

à 10% 500 mL + Bisacodil 10 mg. Exame realizado até íleo terminal sob boas condições de preparo (OTTAWA 3). Visualizado em sigmoide (a 30 cm da borda anal) pólipó pediculado (Paris 0-1p) de 2.0 cm. Realizado injeção de 02 mL de epinefrina (1:10.000) na base, no pedículo e na cabeça do pólipó e prosseguido com ressecção com alça diatérmica, durante retirada do aparelho. A anatomia patológica evidenciou adenoma tubular com displasia de baixo grau com margens livres, sendo orientado repetir colonoscopia em 3 anos.

Discussão e Conclusão(ões): Quanto maior o pólipó, maior o risco de perfuração ou sangramento. Para evitar essas complicações dispomos de algumas técnicas como: o uso do endoloop, o uso de endoclipse e a injeção de solução de adrenalina. A injeção de adrenalina diluída pode ser feita de 1:10.000 a 1:20.000, e deve ser aplicada no pedículo ou na base do pólipó antes da ressecção. Tem como objetivo promover uma vasoconstrição local, e um tamponamento momentâneo, diminuindo assim o sangramento pós-polipectomia. Fora isso, esta técnica pode reduzir o tamanho do pólipó, facilitando sua apreensão, retirada e tratamento. Sabe-se portanto, que a ressecção de pólipós grandes é mais propensa à sangramentos, e de solução de adrenalina é de fácil acesso, tem baixo custo e pode facilitar a ressecção completa do pólipó reduzindo complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.168>

660

Relato de caso: evisceração vaginal pós-histerectomia

V.D.C. Alves, Y.L. Cheng, T.C.U. Pereira, B.B.L. Mota

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Área: Doenças do assoalho pélvico/Fisiologia Intestinal e Anorretocólica

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Nesse trabalho, objetiva-se descrever um caso de evisceração pela vagina complicada com encarceramento e subsequente estrangulamento de alças de intestino delgado. Também visa-se a empreender revisão sobre a terapêutica empregada e os fatores de risco relacionados a essa condição.

Descrição do caso: Relatamos o caso de uma paciente de 72 anos com história de dor abdominal de forte intensidade, náuseas, vômitos e saída de alça intestinal pela vagina após tosse. paciente apresentava histerectomia abdominal há 15 anos. Foi realizada laparotomia exploradora com enterectomia segmentar devido comprometimento vascular do segmento de delgado e rafia da cúpula vaginal. Paciente recebeu alta hospitalar no 7º pós-operatório estável clinicamente e com melhora completa dos sintomas.

Discussão e Conclusão(ões): O primeiro caso de evisceração vaginal, foi relatado em 1864 por hyermaux e pode ser definida por uma extrusão do conteúdo intraperitonal por uma solução de continuidade da parede da vagina. A deiscência da cúpula vaginal após histerectomia total, seguida de evisceração transvaginal é uma complicação pós-operatória

bastante mórbida e rara com incidência variável entre 0,27% a 0,96% (entre as maiores séries de casos. É sabido que a infecção da cúpula diafragmática, traumas vaginais, tabagismo e distopias, dentre outras patologias, são fatores predisponentes. A ocorrência de tal patologia tem sido descrita em intervalos de 3 dias até 30 anos após o procedimento cirúrgico. O caso em questão ilustra adequadamente esses fatores de risco e a cronologia já estabelecida na literatura. No que diz respeito a medidas terapêuticas, estas quase que unanimemente serão cirúrgicas, tendo em vista o potencial de morbidade dessa condição.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.169>

405

Diagnóstico por cistoscopia de câncer colorretal com fístula colovesical

M. Aniceto, M.M.S. Craveiro, L.H.C. Saad, R.S. Hossne, A.B. Neto, C.A. Castro, D.M. Shiroma, F.d.S. Zambonini

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Botucatu, SP, 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 câncer colorretal com fístula colovesical diagnosticado por cistoscopia

Descrição do caso: M.R.K., 84 anos, feminina, hipertensa e diabética, com histerectomia há 20 anos, sem história familiar de neoplasia. Foi atendida no pronto atendimento com queixas de infecção urinária de repetição, astenia e perda de oito quilos em cinco meses. Referia alteração do hábito intestinal, alternando constipação e diarreia. Ao exame físico, estava descorada, emagrecida, abdome doloroso em hipogástrio. Toque vaginal com abaulamento endurecido em parede posterior e resíduos fecais. Toque retal com esfíncter hipotônico e abaulamento endurecido em parede anterior. Exames laboratoriais com anemia (Hb 7 g/dL), leucocitose (19.600), elevação de proteína C reativa e análise de urina infecciosa. Submetida a tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso identificando-se espessamento do cólon sigmoide, associado a massa heterogênea, de volume aproximado de 237 cm³, invadindo a parede posterior vesical e protuindo para o seu interior, associado a focos gasosos. Paciente foi internada e recebeu transfusão de concentrado de hemácias e antibiótico terapia. Realizado retossigmoidoscopia com compressão extrínseca a 25 cm da borda anal impedindo a progressão do aparelho, sem lesões endoluminais. Realizado cistoscopia com grumos de material fecaloide intravesical e lesão esbranquiçada em cúpula, biopsiada. O anatomo-patológico da lesão vesical foi adenocarcinoma de alto grau, e o estudo imuno-histoquímico, mostrou imunopressão para CDX2 sugerindo sítio primário colônico. Exames de estadiamento com CEA 68,15 ng/mL e nódulo espiculado em lobo inferior direito sugestivo de acometimento secundário. Devido idade e estado clínico, paciente foi submetida a transversostomia e encaminhada à quimioterapia paliativa.



Discussão e Conclusão(ões): Fístulas colovesicais são complicações raras, e as causas mais comuns são doença diverticular, seguida por doença de Crohn e neoplasia colorretal. A proporção entre homens e mulheres é 3:1, devido ao posicionamento do útero entre a bexiga e o cólon sigmoide. As manifestações mais comuns são infecção do trato urinário, pneumatúria e fecalúria. A cistoscopia é o exame de maior acurácia, mostrando alterações em até 79% dos casos. O câncer colorretal é o terceiro tipo mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres. Na suspeita de câncer colorretal, a retossigmoidoscopia permite localizar e realizar biópsia da lesão. A apresentação do câncer colorretal com fístula colovesical é rara e pouco relatada na literatura. Estudo de 2004 com 380 pacientes, somente 11 (2,9%) casos apresentavam fístula, e apenas quatro eram fístulas colovesicais. Conclusão: O caso relata uma manifestação incomum do câncer colorretal. E o diagnóstico patológico foi feito com biópsia por cistoscopia, que não costuma ser um exame rotineiro para diagnóstico desse tipo de neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.170>

661

Tumor neuroendócrino de intestino delgado, achado colonoscópico em paciente assintomático

D.A. Chiumento, T.Z.M. Bandeira, L.R. Campos, P.D.S. Junior, P.B. Tarabay, G.D.A. Ribeiro, G. Sevá-Pereira, J.J. Oliveira-Filho

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Campinas, SP, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Descrever um relato de caso de tumor neuroendócrino de intestino delgado diagnosticado em paciente assintomático.

Descrição do caso: E.C., masculino, negro, 49 anos, procura ambulatório da Coloproctologia em junho de 2018 com queixa de doença hemorroidária, sem outras queixas anorretais. Na história clínica apresentava hipertensão arterial controlada, sem outras comorbidades ou cirurgias prévias. Durante investigação e pré-operatório para hemorroidectomia, foi submetido a colonoscopia com achado de lesão submucosa em íleo terminal de aproximadamente 20 mm, nodular e endurecida. A biópsia realizada evidenciou tumor neuroendócrino e o exame de imuno-histoquímica confirmou o diagnóstico. Foram solicitadas tomografia de abdome e tórax, sem alterações. O paciente foi submetido a colectomia direita e no intraoperatório foram evidenciadas múltiplas lesões de até 7 mm em alças de delgado a 80 cm proximal a válvula ileocecal. Foi realizada enterectomia segmentar com anastomose primária. Anatomopatológico da peça e imuno-histoquímica: tumor neuroendócrino Grau 1. Paciente com boa recuperação pós-operatória, segue acompanhamento com equipe da Coloproctologia, colonoscopia de controle sem achados.

Discussão: Os tumores neuroendócrinos são neoplasias raras que compreendem 0,49% de todas as neoplasias malignas. É lesão maligna, de crescimento lento, que tem predomínio no gênero masculino, raça negra, com idade média de 55 anos, localizada mais frequentemente no trato gastrointestinal (60%-80% dos casos), principalmente no intestino delgado e em até 40% as lesões são multicêntricas. O tratamento padrão é ressecção ampla, mesmo para pequenas lesões e o seguimento oncológico se faz necessário a semelhança dos casos de adenocarcinoma colorretal.

Conclusão: Os tumores neuroendócrinos do intestino delgado podem ser achados em exames de rotina em pacientes assintomáticos, o que reforça a indicação do estudo do íleo terminal em colonoscopias, sempre que possível. A ressecção cirúrgica está indicada como tratamento definitivo nestes casos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.171>

407

Relato de caso: tumor desmoplásico de pequenas células redondas em paciente jovem

B.T. Piasecki^a, R.F. Schlindwein^b, B.L. Scolaro^a, P. Moraes^b, T.C.R. Pereira^b, D.H. Bassani^b, M.C. Kimura^a, O.W. Muniz^a

^a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, SC, Brasil

^b Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhaussen, Itajaí, SC, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um raro caso de tumor desmoplásico de pequenas células redondas em serviço de referência em Itajaí – SC.

Descrição do caso: R.G.S., 20 anos, masculino. História médica progressiva de TDAH, em uso de Risperidona. Sem cirurgias abdominais prévias. História familiar: tio com neoplasia de cólon. Paciente buscou atendimento com quadro de incontinência fecal, de uma semana de evolução, associado à distensão abdominal, sem outras queixas. Ao exame físico: presença de massa palpável em hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal e ao toque retal abaulamento por compressão extrínseca a 5 cm da margem anal, ausência de fezes na ampola, sem sangramento em dedo de luva. Submetido à TC de abdome total, evidenciou presença de espessamento em reto, com possível intussuscepção; múltiplas lesões em fígado de grandes dimensões; linfonodomegalias em retroperitônio e presença de grande quantidade de fezes no cólon. Exames laboratoriais na admissão sem alterações, sendo submetido, após dois dias, à laparotomia exploradora a qual evidenciou: lesão tumoral metastática de cólon sigmoide (pelve bloqueada com lesão sobre o sigmoide e bexiga), fígado com sinais de implantes secundários em todos os segmentos. Presença de implantes secundários em vísceras ocas e peritônio. Omental cake volumoso. Lesão tumoral na ponta do apêndice e

