

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 (H₂O₂) 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

pode evoluir para necrose e infecção tecidual a depender da gravidade.

Conclusão: Apesar de seguro e amplamente utilizado, o H2O2 pode apresentar complicações, devendo o cirurgião estar atendo para o diagnóstico e manejo adequados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.103>

P182

FÍSTULA PERIANAL EM PACIENTE COM ESQUISTOSSOMOSE

Alex Rodrigues Moura, Aline Santos Amorim, Fabio Ramos Teixeira, Felipe Nery Santana Moura Sacramento, Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Ricardo Pereira Malheiros Tolentino, Ana Carolina Ribeiro Lisboa

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

Introdução: Conceitua-se fístula anal como processo inflamatório ou conexão entre a superfície epiteliada do canal anal com a pele perianal. O manejo tem como base, a drenagem da infecção local, com a erradicação do trajeto fistuloso e a preservação do esfíncter.

Descrição do caso: Paciente J.A.G., masculino, 68 anos, apresentando nódulo em região perianal esquerda com saída de exsudato purulento e sanguinolento, associado a incontinência fecal para fezes líquidas e perda ponderal de 10 kg.

Ao exame físico: abaulamento em região perianal esquerda com exudação intermitente, presença de fístula anorretal com trajeto fistuloso anal posterior. À colonoscopia, colite intensa com úlceras e pseudomembranas em colón sigmoide, além de fístula anorretal com orifícios externos em região perianal com eliminação de pus e resíduos fecais, área de flutuação e sinais flogísticos, sendo indicado exploração cirúrgica. Realizado posicionamento de sedenho em trajeto fistuloso, com ressecção de orifícios externos com margem de 0,5 cm.

Discussão: Os retornos foram planejados nas 1 a, 2 a, 6 a, 9 a e 13 a semanas, tendo evolução estável, assintomático, continente para eliminação de sólidos, ferida operatória com tecido de granulação, com posterior cicatrização, e sedenho bem posicionado, sem sinais flogísticos. Ao anatomopatológico: presença de granulomas epitelióides com múltiplos ovos de *Schistosoma mansoni* viáveis e calcificados em trajeto de fístula e em pele adjacente. A esquistossomose é uma patologia causada por infecção por parasitas sanguíneos, que vivem em certos tipos de caracóis de água doce. Tem como principais manifestações: a dor abdominal crônica ou intermitente, anorexia e diarreia. Em casos graves, ulceração crônica do cólon. Iniciado tratamento com oxamiquina 250 mg, dose equivalente 15 mg/kg. Ajuste do sedenho a partir do 90° DPO, seguindo ajustes quinzenais a fim de superficializar o orifício interno e realizar isquemia do esfíncter, até o 121° DPO quando o sedenho saiu espontaneamente. Exame parasitológico de fezes, com amostras negativas. Retossigmoidoscopia realizada em junho de 2018: exame proctológico com ausência de fístulas, ferida operatória

cicatrizada e exame com presença de angiectasias em região de reto.

Conclusão: Ainda não há evidências científicas de relação causal entre a infecção parasitária pelo *Schistosoma mansoni* e o evento, fístula anal, apesar de ser extremamente possível. Porém, subsiste também a hipótese de afecções síncronas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.104>

P183

GANGRENA DE FOURNIER: REALIZAR COLOSTOMIA OU NÃO?

Lucas Domingos Rodrigues da Cunha, Izadora Lorena Ferreira Reis, Mariá Libório Pereira Leite, Italo Filipe Cardoso Amorim, Katyara Rodrigues Fagundes, Emerson Abdulmassih Wood da Silva, Luciano Ricardo Pelegrinelli

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Introdução: Gangrena de Fournier é uma emergência cirúrgica, definida como fasciíte necrotizante de região perineal e genital. Trata-se de infecção de etiologia polimicrobiana, com predomínio de bactérias Gram negativas e anaeróbias. A doença apresenta elevada morbimortalidade, sendo imprescindíveis não só abordagem inicial rápida e desbridamento extenso, mas também suporte e manejo das frequentes sequelas e complicações.

Relato do caso: Paciente masculino, 73 anos, portador de diabetes e hipertensão mal controlados, foi admitido com quadro de febre há 5 dias associado a hiperemia e dor em região perianal. Ao exame, apresentava edema e crepitações em região perineal, glútea esquerda e escroto. Área próxima ao ânus, com drenagem de secreção purulenta de odor fétido e necrose tecidual. Diagnosticado com gangrena de Fournier, iniciada antibioticoterapia e encaminhado para tratamento cirúrgico. Desbridamento amplo de região perineal e bolsa escrotal. Identificada perfuração de reto baixo com comprometimento esfíncteriano. Optado pela realização de transversostomia em alça em mesmo tempo cirúrgico. Paciente evoluiu com melhora progressiva da ferida e controle da infecção.

Discussão: O paciente do caso apresenta história típica e alguns dos principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença, como diabetes mellitus e abscesso perianal. A antibioticoterapia e o desbridamento cirúrgico foram realizados precocemente, no momento da admissão, já que a doença apresenta evolução rápida e grave. Durante o intraoperatório optou-se pela realização da transversostomia. Na maioria dos casos, a colostomia não está indicada, tendo em vista as complicações inerentes a sua confecção (isquemia, infecção e evisceração) e o aumento da mortalidade nestes pacientes. Todavia, a presença de lesão esfíncteriana, extensão da área de necrose perineal e perfuração retal são indicações presentes na literatura para minimizar a contaminação fecal da ferida.

Conclusão: A ostomia está associada a maior mortalidade e permanência hospitalar. Entretanto, tal constatação pode