

P165

SÍNDROME DE FOURNIER EXTENSA COM TRATAMENTO POR CURATIVO A VÁCUO: RELATO DE CASO



Karina Correa Ebrahim, Barbara Pereira de Lara, Doryane Maria Lima dos Reis, Ivan Roberto Bonotto Orso, Barbara Anahy Bazzano, Murilo Tomiyoshi, Gustavo Kurachi

Hospital São Lucas, Cascavel, RS, Brasil

Introdução: A gangrena de Fournier é uma fascíte necrotizante sinérgica do períneo e parede abdominal, que tem origem no escroto e pênis (no homem) e vulva e virilha (na mulher). O processo inicialmente foi descrito como idiopático, mas atualmente sabe-se que se trata de grave afecção polimicrobiana de bactérias Gram-positivas, Gram-negativas e/ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistêmico importante e, eventualmente, morte (Dornelas MT et al., 2012; Koukouras D et al., 2011).

Relato de Caso: Apresentamos o caso de um paciente N.P.G., masculino de 70 anos, encaminhado de um serviço primário com evolução de cinco dias, por uma infecção de folículo piloso em região de bolsa escrotal, sendo drenada na origem com rafia primária por sutura, evoluindo com progressão da infecção necrose para espaços subfasciais invadindo região escrotal, perianal, face lateral de abdome até a região subcostal à direita. Paciente apresentava instabilidade hemodinâmica. Após estabilização clínica, foi realizada cirurgia de desbridamento cirúrgico importante estendendo-se da região perianal até a transição tóraco-abdominal à esquerda, sem acometimento intra-abdominal. Após as primeiras 72 horas, em ambiente de tratamento intensivo e antibioticoterapia sistêmica, foi instalado curativo à vácuo com chumaços e sonda uretral adaptada na ferida operatória, sendo trocado a cada três dias, até a regressão completa das coleções e tecidos desvitalizados. Após a primeira troca de curativo, foi realizado desvio do trânsito intestinal por transversostomia. Após 27 dias de internamento, paciente foi submetido à enxerto de pele, com resolução completa do caso.

Conclusão: o curativo à vácuo mostrou ser uma excelente alternativa em casos graves e extensos de fascíte necrosante.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.085>

P166

SÍNDROME DE GARDNER NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO



Alex Rodrigues Moura, Aline Santos Amorim, Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Ana Carolina Ribeiro Lisboa, Tatiana Quaresma Campos e Silva Vidal, Rodrigo Rocha Santiago, Ricardo Pereira Malheiros Tolentino

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: A constelação de adenomatose colônica hereditária, juntamente com crescimentos extracolônicos,

incluindo osteomas, cistos epidérmicos e fibromas. Anormalidades dentárias, tumores desmóides, ficou conhecida como Síndrome de Gardner.

Descrição do caso: Paciente D.C.M., 13 anos, masculino, branco, natural e procedente de Itabaiana, Sergipe. Histórico de aparecimento de nódulos em região clavicular e crânio cervical, tórax e dorso, desde os 15 meses de vida e crise convulsiva aos três anos. Ao anatomopatológico (AP) de nódulos: neoformação mesenquimal benigna fusocelular, hipocelular e colagenizada. Genitor do paciente apresenta Síndrome de Gardner, com avaliação genética mostrando mutação no APC. Aos oito anos, 1ª colonoscopia, sem achados patológicos. Realizado mapeamento genético onde foi evidenciado mutação germinativa no exon 16 do Gene APC, compatível com Síndrome de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF).

Discussão: A PAF é uma doença autossômica dominante causada por mutações no gene da *polipose adenomatosa coli*. Os pacientes podem ter até milhares de adenomas colorretais e um risco de 100% de câncer colorretal. Indivíduos em risco para PAF incluem: parentes de primeiro grau daqueles com PAF e indivíduos com 10 a 20 adenomas colorretais cumulativos ou adenomas colorretais em combinação com características extracolônicas associadas à PAF. O paciente cursou entre os nove e treze anos, com acometimento de pólipos, não mais de 20 a cada série anual, distribuídos em cólon ascendente, transverso, descendente, sigmóide e reto, medindo entre 5 e 10 mm, tendo ao anatomopatológico, adenoma tubular com displasia de baixo grau em sigmóide e reto. Nos demais, hiperplásicos. Aos onze anos, cursou com apendicite, sendo submetido à apendicectomia. Atualmente apresenta nódulo em cicatriz da apendicectomia, evidenciada em ultrassonografia, como sólido hipocóico ovalado e bem delimitado localizado na aponeurose, medindo 4,1 × 2,7 × 2,8 cm, sugestivo de tumor desmóide.

Conclusão: Concluindo, com a evolução natural da doença e quadro clínico do paciente foi optado por aguardar o início da segunda década de vida do paciente para abordagem cirúrgica. No entanto, será realizado colonoscopia anual e caso, modificação de evolução clínica, será submetido a princípio, com proctocolectomia total com bolsa ileal, opção em casos de ausência de pólipos em reto e/ou pólipos adenomatosos sem displasia de alto grau.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.086>