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 epitelizada 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 13a 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 *Schistossoma mansoni* viáveis e calcificados em trajeto de fístula e em pele adjacente. Aesquistossomose 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 diarréia. Em casos graves, ulceração crônica do cólon.Iniciado tratamento com oxamniquina 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 *Schistossoma 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 esfincteriano. 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 esfincteriana, 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

estar enviesada, por ser indicada nos doentes com pior prognóstico e lesões mais extensas.

https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.105

P184

GRANULOMA POR FÍSTULA ANAL MIMETIZANDO LESÕES TUMORAIS: RELATO DE CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

Izabella Cristina Cristo Cunha[a,b], Izabella Cristina Cristo Cunha[a,b]

[a] *COLIC, São Paulo, SP, Brasil*
[b] *Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, SP, Brasil*

Introdução: Lesões tumorais em região perianal são sempre de caráter preocupante, visto o possível diagnóstico de malignidade e potencial de ressecabilidade podem ocasionar distúrbios da continência.

Objetivo: Apresentar 02 casos de pacientes com diagnóstico de fístula anal com áreas de granulomatose com aspecto pseudotumoral, bem como revisar os principais diagnósticos diferenciais.

Caso 1: 32 anos, história pessoal de fístula perianal. Proctológico: nodulação extensa de 6 x 8 cm em quadrante anterolateral direito a 20 cm da borda anal estendendo-se para região perineal entre períneo e base de bolsa escrotal. A ressecção primária, com lesão granulomatosa extensa a 16 cm da BA com 8,5 x 6,5 cm, aproximadamente, pouco aderida à planos profundos, de característica pediculada, com trajeto retilíneo às 11 horas anterolateral direito desenvolvendo-se a partir de orifício interno às 9 horas. Optado por retalho de avanço lateral direito, realizado sem intercorrências. Fechamento e aproximação de ferida externa.

Caso 2: masculino, 68 anos, hematoquezia e saída de discreta e secreção em ânus. Ao exame: lesões elevadas em canal anal sem sinais de abscesso. Proctológico com canal anal de complacência e distensibilidade diminuídas às custas de discreta estenose. Presença de lesões elevadas sendo de características granulomatosas e comunicação subcutânea de 5 cm em região glútea posterior lateral direita, com trajeto fistuloso arciforme coincidente com orifício externo as 9 horas e orifício interno lateral direito bem definido a 2 cm da BA internamente. Realizada fistulectomia inicial com destelhamento deste trajeto e ressecção da maior lesão.

Discussão: Fístulas anorretais são comuns, acompanham frequentemente e orifícios e áreas com inflamação crônica. A formação de granulomas maiores pode aventar a suspeita de neoplasias ou doença inflamatória intestinal. Lesões granulomatosas gigantes são raras. Dentre lesões pseudotumorais benignas desta região, mais raramente podemos encontrar condilomas acuminados, tuberculose, tumores benignos de pele (fibromas, hamartomas). Muitos casos a ressecabilidade se faz necessária para o estabelecimento do diagnóstico primário, que pode estar fora da região anal.

Conclusão: As lesões pseudotumorais devem fazer parte do hall de diagnósticos diferencias do Proctologista. Avaliar a ressecabilidade com preservação esfincteriana faz-se fundamentas, visto a benignidade das lesões.

https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.106

P185

HEMORROIDOPEXIA MANUAL EM HEMORRÓIDAS GRAU III E IV

Antonio Lucas das Merces Filho, Claudia Rosali Esmeraldo Justo, Phabllo Rodrigo Santos de Brito, Paulo Mozart de Barros, Mauricio Jose de Matos e Silva, Daniella Tavares Pessoa, Anne Jamylle de Almeida Cabral

Hospital Barão de Lucena, Recife, PE, Brasil

O angiossarcoma é um tumor maligno cujas células mimetizam características morfológicas e funcionais do endotélio normal. São tumores agressivos de difícil determinação de margens cirúrgicas e com alta tendência a recorrência local e metástase. O angiossarcoma pós radioterapia apresenta-se como um fenômeno raro, com poucos casos na literatura. A maior frequência é em mulheres que se submeteram a radioterapia (Rtx) por câncer de mama. As lesões ocorrem no local irradiado, geralmente, 5 anos após o tratamento radioterápico. O tratamento visa a retirada completa da lesão, em bloco, associada ou não a quimioterapia (Qtx). Apresenta taxa de recidiva de 84% em 5 anos. As taxas de sobrevida em 5 anos, estão entre 10-35%. M.F.N.F., 65 anos, hipertensa e aplasia medular a 35 anos. Em uso de losartana e relato de transfusões em decorrência da patologia de base. Associa ao caso sorologias para Chagas e esquistossomose positiva. Apresentou diagnóstico de carcinoma espinocelular, estádio clínico III, em 1998, tratada com Rtx exclusiva, apresentando cura. Evoluiu com recidiva da lesão em 2012, sendo tratada com ressecção cirúrgica local e Rtx paliativa. Evolução com lesão ulcerada em hipogástrio, de aproximadamente 8 cm, com biópsia inconclusiva, em setembro de 2017. Apresentou imunohistoquímica compatível com angiossarcoma epitelióide. Iniciado Qtx, porém evoluiu com infecção importante da lesão ulcerada, cursando com óbito. Os sarcomas pós radioterapia correspondem de 0,5-5,5% de todos os sarcomas, sendo mais frequentes nos casos de tratamento do tumor de mama e linfomas, casos relacionados a Rtx no tratamento do tumor de canal anal são ainda mais raros. Cursam com uma latência entre 3-17 anos e ocorrendo, principalmente, após radiações entre 45-60 Gy, o que está de acordo com o caso relatado. Quando avaliada a idade de aparecimento da lesão, o caso se encontrar na faixa de pior prognóstico, maior que 60 anos. Apresenta melhor prognóstico quando diagnosticado precocemente ou se encontra nas extremidades. Desta forma, a lesão localizada no hipogástrio foi um fator que dificultou o prognóstico. Apesar da cirurgia ser a principal forma de tratamento, a paciente do estudo teve sua lesão tida como inoperável, piorando o prognóstico. Quanto ao tratamento proposto, Qtx isolada, não apresentou influência na sobrevida. Sarcoma induzido por Rtx é uma lesão rara, porém sempre deve ser lembrada para um diagnóstico