

colostomia provisória. Na vigência de um quadro de enterocolite existe uma maior probabilidade de complicações, como deiscência da sutura na anastomose com posterior vazamento fecal e peritonite.

Conclusão: Ao se detectar enterocolite, é preferível que se faça uma colostomia, se prossiga com medidas de apoio ao paciente e tratamento com antibióticos e, após a regressão do quadro, fazer o segundo tempo cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.210>

P-210

RESULTADOS INICIAIS DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DO RETO E SIGMOIDE



Rogério Serafim Parra, Marley Ribeiro Feitosa, Jose Gregório Navarro Del Castillo, José Vitor Cabral Zanardi, Fernando Passador Valério, José Joaquim Ribeiro da Rocha, Omar Féres

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

Introdução: Endometriose profunda com acometimento do intestino ocorre em 8-12% das mulheres com endometriose sintomática. A principal indicação cirúrgica é dor pélvica refratária ao tratamento clínico.

Objetivo: Estudar, de forma retrospectiva, os casos de endometriose profunda com acometimento intestinal operada por laparoscopia por um único cirurgião.

Métodos: Análise retrospectiva dos prontuários médicos de pacientes com endometriose intestinal, comprovada por exame de imagem e/ou colonoscopia, submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico. Foram avaliadas as cirurgias feitas e suas taxas de conversão, complicações e recidiva.

Resultados: Foram submetidas 43 pacientes com endometriose intestinal a laparoscopia de outubro de 2014 a junho de 2017. A principal indicação cirúrgica foi dor pélvica crônica e dispareunia de profundidade (88%). Foram feitos os seguintes procedimentos: retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose colorretal ($n = 16/37,2\%$), ressecção discoide do reto com grampeador circular ($n = 17/39,5\%$) e *shaving* ($n = 9/21\%$). Foram feitos outros 13 procedimentos laparoscópicos concomitantes em 21% das pacientes. O tempo cirúrgico médio das operações foi de 127 minutos. O período médio de internação hospitalar foi de 1,7 dia. A taxa de conversão foi de 4,6%. A taxa de complicações foi de 9,3%. Houve recidiva em apenas uma paciente, que havia sido submetida a *shaving* do retossigmoide. Todas as demais pacientes até o momento apresentaram melhoria significativa dos sintomas, num período médio de seguimento clínico de 13,2 meses (1-34 meses).

Conclusões: Cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose profunda com acometimento intestinal é segura e deve ser oferecida como opção cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.211>

P-211

SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL: RELATO DE CASO



Rodrigo Sapucaia, Paloma Sapucaia, Jose Sapucaia Filho, Rodolfo Machado, Bruno Franco, Paola Meinicke

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

Introdução: A síndrome da regressão caudal (SRC) é uma malformação rara (incidência global de um a cada 7,5 mil nascidos vivos) que cursa com defeitos na região caudal que podem se apresentar em graus variados de malformação, como, por exemplo, o desenvolvimento incompleto do sacro, que pode acarretar desde incontinência urinária ou fecal até uma lesão neurológica completa. É caracterizada por anomalia dos restos dos sistemas genital e urinário e da espinha lombossacral das extremidades inferiores. **Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, dois anos, que apresenta queixas de encoprese e incontinência fecal. Foi diagnosticado com SRC após ser constatada agenesia sacral parcial e término abrupto da medula espinhal no nível da vértebra T12, em ressonância magnética de coluna. Em manometria foi observada uma hipotonia severa de esfíncter externo de 12 mmHg.

Discussão: Uma das hipóteses terapêuticas para a incontinência fecal é o *biofeedback*, que tem como objetivo medir as atividades autonômicas e/ou neuromusculares do paciente, e associada a retroalimentação possibilita ao paciente um maior controle esfinteriano. Porém a idade do paciente é precoce e por ainda não ter cognição necessária para esse tipo de terapia a primeira escolha passa a ser a desimpacção intestinal através da lavagem. O paciente está sendo submetido a lavagem intestinal a cada dois dias, com o objetivo de desimpacção o reto. Tem respondido bem às lavagens e apresenta uma melhoria na encoprese e na dilatação retal. A melhoria da insuficiência fecal propiciou uma inclusão social mais adequada.

Conclusão: Sugere-se que os pacientes com baixa idade sejam submetidos a lavagem intestinal para alívio dos sintomas. E no futuro, quando estiver com idade mais avançada, é necessário discutir terapias adjuvantes, como eletroestimulação sacral ou terapia do *biofeedback*.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.212>

P-212

LESÃO PRÉ-SACRAL COM RESSECÇÃO PERINEAL EXCLUSIVA: UM DESAFIO PARA O CIRURGIÃO COLORRETAL



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

Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Tumores pré-sacrais têm incidência de uma em cada 40.000 internações hospitalares. Devido a essa baixa