

# **PÔSTERES**

### 001 – O QUE FAZER COM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICA CRÔNICAS COM INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E MELD BAIXO?

Delgado AA, Lima AS, Marassi AL, Delgado AAA

**Introdução:** A Síndrome de Caroli é uma doença rara que consiste na presença de dilatações saculiformes das vias biliares intra-hepáticas associada à lesões de fibrose hepática congênita que se manifesta clinicamente através de episódios de colangite de repetição. Seu tratamento definitivo é o transplante hepático. A atual legislação brasileira emprega o escore MELD como critério de gravidade e definição de prioridade para a recepção de órgãos de doador-cadáver para esse procedimento. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 29 anos, há 20 anos sabidamente portador da Síndrome de Caroli e evoluindo com episódios intermitentes de dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico, febre alta, discreta icterícia, vômitos e prostração intensa, caracterizando quadro de colangite. Investigação diagnóstica recente (biópsia hepática) confirmou tratar-se de síndrome de Caroli com indicação para transplante hepático. Internado 37 vezes, entre Maio/05 e Julho/09, apresentando o quadro descrito acima e, algumas vezes, sepse. Paciente com MELD 9. Solicitado parecer da Câmara Técnica Nacional de Transplantes, na expectativa de receber pontuação que o habilitasse para o procedimento, o que foi indeferido. **Conclusão:** A síndrome de Caroli é considerada uma patologia rara e de difícil resolução terapêutica, devendo sempre ser lembrada em pacientes jovens com episódios recidivantes e refratários de colangite aguda. No presente caso, levantamos a discussão sobre como conduzir pacientes hepatopatas crônicos que possuem bom prognóstico e indicação de transplante hepático, porém que apresentam um baixo escore MELD. Deveriam, também esses casos, serem contemplados com a pontuação de “situação especial”?

**Palavras-chave:** Caroli; Colangite; Triade de Charcot; Transplante Hepático.

### 002 – SÍNDROME DE MAURIAC - RELATO DE CASO

Delgado AA, Tavares EF, Nascimento ALB, Borato ER, Scoralick ALB, Delgado AAA

**Introdução:** A Síndrome de Mauriac (SM) é uma forma rara de apresentação do *Diabetes Mellitus* tipo 1 (DM1) que acomete principalmente crianças e adolescentes diabéticos com difícil controle glicêmico. É caracterizada por hepatomegalia, déficit do crescimento pôndero-estatural e diabetes mal controlado de longa data. O diagnóstico da SM é clínico, já que não se encontram disponíveis marcadores específicos para essa entidade clínico-patológica, podendo contar com o auxílio dos métodos de imagem. **Relato de caso:** Paciente VGR, 13 anos, sexo masculino, branco, natural e residente em Juiz de Fora/MG. Portador de *Diabetes Mellitus* tipo 1 há 5 anos, de difícil controle, com internações recorrentes por cetoacidose diabética, uso inadequado de insulina NPH e Regular e com dieta também inadequada. Encaminhado ao gastroenterologista com dor epigástrica recorrente, vômitos, esofagite por Candida e hepatomegalia volumosa. Ao exame clínico também apresentava atraso de desenvolvimento pôndero-estatural. Os exames laboratoriais evidenciaram aminotransferases elevadas, marcadores virais e metabólicos negativos. US, TC e RNM evidenciaram hepatoesplenomegalia. Submetido à biópsia hepática (depósito aumentado de glicogênio). Intensificado tratamento dietético e insulino terapia com melhora do quadro. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da SM é de fundamental importância, uma vez que a instauração do tratamento adequado, com a otimização da insulino terapia, reverte as alterações clínicas com consequente repercussão no prognóstico e controle de outras possíveis complicações do diabetes nesse grupo de pacientes.

**Palavras-chave:** *Diabetes Mellitus* tipo 1; Hepatomegalia; Glicogenose.

### 003 – HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA ORIGINÁRIA DO INTestino DELGADO – RELATO DE 2 CASOS

Delgado AA, Borato ER, Nascimento ALB, Pontes SC, Delgado AAA

**Introdução:** A hemorragia digestiva baixa (HDB) representa 15% dos casos de hemorragia aguda do TGI. Em 95% dos casos o sangramento é proveniente dos cólons, sendo a doença diverticular responsável por 30-50% e a angiodisplasia por 20-30%. O sangramento gastrointestinal de origem indeterminada (SGOI) continua sendo um desafio na prática médica. As ferramentas diagnósticas mais utilizadas nesses casos: endoscopia digestiva alta e baixa, além do estudo baritado, investigam o TGI de forma incompleta. O recente aparecimento da cápsula endoscópica veio abrir novas perspectivas neste domínio. **Relato de Caso I:** MPB, 85 anos, feminina, branca, internada por episódio de hemorragia digestiva baixa moderada e lipotímia. Admissão: enterorragia, hipotensão arterial e anemia. Realizada estabilização hemodinâmica, endoscopia digestiva alta (normal) e colonoscopia (doença diverticular difusa). No seguimento, houveram 3 recidivas hemorrágicas moderadas em 9 meses. Realizada nova colonoscopia (sangramento vindo da válvula íleo-cecal). A indefinição do sítio de sangramento motivou análise através da cápsula endoscópica (angiodisplasias e úlceras jejunais). **Relato de Caso II:** CBOM, 78 anos, masculino, branco, melena intermitente há três meses. Portador de doença diverticular dos cólons. Realizada endoscopia digestiva alta (esofagite) e colonoscopia (divertículos s/ sinais de sangramento). A persistência dos episódios de melena sem uma causa até então esclarecida, levou a avaliação do intestino delgado por cápsula endoscópica (hemangiomas jejunais e ileais). **Conclusão:** Diante da indefinição do sítio de sangramento, após realização de endoscopia digestiva alta e baixa, destacamos que o exame de vídeo cápsula endoscópica tem se mostrado superior aos outros métodos diagnósticos na detecção de SGOI.

**Palavras-chave:** Cápsula Endoscópica; Hemorragia Digestiva Baixa; Sangramento Gastrointestinal de Origem Indeterminada.

### 004 – HEPATITE POR AZATIOPRINA EM PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

Nascimento GF, Carvalho JV, Ferreira ASM, Ferreira ALM, Soares FB, Souza RB, Drumond TL, Ramos AFP, Alcantara GA, Magalhães MF, Koehne VB

**Introdução:** A azatioprina (AZA) é amplamente utilizada nas doenças autoimunes. A hepatotoxicidade é rara, mas importante complicação dessa droga. **Objetivos:** Relatar caso de hepatite por AZA em paciente com LES com evolução fatal. **Relato de caso:** paciente F.L.J, 33 anos, feminina, portadora de LES com diagnóstico há 1 ano, internada com quadro de náuseas, vômitos, icterícia, colúria e acolia fecal. Esse quadro iniciou após 15 dias de uso de AZA 100mg/dia em substituição a cloroquina e prednisona. Fez uso de AZA por 22 dias até procurar atendimento médico. À admissão, os exames laboratoriais evidenciavam hepatite colestática e foram excluídas outras causas de hepatite. Após 3 semanas de internação sem melhora laboratorial, a paciente evoluiu com piora dos marcadores hepáticos decidindo-se pelo tratamento com corticoide em doses imunossupressoras. Contudo, na quarta semana de internação, a paciente evoluiu com febre contínua seguido de hemorragia digestiva baixa (HDB). Realizado colonoscopia que mostrou íleite terminal com inúmeras úlceras sugestivas de Citomegalovírus, iniciando, então, tratamento com ganciclovir. No 12º dia de tratamento com ganciclovir a paciente desenvolveu novo episódio de HDB com instabilidade hemodinâmica, choque hipovolêmico e óbito. **Discussão:** a hepatite por AZA tem forte associação com o sexo masculino e provável predisposição genética. Geralmente, a icterícia e os níveis enzimáticos aproximam-se da normalidade após 5 semanas de suspensão da droga. Diferentemente do que é visto na literatura, a paciente em questão era do sexo feminino e evoluiu com piora dos marcadores apesar da suspensão do fármaco. **Conclusão:** Embora raras, as complicações pelo uso da AZA podem ser graves e fatais. Sendo assim, deve-se realizar o acompanhamento periódico dos marcadores hepáticos e durante o tratamento com essa droga.

**Palavras chave:** Hepatite; Azatioprina; LES.

### 005 – PSICOSE INDUZIDA POR INTERFERON EM PACIENTE COM HEPATITE C CRÔNICA: RELATO DE CASO

Magalhães MBC, Carvalho LPF, Ferreira GV, Rabelo IB, Santos KD, Limeira SM, Zyngier BM

**Introdução:** A hepatite C é um importante problema de saúde pública. O tratamento indicado como primeira escolha é a associação de interferon alfa e ribavirina. Apesar dos benefícios terapêuticos, o tratamento pode ser complicado com vários efeitos colaterais. **Relato de Caso:** GFF, 51 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de Minas Gerais. Ex-usuário de drogas ilícitas injetáveis. Sem antecedentes psiquiátricos. Diagnóstico de hepatite C aos 48 anos. Ao diagnóstico: ALT: 59,3U/L, AST: 90,7U/L, GGT: 45,3U/L, FA: 148 U/L, BT: 0,77 mg/dL, Albumina: 3,2 g/dL, AP: 59,5%, Anti-HCV positivo. PCR qualitativo: genótipo 1 subtipo b. PCR quantitativo: 665000 UI/ml. Biópsia hepática: Metavir A3 F3. Após sete meses do início do tratamento com ribavirina (1000mg/dia) e interferon peguilado (180 mcg/semana), foi suspensa a medicação devido pancitopenia. A medicação foi reiniciada após um mês. Vinte e quatro horas após o reinício do tratamento, paciente foi admitido com quadro de agitação psicomotora, confusão mental, alucinações auditivas e visuais. Glasgow 13, sem alterações ao exame neurológico. Gasometria arterial e exames laboratoriais não justificavam o quadro. TC de crânio sem alterações significativas. Apresentou resolução do quadro após suspensão do esquema antiviral. Paciente em acompanhamento ambulatorial. Tratamento suspenso definitivamente. **Conclusão:** A psicose induzida por interferon é rara, porém a maioria dos consensos orienta a descontinuação do tratamento em caso de depressão, esquizofrenia e/ou psicose severos.

**Palavras-chave:** Hepatite C; Interferon; Psicose.

### 006 – RETOCOLITE ULCERATIVA

Gonçalves TL, Luciola TC, Abreu RK, Porto SM, Firme RM, Gonçalves MC

Paciente de 31 anos, oriundo de Dores do Indaiá-MG, sem comorbidades prévias, procurou o pronto atendimento do Hospital Madre Teresa com relato de há aproximadamente 30 dias ter iniciado com diarreia com pus, hematoquezia, cólica e febre. Trouxe com ele resultado de colonoscopia que mostrava: proctocolite erosiva de grau acentuado e anatomo-patológico: colite e retite crônica erosiva inespecífica. Usou Cambendazol + Mebendazol, Secnidazol, Prednisona, sob orientação médica, sem sucesso. Exames à admissão: Global de Leucócitos = 13800 (S77 B01 L20), PCR = 0,9, Uréia = 20, Creatinina = 1,0, Sódio = 144, Potássio = 3,8, Cloro = 104, Magnésio = 2,2, RNI = 1,0, PTT = 31/31. Iniciado antibioticoterapia: Ciprofloxacino 200mg EV 12/12h, Metronidazol 500mg EV 8/8h; Hidrocortisona 100mg EV 6/6h, Mesalazina 800mg VO 12/12h, Clister com Hidrocortisona de 12/12h e suspenso dieta. No terceiro dia de internação foi liberado dieta branda. No quinto dia de tratamento o paciente apresentava melhora significativa, principalmente da hematoquezia, sendo a medicação mudada para via oral (Hidrocortisona foi trocada por prednisona 60mg de 24/24h). No sétimo dia, os antibióticos foram suspensos e a dieta liberada. Paciente recebeu alta hospitalar no nono dia com Mesalazina 800mg 12/12h, Prednisona 60mg 24/24h e orientado a retornar no consultório do médico assistente em 2 meses ou mediante qualquer normalidade.

### 007 – PROVÁVEL REATIVAÇÃO DO VÍRUS C DA HEPATITE, APÓS TRATAMENTO COM INTERFERON PEGUILADO E RIBAVIRINA

Drumond MN, Carvalho LPF, Magalhães MBC, Ferreira GV, Rabelo IB, Santos KD, Limeira SM

**Introdução:** O principal objetivo do tratamento da hepatite C é atingir a resposta virológica sustentada (RVS), caracterizada pela permanência do PCR qualitativo (HCV RNA sérico) negativo após 6 meses (24 semanas) da suspensão do tratamento. Atingir tal objetivo, é considerado como cura, visto que a taxa de recidiva de Hepatite C, após RVS com uso de Inteferon Peguilado e Ribavirina, é menor que 10% segundo estudos controlados. **Relato de caso:** JMSS, sexo masculino, 43 anos, casado, encaminhado à Infectologia, após detecção do vírus da hepatite C (HCV) durante doação de sangue. Paciente assintomático, sem alterações ao exame físico. Nega toxicomania e tatuagens. Desconhece realização de transfusão sanguínea. Tabagista e ex-etilista. Exames mostraram positividade do Anti-HCV e do Anti-HBC IgG (com IgM negativo); Anti HBsAg < 3 (referência: < 10). A PCR evidenciou concentração de 404.904 U/ml do RNA do HCV e a genotipagem, vírus HCV 1 subtipo b. O ultrassom hepático mostrou leve esteatose e a biópsia hepática classificou o paciente em METAVIR A0F1. Apesar de orientado sobre a não indicação de tratamento, de acordo com o protocolo de hepatite C, o paciente optou pelo uso da medicação (Interferon peguilado e Ribavirina). Na 12ª semana de tratamento, o paciente apresentou 14.300 cópias do vírus C. E, seguindo o protocolo, foi mantida a terapia e realizada nova PCR na 48ª semana, quando não foi detectado RNA do HCV. Após cerca de 2 anos (148 semanas) de seguimento ambulatorial sem alterações, evidenciou-se a presença do vírus C, genótipo 1b – o mesmo anteriormente identificado. Como o paciente não apresentava indícios de recontaminação pelo HCV e examinando-se o quadro atual, concluiu-se que é provável que tenha ocorrido reativação da infecção pelo HCV.

**Palavras-chave:** Hepatite C, RVS, Reativação.

### 008 – RETRATO DE UMA ENFERMARIA DE GASTROENTEROLOGIA

Oliveira MH, Mendes GS, Franco JMM, Ferreira CAL, Almeida MF, Dias ACM

**Introdução:** a enfermaria de Gastroenterologia do IPSEMG é uma referência para o atendimento do servidor público e recebe pacientes de todo o estado de Minas Gerais. **Objetivo:** fazer um levantamento sobre as internações ocorridas entre julho/2008 e julho /2009 e traçar o perfil nosológico prevalente. **Método:** todos os registros de internação hospitalar ocorridas dentro do período estabelecido foram compilados e os seguintes dados analisados: idade, sexo, diagnóstico, média de permanência, percentual de encaminhamentos para cirurgia e terapia intensiva, número de óbitos. **Resultados:** dentro do período avaliado, ocorreram 762 internações: 376 pacientes do sexo masculino e 386 do sexo feminino. A idade média foi de 57 anos e a média de permanência hospitalar 6,8 dias. O tratamento cirúrgico foi necessário em 10% dos casos, 2,4% dos pacientes precisaram de terapia intensiva e 5% faleceram durante a internação. As complicações da cirrose hepática foram a principal causa de internação – 18%. As neoplasias, sem incluir o carcinoma hepatocelular, representaram 14% dos casos, sendo as de origem gástrica e pancreática as mais frequentes. Hemorragias digestivas (13%), complicações de litíase biliar (13%) e pancreatites (8%) perfizeram dois terços e o terço restante foi preenchido por patologias variadas, destacando-se diverticulite e doenças inflamatórias intestinais. **Conclusão:** os dados revelam o perfil de uma enfermaria de grande movimento, com boa rotatividade e riqueza nosológica, condições essenciais para prover a Residência Médica estabelecida há 28 anos.

### 009 – DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM HEPATOPATIA

Faria GS, Starling LJ, Faria LS, Brito JBM, Faria RS

G.A.R, 44 anos, morador da zona da mata e lavrador rural, não tabagista e não etilista, com história pregressa de pneumonias auto-limitadas durante a infância. Evoluiu assintomático até 2 anos antes, quando iniciou quadro progressivo de dispnéia aos esforços, tosse seca e dor torácica, limitando sua atividade cotidiana, sendo então admitido na enfermaria do HU-UFJF para propedêutica. Exames pulmonares revelaram doença pulmonar obstrutiva crônica, com radiografia de tórax e tomografia de alta resolução com padrões enfisematosos e disfunção estrutural mais evidente em base. Espirometria com padrão obstrutivo e gasometria com acidose respiratória crônica. Relatou casos de pneumo e hepatopatia não especificados na família. Provas hepáticas evidenciaram sinais de comprometimento crônico, com elevação de transaminases, alargamento do tempo de protrombina, hiperbilirrubinemia discreta (sem icterícia) e elevação moderada de Gama GT. Exames de imagem mostraram padrão de doença hepática crônica com ascite leve e hipertensão portal. Foi então aventada a hipótese de deficiência de alfa-1 antitripsina (diante de pneumopatia e hepatopatia sem causas evidentes) e solicitada sua dosagem sérica, que confirmou o diagnóstico. O objetivo do relato de caso é ressaltar a importância da deficiência da alfa-1 antitripsina como diagnóstico diferencial nas hepatopatias. O subdiagnóstico é uma importante limitação tanto para o estudo da doença quanto para o tratamento adequado dos pacientes. Segundo alguns estudos retrospectivos são necessários em média 8 anos e várias consultas médicas para que se chegue ao diagnóstico.

**Palavras-chave:** Alfa-1 antitripsina; Hepatopatia; Diagnóstico.

**E-mail do autor:** captall@oi.com.br

### 010 – COLITE PSEUDOMEMBRANOSA EM PACIENTE AMBULATORIAL

Xavier RL, Bento A, Couto CMF, Couto JCF, Couto OFM, Sato PR

*Serviço de Gastroenterologia e Nutrologia do Hospital Vera Cruz/Belo Horizonte/MG*

**Introdução:** a colite pseudomembranosa é a forma mais grave da diarreia associada ao *Clostridium difficile*. A doença acomete principalmente pacientes idosos, hospitalizados, que fizeram uso de antibióticos recentemente. Observamos um aumento na incidência da doença em pacientes ambulatoriais e sem fatores de risco nos últimos anos. **Caso clínico:** AEM, 59 anos de idade, iniciou quadro de diarreia aquosa sem sangue ou muco 30 dias antes da internação. Fez uso de ciprofloxacina 04 dias antes da internação e foi admitido com enterorragia franca secundária ao uso crônico de warfarin. Tomografia computadorizada de abdome revelou dilatação e espessamento de parede do ceco e cólon ascendente. A pesquisa de toxina A para *Clostridium* foi negativa e os leucócitos fecais positivos. Realizado tratamento com metronidazol por 10 dias, com melhora da diarreia. Colonoscopia revelou pseudomembranas no reto e cólon direito e mucosa do reto edemaciada e enantematosa. Anátomo-patológico revelou colite crônica erosiva inespecífica no cólon esquerdo. O paciente mostra boa evolução no seguimento ambulatorial. **Discussão:** a diarreia por *Clostridium* é uma entidade que ocupa cada vez mais a comunidade científica e a sociedade. Observamos um aumento na prevalência, no número de casos refratários e nas recidivas, além de aumento na incidência de diarreia por *Clostridium* em pacientes ambulatoriais e sem fatores de risco. A colite pseudomembranosa é a forma mais grave da doença, podendo causar megacólon tóxico e óbito. O caso apresentado ilustra um paciente de origem ambulatorial e sem fatores de risco, que desenvolveu colite pseudomembranosa.

**Palavras-chave:** Colite; Pseudomembrana; *Clostridium*.

**E-mail do autor:** rafaelxavier@terra.com.br

### 011 – ENCEFALOPATIA DE WERNICKE CURSANDO COM HEMORRAGIA PERI-AQUEDUCTAL

Xavier RL, Bento A, Couto CMF, Couto JCF, Couto OFM, Sato PR

*Serviço de Gastroenterologia e Nutrologia do Hospital Vera Cruz/Belo Horizonte/MG*

**Introdução:** a encefalopatia de Wernicke é a manifestação clínica da carência de tiamina. Os fatores de risco associados são o etilismo crônico, desnutrição e a nutrição parenteral total sem reposição de tiamina. A doença é caracterizada pela tríade: oftalmoplegia, ataxia de marcha e alteração do nível de consciência. A ressonância magnética pode revelar áreas hiperintensas em T2 e hipointensas em T1 ao redor do aqueduto cerebral, terceiro ventrículo, tálamo medial e corpos mamilares. A hemorragia intracerebral relacionada à encefalopatia de Wernicke é rara. **Caso clínico:** H MV, 48 anos de idade, portador de cirrose hepática etanólica, em abstinência do álcool há 02 anos, foi admitido no hospital com quadro agudo de letargia, ataxia, nistagmo vertical, paralisia do olhar conjugado e diplopia. Ressonância magnética do crânio revelou hipersinal em T1 envolvendo os núcleos lentiformes, hipersinal em mesencéfalo e corpos mamilares. Iniciada reposição de tiamina endovenosa, com melhora parcial da letargia, ataxia e nistagmo. Nova ressonância magnética do crânio revelou hipossinal peri-aqueductal, sugerindo hemorragia. O paciente evoluiu com estabilidade do quadro neurológico e está em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O caso clínico ilustra um paciente com passado de etilismo crônico, já em abstinência há 02 anos, com bom status nutricional, que foi admitido no hospital com os 03 componentes da tríade clínica de encefalopatia de Wernicke: alteração de consciência, oftalmoplegia e ataxia de marcha. A suspeita clínica foi reforçada com os achados típicos encontrados à ressonância magnética. A hemorragia intracerebral secundária à encefalopatia de Wernicke é rara e muitas vezes não acompanhada de manifestações clínicas.

**Palavras-chave:** Wernicke; Hemorragia; Mesencéfalo.

**E-mail do autor:** rafaelxavier@terra.com.br

### 012 – ÍLEO BILIAR – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE COLECISTITE

Almeida MF, Dias ACM, Mendes GS, Nogueira MMN, Franco JMM, Oliveira MH, Ferreira CAL, Pena LC

A impaction de cálculos biliares é responsável por 1 a 4% dos casos de obstrução intestinal, índice que aumenta muito em pacientes com mais de 65 anos. A migração dos cálculos da vesícula para o tubo digestivo ocorre em consequência de colecistite crônica, aderência de alça intestinal adjacente e fistulização, especialmente para o duodeno. O local de impaction depende do tamanho do cálculo, sendo os sítios mais comuns o íleo terminal e a válvula íleo-cecal; o jejuno é um sítio raro de impaction. Os sintomas podem ser arrastados e intermitentes, o que muitas vezes atrasa o diagnóstico, contribuindo para altas taxas de morbi-mortalidade. O diagnóstico pré-operatório só é realizado em cerca de 50% dos casos e a tomografia computadorizada (TC) é o exame de imagem mais valioso. A desobstrução intestinal deve ser imediata, já a necessidade da colecistectomia e o melhor momento para realizá-la são temas controversos. A maioria dos autores concorda que a colecistectomia deva ser realizada, mesmo nos pacientes sem manifestações de cólica biliar. O trajeto fistuloso seria corrigido, reduzindo a possibilidade de recorrência do íleo biliar, o risco de colangite e a incidência de neoplasia de vesícula. Mais controverso é o momento da sua realização, mas as evidências sugerem que o procedimento seja mais seguro quando realizado em segundo tempo, com condições clínicas mais favoráveis. Será relatado o caso de uma paciente do sexo feminino, 48 anos, que apresentava sintomas arrastados e progressivos de dor epigástrica e vômitos. Depois de estar internada em outro hospital, nos foi encaminhada com quadro clínico de abdome agudo obstrutivo. A TC revelou os achados clássicos de aerobilia, distensão de alças intestinais e presença de cálculo ectópico. A cirurgia imediata confirmou a presença de cálculo impactado no jejuno e permitiu um procedimento simples de enterotomia, exérese do cálculo e rafia primária. A evolução pós-operatória foi excelente e a colecistectomia ficou programada.

### 013 – RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA SEVERA EM PACIENTE PORTADORA DE PÂNCREAS DIVISUM

Vieira RC, Osório FM, Gomes IS, Couto JCF, Antinossi LM, Taranto MPL

**Introdução:** o pâncreas divisum é a anomalia pancreática congênita mais comum, ocorrendo em cerca de 6% das pessoas em achados de necropsia. Pode predispor a episódios recorrentes de pancreatite aguda. Neste relato descreveremos um caso de Pancreatite aguda grave associada a Pâncreas divisum. **Caso Clínico:** foi admitida em nosso serviço paciente do sexo feminino, 63 anos, previamente hígida. Iniciou com quadro agudo de dor abdominal em faixa e vômitos. Exames laboratoriais revelaram aumento importante de amilase e lipase, além de leucócitos e proteína C reativa. Ultra-som abdominal mostrou apenas uma ascite leve. Ausência de história de etilismo ou uso de medicações. Internada para terapêutica e propedêutica. Iniciadas medidas de soroterapia e analgesia. Evoluiu nas primeiras 48 horas com piora do quadro, sinais clínicos e laboratoriais de gravidade. Necessitou de transferência para Centro de Terapia Intensiva onde permaneceu por aproximadamente 2 semanas, necessitou de ventilação mecânica, aminas vasoativas, nutrição parenteral, e outros. Primeira tomografia de abdome revelou ascite e pâncreas com volume aumentado e sinais de necrose na região da cabeça. Evoluiu com melhora clínica progressiva, recebendo alta para enfermagem. A partir de então apresentou evolução satisfatória, estabilidade clínica e laboratorial. Tomografia abdominal posterior revelou presença de pequenas coleções peripancreáticas. Recebeu alta hospitalar em boas condições. Em acompanhamento ambulatorial, assintomática, melhora progressiva do estado nutricional. Colangioprofilaxia revelou tratar-se de Pâncreas divisum. **Conclusão:** A associação entre pâncreas divisum e pancreatite tem sido referida nos últimos anos. Portanto deve sempre ser lembrado em casos como o descrito, de uma pancreatite aguda em pacientes não-etilistas, sem litíase biliar, sem demais comorbidades, com apresentação grave.

**Palavras-chave:** Pancreatite Aguda; Pâncreas Divisum; Associação.

E-mail do autor: ra.cv@hotmail.com

### 014 – COLITE POR CITOMEGALOVÍRUS

Gomes IS, Coelho AN, Ozório SNF, Vieira RC, Taranto MPL, Couto JCF, Mata LAC

A infecção gastrointestinal por citomegalovírus é causa reconhecida de colite em imunossuprimidos. Ocorre mais frequentemente em decorrência de reativação de infecção latente como consequência da imunossupressão, mas pode ocorrer devido a uma nova infecção. Relataremos a seguir caso de diagnóstico diferencial de retocolite ulcerativa em paciente em uso de imunossupressores. **Caso:** paciente de 68 anos, portadora de polimiosite, vitiligo e hipotireoidismo, em uso de corticóide e azatioprina, que iniciou quadro de dor abdominal tipo cólica, mal-estar geral e hematoquezia. Submetida a colonoscopia na qual recebeu o diagnóstico de retocolite ulcerativa. Foi iniciado tratamento com enema mesalazina, no entanto, houve piora dos sintomas e optou-se por nova colonoscopia, que evidenciou ulcerações esparsas desde o sigmóide distal até parte do transversal. O anatomo-patológico mostrou colite crônica moderada em atividade, ulcerada, sugestiva de infecção por citomegalovírus. Sorologia e imunohistoquímica para citomegalovírus confirmaram o diagnóstico. Foi tratada com ganciclovir 5mg/kg por três semanas. Houve remissão completa dos sintomas e lesões. **Conclusão:** é importante relacionar pacientes imunossuprimidos e quadro de hematoquezia com infecção por citomegalovírus, afim de proporcionar ao paciente um diagnóstico correto e um tratamento eficaz.

**Palavras-chave:** Citomegalovírus; Colite; Colite em Imunossuprimidos.

E-mail do autor: isabelasg80@hotmail.com

### 015 – SUMP SYNDROME: RELATO DE CASO

Osorio FMF, Taranto MPL, Gomes IS, Vieira RC, Mata LAC, Couto JCF

A *Sump Syndrome* é uma complicação tardia, incomum da coledocoduodenostomia látero-lateral. Os sintomas, decorrentes da estase alimentar e biliar no colédoco, incluem dor abdominal e sensação de plenitude gástrica. Relataremos caso de paciente atendida no ambulatório geral de gastroenterologia. Paciente do sexo feminino, do lar, apresenta-se com queixa de dor epigástrica irradiada para o dorso, associada a empachamento, com aproximadamente cinco anos de evolução. Sem fatores desencadeantes ou agravantes. Eventualmente apresentava diarreia. Na consulta inicial trouxe cinco endoscopias realizadas entre 2005 e 2008, todas evidenciando gastrite antral associada a refluxo alcalino e duodenite. Última endoscopia digestiva alta apresentava impressão de compressão extrínseca no bulbo duodenal. História pregressa incluía colecistectomia há quinze anos e pancreatite biliar há sete anos tendo sido submetida, nesta última ocasião, a drenagem de via biliar com anastomose colédoco duodenal látero-lateral após tentativa frustrada de Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Solicitada Tomografia computadorizada de abdome que revelou: anastomose colédoco duodenal lateral com aerobilia, leve dilatação de vias biliares intra-hepáticas no lobo direito, dilatação do terço distal do colédoco distalmente à anastomose, estando o mesmo preenchido por material com densidade de líquido e gás. O aspecto pode corresponder a *Sump Syndrome*. Diante desses achados foi indicada realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia, padrão ouro no tratamento da síndrome. A importância deste relato de caso é ressaltar o diagnóstico de *Sump Syndrome* em pacientes com dor abdominal que foram previamente submetidos a coledocoduodenostomia com anastomose látero-lateral.

**Palavras-chave:** *Sump Syndrome*, Coledocoduodenostomia, Dor Abdominal.

E-mail do autor: fforosio@gmail.com

### 016 – TUMOR CARCINÓIDE DO APÊNDICE - RELATO DE CASO

Delgado AA, Vidigal FM, Carvalho GH, Sá RG, Oliveira VA

**Introdução:** o tumor carcinóide é uma neoplasia neuroendócrina rara que tem como localização mais frequente o apêndice vermiforme. Pode ser assintomático, simular um abdome agudo ou cursar com síndrome carcinóide. O diagnóstico é difícil, muitas vezes feito no ato operatório. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente jovem internado com quadro de dor abdominal e diarreia que mostrou-se tratar de tumor carcinóide do apêndice. **Relato de Caso:** paciente ALVSL, 27 anos, masculino, branco, internado com quadro de dor abdominal em FID iniciado há 2 meses, com piora progressiva nas últimas semanas, acompanhada de diarreia aquosa e emagrecimento de 3 kg. Exames laboratoriais sem alterações e radiografia de abdome normal. A TC do abdome evidenciou espessamento do apêndice e de epíplons. Submetido a videolaparoscopia que identificou massa retroileal de difícil abordagem. Após conversão para laparotomia foi evidenciado lesão tumoral acometendo a porção média e distal do apêndice que apresentava posição ascendente junto à terceira porção duodenal. Realizada apendicectomia. O estudo anatomopatológico identificou tumor carcinóide de 1,8 cm de diâmetro. O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** o tumor carcinóide do apêndice é de difícil diagnóstico no pré-operatório. O tratamento definitivo depende do tamanho do tumor.

**Palavras Chave:** Carcinóide; Apêndice; Tumor.

### **017 – DOENÇA CELÍACA E SEUS ACHADOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS ATÍPICOS: RELATO DE CASO**

Amaro TA, Adami AF, Irulegui PTP

A doença celíaca resulta de uma resposta imune inapropriada mediada por células T, geneticamente predisposta frente à ingestão do glúten e seus derivados. A verdadeira prevalência desta patologia é difícil de ser estabelecida devido a sintomatologia atípica que muitos pacientes exibem. Relatamos o caso de paciente do sexo masculino, 22 anos, que apresentava-se com náuseas, vômitos e emagrecimento, sem diarreia associada, cerca de 70 dias prévios ao início da investigação diagnóstica. O paciente foi então submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou diminuição importante do pregueado mucoso do estômago e presença de lesões polipóides sésseis, de até 3mm de diâmetro, ocupando toda a extensão da mucosa duodenal. Procedeu-se a biópsia duodenal, que foi inconclusiva, assim como os marcadores sorológicos anti gliadina, antiendomísio e antitransglutaminase mostraram-se negativos. Diante da melhora clínica do paciente com a dieta isenta de glúten, realizou-se imunohistoquímica da biópsia duodenal, com anticorpo monoclonal anti-CD3, com resultado positivo para doença celíaca. Salientamos a importância da persistência da investigação diagnóstica da doença celíaca mesmo com marcadores sorológicos e exame histopatológico convencional negativos, frente a clínica e imagem endoscópica atípicos, porém sugestivos da doença. Palavras-chaves: doença celíaca, biópsia duodenal, imunohistoquímica

### **018 – PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA GASTRODUODENAL COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE CASO**

Amaro TA, Adami AF, Irulegui PTP

A formação de pseudoaneurismas é uma complicação rara em pacientes portadores de pancreatite aguda ou crônica. Até 10% das pancreatites crônicas pode associar-se a aneurisma da artéria esplâncnica. A hemorragia pode ocorrer em até 50% dos casos e a mortalidade é superior a 90%, quando tratado de maneira conservadora. Reportamos o caso de um pseudoaneurisma de artéria gastroduodenal em paciente de 27 anos, do sexo masculino, portador de pancreatite crônica de etiologia alcoólica. O aumento acentuado e progressivo do pseudoaneurisma inviabilizou o tratamento cirúrgico e o paciente evoluiu a óbito. Pela alta morbi-mortalidade, enfatiza-se a importância da suspeita e detecção precoce dessa complicação em pacientes com pancreatite. Palavras-chaves: pancreatite, falso aneurisma, tomografia computadorizada.

### **019 – CISTO HEPÁTICO GIGANTE: RELATO DE CASO**

Adami AF, Amaro TA, Irulegui PTP

Os cistos hepáticos são geralmente lesões uniloculares, benignos, assintomáticos, mais frequentes no sexo feminino. São cavidades recobertas por epitélio cubóide ou colunar, semelhante ao epitélio de revestimento da árvore biliar, preenchido por líquido seroso. Complicações são raras e incluem sangramento espontâneo, ruptura e infecção. Apresentamos o caso de paciente do sexo feminino, 60 anos, que referia queixas dispépticas inespecíficas, descritas como desconforto em hipocôndrio direito e plenitude pós-prandial, com exames laboratoriais normais. Foi submetida a ultrassom abdominal que sugeriu imagem cística, única, de aproximadamente 20 cm de diâmetro, com volume de 2800 mL. O exame tomográfico confirmou o achado ultrassonográfico de cisto hepático gigante. Durante a investigação diagnóstica houve piora dos sintomas gastrointestinais, com dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, optando-se pelo tratamento cirúrgico para enucleação do cisto. A paciente evoluiu sem complicações, com melhora do quadro clínico. Não foram encontrados elementos neoplásicos ou parasitários nos exames anatomopatológicos e microbiológicos, mostrando a provável origem congênita do cisto. Palavras-chaves: cisto hepático gigante, tomografia, tratamento

### **020 – A INFLUÊNCIA DO PUERPÉRIO NA DOENÇA CELÍACA: RELATO DE DOIS CASOS**

Adami AF, Amaro TA, Irulegui PTP

A doença celíaca é uma enfermidade de características autoimune, desencadeada pelo glúten em indivíduos geneticamente predispostos. As manifestações da doença são amplas, dificultando o diagnóstico uma vez que é resultado de interações de fatores ambientais, imunológicos e genéticos. É comumente diagnosticada na idade adulta. Durante a gravidez e ou puerpério pode ocorrer uma intensificação das reações imunológicas latentes ou ocultas devido à exposição materna a antígenos fetais e alterações nos níveis hormonais sexuais femininos. Apresentamos duas pacientes nunca antes sintomáticas que, no puerpério, passaram a apresentar um quadro clínico de diarreia aguda com evidência severa de má absorção intestinal grave, levando ao comprometimento do estado geral num pequeno período de tempo. O diagnóstico foi confirmado por sorologias específicas e exame histopatológico de biópsia duodenal. Constatamos que a doença celíaca deve ser considerada no diagnóstico de mulheres que no puerpério comecem a apresentar um quadro clínico de diarreia crônica. Palavras-chaves: doença celíaca, puerpério, gravidez.

### 021 – METÁSTASE DE CANCER DE MAMA PARA O COLON – RELATO DE CASO

Lima DCA, Alberti LR

O cancer de mama é representada a segunda causa de morte por neoplasias no sexo feminino. Os sítios mais comuns de metástase são os ossos, pulmão e sistema nervoso central, sendo raro o acometimento do trato digestório. Existem poucos relatos na literatura de metástases colonicas de câncer de mama, sendo a maioria dos pacientes com doença sabidamente disseminada. O objetivo do presente caso foi relatar metástase de cancer de mama para o colon ascendente em paciente sete anos após realização de mastectomia e quimioterapia. **Relato:** Paciente de 74 anos com queixa de fraqueza, anemia, perda de sangue vivo nas fezes e diarreia. Ela foi submetida previamente a mastectomia radical seguida por quimioterapia em decorrência de tumor de mama do tipo lobular infiltrativo sete anos atrás. Radiografia de tórax e tomografia de tórax, abdomen e pelve foram normais. Houve aumento dos níveis de Ca 15-3 e CEA no último mês. RNM revelou espessamento do colon direito e ceco além de linfadenomegalia regional. A paciente havia sido submetida a colonoscopia 6 meses antes das queixas, que revelou doença diverticular do sigmóide e um adenoma de sigmóide ressecado por mucosectomia. A nova colonoscopia revelou estenose no colon ascendente com lesão ulcerada, friável de cerca de 5cm, que após colonoscopia e magnificação demonstrou padrão de criptas tipo Vi de Kudo. O estudo histológico com hematoxilina e eosina e imunohistoquímica confirmaram o diagnóstico de metástase de carcinoma lobular de mama.

### 022 – GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA - EXPERIENCIA

Barros CAS, Marque AQ, Ferreira AS, Ramos AFP, Andrade DO, Andrade JM, Câmara HEB, Martins GM, Vilamarim PH, Leandro PA, Campos RF, Medeiros Jr JL

**Material e Método:** de 2003 até 17/07/ 2009, realizamos 583 PEG na SC-BH. A idade mínima foi 2 anos, a máxima 107 e a mediana 68, sendo 207 M e 376 F. Em 168 houve a troca da sonda por botom, sonda BRT ou reposição da mesma sonda. Realizamos jejunostomia através da PEG(JPEG) em 9 casos, durante a realização da PEG ou posteriormente devido a DRGE. As indicações principais foram: D Alzheimer e outras demências em 166 casos, seqüela de AVC em 251 ,outras doenças neurológicas em 145, além de outras indicações em 20. Os procedimentos foram realizados no serviço de endoscopia, com sedação habitual para EGD. Em situações clínicas especiais, realizamos o procedimento com supervisão do anestesiológico, às vezes em bloco cirúrgico. Utilizamos o kit industrial, preferencialmente da W Cook,, além de antibiótico profilático (cefazolina 2g ), além de higiene da cavidade oral e descolonização quando indicado. Com a participação da endoscopista pediátrica, estamos realizando a PEG nesta faixa etária. **Complicações:** Ocorreram 18 casos da *Buried Bumper Syndrome* (3,08%), sendo que uma foi retirada por corte da mucosa gástrica com estilete, por via endoscópica. Dez casos (1,4%) de infecção de parede abdominal controladas com antibióticos, e com a retirada da sonda em 6. Num caso de troca da sonda ocorreu falso trajeto, formando um abscesso que necessitou de tratamento cirúrgico. Ocorreram 2 óbitos(0,34%). **Conclusão:** A PEG está bem aceita na Sta Casa, sendo realizado inclusive em pacientes ambulatoriais, com baixo índice de complicações, acompanhando a literatura

### 023 – PROTESE ESOFAGIANA AUTO-EXPANSÍVEL - EXPERIENCIA

Barros CAS, Marque AQ, Ferreira AS, Ramos AFP, Andrade DO, Andrade JM, Câmara HEB, Martins GM, Vilamarim PH, Leandro PA, Campos RF, Medeiros Jr JL

**Objetivo:** mostrar a experiência do serviço de Endoscopia Digestiva da Santa Casa – BH com o procedimento. São 5 homens e uma mulher com idade mínima de 44 anos e a máxima de 82anos, sendo que apenas em um dos casos a recidiva tumoral ocorreu por continuidade e invasão do cólon utilizado em substituição ao esôfago, submetido a esofagogastrectomia total devido a tumor de cárdia. Este paciente teve a maior sobrevida – 9 meses, sendo que a maioria apresentou sobrevida em torno de 3 a 6 meses, todos tumores esofagianos submetidos a tratamento radio e quimioterápico. Não tivemos complicações graves inerentes ao procedimento e ocorreu monilíase esofagiana em um caso e impactação alimentar, que necessitou abordagem endoscópica em outro. Um terceiro paciente queixou de dor por um período prolongado, sendo constatado progressão tumoral no mediastino. Todos os pacientes receberam orientação dietética por escrito. Os procedimentos foram realizados sob sedação com supervisão anesthesiológica em 5 deles e todos com controle radioscópico. Utilizamos 2 próteses Ultraflex (Boston Scientific) e as 4 últimas Evolution (W. Cook) todas revestidas (nitinol) . Os pacientes ficaram internados por 24 a 48h. **Conclusão:** apesar do pequeno número de casos realizados, a experiência do grupo está sendo boa, não tendo ocorrido nenhuma complicação grave e com satisfação pela melhora da qualidade de vida dos pacientes, como relatado na literatura.

### 024 – RELAÇÃO ENTRE PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS, USO DE INIBIDORES DE BOMBA DE PRÓTONS E PRESENÇA DE *HELICOBACTER PYLORI*

Ornellas LC, Ferreira LEVVC, Cimino KO, Assis EACP, Scoralick ALB, Delgado AAA, Forn IPCR

**Introdução:** os pólipos de glândulas fúndicas (PGF) são o tipo mais comum de pólipos gástricos. São lesões benignas da mucosa gástrica, raramente sintomáticas. O uso prolongado de inibidores da bomba de prótons (IBP) tem sido associado ao desenvolvimento deste tipo de lesão. Os mecanismos envolvidos na gênese desses pólipos ainda não foram totalmente esclarecidos. **Materiais e Métodos:** estudo observacional transversal de 40 pacientes portadores de PGF submetidos a endoscopia digestiva alta no GEDCENTER/Hospital Monte Sinai – Juiz de Fora/MG. Foram avaliados aspectos clínicos (tempo e perfil de uso de IBP, presença de *Helicobacter pylori*) desse grupo de pacientes e características endoscópicas (localização, número e tamanho dos pólipos). **Resultados:** a média de idade dos pacientes foi de 47,6 anos. Dos 40 pacientes com PGF, 28 (70%) eram do sexo feminino, 30 (75%) utilizavam IBP, sendo que a maior parte fazia uso contínuo (80%) e há mais de um ano (67%). As lesões foram encontradas em corpo gástrico em 65% dos casos, apenas 2,5% mediam mais de 1 cm e somente 10% dos pacientes apresentaram mais de 10 pólipos. A pesquisa para *Helicobacter pylori* foi negativa em 29 (87,8%) dos pacientes. **Conclusão:** os PGF foram relacionados a pacientes do sexo feminino, com pesquisa negativa para *Helicobacter pylori*, que faziam uso contínuo e há mais de um ano de IBP.

**Palavras-chave:** Pólipos; Inibidores da Bomba de Prótons; *Helicobacter Pylori*.

## 025 – METÁSTASES GASTROINTESTINAIS DE MELANOMA

Fernandes JAG, Maia LS, Silva ML

**Relato de Caso:** Paciente 51 anos, internado no CTI com quadro clínico de hipertensão intracraniana. Tomografia Computadorizada de crânio mostrou lesões sugestivas de metástases. Biópsias estereotáxicas e imunohistoquímica definiram a presença de metástases de melanoma. Não haviam lesões névicas suspeitas na pele. Evoluiu com queda dos níveis pressóricos e da hemoglobina. Solicitada endoscopia digestiva alta que evidenciou lesões elevadas, enegrecidas e com sinais de sangramento no corpo gástrico e segunda porção duodenal. Biópsias confirmaram metástases de melanoma. Optado por não realizar abordagem endoscópica ou cirúrgica. Paciente evoluiu com piora rápida do quadro clínico e óbito em 24 horas. Melanoma maligno é a neoplasia que mais metastatiza para o estômago, seguida de pulmão, mama e esôfago. Os sinais e sintomas gastrointestinais são inespecíficos. Maioria das metástases possui sítio primário na pele. Lesões múltiplas no trato digestório sugerem metástases. Tratamento pode ser endoscópico, cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico. Conclui-se que, em todo paciente com suspeita de melanoma maligno na pele ou com história de ressecção de lesões névicas a investigação precoce do tubo gastrointestinal pode surpreender lesões em estadios iniciais e permitir abordagem terapêutica mais eficaz.

**Palavras-chave:** Melanoma; Metástases; Gastrointestinais.

## 026 – DIARRÉIA CRÔNICA DE CAUSA INCOMUM

Fernandes JAG

Paciente 28 anos com diarreia aquosa, não sanguinolenta e/ou purulenta há 6 meses. Portador de Hanseníase, em uso de Prednisona e Clofazimine. Anti-HIV negativo. Sem outras comorbidades. Exames proctológico e ultrassonografia abdominal normais. Endoscopia Digestiva Alta sem alterações significativas. Encaminhado para colonoscopia. Exame realizado com aparelho PENTAX série 3500, com magnificação de imagem (aumento de até 170 vezes) até o íleo terminal. Mucosa do reto ao ceco sem alterações. Mucosa do íleo terminal homogeneamente de coloração escurecida, amarronzada e sem solução de continuidade. Utilizado recurso de magnificação de imagem que evidenciou vilosidades impregnadas e preenchidas por grânulos vermelho-amarronzados, brilhantes distribuídos em todo íleo terminal. Biópsias revelaram ileíte inespecífica, sem granulomas, exsudatos ou outras alterações patognomônicas. Revisão da literatura apontou para os efeitos adversos da droga Clofazimine como causa da referida alteração endoscópica da mucosa do íleo terminal. Clofazimine é um corante, da classe fenazina, que forma cristais hidrossolúveis e que tem preferência por se depositar na pele, pulmão, linfonodos e mucosa do trato gastrointestinal. Sinais e sintomas gastrointestinais incluem vômitos, dor abdominal, diarreia, obstrução intestinal e perda de peso, podendo iniciar-se de 3 semanas a vários meses do início do uso da droga e mimetizar abdome agudo inflamatório ou obstrutivo. Suspensão da droga geralmente leva ao desaparecimento dos sintomas associada a dieta sem gluten.

**Palavras-chave:** Diarreia Crônica; Clofazimine; Colonoscopia.

## 027 – ÚLCERAS GÁSTRICAS POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - RELATO DE CASO

Fernandes Jr GJ, Nascimento RC, Pereira RM, Rocha DC

Trata-se do paciente M.R.C., masculino, 56 anos, admitido no Pronto Atendimento do Hospital Madre Teresa em 20 de fevereiro de 2009 com relato de perda ponderal de cerca 20 kg em 2 anos, tendo se intensificado nos últimos 4 meses, associada a quadro de epigastralgia, diarreia e hiporexia importante. Solicitado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) evidenciando Esôfago endoscopicamente normal; Estômago com duas lesões ulceradas em atividade (A1 Sakita), profundas, com bordas elevadas e bem definidas, uma localizada em pequena curvatura do corpo, com cerca de 20 mm de diâmetro e outra em parede anterior do antro, com 15 mm de diâmetro, sendo biopsiadas; Duodeno com cicatriz antiga em bulbo duodenal (S2 Sakita). No anatomopatológico, foi evidenciado acentuado infiltrado inflamatório crônico com neutrofilia focal, edema e focos de hemorragia, acúmulos de linfóides, exsudato fibrino-leucocitário, além de algumas células cariomegálicas com inclusões citomegálicas e nucleares, cuja morfologia foi compatível com Citomegalovírus (CMV). O paciente foi internado sendo solicitado sorologias para doença infecciosas, inclusive o Anti-HIV 1 e 2 (Elisa). O Anti-HIV 1 e 2 (Elisa) mostrou-se reagente, sendo iniciado tratamento com Retrovirais. Apresentou piora do quadro geral, associada a confusão mental e taquipnéia com esforço respiratório, sendo transferido a Unidade de Terapia Intensiva. Evoluiu a óbito em 15 de maio de 2009 devido a Sepses secundária a Pneumonia associada à SIDA. Na literatura é relatado com maior frequência lesões causadas pelo CMV em topografia do Esôfago, sabendo que pode se manifestar em qualquer localização do trato digestório. Este caso enfatizou a importância da EDA associada Patologia Clínica no diagnóstico de uma doença sistêmica grave.

**Palavras-chave:** Citomegalovírus; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Endoscopia Digestiva Alta.

**E-mail do autor:** gfernandesjr@yahoo.com.br

## 028 – GANGLIONEUROMA COLÔNICO EM PACIENTE JOVEM - RELATO DE CASO

Fernandes Jr GJ, Nascimento RC, Pereira RM, Rocha DC

Trata-se da paciente, I.M.T., feminino, 25 anos, apresentando quadro clínico de diarreia crônica associado à pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva e achado em Ultrassonografia abdominal de nódulo hepático. Foi solicitada Colonoscopia: evidenciando ileíte erosiva de leve intensidade, sendo realizadas biópsias; cólon descendente foi identificado pólipóide sésil, com cerca de 6 mm de diâmetro, recoberto por mucosa lisa de coloração normal, sendo realizado polipectomia, sem intercorrências; restante dos cólons e reto sem alterações. No anatomopatológico mostrou cortes da mucosa do intestino delgado com vilosidades finas com células de Paneth nas bases, células calciformes e discreto infiltrado inflamatório linfoplasmocitário na lâmina própria; Cortes de lesão polipóide mostrando glândulas revestidas por células sem atípicas e estroma apresentado proliferação de células fusiformes sem atípicas, permeado por alguns neurônios; Diagnóstico: mucosa ileal normal, Ganglioneuroma colônico. A paciente foi submetida a laparotomia com ressecção do nódulo hepático que em anatomopatológico evidenciou Hemanangioma. A partir deste diagnóstico encontramos na literatura relatos de raros casos de Ganglioneuroma colônico sendo que sua manifestação clínica mais prevalente é o quadro de diarreia crônica, e diferentemente do encontrado no caso relato, a faixa etária mais incidente é na sexta e sétima décadas de vida, sendo que predomina em localização de ceco e cólon direito.

**Palavras-chave:** Ganglioneuroma; Colonoscopia; Diarreia Crônica.

**E-mail do autor:** gfernandesjr@yahoo.com.br



### 029 – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 504 COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Oliveira RG, Faria FF, Lima Jr ACB, Rodrigues FG, Braga ACG, Lanna D, Valle Jr HN, Constantino JRM, Neves PM, Teixeira RG, Alvarenga IM, Ferreira RMRS, Silva IG, Cruz GMG

**Introdução:** a colonoscopia é um método consagrado no diagnóstico e terapia de afecções colorretais e de íleo terminal. Em junho de 2008, foi inaugurado o serviço de colonoscopia do Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, onde são realizados, em média, 50 exames mensais. Após 1 ano de experiência do serviço, foi feita uma análise dos exames realizados. **Objetivo:** análise retrospectiva de 504 colonoscopias ambulatoriais, realizadas no período de junho de 2008 até maio de 2009, na instituição. **Método:** foram selecionados laudos de 504 colonoscopias realizadas em caráter ambulatorial, no período de junho de 2008 a maio de 2009, e analisadas as variáveis. **Resultados:** 26% dos pacientes tinham faixa etária entre 51 e 60 anos, sendo 2/3 do sexo feminino. As principais indicações foram hemorragia digestiva baixa (13%) e controle pós-operatório de neoplasia colorretal (12%). O preparo foi considerado adequado em 71% dos casos. Atingiu-se o ceco em 88% dos exames. Vinte e seis por cento dos exames foram normais. Os achados principais foram pólipos (28%) e diverticulose (24%). A maioria dos pólipos identificados eram menores que um centímetro e diagnosticados como adenomas com displasia de baixo grau ao exame histopatológico. Não foi constatada nenhuma complicação pós-colonoscopia. Os dados obtidos foram comparados a estatísticas de outros serviços, sendo semelhantes em múltiplos aspectos. **Conclusão:** a amostra populacional avaliada no presente estudo é condizente com demais trabalhos, no que diz respeito a queixas clínicas que indicam a investigação colonoscópica, os achados colonoscópicos e os respectivos anatomopatológicos de biópsias realizadas. Nota-se a aceitável qualidade dos exames realizados pelo Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte, baseando-se no nível colônico atingido. Além disso, os métodos de preparos colônicos são aceitáveis, dado ao grau de limpeza atingido pelos mesmos.

### 031 – APRESENTAÇÃO ENDOSCÓPICA ATÍPICA DE TUMOR CARCINÓIDE GÁSTRICO TIPO I

Albuquerque W, Dias CAF, Arantes V, Roda R, Barbosa A, Uejo PHS

**Introdução:** os tumores carcinóides gástricos são raros (0,3% das neoplasias gástricas) e com base em sua patogênese são divididos em 3 tipos, sendo que o tipo I (75% dos casos) está associado a gastrite atrófica e apresenta baixo potencial evolutivo. A apresentação endoscópica clássica é de lesão elevada séssil, com ou sem erosão ou ulceração no ápice, medindo entre alguns milímetros a 3 cm. **Objetivo:** o objetivo é mostrar uma apresentação endoscópica atípica de tumor carcinóide gástrico tipo I, mimetizando o adenocarcinoma 0-IIc + IIa. **Casística e Métodos:** paciente do sexo feminino, 49 anos, com diagnóstico de gastrite atrófica autoimune com hipergastrinemia e ressecção prévia de carcinóide gástrico tipo I. Durante acompanhamento endoscópico anual foi identificada lesão deprimida com bordas elevadas, localizada no corpo gástrico, medindo 10 mm (histologia da biópsia: carcinóide gástrico). Estadiamento ecoendoscópico: uT1m. **Resultados:** lesão ressecada em monobloco pela técnica de dissecação endoscópica de submucosa. A histologia do espécime foi concordante com a biópsia prévia e demonstrou margens laterais e verticais livres. **Conclusão:** em pacientes portadores de gastrite atrófica, durante a endoscopia digestiva alta para rastreamento de carcinóide gástrico, o endoscopista deve estar atento para a possibilidade de apresentação atípica deste tumor.

**Palavras-chave:** Endoscopia; Apresentação Atípica; Carcinóide Gástrico Tipo I.

### 030 – CISTO DE DUPLICAÇÃO DUODENAL ASSOCIADO A QUADRO DE PANCREATITE AGUDA RECORRENTE: RELATO DE CASO

Nery SRB, Arantes V, Albuquerque W, Roda R, Hanan B, Dias CAF

**Introdução:** o cisto de duplicação duodenal é uma anomalia congênita rara. Os casos sintomáticos são ainda mais raros e tem sido descrito na literatura pancreatite aguda recorrente associada a presença do cisto. O tratamento endoscópico já foi descrito como uma alternativa menos agressiva que a cirurgia para esses casos com bons resultados na literatura. **Caso clínico:** M.A.V.A., 22 anos, sexo masculino, apresentando quadro clínico crônico de dor abdominal após quadro de pancreatite aguda em 2002. Em 2008 apresentou três episódios de pancreatite aguda que necessitaram de internação hospitalar de 6, 8 e 49 dias respectivamente. A causa da pancreatite não foi determinada durante as internações e o paciente foi encaminhado para colangiorrressonância que demonstrou cisto na luz duodenal móvel, justaposto à papila duodenal compatível com cisto de colédoco tipo III. O paciente foi submetido a ecoendoscopia em dezembro de 2008 que contactou uma lesão subepitelial na parede duodenal, em situação distal a papila, coberta por mucosa lisa e de aspecto normal, de conteúdo anecóico homogêneo, paredes bem definidas e regulares. O diagnóstico proposto foi de cisto de duplicação duodenal. Foi submetido a colangiografia endoscópica que demonstrou colédoco e Wirsung sem alterações. Realizou-se a abertura do cisto como forma de tratamento pela técnica de destelhamento, realizada em janeiro de 2009. O procedimento foi realizado de forma ambulatorial, recebendo dieta oral livre e alta hospitalar no mesmo dia sem complicações. O anátomo patológico relatou parede de cisto enterogênico. O controle clínico com seis meses de evolução revela paciente assintomático e o controle endoscópico demonstrou regressão do cisto. **Conclusão:** o tratamento endoscópico apresenta bons resultados na literatura em relação ao alívio dos sintomas e ao controle da recorrência da pancreatite com segurança e baixo índice de complicações.

### 032 – ECOENDOSCOPIA POR MINIPROBES: EXPERIÊNCIA DO IAG - HC/UFMG

Hanan B, Albuquerque W, Arantes V, Roda R, Pimenta N, Hanan B, Dias CAF

**Introdução:** a ecoendoscopia vem consolidando suas aplicações na gastroenterologia e endoscopia. Dentre os instrumentos utilizados, os miniprobres são cateteres ultrassonográficos que podem ser introduzidos pelo canal de trabalho de um endoscópio convencional, destacando-se pelo menor custo, facilidade de manuseio e por sua versatilidade de aplicações. **Objetivo:** avaliar a experiência do IAG-HC-UFMG com a ecoendoscopia por miniprobres, enfatizando as indicações do método. **Materiais e Métodos:** foram avaliadas retrospectivamente 659 ecoendoscopias realizadas no IAG entre agosto/2003 a agosto/2009. Foram empregados miniprobres Fujinon com frequências de 7,5 MHz, 12 MHz, 15 MHz, 20 MHz, a critério do endossonografista. Os parâmetros estudados foram: sexo, idade, probe utilizado, órgão afetado, indicação do exame e complicações. **Resultados:** todos os exames foram realizados por 3 endossonografistas. Predominaram mulheres (52%), e pacientes maiores de 14 anos (98,64%). O probe mais utilizado foi o de 15 MHz (50,22%). As afecções predominaram no estômago (57,66%) e esôfago (26,25%). As lesões subepiteliais foram a indicação mais freqüente (51,13%), seguida do estadiamento de neoplasias do trato gastrointestinal (24,73%), e da avaliação de linfoma Malt (7,28%). As lesões subepiteliais mais prevalentes foram as miogênicas de muscular própria (26,4%). Não foi observada nenhuma complicação. **Conclusão:** a ecoendoscopia por miniprobres é método de imagem pouco invasivo, de baixo risco e de menor custo em comparação ao ecoendoscópio radial ou setorial. O método é útil, e atualmente, indispensável na avaliação de alterações da mucosa e lesões subepiteliais, devendo estar disponível em instituições que realizam ecoendoscopia.

**Palavras-chaves:** Ecoendoscopia; Miniprobe; Lesões Subepiteliais.

### 033 – PAPILECTOMIA ENDOSCÓPICA: DETALHAMENTO TÉCNICO E RESULTADOS EM 10 PACIENTES

Hanan B, Albuquerque W, Dias CAF, Arantes V, Roda R, Moreira EF, Campos W

**Introdução:** os adenomas da papila duodenal podem evoluir para a seqüência de adenoma-carcinoma e devem ser tratados. A papilectomia endoscópica (PE) é uma das opções terapêuticas com baixa morbidade, mortalidade e taxa de recidiva. O objetivo desta série de casos é demonstrar os resultados e o seguimento de PE realizadas em hospitais de Belo Horizonte, detalhando os seguintes aspectos: apresentação clínica, presença de PAF, estadiamento, técnica e complicações. **Casuística e Métodos:** a seleção dos pacientes seguiu critérios endoscópicos e histológicos. Foram excluídos pacientes com lesões com características de malignidade à endoscopia, presença de invasão ductal ou adenocarcinoma à histologia. **Resultados:** dez pacientes foram submetidos a PE entre 2004 e 2009, com idade entre 48 e 82 anos (M-60,78), 7 do sexo feminino. Quatro assintomáticos, 4 com pancreatite e 2 com icterícia. Dois pacientes eram portadores de PAF. A ecoendoscopia foi realizada em 6 pacientes. As lesões tinham tamanho entre 12 e 20 mm. Em quatro pacientes a ressecção foi em monobloco e nos outros em dois fragmentos. Usou-se a injeção na submucosa em apenas um paciente. Foi possível passar o stent pancreático em 7 pacientes. A via biliar foi drenada em apenas um paciente. Ocorreram complicações em 6 pacientes (pancreatite aguda em 3, hemorragia em 2 e microperfuração em 1). Houve um óbito por HDA. A histologia demonstrou adenoma com displasia de baixo grau em 4, displasia de alto grau em 5 pacientes e carcinóide em 1. O tempo de seguimento foi de 2 a 60 meses. Ocorreu uma recidiva retratada por endoscopia. **Conclusão:** a PE para adenoma de papila de Vater e pequenos carcinóides é viável, embora com complicações significativas, mas com ausência de recidiva na maioria dos casos.

**Palavras-chave:** Tratamento Endoscópico; Papilectomia; Adenoma de Papila Duodenal.

### 035 – COLANGITE PIOGÊNICA RECORRENTE EM MULHER NÃO ASIÁTICA: RELATO DE CASO

Adami AF, Amaro TA, Irulegui PTP

Colangite piogênica recorrente é uma patologia de etiologia desconhecida, caracterizada por ataques recorrentes de dor abdominal, febre e icterícia secundários a dilatações e estenoses dos ductos intra-hepáticos e subsequente formação de cálculos. É prevalente no leste asiático, chegando a ser endêmica em algumas regiões, no entanto, o acometimento de pacientes de origem não asiática é raro. O diagnóstico é baseado em manifestações clínicas e exames de imagem. Se não tratada, a colangite piogênica recorrente está associada a alta morbi-mortalidade, com progressão para cirrose biliar e falência hepática. Relatamos o acometimento de paciente do sexo feminino, 38 anos, não asiática, com história de inúmeras internações nos últimos 10 anos, por quadro de colangite, cujo diagnóstico e terapêutica foram realizados através de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

**Palavras-chaves:** Colangite Piogênica Recorrente; Doença de Hong Kong; Colangiohepatite Oriental.

### 034 – GIST DUODENAL COMO CAUSA DE H. D. A. – RELATO DE CASO

Barros CAS, Maciel CR, Leandro PA

**Introdução:** o GIST é um tumor estromal do TGI, originário das células de Cajal. Neoplasia rara, <1% tumores GI- raro abaixo dos 40 anos. É o tumor mais comum dos mesenquimais. Prognóstico depende do tamanho, sua localização, nº de mitoses e presença de metástases. **Definição:** tumor mesenquimais (estromal ou conjuntivo) c-Kit+; histologia específicas (sarcoma: leiomioma, leiomiosarcoma ou leiomioblastoma, ou tumores neurais: schwannoma). **SINTOMAS:** O tamanho e a localização definem os sintomas. Massas palpáveis em 50 a 70%, além de dor e desconforto. Tem hemorragia em 30%. Sintomas inespecíficos e até assintomáticos. **Localização:** 60-70% são gástricos e 20-30% do delgado. Em 30% ocorrem metástase no abdômen: fígado ou invasão local. Metástases linfonodais são raras. **Apresentação do Caso:** MJR, 58a, engenheiro. Hipertenso, dislipidemia e neurofibromatose EGD(2002) = duodenite leve. HP+. Tratado. HF: Dislipidemia, cardiopatia, Parkinson. Dez/06 – HDA com lipotimia e queda, sem sintomas prévios. Hb=8,9g%. EGD(no interior)no 3º dia- sem sinais de sangramento. EGD após 30 dias: grande lesão tumoral e ulcerada em 2ª porção duodenal. **Biopsias:** Lesão ulcerada duodenal, sem atipias ou figuras de mitose-GIST? **Imunohistoquímica:** cKit+ . TC – Ausência de metástase – Tu limitado ao duodeno, sem invasão de órgãos vizinhos . **Cirurgia:** Tu de 6x4cm na transição da 2ª/3ª porção duodenal, anti - mesentérica, sem invasão vizinhos. Pequenos nódulos na serosa jejunal: metástase. Exerece com margens de 1cm e dos nódulos da serosa. Gastroentranostomose. QT- mesilato de imatinibe 400mg/dia. **Comentários:** além de discutirmos o GIST, a necessidade de examinar rotineiramente a 2ª porção duodenal. **Palavras-chaves:** GITS, Hemorragia digestiva, tumor mesenquimal

**E-mail do autor:** casbarros@uai.com.br

### 036 – FÍSTULA BILIO-DIGESTIVA EVOLUINDO COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL - RELATO DE CASO

Fernandes Jr GJ, Nascimento RC, Pereira RM, Rocha DC

Trata-se de um caso de coleliscistopatia calculosa em mulher na sétima década de vida, evoluindo com fístula biliodigestiva e posteriormente migração de cálculos levando a obstrução do Trato Gastrointestinal (TGI). **Relato do caso:** L.G.S., 71 anos, feminina, evoluindo com quadro sugestivo de semi-obstrução intestinal, sendo que em Ultrassonografia abdominal evidenciou-se coleliscistolitíase, e Tomografia Computadorizada mostrou imagem sugestiva de massa em topografia de ângulo de Treitz. Realizada Esofagogastroduodenoscopia evidenciando em transição da primeira para segunda porção duodenal, grande orifício fistuloso (fístula colecisto-duodenal) com fundo cego, e em segunda porção um grande cálculo impactado. Tentado abordagem endoscópica com litotripsia para extração dos cálculos, porém sem sucesso. Sendo assim, foi encaminhada à cirurgia com boa evolução posterior. Esta manifestação quando acomete o TGI alto é conhecida como Síndrome de Bouveret, uma entidade rara, com mortalidade em 25% dos casos. A fístula bileodigestiva mais freqüente é a colecistoduodenal que representa 70% dos casos seguida pela colecisto-colônica com 10 a 20% dos casos. A incidência da fístula tem diminuído devido ao diagnóstico e tratamento cada vez mais precoce da patologia calculosa biliar.

**Palavras-chave:** Obstrução Intestinal; Fístulas Biliodigestivas; Síndrome de Bouveret.

### 037 – O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICO RELACIONADO COM O DESENVOLVIMENTO DE COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

Abreu RK, Gonçalves MA, Firme RM, Gonçalves TL, Gonçalves MC

**Introdução:** a Colite pseudomembranosa é o processo inflamatório induzido por toxina, caracterizada por placas exudativas ou pseudomembranas fixadas na superfície da mucosa colônica inflamada. É desencadeada principalmente pelo uso de antibióticos (Ampicilina, Clindamicina e Cefalosporina de 3ª geração) ou quimioterapia. A colite associada aos agentes antimicrobianos é geralmente causada pelo *Clostridium difficile*. As manifestações clínicas mais frequentes são diarreia aquosa profusa, dor abdominal em cólica e febre baixa. Diagnóstico feito por exames laboratoriais (coprocultura, pesquisa de toxinas fecais,...), exames radiológicos (radiografia e TC) e colonoscopia. O tratamento consiste em suspender o antimicrobiano, suporte hidroeletrólítico e uso de Metronidazol, Vancomicina. **Objetivo:** o objetivo deste trabalho é mostrar a importância do uso cauteloso de certos antimicrobianos para evitar efeitos colaterais dos mesmos. **Relato de caso:** AGU, 70 anos, diabético, procura o hospital com relato de diarreia com muco, esverdeada, cólicas, febre, náuseas e vômitos há aproximadamente 30 dias. Paciente em uso de Ciprofloxacino e Clindamicina pós-tratamento de pé diabético. Exame físico: hipocorada +/4+, desidratada 2+/4+, orientada, PA = 110X60 mmHg, FC= 86 bpm. AR= MVF sem RA. ACV= RCR. AGI = RHA aumentado, doloroso a palpação principalmente em QIE. Exames complementares: EPF = negativo. Leucocitose = 13700 (sem desvio). Hg = 12,6. PCR= 64,6. EDA = gastrite leve. TC de abdome = espessamento colônico. Retossigmoidoscopia = mucosa exantematosa friável com formações pseudomembranas compatível com retite pseudomembranosa. Biópsia = colite pseudomembranosa. Tratamento: Metronidazol 500mg 8/8hrs (VO), paciente apresentou intolerância (náuseas e epigastralgia), substituído por Vancomicina 125mg 6/6hrs (VO) com melhora significativa em 72 horas. **Conclusão:** Colite pseudomembranosa é uma doença frequente em nosso meio, pode levar a complicações graves e está normalmente relacionada ao uso indiscriminado de certos antibióticos. Portanto deve-se prescrever de forma criteriosa ou até mesmo restringir o uso de certos antimicrobianos.

**Palavras-chaves:** Colite Pseudomembranosa; *Clostridium difficile*; Clindamicina.

### 039 – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DO CÂNCER COLO RETAL NÃO POLIPÓIDE NA PREVENÇÃO DE NOVOS CASOS

Faria GS, Starling LJ, Faria LS, Brito JBM, Faria RS

H.S.B, 17 anos, admitido com dor abdominal difusa de forte intensidade, episódios de hematoquezia e interrupção abrupta de eliminação de fezes. Relatou evolução progressiva do quadro por cerca de 2 meses, sem picos febris ou perda de peso. História familiar de adenocarcinoma de cólon, com 2 tios e 1 avô acometidos. Radiografia e Tomografia computadorizada de abdomen revelaram distensão importante de cólon, com massa pélvica em região do sigmóide, que não se encheu pelo contraste retal e mantinha íntima relação com a bexiga. Colonoscopia mostrou massa tumoral em sigmóide, sem visualização de pólipos. Anemia microcítica, hipocrômica e plaquetose (873.000) ao hemograma. Antígeno carcino-embriônico (CEA) 0,84 (normal até 5). Anátomo patológico da lesão evidenciou adenocarcinoma de cólon moderadamente diferenciado, fechando todos os critérios para a síndrome de Lynch (ausência de polipose hereditária, envolvimento de 2 gerações da família, um caso antes dos 50 anos e diagnóstico histológico em pelo menos 3 familiares). Após retossigmoidectomia, cistectomia parcial e ileostomia protetora, o paciente permaneceu no CTI por 3 dias, recebendo alta para enfermagem e, em seguida, para o domicílio, em boas condições clínicas. O objetivo do presente relato é destacar a importância do diagnóstico do câncer colo-retal hereditário não-polipóide (síndrome de Lynch I), uma vez que tal diagnóstico implica em rastreamento (com colonoscopia bianual a partir dos 25 anos e anual a partir dos 40) dos familiares de todo indivíduo que preencha os critérios acima, possibilitando um diagnóstico precoce.

**Palavras-chaves:** Adenocarcinoma; Cólon; Prevenção.

E-mail do autor: captall@oi.com.br

### 038 – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR CARCINOIDE DE RETO

Braga EA, Alberti LR, Horta JGA, Francisco ARG

Os tumores carcinóides são neoplasias raras, e o trato gastrointestinal é o sítio mais acometido correspondendo a 73,7% dos casos, sendo a localização retal pouco frequente, especialmente na forma polipóide. O tumor carcinóide retal é diagnosticado em cerca de 0,04% dos exames proctológicos, representando 1,3% dos tumores retais e estão associados a uma incidência aumentada de outros tumores malignos. Estima-se que até 50% dos pacientes com tumores carcinóides de reto já tenham metástases ao diagnóstico. No caso em questão, o paciente apresentava dor perianal com seis meses de evolução e dois episódios de hematoquezia, tendo sido submetido a exame proctológico e retossigmoidoscopia flexível, que revelou presença de lesão polipóide em reto proximal a aproximadamente 10 cm da margem anal. Posteriormente, o paciente foi submetido à colonoscopia, a qual evidenciou três lesões polipóides, tendo uma delas o diagnóstico de tumor carcinóide. Porém existe grande controvérsia quanto ao tratamento do tumor carcinóide. Nesse relato de caso o paciente foi submetido ao tratamento endoscópico. O procedimento foi curativo e o seguimento em 12 meses se mostrou satisfatório, com o paciente livre de doença.

### 040 – MASSA RETAL DE ORIGEM INDETERMINADA: CORREÇÃO CIRÚRGICA PELA TÉCNICA DE PULL-THROUGH

Braga EA, Reggiani M, Caldeira PRP

Massas retais são infreqüentes na prática cirúrgica, com incidência de 1/40,000 a 1/63,000 em grandes centros de referência. Elas podem ser classificadas como congênitas, neurogênicas, inflamatórias, ósseas ou mistas. Trata-se de paciente de 41 anos, homem, com constipação intestinal progressiva e episódios de hematoquezia. Foi submetido a retossigmoidoscopia com biópsia em que se visualizou, a 5 cm da borda anal, lesão estenosante, de bordas duras e infiltradas, que impossibilitou o avanço do aparelho. Exame anátomo-patológico laudou alteração inflamatória inespecífica. O exame ecográfico abdominal não evidenciou alteração significativa, todavia, a TC de pelve identificou espessamento concêntrico da parede do reto provavelmente de origem neoplásica, não descartando processo inflamatório. A colonoscopia com biópsias identificou lesão estenosante concêntrica na junção reto-sigmóide, a 08 cm da borda anal, obstruindo mais de 90% da luz do órgão. Para visualizar as estruturas a montante da lesão foi utilizado um colonoscópio pediátrico de 9,8mm. A análise dessas biópsias foi compatível com uma retite crônica leve, inativa e inespecífica, excluindo malignidade, granulomas e parasitas. Em revisão laboratorial foi observado moderada leucocitose persistente, PCR aumentado, CEA normal e anemia normocítica e normocrômica. O paciente evoluía para uma obstrução total, mas como não havia diagnóstico definitivo que pudesse indicar radioterapia ou intervenção cirúrgica mais radical, realizou-se a ressecção do reto e sigmóide com abaixamento transanal (*Pull-through*). A massa encontrava-se entre 1 e 3 cm da borda anal, discordando dos achados dos exames anteriores. A peça foi enviada a análise anátomo-patológica que descreveu processo inflamatório e áreas de fibrosclerose cicatricial. Mesmo sem diagnóstico conclusivo, o procedimento foi curativo, restabelecendo o trânsito intestinal, preservando a continência fecal e evitando-se uma amputação abdomino-perineal e colostomia.

#### 041 – CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR E TUMORES RETRORRETAIS

Alves AC, Queiroz FL, Oliveira TAN, Côrtes MGW, Carmona MZ, Lamounier PC

**Introdução:** a cirurgia de acesso posterior encontra sua melhor indicação no tratamento de tumores retrorretais, especialmente em lesões císticas precocígeas. É ideal para tumores abaixo do promotório sacral. **Objetivos:** relato de 5 casos de cirurgia de acesso posterior. **Métodos:** análise retrospectiva de cirurgias de acesso posterior realizadas no Hospital Felício Rocho de 2007 a 2009. **Resultados:** Foram analisados cinco casos de cirurgias de acesso posterior no período. Todos os pacientes eram do sexo feminino. A idade variou de 10 a 75 anos, com média de 47 anos. Quatro pacientes tinham história prévia de drenagem de abscesso perianal e fistulectomia. Três pacientes queixavam-se de dor anal e tumefação, duas referiam lombalgia associada a dor anal e apenas uma era assintomática à época do diagnóstico. A Ressonância Magnética de pelve foi realizada em todos os casos, sendo fundamental para definição diagnóstica pré-operatória. A análise histopatológica das peças cirúrgicas revelou: dois cistos de Tailgut, um cordoma e dois cistos simples. Uma das pacientes não possuía lesão cística e sim fistula complexa com retenção de secreção purulenta retrorretal, simulando lesão cística aos métodos de imagem. Não houve recorrência das lesões até o momento. **Conclusão:** Tumores retrorretais são raros e o diagnóstico geralmente é retardado pela suspeita equivocada de doenças orificiais. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de escolha sendo a cirurgia de acesso posterior uma excelente opção nos tumores baixos.

#### 042 – EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO POR VIA LAPAROSCÓPICA: AVALIAÇÃO INICIAL

Oliveira TAN, Lopes F, Alves Filho V, Giust M, Cherem A

**Introdução:** a excisão total do mesorreto por via aberta é o tratamento padrão para as neoplasias de reto médio e baixo. Na última década, estudos confirmaram a eficácia e a equivalência oncológica entre a técnica aberta e laparoscópica para o tratamento das neoplasias de cólon. No entanto, a utilização da técnica laparoscópica para o tratamento das neoplasias de reto permanece controversa. **Objetivo:** avaliar os resultados iniciais do tratamento laparoscópico para neoplasia de reto. **Método:** pacientes submetidos a procedimentos laparoscópicos e abertos foram avaliados retrospectivamente. **Resultados:** quarenta e um pacientes, com idade média de 62 anos, sendo 20(49%) mulheres e 21(51%) homens foram avaliados retrospectivamente. Todos os pacientes apresentavam diagnóstico de neoplasia. Trinta e cinco(85%) pacientes foram submetidos à excisão total do mesorreto por via aberta e 6(15%) pacientes por via laparoscópica. O tempo médio de internação para o grupo submetido à cirurgia aberta foi de 8 dias, enquanto o grupo que realizou o procedimento laparoscópico apresentou média de 6 dias de internação. A taxa global de complicações no grupo submetido a técnica aberta e no grupo laparoscópico foram, respectivamente, de 29% e 16%. A média de linfonodos dissecados, do comprimento, e do diâmetro externo das peças foram, respectivamente, 14, 24cm e 3cm para o grupo convencional, e 12, 20cm e 3,3cm para o grupo laparoscópico. **Conclusões:** A modalidade laparoscópica apresentou resultados semelhantes a técnica aberta em relação a todas as variáveis avaliadas. Como se trata de um estudo inicial e com poucos números de casos, são necessários novos estudos para a confirmação destes resultados. Laparoscopia, mesorreto, cancer

#### 043 – SÍNDROME DE CURRARINO ASSOCIADA AO TAILGUT CYST

Oliveira TAN, Lopes F, Fernandes CKM, Lobato LFC, Ferreira LS, Silveira RT, Teixeira VC, Mesquita BF, Lacerda-Filho A

**Introdução:** a síndrome de Currarino é definida pela tríade de tumor pré-sacral, agenesia sacral e malformação anorretal. Já foram descritos mais de 200 casos no período de 1926 a 2003. O *Tailgut Cyst* também conhecido como cisto de cauda intestinal ou hamartoma retrorretal é um remanescente embriológico do intestino posterior, podendo fazer parte desta síndrome. **Objetivo:** relatar um caso raro de massa retrorretal associado à Síndrome de Currarino. **Método:** relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** trata-se de paciente feminino, 43 anos, com quadro de lombalgia com piora progressiva, referida principalmente na região sacral. No toque retal foi observada massa retrorretal fibroelástica. Foram realizadas radiografia pélvica, US, TC e RM que evidenciaram cisto retrorretal, rechaçando o reto e outras estruturas pélvicas anteriormente. Foram afastados os diagnósticos diferenciais de cordoma, meningiomieloclele e teratoma. A abordagem cirúrgica foi realizada em três tempos. Inicialmente foi realizada laparotomia mediana. Durante a exploração da cavidade abdominal foi identificada grande massa pélvica que foi dissecada em bloco com o colón abaixado, bexiga e útero nela aderidos. Neste ponto foi realizada a laparorráfia e a paciente foi então posicionada em decúbito ventral. Foi realizada incisão sacral e realizada a ressecção em bloco da massa englobando o sacro. Optado por amputação abdômino-perineal devido à extensão caudal da massa até a linha pectínea. A paciente foi então reposicionada em decúbito ventral para relaparotomia para confecção de colostomia ilíaca a esquerda definitiva. O estudo anátomo-patológico evidenciou *tailgut cyst*. **Conclusões:** o *tailgut cyst* relacionado à Síndrome de Currarino é uma lesão incomum. Exames de imagem são úteis para o diagnóstica e programação cirúrgica. A excisão cirúrgica é recomendada devido ao risco de recorrência, degeneração maligna e infecção crônica, mesmo em pacientes assintomáticos.

**Palavras-chave:** Currarino; Cisto; Pré-sacral.

#### 044 – AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS EM CIRURGIAS COM EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Cortes MGW, Queiroz FL, Alves AC, Oliveira TAN, Lamounier PCC

**Introdução:** com o avanço no conhecimento da disseminação tumoral, a excisão total do mesorreto (ETM) consolidou-se como o tratamento cirúrgico mais adequado para tumores de reto médio e inferior. O princípio desta cirurgia é a completa ressecção de todo tecido perirretal envolto por sua fásia intacta, com margem circunferencial negativa. A ETM permitiu importante redução do número de amputações abdominoperineais, diminuição de recorrência local com conseqüente aumento da sobrevida e menores incidências de disfunção sexual e vesical. **Objetivos:** avaliação dos resultados pós-operatórios de pacientes submetidos a ETM, incluindo morbidade, mortalidade, índice de amputação de reto e recidiva da doença. **Métodos:** Análise retrospectiva de dados de protocolos de 58 pacientes consecutivos submetidos a ETM por adenocarcinoma retal de 1999 a 2009 no Hospital Felício Rocho. Todos os casos foram operados pelo mesmo cirurgião. **Resultados:** a média de idade dos pacientes operados foi de 62 anos. Do total 55 (95%) das cirurgias foram realizadas com intenção curativa. O tempo até fechamento de ileostomia foi de até 4 meses em 15 casos, até 8 meses em 9 casos, até 22 meses 8 casos. Em 9 (15,5%) casos foi necessário realizar amputação de reto. As neoplasias operadas apresentavam estadiamento: 0 em nove casos, I em 13 casos, II em sete casos e III em nove casos e IV em seis casos. Os tumores localizavam-se entre 2 e 5 cm da margem anal em 17 (29,3%) casos, 5 a 10 cm em 12 (20,6%), a menos de 2 cm em cinco (8,6%) e a mais de 10 cm em quatro (6,8%) casos. O período de acompanhamento pós-operatório variou de 3 meses a 8 anos, sendo identificados 3 casos de recidiva local e 8 casos de recidiva à distância. Foi registrado 1 óbito como complicação cirúrgica. **Conclusão:** a excisão do mesorreto é hoje padronizada para neoplasias de reto inferior e médio, apresentando baixos índices de recidiva local. Os resultados do Hospital Felício Rocho são consistentes com os da literatura médica

#### **045 – PAPULOSE BOWENÓIDE: ABORDAGEM CIRÚRGICA COM RETALHO VY – RELATO DE CASO**

Alves AC, Queiroz FL, Oliveira TAN, Côrtes MGW, Oliveira TAN, Lamounier PCC

**Introdução:** a papulose bowenóide pode ser descrita como uma fase de transição entre as verrugas genitais e a Doença de Bowen. A Doença de Bowen é caracterizada pela presença de carcinoma de células escamosas não queratinizado, intra-epitelial. A papulose bowenóide é uma forma similar histologicamente à Doença de Bowen, porém com melhor prognóstico. Pode ser considerada como uma displasia epidérmica focal, com evidente potencial maligno, geralmente induzida pelo papilomavírus humano tipo 16. **Objetivo:** relatar tratamento cirúrgico em paciente com papulose bowenóide perianal extensa. **Métodos:** relato de caso clínico de paciente com papulose bowenóide submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Felício Rocho em 21/04/2009. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 52 anos, portador de psoríase em acompanhamento com dermatologista com proposta de tratamento com Etanercepte. Referiu lesões papulosas em base de pênis, escroto e em região inguinal bilateralmente. Realizada excisão cirúrgica em 03/04/09 que evidenciou papulose bowenóide. Encaminhado ao Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho para avaliação de lesões perianais. À inspeção: região perianal escurecida com múltiplas lesões papulosas, até cerca de 4 cm radialmente ao ânus. Submetido a excisão elíptica de pele perianal acometida até o anoderma. Devido à extensão da doença perianal houve necessidade de reconstrução do defeito com retalho VY. O paciente apresentou pouca adesão às orientações de cuidados com a ferida operatória sendo necessária internação por 6 dias. Não houve sinais de necrose ou infecção da ferida, apresentando apenas pequena área de deiscência perianal. Estudo anatomo-patológico confirmou papulose bowenóide e margens cirúrgicas livres. **Conclusão:** paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com cicatrização adequada da ferida e sem recorrências até o momento.

#### **047 – EXPERIÊNCIA DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA COLORRETAL NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO – 2006 A 2009**

Paiva RA, Oliveira TAN, Lopes F, Zuleime M, Alves Filho V, Lamounier PCC, Mansur ES, Lacerda-Filho A

**Introdução:** a via laparoscópica tem se firmado como a principal abordagem para a realização das colectomias nas doenças colorretais. Apesar do primeiro caso de colectomia laparoscópica ter sido relatado em 1991, esta abordagem só foi consolidada pela comunidade cirúrgica após a publicação de estudos comprovando sua segurança e equivalência oncológica à técnica aberta. No nosso serviço, a primeira colectomia laparoscópica ocorreu em 1997 e esta modalidade representa, atualmente, a principal via para a realização das cirurgias colorretais. **Objetivo:** avaliar os resultados dos procedimentos laparoscópicos realizados pela Clínica de Coloproctologia no período de 2006 a 2009. **Método:** pacientes submetidos a procedimentos laparoscópicos foram avaliados retrospectivamente. **Resultados:** cento e quarenta e quatro pacientes, com idade média de 57,7 anos, sendo 82 mulheres e 62 homens foram avaliados retrospectivamente. Cinquenta e três (37%) pacientes foram submetidos à cirurgia abaixamento de cólon, quarenta e um (28%) pacientes foram submetidos a colectomia parcial, dezoito (13%) pacientes foram submetidos a retossigmoidectomia, nove (6%) pacientes foram submetidos a colectomia total, e vinte e três (16%) pacientes realizaram outros procedimentos videolaparoscópicos. A taxa global de complicação foi de 26%. A taxa de conversão vem apresentando queda anual gradativa desde 2006. A presença de lesões avançadas foi a principal causa de conversão com 27%. A segunda causa de conversão foram as aderências juntamente com a dificuldade em identificar estruturas com 20% cada. O número de linfonodos dissecados na peça cirúrgica está aumentando anualmente. **Conclusões:** a modalidade laparoscópica representa a principal via de acesso para as cirurgias colorretais realizadas pela Clínica de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho. Os resultados alcançados no período de 2006 a 2009 são semelhantes aos encontrados na técnica convencional.

#### **046 – AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CITORREDUTORA E QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL**

Paiva RA, Lopes F, Oliveira TAN, Botrel S, Garcia S, Macedo AP, Procópio C

**Introdução:** descrita pela primeira vez em 1991, a cirurgia laparoscópica tem se tornado o procedimento de escolha para as cirurgias colorretais. A eficácia e os benefícios da técnica laparoscópica têm sido confirmados por diversos estudos randomizados, revisões e metanálises. Trabalhos recentes evidenciaram a equivalência oncológica entre a técnica laparoscópica e convencional para o tratamento de lesões retais. **Objetivo:** demonstrar a importância da marcação do limite inferior do reto na abordagem laparoscópica das lesões retais. **Descrição do vídeo:** trata-se de paciente de 71 anos com diagnóstico de lesão de reto baixo. Antes de iniciar o procedimento, o limite inferior do reto foi marcado com azul de metileno nos seus 4 quadrantes. Após realização de pneumoperitônio e passagem dos 5 tracáteres, iniciou-se a cirurgia pela dissecação da veia mesentérica inferior com posterior acesso a retrocavidade. Realizado dissecação do mesocólon transverso até próximo ao baço e realizado ligadura da veia mesentérica inferior. Após identificação do ureter, a artéria mesentérica inferior foi dissecada e ligada. Realizou-se liberação do cólon esquerdo e do ângulo esplênico. Iniciado dissecação do mesorreto até limite inferior do reto sob orientação da marcação. Nesse momento é realizado o tempo perineal que consiste na retirada da peça, confecção da bolsa em “J” e realização da anastomose colo-anal. Peça ao anátomo-patológico. Fechamento de todos os portos. Paciente recebeu alta no 7º DPO. Anátomo demonstrou T2N0. **Conclusões:** a marcação do limite inferior do reto é um procedimento de simples realização e facilitou a orientação e realização da excisão total do mesorreto.

#### **048 – DUODENOPANCREATECTOMIA PARA O CARCINOMA DE CÓLON DIREITO: É JUSTIFICADA SUA REALIZAÇÃO?**

Queiroz FL, Pyramo LM, Maia Jr CLS, Santos MAM

**Introdução:** o carcinoma do cólon direito com invasão de pâncreas ou duodeno é raro e seu tratamento é uma abordagem cirúrgica alargada e *en bloc*. O objetivo do trabalho é relatar três casos submetidos a duodenopancreatômica e colectomia direita em função de carcinoma colônico localmente avançado. **Método:** estudo retrospectivo de prontuários de pacientes com câncer colônico. **Resultados:** dois pacientes foram submetidos a ressecção em dois tempos e o terceiro caso a ressecção *en bloc* em tempo único. Todos estão vivos com seguimento de 84, 36 e 16 meses respectivamente. Há evidência de recorrência tumoral em um caso. **Conclusão:** o câncer de cólon direito localmente avançado com invasão de órgão adjacentes pode ser tratado com duodenopancreatômica e colectomia direita com bons resultados a longo prazo.

**Palavras-chave:** Câncer Colônico, Duodenopancreatômica, Ressecção *en bloc*.

#### **049 – TUMOR CARCINÓIDE RETAL LOCALMENTE AVANÇADO: PATOLOGIA RARA E TÉCNICA CIRÚRGICA INCOMUM**

Leite SMO, Santos MAM, Maia Jr CLS

**Introdução:** tumor carcinóide de reto médio localmente avançado sem acometimento à distância abordado por via trans-sacral e abdominal. **Objetivo:** apresentar caso de patologia rara tratada com técnica cirúrgica pouco comum que cursou com boa recuperação. **Métodos:** revisão de prontuário e busca em literatura médica. **Resultados:** paciente de 61 anos, sexo masculino, com diagnóstico de lesão tumoral de cinco centímetros a sete centímetros da borda anal. Ausência de evidências de metástases. Ressonância magnética mostrando lesão retrorretal com aparente invasão prostática. Realizada retossigmoidectomia com abordagem combinada abdominal e trans-sacral (Kraske). Anastomose primária com grampeador cirúrgico. Confeccionada ileostomia protetora. Evoluindo de forma arrastada, porém, favorável. Alta hospitalar no 30ºDPO. Imuno-histoquímica da peça confirmando tumor carcinóide. Dois linfonodos metastáticos em dezoito dissecados. Tumores carcinóides são neoplasias raras que respondem por menos de 0,5% dos diagnósticos oncológicos. Originam-se de células neuroendócrinas. 60% ocorrem ao longo do tubo intestinal e 25% no segmento broncopulmonar. O reto corresponde ao terceiro sítio mais comum no trato digestivo, respondendo por 13,7% dos casos. O prognóstico geralmente é bom devido ao diagnóstico precoce e ao tratamento por ressecção local. Entretanto, quando a lesão excede 2 cm de diâmetro, as taxas de metástases chegam a 60-80%. Lesões localmente avançadas sem acometimento à distância são muito raras, sendo, por isso, cirurgias de maior porte raramente realizadas para a abordagem desta patologia específica. **Conclusão:** o tumor carcinóide de reto é patologia que raramente demanda ressecção cirúrgica. A maioria é tratada com ressecção local transanal. Lesões maiores geralmente são incuráveis por já apresentarem metástases. O caso apresentado foge desta regra, sendo tratada com técnica pouco utilizada na atualidade.

#### **051 – COMPLETA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA RETAL SOLITÁRIA EM PACIENTE SEM DISTÚRBO DE DEFECAÇÃO COM ENEMA DE SUCRALFATO**

Silva RG, Souza FL, Maciel LF, Arantes V

**Introdução:** a síndrome da úlcera retal solitária é considerada um distúrbio da defecação caracterizado por hematoquezia e muco nas fezes associado a esforço evacuatório prolongado, tenesmo e prolapso retal interno ou externo. Sua incidência anual estimada é de 1 a 3,6 casos por 100000 pessoas. A patogênese não é bem estabelecida e acredita-se que múltiplos fatores contribuam para seu desenvolvimento. **Objetivo:** relatar caso clínico de paciente sem sinais de distúrbio de defecação que se apresentou com úlcera retal solitária. **Caso Clínico:** paciente de 89 anos, gênero feminino, com história de incontinência fecal leve associada a hematoquezia e muco nas fezes de início recente. O exame local revelava esfíncter hipotônico e pequeno prolapso mucoso. A retossigmoidoscopia revelou alteração na parede posterior do reto. Uma colonoscopia foi solicitada e evidenciou grande úlcera retal de aproximadamente 8 cm de diâmetro. Na suspeita de neoplasia, várias biopsias foram realizadas. Exame histológico não mostrou malignidade. Defecografia não revelou prolapso interno ou outra anormalidade. Sucralfato 2g por dia por enema foi instituído por 6 semanas com melhora progressiva da hematoquezia e muco nas fezes. Após 12 meses, com a paciente assintomática, nova colonoscopia de controle revelou processo cicatricial em praticamente toda extensão da úlcera. **Conclusão:** a síndrome da úlcera retal solitária é doença incomum sem etiologia bem definida com múltiplos tratamentos. Em casos de úlcera retal solitária com alteração mínima na função evacuatória, o enema de sucralfato pode ser boa opção com alto potencial de cicatrização da úlcera.

#### **050 – CURVA DE APRENDIZADO INICIAL: MARGENS ONCOLÓGICAS E NÚMERO DE LINFONODOS NÃO DIFEREM DE COLECTOMIAS ABERTAS**

Silva RG, Neiva AM, Lacerda-Filho A, Cabral MMDA, Luz MMP, Fonseca LM, Hanan B

**Introdução:** a colectomia laparoscópica é considerada um procedimento com longa curva de aprendizado. Apesar de cirurgiões experientes em laparoscopia apresentarem resultados oncológicos semelhantes aos de colectomias abertas, é importante avaliar se durante a curva de aprendizado esses resultados também podem ser alcançados. O objetivo deste trabalho foi avaliar as margens de ressecção e o número de linfonodos obtidos nas peças cirúrgicas dos casos iniciais de colectomias laparoscópicas realizadas por cirurgiões especialistas, comparando-os com colectomias abertas. **Métodos:** foram avaliadas as peças cirúrgicas dos 33 primeiros casos de colectomias laparoscópicas para câncer colorretal. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, gênero, localização do tumor, classificação anátomo-patológica, número de linfonodos e margens proximal e distal. Os dados foram comparados com grupo controle de 45 pacientes submetidos a colectomia aberta para câncer colorretal. Foram utilizados os testes estatísticos qui-quadrado, teste t de Student e Mann-Whitney. **Resultados:** os grupos laparoscópico e aberto foram semelhantes em relação à idade, localização do tumor e estadiamento loco-regional. O grupo laparoscópico apresentou predominância do sexo feminino. As margens cirúrgicas distais foram semelhantes nos dois grupos [média de 7,15 cm (DP  $\pm$  9,98) e 8,26 cm (DP  $\pm$  11,5) para os grupos aberto e laparoscópico, respectivamente, p=NS]. O número de linfonodos por peça cirúrgica também não apresentou diferença entre os grupos. A média de linfonodos para o grupo aberto e laparoscópico foram 19 (DP  $\pm$  19,41) e 21 (DP  $\pm$  14,73) respectivamente, (p=NS). **Conclusão:** não houve diferença entre as margens oncológicas e o número de linfonodos quando comparadas peças cirúrgicas de colectomias laparoscópicas durante a curva de aprendizado com peças de colectomias abertas. Apesar da dificuldade técnica comumente observada no início da experiência com colectomia laparoscópica, os critérios para ressecção oncológica podem ser preservados quando os procedimentos são realizados por cirurgiões especialistas trabalhando com equipe especializada em patologia gastrointestinal.

#### **052 – COLITE ISQUÊMICA SECUNDÁRIA A FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA DE VASOS MESENTÉRICOS INFERIORES EM PACIENTE RECEPTOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO**

Bechara CS, Neiva AM, Hanan B, Galvão VA, Luz MMP, Silva RG

**Introdução:** as fístulas artério-venosas (FAV) na circulação portal são raras e usualmente envolvem vasos hepáticos, esplênicos ou mesentéricos superiores. FAV de vasos mesentéricos inferiores são incomuns e somente casos isolados foram relatados. A colite isquêmica é uma manifestação pouco comum, mas grave da FAV. **Objetivo:** relatar o raro caso de paciente receptor de transplante hepático com quadro de colite isquêmica secundária a fístula arterio-venosa de vasos mesentéricos inferiores. **Relato de caso:** paciente masculino, de 58 anos, com cirrose por vírus B e carcinoma hepatocelular, foi submetido a transplante hepático ago/2007. Evoluiu com estenose de via biliar, tratada com dilatações percutâneas de maio de 2008 a junho de 2009. Em uso de tacrolimus. Apresentava queixa de dor abdominal há cerca de 6 meses, com piora nas últimas 2 semanas, que levou o paciente a ser internado em fevereiro de 2009. Referia fezes pastosas, cerca de 4-5 exoneações ao dia, além de vômitos e distensão abdominal. Afebril. Rx de abdome sem sinais de obstrução intestinal; radiografia de tórax sem evidências de pneumoperitônio; US abdome: pequena quantidade de líquidos interalças; Colonoscopia evidenciou mucosa friável, coberta por fibrina, com áreas de estreitamento que não impediam a passagem do aparelho desde o reto proximal até o ângulo esplênico. A mucosa do cólon transversal encontrava-se normal. Biópsia revelou colite, sugerindo etiologia isquêmica ou vasculite. TC de abdome mostrou grande distensão de alças, principalmente cólon. Arteriografia diagnosticou fístula arteriovenosa de alto débito em artéria mesentérica inferior com oclusão de seu ramo. Submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou cólon esquerdo isquêmico, endurecido, fixo ao retroperitônio e com mesocólon espessado, sangrando facilmente à dissecação; Realizada colectomia esquerda e colostomia à Hartmann. O paciente evoluiu com coleção abdominal no pós-operatório e foi submetido a drenagem percutânea. A cultura do líquido não evidenciou bactérias. Recebeu alta no 14º dia de pós-operatório. Anátomo-patológico: parede colônica cuja mucosa revela extensas áreas necróticas, recobertas de fibrina; áreas de proliferação fibro-vascular na submucosa, congestão e deposição de fibrina na serosa, sugestivas de colite isquêmica. **Conclusão:** a colite isquêmica secundária a fístula arterio-venosa de vasos mesentéricos inferiores é rara e pode apresentar clínica inespecífica, com dor abdominal, vômitos e diarreia crônica, devendo ser também suspeitada em pacientes com estas queixas.

### 053 – RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO COLORRETAL: RESULTADOS INICIAIS

Bechara CS, Silva RG, Lacerda-Filho A, Neiva AM, Luz MP

**Introdução:** a incidência de endometriose intestinal varia de 5,3 – 12%. O reto e o retossigmoide são afetados em 70 – 93% dos casos. Geralmente está associada com dor abdominal progressiva, de forte intensidade, por vezes debilitante. O tratamento medicamentoso tende a ser ineficaz ou temporário, com uma taxa de recidiva de até 76%. A excisão completa da lesão é hoje a melhor forma de tratamento nos casos de pacientes sintomática e/ou que têm desejo de engravidar. As opções cirúrgicas incluem ressecção segmentar ou em disco. A ressecção em disco resulta em remoção incompleta da lesão em mais de 40% dos casos. A abordagem laparoscópica demonstrou ser segura e eficaz. **Objetivo:** avaliar os resultados dos primeiros casos de tratamento cirúrgico videolaparoscópico das pacientes com endometriose intestinal no serviço de coloproctologia do HC UFMG. **Métodos:** análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de endometriose intestinal no serviço de junho de 2006 a abril de 2009. Foram analisados dados referentes a idade, paridade, sintomatologia apresentada previamente a cirurgia, distribuição das lesões e complicações pós-operatórias. **Resultados:** quinze pacientes foram incluídas na revisão. A idade variou entre 27 e 48 anos (média de 35,3). Cinco pacientes já tinham tido filhos (30%). Os principais sintomas pré-operatórios foram: dor abdominal em 14 (93,3%), tenesmo em 10 (66,6%), e hematoquezia em uma paciente (6,66%). Três pacientes (20%) eram oligossintomáticas e foram submetidas ao tratamento cirúrgico devido a diagnóstico diferencial com GIST. Todas as pacientes foram submetidas a ultrassonografia endovaginal. Ecocolonosopia foi utilizada seletivamente. O exame anatomopatológico confirmou a presença de endometriose profunda (invasão de camada muscular) em 100% das pacientes. A ressecção segmentar foi realizada em todas as pacientes e ileostomia de proteção foi confeccionada em 2 pacientes (13,3%). O reto estava acometido em 12 pacientes (80%) e o sigmóide em 11 (73,3%). Em uma paciente foi observado acometimento do apêndice vermiforme e do íleo terminal (6,66%). Colectomia parcial foi realizada em uma paciente (6,66%); histerectomia em 2 pacientes (13,3%); exérese de implantes no ovário em 3 pacientes (20%). A incidência de complicações precoces foi 6,66% - uma paciente que apresentou seroma na ferida operatória. A incidência de complicações tardias foi 13,3% : uma paciente apresentou estenose da anastomose e uma paciente apresentou obstrução intestinal por bridas. O tempo de internação variou de 2 a 5 dias ( média de 3,4 dias). Não foi observada recidiva em nenhum caso. **Conclusão:** pode-se concluir que a endometriose intestinal pode ser tratada por via laparoscópica com baixa morbidade. A ressecção segmentar parece ser segura e eficaz no tratamento da endometriose profunda com acometimento colorretal.

### 054 – PREPARO DE CÓLON EM CIRURGIAS COLORRETAIS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Neiva AM, Sato AR, Bechara CS, Hanan B, Luz MMP, Lacerda-Filho A, Silva RG

**Introdução:** apesar de considerado por muitos como indispensável para reduzir complicações sépticas associadas à contaminação fecal, a opção pelo preparo mecânico do cólon (PMC) baseia-se em experiências individuais, opiniões de especialistas e estudos não controlados com pequeno número de pacientes. Os benefícios teóricos relacionados ao seu uso são menor contaminação fecal da cavidade peritoneal e complicações infecciosas como os abscessos intra-abdominais e de ferida operatória, e menor incidência de fístulas anastomóticas. As desvantagens do PMC são alterações inflamatórias na parede intestinal, perda de células da mucosa e muco superficial por esfoliação, distúrbios na microcirculação da parede colônica, desidratação dos tecidos e distúrbios hidroeletrólíticos. Entretanto, mesmo após vários estudos prospectivos e randomizados, o papel do preparo mecânico de cólon (PMC) permanece indefinido. **Objetivo:** comparar as complicações pós-operatórias de pacientes submetidos a cirurgias com e sem PMC. **Métodos:** foram selecionados pacientes submetidos a colectomias abertas eletivas com anastomose primária de janeiro de 2005 a janeiro de 2008. Foram excluídos pacientes submetidos a estomia terminal, estomia em duplo-cano, amputação abdomino-perineal do reto, proctocolectomia total, anastomose coloanal, cirurgia vídeo-laparoscópica e cirurgia de urgência. Foram avaliados as seguintes variáveis: gênero, idade, diagnóstico, tipo de cirurgia, presença ou não de estomia em alça protetora, fístula, abscesso intra-abdominal, abscesso de parede, outras complicações infecciosas e complicações clínicas. **Resultados:** foram selecionados 103 pacientes, sendo 48 (46,6%) do gênero masculino e 55 (53,4%) do feminino. Quarenta e sete (45,6%) foram do grupo PMC e 56 (54,4%) do grupo sem PMC. Não houve diferença entre os grupos quanto a idade, gênero, diagnóstico e estomia protetora. Houve mais colectomias direitas no grupo sem preparo (21,3% com PMC x 41,1% sem PMC, p<0,05). Fístulas: 3 (6,4%) com PMC x 3 (5,4%) sem PMC (P=NS). Complicações infecciosas: 3 (6,4%) com PMC x 5 (8,9%) sem PMC (p=NS). Abscesso: 1 (2,1%) com PMC x 0 sem PMC (p=NS). Complicações clínicas não infecciosas: 7 (14,9%) com PMC x 6 (10,7%) sem PMC (p=NS). **Conclusão:** o preparo mecânico de cólon pode ser dispensado em colectomias com anastomose primária, mas seu uso não é prejudicial, ficando a indicação a cargo do cirurgião.