



Trabalhos selecionados para apresentação durante a
XXIII Jornada Paulista de Atualização Digestiva – JOPADDI 2011

7 A 9 DE ABRIL DE 2011
ÁGUAS DE LINDÓIA – SP

www.cbcsp.org.br/jopaddi

Realização



www.cbcsp.org.br

GCL01 - “MANOMETRIA ANORRETAL NO DIVERTÍCULO DE RETO”

Juliana Santos VALENCIANO; Rodrigo de Oliveira MELLO; Fabio Piovezan FONTE; Ronaldo NONOSE; Rogério Tadeu PALMA; René CREPALDI FILHO; Hermínio REZENDE JÚNIOR; Camila Morais Gonçalves SILVA; Carlos Augusto Real MARTINEZ.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo

Divertículo localizado no reto é um achado excepcional, estimando-se que existam pouco mais de 50 casos publicados. Sua etiopatogenia apresenta aspectos controversos, quanto a ser de origem congênita ou adquirida. Recentemente, distúrbios na defecação vêm sendo relacionados à maior possibilidade do desenvolvimento da doença. Contudo, até a presente data, as alterações manométricas em doentes com divertículo do reto ainda não foram estudadas. Objetivo: O objetivo do presente painel é mostrar os resultados de avaliação eletromanométrica anorretal, realizada em dois portadores de divertículo retal. Casuística e Método: Um homem e uma mulher, com 56 e 58 anos, respectivamente, com diagnóstico de divertículo retal confirmados por colonoscopia, enema opaco, ultrassonografia endorretal e ressonância magnética da pelve foram submetidos à eletromanometria anorretal, com cateter de oito canais, sob perfusão de água a 0,3 ml/min/canal, através de sistema de infusão capilar pneumático e hidráulico. Resultados: O resultado do exame eletromanométrico em ambos mostrou perfil pressórico esfínteriano normal, tanto em repouso, como em contração voluntária máxima, não se encontrando assimetrias esfínterianas. O reflexo reto-anal inibitório encontrava-se presente e dentro de valores normais, assim como a sensibilidade e a complacência retal. A análise pelo vetor volume não mostrou alterações significativas concluindo-se por estudo manométrico anorretal normal. Conclusão: O estudo manométrico anorretal de dois doentes com divertículo localizado no reto não demonstrou existência de distúrbios pressóricos nos esfínteres anorretais reforçando a possibilidade de que a doença possa ter origem congênita, desenvolvendo-se em pontos com maior fraqueza da parede retal.

GCL02 - ATIVIDADE FÍSICA COMO FATOR DE CONTROLE DA DIABETES TIPO II

Guilherme M. Natalin (1), Henrique M. Natalin (2), João V. M. Rubello (3), Luiz C. Abreu (4), Márcio Petenusso (5)

(1) Acadêmico do curso de medicina pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. (2) Acadêmico em medicina pela Universidade Anhembi Morumbi. (3) Acadêmico em medicina pela Universidade Estácio de Sá. (4) Fisioterapeuta mestre e doutor em reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (5) Enfermeiro mestre em ciências da saúde, professor do curso de biomedicina da Universidade do Planalto Catarinense e graduando do curso de medicina na UNIPAC.

INTRODUÇÃO: Perante aos tratamentos propostos ao portador de diabetes mellitus tipo II (DM II), destaca-se o a importância do exercício físico como co-fator para o sucesso da terapêutica, a qual envolve mudanças de hábitos, antidiabéticos orais ou insulina. A DM II é um distúrbio metabólico caracterizado pela resistência à insulina e, portanto, altos níveis séricos de glicose, a terapêutica envolve uma ressensibilização das células corporais frente à insulina.

OBJETIVO: Avaliar o impacto de exercícios físicos moderados aliados a uma orientação sobre hábitos saudáveis sobre o controle glicêmico no indivíduo portador de DM II.

MÉTODO: Seis diabéticos foram orientados a tomar café em sua residência. Chegando ao local, submeteram-se ao teste de glicemia capilar. Em seguida era iniciada a caminhada durante um período de 50 minutos, logo após era realizada teste de glicemia capilar. Este protocolo foi realizado cinco dias por semana, entre os meses de novembro de 2009 e abril de 2010.

RESULTADOS: Interessantemente após o primeiro mês de acompanhamento, os valores médios, tanto pré como pós-caminhada, apresentaram elevações de aproximadamente 40%. Que recrudesceram significativamente nos meses seguintes, chegando a cerca 30% na diminuição da glicemia.

CONCLUSÃO: Em suma, nossos resultados de glicemia capilar média, compreendido entre os meses de novembro/09 a abril/10, mostram que o exercício físico é significativo no impacto sobre a glicemia em indivíduos com DM II tratados ou não com insulina este fato vem de encontro aos dados com a literatura que destaca o exercício físico com o aumento da sensibilidade dos tecidos de grande importância na ajuda terapêutica do diabético tipo II, visto que parece aumentar de forma significativa a sensibilidade dos tecidos o que pode colaborar para diminuição na utilização de drogas, e maior controle da patologia.

GCL03 - Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: principais observações dos alunos de medicina no Programa de Integração em Saúde na Comunidade.

Guilherme M. Natalin (1), Henrique M. Natalin (2), João V. M. Rubello (3), Luiz C. Abreu (4), Márcio Petenusso (5)

(1) Acadêmico do curso de medicina pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. (2) Acadêmico em medicina pela Universidade Anhembi Morumbi. (3) Acadêmico em medicina pela Universidade Estácio de Sá. (4) Fisioterapeuta mestre e doutor em reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (5) Enfermeiro mestre em ciências da saúde, professor do curso de biomedicina da Universidade do Planalto Catarinense.

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica com tratamento que afeta aproximadamente 346 mil novos casos em indivíduos acima de 40 anos de idade, além dos 11 milhões de casos existentes no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, durante a Campanha Nacional de Detecção de Diabetes em 2001. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é outra doença crônica de grande prevalência, que atinge cerca de 22% da população brasileira acima de vinte anos. Dados do MS afirmam que cerca de 50% dos casos de HAS e a DM ocorrem em associação.

Objetivo: Desenvolver e avaliar estratégias de educação e promoção em saúde para idosos portadores de HAS e DM da Unidade Básica de Saúde (UBS) “José Paulo Pimenta de Melo”, no Jardim Zara em Ribeirão Preto – SP.

Método: Em união com a UBS “José Paulo Pimenta de Melo” foi realizada uma intervenção que pudesse alterar o seguimento de 30 hipertensos e/ou diabéticos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas. Foram feitas palestras semanais que tiveram como enfoque: instrução sobre medicamentos, efeitos colaterais do álcool e do tabagismo, orientações alimentares e importância do exercício físico. Em todos finais de palestras foram aferidas a pressão arterial e verificada a glicosimetria dos participantes.

Resultados: No término das semanas de atividades, fizemos uma avaliação para analisarmos a eficiência da intervenção, na qual observamos que de cada dez pessoas oito tiveram mais que 80% de acerto, ficando evidenciada a importância da educação na saúde.

Conclusão: O estudo realizado evidenciou que estratégias voltadas para a educação e promoção em saúde se mostraram como alternativa importante para aumentar a adesão ao tratamento, conhecimento sobre a patogenia, proporcionando mudanças no estilo de vida e melhoria na qualidade de vida dos idosos.

GCL04 - EXTRAVASAMENTO E INFILTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Henrique M. Natalin (1), Guilherme M. Natalin (2), João V. M. Rubello (3), Luiz C. Abreu (4), Márcio Petenusso (5)

(1) Acadêmico em medicina pela Universidade Anhembi Morumbi. (2) Acadêmico do curso de medicina pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. (3) Acadêmico em medicina pela Universidade Estácio de Sá. (4) Fisioterapeuta mestre e doutor em reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (5) Enfermeiro mestre em ciências da saúde, professor do curso de biomedicina da Universidade do Planalto Catarinense.

Introdução: Os fármacos quimioterápicos atuam no mecanismo de divisão celular com a finalidade principal de inibir a replicação de células tumorais. Quanto à via de administração esses são comumente administrados por via oral ou endovenosa. Dado às complicações locais ou sistêmicas relacionados à terapia intravenosa faz-se necessário que a equipe multidisciplinar reconheça os mecanismos de prevenção e tratamento dessas complicações. Quanto às complicações locais destaca-se à presença de extravasamento e infiltração desses agentes, sendo que essas devem ser detectadas precocemente, visto sua relação com lesões teciduais graves, que se não tratadas podem levar a perda do membro acometido.

Objetivo: Levantar o conhecimento da equipe multidisciplinar quanto aos cuidados e condutas que deverão ser observados durante a infiltração e extravasamento de agentes quimioterápicos.

Método: Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Clínica Médica, de uma Instituição Privada da cidade de São Bernardo do Campo- SP. Os dados foram coletados entre outubro/novembro de 2010 através de um questionário fechado com 10 questões de múltipla escolha, o qual foi preenchido após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram deste, uma população 03 médicos, 07 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 13 auxiliares de enfermagem.

Resultados: Após análise dos dados verificou-se que os maiores déficits de conhecimento foram quanto à diferença entre extravasamento e infiltração, via de acesso para quimioterapia quando em terapia intravenosa maior que 1 hora, fatores de risco e atitudes diante do extravasamento ou infiltração de agentes quimioterápicos, bem como as ações que devem ser realizadas diante do extravasamento de drogas específicas como a vincristina e vimblastina.

Conclusão:

Após análise dos dados não está claro para equipe multidisciplinar quais as variáveis que estão presentes durante a terapia intravenosa, em especial quando se trata da administração dos agentes quimioterápicos o que revela a importância de maiores discussões e pesquisas acerca deste tema, para que possamos melhorar a prática assistencial do médico e sua equipe.

GCL05 - AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AUTO-APLICAÇÃO DE INSULINA

Henrique M. Natalin (1), Guilherme M. Natalin (2), João V. M. Rubello (3), Luiz C. Abreu (4), Márcio Petenusso (5)

(Acadêmico em medicina pela Universidade Anhembi Morumbi. (2) Acadêmico do curso de medicina pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. (3) Acadêmico em medicina pela Universidade Estácio de Sá. (4) Fisioterapeuta mestre e doutor em reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (5) Enfermeiro mestre em ciências da saúde, professor do curso de biomedicina da Universidade do Planalto Catarinense.

Introdução: Em indivíduos com Diabetes Mellitus tipo I (DM I) a terapêutica tem como base a administração de insulina através da aplicação desse hormônio no tecido subcutâneo. Esses pacientes são treinados e orientados a realizarem a auto-aplicação de insulina, que irá suprir a deficiência do referido hormônio, que seria sintetizado pelas células B das ilhotas pancreáticas. Temos observado em nossa prática que alguns pacientes sentem-se inseguros ou com dúvidas em relação auto-aplicação de insulina, o que despertou-nos o desejo de avaliar a técnica realizada por eles.

Objetivo: Observar o comportamento desses clientes em relação à técnica de auto-aplicação de insulina.

Método: Consiste em um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa realizada em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo - SP. Fizeram parte desse estudo 30 pacientes portadores de DM I de 30- 50 anos, genero feminino, diagnostico realizado a mais de três anos, apresentação de lipodistrofia pelo menos uma vez durante o tratamento e que realizam a sua própria aplicação de insulina. Os dados foram coletados entre agosto a dezembro de 2008 através de uma ficha de observação semi- estruturada com roteiro da técnica a ser seguida, e preenchimento desta pelo observador simultaneamente durante a técnica utilizada pelo paciente.

Resultados: Os dados apresentados mostraram que as maiores deficiências relacionavam-se com: não desinfecção da borracha do frasco de insulina, bem como o não uso de homogenização do frasco ou anti-sepsia da pele, não uso de prega cutânea, utilização de angulo diferente de 90° para realizar a auto – aplicação, e verificação de retorno venoso.

Conclusão: Os dados analisados pelo trabalho forneceram subsídios para a formação de um grupo de apoio a esses pacientes a fim de ensinar-lhes a técnica de auto – aplicação de injeção de insulina bem como sanar as suas dúvidas.

GCR06 - O USO DO SELANTE TACHOSYL EM HEPATECTOMIAS ABERTAS E LAPAROSCÓPICAS

TEIXEIRA, ARF

Hemorragias intra ou pós-operatórias não são incomuns em hepatectomias, e relacionam-se ao aumento de morbidade e mortalidade do procedimento. A adequada hemostasia intraoperatória é fator primordial para a diminuição das complicações e da necessidade de transfusões de hemoderivados. Muitos produtos foram utilizados sobre a área cruenta do fígado com intuito hemostático (colas biológicas, esponjas biocompatíveis, etc). Recentemente, um novo produto recebeu autorização de utilização no Brasil. TachoSil (Nycomed Austria GmbH) é uma esponja hemostática que contém fibrinogênio humano ($5,5 \text{ mg/cm}^2$) e trombina humana ($2,0 \text{ UI/cm}^2$), indicado para o tratamento de apoio em cirurgia, para melhoria da hemostasia, para promover a colagem dos tecidos, e para apoio de suturas em cirurgia vascular quando as técnicas padrão se mostram insuficientes. Após promissores teste em animais (porcos e cães), iniciamos uma série de hepatectomias abertas e laparoscópicas com utilização do produto, com resultados bastante satisfatórios. Nesta apresentação são exibidos vídeos demonstrando as diversas técnicas de utilização do TachoSil em cirurgia hepática, nas abordagens convencional e laparoscópica.

GCR07 - BISSEGMENTECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO O ACESSO GLISSONIANO

TEIXEIRA, ARF; MACHADO, MAC; SURJAN, RT; PILLA, VF

Atualmente as ressecções do segmento lateral esquerdo do fígado podem ser realizadas com segurança por laparoscopia, utilizando-se várias técnicas de dissecação dos pedículos hepáticos. A técnica do acesso glissoniano apresenta vantagens, pois evita que o envelope glissoniano tenha de ser aberto para a dissecação dos elementos do pedículo (artéria, veia e ducto biliar), além de ser uma técnica rápida e reprodutível. Já foram descritas as técnicas de controle dos pedículos de todos os segmentos hepáticos, individualmente ou em pares (setores) na cirurgia aberta. Na cirurgia laparoscópicas também esse acesso tem sido utilizado com sucesso. O presente vídeo demonstra uma bissegmentectomia hepática esquerda por adenoma hepático sendo realizada com a utilização do acesso glissoniano. A cirurgia teve duração total de 55 minutos e drenos cavitários não foram utilizados. Alta hospital foi possível no segundo dia. Pontos-chave dessa técnica, prós e contras são demonstrados no vídeo.

GCR08 - USO DO HEMIPRINGLE NA HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA

TEIXEIRA, ARF; KRUGER, JA; NOVASKY, G

Atualmente as ressecções das lesões periféricas do fígado podem ser realizadas por laparoscopia com segurança. Hemorragias intra ou pós-operatórias não são incomuns em hepatectomias, e relacionam-se ao aumento de morbidade e mortalidade do procedimento. A adequada hemostasia intraoperatória é fator primordial para a diminuição das complicações e da necessidade de transfusões de hemoderivados. Na hepatectomia laparoscópica a hemorragia é de difícil controle, pois perde-se muito tempo na conversão para cirurgia aberta. Classicamente a manobra de Pringle pode ser utilizada a fim de evitar sangramento durante a fase de hepatomia. Recentemente, a manobra de hemipringle (isquemia seletiva de apenas um dos hemi-fígados) foi descrita na abordagem laparoscópica, com expressiva vantagem sobre a manobra clássica, pois evita a isquemia desnecessária do parênquima remanescente. Nesta apresentação são exibidos dois casos de utilização da manobra de hemipringle na ressecção laparoscópica de lesões periférica do lobo direito em mulheres jovens adenomas). Pontos-chave dessa técnica, prós e contras são demonstrados no vídeo.

GCR09 - QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CALICIFORMES NA MUCOSA CÓLICA COM E SEM TRÂNSITO FECAL ATRAVÉS DE MORFOMETRIA COMPUTADORIZADA.

Rodrigo de O. Mello, José A. Pereira, Camila M. G. da Silva, Fábio P. Fonte, Carlos A. R. Martinez.

Laboratório de Pesquisas, Universidade São Francisco – Bragança Paulista/SP.

Introdução: Doenças inflamatórias do cólon lesam seu epitélio e as alterações na expressão de mucinas, secretadas pelas células caliciformes, são um achado importante no espectro histológico dessas doenças. Em nenhuma oportunidade havia sido quantificado os níveis de células caliciformes em modelos experimentais de colite de exclusão. **Objetivo:** Quantificar a população de células caliciformes na mucosa cólica de segmentos providos e desprovidos de trânsito fecal, relacionando os achados ao tempo de exclusão do trânsito intestinal. **Método:** 60 ratos Wistar machos foram divididos igualmente em três grupos experimentais. A divisão dos grupos seguiu as datas dos sacrifícios, realizados em seis, 12 e 18 semanas após a cirurgia. De cada grupo, 15 animais sofreram derivação do cólon esquerdo por meio de colostomia proximal e fístula mucosa distal (subgrupo experimento) e cinco sofreram laparotomia isolada (subgrupo controle). O subgrupo experimental recebeu solução fisiológica pela fístula mucosa distal em dias alternados até a data do sacrifício, onde foram removidos segmentos dos cólons providos e desprovidos de trânsito fecal, sendo submetidos à estudo histopatológico. As células caliciformes foram quantificadas por morfometria computadorizada e os dados foram comparados utilizando-se o teste t de Student. O teste de Kruskal-Wallis analisou a variância entre os grupos experimentais, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0.05$). **Resultados:** Os resultados demonstraram redução no número de células caliciformes em segmentos desprovidos de trânsito intestinal em 12 e 18 semanas, quando comparados com segmentos providos de trânsito intestinal no mesmo período ($p < 0.01$). Houve correlação significativa entre o tempo de exclusão intestinal e aumento da concentração de células caliciformes nos subgrupos controle ($p < 0.01$) e proximal experimental ($p < 0.05$), mas não no subgrupo experimental distal. **Conclusão:** Segmentos cólicos desprovidos de trânsito fecal apresentam redução de células caliciformes. Há aumento do número dessas células com o progredir do tempo de exclusão, porém não significante.

Apoio: PROBAIC e FAPESP

GCR10 - COMPARAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE TERAPIA NUTRICIONAL NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO - REVISÃO DA LITERATURA

Aline Fioravanti Pasquetti¹, Marcelo A. F. Ribeiro Jr², Orlando Contrucci³,
Murillo Favaro⁴

(1), (2), (3), (4) UNISA/Hospital Moysés Deutsch

INTRODUÇÃO

A importância da terapia nutricional em pacientes cirúrgicos é conhecida nos diversos sistemas hospitalares, porém ainda pouco empregada. No Brasil observou-se, através de uma pesquisa intitulada Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI, 1996), que 48,6% dos pacientes internados encontravam-se em estado de desnutrição, sendo 12,7% destes desnutridos graves e 35,5% moderadamente desnutridos. Apesar disso, o estudo demonstrou que somente 7,3% dos pacientes receberam alguma forma de terapia nutricional.

Estudos demonstraram que o diagnóstico dos vários graus de desnutrição à admissão hospitalar e posterior estabelecimento de uma terapia nutricional provocaram uma redução na permanência hospitalar, na taxa de complicações e da mortalidade.

OBJETIVO

Comparar o estado nutricional de pacientes cirúrgicos que receberam e que não receberam terapia nutricional.

MÉTODO

Ensaio clínico randomizado e controlado, seguidos de tratamento estatístico com significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Pacientes que receberam triagem nutricional e que foram classificados como desnutridos demonstraram um melhor prognóstico nutricional ao receberem dietas enriquecidas, quando comparados àqueles que não receberam. Além do ganho de peso, muitos deles demonstraram menor incidência de complicações infecciosas respiratórias e do sítio cirúrgico. Além das dietas hiperproteicas e hipercalóricas, atualmente existe uma série de elementos específicos para alimentação, tanto enteral quanto parenteral. Aminoácidos como a arginina, a glutamina, além de ácidos graxos, o β -hidroxi- β -metilbutirato e o óleo de peixe demonstraram apresentar uma função imunomoduladora importante em pacientes no pós operatório de doenças digestivas, ao melhorar a função leucocitária, os níveis séricos de IgG e da proteína transportadora do retinol.

CONCLUSÃO

A necessidade de uma abordagem nutricional diferenciada para cada paciente é um item fundamental para o prognóstico de morbimortalidade. Entretanto, ainda é um tema negligenciado pelos profissionais de saúde. Há que ser considerado também o valor alto de várias formulações enterais e parenterais especializadas, apesar de estudos já mostrarem a positividade no custo-benefício.

GCR11 - DIVERTÍCULO FARINGO-ESOFAGIANO: AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

María A.C.A Henry (1), Mauro M. Lerco (1), José V. Tagliarini (2), Emanuel C. Castilho (2), Fabiola T. Novaes (1).

1. Departamento de Cirurgia e Ortopedia, 2. Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Os divertículos faringo-esofagianos foram descritos por Abraham Ludlow em 1764. Decorridos dois séculos, Zenker (1878) coletou a primeira casuística de 22 pacientes. Por esta razão o divertículo faringo-esofagiano (DFE) é também denominado de divertículo de Zenker. O DFE é decorrente de um aumento da pressão intra-luminal que acarreta uma herniação da mucosa através de um ponto de fraqueza da musculatura esofagiana (triângulo de Killian). O DFE é pouco frequente, representando 3 a 5% das doenças esofagianas, sendo mais frequente no sexo masculino e em indivíduos com mais de 65 anos. O objetivo do presente trabalho é apresentar os aspectos clínicos e terapêuticos de pacientes com DFE. No período de 1995 a 2010 foram atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu 40 pacientes com DFE, sendo 22 homens e 18 mulheres, com idades variando entre 37 e 91 anos (média 65,5 anos). A confirmação do diagnóstico foi realizada através de esofagograma. O exame endoscópico demonstrou a presença de tumor (carcinoma espino celular) no terço superior do esôfago em três pacientes, além do DFE. Os três pacientes estavam com doença avançada, tendo sido adotada conduta paliativa (gastrostomia, radioterapia e quimioterapia). Na avaliação clínica constatou-se que uma paciente não apresentava condições compatíveis com ato anestésico, em decorrência de obstrução coronariana. Os demais pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico ou endoscópico. O tratamento cirúrgico constou de diverticulectomia e miotomia do músculo cricofaríngeo, realizadas por cervicotomia esquerda, o qual foi efetuado em 24 pacientes (grupo 1). No grupo 2 (12 pacientes) foi realizado tratamento endoscópico (técnica de Dohlman ou diverticulostomia). A idade média dos pacientes do grupo 1 foi de 61,2 anos e no grupo 2 foi de 72,6 anos. As complicações precoces foram mais comuns nos pacientes do grupo 1: fístula (2 pacientes) e rouquidão (2 pacientes). A recidiva foi observada em 16,6% dos pacientes do grupo 2. Esta complicação não foi diagnosticada nos pacientes do grupo 1. Os autores concluem que os resultados do tratamento cirúrgico foram mais favoráveis que o do endoscópico, ficando o último reservado para pacientes idosos e portanto em condições clínicas incompatíveis com abordagem cirúrgica.

GCR12 - EMPREGO DA CIRURGIA DE HELLER-PINOTTI NO TRATAMENTO DO ESFÍNCTER ESOFAGIANO INFERIOR HIPERTENSIVO

Maria A.C.A.Henry (1), Mauro M. Lerco (1)

(1) Departamento de Cirurgia e Ortopedia. Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

O esfíncter esofágico inferior hipertensivo compreende um defeito exclusivo do esfíncter inferior do esôfago (EIE), no qual a pressão de repouso se encontra elevada, com valores acima de 45 mmHg, porém com relaxamento completo em resposta a deglutição de água. Esta afecção foi descrita há 40 anos por Code et al, sendo o distúrbio motor de menor incidência, com índices de 0,3% a 2,8% dos pacientes encaminhados aos laboratórios de motilidade digestiva. Tivemos a oportunidade de atender duas pacientes com esta doença e, considerando a raridade da afecção, julgamos oportuna a apresentação das mesmas. Caso n° 1: paciente feminina, 62 anos, branca, procedente de Botucatu (SP) refere disfagia para sólidos há 5 anos. Nega antecedentes epidemiológicos para doença de Chagas. Exame físico sem alterações dignas de nota. Sorologia negativa para doença de Chagas. Esofagograma: esôfago de calibre normal e divertículo no terço distal. Endoscopia confirmou o achado radiológico. Manometria esofágica (ME): ESE = 40,6 mmHg, EIE= 82,2 mmHg, peristaltismo normal. Tratamento: cardiomiectomia associada a fundoplicatura anterior (Heller-Pinotti), por via laparotômica. Evolução: remissão da disfagia. ME: ESE= 53 mmHg, EIE= 28,9 mmHg, peristaltismo normal. Caso n° 2: Paciente feminina, 42 anos, branca, procedente de Taguai (SP) refere disfagia para sólidos há 6 meses e emagrecimento de 4 Kg. Nega antecedentes epidemiológicos da doença de Chagas. Exame físico: nada digno de nota. Sorologia negativa para doença de Chagas. Esofagograma normal. Endoscopia: relevo mucoso apresenta 5 estrias longitudinais. Biopsias: esofagite eosinofílica. ME: ESE= 75,5 mmHg, EIE= 48,5 mmHg, peristaltismo normal. Tratamento: semelhante ao da paciente anterior, porém por abordagem laparoscópica. Evolução: remissão da disfagia. ME: ESE= 81 mmHg, EIE= 22,8 mmHg, peristaltismo normal. A operação de Heller-Pinotti resultou em diminuição da pressão no EIE e remissão da disfagia. A queda da pressão no EIE constitui fator de bom prognóstico no tratamento cirúrgico desta afecção esofágica.

GCR13 - EXPRESSÃO TECIDUAL DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM *ILEX PARAGUARIENSIS*.

Denise S. Leite⁽¹⁾, Giovana C. M. Vicente⁽¹⁾, Fernando L. da Cunha⁽¹⁾, Camila M.G. da Silva⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾.

⁽¹⁾.Universidade São Francisco.

Introdução: CE é uma doença inflamatória que acomete a mucosa cólica desprovida de trânsito fecal. Estudos mostraram que o estresse oxidativo na CE ocasiona modificações no conteúdo de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa do colo excluído, relacionadas ao tempo de exclusão. Ainda não se estudou os efeitos de substâncias antioxidantes naturais, como extrato aquoso de *Ilex paraguariensis*, na manutenção do conteúdo de sulfomucinas e sialomucinas no colo excluído. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de enemas com *Ilex paraguariensis* no conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas na CE. **Método:** Vinte ratos Wistar machos foram submetidos à colostomia proximal no cólon descendente e fístula mucosa distal. Os animais foram randomizados em 2 grupos experimentais segundo o sacrifício ser realizado 2 ou 4 semanas após a intervenção, a cada três dias com enemas de *Ilex paraguariensis*, na concentração de 25mg/ml. Todos os animais foram irrigados com 20 ml da substância, aplicados por via retal, até que todo o volume infundido drenasse pela colostomia distal. A expressão tecidual de sulfomucinas e sialomucinas foi identificada pela técnica histoquímica do diâmina de ferro alto-alcian blue (HIDAB). O conteúdo tecidual dos subtipos de mucinas foi mensurado por morfometria computadorizada. Para análise de comparação do conteúdo dos subtipos de mucinas entre os cólons com e sem trânsito fecal utilizou-se o teste t de Student pareado e o teste de Kruskal-Wallis para a análise de variância nos 2 períodos de exclusão, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Verificou-se que o conteúdo de sulfomucinas no cólon com trânsito após 2 e 4 semanas foi de $3,45 \pm 1,85$ e $7,19 \pm 3,93$ respectivamente, enquanto o de sialomucinas de $0,52 \pm 0,82$ e $1,26 \pm 0,85$, respectivamente. No sem trânsito e irrigado após 2 e 4 semanas o conteúdo de sulfomucinas foi de $3,77 \pm 2,20$ e $3,87 \pm 1,83$ não havendo expressão de sialomucinas no mesmo período. Não houve diferença no conteúdo de sulfomucinas após 2 semanas de irrigação quando se comparou os cólons com e sem trânsito fecal. Após 4 semanas de irrigação, o conteúdo de sulfomucinas diminuiu no cólon sem trânsito ($p = 0,003$). O conteúdo de sulfomucinas no cólon com trânsito aumenta com o decorrer do tempo de exclusão. ($p = 0,02$), enquanto no cólon sem trânsito não varia ($p = 0,79$). O conteúdo de sialomucinas no cólon com trânsito aumenta com o decorrer do tempo e desaparece no cólon sem trânsito fecal após 2 semanas de exclusão, mantendo-se ausente durante todo o período do experimento **Conclusão:** A irrigação com extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* mantém os níveis de expressão de sulfomucinas porém não impede a redução do conteúdo tecidual de sialomucinas.

GCR14 - EXPRESSÃO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM *ILEX PARAGUARIENSIS*.

Giovana C. de Moura Vicente⁽¹⁾, Denise S. Leite⁽¹⁾, Fernando L. Cunha⁽¹⁾, Camila M. G. Silva⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾

⁽¹⁾.Universidade São Francisco.

Introdução: A colite de exclusão é uma doença inflamatória da mucosa de segmentos intestinais sem trânsito fecal. Estudos mostraram modificações na expressão de mucinas neutras e ácidas na mucosa do colo excluído, relacionadas ao estresse oxidativo. Ainda, não se estudou, experimentalmente, os efeitos de polifenóis antioxidantes do extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* na prevenção das alterações dos diferentes subtipos de mucinas no colo excluído. **Objetivo:** Avaliar os efeitos do extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* no conteúdo de mucinas neutras e ácidas na mucosa cólica em modelo experimental de CE. **Método:** Vinte ratos Wistar machos foram submetidos à colostomia proximal no cólon descendente e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em 2 grupos experimentais segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a intervenção com a *Ilex paraguariensis* na concentração de 25mg/ml e foram irrigados três vezes por semana com clisteres contendo 20 ml da substância, até que todo o volume infundido pelo reto fosse exteriorizado pela colostomia distal. A expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas foi avaliada pelas técnicas histoquímicas do PAS e Alcian Blue, respectivamente. O conteúdo tecidual dos subtipos de mucinas foi quantificado por morfometria computadorizada. Na análise estatística utilizou-se o teste t de Student na comparação do conteúdo de mucinas entre os segmentos com e sem trânsito fecal e o de Kruskal-Wallis na análise de variância do conteúdo de mucinas nos 2 períodos de exclusão. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** O conteúdo de mucinas neutras no cólon com trânsito, após 2 e 4 semanas foi de $14,35 \pm 3,04$ e $14,65 \pm 3,45$, e o de mucinas ácidas foi de $8,04 \pm 4,05$ e $13,21 \pm 2,64$, respectivamente, enquanto que no cólon sem trânsito, irrigado com extrato aquoso de *Ilex paraguariensis*, o conteúdo de mucinas neutras foi de $8,99 \pm 2,41$ e $10,69 \pm 3,68$ e o de mucinas ácidas de $6,17 \pm 1,30$ e $7,18 \pm 1,84$, após 2 e 4 semanas respectivamente. Comparando-se os cólons com e sem trânsito fecal após 2 e 4 semanas de intervenção, houve redução no conteúdo de mucinas neutras ($p = 0,0001$) no cólon sem trânsito. Não ocorreu variação do conteúdo de mucinas neutras nos cólons com e sem trânsito relacionados ao tempo de intervenção. Houve redução do conteúdo de mucinas ácidas no cólon sem trânsito após 4 semanas ($p = 0,00001$). **Conclusão:** A intervenção com extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* não foi capaz de manter o conteúdo de mucinas neutras e ácidas semelhantes aos do cólon provido de trânsito fecal.

GCR15 - AVALIAÇÃO POR MORFOMETRIA COMPUTADORIZADA DA ALTURA DAS CRIPTAS CÓLICAS ANTES E APÓS INTERVENÇÃO COM BUTIRATO

Erica C. C. Santos, Giovanna R. Couto, Thaís M. M. Lameiro, José A. Pereira, Carlos A. R. Martinez

Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo.

Introdução: Estudos vêm demonstrando que a deficiência dos ácidos graxos de cadeia curta é responsável pelo dano epitelial à mucosa cólica de doentes portadores de colite de exclusão e modificações na altura das criptas intestinais. Até a presente data não tinha sido estudado, experimentalmente, os efeitos da aplicação de enemas com butirato na altura das criptas da mucosa cólica em modelos de colite de exclusão. **Objetivo:** Avaliar efeitos da intervenção com butirato na altura das criptas intestinais na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal e verificar a interferência do tempo de intervenção na altura das criptas. **Método:** Dezesesseis ratos Wistar, machos foram submetidos à derivação do trânsito intestinal por colostomia terminal do cólon esquerdo e fístula mucosa do cólon distal. Os animais foram subdivididos em dois grupos experimentais compostos por oito ratos segundo a data de sacrifício ser realizado após duas ou quatro semanas. Todos foram irrigados com solução de butirato, três vezes por semana na concentração 100mg/kg. A avaliação da altura das criptas da mucosa cólica foi realizada por morfometria computadorizada, comparando segmentos com e sem trânsito fecal, nos dois períodos de exclusão considerados. Foram utilizados os testes ANOVA para análise de variância da altura das criptas entre os grupos nos diferentes tempos de exclusão propostos, e o teste t pareado na comparação da altura das criptas nos cólons providos e desprovidos de trânsito, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) **Resultados:** A altura das criptas da mucosa cólica no cólon provido de trânsito, por duas e quatro semanas foram $17,9788 \pm 1,9325$ e $13,6025 \pm 2,7809$, respectivamente. Já o colo desprovido de trânsito que sofreu intervenção com butirato a altura das criptas em duas e quatro semanas foi de $9,0050 \pm 1,7125$ e $7,7275 \pm 2,6846$, respectivamente. Houve redução na altura das criptas cólicas ao comparar-se segmentos com e sem trânsito intestinal após duas e quatro semanas de irrigação com butirato ($P=0,0001$ e $P=0,003$, respectivamente). Não houve modificação na altura das criptas da mucosa cólica nos segmentos irrigados com butirato ($p=0,27$). **Conclusão:** A irrigação do colo excluído com butirato evita a atrofia das criptas da mucosa cólica com o progredir do tempo de exclusão.

GCR16 - CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA APÓS INTERVENÇÃO COM BUTIRATO.

Giovanna R. Couto, Érica C. C. Santos, Thaís M. M. Lameiro, José A. Pereira, Carlos A. R. Martinez

Universidade São Francisco

Introdução: Estudos vêm demonstrando que a deficiência dos ácidos graxos de cadeia curta leva ao dano epitelial à mucosa cólica de portadores de colite de exclusão e modificações no conteúdo de mucinas nas criptas intestinais. **Objetivo:** Avaliar efeitos da intervenção com butirato na expressão de mucinas neutras e ácidas na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal e verificar a interferência do tempo de intervenção no conteúdo de mucinas neutras e ácidas. **Métodos:** Dezesseis Wistar machos submetidos à derivação do trânsito intestinal por colostomia terminal do cólon esquerdo e fístula mucosa distal. Os animais foram subdivididos em 2 grupos experimentais compostos por 8 ratos segundo a data de sacrifício a ser realizado após 2 ou 4 semanas. Foram irrigados com solução de butirato 3 vezes por semana. A quantificação tecidual dos níveis mucinas ácidas e neutras foi realizada por morfometria computadorizada, comparando segmentos com e sem trânsito fecal nos dois períodos de exclusão considerados. Foram utilizados os testes ANOVA e teste t pareado, com $p \leq 0,05$. **Resultado:** Verificou-se que o conteúdo de mucinas neutras no cólon com trânsito após 2 e 4 semanas foi de $47,5838 \pm 8,9673$ e $49,1614 \pm 17,0365$, enquanto o de mucinas ácidas de $19,9288 \pm 6,2338$ e $19,0071 \pm 3,6707$. Constatou-se que o conteúdo de mucinas neutras no cólon sem trânsito irrigado com butirato após 2 e 4 semanas foi de $36,5975 \pm 10,3216$ e $29,2800 \pm 6,8098$, sendo o de mucinas ácidas de $10,6313 \pm 5,3174$ e $9,6900 \pm 5,0225$, respectivamente. Houve redução no conteúdo de mucinas ácidas no colo sem trânsito após 2 e 4 semanas de irrigação ($p=0,02$ e $p=0,005$, respectivamente). Não houve variação no conteúdo de mucinas ácidas nos segmentos com e sem trânsito com o progredir do tempo de exclusão ($p=0,72$). Não houve redução no conteúdo de mucinas neutras no cólon sem trânsito após 2 semanas de intervenção ($p=0,08$), porém após 4 semanas ocorreu redução de mucinas neutras no cólon sem trânsito ($p=0,02$). Não houve variação no conteúdo de mucinas neutras nos cólons com e sem trânsito relacionado ao tempo de exclusão ($p=0,81$ e $p=0,11$, respectivamente) **Conclusão:** A aplicação de enemas com butirato no cólon sem trânsito fecal não é capaz de manter o conteúdo de mucinas ácidas e neutras após 4 semanas de intervenção.

GCR17 - NÍVEIS DE ESTRESSE OXIDATIVO NA MUCOSA CÓLICA SEM TRÂNSITO FECAL APÓS APLICAÇÃO DE ENEMAS COM SOLUÇÃO DE *ILEX PARAGUARIENSIS*

Fernando L.Cunha, Camila M. G. Silva, Marcos G. Almeida, Letícia H. S. Marques, Carlos A. R. Martinez

Universidade São Francisco

Atualmente, diversos trabalhos têm mostrado que compostos detectados na erva mate (*Ilex paraguariensis*) possuem uma série de funções biológicas, tais como: ação antioxidante, antiinflamatória; imunomodulatória e anticancerígena. No entanto, até o momento, nenhum estudo avaliou a eficácia de antioxidantes naturais em modelos experimentais de colite de exclusão. **Objetivo:** Avaliar os efeitos antioxidantes de enemas contendo extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* na colite de exclusão. **Método:** Vinte e seis ratos (Wistar) foram divididos em dois grupos de 13 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após derivação fecal no cólon esquerdo. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos experimentais segundo ter sido realizada aplicação diária de enemas contendo soro fisiológico 0,9% ou extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* na concentração de 0,2 g/100 g. O diagnóstico de colite foi firmado por estudo histopatológico e o dano oxidativo tecidual pela quantificação dos níveis de malondialdeído. Para análise estatística adotou-se o teste de Mann-Whitney, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os níveis de malondialdeído nos animais submetidos à intervenção com soro fisiológico nos cólons providos e desprovidos de trânsito fecal após duas e quatro semanas de irrigação foram de $0,05 \pm 0,006$, $0,06 \pm 0,006$ e $0,05 \pm 0,03$, $0,08 \pm 0,02$ respectivamente. Os níveis de malondialdeído nos animais irrigados com *Ilex paraguariensis*, nos cólons providos e desprovidos de trânsito, após duas e quatro semanas de irrigação foram de $0,010 \pm 0,002$, $0,02 \pm 0,004$ e $0,03 \pm 0,007$, $0,04 \pm 0,01$, respectivamente. Após duas e quatro semanas de intervenção os níveis de malondialdeído foram menores nos animais irrigados com *Ilex paraguariensis*, independente do tempo de irrigação ($p = 0,0001$ e $p = 0,002$, respectivamente). **Conclusão:** A aplicação diária de extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* reduz os níveis de dano oxidativo tecidual nos segmentos cólicos sem trânsito fecal, independente do tempo de irrigação.

Apoio: PROBAIC-USF/CNPQ

GCR18 - AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO TECIDUAL DE MUCINAS ÁCIDAS E NEUTRAS NA COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM N-ACETILCISTEÍNA.

Jaqueline S. Ponara⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾, José A. Pereira⁽¹⁾, Marcos G. Almeida⁽¹⁾, Dayvid L. C. Oliveira⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Universidade São Francisco

Introdução: Colite de exclusão (CE) é uma doença caracterizada pelo desenvolvimento de processo inflamatório crônico na mucosa de segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. A enfermidade apresenta aspectos clínicos, endoscópicos e histológicos semelhantes às doenças inflamatórias intestinais sugerindo bases etiopatogênicas comuns. Modificações na expressão de mucinas na mucosa intestinal são um dos achados mais importantes no espectro histológico das doenças inflamatórias que acometem o cólon. **Objetivo:** Avaliar a expressão tecidual de mucinas ácidas e neutras na colite de exclusão após intervenção com n-acetilcisteína em modelos experimentais de CE. **Métodos:** Vinte e quatro ratos Wistar machos foram divididos em dois grupos experimentais de 12 animais, segundo o sacrifício, que foi realizado com duas ou quatro semanas após a derivação do trânsito fecal através de colostomia proximal terminal no cólon descendente e fístula mucosa no remanescente distal. Cada grupo experimental foi dividido em dois subgrupos segundo a realização de intervenção (subgrupo experimento) ou não (subgrupo controle) de enemas, no cólon excluído, contendo solução de n-acetilcisteína na concentração de 100mg/kg. A avaliação da expressão de mucinas neutras foi realizada pela técnica histoquímica do Periódico Ácido de Schiff e as mucinas ácidas pela técnica do Alcian Blue, sendo analisadas quantitativamente por análise de imagem assistida por computador. Para a comparação entre os níveis teciduais de mucinas neutras e ácidas utilizou-se o teste t de Student e para análise de variância utilizou-se o teste de KruskalWallis, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$) **Resultados:** Houve aumento dos níveis de expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas no colon sem transito fecal após intervenção com n-acetilcisteína em relação ao colon com transito fecal, após 2 e 4 semanas, comparados ao grupo controle. **Conclusão:** A aplicação via retal de enemas com n-acetilcisteína aumentou os níveis de expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas, confirmando o efeito antioxidante da n-acetilcisteína na patogenia da colite de exclusão.

GCR19 - EXPRESSÃO TECIDUAL DE SIALOMUCINAS E SULFOMUCINAS NA COLITE DE EXCLUSÃO APÓS INTERVENÇÃO COM N-ACETILCISTEÍNA.

Dayvid L. C. Oliveira⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾, José A. Pereira⁽¹⁾, Marcos G. Almeida⁽¹⁾, Jaqueline S. Ponara⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Universidade São Francisco

Introdução: Colite de exclusão (CE) é uma doença caracterizada pelo desenvolvimento de processo inflamatório crônico na mucosa de segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. A enfermidade apresenta aspectos clínicos, endoscópicos e histológicos semelhantes às doenças inflamatórias intestinais sugerindo bases etiopatogênicas comuns. Modificações na expressão de mucinas na mucosa intestinal são um dos achados mais importantes no espectro histológico das doenças inflamatórias que acometem o cólon. **Objetivo:** Avaliar a expressão tecidual de sialomucinas e sulfomucinas na colite de exclusão após intervenção com n-acetilcisteína em modelos experimentais de CE. **Métodos:** Vinte e quatro ratos Wistar machos foram divididos em dois grupos experimentais de 12 animais, segundo o sacrifício, que foi realizado com duas ou quatro semanas após a derivação do trânsito fecal através de colostomia proximal terminal no cólon descendente e fístula mucosa no remanescente distal. Cada grupo experimental foi dividido em dois subgrupos segundo a realização de intervenção (subgrupo experimento) ou não (subgrupo controle) de enemas, no cólon excluído, contendo solução de n-acetilcisteína na concentração de 100mg/kg. A diferenciação entre sulfomucinas e sialomucinas foi realizada pela técnica da diamina de ferro alto-alcian-blue, sendo analisadas quantitativamente por análise de imagem assistida por computador. Para a comparação entre os níveis teciduais de mucinas neutras e ácidas utilizou-se o teste t de Student e para análise de variância utilizou-se o teste de KruskalWallis, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Houve aumento dos níveis de expressão tecidual de sialomucinas e sulfomucinas no colon sem trânsito fecal após intervenção com n-acetilcisteína em relação ao colon com trânsito fecal, após 2 e 4 semanas, comparados ao grupo controle. **Conclusão:** A aplicação via retal de enemas com n-acetilcisteína aumentou os níveis de expressão tecidual de sialomucinas e sulfomucinas, confirmando o efeito antioxidante da n-acetilcisteína na patogenia da colite de exclusão.

GCR20 - AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DE ENEMAS COM N-ACETILCISTEÍNA NOS NÍVEIS TECIDUAIS DE MALONDIALDEÍDO NA COLITE DE EXCLUSÃO.

Marcos G. de Almeida¹; Camila M. G. da Silva¹; Fernando L. da Cunha¹; Thais M. do M. Lameiro¹; Carlos A. R. Martinez¹.

⁽¹⁾ Universidade São Francisco

INTRODUÇÃO: Já se demonstrou que o estresse oxidativo ao epitélio cólico provocado pela exclusão de trânsito intestinal, encontra-se relacionado à etiopatogenia da colite de exclusão. Estudos mostraram que a n-acetilcisteína (NAC) apresenta destacada atividade antioxidante sendo eficaz no tratamento da colite quimicamente induzida. Estudos têm mostrado que o uso da NAC além de reduzir o processo inflamatório na mucosa cólica, reduz a incidência de câncer colorretal em modelos de colite quimicamente induzida por reduzir os níveis de dano oxidativo celular. Entretanto, nenhum estudo avaliou sua eficácia no tratamento da colite de exclusão. **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos antioxidantes da aplicação de enemas contendo NAC em modelo experimental de colite de exclusão. **MÉTODOS:** Trinta e dois ratos Wistar machos foram divididos em dois grupos experimentais equivalentes contendo 16 animais, segundo o sacrifício ter sido realizado duas ou quatro semanas após a derivação do trânsito fecal através de colostomia proximal terminal no cólon descendente e fístula mucosa distal. Cada grupo experimental foi dividido em dois subgrupos segundo a aplicação (subgrupo experimento) ou não (subgrupo controle) no cólon excluído, de enemas contendo solução de NAC na concentração de 100mg/kg. O diagnóstico de colite foi feito pelo estudo histopatológico e os níveis de estresse oxidativo pela dosagem tecidual dos níveis de malondialdeído por espectrofotometria. Os resultados foram analisados com os testes t pareado e Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** Os níveis teciduais de malondialdeído não se modificaram nos seguimentos proximais e distais nos intervalos de duas e quatro semanas. **CONCLUSÃO:** A aplicação por via retal de enemas com NAC 100 mg/kg, reduziu os níveis de estresse oxidativo tecidual sugerindo que a substância apresenta efeito terapêutico na colite de exclusão.

GCR21 - OPERAÇÃO DE DELORME ASSOCIADA COM OPERAÇÃO DE NOTARAS PARA TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL.

Carmen Ruth Manzione, Stenio Machado, Sidney Roberto Nadal

Objetivo:

Nosso objetivo é apresentar casuística em que associamos as operações de Delorme e de Notaras para tratamento da procidência retal.

Material:

Operamos cinco portadores de procidência retal utilizando as técnicas acima, no período entre 2002 e 2009. Eram quatro mulheres e um homem, com idades entre 89 e 77 anos de idade. Todos referiam o prolapso aos esforços para evacuar, tossir, espirrar ou simplesmente levantar-se e andar. Acompanhava incontinência fecal, tenesmo e sangramento de pequeno volume. Todos relatavam doenças sistêmicas associadas controladas, que incluíam hipertensão arterial, diabete do tipo II, Alzheimer, cardiopatias congestivas e arritmias cardíacas. As operações foram realizadas sob raqui-anestesia. Utilizamos a operação de Delorme para redução do prolapso retal e a de Notaras para redução do diâmetro do canal anal e melhorar os sintomas de incontinência fecal.

Resultado:

Os doentes evoluíram bem no pós-operatório, sem intercorrências. No seguimento a longo prazo, entre um e sete anos, excluindo o último dos operados, não houve recidivas. Há referência de melhora do grau de incontinência, permanecendo para gases e fezes líquidas, exceto para uma doente.

Conclusões:

sugerimos que o procedimento de Notaras possa ser associado com a operação de Delorme para o tratamento da procidência retal em casos selecionados.

FPG22 - AVALIAÇÃO NO USO DE ENEMAS COM BUTIRATO E *ILEX PARAGUARIENSIS* NA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE MALONDIALDEÍDO NA COLITE DE EXCLUSÃO.

Fábio P. Fonte, Rodrigo Mello, Camila M.G. Silva, Fernando L. Cunha, Carlos Augusto Real Martinez.

Universidade São Francisco

Introdução: A colite de exclusão (CE) é um processo inflamatório que ocorre em segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. A exclusão do trânsito de um segmento intestinal leva a uma diminuição na flora relacionada com a produção de AGCC, principalmente o butirato, principal fonte de energia dos colonócitos. A deficiência destas resulta no aumento da produção de radicais de O₂. A peroxidação lipídica tem como um dos produtos o malondialdeído (MDA), que é útil para avaliar os níveis de dano oxidativo. **Objetivo:** Avaliar se a aplicação de enemas do butirato e extrato aquoso de *Ilex paraguariensis* é capaz de reduzir os níveis de estresse oxidativo na CE. **Método:** 32 ratos foram divididos em dois grupos com 16. Foram sacrificados 2 e 4 semanas após a confecção de colostomia terminal no cólon descendente e fístula mucosa distal. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos de acordo com a aplicação(experimental) ou não(controle) de enemas no colo excluído, com solução salina, butirato e *Ilex*. O diagnóstico de CE foi feita por análise histopatológica e dos níveis teciduais de MDA por espectrofotometria. Os resultados foram analisados com Mann-Whitney, com nível de significância 5%. **Resultado:** Os níveis de MDA nos animais controle após 2 e 4 semanas de irrigação foram 0,05±0,0006; 0,006 ±0,06 e 0,05 ±0,03, 0,08 ±0,02, respectivamente. Os níveis de MDA no cólon com e sem trânsito, após 2 e 4 semanas, nos animais com a irrigação retal com butirato foram: 0,05±0,01; 0,04±0,01 e 0,04±0,01; 0,04 ±0,01, respectivamente, ou seja, os níveis de MDA após 2 e 4 semanas foram menores nos animais irrigados com butirato, independente do tempo(p=0,003/p=0,001, respectivamente). Os níveis de MDA nos animais irrigados com *Ilex*, no cólon com e sem trânsito, após 2 e 4 semanas de irrigação foram 0,010±0,002; 0,02±0,004 e 0,03±0,007; 0,04±0,01, respectivamente. Depois de 2 e 4 semanas os níveis de MDA foram mais baixos nos animais irrigados com *Ilex*, independente do tempo(p=0,0001/p=0,002, respectivamente). **Conclusão:** O uso de enemas dessas substâncias reduz os níveis de dano oxidativo nos tecidos.

FAPESP/CAPES/PIBIC/PROBAIC-USF

FPG23 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE BUTIRATO NA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE MALONDIALDEÍDO NA COLITE DE EXCLUSÃO.

Thais M. M. Lameiro (1), Camila M. G. Silva (1), Letícia H. S. Marques (1), Marcos G. Almeida (1), Carlos A. R. Martinez (1).

(1) Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo

INTRODUÇÃO: A deficiência do suprimento regular de butirato à mucosa cólica, aumentando a produção de radicais livres de oxigênio, relaciona-se ao desenvolvimento da colite de exclusão. **OBJETIVO:** Avaliar possíveis efeitos antioxidantes da aplicação de enemas contendo butirato na colite de exclusão. **MÉTODOS:** Vinte e seis ratos foram divididos em dois grupos de 13 animais, segundo o sacrifício ser realizado duas ou quatro semanas após derivação fecal no cólon esquerdo. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos experimentais segundo ter sido realizada aplicação diária de enemas contendo S.F.0,9% ou butirato na concentração de 100mg/Kg. O diagnóstico de colite foi firmado por estudo histopatológico e a peroxidação lipídica pela quantificação dos níveis teciduais de malondialdeído. Para análise estatística adotou-se o teste de Mann-Whitney, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** Os níveis de malondialdeído nos animais submetidos à intervenção com S.F. nos cólons providos e desprovidos de trânsito fecal após duas e quatro semanas de irrigação foram de $0,05 \pm 0,006$, $0,06 \pm 0,006$ e $0,05 \pm 0,03$, $0,08 \pm 0,02$ respectivamente. Os níveis de malondialdeído nos animais irrigados com butirato, nos cólons providos e desprovidos de trânsito, após duas e quatro semanas de irrigação foram de $0,05 \pm 0,01$ - $0,04 \pm 0,01$ e $0,04 \pm 0,01$ - $0,04 \pm 0,01$, respectivamente. Após duas e quatro semanas de intervenção os níveis de malondialdeído foram menores nos animais irrigados com butirato, independente do tempo de irrigação ($p = 0,003$ e $p = 0,001$, respectivamente). **CONCLUSÃO:** O restabelecimento do suprimento de butirato reduz os níveis peroxidação lipídica na mucosa cólica de segmentos desprovidos de trânsito fecal, independente do tempo de irrigação.

FPG24 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA EM CÉLULAS DA MUCOSA CÓLICA APÓS APLICAÇÃO DE ENEMAS COM PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS
MARQUES, LHS; SILVA, CMG; LAMEIRO, TMM; CUNHA, FL; MARTINEZ, CAR

A aplicação de clisteres contendo peróxido de hidrogênio (H_2O_2) determina o aparecimento de quadros graves de colite, algumas vezes de evolução fatal. É possível que a colite induzida por H_2O_2 possa ocorrer pela quebra da barreira funcional do epitélio cólico por estresse oxidativo. Objetivo: Avaliar os níveis de peroxidação lipídica em células da mucosa cólica após instilação de H_2O_2 no reto excluído de trânsito fecal. Método: Vinte seis ratos Wistar machos foram submetidos a colostomia proximal terminal no cólon descendente e fístula mucosa distal. Os animais foram randomizados em dois grupos segundo o sacrifício ter sido realizado duas ou quatro semanas após a derivação intestinal. Cada grupo experimental foi dividido e dois subgrupos segundo aplicação de clisteres, em dias alternados, contendo solução fisiológica a 0,9% ou H_2O_2 a 3%. O diagnóstico de colite foi estabelecido por estudo histopatológico e os níveis de dano oxidativo tecidual pela dosagem de malondialdeído por espectrofotometria. Os resultados foram analisados com os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: Os níveis de malondialdeído nos irrigados com SF nos cólons com e sem trânsito fecal após duas e quatro semanas de irrigação foram de: $0,05 \pm 0,006$; $0,06 \pm 0,006$ e $0,05 \pm 0,03$, $0,08 \pm 0,02$, respectivamente. Os níveis de malondialdeído nos irrigados com H_2O_2 , nos cólons com e sem trânsito, após duas e quatro semanas de irrigação foram de $0,070 \pm 0,006$; $0,077 \pm 0,01$ e $0,052 \pm 0,01$, $0,08 \pm 0,04$, respectivamente. Após duas semanas os níveis de malondialdeído foram maiores nos animais irrigados com H_2O_2 em relação ao grupo controle ($p = 0,007$ e $p = 0,01$, respectivamente). Após quatro semanas não houve diferenças significantes. Não ocorreu variação nos níveis de malondialdeído com o decorrer tempo de irrigação. Conclusão: Clisteres com H_2O_2 , podem determinar o aparecimento de colite por ocasionarem estresse oxidativo nas células epiteliais da mucosa intestinal.

RC25 - DIVERTICULOSE DO ESÔFAGO: RELATO DE CASO

Rodrigo de O. Mello⁽¹⁾, Fernando L. Cunha⁽¹⁾, Fábio P. Fonte⁽¹⁾, Paula H. Yoshino⁽²⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾.

⁽¹⁾.Laboratório de Pesquisas, Universidade São Francisco – Bragança Paulista/SP; ⁽²⁾.Centro Universitário Hermínio Ometto – Araras/SP.

Introdução: Divertículos esofágicos, sobretudo múltiplos, são eventos raros. Revisão literária demonstra que existem menos de 20 casos descritos desde 1966. O objetivo deste relato é descrever o caso clínico de uma paciente portadora de diverticulose de esôfago. **Relato de caso:** Mulher, 86 anos, com queixa de disfagia episódica há aproximadamente três anos, com melhora do sintoma à ingestão de líquidos. Há oito meses notou piora da disfagia, não relacionada ao tipo ou consistência do alimento ingerido, de caráter cíclico e acompanhada de episódios de regurgitação. Como antecedentes apresentava ICC grave, diabetes e DPOC. As alterações ao exame incluíam tórax enfisematoso e discreta escoliose. À endoscopia digestiva alta demonstrou-se a presença de volumoso divertículo em terço inferior esquerdo esofágico e outro divertículo de menor diâmetro localizado na parede lateral direita, além de acalásia do esfíncter inferior e esofagite grau II, confirmados por tomografia computadorizada e radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno, que ainda evidenciaram presença de divertículo isolado na 4ª porção do duodeno. Em virtude do alto risco cirúrgico, a doente foi submetida à dilatação do esfíncter inferior do esôfago e foi medicada com bloqueador de bomba de prótons e procinéticos, com melhora da disfagia e desaparecimento da regurgitação. **Discussão:** Divertículos esofágicos são raros e o divertículo de Zencker é o mais comumente encontrado. Os divertículos múltiplos se concentram principalmente no terço inferior do esôfago, mas podem acometê-lo por completo. A hipótese etiopatogênica mais aceita dos divertículos esofágicos ancora-se em uma falha do relaxamento esfíncteriano com posterior elevação da pressão interna do esôfago, originando os divertículos. A sintomatologia dos divertículos múltiplos varia de acordo com sua localização, sendo a disfagia cíclica e a regurgitação os sintomas mais frequentes. O método padrão-ouro para diagnóstico da diverticulose de esôfago é o exame radiográfico contrastado do esôfago. O tratamento da doença depende da sintomatologia apresentada e da situação clínica do doente, já que pode ser necessária reparação cirúrgica.

Apoio: PROBAIC e FAPESP

RC26 - RUPTURA DE TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO - APRESENTAÇÃO RARA

Aline Fioravanti Pasquetti¹, Marcelo A. F. Ribeiro Jr², Orlando Contrucci³, Murillo Favaro⁴

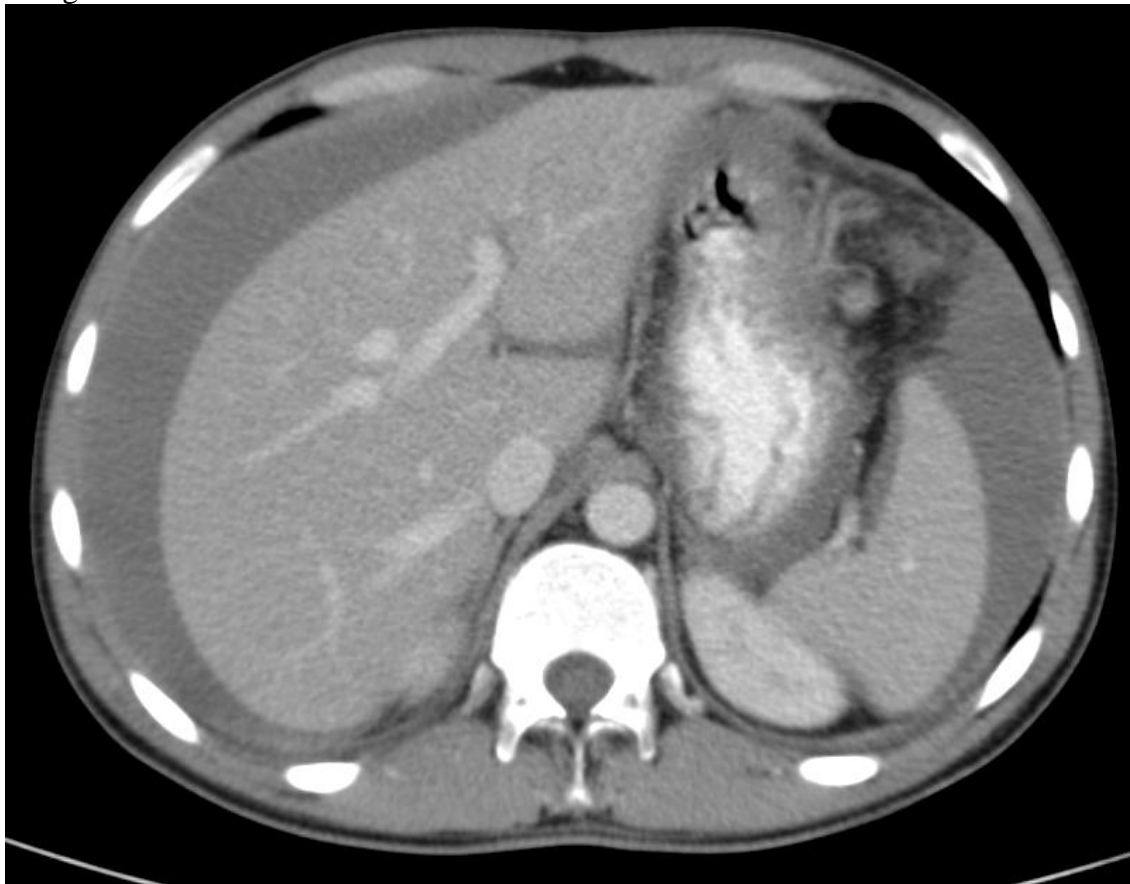
(1), (2), (3), (4) UNISA/Hospital Moysés Deutsch

APRESENTAÇÃO

Os GIST ocorrem predominantemente entre 40 e 80 anos e são derivados das células intersticiais de Cajal, localizadas ao nível do plexo mioentérico. Podem se originar em qualquer local do trato gastrointestinal, sendo a maioria das lesões provenientes do estômago.

RELATO DO CASO

L.G.S., 28 a, deu entrada com queixa de epigastralgia de início há 1 dia. Referiu quadro de enterorragia de moderada intensidade há 3 anos e acidente (batida no guidon da moto) há 20 dias seguida de dor abdominal leve. Referia úlcera gástrica diagnosticada há 2 anos. Ao exame físico da entrada, apresentava-se estável hemodinamicamente (PA = 130X54 mmHg e FC: 94 bpm). No exame abdominal, não havia massas palpáveis nem sinais de irritação peritoneal. O paciente trouxe o resultado de 3 endoscopias, todas negativas para malignidade. TC de abdome:

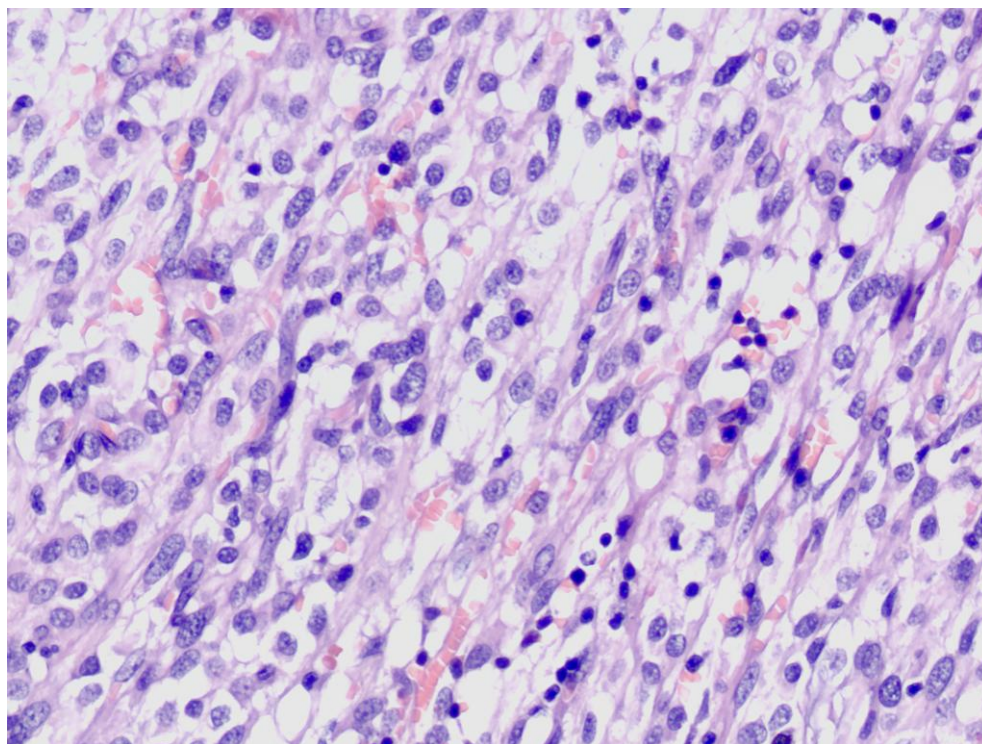


Durante os primeiros 5 dias, observou-se uma queda progressiva dos níveis de hemoglobina (de 14,0 para 8,3), apesar da estabilidade hemodinâmica mantida do paciente. Foi indicada laparotomia exploradora de urgência onde foi identificado franco hemoperitônio com lesão

tumoral aderida em região de corpo e fundo gástrico, semi-pediculado. Optou-se por realizar uma gastrectomia parcial em cunha. O paciente evoluiu de forma estável, sem intercorrências, com recuperação progressiva até receber alta hospitalar em 17/09/2010.

DISCUSSÃO

O caso é epidemiologicamente raro. Além de tratar-se de um tumor GIST, que por si só, representa apenas 1% de todos os tumores gástricos primários, também constitui-se imuno-histoquimicamente negativo para o c-kit (CD 117). Sabe-se que cerca de 95% de todos os GIST são positivos para esse receptor. O tipo histológico epitelióide também constitui uma minoria: apenas 20% fazem parte dessa classificação. De fato, a diferenciação histológica de um tumor GIST de outros tumores mesenquimais é bastante complexa. Os achados na coloração de hematoxilina-eosina raramente corroboram os achados imuno-histoquímicos. A demora do diagnóstico após os primeiros sintomas (cerca de 2 anos entre a enterorragia e a perfuração de fato) pode ser explicada pelo método diagnóstico adotado: por ser um tumor mesenquimal, o material de biópsia normalmente coletado pela EDA é insuficiente.



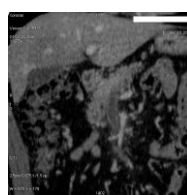
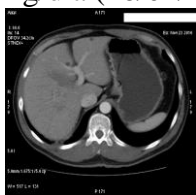
RC27 - TROMBOSE AGUDA DA VEIA PORTA: RELATO DE CASO

Rodrigo J. Polonio⁽¹⁾, Karla T. Tomal⁽¹⁾, Flávio B. Pires⁽²⁾, José A. Avino⁽²⁾

Instituição: 1. Departamento de Cirurgia Tóraco-Abdominal; 2. Departamento de Radiologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú – SP.

Introdução: A trombose aguda da veia porta é caracterizada pelo recente desenvolvimento de trombo na veia porta e/ou em seus ramos (< 60 dias do início dos sintomas), com obstrução total ou parcial, podendo se estender para veias mesentérica e/ou esplênica. Em cerca de 90% dos casos existe uma causa para formação de trombo.

Apresentação do caso: A.C.C., 48 anos, branco, casado, nat. e proc. Jaú – SP, procurou auxílio médico em nov/10 por dor em região de hipocôndrio direito, súbita, tipo aperto, de moderada intensidade e sem outros sintomas associados. AP: hipotireoidismo controlado com levotiroxina 25 µg/dia; EF: BEG, corado, afebril, anictérico. AGI: RHA normodistribuído, abdômen plano, flácido, dor a palpação profunda difusa, DBD e sinal de Murphy neg., toque retal: ndn. Demais exame físico sem alterações. EDA (24/08/10): normal; US abd. (18/11/10): cistos hepáticos simples, veia porta e ramo direito sem fluxo ao Doppler, ramo esquerdo pérvio, sem hipertensão portal; TC abd. (23/11/10): cistos hepáticos, trombo em veia porta e ramo direito, em veia mesentérica superior e seus ramos principais, sem hipertensão portal. Iniciada anticoagulação com heparina 30000 UI/dia EV, com melhora da dor abd. após 72 horas; no 5º. dia introduzida varfarina 5 mg/dia com alta após 2 dias e seguimento ambulatorial. Ex. lab. (08/12/10): HMG: normal, INR: 1.13, proteínas C, S, anti-trombina III, Fatores II, V e VII: normais; Ac. anticardiolipina e anticoagulante lúpico: neg.; Sorologias VHC, VHB: neg.; FAN: neg; TGO: 37 TGP: 59; Alb: 3,6; Bb: 1,24. Angio-TC abd. (10/12/10): trombo luminal nas veias porta, mesentérica sup., que não ocupa o calibre total destes vasos, com fluxo lento nos mesmos; ramo direito intra-hepático da veia porta sem trombo. Atualmente em anticoagulação com varfarina 2,5 mg/dia (16/02/11 – INR: 4,96) e sem queixas.



TC abdominal (23/11/2010) Angio-TC abdominal (10/12/2010)

Discussão: A trombose de veia porta é uma importante causa de hipertensão portal pré-hepática. O diagnóstico de sua forma aguda, bem como a anticoagulação precoce, tem como objetivo promover a recanalização da veia porta evitando sérias complicações da hipertensão portal.

RC28 - HAMARTOMA CÍSTICO RETRORRETAL: RELATO DE CASO

Mariana G. Arruda ⁽¹⁾, Bruna C. Ferreira ⁽¹⁾, Cláudio L. Fernandes Filho ⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez ⁽¹⁾.

⁽¹⁾.**Universidade São Francisco.**

Introdução: O hamartoma cístico (HC) retrorretal é uma lesão neoplásica congênita e benigna, raramente descrita, originária a partir de remanescentes embrionários do intestino posterior. Em pequenas dimensões é normalmente assintomático sendo um achado de exames de imagem da região pélvica. Os tumores de maiores dimensões podem provocar distúrbios da defecação, urinários e neurológicos. O presente relato descreve um caso de HC retrorretal de grandes proporções, sintomático, confirmado por estudo histopatológico e tratado com sucesso, pela ressecção cirúrgica por via abdominal. **Apresentação do caso:** Mulher, 53 anos, hipertensa e diabética, com queixa de dor na região sacral acompanhada de dificuldade para evacuar e episódios de retenção urinária. Apresentava distúrbio de defecação progressivo necessitando do auxílio de manobras digitais para conseguir evacuar. Curso com diminuição da complacência urinária e passou a recorrer ao uso de laxantes e clisteres. Possuía antecedentes de correção cirúrgica de mielomeningocele na infância. No exame proctológico, constatou-se hipotonia esfínteriana leve e tumor retrorretal, confirmado pela colonoscopia. A ressonância magnética do abdômen e pelve identificou tumor cístico localizado no espaço retrorretal e com 15 cm de diâmetro. Foi submetida a laparotomia onde encontrou-se tumor cístico de aproximadamente 12 cm de diâmetro e encapsulado. O tumor foi removido e enviado para estudo histopatológico. Não havia sinais de malignidade. Seis meses após o procedimento cirúrgico, estava evacuando normalmente. **Discussão:** O HC retrorretal é uma neoplasia rara, mais comum em mulheres na meia idade. Quando atingirem maiores dimensões, podem causar compressão de estruturas vizinhas provocando distúrbios da defecação, constipação, dor retal e lombar, além de disúria, polaciúria e urgência miccional. O toque retal identifica o tumor na maioria dos casos. A principal complicação dos HC retrorretais é a infecção com formação de abscessos e fístulas perianais. O tratamento cirúrgico é a melhor opção terapêutica e tem como objetivo tratar os sintomas, evitar a infecção e a degeneração maligna. O HC retrorretal apresenta boa evolução, porém com índices de recidiva de até 15% principalmente quando não é extirpado na sua totalidade.

RC29 - TUMOR DE VANEK(PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO) DO ÍLEO TERMINAL COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Fábio P. Fonte; Juliana S. Valenciano; Rodrigo O. Mello; Ronaldo Nonose, Carlos A.R. Martinez .

Universidade São Francisco

Introdução: O pólipo inflamatório intestinal é uma neoplasia benigna, pouco comum que acomete todo trato gastrointestinal, descrita por Vanek em 49. O tumor localiza-se na camada submucosa é composto por tecido conjuntivo frouxo, vasos sg com eosinófilico. Obstrução intestinal por intussuscepção íleo-ileal devido ao tumor é raramente descrita e a perfuração intestinal é ainda mais rara. **Relato De Caso/Discussão:** Mulher, caucasiana, 56 anos, queixava-se a 45 dias de cólicas em mesogastro, intermitentes, desencadeadas pelas refeições, perda ponderal de 5kg. Piora da dor nos últimos 3 dias, iniciou vômitos com odor fétido, distensão abdominal e parada da eliminação de gases e fezes. Nas últimas 24hs a dor generalizou. Apresentava-se MEG, febril, desidratada, PA normal. Abdomo rígido, DB+, RHA-. TR: ausência de fezes, muco ou sangue. Leuco=16.000 mm³; Hb=15,6 g/dl; Htc=48%; C=2.8mg/dl; U=82mg/dl; Na⁺=145 mmol/L; K⁺=3.2 mmol/L. Acidose metab. não compensada. O raio-x de abdome com distensão de delgado, níveis hidroaéreos e pneumoperitônio. TC de abdome de outro serviço com lesão polipóide, no interior do íleo terminal, com sinais de intussuscepção ileo-ileal. Indicado laparotomia exploradora de urgência. Nesta havia área de intussuscepção íleo-ileal a 50 cm da papila ileal, obstrução completa e dilatação das alças a montante. Na luz encontrava-se tumor polipóide com 4cm que acometia até serosa. Alça com edema, friável, 10cm necrosada e perfurada 2cm, drenando secreção entérica e com sinais de peritonite generalizada. Feito enterectomia com 30 cm de extensão e anastomose primária término-terminal, lavagem da cavidade e antibioticoterapia com cipro e metro. O exame microscópico: pólipo formado por células fusiformes, núcleo achatado e citoplasma claro, atingia até serosa, pouca mitose, circundadas por tecido conectivo frouxo, infiltrado inflamatório de eosinófilos, plasmócitos e proliferação de vasos sangüíneos. A imunoistoquímica positiva para anticorpo CD34, junto com histopatológico deram diagnóstico de tumor de Vanek. A paciente apresentou boa evolução e teve alta hospitalar no 6º PO com ATB. Apesar da raridade o tumor de Vanek ileal deve ser considerado como possível causa de obstrução intestinal por intussuscepção intestinal.

RC30 - Revisão Bibliográfica da Atual Situação no Tratamento de Carcinomatose Peritonia

Fonte, FP; Mattos, MHO;Silva, T.L; Nonose,R; Martinez, CAR .

Universidade São Francisco

INTRODUÇÃO: A carcinomatose peritoneal é a metástase de tumores primários para o peritônio. Sugarbaker em 91, mudou prognóstico selado de uma sobrevivida de no máximo 6 meses sem o tratamento. Os fatores de risco incluem a história natural da doença, tumores em estágio avançado, tratamento cirúrgico pregresso e procedimentos invasivos. O quadro clínico varia conforme local afetado e é classificado como sinais maiores, ascite e a obstrução intestinal, e menores, perda de peso, anorexia, dor abdominal e febre vespertina. É mais comum no omento, espaço sub-frênico, pelve e diafragma. Para o diagnóstico o exame de escolha é a TC. A videolaparoscopia(VLP) é indicada se há suspeita de carcinomatose sem confirmação. **RELATO DO CASO:** NJC, 52 anos, sexo feminino, queixa-se de dor em HCD há 3meses, nega perda de peso e outras queixas. EF: cardiopulmonar s/ alterações, Abdome: RHA+,distendido, flácido doloroso a palpação, massa em hipogastro. Realizado 3USG's e TC que evidenciou nódulos sólidos hepático em seg VI, VIII e em raiz do mesentério, imagem turbuliforme com líquido em retroperitônio, suspeita de carcinomatose. Enema, EDA e EDB normais. HMG, eletrólitos, função renal e hepática normais. CEA=2 e alfa-feto=2. Indicado a VLP confirmando carcinomatose, PCI=26 e realizado Bx(adenocarcinoma pouco diferenciado).**DISCUSSÃO:** Através de estudos randomizados feitos por Sugabaker, passou-se a utilizar de novas técnicas de tratamento para a carcinomatose. Assim sendo, foi proposto associar a cirurgia citorrredutora(perinectomia e retirada de estruturas acometidas possíveis de ressecamento), responsável por remover macroscopicamente as céls tumorais, à drogas quimioterápicas intraperitoneais aquecidas(HIPEC), sendo nesta via de melhor absorção e menos efeitos colaterais. Mas o próprio autor verificou que alguns pacientes evoluíam da mesma forma que os que não utilizavam da terapia combinada, então foi criado o Peritoneal Cancer Index(PCI) que é um marcador quantitativo. Com o auxílio do PCI e alguns fatores como origem primária do tumor, estadio da doença, margens de ressecção, indica-se a terapêutica combinada, estatisticamente os melhores resultados deste tratamento são em pacientes que apresenta carcinomatose isolada. Então a citorredução+HIPEC podem dar melhor prognósticos e em alguns casos a cura.

RC31 - DIVERTÍCULO DE JEJUNO PERFURADO

Bruna D. Andreguetto⁽¹⁾, Ana R. R. Pereira⁽¹⁾, Cristiane A. da Silva⁽¹⁾, Simony B. de Araújo⁽¹⁾ e Warses R. M. Junior⁽¹⁾

⁽¹⁾**Faculdade de Ciências Médicas de Santos**

Introdução: Os divertículos do intestino delgado são raros. Geralmente são assintomáticos, mas podem complicar em 20% a 30% com hemorragias, perfurações, proliferação bacteriana, volvo, enterolitos, diverticulites e obstruções intestinais. Relatamos um caso de divertículo de jejuno complicado por um quadro de abdome agudo perforativo. **Relato de caso:** homem, 80 anos, deu entrada em nosso serviço com queixa de dor abdominal, náuseas e vômitos fecalóides há dias. À tomografia computadorizada evidenciou suboclusão de alça intestinal. Foi realizada laparotomia exploradora apresentando líquido purulento livre na cavidade e divertículos em jejuno proximal, com perfuração de um deles drenando conteúdo intestinal. O segmento acometido foi ressecado, sendo realizado entero-enteroanastomose, término-terminal. Por apresentar parada cardiorrespiratória após extubação, o paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva e mantido sob ventilação mecânica e cobertura com ceftriaxone e metronidazol. Evoluiu com sepse abdominal, plaquetopenia severa, síndrome da angústia respiratória aguda, sem sucesso após otimização terapêutica com meroném e ampicilina. Paciente evoluiu com parada cardíaca irreversível, indo a óbito após 44 horas. **Discussão:** Os divertículos jejunais geralmente são falsos, localizados na borda mesentérica. Presentes principalmente em jejuno proximal, e tendem a diminuir em tamanho e número nas porções mais distais do intestino. Também são associados a divertículos colônicos. Há controvérsia quanto a sua origem. Uma das teorias defende que sua formação é semelhante à da doença diverticular do sigmóide, relacionada a anormalidades da peristalse intestinal, discinesia e aumento da pressão intraluminal. Complicam em 10% dos casos requerendo intervenção cirúrgica e antibioticoterapia intensa. Geralmente é um achado clínico, e quando suspeito, exames de imagem podem demonstrar a presença de divertículos jejunais, assim como a videolaparoscopia e a laparotomia exploradoras. Feito o diagnóstico, a ressecção do segmento acometido com anastomose primária é o tratamento de escolha. De acordo com a literatura revisada, e o caso descrito, o prognóstico do divertículo jejunal complicado é sombrio, sendo relevante nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo.

Bruna D. Andreguetto⁽¹⁾, Ana R. R. Pereira⁽¹⁾, Camila M. Simões⁽¹⁾, Cristiane A. da Silva⁽¹⁾ e Warses R. M. Junior⁽¹⁾

⁽¹⁾ **Faculdade de Ciências Médicas de Santos**

Introdução: A hérnia diafragmática é rara, pode ser congênita ou adquirida. Esta é secundária a trauma contuso, penetrante, ou iatrogênica. É mais freqüente a esquerda. Os órgãos que mais herniam são estômago, baço e cólon. A dor torácica, taquipnéia, e sons abdominais no tórax podem sugerir o diagnóstico que é clínico e confirmado pelo Rx de tórax e ou TC, e as vezes somente na cirurgia. Caso clínico: MVAS, 68 anos, chegou ao PS com desconforto respiratório e dor em região epigástrica há 12 horas. Referia acidente automobilístico há 48 horas. Ao exame: Glasgow 15, PA: 110x 70, P: 76 bpm, FR: 22 ipm, ausculta cardíaca normal. Murmúrio vesicular à direita normal e abolido à esquerda. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, DB negativo, hematoma em faixa devido ao cinto de segurança. Trazia Rx tórax com fratura de 5 arcos costais à esquerda, elevação da cúpula diafragmática e USG abdominal normal. Novo Rx tórax mostrou bolha gástrica em hemitórax esquerdo, e colabamento total de pulmão esquerdo. Com diagnóstico de hérnia diafragmática traumática, foi operada. Na cirurgia viu-se laceração de hemidiafragma esquerdo, herniação de fundo e corpo gástrico, laceração e perfuração na parede anterior do mesmo. Feito rafia da lesão, lavagem da cavidade torácica, drenagem, fechamento do diafragma e da parede. Evoluiu com pneumonia, infecção urinária e escara sacral. Teve alta da UTI e hospitalar com 50 e 60 dias, respectivamente. Discussão: O diagnóstico de hérnia diafragmática traumática pode ser difícil quando causada por contusão toracoabdominal, pois pode não haver sinais típicos como no trauma penetrante, e às vezes diagnosticada somente nas complicações. O Rx tórax é técnica diagnóstica inicial, e 75 a 90% destes mostram anormalidades, mas a hérnia é diagnosticada em apenas 25 a 50%. A TC não é um método bom para ruptura diafragmática do lado direito, e sim para lesões do diafragma esquerdo com maior sensibilidade e especificidade que o Rx tórax. Em 50% dos casos agudos, o diagnóstico é na cirurgia. O encarceramento e estrangulamento das vísceras herniadas são complicações comuns e a sua perfuração aumenta a morbidade. A correção é cirúrgica. O prognóstico depende da gravidade das lesões associadas e mortalidade varia de 17% a 41%.

RC33 - ADENOCARCINOMA DE CÓLON COM METÁSTASE PARA FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, ESTÔMAGO E LINFONODOS: RELATO DE CASO

Faculdade de Medicina de Jundiaí – Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

*Nogueira da Silva, FH^{*1}; Bottene, MC¹; Pradella, JGDP¹; Venâncio, A;²Teixeira, ARF³; Godinho, M³*

1: Acadêmico do 6º ano da Faculdade de Medicina de Jundiaí;

2: Residente do 2º ano em Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Jundiaí

3: Médico e Professor na disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Jundiaí

4: Médico do departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo/Jundiaí

Resumo: Os autores relatam o caso de uma paciente que apresentou adenocarcinoma de cólon com metástase para fígado, pâncreas, baço e estômago, não sendo encontrado relato semelhante na literatura pesquisada. Discute-se a raridade desta enfermidade e a importância do diagnóstico e publicação para futuras pesquisas e revisões sobre o assunto.

Palavras-chave: adenocarcinoma, cólon, metástase, relato de caso

Introdução

As neoplasias de cólon são de grande relevância na Medicina e principalmente na Coloproctologia, considerando-se a sua frequência e o aumento progressivo na sua incidência, terceira maior causa de morte por câncer no Brasil. É sabido que 98% de todos os cânceres de intestino grosso são adenocarcinomas^(Markowitz SD, 2002), surgindo geralmente em pólipos e causam sintomas relativamente precoces, em um estágio que é curável pela retirada cirúrgica^(Keighley MRB, 1998). É mais incidente em homens acima de 60 anos e quando diagnosticada em jovens, a colite ulcerativa ou uma síndrome poliposa devem ser investigados.^(Keighley MRB, 1998) Seu aparecimento está de acordo com alguns fatores de risco, como idade, presença de pólipos intestinais, história de neoplasia pessoal ou familiar e pode ser relacionado com fatores ambientais, hábitos alimentares e dietéticos, medicamentos, qualidade de vida e etnia, uma vez que sua incidência é muito variável na população mundial^(Santos CHM e cols, 2002). Sua distribuição é de 22% no ceco/cólon ascendente, 11% no cólon transversal, 6% no cólon descendente e

55% no cólon retossigmóide e 6% em outros locais.^(Keighley MRB, 1998; Correia Neto, 1994; Robins e Coltran, 1997)

Os cânceres colorretais permanecem assintomáticos durante anos e os sintomas aparecem paulatinamente, podendo durar meses ou anos antes do diagnóstico. Fadiga, fraqueza, anemia ferropriva, massa abdominal, sangue oculto nas fezes, alterações gastrintestinais, dor abdominal e perda de peso são fatores que podem ser encontrados^(Correia Neto, 1994; Cappell MS e cols, 2005). Os tumores colorretais propagam-se por extensão para estruturas adjacentes e metástases em 25 a 30% dos pacientes^(Brenner S e cols, 2000). Frente a um adenocarcinoma colorretal, devemos sempre investigar a existência de um tumor sincrônico, situação que pode ocorrer com relativa frequência^(Quadrilatero J e cols, 2003).

Um estadiamento que indica o prognóstico do carcinoma que é largamente usado e a classificação de Aster e Coller modificada por Dukes e Kirklin^(Zinkin R e cols, 1983) além da já conhecida classificação TNM da *American Joint Commission on Cancer*.

Entre os meios de diagnóstico, podem ser utilizados a retossigmoidoscopia, colonoscopia, ultrassonografia de abdome, tomografia computadorizada e o enema duplo contrastado com bário ^(Goslin R e cols, 1981; Stímac GK e cols, 2004).

Objetivos

Relatar caso de Adenocarcinoma de cólon de evolução agressiva, com múltiplos sítios simultâneos de metástases.

Relato do caso

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, G.R.D, 60 anos, admitida no Pronto Socorro do Hospital de Caridade São Vicente (HSV) no dia 03.03.2009 com queixa de dor lombar à esquerda há cerca de 3 meses, em cólica, de moderada intensidade, caráter progressivo, sem fatores de melhora, com piora após a alimentação, sem fatores desencadeantes, sem irradiação e acompanhada de náuseas, vômitos em pequena quantidade e inapetência. Nega alterações no hábito intestinal, febre, emagrecimento ou ganho de peso, alterações ou queixas de outras naturezas.

Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, descorada 2+/4+, ausculta cardíaca e pulmonar normais, 88bpm, PA 142x84, abdome semi-globoso, flácido, doloroso à palpação superficial e profunda em fossa ilíaca esquerda, fígado a 3cm do rebordo costal direito, timpânico e ruídos hidroaéreos presentes. Após a analgesia e solicitação de exames gerais a paciente é internada no Serviço de Cirurgia Geral do HSV para preparo para a cirurgia. Realizada Tomografia Contrastada de Abdome com contraste EV, Alfa-fetoproteína = 0,53ng/dl (normal = 0,0 – 15,0) e CA 19.9 = 130,6 (normal de 0,0 a 33,0) e a paciente é submetida a uma laparotomia exploradora com hemicolectomia à direita +

gastrectomia total com reconstrução em “Y de Roux” + pancreatectomia caudal + esplenectomia + retirada de implantes metastáticos. Os materiais ressecados foram enviados ao exame anátomo-patológico, que evidenciou: adenocarcinoma moderadamente diferenciado em arranjo tubular e papilífero na parede do ceco (7,0 cm), apêndice cecal, linfonodo pericecal, cauda do pâncreas, baço, parede gástrica e linfonodos perigástricos.

A paciente, no 2º dia pós-operatório, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, refratária às medidas de restabelecimento da volemia e apresentou PCR em fibrilação ventricular, não respondendo às manobras de reanimação cardiopulmonar.

Discussão e Conclusão

O câncer colorretal é a neoplasia mais freqüente ^(Anderi E e cols, 2001), sendo mais incidente em cólon esquerdo e reto, na qual 95% são representados pelos adenocarcinomas ^(Tacla M e cols, 1998). O aparecimento de lesões sincrônicas ocorrem em 2 a 3 % dos pacientes ^(Silva JH e cols, 2001).

Este trabalho teve por objetivo relatar um caso avançado de Câncer de Cólon, com múltiplas metástases e de evolução agressiva, evidenciando que o diagnóstico precoce destes tumores ainda continua sendo uma arma fundamental no melhor prognóstico destes doentes. Quando detectado precocemente, os tumores são passíveis de ressecção e de boa evolução no pós-operatório, muitas vezes com tempo de sobrevida livre de doenças elevado. Logo, devemos nos atentar a realização do diagnóstico precoce destas lesões colorretais.

Apêndice

Por normas do XXVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia, só é possível a inclusão de 06 autores/co-autores para o envio de trabalhos científicos. Porém, este estudo contou com a colaboração de Wiesel, EB Residente do 2º ano em Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de

Referências Bibliográficas

1. Anderi E Jr, Haddad MA, Agostinho AG, Dalaneze MC: Experiência de 14 anos no tratamento do câncer colorretal. *Rev Bras Coloproct.* 2001; 21: 148-52.
2. Andrade et al. In: Stimac GK, Kelsey CA. Advanced techniques in diagnostic imaging. In: Introduction to diagnostic imaging. Seattle: WB Saunders Company, 1994.
3. Arnaud J-P, Bergamaschi R. Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:685-688.
4. Astler VE, Collier FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *An Surg.* 1954; 139:846-51.
5. Bacon EH, McGregor JK. Prevention of recurrent carcinoma of the colon and rectum: report of 236 patients. *Dis Colon Rectum* 1963; 6:209-14
6. Beahrs OH, Higgins GA, Weinstein JJ. *Colorectal Tumors.* J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1986.
7. Bonardi RA e Oliveira Jr. O. Cirurgias nas Metástases e Recidivas do Câncer Colorretal. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XV, Cap. 150: 2004 – 2010
8. Brenner S. Adenocarcinomas colorretais: análise dos resultados do tratamento cirúrgico de 608 doentes. Tese de Doutorado. Universidade do Paraná. Curitiba, 1990.
9. Brenner S. Câncer nos Cóloons. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XV, Cap. 145: 1909 – 1914.
10. Broders AC. The grading of carcinoma. *Minnesota Med.,* 1925; 8:725-30.
11. Cappell MS: The pathophysiology, clinical presentation, and diagnosis of colon cancer and adenomatous polyps. *Med Clin North Am;* 89(1): 1-42, vii, 2005 Jan.
12. Chapuis PH, Dent OF, Newland RC, Bokey LL, Pheils MT. An evaluation of the American Joint Committee (PTMN) staging method for cancer of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:6-10.
13. Corman ML, Allison SI, Kuehne JP. *Manual de Cirurgia Colorretal.* (Tradução de Geraldo Magela Gomes da Cruz do original "Handbook of Colon and Rectal Surgery" da Lippincott Williams & Wilkins, United States) Revinter, Rio de Janeiro, ISBN 85-7309-994-1, 2005.
14. Cruz GMG, Ferreira RMRS & Neves PM. Estudo Retrospectivo de 47 complicações em 380 pacientes operados de Câncer Retal. *Rev Bras Coloproctol,* 26 (2); 138-155, 2006.
15. Cruz GMG. Câncer colônico em pacientes com menos de 40 anos de idade. *Rev Bras Colo-Proct,* 1991; 11(1):19-24.
16. Cruz GMG. Câncer no Reto. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume II –Propedêutica Nosológica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-335-8, 1999; Parte VII, Cap. 56: 880 – 921.
17. Cruz GMG. Câncer nos Cóloons – Experiência Pessoal. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XV, Cap. 149: 1988 – 2003.
18. Cruz GMG. Câncer nos Cóloons. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume II –Propedêutica Nosológica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-335-8, 1999; Parte VII, Cap. 55: 833 – 879.
19. Cruz GMG. Estudo Retrospectivo de uma Casuística de 380 Casos de Câncer Retal ao Longo de Quatro Décadas". Tese de Doutorado. Belo Horizonte, MG, ISBN 85-903214-1-X, CDD 616.994347, 2002.
20. Cruz, GMG. Câncer Colorretal metacrônico – Estudo de incidência cumulativa e apresentação de dez casos pessoais. *Rev Bras Coloproctol,* 16 (3), 121-128, 1996.
21. Cutait R, Cotti G, Silva RV, Garicocchea B, cruz gmg, Aoki R. Diagnóstico Clínico da HNPCC: Caracterização de Famílias "Amsterdã" Positivas. *Rev Bras Coloproctol,* 25 (1); 6-1, 2005.
22. Deans JT, Parks TG, Rowlands BJ, Spence RA. Prognostic factors in colorectal cancer. *Br J Surg* 1992; 79:608-13.
23. Dukes CE, Bussey HJ. The spread of rectal cancer and its effects on prognosis. *Br J Cancer,* 1958; 12:309-20.
24. El Ibrahim R. Anatomia Patológica dos Tumores colônicos. In: Pinotti HW: *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo.* Ed. ATHENEU, São Paulo, 1994; cap. 154:1269-1272.
25. Fenoglio CM & Pascal RR. Colorectal adenomas and cancer: pathologic relationship. *Cancer* 1982; 50:2601-8.
26. Ferguson EF Jr & Houston CH. Benign and malignant tumors of the colon and rectum. *South Med J,* 1972;65:1213-20.
27. Ferreira JJ, Sewaybriccker FZ. Pólipos e Poliposes Intestinais. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume II –Propedêutica Nosológica.* Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-335-8, 1999; Parte VII, Cap. 57: 922 – 932.
28. Fortner JG, Silva JS, Golbey RB, Cox EB, MacLean BJ. Multivariate analysis of a personal series of 247 consecutive patients with liver metastases from colorectal cancer. *Ann Surg* 1984; 199:306-16.
29. Gold P, Freedman SO. Specific antiembryonic antigens of the human digestive system. *J Exp Med,* 1965; 122:467-81.
30. Goligher J. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon.* Baillière Tindal, London, 5th edition, 1984.
31. Goslin R, O'Brien MJ, Streele G et al. Correlation of plasma CEA and CEA tissue staining in poorly differentiated colorectal cancer. *Am J Med,* 1981; 71:246-53.
32. Habr-Gama A, Souza AHS, Nadalin W, Gansl R, Silva JH, Pinotti HW: Epidermoid carcinoma of the canal anal. *Rev Bras Coloproct.* 1989; 32: 773-7.

33. Habr-Gama A. Indicações e resultados da retocolcctomia abdominoendoanal no tratamento do câncer no reto. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1972.
34. Hill J, Meadows C, Meadows H, Houghton J, Northover J: UKCCCR anal trial salvage surgery study. *Colorectal Dis.* 2000; 2: 5.
35. Huerta S; Goulet EJ; Livingston EH: Colon cancer and apoptosis. *Am J Surg*; 191(4): 517-26, 2006 Apr.
36. Jensen CB. Clasificaciónes del cancer de colon y recto. In: Azolas CS, Jensen CB: *Proctologia Práctica*, Chile, Arancibia HNOS y Cía Ltda, 1992; 204-9.
37. Keighley MRB & Williams NS. *Surgery op the Anus, Rectum and Colon*. W.B. Saunders Company, London, 1994; 34:1112-1127.
38. Keighley MRB, Williams NS: *Câncer Colorretal: Epidemiologia, Etiologia, Patologia, Manifestações Clínicas e Diagnóstico*. In: *Cirurgia do Ânus, Reto e Colo.* (1 ed.), São Paulo, Manole. 1998; p. 791-843.
39. Keighley MRB. *Atlas de Cirurgia Colorretal*. (Tradução de Geraldo Magela Gomes da Cruz do original "Atlas of Colorectal Surgery" da Churchill Livingstone Incorporated), Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-292-0, 1999.
40. Kewenter J, Brevinge H, Engaras B, Haglind E, Ahren C. Follow-up after screening for colorectal neoplasms with fecal occult blood testing in a controlled trial. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:115-9.
41. Kokal WA, Gardine RL, Sheibbani K et al. Tumor DNA content in resectable primary colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1989; 209:188-93.
42. Leite MTT. Radioterapia nos Cânceres Colorretais. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica*. Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XV, Cap. 152: 2016 - 2024.
43. Lind P, Lechner P, Arian-Schad K et al. Anti-carcinoembryogenic antigen immunoscintigraphy (Technetium99 monoclonal antibody BW 431/26) and serum CEA levels in patients with suspected primary and recurrent colorectal carcinoma. *J Nucl Med*, 1991; 32:1319-25.
44. Markowitz SD e cols: Focus on colon cancer. *Cancer Cell*; 1(3): 233-6, 2002 Apr.
45. Minton JP, Hoehn JL, Gerber DM et al. Results of a 400 patients carcinoembryogenic antigen second look colorectal cancer study. *Câncer*, 1985; 55:1284-90.
46. Morson BC. *The pathogenesis of colorectal cancer*. Monography. Major Problems in Pathology, Vol. 10. Philadelphia: WB Saunders, 1978.
47. Novaes NAV. Quimioterapia e Imunoterapia no Câncer Colorretal. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica*. Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XV, Cap. 151: 2011 - 2015.
48. Pedersen IK, Burcharth F, Roikjaer O, Buden H. Resection of liver metastases from colorectal cancer: indications and results. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1078-1082.
49. Petersen BM Jr, Bass BL, Bates HR, Chandeysson PL, Harmon JW. Use of the radiolabeled murine monoclonal antibody, 111 In-CYT-103, in the management of colon cancer. *Am J Surg* 1993; 165:137-43.
50. Quadrilatero J; Hoffman-Goetz L: Physical activity and colon cancer. A systematic review of potential mechanisms. *J Sports Med Phys Fitness*; 43(2): 121-38, 2003 Jun.
51. Raia AA & Habr-Gama A. Tumores Malignos do Cólon. In: Corrêa Neto A: *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto*, ED. SARVIER, São Paulo, 4ª Ed., 1994; cap.58:581-599.
52. Ramos JR, Regadas FSP, Souza JS. *Cirurgia Colorretal por Videolaparoscopia*. Editora Revinter, ISBN-85-7309-122-3, 1997.
53. Regadas SFR, Regadas SMM. Pólipos e Poliposes Adenomas. In: Cruz GMG. *Coloproctologia - Volume III – terapêutica*. Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, ISBN 85-7309-447-8, 2000; Parte XIV, Cap. 143: 1889 – 1894.
54. Reis Neto JÁ. *New Trends in Coloproctology*. Editora Revinter, isbn-85-7309-457-5, São Paulo, SP, 2000.
55. Robins & Coltran: *Pathologic bases of disease*, 7th edition, 1997.
56. Rossi BM, Pinho M. *Genética e Biologia Molecular para o Cirurgião*. LeMar Livraria e Editora Marina, ISBN-85-86652-05-9, São Paulo, SP, 1999.
57. Roufflet F, Hay J-M, Vacher B, Fingerhut A, Elhadad A, Flamant Y, Mathon C, Gainant A. Curative resection for left colonic carcinoma: hemicolectomy vs. segmental colectomy. A prospective controlled multicenter trail. The French Association for Surgical Research. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:651-9.
58. Santos CHM e cols: Adenocarcinoma de Colon e Carcinoma Espinoelular de Canal Anal Concomitante. *Relato de Caso e Revisão da Literatura*. *Rev Bras Coloproctologia*. 2005; 25:2.
59. Secco GB e cols: Segmental resection, lymph nodes dissection and survival in patients with left colon cancer. *Hepatogastroenterology*; 54(74): 422-6, 2007 Mar.
60. Silva JH & Pinotti HW. Câncer no Cólon. In: Pinotti HW: *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo*. Ed. ATHENEU, São Paulo, 1994; cap. 153:1259-1268.
61. Silva JH: *Tratamento Cirúrgico do Câncer de Cólon*. In: Petroianu A. *Terapêutica Cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2001; p. 478-89.
62. SSAT patient care guidelines: Surgical treatment of cancer of the colon or rectum. *Society for Surgery of the Alimentary Tract. J Gastrointest Surg*; 11(9): 1200-2, 2007 Sep.
63. Stimac GK, Kelsey CA. Advanced techniques in diagnostic imaging. In: *Introduction to diagnostic imaging*. Seattle: WB Saunders Company, 1994.
64. Storm HH, Manders T, Friis S, Bang S. Cancer incidence in Denmark 1988. *Danish Cancer Registry*, Copenhagen: Danish Cancer Society 1991:1-87.

65. Stower MJ & Hardcastle JD. Five year survival of 1115 patients with colorectal cancer. *Gut* 1983; 24.
66. Tacla M: Tumores Malignos Colorretais. In: Dani R. *Gastroenterologia Essencial*. (1 ed.), São Paulo, Guanabara-Koogan. 1998; p. 350-7.
67. Tosta de Souza VC. *Coloproctologia*. Medsi, ISBN-85-7199-186-3, Rio de Janeiro, RJ, 4a Edição, 1999.
68. Venkatesh KS, Weingart DJ, Ramanujam PS. Comparison of double and single parameters in DNA analysis for staging and as a prognostic indicator in patients with colon and rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*, 1994; 37:1142-47.
69. Wolmark N, Fisher B, Wieand HS. The prognostic value of Duke's classification of colorectal cancer: an analysis of the NASSBP clinical trials. *Ann Surg*, 1986; 203:115-22.
70. Zinkin R. A clinical review of the classification and staging of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*, 1983; 26:37-43.

RC34 - EU TENHO HEMORRÓIDA, DOUTOR? CEC DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tatiana L. Silva(1), Fábio P. Ponte(2), Carlos A. R. Martinez (3), Ronaldo Nonose(4), Márcio H. Mattos(5)

Instituição: Universidade São Francisco. (1),(2) Acadêmicos, (3),(4) Prof. Dr. Cirurgia geral e Coloproctologia, (5) Residente da Cirurgia Geral

Introdução: Hemorróidas podem ser externas: causam desconforto e dificuldades de higiene, e forte dor se trombosadas; internas causam sangramento indolor, vermelho vivo, e prolapso associado à defecação. O câncer do canal anal é neoplasia pouco frequente e compreende 1% a 2 % dos tumores do intestino grosso. Cerca de 75% a 80% destes tumores são CEC e há uma predominância no sexo feminino. Sua incidência tem aumentado, em homens, em função da maior incidência de transmissão sexual do HPV, do intercurso passivo, multiplicidade de parceiros, imunossuprimidos e pacientes com HIV positivo, entre outros. As manifestações clínicas são: sangramento(50%), dor, prurido, mucorréia, alterações do hábito intestinal e tenesmo. Num estágio mais avançado, podem ocorrer incontinência, fístula retovaginal e sintomas obstrutivos. Massas dolorosas na região inguinal denotam doença metastática. O diagnóstico é feito através do exame proctológico, com biópsia dirigida da lesão, retossigmoidoscopia, Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética, ultrassom endoanal e avaliação torácica completam o estadiamento. A abordagem terapêutica baseia-se no sistema Nigro com QT e RT pré-operatória. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com CEC de Canal Anal, seu diagnóstico prévio como Doença Hemorroidária e compará-lo com os dados da literatura correspondentes ao seu diagnóstico, para orientar a classe médica sobre a importância do exame proctológico para diagnósticos diferenciais. **Apresentação do caso:** MOP, 54 anos, sexo feminino, casada, católica, natural e procedente de Bragança Paulista, Atendida no Serviço Ambulatorial de Coloproctologia do HUSF, encaminhada com queixa de prolapso em região anal, dor, pouco sangramento, sem alteração do hábito intestinal há 6 meses, com hipótese diagnóstica interrogada de Doença Hemorroidária. G2P2, Sem alterações no exame físico geral, a não ser pela presença de nódulo em região inguinal direita de aproximadamente 2 cm, indolor à palpação, móvel, aspecto fibroelástico. **Exame proctológico:** À estática, canal anal sem alterações, com presença de nódulo de aproximadamente 3,5 cm entre a cúpula anterior vaginal e posterior do canal anal; dinâmica, nódulo de aspecto endurecido, doloroso à palpação, com fístula presente; Toque retal sem alterações. Com provável diagnóstico de Cec de canal anal e estágio III B. Paciente encaminhada à biópsia e peça cirúrgica enviada ao anatomo-patológico. **Resultado:** Adenocarcinoma Pouco Diferenciado, com margens acometidas. Encaminhada ao serviço de Oncologia do HUSF para terapia Adjuvante. **Discussão:** Este caso, demonstra claramente, que um simples exame proctológico, associado à história clínica e anamnese levariam à uma conduta diferente precocemente.

RC35 - PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Tatiana L. Silva (1), Danilo T. Kanno (2), Attilio B. Neto (3), Gilberto Romani (4), Enzo F. Nascimento (5)

Instituição: Universidade São Francisco. (1),(2) Acadêmicos, (3),(4) Prof. Dr. da Ginecologia e Obstetrícia, (5) Prof Dr. da Cirurgia Geral e Gastroenterologia,

Introdução: O pseudomixoma peritoneal(PE)é em carcinoma de baixo grau de malignidade. Acomete a cavidade peritoneal por implantes de substância mucinosa de células epiteliais de tumor primário ou reação epitelial do peritônio parietal, geralmente primário de apêndice cecal e ovário, menos comumente pâncreas, bexiga, mama, pulmão e cólon. Apresenta epidemiologia rara, de 1:1.000.000, sendo 75% dos casos em mulheres. Manifesta-se com: ascite mucinosa, comprometimento intestinal, hérnias, massas abdominais e dor. O diagnóstico é feito por punção aspirativa por agulha fina e exames de imagem como ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética. O tratamento é a ressecção dos implantes associado a quimioterapia, com sobrevida de 75% em 5 anos, porém apresentando recidivas em grandes ressecções cirúrgicas. **Objetivo:** Relatar um caso de PE e comparar aos achados da literatura. **Apresentação do caso:** CATP, 63 anos, mulher, natural de Brasília, G13P13, menopausada há 6 anos, sem TRH. Deu entrada no serviço com queixa de dor abdominal difusa e massa pélvica à esclarecer. Realizado exame de imagem que evidenciava tumor anexial a esquerda de 10 cm. Realizada ressecção do tumor, histerectomia e retirada de múltiplos implantes mucinosos em peritônio, diafragma, fígado e omento. No anátomo-patológico foi apontado cistoadenoma mucinoso e pseudomixoma ovariano. A paciente foi encaminhada ao departamento de quimioterapia sendo proposto o esquema carboplatina e taxol. Evoluiu sem queixas durante 5 anos, retornando ao serviço com a mesma queixa anterior. Foram realizados exames de imagem e optado pela reabordagem cirúrgica, ressecando os implantes da cavidade, diagnosticados como mucinosos. Evoluiu com sepse e veio a falecer no 25 dia PO. **Discussão:** A PE apresenta-se como tumor primário de curso incidioso, de baixa incidência com quadro inespecífico, cujo diagnóstico é feito por exames de imagem associados a análise anátomo-patológica por punção. O tratamento é a citorredução cirúrgica aliada a quimioterapia. A paciente preencheu os padrões da literatura, mas apesar do esquema terapêutico adequado, evoluiu a óbito pelas complicações do PO.

RC36 - DISGERMINOMA DE OVÁRIO COM METÁSTASE RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

Tatiana L. Silva (1), Danilo T. Kanno (2), Carolina T. Lima (3), Gilberto Romani (4), Enzo F. Nascimento (5)

Instituição: UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (1), (2) e (3) Acadêmicos do Curso de Medicina. (4) Professor Dr de Ginecologia e Obstetrícia. (5) Prof Dr de Cirurgia Geral e Coloproctologia

Introdução: O disgerminoma é um tumor maligno germinativo com clínica pobre e inespecífica, cursando com dor abdominal ou pélvica, massa abdominal, febre, sangramento vaginal e ascite, associado a hipercalcemia. É rara, representando cerca de 2% a 3% das neoplasias ovarianas. A incidência encontra-se na faixa dos 13 aos 30 anos. Em geral, são unilaterais, em 80-90% dos casos. Não apresenta marcador específico, sem muita especificidade citados são: bHCG, CA125, LDH ou AFP. As metástases ocorrem em gânglios linfáticos aórticos, peritônio, fígado e pulmão. O tratamento é a ressecção da massa tumoral através de salpingoofurectomia, e, no caso de metástases pode ser realizada QT ou RT. Se um ovário for preservado, há chance de recidiva de 5% em 2 anos. **Objetivo:** relatar um caso de disgerminoma de ovário com metástase retroperitoneal e comparar aos achados da literatura. **Apresentação do caso:** MESM, mulher, 20 anos, procedente de Atibaia, compareceu ao serviço com queixa de dor abdominal há 2 meses. **AP:** menarca aos 14 anos, ciclos regulares de quantidade normal. **Ao exame:** tumoração palpável em hipogástrio e flanco esquerdo de cerca de 25 cm. O ultrassom e tomografia apontavam tumoração de 620cm³, com CA125 de 376U/mL e CEA de 0,7ng/mL. A punção de líquido livre na cavidade apontou ausência de células neoplásicas. Com hipótese de cisto de ovário foi optado pelo oofurectomia e anexectomia, o laudo mostrou disgerminoma de ovário, recebendo alta no 6º PO. Retornou ao serviço em 4 meses dor em hipocôndrio E e massa palpável de 20cm. A TC revelou massa cística com cápsula e septos de permeio em hipocôndrio esquerdo e retroperitônio, envolvendo 270º da Aorta. Foi realizada ressecção de recidiva do disgerminoma da tumoração medindo 20cm e duas massas satélites de 12cm e 10cm, juntamente com linfonodo periaórtico e apendicectomia por fecalito aderido ao fundo da luz, e, locado cateter duplo J pois a lesão englobava ureter. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no 5º PO. A patologia evidenciou disgerminoma infiltrando retroperitônio e metástase linfonodal. A paciente foi estadiada como IA, e, foi solicitado painel imunoistoquímico. Encaminhada a oncologia para terapia adjuvante. **Discussão:** o prognóstico geralmente é bom se o disgerminoma for unilateral sem rompimento da cápsula, com taxa de cura de 96%, com sobrevida pós-operatória de 75-90% em 5 anos. A resposta a radioterapia também é bastante satisfatória com sobrevida de 80-90%.

RC37 - PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO JEJUNAL POR ENTEROLITO: RELATO DE CASO.

**Daniele L. F. Silva⁽¹⁾, Juliana S.Valenciano⁽¹⁾, Jacintho Soares de Sousa Lima⁽¹⁾,
Ronaldo Nonose⁽¹⁾, Carlos Augusto Real Martinez⁽¹⁾.**

⁽¹⁾ Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo

INTRODUÇÃO: A perfuração do intestino delgado secundária à diverticulite jejunal causada por enterolito é uma condição extremamente rara. Revisão da literatura mostra que existem apenas 37 casos publicados. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de perfuração do intestino delgado causada por enterolito formado no interior de um divertículo jejunal. **RELATO DO CASO:** Mulher com 86 anos foi atendida quadro de dor abdominal difusa há 4 dias apresentando sinais de peritonite generalizada. Após a recuperação hidroeletrólítica e realização de exames laboratoriais e de imagem foi submetida a laparotomia exploradora de urgência com o diagnóstico de abdome agudo inflamatório. A cirurgia mostrou que a paciente apresentava doença diverticular do intestino delgado localizada, principalmente, no jejuno proximal. A peritonite ocorreu em consequência a perfuração intestinal causada por enterolito, medindo 8 cm de diâmetro e localizado dentro de um dos divertículos. O segmento intestinal perfurado foi removido realizando-se uma anastomose término-terminal para reconstrução do trânsito. A recuperação pós-operatória transcorreu sem intercorrências tendo a paciente recebido alta no quinto pós-operatório. Apresenta-se bem um ano após o procedimento cirúrgico. **CONCLUSÃO:** Apesar de rara a perfuração do intestino delgado por enterolitos localizados em divertículos jejunais deve, deve ser sempre considerada, principalmente no paciente idoso, quando as causas mais comuns de peritonite foram excluídas.

RC38 - ESÔFAGO DE BARRETT

Roberta Lisi ⁽¹⁾, Paola Moscatello ⁽¹⁾, Fernanda Bacaro ⁽¹⁾, Maria A Martins ⁽¹⁾

Faculdade de Ciências Médicas de Santos – Fundação Lusíada ⁽¹⁾

Introdução: Esôfago de Barrett (EB) é definido pela presença histológica de epitélio metaplásico colunar com metaplasia intestinal (MI), caracterizado pela presença de células calciformes, mais incidente no esôfago distal, decorrente da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE). O câncer no EB se desenvolve via processo que começa com DRGE, com dano no epitélio, levando a metaplasia colunar, com displasia de baixa a alto grau, evoluindo para carcinoma. **Relato de caso:** JVA, 42 anos, masculino, tabagista. Referia ter gastrite e transtorno bipolar há 10 anos, anorexia e perda de 8kg em 2 meses. Exame físico normal. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou esofagite erosiva grau V de Savary Muller, EB, hérnia hiatal de deslizamento (HHD), pangastrite enantematosa moderada, bulboduodenite erosiva leve. Exame histológico evidenciou processo inflamatório crônico ulcerado em mucosa de transição esôfago-gástrica com MI, displasia glandular intensa, sem *Helicobacter pylori*. No nosso serviço realizou EDA que mostrou esofagite erosiva distal grau B de Los Angeles, mucosa esofágica sugestiva de Barrett com lesão elevada e ulcerada em área de transição esofágica, HHD, gastrite enantematosa moderada de antro. Exame histológico confirmou EB com displasia acentuada e focos de erosão. Realizou-se nova EDA sendo mantido o diagnóstico. Indicado tratamento cirúrgico, realizando-se esofagectomia subtotal trans-hiatal, esofagogastroanastomose cervical, piloroplastia, colecistectomia. **Discussão:** O EB é condição pré-maligna. Estudos relatam que 5 a 10% dos EB evoluem para adenocarcinoma. Em 45 – 50% dos pacientes com displasia de alto grau encontra-se carcinoma invasivo quando o *especimen* é removido. Múltiplos fatores estão relacionados com sua histogênese. Os sintomas são os da DRGE. O diagnóstico se faz através do exame endoscópico, múltiplas biópsias e exame histopatológico evidenciando MI com células calciformes. O tratamento pode ser clínico, endoscópico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes com displasia de baixo grau, realizando-se valvuloplastia e acompanhamento endoscópico a cada 6 meses. Em displasia de alto-grau, após avaliação por 2 patologistas experientes em EB, se realiza esofagectomia subtotal com esôfagogastroanastomose cervical.

RC39 - SCHWANOMA GIGANTE DA REGIÃO RETRORRETAL: RELATO DE CASO

Bruna C. Ferreira⁽¹⁾, Mariana G. Arruda⁽¹⁾, Oreste P. Lanzoni⁽¹⁾, Carlos A. R. Martinez⁽¹⁾.

⁽¹⁾. Universidade São Francisco.

Introdução: Schwannomas são tumores das células de Schwann de nervos e raízes nervosas, geralmente benignos e de crescimento indolente. Incidência maior em adultos de meia idade acometendo preferencialmente à região lombo-sacra. Schwannomas gigantes são raros. A sintomatologia é pouco específica, portanto, podem atingir grandes proporções. Podem crescer para pelve provocando sintomatologia decorrente da compressão de órgãos da cavidade pélvica. Embora o tratamento cirúrgico represente a melhor opção, a escolha da via de acesso empregada para ressecção depende de vários aspectos. **Apresentação do caso:** Mulher, 27 anos, com queixa há dois anos de dor sacral irradiada para as regiões glútea e hipogástrica. Há três meses passou a apresentar irradiação da dor para a coxa direita acompanhada de urgência miccional e distúrbio evacuatório. Massa palpável na região hipogástrica, fixa, de consistência firme e dolorosa a compressão. Ao toque retal, o espaço retrorretal estava ocupado por massa grande, com consistência firme. O toque vaginal revelava deslocamento do útero e anexos anteriormente. A radiografia da pelve, ultrassonografia com dopplerfluxometria, tomografia computadorizada e ressonância magnética da região lombo-sacra confirmaram presença de tumor retrorretal. Na exploração cirúrgica, inicialmente fez-se a ressecção do componente pélvico da neoplasia por via abdominal, seguida após seis semanas, pela extirpação do tumor residual através de acesso posterior. O estudo imuno-histoquímico confirmou o diagnóstico histopatológico de schwannoma benigno da região sacral, tipo misto. **Discussão:** Diversos tipos de neoplasias podem acometer a região retrorretal, com destaque os cordomas, schwannomas, lipomas, lipossarcomas, fibromas, fibrosarcomas, leiomiomas, leiomiosarcomas e os linfomas. Os schwannomas costumam serem solitários, sólidos, bem delimitados e quando surgem no canal espinal podem causar compressão medular, fazendo o paciente ter dor, distúrbios urinários, constipação e disestesias nos membros inferiores. Quando crescem concomitantemente para a região sacral posterior adquirem o aspecto característico de uma “ampulheta”. Vale ressaltar os altos índices de seqüelas neurológicas pós-operatórias.

RC40 - ISQUEMIA INTESTINAL NA TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: RELATO DE CASO.

Giovanna R. Couto¹, Marcos G. Almeida¹, Fernando L. da Cunha¹; Benedicto M. Villaçã¹, Carlos A. R. Martinez¹.

⁽²⁾ Universidade São Francisco

INTRODUÇÃO: A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante (TAO) é uma doença vascular inflamatória, que afeta predominantemente artérias das extremidades de pequeno calibre. É mais freqüente em mulheres jovens e fumantes. A sintomatologia isquêmica nos membros superiores e inferiores é a forma mais habitual de apresentação, porém o comprometimento visceral é muito pouco freqüente e muitas vezes desvalorizado. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, diagnosticada com TAO há 24 anos. Em fevereiro de 2010 apresentou-se com queixa de dor abdominal há um ano. Há dois meses essa dor se intensificou, sendo do tipo pontada em flancos esquerdo e direito com alteração do hábito intestinal que alternava entre episódios de constipação e diarreia. Em seus antecedentes, relata vários surtos agudos de isquêmicos de mão e pé que acarretaram gangrena e amputação de várias extremidades dos dedos, que continuam isquêmicos compensados clinicamente. Ao exame, estava em REG, desnutrida 1/4 e fácies cushingóide. Apresentava pulso de 80 ppm e PA de 120x80 mmHg, afebril. Ao exame físico do abdome, apresentava flacidez, com RHA presentes e dor à palpação superficial e profunda em epigástrio e flanco esquerdo. Ao exame vascular, apresentava pés e mãos com hiperemia reflexa de dedos, sem pulsos periféricos, com seqüelas de amputação de extremidades dos dedos. Solicitada aortografia abdominal, constatou-se uma oclusão da artéria mesentérica superior a partir do terço médio e a não visualização da artéria mesentérica inferior. **DISCUSSÃO:** A TAO é uma arteríte que raramente acomete a circulação digestiva. Alguns estudos demonstraram que a sintomatologia digestiva mais freqüente eram dores abdominais crônicas, associadas a perda de peso. Nossa paciente apresentou crises diarreicas com perda de sangue vivo alternando quadro de dor e distensão abdominal importante. Que melhoraram com uso de prednisolona 80 mg/dia mais silostazol 200 mg/dia e abstinência total do tabaco. Durante esses mais de 20 anos de seguimento da paciente, ela apresentou vários surtos agudos de isquemia pelo fato de ser fumante passiva. Dado a exigüidade de casos semelhantes, e com a comprovação radiológica apresentada, acreditamos que a divulgação deste caso venha a enriquecer a comunidade médica.

RC41 - RUPTURA DE ESOFAGO INTRATORÁCICO APÓS TRAUMA TORACO-ABDOMINAL FECHADO

Fabiano Parigi⁽¹⁾, Fernando Cesar Ferreira Pinto⁽²⁾, Federico Garcia Cipriano⁽³⁾

¹ Universidade de Ribeirão Preto; ² Universidade de Ribeirão Preto; ³ Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto

Introdução: Entre as lesões ocorridas no trato digestivo, as de esôfago são consideradas as mais graves e letais. De 20% a 50% dos pacientes evoluem para óbito, principalmente, quando o tratamento é tardio. O retardo no diagnóstico e a localização da lesão são fatores determinantes para uma evolução desfavorável. As principais causas de mortalidade são perfuração espontânea (39%), iatrogênicas e instrumentais (19%) e lesões traumáticas (9%). Quanto ao tratamento, é considerado precoce se ocorre nas primeiras 24 horas, com mortalidade de 25% e tardio, após este período, com a mortalidade estimada em 50%. **Apresentação:** B.E.S.S, masculino, 26 anos, motorista, sofreu acidente automobilístico. Atendimento inicial revelou TCE leve com dores inespecíficas em tórax e escoriações em face. Exame físico e radiológico sem alterações. Liberado com sintomáticos. Paciente retornou, após 24 horas, com dor discreta em tórax esquerdo, dor abdominal e um episódio de vômito. Sem alterações neurológicas. TC de abdome e exames laboratoriais sem alterações. Foi internado e, após 20 horas, evoluiu com taquidispnéia ventilatória dependente, tosse, piora da dor em tórax à esquerda e febre. Ausculta pulmonar abolida à esquerda. RX de tórax com velamento completo à esquerda. Iniciado antibioticoterapia e realizado TC de tórax. TC tórax com extenso derrame pleural septado à esquerda; níveis hidroaéreos em base pulmonar esquerda; pneumomediastino. Indicada videotoracoscopia que evidenciou lesão de esôfago intratorácico, bloqueada pela reação pleural. Convertida cirurgia para toracotomia esquerda e realizada rafia primária do esôfago. Paciente extubado, no segundo dia de pós operatório, sem intercorrências. Evolução sem intercorrências até o 5º dia. Na cultura do líquido foi isolada *Klebsiella pneumoniae*. **Discussão:** O presente caso visa demonstrar as implicações do diagnóstico tardio da lesão esofágica intratorácica após trauma toracoabdominal fechado para o tratamento e prognóstico desta doença. Ratifica-se que o tempo transcorrido entre a perfuração e a instituição do tratamento é um o fator prognóstico importante no tratamento das lesões esofagianas.