

o tratamento quimioterápico tem sido proposto. Radioterapia pré-operatória pode reduzir a extensão da lesão, permite a excisão de lesões previamente irressuscáveis. No entanto, a maioria dos estudos mostra que não há aumento do controle local ou da sobrevida em pacientes submetidos à radioterapia adjuvante.

Conclusão: Existem poucas informações na literatura sobre tratamento de leiomiossarcoma, são necessários mais estudos sobre tratamento clínico em casos avançados de LMS.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.019>

P-019

RELATO DE CASO DE INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTO POR ADENOCARCINOMA



Nayara Moraes Guimarães da Silva,
Jorge Benjamin Fayad, Renata Rocha Barbi,
Jayna Martins Neno Rosa,
Caio Cirillo Freitas da Silva,
Vinicius Amaro Chagas Mesquita,
Christiane Diva Campos Veneroso

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Introdução: A intussuscepção ou invaginação intestinal é uma condição em que um segmento do intestino invagina-se no segmento imediatamente seguinte. A intussuscepção constitui 15% dos casos de obstrução intestinal. É mais comum em crianças até os dois anos. Em adultos, aparece caracteristicamente com dor abdominal em cólica e uma massa palpável, mas sem causar obstrução completa ou hemorragia retal. Quando ocorre em pessoas idosas, a intussuscepção geralmente atinge a região sigmoideorretal, causa dores hipogástricas, eliminação de muco e sangue. O exame retal demonstra a cabeça edemaciada da invaginação e, em alguns casos, um tumor maligno, que pode ser a própria cabeça da invaginação. No adulto tem uma etiologia bem definida em cerca de 80 a 90% dos casos, as neoplasias são a principal causa na maioria das séries

Objetivo: Descrever um caso de intussuscepção colo-cólica em adulto, causado por adenocarcinoma de cólon.

Método: Paciente do sexo feminino, 74 anos, apresentava diarreia sanguinolenta e cólica havia ± 6 meses, hematoquezia, perda ponderal. Exame físico observou tumoração móvel, palpável em quadrante inferior esquerdo do abdome, abaulamento retal a ± 5 cm da borda anal. Colonoscopia evidenciou a 30 cm tumor de sigmoide circunferencial estenosante. Laparotomia exploradora observou intussuscepção sigmoideorretal, tinha como cabeça de pressão um adenocarcinoma. Procedeu-se a retossigmoidectomia com anastomose colorretal primária. Oncologia contraindicou adjuvância, segue no ambulatório.

Conclusão: Sintomas de intussuscepção no adulto, diferentemente da criança, são inespecíficos e crônicos, sugerem obstrução intestinal. Ocorrência da intussuscepção no intestino grosso, ao contrário do delgado, fala a favor de uma etiologia maligna. A ressecção cirúrgica do segmento envolvido é a melhor terapia dessa patologia, segue os preceitos da

cirurgia oncológica, na qual não deve ser tentada a redução do segmento envolvido.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.020>

P-020

RELATO DE CASO DE EXÉRESE DE NEOPLASIA FUSOCELULAR EM GLÚTEO, COM RETALHO EM VY



Nayara Moraes Guimarães da Silva,
Jorge Benjamin Fayad, Renata Rocha Barbi,
Cristine Maria dos Santos Quintas,
Caio Cirillo Freitas da Silva,
Vinicius Amaro Chagas Mesquita,
Christiane Diva Campos Veneroso

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Introdução: Tumores com predomínio de células fusiformes representam 50% dos tumores de partes moles. Dentre os grupos devem se distinguir de tumores de comportamento clínico benigno, maligno e de comportamento indeterminado.

Objetivo: Descrever caso de neoplasia fusocelular em glúteo com retalho em V-Y.

Método: Paciente feminino, 26 anos, com massa em região glútea havia cinco anos acompanhada de dor intensa. Evacuações diárias, fezes macias, sem esforço, sangramento ou muco. Negava perda ponderal. RNM lesão expansiva, com sinal heterogêneo e predominantemente baixo com supressão da gordura, com realce intenso e não homogêneo pelo meio de contraste, de limites parcialmente definidos, de contornos lobulados, media 112 x 83 x 83 mm com seu epicentro no nível do tecido celular subcutâneo da região glútea à direita, com extensão anterior à fossa isquioanal, envolvia esfícter anal externo em seu aspecto posterior, sugestivo de lesão estromal ou fibrótica, sem linfonomegalias pélvicas, gordura periretal com sinal preservado. Ao exame proctológico sem sangramento em dedo de luva, endurecimento na parede lateral direita. Retoscopia mucosa íntegra sem abaulamentos até 18 cm da BA. Submetida a exérese da lesão com reconstrução com retalho em V-Y. Histopatológico: neoplasia de células fusiformes configurava lesão de 13 x 11 x 10 cm, que infiltrava tecido fibromuscular e adiposo.

Conclusão: A origem de todos os tumores de células fusiformes é uma célula mesenquimal que pode evoluir para uma série de tipos citológicos diferentes. É por isso mesmo que o tumor pode partilhar características com um certo tipo de célula, não quer dizer que veio dessa célula. Mesmo essa é uma distinção difícil, porque na maioria dos casos o tumor infiltra localmente, mas não é considerado maligno. Também não é considerado benigno porque tumores benignos não proliferam. De qualquer forma a ressecção é a primeira proposta terapêutica, tratamentos adjuvantes são dependentes da definição histopatológica e imuno-histoquímica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.021>