

inflamatório vigente, terapia com imunossuppressores e biológicos e risco populacional geral. O desenvolvimento de TCG associado à doença inflamatória intestinal é extremamente raro. Não encontramos na literatura associação desta neoplasia com RCU. O TCG poderia ser decorrente do potencial neoplásico da doença inflamatória intestinal ou do tratamento imunossupressor, porém não temos estudos suficientes para afirmar tal correlação. Conclusão: Os tumores das células granulares são entidades raras. No geral apresentam curso benigno e a maioria das lesões são passíveis de ressecção endoscópica. O diagnóstico preciso é importante para evitar condutas equivocadas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.017>

531

Fístula colovesical, origem complexa

A.F.S. Takahashi^a, L.R.C. Barruci^a, I.R.B. Orso^b, D.M.R. Lima^b, G. Kurachi^b, R. Nitsche^b, U.E. Sagae^b

^a Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Área: Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar caso de fístula colovesical (FCV) de causa complexa com origem determinada por anatomopatológico.

Descrição do caso: Paciente masculino, 43 anos, branco. Queixa-se de dor abdominal, obstipação e emagrecimento de 12 kg há 8 meses. Relata piora da dor abdominal e náusea procurando pronto atendimento. Realizado tomografia computadorizada (TC) demonstrando processo inflamatório de cólon esquerdo associado a divertículo e borramento de gordura. Submetido ao tratamento com Ciprofloxacino e Mesalazina por 30 dias, com melhora parcial relatando cólicas e obstipação. Após 2 meses apresentou pneumatúria, e nova TC demonstrou FCV, dilatação intestinal e coprostase. Encaminhado retossigmoidectomia laparoscópica cujo diagnóstico intraoperatório identificou bloqueio pélvico com fístula sigmoide-vesical e gânglios em raiz da artéria mesentérica inferior. Realizado colectomia clássica com linfadenectomia e na avaliação da peça cirúrgica constatou tratar-se de um câncer de sigmoide fistulizado para bexiga, foi ampliada a cirurgia com cistectomia parcial. O anatomopatológico constatou fístula, adenocarcinoma de sigmoide e doença de Crohn. Foram identificados 52 linfonodos na peça cirúrgica livre de neoplasia, cuja conclusão foi de adenocarcinoma de sigmoide, grau II e tipo tubular. Margens livres e distante da cirurgia 24 cm e aproximadamente 22 cm distal. Há sinais de severa estenose e dilatação intestinal a montante da bexiga com doença inflamatória sem neoplasia com trajeto fistuloso. Presença de sinais histológicos preditivo de instabilidade de microssatélites: reação inflamatória de doença de Crohn-like.



Discussão: A fístula enterovesical compõem cerca de 80% das fístulas urogenitais. A principal causa de FCV é a doença diverticular de sigmoide responsável por cerca de 2/3 dos casos, seguida de neoplasia e doença de Crohn. A incidência de fístula é cerca de três vezes maior em homens do que em mulheres devido a interposição do útero entre colón sigmoide e bexiga. Não existem critérios diagnósticos de FCV. O diagnóstico baseia-se nos sintomas de pneumatúria e fecalúria em 41%-85% e achados de ar livre na bexiga nos exames de imagem. O relato tem valor devido à dificuldade no diagnóstico porque era um jovem com neoplasia, história clínica pobre para doença de Crohn e no exame radiológico sugeriu como primeira suspeita a diverticulite e na segunda tomografia a doença diverticular complicada com fístula colovesical, mas com o tratamento cirúrgico e estudo anatomopatológico demonstrou se tratar de uma doença inflamatória que evoluiu para neoplasia, com sub-oclusão e fístula colovesical.

Conclusão: As FCV possuem diversas causas e requerem investigações minuciosas. Este caso tem valor científico devido associação de doenças e sucessão de eventos que levaram a FCV. O diagnóstico final, pelo anatomopatológico trata-se de uma doença inflamatória crônica com evolução para neoplasia, com perfuração bloqueada pela bexiga e evolução para fístula.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.018>

532

Tratamento ambulatorial de doença diverticular dos cólons

A.L. Marinho^a, S.F. Malheiros^a, L.A. Benjamin^a, J.M. Pontes^a, A.H. Sudário Oliveira^a, M.I. Leite Granjeiro^a, W.P. da Silva^b

^a Serviço de Coloproctologia, Hospital Santa Isabel, João Pessoa, PB, Brasil

^b Hospital Santa Isabel, João Pessoa, PB, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Pesquisa básica

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Este trabalho visa demonstrar o resultado do tratamento de 44 pacientes portadores de Diverticulose, de Doença Diverticular dos Cólon (DDC) e Diverticulite, atendidos em ambulatório do HMSI.

Método: Foi realizado estudo retrospectivo em 44 prontuários de pacientes portadores de DDC. O levantamento levou em consideração a idade, sexo, cor, os principais sintomas, os exames e tratamentos realizados. Quanto a cor, 23 (52,3%) pacientes eram brancos, 18 (40,9%) pardos e 2 (4,8%) negros. Referente ao sexo, 18 (40,9%) eram masculinos e 26 (59,1%) femininos. Entre 48 a 69 anos foram encontrados 33 (75,0%) pacientes e acima de 70 anos 11 (25,0%) pessoas. Nesta amostragem, 18 pacientes sem sintomas no abdome, que foram submetidos a colonoscopia devido a hematoquesia ou para rastreamento do câncer colorretal, tiveram como achado divertículos colônicos (Diverticulose). Apresentando sintomas abdominal foram encontrados 26 casos, sendo 12 com Doença Diverticular e 14 com diverticulite. Quanto a distribuição dos divertículos nos cólons, 19 (43,2%) tinham Doença Diverticu-

