

Conclusão: o conhecimento sobre essa patologia é de extrema importância para adequada condução e tranquilização do paciente quanto ao caráter benigno da lesão e seguimento. Não há necessidade de investigações complementares quando feito o diagnóstico correto.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.045>

P13

HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOIFORME DE CANAL ANAL

Katyara Rodrigues Fagundes, Italo Filipe Cardoso Amorim, Emerson Abdulmassih Wood da Silva, Luciano Ricardo Pelegrinelli, Aurélio Fabiano Ribeiro Zago, Gustavo Roberto Carvalho Tiveron, Paula Lutfalla Pessoa

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Introdução: Descrito pela primeira vez por Zuckerberg em 1992, o hemangioendotelioma Kaposiforme (KHE) é uma neoplasia vascular rara, localmente agressiva que ocorre principalmente durante a infância. Geralmente se origina na pele, afetando posteriormente tecido mais profundos por crescimento infiltrativo.

Descrição do caso: Paciente masculino, 63 anos, previamente hígido, apresentou quadro de exteriorização de duas tumorações em região anal ao evacuar, sem associação com dor ou sangramento. Sem histórico de câncer colorretal na família. Colonoscopia sem alterações. Realizado biópsia excisional das lesões. Exame anatomopatológico compatível com KHE e margens livres. Diante da raridade do quadro e da falta de padronização de tratamento, aventamos a possibilidade de observação clínica ou reoperação. Optamos por seguimento ambulatorial com exames proctológicos e de imagens seriados. No momento, após oito meses de cirurgia, o paciente encontra-se sem recidiva das lesões.

Discussão: Desde a descrição, menos de 160 casos foram relatados na literatura. A maioria dos KHE apresenta durante a primeira infância e é mais comum em homens. Até agora, menos de 20 pacientes adultos foram relatados. A apresentação clínica é variável, a partir de uma lesão cutânea com uma grande variedade de aparências para uma neoplasia multifocal grave, dependendo da sua extensão a órgão vital é associado a sérias complicações. O diagnóstico é frequentemente feito com a apresentação clínica, estudos de imagem, histomorfologia e imunohistoquímica características. A lista dos diagnósticos diferenciais inclui Sarcoma de Kaposi, hemangioma infantil e juvenil, angioma tufado, hemangioendotelioma de células rotativas, angiossarcoma, entre outros. A dificuldade no diagnóstico clínico decorre de uma grande variedade de morfologias. Até à data, as opções terapêuticas para KHE foram limitadas por falta de conhecimento devido à relativa raridade desta neoplasia. A regressão total espontânea ou induzida pela terapia é rara, embora a observação tenha sido conduzida em alguns pacientes. Tratamento agressivo é necessário para o KHE sintomático porque pode progredir rapidamente. A remoção cirúrgica

completa com uma ampla margem é a principal opção terapêutica.

Conclusão: O KHE é uma entidade rara, com pouquíssimos casos relatados entre adultos. Ainda não existe uma padronização de tratamento. Propõe-se que a excisão cirúrgica seja a melhor opção.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.046>

P130

REPARO CIRÚRGICO DE LACERAÇÃO PERINEAL DE QUARTO GRAU NO PÓS PARTO IMEDIATO: RELATO DE CASO

Gabriela Maciel Cordeiro, Livia Cardoso Reis, Renato Gomes Campanati, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Magda Maria Profeta da Luz, Beatriz Deoti e Silva Rodrigues, Rodrigo Gomes da Silva

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Lacerações perineais são comuns após o parto vaginal, sendo que nuliparidade, idade materna avançada, período expulsivo prolongado, parto vaginal instrumentalizado, episiotomia mediana e macrosomia fetal são fatores de risco para que tais lesões ocorram. De acordo com a classificação proposta por Sultan em 1999, as lacerações de quarto grau consistem em lesão das estruturas perineais, esfíncter anal interno, esfíncter anal externo e mucosa retal. O presente trabalho relata a abordagem conjunta multidisciplinar do coloproctologista e do ginecologista no reparo de laceração perineal de quarto grau em uma paciente no pós parto imediato.

Descrição do caso: Sexo feminino, 16 anos, hígida, nulípara, submetida a parto vaginal instrumentalizado por sofrimento fetal agudo, sem episiotomia, com laceração perineal de quarto grau. Submetida no pós-parto imediato a síntese primária da laceração, apresentou quadro diarreico no pós operatório cursando com deiscência perineal profunda até fossa isquiaoanal, com contaminação fecal e deiscência superficial em septo retovaginal, sem evidências de fístula. Optado por tratamento clínico com antibioticoterapia e cuidados locais. Houve progressão da deiscência nos dias subsequentes sendo reencaminhada para abordagem cirúrgica no 6º DPO com confecção de sigmoidostomia terminal. Completada antibioticoterapia, submetida a abordagem eletiva no 30º DPO para correção do defeito perineal com confecção de retalho fasciocutâneo de glúteo direito e esfíncteroplastia anal externa com overlapping. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com ferida perineal íntegra. Em seguimento ambulatorial apresentou-se sem evidências de deiscências ou fístula retovaginal, sendo submetida a reconstrução do trânsito intestinal e evoluiu sem incontinência fecal.

Discussão: O objetivo da síntese da laceração é a preservação da continência fecal, com a restauração do esfíncter anal externo e interno e reconstrução do corpo perineal. As lacerações de terceiro e quarto grau estão associadas a altas taxas de deiscências e infecções tendo como consequên-

cia maiores reabordagens cirúrgicas e disfunções do assoalho pélvico. A abordagem cirúrgica imediata por um cirurgião coloproctologista pode ser realizada e deve ser aventada a necessidade de desvio de trânsito na mesma ocasião.

Conclusão: Lesão obstétrica do complexo esfíncteriano é o principal fator de risco para incontinência fecal, sendo assim é importante sua identificação e correção precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.047>

P131

FÍSTULA RETO-URETRAL EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO



Gabriel Alcarás de Goes, Bruna Zini de Paula Freitas, Brunno Augusto Jose da Costa, Daniel de Castilho, Danilo Toshio Kanno, Carlos Augusto Real Martinez, Paula Cristina Steffen Novelli

Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, Bragança Paulista, SP, Brasil

Introdução: Qualificada como uma doença inflamatória intestinal (DII), a doença de Crohn (DC) caracteriza-se pelo caráter crônico, transmural e recidivante, que pode afetar qualquer porção do trato gastrointestinal, principalmente cólon e intestino delgado. Em sua forma penetrante e perianal, constitui-se um agravante da doença, afetando não só a qualidade de vida do doente, mas como também risco de sepsis perineal e perda da função esfíncteriana anal. As manifestações do Crohn perianal (CP) mais comuns são plicomas inflamatório, fissuras, úlceras, abscessos, fístulas, estenose anal e incontinência anal. A fístula reto-uretral (FUR) é muito rara, geralmente conseqüente a cirurgias prostáticas ou retais, e mais raramente, a outros tipos de trauma, radioterapia e doença de Crohn.

Relato de caso: L.A.S., 27 anos, sexo masculino, com diagnóstico de DC pancolônica e de íleo terminal há 2 anos, evoluiu com manifestações perianais e saída de urina via retal. Foi submetido a uretrocistografia, a qual evidenciou suposta fístula reto-uretral. Para confirmação, foi realizado exame proctológico sob anestesia (EPA): identificado vários plicomas inflamatórios e ulcerações na borda anal, e concomitante, foi feito a cistoscopia pela equipe da urologia, que se confirmou um trajeto fistuloso da uretra membranosa para a parede póstero-lateral direita do reto. Diante dos achados, foi optado por antibiótico e corticoterapia na fase aguda da doença, na manutenção o uso de terapia anti-TNF e após, em programação de uretroplastia cirúrgica.

Discussão: O Brasil ainda é considerado área de baixa prevalência de DII, mas apresenta aumento significativo da incidência destas doenças. O fato de não representarem entidades de notificação compulsória, somado ao seu difícil diagnóstico, leva a pensar na existência de muitos doentes subdiagnosticados. Com isso, muitos indivíduos mantêm a doença sem controle, favorecendo o aparecimento de complicações, entre elas, as fístulas, que ocorrem em mais de 35% dos pacientes durante a evolução da doença. Em relação às manifestações do CP, a menos comum é RUF, pouco rela-

tada na literatura. Os sintomas são fezes aquosas, fecalúria e pneumatúria, e o diagnóstico pode ser feito através de EPA, cistoscopia, TC com contraste via retal, e uretrocistografia miccional. A terapêutica das RUFs pode ser desde medicamentosa (ATBs, corticoides, terapia anti-TNF) quanto cirúrgica, envolvendo uretroplastia, avanço de retalhos, cola de fibrina.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.048>

P132

HISTOPLASMOSE DE ACOMETIMENTO COLÔNICO E ANORRETAL EM PACIENTE COM SIDA: RELATO DE CASO



Malú Aeloany Dantas Sarmiento, Hélio Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira, Ayr Nasser Júnior, Valesca de Souza Ueoka Sobreira, Pedro Ivo Calegari, Livia Gomes Carmignolli, Wilmar Araujo Junio, Paula Chrystina Caetano Almeida Leite

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Palavras-chave: Histoplasmoze; AIDS; anátomo-patológico

A histoplasmoze é uma micose invasiva, causada pelo histoplasma *capsulatum*. O quadro clínico varia desde infecções assintomáticas até quadros graves disseminados observados principalmente em pacientes imunossuprimidos. O presente resumo relata um caso de histoplasmoze gastrointestinal em paciente com AIDS. Indivíduo do sexo masculino, 53 anos, garço, residente em goiânia-go, natural de cristópolis-ba, procurou hospital das clínicas, universidade federal de goiás apresentando nodulação endurecida em margem anal com saída de secreção purulenta, associado à astenia, febre diária, linfadenomegalia inguinal, perda ponderal de 5 kg, monilíase oral epigastralgia. Os exames laboratoriais apresentaram sorologia reagente para hiv com ltcd4 de 47 céls e carga viral: 42613 cópias/mm³. A endoscopia digestiva evidenciou monilíase esofágica, a biópsia foi positiva para *cândida sp*, retossigmoidoscopia flexível progrediu até transição retossigmoidoide onde encontrou-se lesão estenosante de caráter infiltrativo sendo intransponível, além de úlceras retais de bordos elevados e fundo fibrinoso, e lesão fistulizante perianal às 7h, todas biópsias mostraram estruturas leveduriformes fúngicas de tamanhos variados sugerindo histoplasma *capsulatum*. Tratado itraconazol 200mg/dia e tarv, evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar 40 dias após a admissão. A histoplasmoze gastrointestinal é uma manifestação pouco frequente, que pode ser secundária a histoplasmoze mediastinal ou no início da forma disseminada. As lesões podem ser inicialmente confundidas com doença inflamatória intestinal, sarcoma de kaposi, e neoplasias. A letalidade é elevada nos casos de histoplasmoze disseminada progressiva não tratados. O tratamento com antifúngicos é altamente eficaz, e a taxa de recidiva da doença reduz após a introdução coadjuvante da tarv e elevação da contagem ltcd4 acima da 200 células.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.049>