

inclusive NPT e probióticos, e iniciados azatioprina e infliximabe. Evoluiu bem, rebeu alta após 27 dias. A paciente G.B.C.G, 16 anos, portadora de RCU, apresentava dor abdominal intensa em cólica, distensão abdominal e diarreia, foi submetida ao tratamento conversador por 72 horas, com dieta zero, NPT, hidratação, antibioticoterapia, mesalazina oral e retal, azatioprina oral e corticoide endovenoso. Evoluiu com pioria da leucocitose, queda dos valores hematimétricos, queda do estado geral, febre, taquicardia, taquipneia, pioria da distensão e da dor abdominal e aumento da dilatação do cólon na radiografia. Foi submetida a colectomia total com ileostomia. Evoluiu sem complicações, recebeu alta.

**Conclusão:** No megacólon tóxico a conduta inicial deve ser a correção dos distúrbios fisiológicos, a abordagem cirúrgica é precoce, na ausência de melhoria, fundamental para o melhor prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.205>

P-205

#### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DOS PACIENTES CIRÚRGICOS NA ENFERMARIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO



Mário Nóbrega de Araújo Neto,  
Bruno Moreira Ottani

Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Brasília,  
DF, Brasil

**Objetivo:** Prever complicações pós-operatórias em pacientes previamente classificados como risco nutricional alto, pelo ASG (avaliação subjetiva global).

**Métodos:** Aplicação de questionários de ASG e posteriormente análise de prontuários de 92 pacientes, que obtiveram relações entre o estado nutricional e desfechos, como tempo de internação e complicações pós-operatórias.

**Resultados:** Mostraram significância estatística entre pior estado nutricional e maior tempo de internação, assim como aumento na incidência de complicações pós-operatórias. A comparação entre o uso da ASG e a avaliação do estado nutricional com o IMC (índice de massa corporal) não mostrou diferenças estatísticas nos resultados finais, demonstrou assim que o ASG é um bom método para avaliação nutricional, acurácia = 0,859 (IC: 0,735-0,983).

**Conclusão:** A avaliação subjetiva global se mostrou uma ferramenta útil e simples para identificar pacientes desnutridos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.206>

P-206

#### OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA PARAESTOMAL GÁSTRICA: RELATO DE UM CASO



João José Fagundes,  
Carlos Augusto Real Martinez,  
Vitor Augusto de Andrade,  
Pedro França da Costa,  
Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono,

Raquel Franco Leal,  
Claudio Saddy Rodrigues Coy

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

**Introdução:** Hérnias paraestomais (HPE) representam uma das complicações tardias mais frequentes dos estomas. Na maioria dos casos, o saco herniário contém o intestino delgado, o grande omento ou o cólon. O encarceramento do estômago numa HPE é achado excepcional e existem seis casos publicados.

**Objetivo:** Apresentar caso de uma HPE encarcerada cujo estômago era o conteúdo do saco herniário.

**Relato do caso:** Mulher, 77 anos, queixava-se de vômitos biliosos e hematêmese havia três dias. Referia distensão abdominal e dor na fossa ilíaca esquerda em local onde existia ileostomia terminal confeccionada havia 13 anos após retocolectomia para tratamento de neoplasia colorretal sincrônica. Três anos após a retocolectomia notou a formação de HPE conduzida de forma expectante. Havia 24 horas apresentou pioria da dor abdominal com parada da eliminação de gases e fezes pela ileostomia. O exame abdominal mostrava HPE encarcerada irreduzível às manobras manuais. Com objetivo de esclarecer o sangramento digestivo foi submetida à EDA, que mostrou esofagite erosiva intensa, estômago em ampulheta com acentuada estase gástrica e resíduos alimentares. Identificou-se ainda lesão ulcerada com 4 cm de diâmetro localizada no antropiloro sem sinais de sangramento ativo. Não houve progressão do gastroduodenoscópio para o duodeno. Para melhor avaliar o local da obstrução intestinal fez-se tomografia computadorizada do abdômen. O exame mostrou que a maior parte do corpo e do antro gástrico, além do omento maior, encontrava-se herniada para o interior da HPE. As porções craniais do corpo e fundo gástrico mostravam importante dilatação. Com o diagnóstico de abdômen agudo obstrutivo consequente à HPE com conteúdo gástrico encarcerado indicou-se a cirurgia. A paciente foi submetida à herniorrafia paraestomal com prótese de polipropileno fixada sobre a aponeurose dos músculos oblíquo externo e reto abdominal. Após a correção da HPE apresentou evolução satisfatória, recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. No momento faz acompanhamento ambulatorial sem recidiva da HPE.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.207>

P-207

#### CURATIVO A VÁCUO PRÉ-SACRAL: UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NA DEISCÊNCIA DAS ANASTOMOSES ILEOANAIS



Ramir Luan Perin, Diogo Araujo Ribeiro,  
Patricia Zacharias, Renato Vismara Ropelato,  
Ivan Folchini de Barcelos,  
Eron Fabio Miranda, Paulo Gustavo Kotze

Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** A proctocolectomia restauradora com bolsa ileal é o tratamento de escolha no tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e da polipose

adenomatosa familiar (PAF). A deiscência da anastomose ileoanal nos reservatórios ileais pode ocorrer em até 15% dos pacientes, com alta morbidade. O objetivo deste pôster é o relato de um caso de manejo de deiscência de anastomose com curativo a vácuo pré-sacral, discutem-se suas vantagens e sua aplicabilidade.

**Descrição do caso:** Paciente feminina, 47 anos, portadora de PAF submetida à proctocolectomia restauradora com reservatório ileal e ileostomia protetora. Após alta hospitalar, retornou ao pronto-socorro no 16º dia de pós-operatório por deiscência de anastomose. Tomografia computadorizada demonstrou extensa coleção posterior e lateral esquerda ao reservatório ileal, média 6,9 x 5,2 cm. Colonoscopia demonstrou anastomose a cerca de 2 cm da borda anal com deiscência de aproximadamente 50% da circunferência na parede posterolateral esquerda. Optou-se por drenagem do espaço pré-sacral e colocação de esponja associada a dispositivo a vácuo. Após trocas sucessivas do dispositivo, houve regressão do processo inflamatório e formação de pequeno sinus. Paciente assintomática em acompanhamento ambulatorial. Após fechamento do sinus, confirmado por colonoscopia e ressonância magnética da pelve, foi feita a reconstrução do trânsito intestinal, seis meses após a primeira cirurgia, sem complicações.

**Discussão:** O tratamento da deiscência de anastomose em casos selecionados com esponja associada a dispositivo a vácuo é uma abordagem inovadora com bons resultados na manutenção do reservatório ileal e preservação de sua função.

**Conclusão:** O uso do curativo a vácuo pré-sacral é uma opção eficaz no tratamento das deiscências de anastomoses ileoanais, que pode evitar complicações maiores com consequente perda do reservatório ou necessidade de reoperações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.208>

P-208

#### VOLVO DE CÓLON DIREITO

Marllus Soares,  
Augusto Claudio de Almeida Tinoco,  
Glaucio da Costa Boechat,  
Bruno Bastos Ferreira, Breno Maia Barbosa,  
Mariah Loureiro Costa, Pedro Henrique Gentil

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

A condição comumente denominada volvo cecal é na verdade um volvo cecocólico. Consiste em uma rotação axial do íleo terminal, ceco e cólon ascendente, com torção concomitante do mesentério associado. O volvo cecocólico ocorre devido a uma falta de fixação do ceco ao retroperitônio. O volvo cecocólico é um pouco mais comum em mulheres, enquanto que o volvo do sigmoide ocorre com igual frequência em homens e mulheres. O volvo cecocólico afeta um grupo etário mais jovem (mais comumente no fim dos 50 anos) comparado com o volvo do sigmoide. A apresentação típica é o início súbito de dor abdominal e distensão. Nas fases iniciais, a dor é leve ou de intensidade moderada. Se a condição não for aliviada e ocorrer isquemia, a dor aumenta significativamente. O exame físico revela uma distensão assimétrica do

abdômen, com uma massa timpânica palpável no quadrante superior esquerdo ou no mesogastro. As radiografias simples do abdômen revelam um ceco dilatado, que em geral está deslocado para o lado esquerdo do abdômen. Muitas vezes o ceco distendido assume um formato em vírgula cheio de gás, cuja concavidade fica de frente inferiormente e para a direita. Enema de contraste às vezes pode ser útil para confirmar o diagnóstico e excluir um carcinoma do intestino distal como causa precipitante do volvo. Embora tenha havido relatos de distorção endoscópica do volvo cecal, a taxa de sucesso é significativamente menor do que no volvo sigmoide e o procedimento está associado com os riscos de aumentar a distensão devido à insuflação de ar durante o procedimento. Portanto, a intervenção cirúrgica é garantida em quase todos os casos de volvo cecocólico. A colectomia direita é o procedimento de escolha. A anastomose primária geralmente é a preferida, a menos que o volvo tenha causado necrose, quando então a ressecção do intestino gangrenoso com uma ileostomia é uma abordagem mais segura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.209>

P-209

#### ENTEROCOLITE COMO COMPLICAÇÃO DA CIRURGIA DE DUHAMEL PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE CASO



Rodrigo Sapucaia, Bruno Franco,  
Paloma Sapucaia, Rodolfo Damian,  
Jose Bahia Sapucaia, Paola Meinicke

Hospital de Heliópolis (HH), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A doença de Hirschsprung (DH) ou megacólon congênito caracteriza-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico. Sua complicação mais comum (25% de incidência) e mais letal é a enterocolite associada à doença de Hirschsprung (EADH), que pode se apresentar antes ou depois da cirurgia para correção da DH. A EADH tem como quadro clínico: distensão abdominal, diarreia explosiva associada a vômitos, febre ou até mesmo choque.

**Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica.

**Resultado:** Paciente do sexo masculino, um ano com acompanhamento desde o período neonatal por distensão abdominal e obstipação. Foi diagnosticado com DH e então submeteu-se a cirurgia de Duhamel para tratamento. Durante a cirurgia foram evidenciados sinais de enterocolite complicada, foi inviabilizada a cirurgia em um tempo e se fez necessária a colostomia temporária. Evoluiu no pós-operatório com pioria do quadro, cursou com febre e evoluiu para sepse grave, foi necessário ser transferido para unidade de terapia intensiva (UTI), onde fez suporte para manutenção da volemia, fez uso de vasopressores e ressuscitação hídrica e de antibióticos. Permaneceu por 45 dias com complicações diversas, como bronqueolite aspirativa. Apresentou melhora do quadro, recebeu alta da UTI. Após seis meses, foi submetido a cirurgia para fechamento de colostomia com reconstrução do trânsito intestinal.

**Discussão:** Durante a cirurgia é preciso avaliar a possibilidade de ser feita em único tempo, ou em dois tempos com