

dade de vida dos pacientes, sobretudo quando há perda da função esfinteriana e necessidade de colostomia definitiva. O traumatismo por chifrada de boi é incomum, com predominância em áreas rurais na América Latina, Índia e Espanha, acometendo o abdome e o períneo na maioria dos casos.

Relato de caso: J.R.F., masculino, 26 anos, solteiro, natural e procedente de Sobral-CE, vaqueiro, deu entrada no Departamento de Emergência no dia 26/04/2018 com lesão perfuro-contusa extensa em região anal em decorrência de “chifrada de animal”. Apresentando dor local intensa, com perda da anatomia anal (extensa laceração anal e perianal), com esgarçamento de aproximadamente 45% esfíncter anal pósterolateral esquerdo e da musculatura do assoalho pélvico até o cóccix, com tecido desvitalizado e sangramento moderado. Manteve estabilidade hemodinâmica durante atendimento inicial, encaminhado ao centro cirúrgico para realização de colostomia em alça e esfíncteroplastia anal.

Discussão: Acidentes perfurantes provocados por animais são incomuns no mundo, sendo de maior prevalência em países onde é comum o espetáculo com touros, como no México e Espanha ou onde tais animais, como por exemplo a vaca, são considerados sagrados, com é o caso da Índia.

Conclusão: As lesões anais podem apresentar uma ampla variedade de padrões que exigem uma avaliação diagnóstica e tratamentos precisos. O conhecimento do cirurgião para a correta avaliação da anatomia local e classificação da extensão é necessário para a tomada da melhor conduta caso a caso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.230>

492

Relato de caso – tratamento endoscópico e seguimento oncológico de pacientes submetidos a ressecção por colonoscopia de pólipos grandes

T.O.F. Correia, A.C. Guerreiro, J.B. Fayad, R.O. Raimundo, A.Q.F. Henriques, L.P.P. Netto, J.M.N. Rosa, C.M.D.S. Quintas

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Área: Métodos complementares diagnóstico e terapêutica

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O objetivo desse estudo é demonstrar a porcentagem de pólipos malignos encontrados e ressecados por colonoscopias realizadas pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Federal de Ipanema e o seguimento oncológico desses pacientes.

Descrição do caso: Os dados obtidos foram retirados do livro de cirurgias do serviço de Coloproctologia e coletados do prontuário digital no período entre 2011-2019. Nesse intervalo foram realizadas 776 colonoscopias, sendo diagnosticados 9 pacientes com pólipos colorretais grandes (≥ 1 cm) ressecados por colonoscopia (seis em sigmoide, dois no cólon descendente e um no reto superior). Dentre esses pacientes, seis foram avaliados histologicamente como adenocarcinoma intramucoso incidindo sobre adenoma, um adenocarcinoma invasivo, um adenoma túbulo-viloso com displasia epitelial

de baixo grau e um adenoma tubular com displasia de alto grau. O paciente diagnosticado com adenocarcinoma invasivo necessitou de complementação cirúrgica, sendo submetido a ressecção anterior de reto videolaparoscópica (estadiamento da peça cirúrgica T1N1). Todos os demais pacientes que tiveram os pólipos ressecados endoscopicamente mantêm acompanhamento pelo serviço de Coloproctologia do hospital, com colonoscopias de controle, sem sinais de recidiva.

Discussão e Conclusão(ões): O pólipo colorretal pode ser definido como um crescimento anormal na mucosa colônica que se projeta para o lúmen intestinal, sendo de grande importância devido ao seu potencial de malignidade. Essas lesões são encontradas em 2%-12% das colonoscopias realizadas de rastreio, sendo diferenciadas das lesões invasivas por poderem ser tratadas apenas endoscopicamente, não sendo necessário tratamento cirúrgico. Habitualmente, os pólipos são assintomáticos, entretanto, alguns deles constituem lesões precursoras para câncer colorretal invasivo. A colonoscopia é o exame padrão ouro, promovendo o diagnóstico, permitindo a polipectomia com estudo histológico subsequente e o tratamento definitivo de algumas lesões iniciais, evitando dessa forma a cirurgia e progressão da doença oncológica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.231>

749

Íleo biliar: relato de caso

P.C. Moreira, L.M. da Fonseca, T.G. Vandaleti, J.J.M. Lima, M.P. Crivelaro

Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC), Indaíatuba, SP, Brasil

Área: Doenças Intestinais funcionais e Doença Diverticular dos cólons

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): A obstrução do intestino por cálculo biliar, denominada de “íleo biliar” (IB), é uma complicação incomum e potencialmente grave de colecistite crônica. Os autores apresentam um caso de obstrução intestinal por um cálculo biliar localizado no jejuno distal em uma paciente de 86 anos portadora de colelitíase tratado por laparotomia de urgência.

Descrição do caso: Paciente feminina, 86 anos, portadora de colelitíase assintomática internou na emergência do hospital com dor e distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de gases fezes há 3 dias. O hemograma apresentava importante leucocitose com desvio à esquerda. Realizou ultrassonografia abdominal total que demonstrou distensão da cavidade gástrica, contendo resíduo em seu interior; vesícula biliar não individualizada e sem dilatação dos canais biliares (colédoco medindo 0,5 cm de diâmetro). A tomografia computadorizada de abdome identificou um grande cálculo parte radiopaco no interior de alça de delgado, medindo em torno de 4,5 cm a 5,5 cm no seu eixo axial. Optou-se por uma abordagem operatória. A paciente submetida a laparotomia mediana d urgência em que foram identificados dois cálculos em jejuno distal cerca de 50 cm adiante do ângulo de Treitz, o primeiro medindo 5,5 cm e o segundo 3,5 cm no seu eixo axial.



Os cálculos foram retirados por enterotomia. Não foi realizada a colecistectomia neste procedimento. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório.

Discussão e Conclusão(ões): O íleo biliar ocorre por formação de uma fistula entre a vesícula biliar e algum segmento do intestino delgado possibilitando a passagem de um ou mais cálculos que podem obstruir o trânsito intestinal especialmente em áreas de estreitamento anatômico como o ângulo de Treitz e a válvula ileocecal. O cálculo biliar migra para o intestino delgado mais comumente por uma fistula colecistoduodenal. Sua impactação pode ocorrer em qualquer parte do intestino: íleo (60,5% dos casos), jejuno (16%), estômago (14,2%), cólon (4,1%) e duodeno (3,5%). O paciente pode apresentar-se com sintomas inespecíficos ou com sinais de obstrução intestinal, tais como náuseas, vômitos, distensão e dor abdominal. Apesar de infrequente na população, responde por 25% das obstruções não estrangulatórias do intestino delgado sendo relacionada a progressão da idade. É responsável por 1% a 3% de todas as cirurgias para tratamento de obstrução intestinal. A mortalidade associada à obstrução do lúmen intestinal pelo cálculo biliar está entre 12% e 27%. A TC é o exame mais eficiente pela sua agilidade e pela resolução de imagem. O tratamento cirúrgico do é normalmente realizado em caráter de urgência. A opção pela não realização da colecistectomia deveu-se a que a paciente não referia mais sintomas relacionados à litíase biliar, além de que de certa forma esta já estava tratada por uma ampla fistula colecisto-duodenal. O cirurgião deve estar familiarizado com o íleobiliar e com seu tratamento cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.232>

238

Correção de fistula retovesical com transposição de retalho de músculo gracil



B.B. Ferreira, L.M. de Castro, L.F.C. Gomes
Medaglia, R.J. Garcia

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Objetivo deste trabalho é a apresentação de um relato de caso, de uma correção de fistula retovesical complexa, após radioterapia e prostatectomia, realizando a transposição de retalho de músculo gracil esquerdo.

Descrição do caso: F.L.F., 67 anos, sexo masculino, apresentando fistula retovesical complexa após prostatectomia radical e radioterapia por adenocarcinoma de próstata e nova ressecção recidiva local/regional. A mesma foi diagnosticada por anamnese e exame físico, associada a exames complementares como tomografia de abdômen e pelvis e colonoscopia. Foi submetido a tentativa de correção laparoscópica do orifício fistuloso com rafia do reto, sem sucesso. Realizou transversostomia derivativa como ponte para novo procedimento cirúrgico. Submetido a nova abordagem cirúrgica, dessa vez com a técnica de transposição de retalho de músculo gracil esquerdo.

Discussão e Conclusão(ões): As fistulas retovesicais (FRV) são comunicações patológicas entre a bexiga e reto. Trata-se de uma rara complicação decorrente de doenças inflamatórias e neoplásicas da pelve, além de casos resultantes de iatrogenia, e associa-se a altos índices de morbimortalidade. As fistulas retovesicais adquiridas foram classificadas como benignas, secundárias à doença de Crohn, trauma, sepse perirretal ou lesão iatrogênica; e relacionada à malignidade, secundária a neoplasia, radiação, cirurgia ou efeitos combinados de tumor e tratamento. Os achados clínicos da fistula retovesical incluem pneumatúria, fecalúria e drenagem urinária do reto. O local da fistula é geralmente detectado pelo exame retal e pode ser identificado na uretrocistografia, tomografia de pelvis, ressonância magnética de pelvis ou exame contrastado do reto. O gás dentro da bexiga, na ausência de instrumentação transuretral recente, é o achado clássico de fistula intestinal na bexiga. Para facilitar o fechamento espontâneo, o manejo geralmente inclui desvio do trânsito intestinal (colostomia) e desvio urinário (cistostomia suprapúbica, cateter uretral permanente ou ambos). No entanto, esta abordagem raramente é bem-sucedida e a duração do desvio necessário não é clara. Aqui, descrevemos nossa técnica de reparo de fistula retovesical através da transposição de retalho de músculo gracil, como uma alternativa para fistulas retovesicais complexas e recidivadas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.233>

750

Prolapso retal completo em paciente com insuficiência renal crônica: relato de caso



L.D. Guerra, D.M. Carneiro, P.A. Mangueira

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos (UNITPAC), Araguaína, TO, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um caso de prolapso retal, fora do padrão epidemiológico mais comum, com um dos mecanismos fisiopatológicos associados à uma patologia de base.

Descrição do caso: Paciente M.C.S., 39 anos, sexo feminino, afrodescendente, portadora de insuficiência renal crônica dialítica há 10 anos, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araguaína com história de 2 dias de constipação, associado à prurido intenso e dor em região perianal de início súbito, no exame proctológico, na inspeção, observou-se a exteriorização de toda espessura do reto, sendo irreduzível às manobras iniciais. No segundo dia de internação hospitalar, a paciente evoluiu com isquemia, foi submetida à uma redução do prolapso no intraoperatório seguido de uma retossigmoidectomia com colostomia terminal e fechamento do colo retal (cirurgia de Hartmann). No pós-operatório a paciente não apresentou intercorrências, recebendo alta no quinto dia após o procedimento cirúrgico, com orientações e programação da reconstrução do trânsito intestinal após 60 dias.

Discussão e Conclusão(ões): O prolapso do reto caracteriza-se pela saída completa ou parcial desse segmento do intestino grosso pelo ânus, podendo ser aparente ou oculto, que