

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

incide mais em mulheres acima de 60 anos, com história de constipação crônica. Sua fisiopatologia é pouco esclarecida nas literaturas, porém existem alguns fatores comprovadamente relacionados com sua etiologia, como: aumento da pressão intra-abdominal, infecções, alterações anatômicas, neurológicas, nutricionais e transtorno da função do assoalho muscular da pelve. No paciente portador de doença renal crônica, a sarcopenia é uma condição bem associada, que ocorre em todos os estágios da doença e vários são os mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento desta condição, como, desequilíbrio hormonal, má nutrição, depleção de ATP e glicogênio, transporte inadequado de oxigênio como consequência da anemia, acidose metabólica e distúrbio eletrolítico, alteração no estilo de vida, perda de massa muscular e fraqueza devido à atrofia de fibras musculares. No caso acima, a paciente, portadora de insuficiência renal crônica por 10 anos, apresenta um nível elevado de sarcopenia, sendo este, um provável fator promotor fisiopatológico da disfunção muscular pélvica, acarretando assim, o prolapso retal. O diagnóstico da afecção foi feito exclusivamente por história clínica e exame físico. Para o tratamento do prolapso retal existem muitas opções cirúrgicas descritas na literatura, no caso descrito acima, foi optado pela via abdominal com ressecção de reto e sigmoide (cirurgia de Hartmann), tendo em vista o tamanho do prolapso e a isquemia extensa do mesmo. Apesar da paciente encontrar-se fora dos padrões epidemiológicos mais acometidos por essa afecção, nota-se uma relação íntima entre a patologia de base, insuficiência renal crônica, e o transtorno da função do assoalho muscular da pelve, sendo este um importante fator de risco para o aparecimento do prolapso retal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.234>

496

#### Diagnóstico da doença de crohn metastática: relato de caso

M.C. Rodrigues, S.D.F. Boratto, F. Balsamo, S.H.C. Horta, D.F. Santos, D.F. Santos, R.L.G. Slaibi

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

**Área:** Doenças Inflamatórias Intestinais

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar quadro Doença de Crohn metastática sem relação com atividade intestinal da doença.

**Descrição do caso:** Homem, 36 anos, com diagnóstico de doença de Crohn há 5 anos, em uso de mesalazina 800 mg/dia, sem queixas gastrointestinais atuais, e colonoscopia evidenciando aspecto cicatricial de submucosa, sem sinais endoscópicos de atividade de doença. Há 6 meses notou aparecimento de múltiplas lesões cutâneas, recidivantes, disseminadas pela pele, pior em região de dorso. Ao exame clínico identificadas lesões eritematopapulosas, algumas pustulosas, outras ulceradas, dolorosas, localizadas em membros superiores, inferiores, dorso e glúteos. A equipe de dermatologia supôs diagnóstico de acne conglobata. Porém a equipe de

coloproctologia optou por realizar biópsias por amostragem destas lesões, sendo identificados no histopatológico granulomas com áreas de ulceração, sugestivos de Doença de Crohn. Definimos diagnóstico de doença de Crohn metastática. Indicada terapia imunobiológica com infliximabe 5 mg/kg/dose, associada a acompanhamento ambulatorial rigoroso.

**Discussão e Conclusão(ões):** Trata-se de doença rara, pouco discutida na literatura, frequentemente caracterizada por lesões cutâneas ulceradas com cicatrização lenta. Tais lesões raramente se apresentam sem manifestações intestinais associadas. O diagnóstico é histopatológico com achados de granulomas não caseosos. Como diagnóstico diferencial temos pioderma gangrenoso, micobacteriose atípica, tuberculose cutânea, micoses profundas, actinomicose, doença de Behçet, granulomatose de Wegener, poliarterite nodosa cutânea e acne conglobata. As terapias convencionais têm resultado pouco satisfatório sendo que a terapia biológica com anti TNF alfa com infliximabe apresenta resposta clínica satisfatória com baixo índice de complicações nestes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.235>

752

#### Adenocarcinoma em ileostomia em paciente com polipose adenomatosa familiar submetida à proctocolectomia: relato de caso

MdLS. Ayrizono, P.N. Moraes, N.S. Mukai, M.G. Camargo, R.F. Leal, C.A.R. Martinez, J.J. Fagundes, C.S.R. Coy

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 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 uma paciente com adenocarcinoma em ileostomia após proctocolectomia total e ileostomia definitiva devido Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e adenocarcinoma do reto distal.

**Descrição do caso:** Mulher, 62 anos, com antecedente de proctocolectomia total e ileostomia terminal por PAF e neoplasia de reto há 29 anos, apresentava queixa de aparecimento de tumoração e sangramento no estoma há 6 meses. Ao exame físico, havia presença de lesões polipoides, de superfície irregular, na ileostomia e junto à junção mucocutânea. Realizada biópsia incisional que demonstrou adenocarcinoma bem a moderadamente diferenciado com área de produção mucinosa. Endoscopia digestiva alta revelou adenoma tubular com displasia de baixo grau em papila duodenal. PET-CT apresentava área de hipermetabolismo apenas junto ao estoma (SUV 1 h = 9,0 e 2 h = 11,0). A paciente foi submetida à cirurgia com ressecção da ileostomia juntamente com a pele adjacente, subcutâneo, parede abdominal e íleo terminal com seu mesentério, sendo confeccionada novo estoma em fossa ilíaca esquerda, evoluindo sem intercorrências. O anatomopatológico evidenciou foco de adenocarcinoma bem diferenciado em adenoma túbulo-viloso na junção mucocutânea e presença de um linfonodo sem acometimento neoplásico (estadiamento

