

tics. Devido acentuação do quadro diarreico em 7 dias com tenesmo e cólicas abdominais intensas, retornou ao hospital. Por apresentar tosse inespecífica, recebeu prescrição de levofloxacino devido suposta pneumonia, embora não tenha sido auscultado (SIC). Após 1 dia da nova medicação buscou nosso serviço, relatando frequência evacuatória superior a 20x/dia, consistência 7 na escala de Bristol e presença de muco nas fezes. Referiu, desde o início do quadro até o momento da consulta, perda de 5 kg. Ex. Físico: hipocorado +/4+, desidratado 2+/4+, ABD: RHA +e aumentados, doloroso à palpação superficial e profunda de FIE. Testes de Blumberg e Rovsing negativos. Foram solicitados laboratoriais específicos incluindo toxina para CD e instituído tratamento empírico com metronidazol 400 mg 8/8 h. Em menos de 48 h os sintomas regrediram e as fezes ficaram normais. Posteriormente recebemos resultado positivo no exame solicitado, confirmando a causa.

Discussão e Conclusão(ões): Pouco se discute sobre os malefícios que a medicina pode causar a quem busca seu serviço. Atualmente, o erro médico configura a terceira causa de morte no mundo. É imprescindível, portanto, que os serviços de saúde discutam a problemática das iatrogenias, situações em que determinada intervenção médica, adequada ou não, traz consequências prejudiciais ao paciente. O caso relatado demonstra como os serviços e profissionais da saúde podem falhar em seu cuidado. Segundo o maior estudo multicêntrico acerca das diarreias nosocomiais, metade das admissões hospitalares de adultos na Inglaterra é em decorrência de diarreia. Destes, somente 35% são testados para infecção por CD. Temos a infecção por CD como causa mais comum encontrada na diarreia hospitalar, sendo os principais fatores de risco o uso de antibióticos e ser idoso, componentes que encontramos em nosso paciente. Em nenhum momento foi levantada a hipótese de infecção pela bactéria em questão, envolvendo o paciente em uma cascata de iatrogenias. A falta de conhecimento sobre o manejo e diagnóstico diferencial das diarreias infecciosas por parte dos médicos não especialistas, bem como não considerá-la como um sintoma significativo, culmina em investigações desnecessárias, atraso no tratamento adequado e aumento da morbimortalidade do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.196>

699

Colectomia total videolaparoscópica em paciente com polipose adenomatosa familiar acometendo cólon e reto

M.A.A. Nogueira, W.A.T. Sousa, F.L. Vieira, R.F.C. Lima, C.R.S. Bezerra, S.C. Fontenele, A.S.O. Galvão, V.S. Brito

Hospital Getúlio Vargas (HGV), Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster



Objetivo(s): Relatar o caso de uma paciente com Polipose Adenomatosa Familiar a qual foi submetida a Colectomia Total Videolaparoscópica Discutir a decisão de poupar ou não reto na Polipose Adenomatosa Familiar

Descrição do caso: Mulher, 31 anos, sem comorbidades, com queixa principal de dor em região anal, apresentando diarreia crônica aquosa e desconforto abdominal difuso há aproximadamente 3 meses. Mãe, avô materno e tios maternos diagnosticados com Polipose Adenomatosa Familiar. Realizou colonoscopia que revelou incontáveis pólipos em todo cólon e reto. Histopatológico de produto de polipectomia resultou adenomas tubulares com moderadas atipias, baixo grau. Realizou colectomia total videolaparoscópica e anastomose ileorretal término-terminal com grampeador circular, sem intercorrências. Paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta hospitalar em 6º dia pós-operatório. Programado terapêutica endoscópica para pólipos retais e seguimento ambulatorial.

Discussão e Conclusão(ões): Na paciente descrita optou-se pela preservação retal pois esta possui acesso à terapia endoscópica, fácil acesso ao serviço de coloproctologia e nível intelectual adequado para compreender a necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe. A preservação retal em pacientes com polipose adenomatosa familiar ainda é fonte de discussão, necessitando de orientação adequada do paciente e tomada de decisão conjunta, possibilitando a escolha individualizada para cada caso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.197>

444

Fístula retovaginal recidivada: Relato de caso

M.O.Sd. Freitas, N.S.R. Jardim, T.C.A. Versiani, Md.K.G. Bueno, P.M. Mota, A.A. Correia, J.A.D. Santos

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Por se tratar de uma patologia com manejo complexo, objetiva-se relatar um caso de fístula retovaginal.

Descrição do caso: Paciente, 24 anos, leucoderma, com relato de Bartolinite drenada há um ano, nulípara, com queixa de saída de secreção fétida pelo ânus e vagina também há um ano. Apresentava diagnóstico prévio de fístula retovaginal e histórico de três procedimentos cirúrgicos para correção desta fístula, sem sucesso. Realizou investigação com ressonância magnética de pelve para definição do trajeto fistuloso, neste atendimento, sendo posteriormente submetida a novo procedimento cirúrgico, foi identificado os orifícios, interno e externo com auxílio do estilete flexível e dissecação do trajeto fistuloso com avanço de retalho mucoso do reto após fechamento do orifício interno. Paciente no pós-operatório evoluiu um flegmão em região de glúteo esquerdo sendo prescrito a associação de metronidazol 400 mg 8/8 h e e ciprofloxacino 500 mg 12/12 h por dez dias. Após 30 dias do procedimento cirúrgico, a ferida operatória evoluiu com boa cicatrização e sem recidiva local da fístula

