

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