

COLOPROCTOLOGIA

ASPECTOS CLÍNICOS DO PIODERMA GANGRENOSO PERIESTOMAL: REVISÃO DE LITERATURA

Isabela Salim Ferreira¹, João Vicente Linhares Rodrigues².

1- Acadêmico de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

2- Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

Autor Correspondente: Isabela Salim Ferreira. Telefone: (32)3446-1132; Celular: (32)98499-7440. Email: isabelasalimf14@gmail.com

Palavras chave: Pioderma Gangrenoso Periestomal. Colostomia

INTRODUÇÃO: O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofílica rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por lesões cutâneas dolorosas, com quatro formas clínicas: vegetativa, bolhosa, ulcerativa (mais comum) e pustular. Um subtipo de PG é o Pioderma Gangrenoso Periestomal (PGP), onde as lesões de pele estão próximas ao estoma e acomete principalmente pacientes portadores de doença inflamatória intestinal (DII). **OBJETIVOS:** Caracterizar os aspectos clínicos do PGP, mostrar a importância do diagnóstico correto e citar as principais opções de tratamento. **MÉTODOS:** Revisão de literatura na base indexadora MedLine com os descritores: Peristomal pyoderma gangrenosum; Diagnosis; Management. Filtros selecionados: últimos 20 anos, estudos em humanos. Doze artigos entre 2000 e 2018 foram analisados e cinco selecionados. **RESULTADOS:** O PGP representa 15% dos casos de PG e acomete principalmente portadores de DII, entre 40 e 60 anos. Estima-se 0,5 a 1,5 casos por milhão de pessoas/ano. As lesões cutâneas são dolorosas, de crescimento rápido e progressivo. O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado nas características das lesões. Não existem exames laboratoriais específicos e a biópsia mostra apenas a presença de neutrofilia, mas possibilita excluir etiologia de outras patologias cutâneas. O tratamento é dificultado pelo fenômeno de patergia que significa o desenvolvimento de novas lesões inflamatórias na pele periestomal, principalmente nos locais sujeitos a traumatismos, motivados pelas trocas constantes das bolsas de colostomia e pelo contato frequente de resíduos fecais. A abordagem clínica envolve cuidados com as feridas, uso de antibióticos, imunossuppressores e agentes biológicos. A cirurgia consiste no debridamento das lesões e, em casos refratários, na troca do sítio ou até fechamento do estoma. **CONCLUSÃO:** O PGP é raro e mais frequente em portadores de DII. A evolução da lesão cutânea é rápida e o diagnóstico é difícil, pois não existem exames específicos. O tratamento engloba cuidados locais com as lesões, uso de medicamentos e cirurgia em casos excepcionais, visando uma melhor qualidade de vida ao paciente.

RELATO DE CASO: CIRURGIA DE ABAIXAMENTO ROBÔ ASSISTIDA EM SINGLE DOCKING

Thais Andressa Silva Faier¹, Fabio Lopes de Queiroz¹, Breno Xaia Martins da Costa¹, Jessica Rodrigues Girundi Guimaraes¹, Jairo Sebastian Astudillo Vallejo¹, Fernando Henrique Teodoro Lemos¹, Danielle Gobbi Kunz¹.

1. Hospital Fêlcio Rocho - Belo Horizonte / MG

Thais Andressa Silva Faier - (31) 99217-3597 thandressa@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A abordagem minimamente invasiva, como a laparoscopia e a cirurgia robótica, oferece aos pacientes menor dor e complicações pós-operatórias, menor tempo de internação e melhores efeitos cosméticos. As experiências iniciais com colectomia robótica foram relatadas no início dos anos 2000. A técnica robótica melhora o desempenho técnico em uma pelve estreita, possibilitando melhor visualização das estruturas anatômicas e maior destreza cirúrgica. **OBJETIVO:** Descrição da técnica robótica em single docking na cirurgia de abaixamento com anastomose coloanal, sem mobilização do ângulo esplênico. **RELATO DE CASO:** Trata-se de paciente masculino, 50 anos, submetido a cirurgia de abaixamento robô assistido devido a neoplasia de reto. Após anestesia geral, o paciente é colocado na posição de litotomia modificada (Lloyd-Davis) com os braços ao longo do tronco e pernas de Dan Allen, em Trendelenburg e lateral direita. O robô (da Vinci Si) é posicionado próximo ao membro inferior esquerdo do paciente em um ângulo de 30°. O braço robótico da câmera é conectado ao trocarte longo de 12mm e os outros três braços são conectados aos trocartes de 8 mm, o braço 1 no trocarte da direita (hook), o braço 2 no trocarte medial esquerdo (pinça cadiere bipolar) e o terceiro braço no trocarte lateral esquerdo (pinça grasper longa). Segue-se então, à cirurgia de abaixamento coloanal com mobilização do cólon sigmoide e descendente latero-medialmente, sem mobilização do ângulo esplênico; ligadura dos vasos mesentéricos inferiores; excisão total do mesorreto e vesiculectomia devido a invasão tumoral em fâscia de Denonvillier; secção do reto com o endogrampeador e anastomose coloanal mecânica; extração da peça por laparotomia transversal suprapúbica. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar no 4º dpo em boas condições clínicas. **CONCLUSÃO:** A mudança de posição do paciente e o desacoplamento do robô são inconvenientes porque prolongam o tempo operatório. A utilização dos três braços robóticos durante todo o procedimento, o robô posicionado ao lado do paciente e a não mobilização do ângulo esplênico superam a necessidade de reposicionamento no per-operatório, sendo responsáveis por uma redução global do tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

Obias V, Sanchez C, Nam A, Montenegro G, Makhoul R. Totally robotic single-position 'flip' arm technique for splenic flexure mobilizations and low anterior resections. *Int J Med Robot.* 2011;7(2):123–126.

Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AM, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2005;365(9472):1718.

R. Ramos, E. Parra-Davila, A. Pigazzi. Four-arm single docking full robotic surgery for low rectal cancer: technique standardization. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 41 (2014).

DUODENOJEJUNOSTOMIA ASSOCIADA A LIBERAÇÃO DO ÂNGULO DE TREITZ POR VIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Ana Paula Fernandes Braga¹, Vinicius Rodrigues Taranto Nunes¹, Silvio Pereira Borges Junior¹, Daniella Montecino Vaz de Melo¹, Thaís de Moura Braga¹, Helbert de Paula Pupo Nogueira¹, Júlia Salles Rezende Dias¹, Daniel Claus Fruk Guelfi¹.

1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG

Autor Correspondente: Ana Paula Fernandes Braga. Telefone: (31)992353286. E-mail: anapaulavibra@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Obstrução Duodenal. Laparoscopia.

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior é causa rara de obstrução intestinal alta. Ocorre devido à compressão da terceira porção do duodeno entre Artéria Mesentérica Superior (AMS) e Aorta. Acredita-se que a perda de tecido adiposo retroperitoneal seja fator etiológico da redução do ângulo entre as estruturas. É mais frequente em jovens, após perda de peso importante. Os sintomas variam entre náuseas pós-prandiais, vômitos, dor abdominal, perda de peso, e podem ocorrer de forma aguda ou crônica. **OBJETIVO:** Reportar nossa experiência de Duodenojejunosomia associada à Liberação do Ângulo de Treitz (à Strong). **MÉTODOS:** Paciente, masculino, 19 anos, procurou Pronto Atendimento do HPM-MG, por dor abdominal intensa, difusa, aspecto contínuo com melhora espontânea, de início há 03 dias, associada a náuseas e vômitos. Prática atividade física intensa e apresentou perda de peso desde o ingresso para servir o Exército Brasileiro. Desde 10 anos, apresenta episódios com a mesma característica de dor, em que a posição gêmito-peitoral aliviava os sintomas. Quadro que gerou diversas internações hospitalares. **Propedêutica:** TC de abdome sugestiva de Síndrome da AMS. **Angiorressonância:** Distância entre ramo descendente da AMS e Aorta de 4mm e ângulo entre AMS e Aorta de 18

graus. EDA sem alterações significativas. Submetido à sondagem nasogástrica com drenagem biliosa e alívio dos sintomas. Preparo pré-operatório com nutrição parenteral total. Na Laparoscopia por 3 portais, foi realizada Duodenojejunostomia com endogrampeador e liberação do ângulo de Treitz à Strong. Ato sem intercorrências. RESULTADOS: A adição das técnicas não comprometeu o tempo operatório. O paciente obteve boa evolução em internação curta. A cirurgia resultou em melhora completa da dor abdominal e da tolerância à dieta. CONCLUSÃO: Conclui-se que a associação entre as técnicas é segura, não compromete o tempo operatório e tem boa evolução pós-operatória, desde que realizada por equipe experiente. Novos estudos de boa qualidade são necessários para avaliar a melhor técnica. REFERÊNCIAS:

1. MAGEE G, SLATER BJ, LEE JT, POULTSIDES GA. Laparoscopic Duodenojejunostomy for Superior Mesenteric Artery Syndrome. Dig Dis Sci. 2011;Sep;56(9):2528-31.
2. JALILVAND A, FISICHELLA PM. Superior mesenteric artery syndrome. Digestive and Liver Disease, Elsevier, 2014.
3. KIRBY GC, FAULCONER ER, ROBINSON SJ, PERRY A, DOWNING R. Superior mesenteric artery syndrome: a single centre experience of laparoscopic duodenojejunostomy as the operation of choice. Ann R Coll Surg Engl. 2017 Jul;99(6):472-475.

IMPLANTAÇÃO DE CIRURGIA ROBÓTICA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA: EXPERIÊNCIA INICIAL

Danielle Gobbi Kunz, Fábio Lopes de Queiroz, Antônio Lacerda Filho, Breno Xaia Martins da Costa, Fernando Henrique Teodoro Lemos, Jessica Rodrigues Girundi Guimarães, Jairo Sebastian Astudillo Vallejo, Thais Andressa Silva Faier

Danielle Gobbi Kunz - DGKUNZ@GMAIL.COM

Introdução: Desde o início dos anos 2000, quando a tecnologia robótica tornou-se disponível no mercado por meio da aprovação do uso robô da Vinci (Intuitive systems®) pela FDA tem-se observado um aumento exponencial no uso da robótica com mais de 4200 unidades instaladas pelo mundo em 2017. A laparoscopia robô-assistida possui todas as vantagens da cirurgia minimamente invasiva, incluindo menor dor pós-operatória, menores incisões e, menor tempo de internação, além de recuperação e retorno ao trabalho mais rápidos. Barreiras à sua introdução incluem o custo elevado, necessidade de maior treinamento e falta de dados consistentes ano que diz respeito à sua eficácia e segurança. Entretanto, de forma similar ao ocorrido na emergência da laparoscopia tradicional, tem sido amplamente adotada mesmo que os estudos realizados ainda não demonstrem benefício claro. Objetivo: Descrição de experiência inicial de serviço terciário com introdução de cirurgia robótica Método: Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos a abordagem cirúrgica robótica do Hospital Felício Rocho. Resultados: Foram analisados 31 prontuários correspondentes ao período entre outubro/2017 a julho/19. Durante o referido período, foram submetidos a abordagem robótica 18 pacientes do sexo masculino e 13 pacientes do sexo feminino. O perfil predominante dos pacientes em questão eram > 50 anos (média 58 anos), eutróficos (IMC médio de 22,13 kg/m²), oncológicos (74,1%) e classificados como ASA II na avaliação pré-anestésica (83,87%). Entre os portadores de neoplasia colorretal, a maioria (65,2%) consistia em portadores de neoplasia de reto submetidos a neoadjuvância (80%). No pós-operatório imediato, 16 pacientes foram encaminhados ao CTI e 15 à unidade de internação. Taxa de readmissão hospitalar em 30 dias relacionada ao procedimento de 6,45%. Taxas de conversão, de fístula anastomótica e de óbitos relacionados ao procedimento foram de 3,2%. Média de tempo de internação de 4 dias. Conclusão: Mesmo que evidências concretas na literatura a respeito do método, observamos uma melhora na evolução pós-operatória dos pacientes sem prejuízo a qualidade do procedimento.

INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA NO ADULTO

Mirsail Gabriel Da Silva Neto¹, Breno Faria Araújo¹, Rodrigo Pereira Peixoto², Bruno de Freitas Belezia², Mariana Mesquita Zschaber³, Laura Coimbra Teixeira¹

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil. 2. Hospital Metropolitan Odilon Behrens, Brasil. 3. Faculdade de Medicina de Barbacena, Brasil.

Autor correspondente: Mirsail Gabriel Da Silva Neto – E-mail: Mirsail@Hotmail.Com
Palavras-Chave: Intussuscepção. Colectomia. Abdome Agudo.

Introdução: Intussuscepção é a telescopagem de um segmento do trato gastrointestinal dentro do segmento adjacente. É causa comum de abdome agudo em crianças, mas em adultos é rara, representando 1 a 5% das obstruções mecânicas intestinais. A principal forma clínica é dor abdominal intermitente, apesar da sintomatologia ser variável. A tomografia computadorizada (TC), em adultos, é o exame diagnóstico de eleição. Objetivo: Relatar caso de intussuscepção colônica em adulto e breve revisão da literatura. Método: Informações obtidas por revisão de prontuário, exame clínico e registro fotográfico de peça cirúrgica. Relato de caso: J.F.C., 45 anos, atendida com quadro de dor abdominal recorrente, difusa, em cólica há cinco dias. TC de abdome visualizou imagem sugestiva e a laparotomia exploradora confirmou a suspeita clínica de intussuscepção colocolonônica com início no cólon transverso e término no descendente. Realizada hemicolectomia esquerda com anastomose primária. Recebeu alta hospitalar após 15 dias. No retorno ambulatorial trouxe resultado da biópsia da peça cirúrgica que revelou lipoma intestinal. Discussão: A intussuscepção intestinal é rara em adultos e sua fisiopatologia é incerta, porém acredita-se que qualquer lesão na parede intestinal possa alterar o peristaltismo e deflagrar a invaginação. Em adultos, 90% dos casos de intussuscepção são secundárias a uma condição patológica que serve como gatilho, como neoplasias e divertículo de Meckel. A apresentação clínica é variável, sendo a dor abdominal presente na maioria dos pacientes. Não existe abordagem unânime para a intussuscepção no adulto, mas a ressecção do segmento intestinal acometido é mandatória, visto que o risco de malignidade é de em torno de 65% e a isquemia acomete cerca de 42% dos pacientes, aumentando a morbimortalidade. Conclusão: A sintomatologia da intussuscepção colônica no adulto é inespecífica e pouco contribui para o diagnóstico. Portanto, exames de imagem, principalmente a TC, tornam-se ferramentas imprescindíveis para adequada elucidação diagnóstica e manejo terapêutico. A ressecção cirúrgica deve ser realizada precocemente evitando desfechos clínicos desfavoráveis.

PERFURAÇÃO INTESTINAL EM CURETAGEM UTERINA: RELATO DE CASO

Hélida Aline Tomacheski Amaral¹, Bruna Sodré Reis², Henrique Perez de Carvalho², Maíra Amábil Andrade², Lucas Pontes Parente Travassos², Renato Castro Freitas³

1- Cirurgiã geral no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2- Residente em Cirurgia Geral no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3- Cirurgião do Aparelho Digestivo no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Hélida Aline Tomacheski Amaral. Telefone: (31) 3568-3479; (31) 9 9808-7541. E-mail: helidatomacheski@gmail.com

Palavras-chave: Perfuração intestinal. Pneumoperitônio. Colostomia.

Introdução: A perfuração do útero pode ocorrer durante curetagem uterina. Em caso de lesões de alças intestinais, se não houver resposta à antibioticoterapia, há indicação de laparotomia¹. A tomografia computadorizada (TC) é útil para predizer o local da perfuração gastrointestinal e tornou-se o exame de escolha². **Objetivo:** O objetivo é relatar um caso de perfuração intestinal ocorrida durante curetagem uterina. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, submetida a curetagem uterina após aborto. Durante o procedimento, houve perfuração uterina. Realizada TC de abdome que mostrou discreto pneumoperitônio. Optado por internação clínica, sem uso de antibioticoterapia, tendo alta após dois dias de observação. No 4º dia evoluiu com piora da dor e distensão abdominal, associada a náuseas e vômitos. Realizada nova TC de abdome que evidenciou moderado pneumoperitônio, líquido livre e abscesso em pelve. Realizada laparoscopia e identificada contaminação grosseira da cavidade abdominal com material fecal. Optado por conversão para laparotomia, com achado de ponto de perfuração em sigmóide. Realizada sigmoidectomia com colostomia à Hartmann. Encaminhada ao CTI em pós-operatório imediato, devido a instabilidade hemodinâmica e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu de forma favorável e teve alta do CTI no 4º DPO, já com boa aceitação à dieta líquida. Teve alta hospitalar no 31º DPO, com boa aceitação à dieta branda, colostomia funcionante e em uso de antibiótico oral. **Resultados:** Readmitida três meses após para realização de cirurgia de reconstrução de trato gastrointestinal por videolaparoscopia. Cirurgia sem intercorrências, com alta hospitalar no 4º DPO. **Conclusões:** A perfuração intestinal por si só tem taxa de mortalidade de 14%, o que pode aumentar para 30% em caso de evolução para sepse. Esta, por sua vez, deve ser tratada com base em tratamento cirúrgico, antibioticoterapia e suporte clínico³. A operação de Hartmann tem sido amplamente empregada em casos de ressecção colônica de urgência, e no caso discutido, a sua escolha deve-se a peritonite fecal e instabilidade hemodinâmica. Não há consenso na literatura de quanto tempo esperar para realizar a reconstrução do trânsito intestinal⁴.

Referências

1- Menegoci JC, Filho AA, Brondi LAG, Modena MAB, Nagayassu NA. Conduta nas urgências em ginecologia – parte final: urgências por causas iatrogênicas. Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2008;10(2):38-40.

2- Singh JP, Steward MJ, Booth TC, Mukhtar H, Murray D. Evolution of imaging for abdominal perforation. College Surgeons of England. 2010;92:182-188.

3- Hecker A, Scheneck E, Röhrig R, Roller F, Hecker B, Holler J, Koch C, Hecker M, Reichert M, Lichtenstern C, Krombach GA, Padberg W, Weigand MA. The impact of early surgical intervention in free intestinal perforation: a time-to-intervention pilot study. World Journal of Emergency Surgery. 2015;10:54.

4-Silva RG, Castro Júnior GR, Ferreira CLM, Luz MMP, Conceição SA; Lacerda Filho A. Reconstrução de trânsito intestinal após confecção de colostomia à Hartmann. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2010; 37(1):10-16.

RELATO DE CASO: RESSECÇÃO DE RETO ASSISTIDO POR ROBÓTICA COM ANASTOMOSE COLOANAL

JESSICA RODRIGUES GIRUNDI GUIMARÃES, FERNANDO HENRIQUE TEODORO LEMOS, FABIO LOPES DE QUEIROZ, THAIS ANDRESSA SILVA FAIER, JAIRO SEBASTIAN ASTUDILLO VALLEJO, DANIELLE GOBBI KUNZ, BRENO XAIA MARTINS DA COSTA

Instituição: Hospital Felício Rocho

Introdução: A técnica cirúrgica para neoplasia de reto inferior modificou-se com o emprego da neoadjuvância e o melhor conhecimento da ressecção da margem circunferencial do tumor. A escolha da técnica deve ser individualizada objetivando a preservação esfinteriana. **Objetivo:** Descrição da técnica de cirúrgica robótica (as Vinci Si) de um paciente com neoplasia de reto inferior com preservação esfinteriana e anastomose coloanal. **Relato de caso:** Sexo masculino, 48 anos, clínica de tenesmo, submetido à colonoscopia, identificado lesão vegetante em reto de 6cm que toca a borda anal, semicircunferencial. Anatomopatológico da lesão: adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau. À ressonância: lesão em reto inferior, estágio T1/T2N0. Tomografia sem lesões à distância. Optado pelo tratamento cirúrgico sem neoadjuvância. **Técnica cirúrgica:** Uso da plataforma robótica com double docking associado a dissecação via perineal. Cirurgia sob anestesia geral e posição de Lloyd Davis e perneiras de Dan Allen. Os trocateres são posicionados em meia lua e a torre do robô próximo ao membro inferior esquerdo do paciente com ângulo de 30°. O primeiro docking foi utilizado para liberação do ângulo esplênico e o segundo, para excisão total do mesorreto. A dissecação do mesorreto é feita de forma a preservar as estruturas nervosas revestidas pela fáscia pélvica. Um dos braços do robô é mantido fixo para tração do reto anterosuperiormente e lateralmente, facilitando a exposição para dissecação até o mais inferior possível. É escolhida alça de ileo terminal para confecção de ileostomia protetora. Desacoplamento do robô e dissecação perineal circunferencial no plano interesfinteriano até encontrar a dissecação pélvica. Ressecção do reto e retirada da peça via endoanal. Secção do cólon, realizada de bolsa em j com grampeador linear e confecção de anastomose coloanal grampeada com grampeador circular. A câmera 3DHD dessa plataforma é controlada pelo cirurgião e a filtração dos tremores permitem uma dissecação mais anatômica das estruturas. O paciente evoluiu satisfatoriamente com alta hospitalar no 4 DPO sem intercorrências. **Conclusão:** Estudos atuais comprovam a segurança do uso da plataforma robótica. No entanto, pela precisão dessa nova plataforma, importância da margem radial de dissecação no prognóstico do paciente e curva de aprendizado dos cirurgiões, novos estudos podem ser necessários para avaliar a sua superioridade quando comparado com a laparoscopia.

RETICOLITE ULKERATIVA REFRTÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO - UM RELATO DE CASO

FERNANDA ELIAS FERREIRA RABELO, FABIO HENRIQUE DE OLIVEIRA, ALFREDO AUGUSTO MESSIAS, ENDERSON RESENDE BRANT, CELSO CARLOS DE OLIVEIRA FILHO, MÁRIO LÚCIO FERREIRA DA SILVA, ISABELLA CHAVES PADILHA DA COSTA

FERNANDA ELIAS FERREIRA RABELO: FELIASFRABELO@GMAIL.COM

Palavras-chave: Proctocolite. Doença Inflamatória Intestinal. Colectomia. Diarreia. Hemorragia Gastrointestinal.

Introdução: A retocolite ulcerativa é uma doença de etiopatogenia multifatorial relacionada a uma resposta imunológica exacerbada de caráter inflamatório, crônico da mucosa e submucosa do cólon e reto. Seu pico de incidência ocorre na segunda e terceira décadas de vida não havendo diferença significativa entre os sexos. O quadro clínico é representado por diarreia associada ou não a sangue nas fezes, podendo ocorrer perda ponderal além de dor abdominal. Objetivo: Relatar caso clínico e evolução de um paciente portador de retocolite ulcerativa grave e refratária a medidas clínicas. Método: Relato de caso prospectivo abordado em um hospital terciário do interior de Minas Gerais. Resultado: Jovem de 29 anos, sexo masculino, previamente hígido, com dor abdominal, diarreia intermitente e hematoquezia. Realizou colonoscopia, que evidenciou colite crônica e inespecífica em atividade. Evoluiu com piora do estado geral, sendo iniciado Azatioprina, corticóide e Mesalazina. Sem resposta clínica satisfatória após três meses de acompanhamento, foi iniciado Adalimumabe. O quadro se manteve arrastado, com piora clínica, desnutrição proteico-calórica, edema de membros inferiores, piora da diarreia, monilíase oral e esofagiana. Investigação para DST's com todas as sorologias negativas. Realizada nova colonoscopia evidenciando acometimento colônico exuberante, com presença de úlceras profundas serpinginosas, com padrão de pedras de calçamento. Realizado suporte nutricional com dieta parenteral por sete dias e o paciente foi encaminhado para abordagem cirúrgica. Submetido a colectomia total com exteriorização de ileostomia e fistula mucosa do coto retal. Paciente evoluiu com melhora clínica sendo acompanhado em ambulatório, em desmame de corticoides. Conclusão: O caso relatado demonstra como as manifestações da retocolite podem ser variadas em espectro de gravidade e a resposta ao tratamento clínico e imunológico também são variáveis. O manejo individualizado e agressivo da doença neste caso, demonstrou boa resposta terapêutica e desfecho favorável.

RISCO DE ENDOMETRIOSE APENDICULAR ENTRE 236 MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO COLORRETAL

Rodrigo Ralemadhá Gonçalves Rodrigues¹, Renan Andrade Nabak², Lívia Paulucci Cavalcanti Andrade¹, Victor Vinícius Alves da Silva², Priscila Dias Silva³, Juliano Alves Figueiredo¹,

1 Hospital Vila da Serra – MG. 2 Acadêmico de medicina UFMG - MG, 3 Complexo Hospitalar São Francisco de Assis – MG

Palavras-chave: endometriose, colorretal, endometriose apendicular

Introdução: A endometriose profunda é aquela que se estende 5 mm abaixo do peritônio e pode acometer o apêndice cecal. Na população geral o risco de endometriose apendicular é de 0,4 a 1% [1,2]. Mulheres portadoras de endometriose profunda apresentam chance 2,7 vezes maior de endometriose apendicular do que mulheres com quadro de endometriose superficial. [1] Objetivos: Determinar a incidência de endometriose apendicular em mulheres que apresentam quadro de endometriose profunda com acometimento da região colorretal e relevância da avaliação e ressecção do apêndice durante procedimento para tratamento de endometriose. Métodos: Realizado estudo de coorte, prospectivo, no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2018. Foram avaliadas 236 mulheres submetidas a cirurgia colorretal. Somente 1 cirurgião operou todos os casos o que garantiu a aplicação de mesma técnica cirúrgica e uniformidade no tratamento das pacientes. Resultados: Foram avaliadas 236 mulheres, sendo que 8 (3,38%) foram excluídas pois o resultado do anatomopatológico não evidenciou invasão colorretal. O diagnóstico de endometriose apendicular foi confirmado em 14 (6,2%) das 224 pacientes restantes, após estudo anatomopatológico. Realizou-se ressecção de segmento intestinal em 11 (78,6%) pacientes e em 3 (21,4%) ressecção discoide do intestino. A endometriose apendicular foi diagnosticada em 2 pacientes (14%) durante a avaliação pré-operatória, enquanto que em 12 pacientes (86%) a condição foi diagnosticada durante o perioperatório. O tamanho dos nódulos endometrióticos variou de 20mm a 60mm e em 10 (71,4) pacientes o local acometido era o reto superior. Conclusão: Demonstrou-se elevada incidência de endometriose apendicular em mulheres portadoras de endometriose em região colorretal, demonstrando relevância na avaliação pré-operatória e perioperatória do apêndice cecal, indicando sua ressecção na presença de sinais de acometimento, colaborando assim, para a completa ressecção de todos os focos endometrióticos.

Referências

Moulder JK, Siedhoff MT, Melvin KL, Jarvis EG, Hobbs KA, Garrett J. Risk of appendiceal endometriosis among women with deep-infiltrating endometriosis. 2017; 139(2):149-154. doi: 10.1002/ijgo.12286

Shen AY, Stanes A, Case report: Isolated Appendiceal Endometriosis. 2016; 38(10):979-981. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.06.006>

Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Labarca-Acosta M. Endometriosis del apéndice. Gastroenterol Hepatol. 2015; 39(7):463-465.

Unver N, Coban G, Arıcı DS, Buyukpınarbasılı N, Gucin Z, Malya FÜ, Onaran OI, Topalan K. Unusual Histopathological Findings in Appendectomy Specimens: A Retrospective Analysis of 2047 Cases. 2018; 27(2):142-6.

TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS COLORRETAIS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS (MG)

Raquel Coimbra Dias¹, Daniel Zandim Maciel Dias Ferreira², Fábio Henrique de Oliveira³, Renato Corgozinho Alves da Silva², Carolina Lacorte Galina¹, Monike Santana Gobbo¹, Luisa Godoi Lopes¹, Fernanda Elias Ferreira Rabelo³

1 – Universidade Federal de São João del Rei, Minas Gerais, Brasil. 2 – Complexo de Saúde São João de Deus, Minas Gerais, Brasil. 3 – Complexo de Saúde São João de Deus; Universidade Federal de São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Raquel Coimbra Dias. E-mail: raquelcoimbra2@yahoo.com.br

Palavras-chave: Adenomas. Rastreamento. Colonoscopia. Câncer Colorretal.

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é o terceiro câncer mais prevalente e a quarta causa de morte por câncer, no mundo. Uma característica específica do CCR é o seu lento desenvolvimento (cerca de 10 anos) através da sequência convencional de pólipos adenomatosos para carcinoma. É devido a essa lenta progressão que o rastreamento torna-se relevante, por meio da prevenção da incidência ou das complicações do CCR. O pólipos do cólon e do reto são alterações benignas na superfície da camada mucosa e podem originar-se devido à inflamação, à maturação anormal da mucosa, à anormalidade da arquitetura ou proliferação e à displasia. Os fatores como a idade avançada, o sexo masculino e a obesidade são associados ao seu surgimento. O rastreamento do câncer colorretal consiste na detecção precoce de lesões pré-malignas em pessoas assintomáticas, sem história prévia de neoplasia maligna. Dessa forma, os testes devem detectar lesões em estágio inicial ou pré-cancerosa. Segundo a última revisão da American Cancer Society, publicada em 2018, recomenda-se iniciar o rastreamento a partir dos 45 anos de idade, na população de risco habitual, ou a partir dos 40 anos ou 10 anos antes do episódio de câncer em parentes de primeiro grau. Diversos métodos são recomendados e em determinados intervalos, destacando-se a colonoscopia, como padrão-ouro. **Objetivos:** Identificar a Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) colorretais em um Hospital de Referência do Centro-Oeste de Minas Gerais. **Objetivos específicos:** Estimar a Taxa de Detecção de Adenomas colorretais em um Hospital de Referência do Centro-Oeste de Minas Gerais, por meio de exames de colonoscopia, referente ao período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017; Avaliar a diferença de ocorrência de pólipos colorretais, de acordo com a idade e o sexo; Analisar a indicação do Rastreamento do câncer colorretal em relação à faixa etária do paciente. **Métodos:** Este é um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, para avaliar a Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) colorretais, associando-a à faixa etária dos indivíduos. Para isto, foi realizado um levantamento de todas as colonoscopias referentes ao período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. A base de dados utilizada consiste nos prontuários eletrônicos de um Hospital de grande porte do Centro-Oeste de Minas Gerais, no município de Divinópolis. A Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) é a porcentagem de adenomas, histologicamente comprovada, encontrada nas colonoscopias desempenhadas em um serviço. Neste trabalho, as colonoscopias analisadas foram realizadas por dois médicos cirurgiões coloproctologistas e os pacientes foram selecionados por meio da descrição diagnóstica do endoscopista, na qual cita-se a presença de pólipos ou lesões plano-elevadas. Solicitou-se, ao laboratório local de anatomia patológica e citologia, os resultados dos exames escolhidos. Os resultados obtidos foram gravados em arquivos informatizados e, para a análise estatística, foram utilizadas as seguintes variáveis: a idade e o gênero do paciente, a presença de lesão polipoide e o seu tipo histológico. **Resultados:** Foram avaliadas 776 colonoscopias, sendo 502 do sexo feminino e 274 do sexo masculino. Em 188 delas foram identificados pólipos pela análise anatomopatológica. No sexo masculino, 88 possuíam pólipos (32,1% de todos os homens) e no sexo feminino, 100 exames (19,9% de todas as mulheres). Após verificar os exames de anatomia patológica em indivíduos do sexo masculino, constatou-se os seguintes resultados: 19 (21,6%) pólipos hiperplásicos; 7 (7,9%) pólipos inflamatórios; 47 (53,4%) adenomas tubulares; 8 (9,1%) adenomas túbulo-vilosos; 1 (1,1%) adenoma serrilhado; e em 6 (6,8%) pólipos o resultado correspondia a uma neoplasia maligna. Destaca-se que, dentre os 88 pólipos identificados no sexo masculino, em 16 deles os indivíduos possuíam até 50 anos de idade, sendo este mesmo valor para os indivíduos que possuíam de 51 a 60 anos. Em relação ao sexo feminino, os exames de anatomia patológica consistiram nos seguintes resultados: 28 (28%) pólipos hiperplásicos; 4 (4%) pólipos inflamatórios; 1 (1%) hamartoma; 51 (51%) adenomas tubulares; 9 (9%) adenomas túbulo-vilosos; 4 (4%) adenomas vilosos; e 3 (3%) adenomas serrilhados. Novamente vale ressaltar que, do total de 100 pólipos analisados no sexo feminino, em 22 deles as pessoas possuíam até 50 anos de idade e em 21 as mulheres tinham entre 51 e 60 anos. Isso reforça a importância da adesão às novas diretrizes propostas para o rastreamento do Câncer Colorretal (início aos 45 anos). Ressalta-se que este foi o primeiro estudo da região do Centro-Oeste de Minas Gerais que avaliou a Taxa de Detecção de Adenomas (TDA), como indicador de qualidade do serviço de Colonoscopias. **Conclusão:** Analisando os resultados de anatomia patológica, identificou-se 123 pacientes com adenomas, concluindo que a Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) geral, em relação ao total de colonoscopias analisadas (776), foi de 15,8%, sendo 56 adenomas no sexo masculino (20,4%), e 67 no sexo feminino (13,3%). A TDA tem sido reconhecida como um dos importantes indicadores do padrão de qualidade de um serviço de colonoscopia, pois correlaciona-se inversamente com a prevalência de CCR. Posteriormente à coleta e análise das taxas de detecção alcançadas, torna-se possível realizar o rastreamento do CCR de forma mais fidedigna, correspondendo à realidade da região. Além disso, após investigar os dados obtidos, pode-se avaliar se existe a necessidade de aprimoramento do serviço ofertado, tendo em vista a melhoria do rastreamento do CCR.

TRATAMENTO DE FÍSTULA INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Hélida Aline Tomacheski Amaral¹, Lucas Pontes Parente Travassos², Maira Amábile Andrade², Henrique Perez de Carvalho², Bruna Sodré Reis², Cláudio Holanda Maciel³, Renato Castro Freitas³

1- Cirurgiã geral no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2- Residente em Cirurgia Geral no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3- Cirurgião do Aparelho Digestivo no Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Hélida Aline Tomacheski Amaral. Telefone: (31) 3568-3479; (31) 9 9808-7541. E-mail: helidatomacheski@gmail.com

Descritores: Doença de Crohn. Fístula Intestinal. Terapia Nutricional.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico que acomete o trato gastrointestinal¹. Dentre as complicações da DC, destaca-se a obstrução do delgado, que foi a manifestação inicial da doença no caso exposto a seguir². As fístulas digestivas são definidas pela comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer víscera oca, ou em cavidade livre ou com a superfície cutânea^{3,4,5}. A fístula enterocutânea ocorre em mais de 90% dos casos como complicação pós-operatória⁴. **Objetivo:** O objetivo é relatar um caso de fístula intestinal após cirurgia de urgência para abdome agudo obstrutivo, devido a lesão estenosante em íleo por DC. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, com quadro de dor abdominal, prostração e vômitos. Evoluiu com choque séptico e estase de aspecto fecalóide. Exploração cirúrgica identificou lesão estenosante em íleo distal, com sinais de sofrimento em ceco. Realizada hemicolectomia à direita com anastomose primária. Resultado da anatomia patológica (AP) mostrou infiltrado inflamatório linfocitário transmural, sendo interrogada DC. No 6º dia de pós-operatório (DPO) evoluiu com saída de secreção escura pelo dreno e pela ferida operatória. TC de abdome evidenciou trajeto de fístula enterocutânea. Iniciada nutrição parenteral total (NPT). Evoluiu com drenagem de alto débito (>500mL/dia³) e, para conter a secreção e minimizar seu contato com a pele, foi utilizada bolsa fístula. Evisceração no 18º DPO, com confecção de bolsa à Bogotá. Após retirada da bolsa e redução do débito da fístula, foi liberada dieta oral. Realizadas 3 tentativas com curativo à vácuo, sem sucesso. Alta hospitalar no 131º dia de internação hospitalar. Nova admissão após 11 dias por insuficiência renal aguda. Após estabilização clínica, foi submetida a cirurgia para fechamento da fístula. No 12º DPO evoluiu com nova fístula enterocutânea, desta vez de baixo débito. Alta hospitalar no 32º DPO e fechamento espontâneo da fístula após 15 dias. **Resultados:** Seguimento ambulatorial até os dias atuais, mais de 2 anos após a alta, em uso de Infliximab e sem intercorrências. **Conclusões:** Cirurgias em vigência de processo inflamatório, como na DC, tem risco aumentado para fístulas³. A presença de infecção e a desnutrição são fatores que comprometem o prognóstico^{3,4,5}. A terapia nutricional ganha destaque no manejo dos pacientes com fístula, principalmente nas de alto débito, que possuem maior taxa de mortalidade^{4,5}. Também deve ser dado atenção especial ao equilíbrio hidroeletrólítico e proteção da pele⁴.

Referências

- 1- Gama AH, Cerski CTS, Moreira JPT, Caserta NMG, Oliveira Júnior O, Araújo SEA. Doença de Crohn intestinal: manejo. Diretrizes em foco. Sociedade Brasileira de Coloproctologia; Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva; Sociedade Brasileira de Patologia; Colégio Brasileiro de Radiologia. Revista da Associação Médica Brasileira. 2011; 57(1): 10-13.
- 2- Maranhão DDA, Vieira A, Campos T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. Jornal Brasileiro de Medicina. 2015; 103 (1): 9-15.
- 3 - Gomes CHR, Almeida MFA, Silva DV, Serpa GMT. Fístulas digestivas – Revisão de literatura. Unimontes Científica. 2004; 6(2): 114-122.
- 4- Torres OJM, Salazar RM, Costa JVG, Corrêa FCF, Malafaia O. Fístulas enterocutâneas pós-operatórias: análise de 39 pacientes. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias. 2002; 29(6): 359-363.
- 5 - Nascimento JEA, Campos AC, Borges A, Correia MITD. Terapia Nutricional nas Fístulas Digestivas. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina). 2011; 1-9.