

P-192

### TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ÚLCERA RETAL SOLITÁRIA



Eduardo de Souza Andrade,  
Fernanda Bellotti Formiga,  
André Luigi Pincinato, João Carlos Magi,  
Bruna Lima Daher, Pietro Dadalto de Oliveira,  
Galdino José Sitonio Formiga

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A síndrome da úlcera retal solitária (SURS) é uma afecção causada por distúrbios da defecação. O diagnóstico etiológico é por vezes difícil e multifatorial. O tratamento se constitui desde mudanças comportamentais, terapia medicamentosa e *biofeedback* até cirurgia.

**Relato do caso:** Mulher, 47 anos, queixava-se de esforço evacuatório com necessidade de manobras digitais, fezes ressecadas, dor retal, puxo, hematoquezia e mucorreia havia 10 anos. Colonoscopia evidenciou úlcera plana, recoberta por fibrina, 1,5 cm de extensão, a 7 cm da borda anal. Defecografia diagnosticou invaginação intrarretal, enterocele, sigmoidocele, retocele e descenso perineal. Feita sacropromontofixação do reto mais plicatura do fundo de saco (cirurgia de Moscovitch). Na avaliação após o terceiro mês, apresentou desaparecimento da úlcera e sintomas relacionados, com colonoscopia e defecografia normais.

**Discussão:** Intussuscepção retal, descenso perineal, enterocele, sigmoidocele, retocele e prolapso retal causam compressão da mucosa retal e isquemia vascular que caracteriza a SURS. As manifestações clínicas são constipação, hematoquezia, mucorreia, tenesmo, dor perineal e esforço evacuatório. A retoscopia pode diagnosticar úlcera, lesões polipoides e mucosa eritematosa. A úlcera geralmente é rasa, regular, com bordas definidas, hiperemia e edema ao redor. A defecografia auxilia a identificação etiológica dos distúrbios da evacuação. Os diagnósticos diferenciais incluem doença infecciosa, inflamatória e neoplasia. A terapia inicial alia medidas comportamentais, evita esforço evacuatório e diminui a consistência do bolo fecal à terapia medicamentosa com laxantes. O uso de corticoides e aminossalicilatos é pouco eficaz. O *biofeedback* pode auxiliar a minimizar o comportamento anormal do assoalho pélvico. A abordagem cirúrgica dos defeitos do assoalho pélvico se impõe nos casos refratários.

**Conclusão:** A SURS é uma afecção de impacto na qualidade de vida. Após o diagnóstico o tratamento cirúrgico é eficaz e não deve ser postergado nos casos refratários.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.193>

P-193

### ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS MANOMETRIAS ANORRETAIS FEITAS NA CIDADE DE OURINHOS (SP)



Patrícia Joia Peres,  
Larissa dos Santos Gonçalves Gil,  
Alexandre da Silva Nishimura,  
Evelyn Cristina da Rosa Granja Batalini,

Jefferson Bagatim, Mychelly de Sá Carvalho,  
Timoteo Vilela Veríssimo

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

**Objetivo:** A manometria anorretal é um procedimento usado para avaliar a função do esfíncter anal em repouso, na contração voluntária e em esforço evacuatório. Consiste na colocação de um cateter que contém sensores de transdução de pressão no reto, permite a medição da função neuromuscular do reto. A diminuição da pressão de repouso sugere disfunção isolada do esfíncter anal interno, enquanto a diminuição da pressão de contração sugere disfunção isolada do esfíncter anal externo. As principais indicações são constipação intestinal, incontinência anal e proctalgia. O objetivo do trabalho foi avaliar os dados estatísticos dos exames de manometria anorretal feitos no município de Ourinhos (SP).

**Método:** Feita avaliação retrospectiva dos dados dos exames de manometria anorretal, feitos em um único serviço, de 2012 a 2016, nas mais variadas idades, em ambos os sexos.

**Resultado:** Foram feitas 301 manometrias em nosso serviço, 225 (74,7%) em pacientes do sexo feminino e 76 (25,3%) do masculino, em todas as idades, desde crianças de um ano até idosos de 87, mais frequente feita em pacientes de 30 a 40 anos. Dentre as principais indicações, podemos destacar constipação intestinal, com 133 manometrias (44,1%), seguida de fissura anal com 56 (18,7%) e incontinência anal com 50 (16,7%). Dentre as demais indicações apresentamos proctalgia com 23 manometrias feitas (7,6%), fistula com 14 (4,6%), prolapso retal com oito (2,6%), *soiling* com cinco (1,7%), hemorroida com três (1%), retocele com três (1%) e megacólon com dois (0,6%). Ainda, quatro (1,4%) foram manometrias feitas como pré-operatórios.

**Conclusão:** Nosso serviço apresenta um número importante de exames feitos, as principais indicações são as mesmas demonstradas na literatura, abrangem também outras patologias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.194>

P-194

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM QUEIXA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL SUBMETIDOS A MANOMETRIA ANORRETAL NA CIDADE DE OURINHOS (SP)



Mychelly de Sá Carvalho,  
Alexandre da Silva Nishimura,  
Patrícia Jóia Peres, Thales Vieira Santos,  
Amanda Lacrete Leone Moreira,  
Rafael Castelli Bittencourt,  
Evelyn Cristina da Rosa Granja Batalini

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

**Objetivo:** Descrever as variáveis epidemiológicas dos pacientes com queixa de constipação intestinal submetidos a manometria anorretal na cidade de Ourinhos (SP) em 2012-2016.

**Método:** Foram avaliados 133 prontuários de pacientes com queixa de constipação intestinal, os quais foram submetidos

a manometria anorretal entre 2012- 2016. A revisão de dados foi feita de maio a junho de 2017.

**Resultados:** Quanto ao sexo, 103 pacientes (77,5%) eram do feminino e 30 (22,5%) do masculino, em todas as faixas etárias observou-se o predomínio do feminino, exceto entre 0-12 anos, na qual houve um predomínio masculino, oito pacientes (61,5%) contra cinco (38,5%). Nas faixas entre 21-30 e 31-40 anos não houve paciente do sexo masculino submetido a manometria anorretal por queixa de constipação intestinal. A idade mais prevalente foi a de maiores de 71 anos, correspondeu a 21,8% das solicitações de manometria anorretal (n = 29).

**Conclusão:** A manometria anorretal é um exame feito para avaliar pacientes com constipação intestinal, incontinência fecal, proctalgia, entre outras queixas proctológicas. Esse exame mede as pressões dos músculos do esfíncter anal, a sensação no reto e os reflexos neurais necessários para se ter um funcionamento intestinal normal. Neste estudo, assim como demonstrado na literatura, foi observada maior prevalência de queixas de constipação intestinal em pacientes do sexo feminino, houve um aumento proporcionalmente à idade. Constipação intestinal é um problema importante de saúde pública por trazer implicações psicológicas, emocionais e sociocomportamentais. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para melhorias na qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.195>

P-195

#### RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SINTOMAS DE DENGUE E ÍLEO PARALÍTICO QUE COMPLICAM PÓS-OPERATÓRIO DE COLECTOMIA POR NEOPLASIA COLORRETAL

Erico de Carvalho Holanda<sup>a</sup>,  
Alexandre Medeiros do Carmo<sup>b</sup>,  
Roberto Sérgio de Andrade Filho<sup>b</sup>,  
Lia Barroso Simonetti Gomes<sup>b</sup>,  
Juliana Bezerra Farias<sup>b</sup>,  
Rafaela Alcântara Alves Melo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, CE, Brasil

<sup>b</sup> Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

**Introdução:** Íleo paralítico pós-operatório (PO) consiste em uma alteração transitória da motilidade intestinal que ocorre principalmente em cirurgias abdominais, decorrente de mecanismos neurogênicos e inflamatórios. Tal fato pode complicar a evolução do paciente, aumentar a permanência hospitalar e, conseqüentemente, sua morbimortalidade. A dengue, uma doença endêmica no Brasil, tem complicações que, associadas ao PO, interferem no quadro do paciente. Este estudo se propõe a relatar um caso de um paciente com dengue no pós-operatório de cirurgia colorretal complicado com íleo paralítico.

**Descrição do caso:** Masculino, 56 anos, diagnosticado com pólipos séssil malignizados em flexura hepática, foi ressecado por colonoscopia, posteriormente indicada colectomia com a finalidade de fazer linfadenectomia complementar. O paciente

foi submetido à colectomia esquerda estendida por laparoscopia, com anastomose com duplo grampeamento mecânico, sem intercorrências. No quinto dia de pós-operatório evoluiu com leve distensão abdominal, sem dor à palpação profunda, febre, astenia, mialgia e exantema. Exames laboratoriais com leucocitose discreta com desvio à esquerda. Tratado clinicamente, evoluiu com quadro arrastado. No inquérito epidemiológico foi referida viagem recente para local endêmico de dengue, foi colhida sorologia que se mostrou positiva. No sétimo PO apresentou melhora do estado geral, com alta hospitalar.

**Discussão:** O íleo paralítico pós-operatório é uma desordem fisiológica que ocorre devido à agressão cirúrgica, tende à normalização por volta de 72 horas. Tal acometimento tem importância clínica caso se prolongue por mais de teês a cinco dias, se associe com outras patologias ou se o paciente apresentar distensão abdominal, náuseas e vômitos. O quadro de dengue associado apresentou os sintomas no pós-operatório e o risco de ter sido confundido com uma complicação cirúrgica.

**Conclusão:** Foi importante a investigação epidemiológica no diagnóstico da patologia, além da avaliação sorológica para sua confirmação, possibilitou o tratamento adequado para evitar complicações graves da doença e tratamentos invasivos desnecessários.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.196>

P-196

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INÉRCIA COLÔNICA

Marllus Soares,  
Augusto Claudio de Almeida Tinoco,  
Glaucio da Costa Boechat,  
Bruno Bastos Ferreira,  
Matheus de Paula Netto,  
Pedro Henrique Gentil

Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna, RJ, Brasil

**Introdução:** A inércia colônica é condição que se apresenta com trânsito intestinal lento em todo trajeto do intestino grosso, leva a constipação intestinal crônica e grave, é diagnóstico de exclusão. Corresponde a cerca de 3% dos quadros de constipação crônica, afeta principalmente mulheres jovens (20-30 anos). Tem fisiopatologia ainda não muito bem definida e seu diagnóstico se dá após investigação completa de outras causas de constipação intestinal. Tem como quadro clínico marcante a grave constipação, podem ocorrer cerca de uma a duas evacuações por mês, distensão abdominal, náuseas e dor abdominal. O diagnóstico é feito após intensa investigação das causas secundárias de constipação, como alterações dietéticas, hábitos de evacuação, medicações de uso crônico, causas obstrutivas, megacôlon, distúrbios do assoalho pélvico, causas endócrino-metabólicas, alterações neurológicas e psiquiátricas. Entre os exames diagnósticos principais para o desfecho diagnóstico, usamos a manometria anorretal (estudo funcional do ânus e do reto), a defecografia (avalia alterações morfofuncionais da pelve e do segmento anorretal, exclui assim a síndrome da defecação obstruída) e a radiografia de

