

cólon é incomum. Foi descrito primariamente em 1926 por Abrikossoff a partir de 05 casos com ocorrência na língua.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, procurou atendimento coloproctológico com queixa de nódulo em região perianal e drenagem de secreção purulenta. No exame físico foi constatada a presença de fístula perianal, no entanto, devido as orientações de rastreamento de câncer colorretal, foi solicitado uma colonoscopia para o paciente antes da cirurgia. Neste exame houve a detecção de dois pólipos, correspondendo o pólipo de ascendente a um TCG. Optado por ressecção endoscópica que ocorreu com sucesso.

**Discussão:** O TCG raramente afeta o trato gastrointestinal. Acredita-se que seja um tumor de origem neural, das células de Schwann, principalmente pela sua positividade para proteína S-100. No TGI geralmente o tumor afeta a submucosa, tendo mucosa normal, por isso a biópsia endoscópica não é a melhor opção para diagnóstico, ficando como padrão ouro a excisão completa da lesão. Frequentemente a lesão é assintomática e seu achado é incidental. A maioria das lesões tem entre 1 e 2 cm de diâmetro. Por se tratar de uma patologia benigna a excisão endoscópica costuma ser o tratamento de escolha, no entanto, lesões com diâmetro superior são candidatas a colectomia pelo risco de malignidade – descrita em 2,0 a 4,3% dos casos – e metástases. O diagnóstico histológico é dado pelas células poligonais ou fusiformes com núcleo pequeno e centralizado, citoplasma eosinofílico abundante e dispostas em ninhos separados por faixas de tecido conjuntivo. As células estão bem agrupadas, os nódulos do tumor bem individualizados, mas não há cápsula. Os marcadores neurais proteína S-100 ou NSE uniformemente expresso também sugerem o diagnóstico.

**Conclusão:** O TCG apesar de ser uma lesão frequentemente benigna, não deve ser negligenciada devido ao potencial de malignidade e metástases. Na suspeição o endoscopista deve se esforçar pela ressecção completa que permite melhor diagnóstico histológico do que a biópsia simples.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.058>

P141

### ESÔFAGO NEGRO COMO COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Marlise Mello Cerato Michaelson, Kamyla Griebeler Valentini, Ruy Takashi Koshimizu, Rafael Dienstmann Dutra Vila, Patricia da Silva Passos, Karine Sabrina Bonamico, Marja Luciane Visioli

Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, RS, Brasil

**Introdução:** Esôfago negro (EN) é caracterizado pela coloração negra circunferencial e difusa, geralmente do terço distal da mucosa do esôfago. É mais comum em homens, raro e grave, com prevalência de até 0,2% e mortalidade de 13 a 35%.

**Descrição do caso:** J.M.C., feminina, 74 anos, diabética, asmática e portadora de neoplasia de reto médio estadio IV (cT2N2M1), submetida a retossigmoidectomia abdominal com excisão total do mesorreto, anastomose coloanal grampeada

e ileostomia protetora, sem intercorrências, após 14 semanas da neoadjuvância com quimio (5-fluoracil e oxaliplatina) e radioterapia (28 sessões, 50.4 Gy) concomitantes.

O anatomopatológico evidenciou lesão ulcerada com fibrose estromal no reto, limites cirúrgicos distal (3,5 cm) e circunferencial (2,5 cm) livres, sem metástase (12 linfonodos avaliados). Apresentou boa evolução inicial, porém no sexto pós-operatório (PO) evoluiu com sepse, epigastria e dor retroesternal, e eliminação de muco e pus via anal. TC de abdome confirmou a hipótese de deiscência parcial da anastomose, sem coleções, e EDA o diagnóstico de EN. O manejo foi realizado com NPO, hidratação, inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, antibiótico e antifúngico, endovenosos. Os dois últimos, mantidos por 14 dias. Em 24 h foi iniciado sucralfato via oral e instalada nutrição parenteral (NPT). A resposta foi adequada, com reintrodução da dieta em 6 dias e retirada gradual da NPT. Recebeu alta após 20 dias, com IBP e sucralfato. Realizou EDA após 30 dias, sem alterações.

**Discussão:** O EN não possui etiologia definida, acredita-se que isquemia e obstrução sejam os eventos iniciais. Também já foi associado a infecções, choque, uso de antibiótico, hiperglicemia, entre outros. 70% dos pacientes apresenta hemorragia digestiva alta (HDA) precoce. Disfagia, dor epigástrica e sepse são achados menos comuns. O diagnóstico é realizado com EDA e pode-se encontrar lactato elevado, anemia, insuficiência renal, hiperglicemia e hipoalbuminemia. O manejo do EN consiste em suporte clínico, tratamento das doenças de base, sonda nasogástrica se obstrução, IBP, NPO por 24 h e sucralfato VO após. Uso de antibiótico e antifúngico deve ser analisado individualmente. As complicações mais frequentes são: perfuração na fase aguda (7%) e estenose a longo prazo (25 a 40%).

**Conclusão:** Tendo em vista a gravidade associada, apesar de raro, o EN deve ser lembrado no PO de retossigmoidectomia, em pacientes com fatores de risco ou sintomas relacionados a esta patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.059>

P142

### EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA RETRO-RETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE 2 CASOS

Mychelly de Sá Carvalho<sup>a,b,c</sup>, Evelyn Cristina da Rosa Granja Batalini<sup>a,b,c</sup>, Rafael Castelli Bittencourt<sup>a,b,c</sup>, Marcelo Carlos de Sá Carvalho<sup>a,b,c</sup>, Monykelly de Sá Carvalho<sup>a,b,c</sup>, Marcus Regis Tanios Porto<sup>a,b,c</sup>, Alexandre da Silva Nishimura<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

**Introdução:** O Tailgut Cyst (TC) é um remanescente embriológico do intestino posterior, mais comum em mulher jovem (75-90%), mais raros em crianças. A maioria dos pacientes



portadores do TC é assintomático, mas podem apresentar sintomas anorretais, perineais e sacrais.

**Descrição dos casos:** Caso 1: J.C.F.R.R., 44 anos, sexo feminino, encaminhada por um Ginecologista devido queixa de dor pélvica de longa data. Relatou histerectomia devido endometriose há 10 meses, e episódios de drenagem de abscesso perianal prévios. Ao exame proctológico: indolor ao toque, presença de massa em parede lateral esquerda do reto. A Colonoscopia mostrou apenas abaulamento parietal na parede lateral esquerda do reto. Sendo então realizada Ressonância Magnética (RNM) de pelve, que identificou formação cística multiloculada de contornos lobulados, com paredes e septos finos, apresentando lóculos com conteúdo espesso/hemático e sem projeções sólidas evidentes, localizada no espaço extraperitoneal retrorretal e pararretal esquerdo, pré cóccigeo, medindo cerca de 8.3x 6.3 x3.8cm. Com hipótese diagnóstica de TC. Caso 2: S.M.C, 38 anos, sexo feminino, procura o atendimento com o Coloproctologista devido episódios de sangramento retais, e durante investigação foi realizado RNM de pelve evidenciando formação cística multilobulada, de contornos lobulados e com conteúdo espesso, em situação extraperitoneal retrorretal, medindo 3,6x1,8x1,6 cm como hipótese diagnóstica de Tc, realizado colonoscopia sem alterações. Ambas as pacientes foram submetidas à intervenção cirúrgica videolaparoscópica com exérese de lesão cística retro-retal. Evoluindo no pós-operatório (PO) sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 2º dia PO. O resultado do histopatológico confirmou TC.

**Discussão:** O diagnóstico pode ser um achado ocasional em ultrassonografias ginecológicas, exame pré-natal ou exames médicos devido sintomas de ordem proctológica que exerçam efeito de massa. Abscessos perianais e retro-retais recorrentes, assim como cirurgias orificiais de repetição devido ao diagnóstico equivocado de doenças orificiais, costumam fazer parte da história pgressa dos pacientes.

**Conclusão:** Exames de imagem são úteis para a definição diagnóstica e programação cirúrgica. A excisão cirúrgica completa é recomendada devido ao risco de recorrência, degeneração maligna e infecção crônica, mesmo em pacientes assintomáticos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.060>

P143

### FISSURAS ANAIS MÚLTIPLAS E TROMBOSE HEMORROIDÁRIA APÓS PRÁTICA DE CROSSFIT: RELATO DE 02 CASOS

Izabella Cristina Cristo Cunha <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> COLIC, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Dr.Consulta, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O efeito deletério do exercício físico abdominal extenuante no assoalho pélvico é amplamente relatado, porém lesões relacionadas a atividade de crossfit em canal são escassas.

**Objetivo:** Descrever lesões em canal anal com etiologia diretamente relacionadas a esta atividade física extenuante.

**Caso 1:** Feminina, 29 anos, sem comorbidades. Sem cirurgias abdominais prévias ou partos. Prática de crossfit 3 vezes

na semana, nos últimos 6 meses. Com dor anal, abaulamento e prurido anal. Negava história previa de trauma evacuatório ou se constipação. Ao exame proctológico: múltiplas microfissuras anais, com bordas edemaciadas, circundadas por hemorroidas externas circunferenciais, friáveis e sangrantes.

**Caso 2:** Masculino, 37 anos, heterossexual, sem comorbidades conhecidas, sem cirurgias prévias. Prática de crossfit 2 a 3 vezes na semana, nos últimos 2 anos. Hematoquezia de pequena monta ao final da evacuação, com gotejamento discreto em vaso e a higiene. Sem dor as evacuações. Hábito intestinal diário, fezes de aspecto usual, sem força ou manobras evacuatórias. Ao exame proctológico fissura mediana posterior de bordas discretamente elevadas, com hemorroidas externas discretas com edema circunferencial.

**Técnica:** ambos os casos foram submetidos ao tratamento clínico usual, com banhos de assento, analgésicos, anti-inflamatórios oral e acrescentado o bloqueador de canal de cálcio tópico, tendo em vista possível mecanismo de hipertonia esfinteriana. Ambos evoluíram com melhora tanto clínica quanto semiológica em seguimento mínimo de 6 semanas.

**Discussão:** O impacto do exercício físico extenuante no assoalho pélvico é reconhecido, porém amplamente negligenciado. O impacto destas lesões em pacientes jovens, principalmente nulíparas pode ser devastador. Apresenta-se caso de nulípara com lesão considerada grave mediante a etiologia, com múltiplas fissuras em atípicas em canal anal. Chama a atenção a desproporcionalidade dos achados de exame físico versus dor em ambos os casos.

**Conclusão:** Não há muitos relatos na literatura de lesões anais relacionadas a esta atividade, entretanto supõe-se que estas lesões sejam mais comuns do que se pensa. O aumento da atividade relacionada a exercício extenuantes, com o Crossfit, chama a atenção para que lesões relacionadas estejam no hall do diagnóstico diferencial.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.061>

P144

### HÉRNIA LOMBAR PERFURADA COMO COMPLICAÇÃO APÓS REALIZAÇÃO DE LIPOABDOMINOPLASTIA: UM RELATO DE CASO COM NECESSIDADE DE COLECTOMIA PARCIAL

Barbara Pereira de Lara <sup>a,b</sup>, Doryane Maria dos Reis Lima <sup>a,b</sup>, Karina Correa Ebrahim <sup>a,b</sup>, Gustavo Kurachi <sup>a,b</sup>, Univaldo Etsuo Sagae <sup>a,b</sup>, Ivan Roberto Bonotto Orso <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital São Lucas, Cascavel, RS, Brasil

<sup>b</sup> Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

**Introdução:** A abdominoplastia, com ou sem lipoaspiração, está entre os procedimentos estéticos mais realizados no mundo. Segundo Matarasso et al. as taxa de complicações sistêmicas foram menores que 0,1% para todas as técnicas.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 42 anos, em sexto pós operatório de cirurgia plástica com fins estéticos (mamoplastia de aumento, lipoabdominoplastia e gluteoplastia de aumento) apresentando dor abdominal difusa, com

