

HÉRNIA PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO: RELATO DE CASO

Bechara CS, Buzatti KCLR, Silva RG, Lacerda Filho A, Luz MMP, Deoti B, Fonseca LM

Introdução: Hérnia perineal pós-operatória é definida como a protrusão de vísceras através do assoalho pélvico até a região perineal. Fatores de risco associados ao seu aparecimento são: não fechamento primário da ferida perineal, excisão do cóccix na cirurgia, sacrectomia, radioterapia, histerectomia, pelve feminina, excisão dos músculos elevadores. A introdução da amputação abdominoperineal cilíndrica no nosso serviço resultou em formação de hérnia perineal nos casos nos quais a rotação de retalho muscular não foi realizada. Nosso objetivo foi mostrar a correção da hérnia perineal com prótese de polipropileno. **Relato de caso:** SEM, 48 anos, feminino, submetida a amputação abdominoperineal de reto cilíndrica para tratamento com intenção curativa de adenocarcinoma de reto baixo após radio e quimioterapia neoadjuvante. Realizada histerectomia e ooforectomia devido a adenomiose. Estudo histopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão até a subserosa. Margens cirúrgicas livres. Ausência de metástase em 8 linfonodos dissecados – ypT3ypNxcM0. Pesquisa de instabilidade de microssatélites negativa. Evoluiu bem no pós-operatório, apresentando seroma na ferida perineal, que foi puncionado. Cerca de 1 ano e cinco meses após a operação, paciente refere tumefação em cicatriz perineal e incômodo para assentar. TC de abdome e pelve evidenciaram presença de hérnia perineal. Submetida a correção da hérnia por via perineal com colocação de tela de polipropileno. **Conclusão:** Fechamento primário da ferida perineal e prevenção da infecção do sítio cirúrgico são medidas importantes para evitar a formação da hérnia perineal. Os princípios do tratamento cirúrgico são: mobilizar o saco herniário, reduzir o conteúdo e reparar o defeito. As opções incluem as abordagens por via perineal, via abdominal ou abordagem combinada. A abordagem por via perineal permite a correção do defeito de maneira simplificada e eficaz na maioria dos casos.

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE INTUSSUSCEPÇÃO COLOCOLÔNICA DEVIDO A LIPOMA SUBSEROZO

Bechara CS, Lacerda Filho A, Deoti B, Hanan B, Luz MMP, Silva RG, Buzatti KCLR

Introdução: Lipomas são lesões raras, com incidência entre 0,2% e 2,6%. São benignas, subepiteliais, e podem ser encontradas em qualquer localização no trato gastrointestinal, sendo mais comuns no cólon direito. Em 90% dos casos, são de localização submucosa, mas 10% são subserosas. A maioria das lesões é assintomática, quando menores que 2cm. Quando maiores que 4cm, podem causar dor abdominal, alteração do hábito intestinal, hematoquezia e sintomas de obstrução intestinal devido a intussuscepção. São os tumores que mais comumente levam a intussuscepção em adultos. **Relato de caso:** JES, 34 anos, com história de dor abdominal em cólica, diarreia mucossanguinolenta, hematoquezia e emagrecimento de 11 kg em 06 meses, foi submetido a colonoscopia que evidenciou grande lesão elevada, arredondada, endurecida, com contornos lobulados, ulcerada, ocupando cerca de 75% do diâmetro, sem impedir a progressão do aparelho. A biópsia identificou apenas tecido necrótico e fibrino-leucocitário. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou espessamento da parede do cólon transversal distal; CEA 0,4. O paciente foi submetido a colectomia esquerda laparoscópica. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. O exame anátomo-patológico revelou lipoma colônico subseroso medindo 3,3 cm. **Conclusão:** Lesões benignas como lipomas por vezes podem apresentar quadro clínico que mimetiza o de neoplasias, como no caso reportado. A intussuscepção colo-colônica é rara e na maioria das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade

TUBERCULOSE INTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA: RELATO DE CASO

Buzatti KCLR, Barros HG, Costa ELO, André ACP, Luz MMP, Gomes CGO, Ferrari MLA

Introdução: A tuberculose intestinal (TI) é doença rara e de apresentação clínica inespecífica. A incidência da TI tem aumentado nos últimos anos, em especial devido à infecção pelo HIV. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso incomum de TI em uma paciente HIV positivo, manifestando-se com enterorragia maciça e com necessidade de cirurgia de urgência. **Relato do caso:** S.R.S., feminino, 43 anos, natural e procedente de Belo Horizonte, previamente hígida, internada no Hospital das Clínicas da UFMG com quadro de dor abdominal, diarreia e emagrecimento com 30 dias de evolução. Inicialmente, intercorreu com choque séptico de provável foco abdominal, com boa resposta à antibioticoterapia e suporte intensivo. Durante o tratamento da infecção, iniciou quadro súbito de hemorragia digestiva baixa e instabilidade hemodinâmica, com indicação de cirurgia de urgência. No peroperatório, identificou-se uma lesão com aspecto tumoral, com coágulos aderidos, na topografia do íleo terminal, linfonodomegalia mesentérica difusa e inúmeros nódulos esplênicos, sendo submetida à ileocolectomia direita. O exame histopatológico da peça cirúrgica e dos linfonodos confirmou TI disseminada. No pós-operatório imediato, apresentou febre alta, candidíase oral, convulsões, rebaixamento do sensorio e défices neurológicos focais. O teste rápido para HIV foi positivo, confirmado pelo ELISA e Western Blot. A TC de crânio mostrou lesão em núcleos da base à direita, com efeito de massa e com realce anelar pelo contraste. A paciente iniciou tratamento para tuberculose e neurotoxoplasmose, com boa resposta clínico-neurológica. **Conclusão:** A TI deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva baixa, sobretudo no paciente HIV positivo. Por ter manifestação inespecífica, e pelas dificuldades de confirmação histopatológica e microbiológica, representa um desafio diagnóstico. O tratamento cirúrgico é importante identificação e no tratamento das complicações da tuberculose com acometimento intestinal.

CIRURGIA CITORREDUTORA ASSOCIADA À QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL NO TRATAMENTO DO PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Buzatti KCLR, Silva RG, Resende SA, Rocha PRS, Luz MMP, Gamboni E, André ACP

Introdução: O pseudomioma peritoneal é doença rara, lentamente progressiva, geralmente originária do apêndice vermiforme. A introdução do procedimento de Sugarbaker (cirurgia citorredutora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) parece aumentar a sobrevida desses pacientes. O objetivo desse estudo foi mostrar os aspectos técnicos da cirurgia citorredutora. **Relato do caso:** Paciente M.R.F., masculino, 50 anos, natural do Estado de São Paulo, procedente de Belo Horizonte, MG. Em primeira consulta o paciente queixava-se de emagrecimento importante com perda de 20Kg em 3 meses e aumento exagerado do abdome, além de muito desconforto. Ao exame físico, observou-se abdome distendido, endurecido, maciço difusamente e circunferência abdominal muito aumentada, cujo aspecto era característico de adiposidade central. Solicitada TC de abdome que evidenciou aspecto das lesões, distribuídas por toda a cavidade englobando difusamente as vísceras abdominais, sugestivo de pseudomixoma. A biópsia guiada ultrassonograficamente confirmou a hipótese diagnóstica. Realizada laparotomia xifopúbica e cirurgia citorredutora associada a quimioterapia intraperitoneal com Mitomicina C, conforme técnica de Sugarbaker. Realizadas peritonietomia parietal direita e esquerda, esplenectomia total, omentectomias menor e maior, colectomia direita alargada, peritonietomia pélvica com preservação do retossigmoide, colecistectomia. Anastomose colocolônica com gramepeador foi realizada. A cavidade foi drenada no flanco esquerdo. O tempo operatório foi de 9 horas e 30 minutos, incluindo a quimioterapia intraperitoneal por 90 minutos. **Conclusão:** A cirurgia citorredutora do pseudomixoma é um desafio cirúrgico que exige equipe com experiência na técnica de Sugarbaker. Além disso, a equipe anestésica e o suporte intensivo são essências para bons resultados no pós-operatório.

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE DOENÇA DE CROHN ILEOCÓLICA E CÂNCER DE RETO EM UM TEMPO OPERATÓRIO

Buzatti KCLR, Silva RG, Hanan B, Fonseca LM, Luz MMP

Introdução: O objetivo deste vídeo é mostrar operação de ileocolectomia para doença de Crohn e excisão total do mesorreto para câncer de reto em um tempo operatório realizada pela via laparoscópica. **Relato do caso:** Paciente M.G.O.C., feminino, 52 anos, natural de Arupuí, procedente de Belo Horizonte, MG apresentava diagnóstico de Doença de Crohn ileocólica há 18 anos. Desde 2005, não fazia acompanhamento clínico, e usava por conta própria a prednisona. Com hematoquezia de início recente foi submetida a colonoscopia que mostrou câncer de reto médio. Estadiamento com ressonância magnética evidenciou lesão T3b. Foi submetida a tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia. Não havia metástase hepática ou pulmonar no estadiamento. A tomografia de abdome mostrou espessamento do íleo terminal. Ao exame físico, apresentava tumoração palpável em fossa ilíaca direita. Foi proposto o tratamento cirúrgico simultâneo da doença de Crohn e do câncer de reto pela via videolaparoscópica. Inicialmente, foi realizada a liberação do cólon direito, sem ligadura dos vasos do pedículo, que foram ligados por transfixação após exteriorização do cólon direito no final do procedimento. O cólon direito liberado foi deixado no leito e procedeu-se à excisão total do mesorreto. Após secção do reto, foi realizada incisão transversa suprapúbica, exterizando-se o retossigmoide. A anastomose colorretal com gramepeador foi realizada. O cólon direito foi finalmente exteriorizado pela mesma incisão e foi realizada ileocolostomia protetora. A paciente apresentou íleo paralítico, com necessidade de cateterismo nasogástrico. Recebeu alta no 9 dia pós-operatório após melhora do quadro clínico. A estomia foi fechada com 50 dias após a operação primária. **Conclusão:** A realização de ileocolectomia direita e excisão total do mesorreto simultânea é factível e a tática de exteriorizar os segmentos apenas no final da operação foi adequada.

MEGACÓLON TÓXICO E FÍSTULA RETOVAGINAL EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Oliveira LRP, Ricci Jr JER, Mariosa FG, Paula EA, Chebli JMF, Chebli LA

Introdução: Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crônica recidivante do trato gastrointestinal, podendo evoluir com complicações como perfuração, obstrução, fístulas, megacólon tóxico ou malignidade, necessitando de intervenção cirúrgica em até 75% dos casos. **Objetivo:** Relatar um caso de doença inflamatória intestinal (DII) complicada com megacólon tóxico e fístula retovaginal. **Descrição do caso:** Paciente, feminino, 24 anos, com diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa (RCUI), em tratamento com mesalazina oral e supositório. Admitida no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, devido a dor abdominal intensa, febre e diarreia sanguinolenta. Ao exame físico, apresentava-se desidratada, hipocorada, taquicárdica e com dor abdominal difusa à palpação. Nos exames laboratoriais, verificavam-se anemia e leucocitose com desvio a esquerda. Radiografia simples de abdome revelava distensão de alças de cólon. Após melhora inicial com tratamento conservador, evoluiu no sexto dia após internação com piora da dor abdominal e sinais de irritação peritoneal. Rotina de abdome agudo evidenciou pneumoperitônio, procedendo-se a colectomia total de urgência, com constatação de perfuração do sigmóide. Retossigmoidoscopia de controle demonstrou grande fístula retovaginal, sendo programada amputação de reto com ileostomia definitiva. **Conclusão:** O megacólon tóxico, apesar de ser mais comumente associado a RCUI, também pode ocorrer em pacientes com doença de Crohn. Muitas vezes, o diagnóstico do tipo de DII pode ser modificar no decorrer da doença, com o aparecimento de outras complicações, a exemplo da fístula no caso relatado. **Palavras-chave:** doença de Crohn; megacólon tóxico; fístula retovaginal.