

P104

**PNEUMORETROPÉRITONEO,  
PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA  
SUBCUTÂNEO SECUNDÁRIO À DILATAÇÃO  
DE ANASTOMOSE COLORRETAL: RELATO DE  
CASO**

Anderson de Almeida Maciel, Thais Yoko  
Ferreira Koga, Isaac J.F. Correa Neto, Rogerio  
Freitas Lino de Souza, Alexander de Sa Rolim,  
Laercio Robles, Angelo Rossi da S. Cecchini

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Em colonoscopias terapêuticas, a incidência de perfurações oscila em torno de 5%, seja para a realização de polipectomia, mucosectomia ou mesmo dilatação de anastomoses colorretais. De acordo com o estado clínico do paciente, este tipo de complicação permite diferentes formas de tratamento, desde o conservador até abordagem cirúrgica.

**Descrição do caso:** Sexo feminino, 63 anos, submetida inicialmente a Retossigmoidectomia com colostomia terminal de urgência devido adenocarcinoma moderadamente diferenciado estadiado IIIB. Realizou terapia adjuvante com quimioterapia e radioterapia e após 1 ano de procedimento foi submetida a reconstrução do trânsito intestinal com anastomose mecânica termino-terminal a 6 cm da borda anal e ileostomia de proteção. No seguimento oncológico, realizado colonoscopia 7 meses após cirurgia de reconstrução de trânsito com diagnóstico de estenose ao nível da anastomose colorretal, sendo tratada inicialmente com dilatações digital e diante do insucesso realizado dilatações pneumáticas da anastomose estenosada. Durante um dos procedimentos de dilatação pneumática apresentou quadro de dor torácica e cervical com enfisema subcutâneo no exame físico e ausência de sinais de sepse e irritação peritoneal. Tomografia evidenciou pneumomediastino, pneumoretroperitônio e coleções gasosas nos espaços parafaríngeo, retrofaríngeos e retrolaríngeo. Foi manejada conservadoramente, sendo iniciado antibiótico-terapia com ceftriaxona e metronidazol e ao final de 7 dias apresentou remissão completa dos sintomas e regressão do enfisema subcutâneo, recebendo alta sem intercorrências. Os exames de imagem de controle não revelaram alterações.

**Discussão:** A incidência de estenose anastomótica colorretal encontra-se entre 4 e 10% sendo a ocorrência de perfuração durante a dilatação pneumática uma das complicações que podem ocorrer após a tentativa de tratamento dessas estenoses. Em pacientes clinicamente estáveis, com bom estar geral e sem sinais de peritonite, o tratamento conservador é a principal opção, apresentando taxa de êxito que pode alcançar 73%.

**Conclusão:** Pneumomediastino e enfisema subcutâneo são apresentações incomuns deste tipo de complicação e a definição do melhor manejo muitas vezes pode ser um desafio.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.018>



P105

**POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR  
ASSOCIADA A POLIPOSE GÁSTRICA E  
NEOPLASIA RENAL**

Katyara Rodrigues Fagundes, Italo Filipe  
Cardoso Amorim, Emerson Abdulmassih  
Wood da Silva, Luciano Ricardo Pelegrinelli,  
Aurelio Fabiano Ribeiro Zago, Gustavo  
Roberto Carvalho Tiveron, Renata Margarida  
Etchebehere

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

**Introdução:** A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) constitui síndrome genética de caráter dominante, associada à mutação no gene APC, com funções na regulação do crescimento e proliferação celular, gerando assim o desenvolvimento de lesões benignas e malignas em diferentes órgãos e com maior predisposição em desenvolver câncer colorretal e outras lesões extracolônicas.

**Descrição do caso:** Paciente masculino, 51 anos, previamente hígido. Aos 20 anos iniciou quadro de fadiga, hiporexia, astenia e anemia. Realizado transfusões sanguíneas e manteve tratamento clínico por 10 anos com repositores de ferro. Aos 30 anos foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA) com evidências de pólipos gástricos. Mantendo a hipótese de anemia ferropriva. Aos 34 anos surgiram episódios de melena, foi realizado enema opaco que sugeriu pseudo pólipos colônicos e gerando dúvida quanto a preparo de cólon irregular. Solicitado colonoscopia que constatou inúmeros pólipos intestinais com biópsias sugestivas de PAF. Diante do diagnóstico foi realizado proctocolectomia total, com anastomose íleo anal com bolsa ileal. Em seguimento foi realizado nova EDA que evidenciou presença de conglomerados de pólipos em corpo e fundo gástrico, de características hiperplásicas, com 17 cm de extensão, sem possibilidade de ressecção endoscópica. Apresentava também nódulo renal a direita com 4 cm de diâmetro. Optado por realizar gastrectomia total com interposição jejunal (esôfago-duodeno) e nefrectomia total direita. Anatomopatológico compatível com polipose gástrica hiperplásica e carcinoma renal papilar tipo I (T1a). No momento o paciente encontra-se em seguimento ambulatorial.

**Discussão:** Pólipos gástricos são frequentemente observados na PAF. As lesões gástricas mais encontradas são pólipos de glândulas fúndicas, hiperplásicos e, menos frequentemente, adenomas e carcinoma. Pólipos hiperplásicos maiores que 1 cm tem risco de até 20% de degeneração para displasia e devem ser ressecados. Pacientes com PAF apresentam geralmente associação com tumores extracolônicos (desmóides, tireóide, duodenal, adrenal), e no caso em questão apresentou-se com tumor renal que é raro nesta síndrome.

**Conclusão:** A PAF possui variados tipos de manifestações extracolônicas que podem acarretar graves prejuízos à saúde do indivíduo, não devendo negligenciar o rastreamento de outras patologias mesmo após colectomia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.019>

