

ocorrência de dois ou mais tumores primários em órgãos diferentes em um mesmo indivíduo sugere importantes indicadores de alto risco e da possível presença de mutações que predisõem tanto o CCR quanto o CPNPC.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.123>

P200

COLITE ISQUÊMICA ASSOCIADA A GIST DE DELGADO



Leonardo Machado de Oliveira, Gediel Teixeira Xavier

Hospital Evangelico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil

Objetivo: relatar um caso de colite isquêmica associado a um tumor estromal gastrointestinal (GIST) de intestino delgado em um paciente residente no município de Cachoeiro de Itapemirim ES, ano de 2017.

Método: As informações foram obtidas através de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

Considerações finais: O caso relatado contraposto com a literatura acerca da doença em questão, mostra uma apresentação inicial de colite isquêmica que levou ao diagnóstico secundário de GIST de intestino delgado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.124>

P201

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL COMO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EM PACIENTE SUBMETIDA A HEMORROIDECTOMIA



Mariane Christina Savio, Fernanda Letícia Cavalcante Miaci, Norton Luiz Nóbrega, Maria Cristina Sartor, Antonio Baldin Júnior, Marssoni Deconto Rossoni, Antonio Sérgio Brenner

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A neoplasia intraepitelial anal (NIA) parece ter forte associação com o vírus HPV e é possivelmente a lesão precursora do carcinoma anal. Seu diagnóstico é histológico, sendo realizado através da coloscopia e citologia anal, que vem sendo realizada em alguns centros para rastreamento especialmente de populações de alto risco (como os imunossuprimidos e portadores do vírus HIV). Este diagnóstico pode também, raramente, advir do estudo histopatológico de peças cirúrgicas provenientes do canal anal. Nosso objetivo é relatar um caso de diagnóstico histológico de NIA em paciente submetida a hemorroidectomia.

Descrição do caso: Paciente feminina, 47 anos, advogada, veio ao ambulatório de Coloproctologia por queixa de abaulamento perianal doloroso e sangramento retal frequente, vivo, há mais de 1 ano. Previamente hígida, negava cirurgias

prévias. Ao exame, a paciente apresentava plicomas e hemorroidas externas volumosas, circunferenciais e hemorroidas internas grau IV. Não haviam outras lesões macroscópicas e a paciente não possuía histórico de quaisquer lesões verrucosas perianais e/ou ginecológicas. Negava histórico de neoplasias ginecológicas. Citologia do colo uterino realizada periodicamente e sem alterações. A paciente foi submetida a hemorroidectomia pela técnica de Ferguson – realizadas ressecções dos mamilos hemorroidários anterior direito, posterior direito e lateral esquerdo, sem intercorrências. Teve boa evolução pós-operatória e recebeu alta no pós-operatório imediato com orientações. O exame anatomopatológico das peças cirúrgicas evidenciou neoplasia intraepitelial associada ao tecido hemorroidário, com displasia de alto grau no epitélio escamoso de superfície.

Discussão e conclusão: Acredita-se que entre 8,5% e 13% das NIA de alto grau evoluirão para carcinoma invasivo, indicando necessidade de rastreamento e seguimento desses pacientes. O rastreamento ainda não está bem estabelecido e costuma ser reservado às populações consideradas de alto risco. Entretanto, este diagnóstico pode ocorrer incidentalmente, como no caso descrito, mesmo em populações sem fatores de risco. Desta maneira, destacamos a importância do envio para exame anatomopatológico de todas os produtos de ressecção hemorroidárias e das demais cirurgias orificiais, para que não haja atraso ou falha no diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.125>

P202

OBSTRUÇÃO DA FLEXURA ESPLÊNICA DO CÓLON POR NEOPLASIA MALIGNA DE CAUDA DO PÂNCREAS



Mabel Cristhina Rodrigues da Silveira, Margarida Maria Fernandes da Silva Moraes, Daniel Ferracioli Brandão, Marley Ribeiro Feitosa, Ragério Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: As neoplasias malignas da cauda do pâncreas são pouco sintomáticas e, se diagnosticadas tardiamente, possuem prognóstico oncológico ruim. O objetivo do estudo é relatar apresentação rara de câncer de pâncreas, que evoluiu para obstrução colônica por invasão da flexura esplênica.

Descrição do caso: Masculino, 69 anos, perda de peso significativa, inapetência, náuseas, dor abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. CEA e CA 19-9 normais. A Tomografia do abdome evidenciou espessamento de aspecto neoplásico da cauda do pâncreas com invasão do ângulo esplênico e linfadenopatia retroperitoneal. A Colonoscopia evidenciou lesão ulcerada e estenosante do ângulo esplênico, que impediu a progressão do aparelho. Submetido à cirurgia, onde se observou tumor da flexura esplênica aderido à cauda pancreática e baço. Realizado colectomia subtotal com íleo-sigmoide anastomose e ressecção em bloco da cauda pancreática e baço. O estudo anatomopatológico confirmou

o diagnóstico de adenocarcinoma pancreático. Recebeu alta após recuperação completa.

Discussão: As lesões de cauda de pâncreas podem ser assintomáticas até que atinjam maiores proporções. A dor abdominal devido obstrução do intestino grosso é rara. A tomografia é importante para o diagnóstico e as taxas de sensibilidade e especificidade CA 19-9 variam de 70-92% e 68-92%, respectivamente. A cirurgia é o tratamento de escolha e a mortalidade associada a grandes ressecções é alta.

Conclusão: Apesar de atípico, o câncer de cauda de pâncreas pode se manifestar como obstrução intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.126>

P203

PERFURAÇÃO DE SIGMOIDE EM PACIENTE PSQUIÁTRICA POR INGESTÃO DE MÚLTIPLOS CORPOS ESTRANHOS: RELATO DE CASO

Alberto Vilar Trindade^{a,b}, Amanda Cristina de Souza^{a,b}, Ana Luiza Alves Nicoletti^{a,b}, Ana Carolina Gomes Siqueira^{a,b}, Letícia Reis Kalume^{a,b}, Jéssica Danicki Prado Fernandes^{a,b}, Gabriela Mendonça Vilar Trindade^{a,b}

^a Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, DF, Brasil

^b Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) costuma ser involuntária, em adultos, podendo ser voluntária em indivíduos com doenças psiquiátricas e em crianças. O CE, ao percorrer o esôfago, em 80 a 90% dos casos se resolvem espontaneamente e 10 a 20% impactam em algum segmento do trato gastrointestinal exigindo alguma intervenção.

Descrição de caso: C.G.J., feminino, 35 anos, doméstica, deu entrada no Pronto Socorro com dor abdominal difusa, de forte intensidade e com duração de 4 horas. Tinha diagnóstico (dx) de esquizofrenia e teve dificuldade em responder às perguntas da anamnese, mas estava acompanhada da irmã. O exame físico mostrou um bom estado geral, facies e atitude de grande ansiedade, afebril, taquicárdica e taquipneica, com sinais de irritação peritoneal difusa. Uma rotina radiológica para abdome agudo mostrou a presença de pneumoperitônio e alguns objetos metálicos em topografia de fossa ilíaca esquerda, tendo-se o dx de perfuração intestinal. Paciente revelou que havia ingerido vários objetos metálicos numa tentativa de suicídio. Após laparotomia exploratória, evidenciou-se perfuração de colo sigmoide provocada por um objeto metálico pontiagudo que veio do lúmen da alça intestinal em direção à cavidade peritoneal. Devido uma contaminação fecal no local da perfuração optou-se pela extensão da lesão colônica, retirada de dez objetos metálicos entre pedaço de garfo, pinças, grampos de cabelo e moedas, lavagem da cavidade e exteriorização da lesão na forma de uma colostomia em alça. A paciente teve alta após quatro dias de internação com a marcação de consultas ambulatoriais para o posterior fechamento da colostomia.



Discussão e conclusão: A maioria dos CE geram apenas desconforto sem maiores complicações e, na investigação diagnóstica, são radiopacos na radiografia. Os CE costumam ficar impactados nas duas constrições esofágicas, no piloro, na segunda e na terceira porções do duodeno, no ângulo de Treitz e na válvula ileocecal. Os CE maiores do que 6,5 cm e os pontiagudos são os que mais comumente causam perfuração. Dessa forma, apesar de a paciente ter ingerido múltiplos objetos e esses terem ultrapassado os principais obstáculos em que normalmente ocorrem os agravos, a perfuração ocorreu no sigmoide, mostrando a importância no seguimento de um paciente psiquiátrico e a necessidade de outros métodos diagnósticos para localizar todos os objetos e, assim, evitando as complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.127>

P204

PERITONIOSTOMIA NO TRATAMENTO DO ABDOME AGUDO COMPLICADO POR PERDA DE DOMICÍLIO DAS ALÇAS INTESTINAIS

Marley Ribeiro Feitosa, Josiane Harumi Cihoda Lopes, Fernanda Costa Pereira, Rogerio Serafim Parra, Antonio Balestrin Filho, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil



Introdução: A permanência do abdome aberto após intervenção cirúrgica (peritonostomia) é indicada em casos de peritonite difusa, quando não há controle completo da infecção, trauma abdominal, hemorragias intra-abdominais, isquemia mesentérica, pancreatite aguda grave e síndrome compartimental abdominal. O objetivo é relatar um caso de apendicite aguda complicada, que evoluiu com perda de domicílio, peritonostomia e múltiplas reabordagens.

Descrição do caso: Homem, 21 anos, no 48º pós-operatório de apendicite aguda grau IV. Sob cuidados de terapia intensiva e com obstrução intestinal. O abdome se encontrava em peritonostomia e as alças de delgado distendidas, com aderências firmes e perda de domicílio. Optado por reabordagem e realizado lise parcial das aderências do delgado para confecção de ileostomia em alça e jejunostomia descompressiva. O fechamento temporário da aponeurose foi feito com tela ventral de dupla face (polipropileno/e-PTFE). Pele e subcutâneo foram mantidos abertos. Houve necessidade de múltiplas revisões e remoção da tela por contaminação após 15 dias. Recebeu alta para enfermaria no 77º dia de internação. Evoluiu com fístula enterocutânea no 123º dia de internação hospitalar, sendo submetido à rafia e novas revisões. Permaneceu internado por 8 meses e recebeu alta hospitalar com fístula enterocutânea de baixo débito com necessidade de 3 curativos diários, ileostomia em alça funcionante, com boa aceitação da dieta e deambulando. Manteve seguimento ambulatorial com fechamento da fístula enterocutânea e reconstrução do trânsito intestinal.