

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.142>

384

### Retalho de martius para correção de fístula retovaginal - relato de caso

M.V.P. Silvino<sup>a</sup>, F.B. Beraldo<sup>a</sup>, A.N. Luz<sup>a</sup>,  
I.R.M.A. de Lima<sup>a</sup>, A.K.N. Hamai<sup>a</sup>, L.  
Zancan<sup>b</sup>, V.C.S. Soares<sup>a</sup>, P.S. Rahe<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Assistência Médica ao Servidor  
Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São  
Paulo, SP, Brasil

**Área:** Doenças Anorretais Benignas

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar um caso de tratamento de fístula retovaginal.

**Introdução:** Fístula retovaginal é uma comunicação, anormal, entre o reto e a vagina. Os fatores de risco são partos vaginais prolongados e traumáticos, enfermidades inflamatórias que acometem a região anal. Sendo que o trauma obstétrico seguido pela DC estão entre as principais responsáveis pelo desenvolvimento das FRV. As FRV podem ser dividida em simples, na qual possui diâmetro menor que 2,5 cm, de etiologia traumática ou infecciosa e sua topografia é baixa no canal anal. Já as FRV complexas são ditas altas, apresentam diâmetro maior que 2,5 cm e possuem etiologia inflamatória, radiação local e neoplasias. As recidivadas também são ditas complexas. Quadro clínico de corrimento vaginal anormal e fetido, prurido retal e vaginal, dispaneuрия, dor perianal, além da saída de muco, ar e fezes pelo canal vaginal recorrente. O diagnóstico normalmente é realizado pela história clínica e exame físico. Quando o diagnóstico definitivo é duvidoso, pode-se usar exames complementares como colonoscopia, Tomografia computadorizada de pelve, Ressonância Nuclear Magnética, fistulografia, teste de tampão com azul de metileno e Ultrassom transretal.

**Descrição do caso:** M.H.S.C., feminino, 72 anos, admitida no HSPE - São Paulo, com queixa de quadros de ITU de repetição há 2 anos, por fístula retovaginal diagnosticada durante o exame ginecológico. Ao exame especular, apresentava colo atrofico, sem lesões visíveis, com presença de fezes no canal vaginal. TC de pelve foi evidenciou fístula retovaginal e colonoscopia demonstrou presença de orifício de trajeto fistuloso, lesão elevada com 7 mm em cólon ascendente e pólipó sés-sil de 5 mm em cólon sigmoide optado uma cirurgia eletiva para correção de fístula retovaginal pela técnica de Martius. Boa evolução no pós operatório, alta hospitalar após o 3º dia, acompanhada em regime ambulatorial, com ótimo resultado e sem queixas.

**Discussão:** A abordagem cirúrgica ainda é melhor escolha e fator significativo ( $p < 0,001$ ) para pacientes com FVR, como demonstra um estudo retrospectivo, que avaliou o tratamento tanto conservador quanto cirúrgico em 397 pacientes, dos quais 56 (14,1%) optaram pelo tratamento conservador, sendo que 40 (71,4%) deles tiveram melhora de sintomas e os 341 pacientes (85,9%) restantes, foram submetidos a tratamento cirúrgico. Deles, 304 (89,1%) tiveram cura ou melhora dos sin-



tomas. Altas taxas de cura são relatadas em alguns grupos de pacientes selecionados. Um estudo retrospectivo realizado por S. Pitel et al. (2011) avaliou 20 pacientes com questionamento clínico sobre a existência de sintomatologia como fezes na vagina, flatulência ou relações sexuais, o estudo mostrou que houve melhora da incontinência e sintomatologia após o tratamento cirúrgico

**Conclusão:** Retalho de Martius é uma excelente escolha para o tratamento da fístula retovaginal e obtendo ótimos resultados a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.143>

640

### Fator de prognóstico e apresentação atípica de tumor neuroendócrino de íleo terminal

M.W.S. Justino, C.C. Stanzani, L.G.C.  
Romagnolo, M.C. Neto, F.D. Diniz, M.V.A.  
Denadai, C.A.R. Veo

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

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

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar casos de tumor carcinoide ileal, a fim de informar sobre sua abordagem diagnóstica e enfatizar a importância da inclusão em diagnósticos diferenciais e seus fatores prognósticos.

**Descrição do caso:** Caso 1: 67 anos, masculino, apresentando cólicas abdominais, intermitente, localizado principalmente em abdome inferior há 1 ano, evoluindo com alteração de hábito intestinal e evacuação diarreica. Negava perda ponderal. Submetido a laparotomia exploratória em urgência por abdome agudo obstrutivo, identificado lesão tumoral em íleo terminal, cólon direito e metástase hepática. Diante dos achados, realizado colectomia direita ampliada, omentectomia, colecistectomia e ressecção de metástase hepática de segmento VII. Resultado de anatomopatológico e imuno-histoquímica confirmou tumor neuroendócrino grau 1, infiltrando até tecido adiposo subseroso, medindo 7 cm, com Ki67 positivo (1%), Sinaptofisina e Cromogranina A positivos, margens cirúrgicas livres e ausência de metástase em linfonodos isolados. Evoluindo em pós operatório estável e em acompanhamento ambulatorial há 3 anos com exames de Cromogranina A normais e cintilografia com análogo de somatostatina sem evidências de lesões ou sinais de recidiva tumoral. Caso 2: 37 anos, feminino, apresentando há 1 ano, dores abdominais em cólica, evoluindo com episódios recorrentes de hematoquezia. Negava doenças orificiais, perda ponderal ou demais sintomas associados. Investigação diagnóstica com colonoscopia, identificado lesão vegetante, friável e sangrante ao toque do aparelho, abrangendo 1/3 da luz intestinal em íleo terminal. Realizado biópsia, confirmando tumor neuroendócrino grau 1, com Ki67 positivo (1%). Submetida a Hemicolectomia direita Videolaparoscópica e resultado de anatomopatológico e imuno-histoquímica confirmando tumor neuroendócrino grau 1, infiltrando até serosa, medindo 2,3 x 2,0 x 1,0 cm, com Ki67 Negativo, sinaptofisina e cromo-

