

Discussão: A peritonostomia esta associada complicações como: fístulas entéricas, abscessos abdominais, evisceração com perda de domicílio e hérnias abdominais. O fechamento do abdome deve ser feito o mais breve possível. A taxa de mortalidade é elevada e depende de diversos fatores, como comorbidades e gravidade da condição que o levou à peritonostomia. Há várias técnicas de fechamento temporário do abdome e as mais realizadas envolvem o uso de compressas ou telas, com ou sem pressão negativa. Os fatores preditores para fechamento tardio são: nutrição enteral, disfunção orgânica, infecção local ou sistêmica, número de reintervenções e aparecimento de fístulas.

Conclusão: A peritonostomia pode ser utilizada de forma temporária nas catástrofes abdominais e a recuperação dos pacientes requer empenho da equipe cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.128>

P205

PROPEDEÚTICA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Marlise Mello Cerato Michaelson, Ruy Takashi Koshimizu, Rafael Dienstmann Dutra Vila, Patricia da Silva Passos, Karine Sabrina Bonamigo, Kamyla Griebeler Valentini, Rosana de Nale

Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Avaliar a prevalência, o manejo e o desfecho dos casos de hemorragia digestiva baixa (HDB) em um serviço de coloproctologia.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo e quantitativo através da revisão dos prontuários eletrônicos (Tasy) dos pacientes admitidos pelo serviço, via emergência, com CID 10: K92.2 e idade > 18 anos, de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Foram excluídos pacientes com dados insuficientes nos prontuários. As variáveis avaliadas foram idade, sexo, comorbidades, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e desfecho.

Resultados: Foram incluídos 65 pacientes. A idade média foi de 78,3 anos, 56,9% do sexo feminino. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (63,07%) e diabetes mellitus (33,84%). O uso de antiagregantes plaquetários foi identificado em 43,08% dos pacientes. O uso de anticoagulantes foi menos comum (4,61% de rivaroxaban e 1,53% de varfarina sódica), assim como de anti-inflamatórios não esteroidais (3,07%). 60% dos pacientes foram submetidos à endoscopia digestiva alta (EDA) e em 92,3% destes não foram identificados achados relacionados a sangramento. Em 2,56% foi identificada angiodisplasia, em 2,56% úlceras ativas e em 2,56% varizes esofágicas, porém sem sinais de sangramento ativo ou recente. 66,16% dos pacientes também foram submetidos à colonoscopia, sendo identificados divertículos em 81,9% e pólipos colorretais em 34,88%. A origem provável do sangramento foi atribuída a divertículos em 64,61% dos pacientes, à colite inespecífica em 4,61%, à colite isquêmica em 4,61%, à patologia orifical em 4,61% e a polipectomia prévia em 4,61%. 6,15% teve boa resposta ao manejo conservador. Os pacientes com colite receberam, também, antibioticoterapia.

Dois pacientes (3,07%) foram submetidos à cirurgia por sangramento associado a choque hipovolêmico, ambos com resolução após o procedimento. Um paciente foi a óbito por choque hipovolêmico refratário às medidas instituídas, perfazendo uma mortalidade de 1,53%.

Conclusão: Os dados levantados nesse estudo são compatíveis com os da literatura existente. A origem mais comum da HDB foi diverticular. A maioria dos pacientes foi submetida à EDA e colonoscopia. Não foi identificada origem alta de sangramento, sugerindo que a EDA deva ser reservada apenas para os casos que possuam indicação precisa da mesma. A quase totalidade dos pacientes respondeu bem ao manejo conservador, sem necessidade de intervenção cirúrgica e houve apenas um caso de óbito.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.129>

P206

SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK: RELATO DE CASO DE SÍNDROME POTENCIALMENTE FATAL COM TRATAMENTO VIA ENDOSCÓPICA

Karina Luiza Zimmermann, Jaime Fontanelli Freitas, Janaira Lunkes, Roberta Heloisa Martinelli Fischer

Hospital Municipal São José, Joinville, SC, Brasil

Introdução: Síndrome McKittrick-Wheelock é conhecida por distúrbio hidroeletrólítico, diarreia crônica e insuficiência renal aguda, na presença de pólipos adenomatosos com atividade secretora. Tratamento inicial é estabilização do paciente, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, volemicos e função renal com posterior ressecção do tumor.

Relatamos caso: Paciente feminino, 89 anos, diabética, hipertensa e dislipidêmica, trazida à emergência, queda do estado geral e diarreia crônica. Adenoma viloso reto aguardando cirurgia. Taquicárdica, hipotensa, desidratada, tempo de enchimento capilar lentificado. Potássio de 6,4; creatinina 4,59; ureia 252; sódio 135; gasometria com acidez metabólica. Tomografia abdome conteúdo denso, sólido no reto distal. Tratamento com hidratação vigorosa, correção hidroeletrólítica e ácido-base. Após manejos, mantinha diarreia e distúrbio hidroeletrólítico. Colonoscopia com lesão em reto distal, 5 cm, ocupando 50% da luz intestinal, tipo adenomatoso. Ressecada lesão via endoscópica, cessando quadro clínico e laboratorial. Seguimento ambulatorial, assintomática.

Discussão: Grande maioria dos pólipos são assintomáticos, porém 3% tem características secretivas. O gradiente de sódio secretado resulta em diarreia intensa de difícil manejo, pois esses pólipos tem localização baixa e há pouca mucosa colônica saudável para reabsorção. O tamanho do pólipo e localização determinam a gravidade dos sintomas, podendo ser adenomatosos, neuroendócrinos e adenocarcinomas. Há 50 casos descritos, os quais tem incidência similar entre sexos, idade média 65 anos e tempo médio dos sintomas 2,5 anos. Maioria dos casos reportados tinham insuficiência renal aguda não dialítica. Paciente admitida em UTI com sinais de hipovolemia e insuficiência renal pre-renal, realizou medidas de hidratação sem diálise, porém mantendo distúrbios.



O manejo consiste em tratar a clínica e ressecar a lesão: cirurgia ou colonoscopia. Para aqueles sem condições ou que recusam, propõe-se tratamento com inibidores COX-2 ou análogos da somatostatina. No caso, optou-se pelo tratamento endoscópico devido ao alto risco cirúrgico. Após mucosectomia com margens livres, a paciente não apresentou novos episódios diarreicos e os distúrbios foram corrigidos facilmente.

Conclusão: Embora rara, a Síndrome de Mckittrick-Wheelock é diagnóstico diferencial importante para pacientes com diarreia crônica, insuficiência renal e distúrbios hidroeletrólitos. O diagnóstico pode salvar uma vida e após resolução, mudar a qualidade de vida do doente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.130>

P207

SUBOCCLUSÃO INTESTINAL CAUSADA POR STUMP UTERINO GIGANTE



Juliana Rampazzo Buemerad, Josiane Harumi Cihoda Lopes, Juliana Mamede Miranda, Marley Ribeiro Feitosa, Rogério Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

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

Introdução: O tumor uterino de músculo liso com potencial maligno indeterminado (STUMP) apresenta-se como uma massa de crescimento progressivo. Deve ser considerado como tumor de potencial maligno, já que possui risco de metástases. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de subocclusão intestinal causado por STUMP uterino gigante.

Descrição do caso: Mulher, 38 anos. Há 08 meses, com distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa, em cólica e constipação intestinal. Solicitado avaliação de urgência por piora da dor abdominal associada a vômitos e parada de eliminação de fezes. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, no entanto, chamava atenção o emagrecimento da paciente e o grande abaulamento do abdome, que se encontrava endurecido, difusamente doloroso, porém sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais evidenciaram apenas anemia. As tomografias de abdome e pelve demonstraram extensa massa heterogênea, que ocupava todo o abdome e deslocava as alças intestinais para o hipocôndrio esquerdo medindo 34,3 x 12,0 x 25,3 cm. Optou-se por laparotomia exploradora onde se diagnosticou extensa lesão parauterina à direita ocupando a cavidade peritoneal, sem invasão de outras estruturas, que se assemelhava a um mioma uterino pediculado, e que foi removida completamente. O estudo anatomopatológico mostrou quadro morfológico sugestivo de tumor muscular liso de potencial maligno incerto (STUMP). Optado por manter útero devido desejo de reprodução. Mantém seguimento em conjunto com a equipe de ginecologia, sem sinais de recidiva nos primeiros 12 meses.

Discussão: A histerectomia total é considerada o melhor tratamento para esses tumores, entretanto se a paciente tem o desejo de engravidar e está ciente do risco de recorrência

da patologia e do seguimento rigoroso no pós-operatório, é possível preservação uterina. Os casos de preservação uterina deverão ser seguidos a cada seis meses, com exame físico, ultrassonografia transvaginal e tomografia de tórax, abdome e pelve, por cinco anos.

Conclusão: A histerectomia com ressecção tumoral é o tratamento padrão do STUMP uterino. Em mulheres em idade fértil, com desejo de engravidar, admite-se a preservação uterina desde que seja garantido seguimento rigoroso, devido risco de recidiva local e à distância.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.131>

P208

TERATOMA MADURO SACRAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Eduardo Brambilla, Alesandra Bassani, Marcos Antonio Dal Ponte

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

Introdução: Os tumores pré-sacrais podem ser classificados em diversas categorias, congênitos, neurogênicos, ósseos e mistos, dependendo da origem embriológica. Podem assumir quadros clínicos variados e sua importância se dá pelos sintomas associados e pelo risco de malignidade.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 37 anos, com queixa de constipação e dor pélvica crônica. Ao toque retal palpava-se massa retrorretal com deslocamento anterolateral do reto. Achado que foi melhor avaliado pela ressonância magnética nuclear: massa cística pré-sacral. Foi submetida à ressecção da lesão via períneo posterior, com ressecção do cóccix. A análise histológica identificou um teratoma maduro. Evoluiu com melhora dos sintomas e atualmente segue acompanhamento pós-operatório.

Discussão: Tumores pré-sacrais são raros, podendo alcançar incidência de um caso a cada 40.000 internações hospitalares. O espaço pré-sacral abrange tecidos germinativos complexos, importantes no desenvolvimento embriológico, assim, células totipotentes podem ser identificadas. Os teratomas sacrococcigeos são incluídos nos tumores pré-sacrais, sendo originados das células germinativas multipotentes. O termo teratoma vem do grego “teras” que significa deformado ou monstro e “oma”, tumor. São encontrados mais frequentemente na infância, em associação com outras anomalias anorretais, vertebrais e do trato urinário, sendo achado menos comum em adultos. Ocorre prevalência no sexo feminino (4:1), com um caso a cada 30.000 nascimentos. O quadro clínico encontrado em adultos é associado à massa compressiva pélvica, que pode cursar com sintomas indolentes, com dor pélvica crônica, alterações intestinais, incontinência urinária e varizes de membros inferiores. Podem ser divididos conforme a diferenciação celular (maduros ou imaturos), ou, ainda, conforme sua localização, pélvica ou extrapélvica, sendo tipos III e IV (intrapélvicos) os mais comuns do adulto. O tratamento em geral é cirúrgico, com cuidadoso planejamento, já que a localização envolve estruturas vasculares e nervosas importantes. Os teratomas apresentam bom prog-