

P167

**SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: RELATO DE CASO**

Flavio Mesquita Sampaio Giovannini<sup>a,b</sup>,  
Henrique Victor Ruani<sup>a,b</sup>, Thiago Maicon  
Matos de Oliveira Rodrigues<sup>a,b</sup>, Rossini  
Fernandes Lyria<sup>a,b</sup>, Matheus Carpenedo  
Frare<sup>a,b</sup>, André Antonio Abissamra<sup>a,b</sup>,  
Beatriz Freitas Filitto<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Regional de Presidente Prudente,  
Presidente Prudente, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE),  
Presidente Prudente, SP, Brasil

**Apresentação do caso:** Paciente, sexo feminino, 11 anos, relata que aos 4 anos de idade procurou serviço médico apresentando quadro importante de palidez cutâneo-mucosa, associado a lesões melânicas em cavidade oral, sem demais achados clínicos. Com hipótese diagnóstica de anemia ferropriva a esclarecer, foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia e colonoscopia como conduta investigativa do caso, que elucidaram o diagnóstico de síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ). Desde então, encontra-se em acompanhamento médico com realização de exames periódicos, sem novas manifestações clínicas. Apresenta última EDA que observou presença de múltiplas lesões polipóides, por toda câmara gástrica e segunda porção de duodeno, ora sesséis, ora pedunculados, medindo entre 0,3 e 1,5 cm, realizado polipectomia para biópsia dos dois maiores pólipos, sem intercorrências. Com anatomopatológico que evidenciou pólipos epiteliais hamartomatosos. Colonoscopia normal até íleo terminal. Cápsula endoscópica constatou múltiplos pólipos de duodeno, jejuno e íleo. Com isso manteve-se o diagnóstico de SPJ, sem indícios de lesões neoplásicas, e até o momento sem consequências clínicas.

**Discussão:** A SPJ é uma doença rara, autossômica dominante, caracterizada por polipose hamartomatosa do trato gastrointestinal, associada à pigmentação melânica cutâneo-mucosa. Há grande variabilidade da sintomatologia, com alguns pacientes necessitando apenas de tratamento clínico enquanto outros, devido a maior gravidade do caso, necessitam de inúmeras hospitalizações e até mesmo de tratamento cirúrgico. Nessa síndrome os pacientes apresentam um maior risco de desenvolver neoplasias, dessa forma é recomendado o seguimento com exames de imagem e endoscópicos. Alguns protocolos recomendam gastroduodenoscopia e retossigmoidoscopia a cada dois a cinco anos até os 20 anos de idade, e em idades mais avançadas a colonoscopia deve ser acrescentada.

**Conclusão:** Nesse caso fica ilustrado uma paciente que apresentava um quadro de anemia associada a lesões melânicas em mucosa oral e presença de pólipos gástricos e intestinais hamartomatosos evidenciados através dos exames endoscópicos, caracterizando a SPJ.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.087>

P168

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO GOSSIPIBOMA**

Lorena de Almeida Barroso, Marco Antonio  
Miranda dos Santos, Alexandre Miranda  
Silveira, Gustavo Ambrosi Evangelista, Fabio  
Lopes de Queiroz, Eliane Sander Mansur,  
Sinara Monica de Oliveira Leite

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado  
de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG,  
Brasil

**Introdução:** O termo gossipiboma deriva do latim *gossypium* (algodão) e do grego *oma* (tumor). Um gossipiboma é uma massa de algodão (compressa, gaze) deixada acidentalmente dentro do corpo depois de uma cirurgia. A incidência é de 1/1500 operações, mas a real incidência pode ser maior devido a preocupações legais e ao estado assintomático de alguns pacientes. A apresentação clínica é variada, incluindo dor, vômito, anorexia, constipação e perda de peso. As complicações incluem perfuração de órgão ocos, obstrução intestinal, peritonite, abscesso e fístula. Tomografia computadorizada é o exame de escolha para diagnóstico e avaliação das complicações.

**Descrição do caso:** C.M.B.P., 54 anos, sexo feminino, submetida a sigmoidectomia videolaparoscópica em 2008 devido a diverticulite recorrente. Porém desde então paciente mantém queixa de dor, distensão abdominal e crises recorrentes de diverticulite. Propedêutica: colonoscopia virtual (set/2016): lesão amorfa de 3 cm adjacente ao cólon esquerdo (possibilidade de corpo estranho-CE); colonoscopia (jan/2017): lesão submucosa de 25 mm em cólon esquerdo; ecoendoscopia (fev/17): estrutura ovalada, hipoeocogênica com focos hiperecogênicos, acometendo a submucosa e muscular própria, medindo 12 × 19,2 mm. Paciente se recusava a ser submetida a nova intervenção cirúrgica, então foi aventada a possibilidade de extração endoscópica do CE. Submetida a colonoscopia em set/2017: realizado destelhamento da lesão com ressecção da mucosa com alça de polipectomia. Houve saída de secreção esverdeada. Realizado clipagem da mucosa. Biópsia: lesão cística inespecífica benigna com fragmentos de corpo estranho. Paciente apresentou boa evolução após o procedimento, sem intercorrências. Assintomática desde então. Colonoscopia 7 meses após o procedimento, evidenciando área de drenagem cicatrizada.

**Discussão:** O gossipiboma deve ser removido assim que for diagnosticado. A via mais utilizada é a laparotomia porém há relatos de extração percutânea, laparoscópica e endoscópica. No caso acima, a remoção do CE por colonoscopia possibilitou a resolução do quadro de forma menos invasiva, sem comprometimento estético e com rápido retorno às atividades cotidianas. No entanto, a melhor abordagem é a prevenção. Todos os materiais cirúrgicos devem ser verificados no final da cirurgia e registrados.

**Conclusão:** Embora a incidência de gossipiboma seja muito baixa, deve ser sempre lembrado como causa de dor abdominal crônica em paciente com cirurgia prévia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.088>

P169

#### ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR VOLVO CECAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Josiane Harumi Cihoda Lopes, Fernanda Costa Pereira, Rodrigo Saad Rodrigues, Marley Ribeiro Feitosa, Rogério Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Introdução:** O volvo do cólon é a terceira causa de obstrução colônica. O volvo de ceco é o segundo sítio mais comum e caracteriza-se pela rotação dos vasos do mesentério envolvendo o íleo terminal, ceco e cólon ascendente, causando sintomas obstrutivos. O objetivo do estudo é relatar um caso de volvo do ceco e apresentar revisão da literatura com ênfase no diagnóstico e tratamento.

**Descrição do caso:** Mulher, 35 anos. Há um dia com dor abdominal mesogástrica, de forte intensidade, associada à náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico com bom estado geral, corada, hidratada e fácies de dor. Hemodinamicamente estável. Abdome com distendido, ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos, hipertimpanismo, doloroso difusamente e sem sinais de peritonismo. A radiografia simples do abdome evidenciou dilatação gasosa importante de alças intestinais, sinais de torção na região do mesogástrico com formação de níveis líquidos e ausência de ar no reto. A tomografia de abdome evidenciou imagem espiral no flanco direito, com inversão dos vasos do mesentério, associada a distensão à montante. Feito hipótese de abdome agudo obstrutivo por volvo do ceco esubmetida à laparotomia exploradora, que confirmou o diagnóstico e demonstrou área importante de desserosamento do ceco. Realizado colectomia direita com íleo transversal anastomose laterolateral grampeada. Recebeu alta hospitalar no 7º pós-operatório, em bom estado geral, com aceitação da dieta e intestino funcionante para flatos e fezes.

**Discussão:** O volvo de ceco se manifesta através de abdome agudo obstrutivo. Sem tratamento, pode evoluir para óbito por perfuração do cólon e sepse abdominal grave. É mais comum em mulheres jovens e pode ser causado por aderências de cirurgias prévias, má rotação com falha da fixação ileocecal e lesões obstrutivas do cólon. A tomografia computadorizada é o método diagnóstico preferencial e pode demonstrar complicações como isquemia e perfuração. A imagem tomográfica patognomônica é o “sinal do giro”, composto por círculos espiralados e concêntricos formados pela torção do mesocólon. Na presença de isquemia do cólon, recomenda-se a colectomia.

**Conclusão:** Na presença de complicações locais, hemicolectomia direita pode ser necessário no volvo de ceco.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.089>

P17

#### PÓS-OPERATÓRIO DE DOENÇA PERI-ORIFICIAL QUE EVOLUI PARA ÚLCERA MUTILANTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR – RELATO DE CASO

Samuel Cristaldo Dominguez, Rodolfo Pacheco Quidá, Rodolfo Frederico Gazzoni Degrazia Howes, Osmar Nunes da Silva D'Abadia

Hospital Municipal São José, Joinville, SC, Brasil

**Introdução:** O carcinoma espinocelular de canal anal é uma patologia rara, quando comparada ao adenocarcinoma de reto, porém, é a mais comum quando comparada ao tipo histológico cloacogênico, adenocarcinoma e melanoma no mesmo segmento anatômico. Existe relação com o tabagismo, a imunodepressão, as doenças perianais benignas e as doenças sexualmente transmissíveis.

**Relato de caso:** - *Anamnese:* F.S. 58 anos, masculino, com queixa de dor perianal, acompanhada de secreção purulenta e úlcera no local de difícil cicatrização, com início após cirurgia de hemorroidectomia, fistulotomia e fissurectomia, realizado em agosto de 2016. Paciente portador de HIV em tratamento com TARV. Não etilista, porém, tabagista de 21 maços/ano. - *Exame Físico:* Presença de lesão ulcerada de região anal com perda da anatomia orifical, acompanhada de dor intensa em região perianal e interglútea. - *Exames complementares:* Colonoscopia demonstrou pólipos de 4 mm em cólon ascendente, com anatopatológico para neoplasia benigna e biopsia da úlcera perianal negativa para malignidade. Tomografia abdominal constatou espessamento heterogêneo da musculatura obturadora interna esquerda com suspeita de infiltração tumoral, nódulo no meso-reto sugerindo adenomegalia e presença de linfonomegalia inguinal bilateral. CEA: 16,7 e CA 19-9: 9,9. - *Conduta Cirúrgica:* colostomia em alça em maio de 2018 e biopsia da úlcera perianal que confirmou carcinoma espinocelular. - *Evolução:* após a alta médica, foi encaminhado para radioterapia.

**Discussão:** Acredita-se que lesões benignas pré-existentes na região anal, como hemorroidas, condilomas, fistulas ou abscessos, causem irritação crônica e sejam predisponentes para o carcinoma espinocelular de canal anal. A maior incidência da doença está relacionada ao sexo feminino, podendo chegar a 82% dos casos. As metástases acontecem por disseminação linfática principalmente para os linfonodos inguinais e mesentéricos, necessitando tratamento com radioterapia no tumor e na região inguinal.

**Conclusão:** O carcinoma espinocelular anal tem relação com tumores benignos perianais. Os tumores avançados aumentam o risco de metástases, principalmente em mesentério e região inguinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.090>