

ocasião da alta hospitalar, o padrão-ouro, para os operados, era o diagnóstico cirúrgico. Planilhas foram configuradas de maneira a ser alimentadas automaticamente com os dados dos preenchimentos dos formulários e calcular os índices de validade dos critérios, que posteriormente foram submetidos a tratamento estatístico.

**Resultados:** De setembro de 2015 a agosto de 2016, 32 alunos examinaram 130 pacientes e os resultados do emprego do formulário digital no diagnóstico da apendicite aguda foram: sensibilidade 80%, especificidade 82%, valor preditivo positivo 45%, valor preditivo negativo 95%, acurácia 82%.

**Conclusões:** Os resultados obtidos foram satisfatórios, houve fácil adesão e adaptabilidade ao método, que pode redundar em ferramenta útil de apoio ao ensino.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.227>

P-227

#### RELATO DE CASO: RECONSTRUÇÃO PERINEAL PÓS-SÍNDROME DE FOURNIER



Vitor Rafael Pastro<sup>a</sup>, Wandir Schioser<sup>b</sup>,  
Gabriela Quirino Andreoli Gomes<sup>b</sup>,  
Paula da Silva Feitosa<sup>b</sup>,  
Nicolle Henriques Barreto Colaço<sup>b</sup>,  
Bruna Ferreira Souza<sup>b</sup>, Josemeire Batista<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário São Francisco (HUSF),  
Bragança Paulista, SP, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí,  
SP, Brasil

**Introdução:** A síndrome de Fournier (SF) consiste no processo necrótico que envolve o períneo e a genitália externa, é diagnosticada clinicamente na grande maioria dos casos. Homens entre os 60 e 70 anos que apresentam doenças sistêmicas associadas (*diabetes mellitus*, obesidade, cirrose, terapias imunossupressoras etc.) são os principais acometidos, apresentam taxas de mortalidade entre 20 e 40%. O tratamento da SF envolve abordagem multidisciplinar, o desbridamento da área necrótica é o mais precocemente possível a principal medida, aliado às demais terapêuticas, como UTI, terapia hiperbárica, dispositivos de curativos, antibioticoterapia de amplo espectro e a cirurgia plástica, que apresenta importante papel no desfecho do caso e envolve diversas técnicas de retalhos e enxertos que visam a abreviar o tempo de recuperação e aprimorar o resultado estético e funcional da área comprometida.

**Relato do caso:** Homem, 62 anos, diabético. Histórico de dor anal havia uma semana, tratado com analgésicos e anti-inflamatório, evoluiu com pioria e foi diagnosticada a síndrome de Fournier, foi internado com antibioticoterapia de amplo espectro, controle glicêmico, nutricional e desbridamento cirúrgico. Permaneceu 48 horas na UTI, a seguir na enfermaria por 12 dias. Feitos curativos com ácidos graxos essenciais e dois curativos, sob anestesia, com a reconstrução da bolsa escrotal. Acompanhamento ambulatorial por 20 dias, mantiveram-se os curativos e o controle glicêmico. Nova internação por 24 horas para tratamento da ferida remanescente por rotação de retalho V-Y. Apresentou boa evolução

pós-operatória com reconstrução perineal sem perda funcional.

**Conclusão:** A SF é uma afecção grave na qual se destaca o exame físico, a fim de possibilitar o mais precoce diagnóstico e desbridamento da área perineal e genital externa acometida. Destacamos no caso relatado a importância do envolvimento multidisciplinar no tratamento dessa afecção, com o objetivo de reduzir o tempo de internação e obter melhor resultado estético e funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.228>

P-228

#### SINAL DE CHILAITITI: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO EVIDENCIADA NO RELATO DE DOIS CASOS



Henrique Luckow Invitti, Eduardo Endo,  
Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira,  
Mariana Cionek Simões,  
Antônio Carlos Trotta, Rubens Valarini,  
Antônio Sérgio Brenner

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba  
(HUEC), Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** Sinal de Chilaiditi é uma descrição rara de posicionamento do intestino entre o fígado e o diafragma. O diagnóstico preciso para a conduta correta pode se tornar um desafio na prática clínica.

**Descrição dos casos:** L.F., masculino, 94 anos, encaminhado para hospital universitário por dor abdominal após trauma contuso havia 48 horas e suspeita de pneumoperitônio visualizado em radiografia de tórax. Feita tomografia computadorizada de abdômen (TC), que evidenciou sinal de Chilaiditi. Optou-se por tratamento não operatório e o paciente recebeu alta hospitalar após 24 horas, assintomático. O.S., masculino, 100 anos, admitido em hospital com inapetência, dor abdominal e dispnéia havia um dia. Ao exame, dor à palpação abdominal e sinal de Jobert positivo. Radiografia de abdômen agudo com imagem sugestiva de pneumoperitônio. TC com imagem sugestiva de interposição de alça intestinal entre fígado e diafragma não pôde excluir pneumoperitônio. Feita laparotomia exploratória, que não evidenciou perfuração de vísceras ocas. No segundo dia pós-operatório evoluiu para óbito.

**Discussão:** O sinal de Chilaiditi é encontrado com incidência de 0,1-0,25% na radiografia de tórax e 2,4% em tomografias computadorizadas. É um achado de exame de imagem e, habitualmente, não causa qualquer sintoma. Nos pacientes que se apresentam com dor abdominal, constipação, vômitos e anorexia caracteriza-se a síndrome de Chilaiditi. No primeiro caso, a TC foi capaz de diagnosticar o sinal de Chilaiditi, eliminou a hipótese de pneumoperitônio. Portanto, o tratamento clínico obteve um desfecho favorável. No segundo paciente, a dúvida na interpretação do exame de imagem associada à história clínica levou à conduta cirúrgica. A morbidade do procedimento pode ter sido causa de complicações e óbito.

**Conclusão:** Apesar de se apresentar como condição rara, a possibilidade de síndrome de Chilaiditi deve ser considerada.