

P170

ABORDAGEM CIRÚRGICA NO TRAUMA ANORRETAL: RELATO DE CASO



Renata Thomaz Katzenelson, Paula Cristina Steffen Novelli, Monique Raquel Barbosa de Queiroz, William Marchelli Vilela Costa, Roberta Lais dos Santos Mendonça, Carlos Augusto Real Martinez

Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, Bragança Paulista, SP, Brasil

Introdução: As causas do trauma anorretal são diversas, sendo desde ferimentos penetrantes, lesões pélvicas contusas ou abdominais por acidentes automobilísticos e motociclísticos, a empalamento. Os objetos inseridos no reto são realizados mais comumente por homens de meia-idade no contexto de instrumentação autoerótica.

Relato de caso: N.C.J.S., masculino de 62 anos, etilista, sem comorbidades, deu entrada em nosso serviço com suspeita empalamento anal, relatou não se lembrar do mecanismo do trauma. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável, com dor a palpação em flanco e hipocôndrio esquerdo. Ao toque retal, presença de ferimento corto contuso em linha média posterior e perda da tonicidade esfinteriana, sangramento retal presente em grande quantidade. Solicitado radiografia simples de abdome sem alterações e encaminhado ao centro cirúrgico para exame proctológico onde evidenciou-se lesão corto contusa em parede posterior do canal anal, com ruptura completa do esfíncter externo e interno, lesão da parede posterior do reto extraperitoneal. Realizado lavagem da ferida e do reto baixo, reparado mucosa do reto, e iniciado esfínteroplastia por sobreposição de cotos musculares. No tempo abdominal foi realizado uma laparotomia exploradora e verificado ausência de lesões intraperitoneais do reto, optado a sigmoplastomia em alça pela gravidade do trauma anal. Paciente evoluiu com recuperação da tonicidade esfinteriana.

Discussão: Os acidentes que ocorrem no ânus e no reto são raros, pela posição anatômica desses órgãos que os protegem. Dor abdominal ou dor pélvica, obstipação, tenesmo e sangramento retal são queixas relatadas na emergência. A vítima do trauma deve primeiro ser submetida a avaliação primária para estabilização hemodinâmica e posteriormente na avaliação secundária o trauma anorretal pode ser abordado. A retossigmoidoscopia flexível é considerada o padrão ouro para a investigação do trauma retal. As lesões podem ser classificadas através da escala de lesão retal da American Association for the Surgery of Trauma, e assim decidir a melhor conduta. O manejo do trauma retal intraperitoneal é considerado o mesmo para as lesões do cólon distal, sendo o reparo primário considerado padrão ouro. Quanto ao manejo do trauma retal extraperitoneal, não há um consenso na literatura. Lesões perineais pequenas podem ser abordadas com reparo primário, mas as lesões extensas geralmente requerem reconstrução esfinteriana.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.091>

P171

HÉRNIA SACRAL GIGANTE APÓS SACRECTOMIA PARCIAL PARA TRATAMENTO DE CONDROSSARCOMA



Juliana Mamede Miranda, Pedro Henrique Bauth Silva, Mabel Cristhina Rodrigues da Silveira, 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 condrossarcoma é uma neoplasia maligna, que acomete preferencialmente ossos longos e pelve, mais frequente após a terceira década de vida. O diagnóstico é geralmente tardio, devido ao crescimento lento e insidioso. O tratamento é a ressecção completa, que pode estar associada a complicações locais. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de hérnia sacral após exérese de condrossarcoma do sacro.

Descrição do caso: Homem, 46 anos submetido a sacrectomia parcial (S3/S4) devido condrossarcoma do sacro. Evoluiu com recidiva em 4 nódulos intrapélvicos de partes moles e foi submetido a nova abordagem cirúrgica com ampliação de margens após 4 anos. Após a segunda cirurgia evoluiu com abaulamento da região sacral, com aumento do progressivo do volume, associado a dor local e constipação. Exame físico evidenciou herniação sacral de 25 cm de diâmetro, redutível, sem sinais flogísticos. Ressonância magnética demonstrou hérnia sacral com alça intestinal se insinuando para o tecido celular subcutâneo através de falha da parede posterior, imediatamente abaixo do coto sacral. Submetido à correção cirúrgica por acesso posterior, com incisão ao nível de L5 até linha interglútea. Realizado exérese parcial do saco herniário e fechamento da falha da parede posterior com a tela semi-absorvível.

Discussão: Herniação do retossigmoide pode acontecer após sacrectomia, com poucos relatos na literatura. O diagnóstico do condrossarcomapélvico é habitualmente assintomático e seu diagnóstico costuma ser tardio. Quanto maior o tamanho do tumor, maior a ressecção óssea e de partes moles e, portanto, maior o tamanho do defeito cirúrgico. O diagnóstico é confirmado através do exame físico e exames de imagem, que evidenciam insinuação de alças abaixo do coto sacral. O tratamento inclui correção com de tela e, se necessário, colectomia segmentar.

Conclusão: Hérnia sacral após sacrectomia é raro. Pode ser corrigido por acesso posterior e deve ser realizado por equipe experiente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.092>