

P1664**Avaliação da morbimortalidade cirúrgica e da sobrevida em 5 anos em pacientes com câncer de reto submetidos a ressecção anterior com e sem anastomose primária: estudo comparativo**

Anderson Rech Lazzaron, Daniel de Carvalho Damin, Pauline Simas Machado, Ingrid Silveira, Claudio Tarta, Paulo de Carvalho Contu, Tiago Leal Ghezzi - HCPA

Introdução: O câncer colo-retal (CCR) é uma doença muito prevalente e a cirurgia é o principal tratamento, sendo constituído de duas etapas: ressecção tumoral e reconstrução do trânsito intestinal. Conforme a localização do tumor são adotados diferentes tipos de reconstrução de trânsito e a escolha da técnica depende de vários fatores, entre eles o risco de complicações como deiscência anastomótica (DA). Devido ao impacto na morbimortalidade é importante analisar as vantagens a longo prazo dos procedimentos de reconstrução como Hartmann em comparação a técnicas que envolvam anastomoses colorretais. **Objetivos:** Comparar os resultados de curto (morbimortalidade cirúrgica) e longo prazo (sobrevida em 5 anos) do procedimento de Hartmann em relação à ressecção anterior com anastomose primária. Comparar procedimentos cirúrgicos quanto as taxas de mortalidade em 30 dias, sobrevida em 5 anos, sepse abdominal, reoperação e descrever as taxas de deiscência anastomótica nos pacientes submetidos a anastomose primária. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo. Pacientes com CCR potencialmente curável, com diagnóstico histológico de adenocarcinoma, submetidos a cirurgias de ressecção anterior do reto com derivação; ressecção anterior do reto sem derivação ou procedimento de Hartmann, no período de janeiro de 1996 a junho de 2016. A identificação dos pacientes foi realizada a partir de cadastro do Serviço de Coloproctologia e revisão dos prontuários. Os pacientes foram divididos em grupos conforme o tipo de cirurgia realizada e comparados entre si com relação a variados desfechos. **Resultados:** O trabalho encontra-se em fase de coleta de dados. Foi calculado um tamanho amostral de 948 pacientes, estimando-se taxa de mortalidade cirúrgica de 10% para o grupo com anastomose e de 5% para o grupo submetido a Hartmann. Estima-se sobrevida em 5 anos 752 paciente, com taxa de sobrevida de 60% para o grupo com anastomose e 70% para o grupo submetido a Hartmann. **Conclusões:** As complicações pós operatórias, como DA, pode acarretar prejuízos significativos, reforçando a importância da escolha da técnica cirúrgica adequada para cada caso, respeitando-se as particularidades individuais. Há necessidade de estudos que comparem sobrevida em 5 anos do procedimento de Hartmann em relação às ressecções anteriores do reto com ou sem ileostomia protetora. **Unitermos:** Câncer retal; Reconstrução de trânsito; Deiscência de anastomose.

P1804**Prevalência de polineuropatia periférica e dor neuropática em obesos graus II e III sem diabetes: comparação entre os sexos**

Larissa Carlos da Silva, Otto Henrique Nienov, Fernanda Dapper Machado, Lisiane Stefani Dias, Helena Schmid - UFRGS

Introdução: A polineuropatia periférica (PNP) é um distúrbio multifatorial que causa a perda da sensibilidade nos membros inferiores, além de causar dor debilitante. No Diabetes Mellitus tem sido encontrada uma maior prevalência de PNP no sexo masculino e a dor neuropática se mostra mais prevalente e intensa no sexo feminino. Apesar de ter sido relatada PNP e dor neuropática em indivíduos obesos sem diabetes, não se sabe se ocorre a mesma associação com os sexos. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de PNP e dor neuropática em obesos graus II e III sem diabetes e comparar entre os sexos. **Métodos:** Estudo transversal realizado em 428 obesos graus II e III sem diabetes em protocolo para cirurgia bariátrica. A presença de PNP foi avaliada pelo Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI) com ponto de corte $\geq 2,5$ mais um sintoma e a dor neuropática pelo Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4). Causas conhecidas de PNP foram excluídas. O índice de massa corporal (IMC) e a idade foram expressas em mediana (intervalos interquartis 25-75) e testadas por Mann-Whitney. As prevalências de PNP e dor neuropática foram expressas em frequência e testadas pelo teste Exato de Fisher. **Resultados:** Nos 428 obesos graus II e III sem diabetes avaliados, as medianas de idade e IMC foram de 35 anos (30-41) e de 41,70 kg/m² (38,77-45,06), respectivamente, sendo a maioria do sexo feminino (74,1%). Não houve diferença quanto a idade entre homens e mulheres ($p=0,685$), mas houve diferença no IMC (42,80 kg/m² versus 41,03 kg/m²; $p \leq 0,001$). Não houve associação de IMC e idade com PNP ($p=0,296$ e $p=0,493$, respectivamente) nem com dor neuropática ($p=0,100$ e $p=0,372$, respectivamente). A prevalência de PNP entre homens e mulheres não foi significativamente diferente ($p=1,000$), porém a dor neuropática foi maior no sexo feminino ($p \leq 0,001$). Quando estratificado por sexo, a prevalência de PNP nas mulheres foi de 19,6% e dor neuropática 24,6% e, nos homens, foi de 18,9% e dor neuropática 9,0%, respectivamente. Não houve associação entre PNP e dor neuropática ($p=0,230$). **Conclusão:** A prevalência de dor neuropática em obesos graus II e III sem diabetes foi maior nas mulheres, mas a PNP não foi mais prevalente nos homens, como tem sido descrito visto no diabetes. São necessários estudos com maior tamanho amostral para melhor avaliar essa relação. **Unitermos:** Polineuropatia periférica; Dor neuropática; Obesidade.

P1813**Seguimento de polineuropatia periférica em obesos graus II e III submetidos à cirurgia bariátrica**

Otto Henrique Nienov, Fernanda Dapper Machado, Lisiane Stefani Dias, Larissa Carlos da Silva, Emilian Rejane Marcon, Helena Schmid - UFRGS

Introdução: A cirurgia bariátrica (CB) é considerada o tratamento mais efetivo para redução e manutenção do peso corporal a longo prazo, pois diminui comorbidades relacionadas à obesidade. No entanto, complicações neurológicas, como a polineuropatia (PNP) podem ocorrer após a CB, especialmente se déficits vitamínicos não são corrigidos. Há poucas avaliações sobre o impacto da CB na ocorrência e/ou progressão da PNP. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência e progressão de PNP em obesos submetidos à CB. **Métodos:** Estudo de coorte em 201 obesos graus II e III submetidos à CB do tipo Gastrectomia Vertical (SG) e Derivação Gástrica em Y de Roux (RYGB) por vídeo-laparoscopia. A presença de PNP antes e após à CB foi avaliada através do Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), com ponto de corte $\geq 2,5$ mais um sintoma. Causas conhecidas de PNP foram excluídas. As frequências dos tipos de CB foram testadas pela correção de continuidade de Yates. O percentual de perda de excesso de peso (%PEP) e o tempo de avaliação para PNP pós-CB foram expressos em mediana e avaliados pelo teste de Mann-Whitney. Para avaliar a ocorrência de PNP pré- e pós-CB, expressa em frequência, foi empregado o teste de McNemar. **Resultados:** Dos 201 pré-CB, submeteram-se ao SG 51,5% e ao RYGB 48,5%. O %PEP pós-SG foi de 71,5 e pós-RYGB 67,8 e o tempo da avaliação para PNP pós-SG foi de 6,1 meses e pós-RYGB de 6,3 meses. Não houve diferença no %PEP e no tempo pós-CB entre SG e RYGB ($p=0,936$ e $p=0,310$, respectivamente). A ocorrência de PNP pré-CB foi de 23,4% ($n=47$) e passou a ser de 9,5% ($n=19$) pós-CB ($p < 0,001$). Não houve diferença na ocorrência de PNP pós-CB entre SG e RYGB ($p=0,909$). Dos 154 obesos pré-CB que não tinham PNP, 11 passaram a

tê-la após a CB e, dos 47 que tinham PNP pré-CB, 8 permaneceram com PNP pós-CB. Conclusões: A ocorrência de PNP diminuiu após a CB. Estudos com maior tempo de acompanhamento são necessários para melhor avaliar a progressão da PNP pós-CB. Unitermos: Polineuropatia periférica; Cirurgia bariátrica; Obesidade.

P1816

Polineuropatia periférica em obesos pré cirurgia bariátrica: associação com uso de classes de medicamentos anti-hipertensivos?

Fernanda Dapper Machado, Otto Henrique Nienov, Lisiane Stefani Dias, Larissa Carlos da Silva, Helena Schmid - UFRGS

Introdução: A hipertensão (HAS) é fator de risco para polineuropatia periférica (PNP). O uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) parece conferir efeito protetor no desenvolvimento de PNP, mas pouco se sabe sobre o efeito de outros medicamentos na ocorrência e/ou desenvolvimento de PNP. **Objetivos:** Avaliar se em obesos pré cirurgia bariátrica (CB) a presença de PNP está associada a HAS e/ou ao uso de outras classes de anti-hipertensivos. **Métodos:** Estudo transversal em 707 obesos graus II e III em pré-operatório para CB. A presença de PNP foi avaliada através do Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), com ponto de corte $\geq 2,5$ mais um sintoma. Causas conhecidas de PNP foram excluídas. Os pacientes foram classificados como tendo ou não HAS de acordo com suas medidas de pressão arterial ($PAS \geq 140$ e/ou $PAD \geq 90$ mmHg) ou se estavam em uso de medicamentos anti-hipertensivos. Foi avaliada a associação de PNP com HAS e o uso das seguintes classes de medicamentos anti-hipertensivos: IECA, bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA), bloqueadores dos canais de cálcio, beta-bloqueadores e diuréticos. O diagnóstico de HAS e uso das classes de medicamentos anti-hipertensivos foi expresso por frequência e testado por teste exato de Fisher ou correção de continuidade de Yates, quando apropriado. Para avaliar se HAS ou alguma classe estava associada independentemente com a presença de PNP, realizou-se regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de PNP foi de 21,1% e a de HAS 68,8%. Na análise univariada, a presença de PNP foi associada com o uso de BRA (28,2% versus 14,7%; $p < 0,001$), diuréticos (26,2% versus 17,1%; $p = 0,009$), beta-bloqueadores (12,8% versus 5,9%; $p = 0,006$) e HAS (76% versus 66,9%; $p = 0,055$). Não houve associação com o uso de IECA (7,94% versus 9,4%; $p = 0,394$) e bloqueadores de canais de cálcio (3,2% versus 4,7%; $p = 0,252$). Quando se avaliou se HAS ou alguma das classes de medicamentos anti-hipertensivos estava independentemente associado com a presença de PNP, o uso de BRA permaneceu significativo [IC 95%: 1,761 (1,185-2,616); $p = 0,005$]. **Conclusões:** O uso de BRA se associa independentemente com a presença de PNP, aumentando a chance de PNP em 24%. É possível que a PNP descrita como da obesidade tenha como fator causal o uso crônico de medicamentos utilizados para controle da HAS. Para esclarecer esta associação, outros estudos, incluindo dados como tempo de uso dos medicamentos e grau de hipertensão serão bem-vindos. Unitermos: Polineuropatia periférica; Cirurgia bariátrica; Medicamentos anti-hipertensivos.

P1826

Seguimento de atividade física e gasto energético em obesos graus II e III submetidos à cirurgia bariátrica

Otto Henrique Nienov, Fernanda Dapper Machado, Lisiane Stefani Dias, Larissa Carlos da Silva, Emilian Rejane Marcon, Helena Schmid - UFRGS

Introdução: A atividade física (AF) regular auxilia na perda e manutenção do peso corporal, evita a recuperação de peso e perda de massa magra, além de diminuir o risco de doenças cardiorrespiratórias e aumentar a força muscular. **Objetivos:** Comparar a AF de indivíduos obesos antes e após a cirurgia bariátrica (CB). **Métodos:** Estudo de coorte em 234 obesos graus II e III submetidos à CB do tipo Gastrectomia Vertical (SG) e Derivação Gástrica em Y de Roux (RYGB) por vídeo-laparoscopia. Os pacientes responderam ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta e foram classificados de acordo com a frequência e duração dos diferentes tipos de AF, sendo quantificados o gasto energético, definido como a quantidade de METs (Metabolic Equivalent of Task). Além disso, os pacientes foram avaliados quanto à realização de 150 minutos ou mais de AF por semana. O nível e tempo de AF (IPAQ e ≥ 150 minutos/semana) foram expressos por frequência, testados pelo teste Qui-quadrado de Pearson e correção de continuidade de Yates, respectivamente, e comparados pelo teste de McNemar. O gasto energético (METs) foi expresso por mediana e comparado pré- e pós-CB pelo teste de Wilcoxon. **Resultados:** Submeteram-se ao SG 51,3% e ao RYGB 48,7%. Não houve diferença no %PEP, tempo da avaliação pós-CB, IPAQ, METs e ≥ 150 minutos/semana entre os dois tipos de CB ($p = 0,721$, $p = 0,286$, $p = 0,286$, $p = 0,498$ e $p = 0,905$, respectivamente). No IPAQ, os pacientes em pós-CB mostraram-se mais ativos (49,1%) e muito ativos (14,1%) em comparação ao pré-CB (34,6 e 5,6%, respectivamente). No pré-operatório, foi maior a frequência de sedentários (14,5%), insuficientemente ativos B (26,5%) e A (18,8%) em comparação com o pós-CB (7,7, 13,2 e 15,8%, respectivamente). Quanto ao tempo de AF realizada, observou-se menor percentual de pacientes pré-CB (44,4%) que realizava ≥ 150 minutos/semana em comparação ao pós-CB (69,2%). Dos 131 que não atingiam as recomendações da OMS no pré-CB, 18,8% continuaram não realizando os ≥ 150 minutos/semana ($p < 0,001$). O gasto metabólico foi maior no pós-operatório (890,75 METs versus 418,00 METs, respectivamente; $p < 0,001$). **Conclusões:** A perda ponderal pós-CB pode ser em parte atribuída a um aumento da AF, pois pós-CB, embora 30,8% dos pacientes não tenham atingido o tempo de AF recomendado pela Organização Mundial de Saúde, houve em média maior intensidade nas AsFs realizadas, com consequente aumento do gasto energético. Unitermos: Atividade física; Cirurgia bariátrica; Gasto energético.

P1835

Níveis séricos de vitamina D pré e pós cirurgia bariátrica

Fernanda Dapper Machado, Otto Henrique Nienov, Larissa Carlos da Silva, Lisiane Stefani Dias, Helena Schmid - UFRGS

Introdução: A hipovitaminose D é altamente prevalente em indivíduos obesos, estando relacionada ao aumento da gordura corporal. Após a cirurgia bariátrica (CB), tem sido relatada hipovitaminose D como um efeito tardio, porém a perda de peso ocasionada pela cirurgia deveria ter efeito benéfico neste sentido. **Objetivos:** Avaliar os níveis séricos de vitamina D e a prevalência de hipovitaminose D em sujeitos pré e pós-CB. **Métodos:** Estudo transversal em 718 obesos graus II e III em avaliação pré-operatória para CB e 314 participantes pós-CB, dos quais 173 se submeteram ao Bypass Gástrico em Y de Roux (RYGB) e 140 a Gastrectomia Vertical (SG). O nível sérico de vitamina D foi obtido a partir da dosagem sérica de 25(OH)D, sendo considerados com hipovitaminose D aqueles com níveis séricos abaixo de 30 g/mL. Indivíduos com hiperparatireoidismo primário foram excluídos. A normalidade das variáveis foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. A diferença dos níveis séricos de 25(OH)D entre os grupos pré e pós-CB foi testada pelo teste de Mann-Whitney e a prevalência de níveis inadequados em cada grupo foi testada pelo teste exato de Fisher. Os níveis de 25(OH)D entre os dois tipos de CB (RYGB ou SG) foi verificado através do teste t para amostras independentes. **Resultados:** O