

com posicionamento confirmado com radiografia. Evolução satisfatória com alta no mesmo dia do procedimento.

Discussão: O Smae pode ser passado por duas técnicas: através do endoscópico (*through the scope* [TTS]) ou guiado por fio-guia. O seu posicionamento pode ser confirmado por endoscopia ou radiologia. Estudos apontam superioridade na técnica guiada por endoscopia, apesar de a técnica radioguiada também ser segura. Como método paliativo, a prótese apresenta vantagem sobre a cirurgia, pois garante alta mais precoce, menor tempo até o início da quimioterapia, menores índices de ostomia, com mortalidade similar. Como ponte terapêutica ainda não demonstrou superioridade em relação à cirurgia, com estudos conflitantes.

Conclusão: O uso de Smae como método paliativo permite tratamento de pacientes com tumor de reto avançado com risco de obstrução, evita cirurgia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.171>

P-171

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS



Vitor Rafael Pastro^a, Ronaldo Nonose^a,
Michel Gerdene Camargo^b,
Danilo Toshio Kanno^a,
Denise Graffitti D'Avila^a,
Paula Cristina Steffen Novelli^a,
Carlos Augusto Real Martinez^a

^a Hospital Universitário São Francisco (HUSF),
Bragança Paulista, SP, Brasil

^b Universidade Estadual de Campinas (Unicamp),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma síndrome autossômica, dominante, rara, caracterizada pela presença de pólipos hamartomatosos gastrointestinais associados a manchas hiperpigmentadas que comprometem principalmente a mucosa oral, as palmas das mãos e as plantas dos pés. Em 66% a 94% dos casos a mutação relacionada a SPJ ocorre no gene *STK11/LKB1* localizado no braço curto do cromossomo 19 (19p13.3). A enfermidade está relacionada ao aumento do risco de câncer colorretal, mama, intestino delgado, gástrico e pancreático. O diagnóstico da SPJ define-se pela presença de hamartomas associados a dois dos três seguintes sinais: manchas pigmentadas mucocutâneas, polipose ou história familiar para SPJ clínico. Por ser uma patologia rara, ainda não está bem definida uma rotina de seguimento desses doentes e cada caso deve ser particularizado e seguido conforme a disponibilidade de recursos do serviço responsável.

Relato do caso: Mulher, 18 anos admitida no pronto-socorro com quadro de abdômen agudo obstrutivo, além de manchas escurecidas localizadas em região perioral, palmas das mãos e plantas dos pés. A tomografia de abdômen e pelve apresentava imagem sugestiva de intussuscepção íleo-ileal. Submetida a laparotomia exploradora que confirmou a intussuscepção, foi feita enterectomia segmentar com anastomose primária. No segmento pós-operatório os exames complementares, inclu-

sive enteroscopia, confirmaram a presença de pólipos de delgado, foram feitas polipectomias de dois pólipos com 2 cm e 3 cm.

Conclusão: Apesar de ser uma enfermidade raramente descrita, o diagnóstico de SPJ deve ser sempre considerado em doentes jovens que apresentam associação de melanoses mucocutâneas e obstrução intestinal por invaginação íleo-ileal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.172>

P-172

TRATAMENTO CONSERVADOR NA PERFURAÇÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA: RELATO DE DOIS CASOS



Rommel Costa, Rodrigo Paiva, Eliane Sander,
Paulo Lamounier, Diogo Silva, Sillas Costa,
Paola Costa

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A colonoscopia tem sido indicada cada vez mais frequentemente para prevenção do câncer colorretal. Rotineiramente, todos os pacientes são orientados e esclarecidos quanto aos potenciais riscos de complicações, o que não minimiza o elevado desgaste emocional quando o desfecho do exame é uma perfuração colônica, com elevada morbimortalidade. A melhor forma de tratar a perfuração colônica decorrente de exame colonoscópico permanece controversa, diante da decisão imediata e dos potenciais riscos. O momento do diagnóstico da complicação é peça fundamental na decisão de qual conduta deverá ser adotada, se cirúrgica ou conservadora.

Objetivo: Relatar o caso de duas pacientes, submetidas à colonoscopia, com diagnóstico de perfuração ainda em subida do aparelho, com a ponta do aparelho.

Relatos de caso: Uma das pacientes foi submetida ao exame para rastreamento de câncer colorretal e a outra devido a quadro de anemia ferropriva de etiologia não definida. Nas duas pacientes foram posicionados clips endoscópicos para aproximação das bordas, dieta suspensa e iniciada antibioticoterapia. Exames de imagem (radiografia abdominal e tomografia computadorizada) evidenciaram pneumoperitônio e retropneumoperitônio. Uma das pacientes apresentou importante enfisema subcutâneo, porém durante todo o período de observação hospitalar mantiveram estabilidade hemodinâmica e exame clínico que não indicava necessidade de tratamento cirúrgico.

Discussão: A perfuração no exame de rastreamento normalmente é de maior dimensão do que no exame terapêutico, o que leva ao seu diagnóstico mais precoce. Embora não existam critérios rígidos para seleção de pacientes candidatos ao tratamento conservador, preparo adequado, ausência de irritação peritoneal e estabilidade hemodinâmica são critérios que devem ser levados em consideração. Embora a colocação de clips via endoluminal possa parecer limitada para aproximação das bordas, estudos experimentais mostraram força tênsil comparável à sutura cirúrgica.

Conclusão: Há espaço para terapia conservadora na perfuração colônica por colonoscopia, mesmo diante da presença de pneumoperitônio.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.173>

P-173

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES NO CÓLON: RELATO DE CASO

Silvia Cougo Madruga,
Guilherme Fantoni Tasquetto,
Luciano Copetti Trevisan,
Hermínio Oscar Barbosa Duarte,
Daniele Marchet, Rhuan de Moura Severo,
Arthur Neubauer

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: O tumor de células granulares do cólon é uma lesão mesenquimal incomum. É um tumor relativamente raro que pode estar localizado em qualquer parte do corpo. Comumente surge na cavidade oral e no tecido subcutâneo, porém é incomum no cólon, reto e canal anal. Geralmente é assintomático, está raramente associado com complicações como hemorragia e obstrução colônica.

Caso clínico: Paciente L.M.Z., feminina, 48 anos, previamente hígida, encaminhada ao ambulatório de coloproctologia por constipação e sangramento anal esporádico havia cerca de 10 anos. Ao exame proctológico não apresentava alterações. Assim, foi solicitada colonoscopia que evidenciou pólipos pediculados de 1 cm em cólon ascendente e lesão de espalhamento lateral com cerca de 2 cm no cólon sigmoide. As lesões foram excisadas. O anatomopatológico da lesão de espalhamento lateral do cólon sigmoide foi compatível com tumor de células granulares, apresentava margens livres.

Discussão: Tumores de células granulares são encontrados incidentalmente durante estudos endoscópicos, são em sua maioria benignos, raramente excedem os 2 cm de diâmetro e são cobertos por mucosa de aparência normal. Eles podem afetar qualquer idade, mas são mais comuns na quarta e quinta décadas de vida, com predomínio no sexo feminino. Crescimento acelerado, tamanho maior do que 4 cm, invasão da muscular aumentam a suspeita de lesões malignas. Os tumores de células granulares são mais frequentes no cólon direito e reto e entre 7 a 16% dos pacientes podem apresentar lesões múltiplas, são muito raros no cólon sigmoide, com poucos casos descritos na literatura. O tratamento de eleição é a excisão da lesão por colonoscopia quando possível e, se necessário, colectomia para complementação.

Conclusão: Tumor de células granulares do cólon é lesão rara, com comportamento benigno, geralmente é diagnosticado ao acaso por colonoscopia e permite tratamento por ressecção endoscópica. Importante sempre fazer exames endoscópicos periódicos para melhor acompanhamento e monitoração desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.174>



P-174

PREDITORES DE COLONOSCOPIA DIFÍCIL EM PACIENTES SOB SEDAÇÃO MÍNIMA COM MIDAZOLAM E MEPERIDINA

Marley Ribeiro Feitosa^a,
Virna Ribeiro Feitosa Cestari^b,
Juliana Lima Toledo^a,
Matheus Trindade Bruxelas de Freitas^a,
Rogério Serafim Parra^a,
José Joaquim Ribeiro da Rocha^a, Omar Féres^a

^a Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Os sedativos promovem relaxamento e diminuem o desconforto durante a colonoscopia. Na ausência de supervisão do anesthesiologista, recomenda-se que o exame seja feito sob sedação mínima, a fim de reduzir complicações clínicas. Alguns fatores relacionados aos pacientes associam-se a maior dificuldade de execução do exame.

Objetivo: Identificar os fatores preditores de colonoscopia de difícil execução, em pacientes com sedação mínima.

Métodos: Coleta prospectiva dos dados relacionados às características dos pacientes e da execução do exame. Análise univariada e regressão logística para identificação dos preditores de colonoscopia difícil, definida por: necessidade de midazolam em altas doses (MAD), exame incompleto, tempo de intubação do ceco (TIC) prolongado (> 10 min) e complicações relacionadas ao procedimento (CRP).

Resultados: Foram analisadas 719 colonoscopias. Houve maior prevalência de mulheres (66,3%), com < 60 anos (68,2%), sem comorbidades (58,6%) ou uso crônico de benzodiazepínicos (81,1%) e sem cirurgias prévias (52,6%). A dose média de midazolam por paciente foi de $6,7 \pm 3,1$ mg e em 38% dos exames houve necessidade de MAD. Sexo feminino, idade < 60 anos e obesidade foram fatores preditores de MAD. A taxa de intubação cecal foi de 84,7%. Idade \geq 60 anos foi o único preditor de colonoscopia incompleta. TIC prolongado foi observado em 14,9% e sexo feminino foi seu fator preditor independente. Depressão respiratória, a única complicação observada, ocorreu em 2,9% dos exames. Idade > 60 anos foi preditor independente de CRP.

Conclusões: Sexo feminino e idade avançada foram preditores independentes de dificuldade da colonoscopia com sedação mínima.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.175>

P-175

APENDICITE AGUDA PÓS-COLONOSCOPIA

Emerson Abdulmassih Wood da Silva^a,
Katyara Rodrigues Fagundes^a,
Natália Maria Jacom Abdulmassih Wood^a,
Larissa Jacom Abdulmassih Wood^b,
Luciano Ricardo Pelegrinelli^a,

