

Em 2019, apresentou abscessos anorretais de repetição progredindo com fístula anal. Apresentou calprotectina fecal de 1534. Nova colonoscopia demonstrou: estenose parcial de válvula íleo-cecal e ulcerações em íleo terminal; Marcadores sorológicos: P- ASCA > 300 e C- ANCA negativo. Biópsia de íleo terminal sugeriu DC. Diagnóstico definitivo: Doença de Crohn, sendo iniciada a terapia biológica. Atualmente a paciente segue em tratamento para remissão.

Discussão e Conclusão(ões): A DC é uma condição inflamatória intestinal, de etiologia desconhecida, influenciada por fatores ambientais e genéticos, podendo envolver qualquer parte do trato gastrointestinal. Discreta prevalência sobre o sexo feminino e distribuição bimodal, picos de incidência aos 20 e 50 anos. As manifestações principais são diarreia, dor abdominal e sangramento retal, caracterizadas por períodos de remissão-exacerbação que podem ser acompanhados de diversas complicações. Sintomas gastroduodenais são raros, com incidência de 0,3 a 5% de todos os pacientes com DC, a maioria destes pacientes são jovens e apresentam dor abdominal, perda de peso importante, náusea e vômitos. A DC gastroduodenal (GD) está associada a acometimento de íleo e ceco, sendo a presença de estenose de piloro isolada muito rara. A endoscopia digestiva alta com biópsia permanece sendo padrão-ouro para diagnóstico de DC-GD. Em casos de acometimento GD são diagnósticos diferenciais: sarcoidose, úlcera péptica, neoplasias, gastroenterite eosinofílica. O diagnóstico resulta de análise clínica, imaginológica e laboratorial. Colonoscopia é útil para confirmar suspeita clínica da DC, e obter biópsia. O tratamento envolve alívio dos sintomas, prevenção de recidivas, indução da remissão, podendo utilizar-se de terapia medicamentosa e cirúrgica. Uso de corticoterapia e Azatioprina, beneficia especialmente pacientes com DC gastrointestinal. Casos refratários podem ser tratados com Infiximabe antes de se considerar tratamento cirúrgico. Os tratamentos medicamentosos têm baixa resolatividade para estenoses fibróticas, podendo recorrer a procedimento minimamente invasivo de dilatação com balão via endoscopia, associado a alta morbidade e necessidade de reintervenção. Conclusão: Apesar da evolução dos métodos diagnósticos para DC, torna-se necessária maior atenção frente as suas raras manifestações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.219>

483

Hernioplastia incisional perineal: relato de caso

E.A. Rolim, M.M. Sousa, A.S. Vilarinho, M.M. Ribeiro, A.C. Moreira, J.C.A. Silva, L.B. Olinda Batista, B.R. Andrade Júnior

Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza,
Fortaleza, CE, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um caso clínico de hérnia perineal incisional após amputação abdominoperineal do reto realizada devida a neoplasia de reto baixo.

Descrição do caso: Paciente de 63 anos, sexo masculino, realizou em dezembro de 2017 uma amputação abdominoperineal do reto por neoplasia de reto baixo sem intercorrências. Em novembro de 2018, procurou atendimento médico com queixa de abaulamento e desconforto na região do períneo, sendo constatada a presença de uma hérnia incisional no local. Em maio de 2019 foi, então, submetido ao tratamento cirúrgico com realização de hernioplastia por via perineal. Foi realizada uma incisão longitudinal no períneo, com identificação de alças de delgado aderidas à pelve e compondo o saco herniário. Realizou-se em seguida a lise das aderências, enteropexia das alças intestinais acima da região perineal, herniorrafia incisional perineal com aposição de tela de prolene e colocação de dreno de sucção n° 4.8 como dreno sentinela. O paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável no pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A hérnia perineal secundária é uma condição incomum, com incidência maior em mulheres, representando 66% dos casos e com idade média para surgimento aos 59 anos. O aparecimento da hérnia ocorre, em média, após 22 meses da realização da primeira cirurgia. Além disso, a terapia neoadjuvante para tratamento da doença de base tem sido questionada como um possível fator de risco para o surgimento da hérnia perineal. Os pacientes apresentam-se clinicamente com desconforto e sensação de peso no períneo, podendo haver sintomas urinários e obstrução intestinal. Usualmente, a queixa de desconforto perineal é considerada uma indicação cirúrgica; ademais, erosão da pele sobre a bolsa herniada, obstrução intestinal, e dificuldade de micção devido à herniação da bexiga são, também, outras indicações para o reparo cirúrgico. O tratamento cirúrgico é o padrão ouro e a abordagem pode ser por via perineal, abdominal ou videolaparoscópica. Alguns trabalhos mostram que a via perineal é a mais indicada devido aos melhores resultados, no entanto, ainda não está bem estabelecida a melhor técnica de tratamento, necessitando de mais estudos para definir a conduta ideal diante desse tipo de hérnia.

Conclusão: A hérnia incisional perineal é uma condição rara o que torna a realização da hernioplastia incisional perineal um procedimento infrequente na prática médica. Percebe-se ainda a necessidade de estudos mais consistentes que evidenciem os fatores de risco para o surgimento desse tipo de hérnia, bem como estabelecer a conduta cirúrgica mais adequada para resolução desse problema.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.220>

484

Uso de dispositivo de derivação fecal, como alternativa à colostomia, em fasceíte necrotizante de fournier após ligadura elástica hemorroidária

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

Hospital Santa Isabel, João Pessoa, PB, Brasil

