

intercorrências. Evoluiu satisfatoriamente bem, recebeu alta no nono dia pós-operatório. Como resultado histopatológico pós-operatório: adenocarcinoma bem diferenciado invasivo e ulcerado, media cerca de 3 cm, invadia a serosa, sem invasão vascular sanguínea e linfática. Ressecados 52/7 linfonodos. Biópsia hepática evidenciou adenocarcinoma metastático com margem cirúrgica livre.

**Discussão:** Quando se trata de um tumor T4N2M1, a colectomia total se mantém uma conduta viável frente à polipose adenomatosa familiar estenosante. Atualmente a ressecção é considerada padrão-ouro no tratamento das metástases hepáticas, porém a presença de quatro ou mais metástases hepáticas, com margens exíguas e incapacidade de ressecar a doença por completo, tem sido considerada contraindicação à hepatectomia, naquelas condições a hepatectomia está associada a uma taxa de sobrevida de cinco anos de 33%, apesar de uma taxa de recidiva de 80%. No caso das lesões pulmonares, é indicada ressecção desde que não se reconheçam lesões em outros locais.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.028>

P-028

#### SARCOMA DE KAPOSI PRIMÁRIO DO RETO: RELATO DE CASO



Vitor Rafael Pastro, Ronaldo Nonose,  
Enzo Fabrício Ribeiro Nascimento,  
Denise Graffitti D'Avila,  
Bruna Zini de Paula Freitas,  
Paula Cristina Steffen Novelli,  
Carlos Augusto Real Martinez

Hospital Universitário São Francisco (HUSF),  
Bragança Paulista, SP, Brasil

**Introdução:** O sarcoma de Kaposi (SK) foi descrito em 1972 como uma neoplasia mesenquimatosa que se origina a partir do endotélio vascular. Em 90% dos casos está relacionado ao herpes vírus humano tipo 8 (HVH 8). O SK localizado simultaneamente no palato e reto é um achado raramente descrito.

**Objetivo:** Descrever um caso de SK desenvolvido concomitantemente no palato e reto em doente infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

**Relato de caso:** Homem, 41 anos, heterossexual, com sorologia positiva para o vírus HIV havia dois anos, em tratamento com terapia antirretroviral (TARV) havia dois meses. Veio encaminhado com história de lesão em região de palato mole e duro. A biópsia da lesão confirmou o diagnóstico de SK. O enfermo negava perda de peso, alterações do hábito intestinal, hematoquezia, enterorragia ou dor abdominal. Ao exame físico apresentava lesão ulcerada sem sinais de necrose e fibrina em região frontal e zigomática esquerda e lesão em palato mole e duro à direita. Palpava-se ainda linfonodomegalia em cadeia submandibular e inguinal esquerda, móvel indolor, com consistência fibroelástica sem sinais flogísticos. O exame proctológico revelava presença de múltiplas lesões perianais de aspecto verrucoso recobertas por fibrina. Ao toque retal, era possível identificar-se tumor localizado no reto acima da borda anal. A colonoscopia mostrava lesão ulcerada localizada no reto inferior, friável, com 1 cm de diâmetro

e recoberta por secreção purulenta, de onde foram colhidos fragmentos para estudo histopatológico que confirmou tratar-se de SK retal. Assim, o paciente manteve o uso de TARV e evoluiu com regressão das lesões. Atualmente encontra-se em seguimento ambulatorial com a coloproctologia e a infectologia.

**Conclusão:** Apesar de raramente descrito, o diagnóstico de SK deve ser sempre considerado entre os diagnósticos diferenciais das lesões neoplásicas que se desenvolvem no reto em portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.029>

P-029

#### EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO TRANSANAL EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE RETO MÉDIO SUBMETIDO A TRATAMENTO PRÉVIO COM ESQUEMA DE QUIMIORRADIOTERAPIA EXCLUSIVA PARA CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CANAL: RELATO DE CASO



Benjamin Ramos de Andrade Neto,  
Lusmar Veras Rodrigues,  
Felipe Ramos Nogueira,  
Adryano Gonçalves Marques,  
Luis Bernardo Mendes Varela Moreira,  
Nathalia Franco Cavalcanti,  
Ricardo Everton Dias Mont'Alverne

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC),  
Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,  
CE, Brasil

**Introdução:** Uma abordagem transanal recente foi introduzida para facilitar a mobilização do reto mais distal e superar as deficiências inerentes à excisão total do mesorreto laparoscópica.

**Objetivo:** Demonstrar a possibilidade de fazer a excisão total do mesorreto transanal (TaTME) em pacientes submetidos a tratamento prévio com quimiorradioterapia exclusiva para carcinoma espinocelular de canal anal.

**Relato de caso:** Homem, 53 anos, em 2005 relatou dor anal associada a sangramento e dificuldade evacuatória. Ao exame: fissura anal posterior; hemorroida externa às 3 h e tumoração palpável a aproximadamente 1,5 cm da margem anal, ocupava a parede anterior do reto inferior. Biópsia: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Colonoscopia: ileíte e colite crônica. Fez tratamento quimiorradioterápico exclusivo em 2006. Teve regressão completa da lesão. Em 2016, iniciou quadro de diarreia crônica e sangramento nas fezes. Colonoscopia: tumoração úlcero-vegetante, estenosante, de cerca de 10 cm, permitia passagem do colonoscópio com dificuldade, a aproximadamente 7 cm da margem anal. Histopatológico: adenocarcinoma de baixo grau. RNM: espessamento em reto médio. CEA de 1,8. Foi submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica com dissecação de mesorreto por operação endoscópica transanal, colorretoanastomose e ileostomia de proteção. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Histopatológico do espécime: adenocarcinoma

retal moderadamente diferenciado, com invasão até tecido adiposo perirretal; margens cirúrgicas proximal e distal livres de neoplasia, sem invasão angiolinfática, perineural ou de linfonodos. Estadiamento patológico: ypT3pN0.

**Discussão:** A técnica do TaTME tem potenciais benefícios, como melhor qualidade do espécime cirúrgico, menor morbidade, menos conversões e mais preservação esfinteriana sem comprometer o prognóstico oncológico.

**Conclusão:** A excisão total do mesorreto é factível em pacientes que tenham feito esquema “Nigro” para tratamento do carcinoma espinocelular de canal anal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.030>

P-030

#### LIPOSSARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO



Marcos Antônio de Souza Júnior,  
Hélio Moreira Júnior,  
José Paulo Teixeira Moreira,  
Raniere Rodrigues Isaac,  
Paula Chrystina Caetano de Almeida Leite,  
Caroline de Lima Oliveira,  
Malú Aeloany Dantas Sarmiento

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia,  
GO, Brasil

**Introdução:** Sarcomas de partes moles são raros e representam apenas 1 a 2% das tumorações malignas. Até 20% podem se apresentar no retroperitônio, o lipossarcoma é o mais comum nessa região. A apresentação clínica é pobre, o que favorece uma descoberta em uma fase avançada, com grande volume tumoral.

**Descrição do caso:** M.L.A.A., 61 anos, aposentada, em tratamento com a proctologia por constipação intestinal crônica. Exame proctológico com hipotonia esfinteriana ao toque retal e mamilos hemorroidários internos à anuscopia. Colonoscopia de 26/05/15 com presença de tumoração extrínseca que comprimia parede retal posterior a 6 cm da margem anal. Tomografia de abdome de 09/06/15 com lesão expansiva em parede lateral direita do retossigmoide com densidade de partes moles, media 11,2 x 9,8 x 8,6 cm e ressonância magnética com volumosa lesão expansiva sólida retrorretal, heterogênea, em contato com parede posterior de retossigmoide. Submetida a exérese de tumor retrorretal, retossigmoidectomia com anastomose colorretal e ileostomia de proteção em 8/10/15. Anatomopatológico de lipossarcoma pleomórfico com margens livres e imuno-histoquímica positiva para AML (1A4), CD34, CD K4, desmina, EMA, MDM2 e p63. Em acompanhamento ambulatorial semestral com tomografia de pelve de controle.

**Discussão:** O tratamento cirúrgico com ressecção neoplásica com margens livres é a única possibilidade de cura. O lipossarcoma pleomórfico em região retroperitoneal tem sobrevida em cinco anos menor do que 75%, tem baixa taxa de metástase a distância e a maior causa de morte nesses casos é a recidiva local ou invasão de órgãos vizinhos. O papel da

quimioterapia e radioterapia nesse tipo de paciente é questionável.

**Conclusões:** A baixa incidência desse tipo de neoplasia dificulta o surgimento de trabalhos prospectivos relacionados ao uso de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Hoje, o sucesso dessas patologias está associado a uma descoberta precoce e com ressecção tumoral completa e com margens livres.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.031>

P-031

#### METÁSTASE PULMONAR TARDIA DE ADENOCARCINOMA DE RETO APÓS NOVE ANOS DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO REGULAR: RELATO DE CASO



Diego Palmeira Rangel,  
Isaac José Felipe Corrêa Neto,  
Alexander de Sá Rolim,  
Ângelo Rossi da Silva Cecchini,  
Anderson de Almeida Maciel,  
Hugo Henriques Watte, Laercio Robles

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A recidiva do câncer colorretal pode ocorrer em meses ou anos após o tratamento, é descrita na literatura recidiva em 40% dos pacientes em até dois anos. Metástases pulmonares são apresentações raras de recidiva, as metástases hepáticas e locorreionais são as mais frequentes.

**Descrição do caso:** Paciente 42 anos, masculino, hipertenso, história prévia de hematoquezia iniciada havia 10 anos associada a perda ponderal de 7 kg em três meses. Fez colonoscopia com tumoração úlcero-vegetante, friável a 12 cm da borda anal, com anatomopatológico que revelou adenocarcinoma. Exames de estadiamento revelaram espessamento na transição retossigmoideana e antígeno carcinoembrionário de 1,4 ng/mL. Foi submetido a retossigmoidectomia com confecção de ileostomia em alça protetora, com anastomose colorretal. A análise histopatológica revelou adenocarcinoma, com 10 linfonodos ressecados, sem acometimento neoplásico, T3N0M0. Fez quimioterapia e radioterapia adjuvante e foi submetido a fechamento de ileostomia em alça, permaneceu em seguimento oncológico ambulatorial com equipe de coloproctologia e oncologia clínica, sem sinais de recidiva por exames de imagem, marcadores tumorais e colonoscopias. Após nove anos de seguimento, referiu quadro de tosse persistente, com antígeno carcinoembrionário alterado de 171 ng/dL (último de 1,2 ng/mL), foram feitos exames de imagem e colonoscopia, tomografia de tórax evidenciou tumoração irregular que media 7 cm em região apical à esquerda com sinais de invasão mediastinal, englobava artéria pulmonar esquerda e nódulos pulmonares bilaterais. Foi submetido a broncoscopia com resultado imuno-histopatológico que revelou adenocarcinoma em mucosa brônquica que sugere origem do cólon/reto.

**Conclusão:** O seguimento oncológico regular no câncer colorretal é de extrema importância para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da recidiva colorretal. A possibilidade de recidiva tardia demonstra a prudência de adotar