

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.

Com isso, o paciente receberá o tratamento adequado com o menor dano possível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.229>

P-229

### TUMOR PÉLVICO RARO GIGANTE



Ivan Carlos Batista, André Luigi Pincinato, Roberto Nobrega Centola

Consultório Particular, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Os paracordomas são tumores extremamente raros de tecidos moles, de linhagem desconhecida, que se desenvolvem frequentemente nas extremidades. Relatamos um caso de paracordoma, agora recidivado em tumor gigante pelvicoabdominal com diversas lesões sincrônicas.

**Descrição do caso:** J.A.S., 57 anos, masculino, aumento progressivo do volume abdominal havia cinco anos. Nos últimos meses apresentou progressão dos sintomas de dor abdominal, obstipação, disúria, polaciúria e dispneia ocasional. Havia sete anos fez exérese de tumor de mesentério com laudo anatomopatológico de paracordoma. Colonoscopia sem alterações. RNM evidenciou múltiplas massas nodulares intraperitoneais pélvicas que envolviam mesocólon direito e sigmoide, sólidas, com necrose/degeneração cística central, exerciam compressão sobre a parede anterior do reto, comprimiam o cólon direito e o ceco, o maior de 12,5 cm, e outras formações nodulares que formavam massa na FID que media 11,4 cm, podia corresponder a implantes peritoneais, mesotelioma peritoneal ou GIST. Reto comprimido à região pré-sacra. PSA: 0,38. Laparotomia exploradora evidenciou tumoração pélvica de 20 cm que rechaçava o reto e bexiga, sem invasão desses. Apresentava também múltiplas lesões tumorais de tamanhos variados, de 0,5 cm até 5 cm de diâmetro, espalhados em toda a pelve, goteira parieto-cólica direita, mesentério, intestino delgado e omento. Feitas omentectomia, ressecção das lesões menores e ressecção do tumor pélvico. O paciente evoluiu sem intercorrências com alta no terceiro PO.

**Discussão:** Classificados pela OMS como tumores de diferenciação incerta intermediária (que raramente metastatizam), os paracordomas tendem a comportamento benigno. Têm leve predileção por homens na quarta década de vida e acometimento de membros inferiores. Relatos prévios também evidenciaram massas pouco aderidas a outras estruturas, sem necessidade de ressecção de órgãos adjacentes. Pode recidivar geralmente após 12 meses de ressecção sem margens livres. Se precoce, a recidiva tem potencial de metástases.

**Conclusão:** O paracordoma é um tumor raro que necessita de controle de recidiva no pós-operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.230>

P-230

### INCIDÊNCIA DAS NEOPLASIAS COLORRETAIS E SUAS LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES



Malú Sarmento, Helio Junior, Raniere Isaac, José Moreira, Valesca Ueoka, Marcos Junior, Caroline Oliveira

Hospital das Clínicas de Goiás, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

**Introdução:** Ao longo dos anos, a incidência das neoplasias colorretais têm aumentado em ritmo acelerado, principalmente nos pacientes mais jovens.

**Objetivo:** Estudar uma amostra de 100 pacientes diagnosticados com neoplasias colorretais e observar fatores relacionados à idade, localização no cólon/reto/ânus, sexo, história familiar e agressividade de doença com relação à idade de aparecimento.

**Métodos:** Foram analisados 100 prontuários de pacientes com passado de câncer colorretal já tratado ou em tratamento, foi aplicado questionário para análise dos aspectos já mencionados anteriormente.

**Resultados:** Após análises dos questionários, pudemos notar o crescente aumento do aparecimento das neoplasias colorretais em pacientes de menor idade, com cerca de 35% do aparecimento em pacientes entre 30 e 40 anos, assim como localização mais frequente no cólon esquerdo/reto na amostra estudada. História familiar é fator que aparece em 37% dos casos estudados, pode-se notar um padrão de evolução de doença mais rápido nos pacientes mais jovens.

**Conclusão:** As neoplasias colorretais estão cada vez mais prevalentes no adulto/jovem, seja pelo mais fácil acesso aos métodos de diagnóstico e quebra de tabus na população e feitura de mais exames endoscópicos de rastreamento, assim como condições relacionadas ao estilo de vida e alimentação e história familiar positiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.231>

P-231

### SUPERSCRESCIMENTO BACTERIANO EM PACIENTES EM USO CRÔNICO DE ANTIÁCIDOS



Paloma Sapucaia, Rodrigo Sapucaia, Jose Bahia Sapucaia Filho, Bruno Franco, Paula Toledo de Almeida, Rodolfo Machado, Paola Meinicke

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

**Introdução:** Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são usados nas principais condições patológicas nas quais é necessário reduzir a secreção de ácido gástrico. Em geral, são bem tolerados pelo organismo, são poucas as reações adversas. Entretanto, o ácido gástrico é um tipo de mecanismo de defesa contra os microorganismos ingeridos e os fisiológicos e a supressão de forma crônica do ácido gástrico poderia, de alguma forma, causar efeitos adversos, como o supercrescimento bacteriano no intestino delgado (SBID), uma doença caracterizada por um maior número de bactérias intestinais e pela mudança na composição bacteriana do trato gastrointestinal.

**Metodologia:** O trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram escolhidos oito artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos.