

na literatura. Tem baixa incidência e escassez de publicações. Os cistos podem acometer qualquer sítio intestinal, desde o início do duodeno até o reto, contudo a maioria dos casos acometem o seguimento ileal seguido pelo cólon ascendente, sendo os cistos do tipo quilosos mais comuns no intestino delgado e os serosos no cólon. A etiologia ainda não está bem estabelecida e elucidada, mas acredita-se que possam derivar de malformações de ductos linfáticos abdominais ou serem sequelas de trauma abdominal antigo, infecções ou neoplasias silenciosas. Exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética são os que propiciam melhor acuidade diagnóstica, mostrando a massa cística, procurando estabelecer a localização e o tamanho da lesão. todo cisto mesentérico deve ser ressecado cirurgicamente a fim de evitar suas complicações. O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica do cisto.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.202>

713

Diverticulite de cólon direito: Um diagnóstico negligenciado?



J.L. Amuratti, C.W. Sobrado, E.F. Aurélio, L.F. Sobrado, L.J. Bustamante, C.B.G. Facanali, S.C. Nahas, I. Cecconello

Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças Intestinais funcionais e Doença Diverticular dos cólons

Categoria: Pesquisa básica

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Propor algoritmo para o manejo e diagnóstico da diverticulite de cólon direito (DCD) com e sem complicações, através da discussão de aspectos relacionados a etiopatogenia, métodos diagnósticos e estratégias terapêuticas.

Descrição do caso: Este é um estudo observacional transversal de 11 pacientes em acompanhamento num centro de referência terciário que apresentaram DCD. Uma breve revisão de literatura foi realizada com ênfase no manejo terapêutico pós diagnóstico de diverticulite aguda com e sem complicações.

Discussão e Conclusão(ões): A moléstia diverticular de cólon direito (DDCD) é apresentação rara nos países ocidentais, sendo mais frequente na região de ceco, associada a jovens do sexo masculino, e asiáticos. Sua patogenia ainda não é completamente explicada, porém acredita-se que há uma somatória de fatores determinantes, tais como genética, fatores dietéticos e microbiota gastrointestinal. Giovanni Barbara e cols realizaram um estudo da microbiota fecal e da mucosa intestinal com a utilização de plataforma filogenética - microarray, que demonstrou naqueles com DDCD uma depleção de Clostridium cluster IV, Fusobacterium e lactobacillus, comparando pacientes sintomáticos e não sintomáticos, além de uma relação negativa em comparação com a Akkermansia. O quadro de DCD é composto por sintomas similares a apendicite aguda (AA) e ileíte aguda complicada em portadores

de doença de Crohn, tornando seu diagnóstico clínico pré-operatório um desafio. Recentemente, com a utilização da tomografia computadorizada nos casos de abdome agudo inflamatório, têm ocorrido um aumento no diagnóstico pré-operatório. Sendo assim, para pacientes mesmo com score de Alvarado alto, acima de 40 anos a tomografia ou ultrassonografia por radiologista experiente é recomendada pelos autores, podendo contribuir para redução de intervenções cirúrgicas. Em algumas situações de diverticulite aguda complicada, entretanto, a presença de processo inflamatório envolvendo o íleo, ceco, cólon ascendente e apêndice, o achado tomográfico é pouco elucidativo, sendo o diagnóstico confirmado apenas no intraoperatório ou na anatomia patológica. O algoritmo de tratamento para DCD não possui evidências robustas e, portanto, não é padronizado, especialmente nos casos sintomáticos não complicados, cujo tratamento é conservador com o uso de dieta rica em fibras, antibióticos, probióticos, uso de derivados salicílicos, e rifaximina, com base na experiência adquirida no tratamento da diverticulite de cólon esquerdo, sendo a cirurgia indicada nas complicações. A possibilidade de um diagnóstico diferencial à AA naqueles pacientes mais jovens, com história de divertículos prévios visualizados por colonoscopia e/ou dor abdominal recorrente de curta duração deve ser aventada. Conclusão: Deve se ter em mente a DCD como hipótese diagnóstica àqueles com dor em quadrante inferior do abdome. O uso de algoritmo para o manejo e diagnóstico da diverticulite pode auxiliar médicos cirurgiões que trabalham em emergência.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.203>

458

Malignização da doença pilonidal sacrococcígea crônica



M.T.C.C. Oliveira, G.B.M. Oliveira, N.C. Mota, M.T. Pinto, G.O.S. Fernandes, R.G.L. Barreto, B.B.F. Soares, J.B.P. Barreto

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), São Luís, MA, Brasil

Área: Miscelâneas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Descrever um caso raro de malignização da doença pilonidal (DP) em uma paciente atendida no Hospital de referência em São Luís-MA.

Descrição do caso: Paciente de 56 anos, sexo feminino, encaminhada para serviço de Coloproctologia com história de doença pilonidal sacrococcígea desde 2005, com múltiplos episódios de inflamação e drenagens espontâneas de abscessos; sendo necessária drenagem cirúrgica em novembro de 2018, após piora por trauma contuso no local. Ao exame proctológico, observa-se presença de lesão circular ulcerada em região sacrococcígea, de 4,0 cm comprimento x 4,0 cm largura, com bordas e base endurecidas, presença exsudato fibrinopurulento; sem alterações no toque retal e anuscopia. Ausência de linfonodomegalia na região inguinal. Em 27/12/2018 foi submetida a excisão em losango da lesão até a fáscia pré-sacral, com margem lateral de 2 cm. A reconstrução foi feita com reta-