

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