

menos estabelecida, pode ser considerada em pacientes que falharam na resposta aos tratamentos conservadores.

**Objetivo:** Relatar a experiência tida com onze casos de terapia com neuroestimulação sacral refratários a outros tipos de tratamento.

**Métodos:** Estudo transversal baseado em coleta de dados em prontuário eletrônico dos pacientes estudados. Os sujeitos do estudo foram nove pacientes com incontinência fecal e dois com constipação funcional. Critérios de inclusão: Pacientes de qualquer idade selecionados para terapia com neuroestimulação sacral que falharam na terapia com outros métodos. Critérios de exclusão: Pacientes que não se enquadram no critério de inclusão, não sendo selecionados para terapia com neuroestimulação sacral.

**Resultados:** Foram obtidos resultados positivos comparados com os anteriores à terapia de estimulação neurossacral. Foi utilizada para comparação dos pacientes incontinentes, a escala de Wexner.

**Conclusão:** Conclui-se que a neuroestimulação sacral apresenta bons resultados a curto e longo prazo quando respeitadas as indicações para incontinência e constipação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.099>

P179

#### RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Mychelly de Sá Carvalho, Alexande da Silva Nishimura, Evelyn Cristina Rosa da Granja Batalini, Mykaelly Kelly de Sá Carvalho, Marcus Regis Tanios Porto, Rafael Castelli Bittencourt, Larissa dos Santos Gonçalves Gil

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

**Objetivo:** Descrever a experiência do nosso serviço, com os resultados do procedimento cirúrgico videolaparoscópico para tratamento de endometriose profunda com acometimento intestinal e as taxas de complicações.

**Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise de prontuários de pacientes com endometriose profunda com acometimento intestinal que foram submetidos a tratamento cirúrgico laparoscópico pela técnica NOSE (retirada por orifícios naturais) ou ressecção discóide, entre o período de novembro de 2015 e maio de 2018.

**Resultados:** Foram analisados 34 prontuários, o qual todos os pacientes deste estudo apresentavam endometriose profunda com acometimento intestinal, os resultados obtidos no nosso serviço foram: a idade variou entre 28 e 47 anos, o tempo cirúrgico variou entre 180- 370 minutos, foram realizados 27 casos com retirada do tecido acometido pela endometriose por orifícios naturais (NOSE), e 7 casos com ressecção discóide, o tempo de internação hospitalar variou entre 3- 6 dias, apresentamos complicações em 4 casos (13,6%), sendo 1 caso (3,4%) caso de hemorragia, 1 caso (3,4%) de fístula de cúpula, 1 caso (3,4%) de lesão ureteral, 1 caso (3,4%) de fístula de anastomose sendo necessária a realização de ileostomia no pós operatório, nenhuma conversão foi necessária, todos os pacientes seguem em acompanhamento ambulatorial em

conjunto com a coloproctologia e ginecologia, evoluem estáveis, com melhora clínica significativa da dor, sem recidiva da doença. Técnicas minimamente invasivas, com retirada de tecido acometido pela NOSE como, ânus e vagina, tem menos complicações e tem se tornado uma alternativa diminuindo o tempo de internação, com baixa porcentagem de complicações. A ressecção intestinal para endometriose por laparoscopia tem demonstrado alternativa de melhor escolha considerando redução nas queixas e nas complicações pós-operatórias.

**Conclusão:** O tratamento da endometriose, na maioria dos casos é clínico, porém quando há falha no tratamento, ou há endometriose profunda, o tratamento cirúrgico passa a ser o mais indicado, sendo a laparoscopia o padrão ouro.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.100>

P18

#### PRESENÇA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO SINCRÔNICO A CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS A DIREITA - RELATO DE CASO

Bruna Dell'acqua Cassão, Roodney Forster de Jesus, Stella Maria Botequio Mella, Ricardo Tadayoshi Akiba, Raphael Vendrame Carrera, Matheus Ferreira Groner, Sarhan Sydney Saad

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O câncer colorretal (CCR) esta entre os três cânceres mais frequentes do Brasil. A presença concomitante de CCR e outras neoplasias malignas primárias é relativamente rara. A taxa de CCR sincrônico ao carcinoma de células renais é de até 4,85%. A existência de ambos os cânceres ocorre mais em pacientes idosos e do sexo masculino (9). A investigação diagnóstica completa permite a detecção de neoplasias sincrônicas, possibilitando a ressecção simultânea e planejada de ambas.

**Descrição do caso:** Masculino, 63 anos, com tomografia computadorizada evidenciando volumosa formação expansiva em rim direito e espessamento parietal irregular e assimétrico de cólon ascendente com extensão de 4 cm, sugestivos de neoplasias. Colonoscopia mostrando lesão vegetante em cólon ascendente, ocupando cerca de 85% da luz e anatomopatológico com focos de adenocarcinoma intramucoso. Paciente encaminhado para cirurgia, submetido simultaneamente a colectomia direita com ileotransverso-anastomose e nefrectomia direita, adrenalectomia direita, linfadenectomia hilar e retrocaval e drenagem da cavidade, sem intercorrências. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de padrão intestinal moderadamente diferenciado, margens livres e ausência de metástases em 15 linfonodos dissecados (0/15), um tumor de colón pT3 pN0 pMx; e carcinoma renal de células claras, margem cirúrgica coincidente em veia renal e ausência de metástases em 4 linfonodos retrocavais dissecados (0/4). Estadiamento pT4 pN0 pMx. Encaminhado para oncologia, evoluindo bem.

**Discussão:** Existem estudos demonstrando que o CCR pode estar associado a outras neoplasias primárias, como carci-



noma pancreático, protático e renal. Pacientes com CCR e carcinoma de células renais podem estar em risco de neoplasias primárias adicionais, devendo sempre existir uma investigação minuciosa.

**Conclusão:** Devemos sempre atentar para o risco de neoplasias sincrônicas assintomáticas em pacientes com neoplasias renais ou colônicas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.101>

P180

### SÉRIE DE CASOS: TUMOR DE INTESTINO DELGADO



Milossi Estheisi Romero Machuca, Antonio Jose Tiburcio Alves Junior, Jose Alfredo Reis Junior, Sergio Oliva Banci, Luciane Hiane de Oliveira, Odorino Hideyoshi Kagohara, Jose Alfredo Reis Neto

*Clínica Reis Neto, Campinas, SP, Brasil*

**Introdução:** Os tumores malignos de intestino delgado são muito infrequentes, considerando que o órgão em questão é o maior de todo aparelho digestivo, menos de 5% dos tumores malignos gastrointestinais tem sua localização no delgado. Não foi elucidado o motivo de sua raridade, porém já foi observado que ingestão de álcool, polipose adenomatosa familiar, doença de chohn, doença celíaca e neurofibromatose são predisponentes.

**Objetivo:** Relatar uma série de casos de neoplasias raras a fim de mostrar a condução adotada.

**Método:** Realizada análise retrospectiva com seis pacientes no período de 20 meses, portadores de tumores malignos do intestino delgado.

**Resultados:** Foram analisados seis casos de tumor do intestino delgado, um metastático e cinco de origem primária. Em cinco pacientes (83,3%) a lesão encontrava se no jejuno e apenas em um (16,7%) foi observada no íleo. A confirmação diagnóstica foi feita através da abordagem cirúrgica e estudo histológico. Os procedimentos adotados incluíram: enterectomia segmentar em todos os seis casos, linfadenectomia em 100% dos casos, colectomia direita com íleo transverso anastomose em um paciente (16,7%) e ressecção peritoneal em um único caso (16,7%). O estudo anatomopatológico das peças ressecadas identificou cinco tumores primários (83,3%), três adenocarcinomas (50%), dois sarcomas (20%), ambos neoplasia estromal gastrointestinal (GIST). Apenas um tumor metastático foi observado (16,7%), correspondeu a um melanoma.

**Discussão:** No intestino delgado, os tumores benignos são um pouco mais comuns do que os malignos, porém esses quase sempre produzem sintomas. Os adenocarcinomas representam 50% dos tumores malignos do intestino delgado e o melanoma maligno apenas de 1 a 3% de todas as neoplasias malignas no trato gastrointestinal. O princípio geral do tratamento dos tumores malignos de intestino delgado é a ressecção com margens de segurança de pelo menos 5 cm, associada à linfadenectomia locorregional, procedimento adotado em todos os pacientes desta série. A

análise desta casuística revelou que o adenocarcinoma primário teve a maior prevalência.

**Conclusão:** Os tumores de delgado tem incidência rara e seu diagnóstico geralmente é tardio, repercutindo no prognóstico e na chance de cura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.102>

P181

### ENFISEMA DE SUBCUTÂNEO EM REGIÃO GENITAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE DRENAGEM DE ABSCESSO PERIANAL E EXPLORAÇÃO DE FÍSTULA ANORRETAL



Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, José Américo Bacchi Hora, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Sergio Carlos Nahas, Aline Costa Mendes de Paiva, Ivan Ceconello

*Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Introdução:** O abscesso perianal acomete principalmente homens sendo a etiologia criptoglandular a mais comum. Pode estar associado à fístula perianal, o que torna seu diagnóstico ainda mais desafiador, sendo imprescindível a identificação adequada do trajeto fistuloso (TF) para escolha do tratamento e prevenção de complicações.

**Descrição do caso:** J.F.L., masculino, 52 anos, com episódios recorrentes de abscesso perianal, evoluindo com fistula anorretal, submetido a diversas abordagens prévias: drenagens cirúrgicas com antibioticoterapia, fistulotomia, fistulectomia, câmara hiperbárica e plug de colágeno. Mantendo sintomas, foi encaminhado para seguimento em nosso serviço. RNM de pelve: coleção em glúteo direito com TF associado através do músculo elevador do ânus em direção à fossa isquiorretal. Indicado exame proctológico sob narcose: orifício externo (OE) com drenagem de secreção purulenta em região inferior da nádega direita. Injeção de peróxido de hidrogênio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) sob pressão com extravasamento em orifício interno (OI) localizado às 7 h, distando 3 cm da borda anal. Ampliado OE com identificação de TF interesfincteriano cateterizado com sonda flexível, além de grande loja com 9 cm de profundidade. Realizada curetagem e passagem de sedenho. No 1° pós-operatório (PO) evoluiu com extenso enfisema de pênis e bolsa escrotal, sem outros sintomas. Mantido sob vigilância, apresentou reabsorção completa do enfisema, recebendo alta no 3° PO após diurese e evacuação espontâneas.

**Discussão:** Diversas técnicas de exploração de fístulas anorretais são descritas até o momento: uso de estiletos, sondas rígidas e flexíveis, probe endoscópico e instilação de líquidos, como azul de metileno, leite e peróxido de hidrogênio. Este último representa material amplamente disponível e de baixo custo, tendo como vantagem a identificação do TF através da liberação de bolhas, mesmo em percursos estenóticos, sem a confecção de falso trajeto e a possibilidade de repetição do processo, com elevada acurácia no diagnóstico. Entretanto, grandes lojas e fístulas complexas podem exigir a instilação de grande volume que, sob pressão, pode ocasionar enfisema subcutâneo locorregional. Este geralmente apresenta pequenas dimensões e resolução espontânea, porém