

Resultados: Em um estudo feito com crianças >5 anos descobrimos que o SBID é frequente em crianças tratadas com 20 mg/dia de omeprazol por quatro semanas. O alto metabolismo do omeprazol em algumas faixas etárias, que correspondem à idade dos indivíduos deste estudo, pode contribuir para a menor incidência de SBID em adolescentes. Em um grupo de 200 pacientes adultos afetados pela doença do refluxo gastroesofágico em uso de IBP por pelo menos dois meses, 50% dos pacientes apresentaram SBID. Acredita-se que o aumento das bactérias esteja relacionado com o pH gástrico e o período que fica acima de 4,0.

Conclusão: Todos os estudos apontam que a relação entre o suprecrescimento bacteriano e o uso crônico de antiácidos, principalmente dos inibidores da bomba de prótons, é positiva. A prevalência de SBID e a gravidade dos sintomas relacionados com o IBP aumentam com a duração do tratamento com IBP: em outras palavras, quanto maior o tempo de tratamento com IBP, maiores as consequências de SBID.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.232>

P-232

ENTERORRAGIA MACIÇA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO



Camilla Ferreira Magalhães,
Luiz Sérgio Ronchi, Tamara Durci Mendes,
Thais Andreotti, Miguel Cerutti Franciscatto,
João Gomes Netinho, Gustavo Lisboa de Braga

Hospital de Base, São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é a mais comum alteração congênita do aparelho digestivo. Decorre da incompleta obliteração do ducto onfalomesentérico, forma um divertículo verdadeiro na borda antimesentérica. Frequentemente está associado à mucosa ectópica.

Descrição do caso: Estudante de 29 anos internado aos cuidados da neurologia em investigação de quadro de encefalite apresenta quadro de enterorragia maciça com queda substancial de hematemetria. Iniciado estudo com endoscopia digestiva alta que não evidenciou sinais de sangramento. À colonoscopia, observado cólon e íleo terminal com sangue e coágulos sem evidência de local de sangramento, sugeriu sangramento proximal. Optou-se então pela arteriografia mesentérica, porém, ao exame, não foram identificados pontos de extravasamento de contraste. Apesar do tratamento clínico com reposição volêmica e hemoderivados, paciente manteve exteriorização. Assim, foi conduzido à laparotomia exploradora e foi identificado, no intraoperatório, divertículo a 30 cm da válvula ileocecal e feita diverticulectomia. Após o procedimento, o paciente evoluiu bem, sem novos episódios de enterorragia. Ao estudo anatomopatológico da peça cirúrgica, identificado divertículo de Meckel que continha mucosa gástrica ectópica com presença de ulceração ativa profunda.

Discussão: O DM é geralmente um achado de exame ou de laparotomias exploradoras por outra etiologia. Contudo, pode ser uma causa importante de hemorragia digestiva baixa

em crianças, além de intussuscepção e dor abdominal com diverticulite. Há maior probabilidade de sintomatologia em jovens, do sexo masculino, que apresentam divertículo maior do que 2 cm e com presença de tecido ectópico. O exame físico abdominal geralmente não acrescenta dados, exames laboratoriais podem apresentar anemia e o diagnóstico definitivo pode ser feito através de enteroscopia, arteriografia, cintilografia ou laparoscopia. Entretanto, se há instabilidade hemodinâmica, a laparotomia exploradora deve ser indicada.

Conclusão: O diagnóstico de DM deve ser considerado em casos de dor abdominal inespecífica, com ou sem enterorragia, após exclusão de outros diagnósticos mais prováveis.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.233>

P-233

CIRURGIA DE HARTMANN COM NECESSIDADE DE ABERTURA DE DUAS OSTOMIAS POR QUADRO DE MEGACÓLON IDIOPÁTICO



Pedro Henrique Lourenço Borges,
Daniel Irigaray de Assumpção, Carlos Kayser,
Marcelo Fabris, Eduardo Hubner

Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), Canoas, RS, Brasil

Introdução: Volvo de Sigmoide é uma patologia intestinal de origem mecânica em que ocorre torção do cólon sigmoide ao redor do seu ponto de fixação mesentérico. Dentre os diferentes tipos de volvo intestinais existentes, é o mais comum, é também a terceira causa de obstrução de intestino grosso no Ocidente.

Descrição do caso: Paciente masculino, 72 anos, com volvo do intestino grosso submetido à cirurgia de Hartman em dezembro de 2014. Em outubro de 2015, internou para refazer o trânsito intestinal. No enema opaco não se identificava lesão orgânica nos cólons e a distância entre as extremidades distal e proximal visualizada era pequena. Paciente em bom estado geral, sem queixas e sem alterações laboratoriais. Após a cirurgia, apresentou quadro de megacólon idiopático, foi necessária intervenção de urgência para nova colostomia descompressiva e ileostomia. Evoluiu com deiscência de sutura. Recebeu cuidados especiais e nutrição parenteral. Evoluiu bem, recebeu alta, sem queixas, com a ileostomia e a colostomia funcionantes, aceitou dieta oral. Após dois meses, retornou com novos exames laboratoriais sem alterações, com cicatrização por segunda intenção que continha boa quantidade de tecido de granulação e sem sinais flogísticos. Exame físico sem alterações.

Discussão: O volvo de sigmoide é a terceira causa mais comum de obstrução do intestino grosso. Quando não tratado, pode levar a complicações como isquemia e perfuração. A cirurgia de Hartmann permite a reconstrução eletiva do trânsito intestinal geralmente dentro de 30 a 80 dias, reduz, portanto, o risco de fuga anastomótica e morbidade global.

Conclusão: A cirurgia de Hartmann é o procedimento de escolha por permitir a reoperação do paciente em melho-

res condições cirúrgicas. Entretanto, não é muito comum a necessidade de abertura de duas ostomias nesse tipo de procedimento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.234>

P-234

EXPRESSÃO TECIDUAL DA PROTEÍNA COX-2 EM PACIENTE PORTADOR DE ADENOMA GIGANTE HIPERSECRETOR DO RETO (SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK)



Carlos Augusto Real Martinez,
Lílian Vital Pinheiro,
Michel Gardere Camargo, João José Fagundes,
Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono,
Cláudio Saddy Rodrigues Coy

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

Introdução: A síndrome de McKittrick-Wheelock (SMW) caracteriza-se pela presença de adenoma gigante hipersecretor colorretal, diarreia mucoide intensa associada a distúrbios hidroeletrólíticos graves que podem ocasionar insuficiência renal e óbito. A diarreia na SMW encontra-se relacionada à maior produção tecidual de PGE-2 e COX-2 nos adenomas.

Objetivo: Relatar um caso da SMW que apresentava hiperexpressão tecidual de COX-2.

Relato do caso: Homem, 49 anos, queixava-se de diarreia frequente e hematoquezia havia três anos que necessitou de internação por desidratação. Havia cinco dias referia agravamento da diarreia acompanhado de astenia, câimbras e prostração. Ao exame, apresentava-se em REG, descorado, desidratado, taquicárdico e hipotenso. O exame abdominal era normal. No toque retal identificava-se tumor localizado a 3 cm da margem anal, amolecido, móvel, comprometia todo o reto. Os exames laboratoriais mostraram: hipopotassemia, hiponatremia, hipocloremia e elevação da creatinina. Foi encaminhado para colonoscopia, que identificou extensa lesão vegetante, que se iniciava 1 cm acima da linha pectúnea e se estendia até 18 cm da margem anal. O exame histopatológico diagnosticou adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Submetido a RM da pelve, verificou-se que a lesão restringia-se à camada mucosa, não se identificaram linfonodos suspeitos no mesorreto. Pela impossibilidade de ressecção endoscópica, foi indicada retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto e reconstituição do trânsito por anastomose coloanal manual com confecção de coloplastia e ileostomia de proteção. Evoluiu favoravelmente e recebeu alta no 8º dia de pós-operatório. O exame histopatológico identificou adenocarcinoma intramucoso em adenoma túbulo-viloso do reto, média 17 x 16 x 2 cm, com margens distal e radial livres de comprometimento e ausência de metástases nos 44 linfonodos ressecados. A microscopia identificou grande quantidade de células mucosecretoras cujo estudo imuno-histoquímico mostrou-se fortemente positivo para COX-2. Atualmente o doente encontra-se no 8º mês de pós-operatório, sem disfunções geniturinárias, aguarda o fechamento da ileostomia. Adenomas túbulo-vilosos hipersecretores do reto

presentes na SMW apresentam aumento da expressão tecidual de COX-2.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.235>

P-235

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS



Katyara Rodrigues Fagundes^a,
Claudiani Aparecida Samure Lopes^a,
Lucas Costa Silveira^a,
André Benez Vieira Costa^a,
Dayane Goto Novais^a, Thiago Silva de Paula^a,
Paula Lutffala Pessoa^b

^a *Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP),
Passos, MG, Brasil*

^b *Universidade Federal do Triângulo Mineiro
(UFTM), Uberaba, MG, Brasil*

Introdução: A intussuscepção intestinal em adultos é uma condição pouco comum, responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de obstrução intestinal nessa população, o que faz com que a maioria dos cirurgiões tenha pouca experiência no seu manejo. Ocorre quando o segmento proximal do intestino (intussuscepto) telescopa dentro do segmento distal (intussusceptado).

Descrição do caso: S.G.S.L., feminino, 62 anos. Admitida no hospital com queixa de dor abdominal difusa iniciada havia quatro meses do tipo lancinante de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos, mal-estar geral e perda ponderal, aproximadamente 20 kg em dois meses, sem fator de alívio e com pioria após episódios de êmeses. Submetida à laparotomia exploradora há quatro meses devido a suspeita de abdômen agudo vascular, sem necessidade de enterectomia ou achados relevantes na ocasião. Evoluiu com dor abdominal intensa e massa palpável em quadrante inferior esquerdo. Feito tomografia de abdômen com evidência de massa pélvica que se estendia até o abdômen superior. À laparotomia exploradora foi evidenciada intussuscepção intestinal de íleo com necrose dele, feitas enterectomia de 105 cm e anastomose mecânica laterolateral. Sem evidências de malignidade na avaliação patológica. Paciente permaneceu quatro dias em UTI devido a quadro séptico e recebeu alta hospitalar no 11º dia de internação.

Discussão: Essa patologia é rara na população adulta, acomete da mesma maneira ambos os sexos, na faixa de 40 a 57 anos. Cursa com sintomatologia subaguda e inespecífica, com quadros de dor abdominal, vômitos, massa palpável em abdômen e obstrução intestinal, esses dois últimos menos frequentes. Para auxiliar o diagnóstico podemos lançar mão da tomografia, do ultrassom e do raios X de abdômen.

Conclusão: O ideal é ressecar a peça em monobloco para estudo anatomopatológico, a fim de descartar doenças neoplásicas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.236>