usualmente realizada por via aberta, sua técnica foi modificada para videolaparoscopia, diminuindo a morbidade pós-operatória com os mesmos resultados finais. Objetivos: Esse vídeo

tem como objetivo mostrar a técnica para realização da sacropromontofixação por via laparoscópica e seus resultados finais. Métodos: Vídeo mostra caso de paciente 33 anos, portador de esquizofrenia com queixa de escape fecal há 2 anos. Com diagnóstico de procidência retal paciente foi submetido a sacropromontofixação pela técnica laparoscópica. Mostramos o aspecto pré operatório e a técnica intraoperatória seus principais passos além do resultado final. Conclusões: Dentre as diversas técnicas utilizadas para o tratamento da procidência retal está a sacropromontofixação videolaparoscópica. Seus uso vem aumentando progressivamente devido aos seus bons resultados, baixo custo, baixa morbidade pós operatória, e rápido retorno às atividades habituais.

VD045 - TRATAMENTO POR VIDEO LAPAROSCOPIA DA PERFURAÇÃO DO COLON OCORRIDO DURANTE EXAME COLONOSCOPICO

LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO¹; RENATO BARRETO FERREIRA DA SILVA¹; CARLOS ANDRE BARROS ANTUNES¹; LAISSA ARRUDA PINTO²

1. HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL;
2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.

Resumo: Apesar do baixo índice de perfuração do colon durante exame de colonoscopia, o tratamento video laparoscópico é uma boa opção de abordagem, amenizando as consequências dessa complicação, e evitando uma laparotomia e suas eventuais complicações. Os autores demonstram duas abordagens por video laparoscopia em que foram realizado rafia e a drenagem.

VD046 - TUMOR DE CÓLON TRANSVERSO DISTAL - ACESSO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

ANTONELLA FURQUIM CONTE; CLEBER ALLEM NUNES; TALITA VILA MARTINS; JOSE VINICIUS CRUZ
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Os autores apresentam um caso de tumor de cólon transverso distal com acesso por videolaparoscopia, mostrando a abordagem dos pedículos vasculares e mobilização do ângulo eplênico.

VD047 - VIABILIDADE DA TRANSVERSECTOMIA LAPAROSCOPICA EM PACIENTE IDOSO

NATALIA BARROS PINHEIRO; DANILO DAUD; GUILHERME DE CASTRO CUTAIT COTTI; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; ALICE GUIMARAES BEMFICA
HOSPITAL SIRIO LIBANES – SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A incidência de doenças colorretais é mais acentuada em pacientes idosos, bem como as complicações decorrentes de uma intervenção cirúrgica. O procedimento cirúrgico ideal é aquele com mínima morbidade, curto período de internação e ótimos resultados funcionais, havendo grandes vantagens na via laparoscópica, quando comparada ao acesso convencional. Técnicas avançadas de monitorização da função cardiopulmonar e hemodinâmica têm demonstrado redução de complicações e contribuem para a segurança da laparoscopia em idosos. OBJETIVO: Demonstrar a factibilidade do tratamento cirúrgico por laparoscopia de uma neoplasia residual do cólon transverso médio em um paciente idoso. MÉTODO: Relato de caso; RESULTADO: Paciente de 82 anos, masculino, submetido a colonoscopia, onde foi ressecado pólipó sésil do cólon transverso, cujo exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma. Indicada nova colonoscopia, observada área de cicatriz pós polipectomia, onde optou-se pela biópsia seguida da

tatuagem endoscópica. O estudo anatomopatológico mostrou neoplasia residual. Após ampla discussão com a família sobre os prós e contras, foi indicada a colectomia complementar por laparoscopia. Na cirurgia, foi identificada a área da tatuagem endoscópica localizada no terço médio do cólon transverso. Procedeu-se à liberação do cólon ascendente e descendente e suas respectivas flexuras. Realizada incisão mediana supraumbilical (5cm) para exteriorização do cólon transverso e posterior transversectomia com anastomose manual extracorpórea término-terminal em dois planos. No 5º dia pós-operatório foi constatada

eventração parcial da ferida operatória supraumbilical decorrente de grande esforço físico. Indicou-se a correção cirúrgica imediata com reconstrução da parede abdominal e colocação de tela de prolene. O paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no 2º dia pós-operatório da reoperação. **CONCLUSÃO:** Considerando-se o índice acentuado de complicações em pacientes idosos, estes representam um grupo que se beneficiam da via laparoscópica, notoriamente menos invasiva. A idade, portanto, não é fator limitante para as colectomias por via laparoscópica, mesmo quando ocorrem intercorrências pós operatórias.