

P197

**ANGIOMIOFIBROBLASTOMA PERINEAL:
RELATO DE CASO**

Eduardo Brambilla, Alesandra Bassani,
Leticia Sarmanho, Floriano Riva Neto, Marcos
Antonio Dal Ponte, Diego Vitor Barbosa
Fernandes

Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do
Sul, RS, Brasil

Introdução: Tumores e hérnias perineais são tidas na literatura como patologias pouco comuns, que podem ser causas de dor pélvica ou abaulamento, muitas vezes com diagnóstico diferencial cirúrgico.

Descrição do caso: Paciente masculino, 66 anos, com história de dor perineal com início em janeiro de 2017. Iniciou investigação com ecografia, que identificou abscesso em região glútea à direita, tratado com antibiótico por sete dias sem melhora. Na ocasião realizou tomografia computadorizada, com achado de coleção perineal até a fossa ísquio-anal. Foi procedida drenagem perianal pela equipe da cirurgia geral e, sem melhora, foi encaminhado ao nosso serviço para avaliação proctológica. Foi submetido à exploração cirúrgica em fevereiro de 2017, quando identificou-se hérnia perineal. O anatomopatológico do saco herniário apontou tecido conjuntivo fibroso com inflamação aguda supurativa. Seguiu acompanhamento ambulatorial, persistindo com dor pélvica e protrusão de massa perianal. Realizou ressonância magnética de pelve, que mostrou formação expansiva em região glútea direita, interrogando a possibilidade de hérnia perineal ou abscesso organizado. Então, em maio de 2018, foi submetido à nova exploração, com achado de tumor volumoso, angiomiofibroblastoma à histologia.

Discussão: Angiomiofibroblastomas são tumores raros, benignos, oriundos de células mesenquimais. São mais encontrados em mulheres, especialmente na região vulvar. Seu achado em homens causa controvérsia, podendo ser chamado por angiofibroma celular ou “angiomiofibroblastoma-like”. São descritos poucos casos, em geral envolvendo a bolsa escrotal e região inguinal, mas tumores perianais são muito raros. A história clínica mostra massa pélvica de crescimento lento com desconforto perineal associado. Exames de imagem como tomografia e ressonância podem contribuir para diagnósticos diferenciais, mas somente a ressecção confirma o diagnóstico. Uma questão importante é a distinção com angiomixoma agressivo, que tem prognóstico pior e pode cursar com metástases. Por isso e pelo risco de recorrência, orienta-se seguimento ao menos por dois anos pós-ressecção do angiomiofibroblastoma.

Conclusão: Angiomiofibroblastomas são tumores raros, que apresentam incidência menor ainda se tratando de região perianal e principalmente, sexo masculino. Seu diagnóstico é difícil, mas apresenta bom prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.120>

P198

**ANTIBIÓTICO PROFILAXIA EM CIRURGIA
COLORRETAL – ESTUDO PROSPECTIVO DE
CASOS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Renan Cesar Zanon Teixeira, Karla de Oliveira
Araújo, Fang Chia Bin, Thiago Silveira
Manziona, Adriana Weinfeld Massaia, Luiza
Mello Ayres Morgado

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São
Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Avaliar a eficácia da antibióticoprofilaxia em cirurgias colorretais, classificadas como potencialmente contaminadas, na prevenção de infecções de sítio cirúrgico (ISC) e sua duração, segura e eficaz, no período de 24 h vs 05 dias.

Método: Ensaio clínico randomizado, não duplo-cego, dividido em 02 grupos de estudos prospectivos (24 h vs. 5 dias), com duração de 07 meses.

Elaboração de ficha de controle pré/peri-operatória: relatório cirúrgico; classificação de contaminação cirúrgica – grau I [contaminação leve – abertura de víscera sem extravasamento de conteúdo fecal para cavidade], grau II [contaminação moderada com necessidade de lavagem de cavidade], grau III [contaminação grave e com resquícios após lavagem de cavidade]; controle das complicações cirúrgicas precoces e tardias; fatores de risco; CTI no pós-operatório; padronização do espectro antimicrobiano (Ceftriaxone e Metronidazol ou Clindamicina); avaliação do grau nutricional do paciente; elaboração de ficha de controle ambulatorial: seguimento ambulatorial padronizado 15 dias pós-alta hospitalar e 1 mês pós-operatório (avaliação da ferida operatória e avaliação do paciente). Elaboração de termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) com explicação do protocolo de pesquisa, seguimento e suporte ao paciente.

Resultados: A partir da avaliação dos 50 pacientes, 11 foram incluídos nos critérios de exclusão, dos demais 39 restantes, todos apresentaram seguimento ambulatorial no pós-operatório, durante um período de 01 mês com preenchimento do check-list de avaliação ISC pelo mesmo profissional responsável pela pesquisa clínica. Do total de 39 pacientes avaliados, 10 casos apresentaram infecção do sítio cirúrgico (25,64%), sendo apenas 1 com presença de infecção de incisão primária profunda acometendo fáscia muscular e 2 houveram necessidade de inclusão de antibiótico terapia. Dos 22 pacientes que foram incluídos no protocolo de antibiótico profilaxia para 24 h, 7 apresentaram ISC, possuindo uma taxa de infecção 31,81%. Em contrapartida, dos 17 pacientes restantes submetidos a 5 dias de antibiótico, apenas 3 apresentaram ISC com uma taxa de 17,64%.

Conclusão: O uso prolongado de antibióticoprofilaxia em pacientes submetidos a cirurgia colorretal foi fator protetor na prevenção de ISC, devendo levar em consideração o alto índice de infecção decorrente ao perfil sócio-econômico da população estudada e eventualmente o perfil hospitalar (SUS).

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.121>