

consiste em lesão hipocóica, heterogênea, com septos finos, determina aspecto em “favo de mel”. Os cistoadenomas microcísticos serosos são geralmente benignos e representam 15% dos tumores císticos do pâncreas. Tumores colorretais com lesões sincrônicas extracolônicas ocorrem em cerca de 3 a 5% dos casos, devem sempre ser investigados no estadiamento.

Descrição do caso: Feminina, 68 anos, hipertensa e diabética, com história de dor tipo cólica em hipogástrio, perda ponderal de 12% do peso corporal, hematoquezia e astenia havia seis meses. Exame físico abdominal não apresentou alterações. Fez colonoscopia com presença de lesão estenosante, ulcerada e friável de 5 cm de extensão em sigmoide. A biópsia revelou adenocarcinoma. Na avaliação tomográfica de tórax, abdome e pelve observou-se espessamento concêntrico na transição retossigmoide de 6 cm e uma massa de 7 x 5 x 6 cm em cauda de pâncreas de aspecto sólido cístico, lobulado com septos em seu interior e antígeno carcinoembrionário de 1,6 ng/mL. Fez vacinação contra germes encapsulados e foi submetida à retossigmoidectomia e pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia. A histopatologia da retossigmoidectomia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrativo, com invasão até tecido gorduroso pericólico, margens livres, com 18 linfonodos ressecados, sem acometimento neoplásico, T3N0M0. A pancreatectomia corpo caudal e a esplenectomia constataram cistoadenoma microcístico seroso do pâncreas de 7 x 7 cm com três linfonodos peripancreáticos com hiperplasia linfóide, baço sem anormalidades. Paciente obteve boa evolução e alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório.

Conclusão: O estadiamento oncológico é essencial na avaliação pré-operatória do câncer colorretal, permite tratamento cirúrgico simultâneo e, por vezes, definitivo da doença oncológica e de outras lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.035>

P-035

MUCOSITE GASTROINTESTINAL DURANTE NEOADJUVÂNCIA PARA ADENOCARCINOMA DE RETO: RELATO DE CASO



Anderson de Almeida Maciel,
Isaac José Felipe Corrêa Neto,
Alexander de Sá Rolim,
Ângelo Rossi da Silva Cecchini,
Diego Palmeira Rangel,
Rogério Freitas Lino de Souza, Laercio Robles

Introdução: A mucosite gastrointestinal é um achado comum após tratamento quimioterápico e radioterápico. Com patogênese multifatorial, pode se apresentar de diversas formas clínicas, com variação de acordo com o regime de tratamento.

Descrição do caso: Paciente de 73 anos, feminino, diagnosticada com adenocarcinoma de reto baixo, apresentava à colonoscopia lesão no nível da linha pectínea, que se estendia por 2 cm, ocupava cerca de 40% da circunferência. No estadiamento não havia evidência de lesões secundárias a distância, foi indicada terapia neoadjuvante. Antes de completar o último ciclo de radioterapia, deu entrada no pronto

atendimento com evolução de 10 dias de dor e distensão abdominal, associadas a náuseas, vômitos e diminuição da eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico em ruim estado geral, desidratada, hipocorada, abdome distendido, doloroso difusamente e com descompressão dolorosa. Fez exames laboratoriais que revelaram pancitopenia, radiografia de abdome evidenciava distensão de alças de intestino delgado, sem pneumoperitônio. Em tomografia de abdome demonstrava distensão e espessamento parietal difuso de alças de delgado. Foi conduzida de forma conservadora, com reposição volêmica, sondagem nasogástrica e nutrição parenteral, além de granuloquine e antibioticoterapia, com boa resposta clínica, melhoria da dor abdominal e retorno do trânsito intestinal. Repetida tomografia de abdome após o décimo dia de internação que revelou melhoria considerável da distensão e edema das alças intestinais.

Discussão: A mucosite tende a se apresentar como quadros agudos e na maioria das vezes por meio da diarreia, náuseas e vômitos. Alguns casos, como o descrito, podem se apresentar com dor abdominal intensa e sinais de suboclusão intestinal, tornam difícil a decisão de manejo conservador.

Conclusão: O conhecimento da patologia e das formas de apresentação, além da experiência da equipe, é de alto valor para o melhor manejo de quadros clínicos atípicos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.036>

P-036

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CANAL ANAL: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL EM FÍSTULA ANAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA



Matheus Duarte Massahud,
Alexandre Martins da Costa El-Aouar,
Fernando José Campos Lavall Junior,
Diego Vieira Sampaio,
Nathalia Nascentes Coelho dos Santos Omer,
Pedro José Guimarães Cardoso,
Patricia Costa Sant'Ana

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Nos anos 1930 foram publicados os primeiros relatos de caso sobre a rara associação de fístula anal e carcinoma de células escamosas (CCE) de canal anal. A seguir apresentaremos relato de caso e revisão da literatura sobre o tema.

Descrição do caso: Paciente de 73 anos, sexo feminino, doença de Parkinson, usava levodopa. Diagnóstico de fístula anal em 2015. Submetida a fistulectomia em 2016. Perda ponderal nos últimos seis meses. Anatomopatológico: carcinoma verrucoso com margens comprometidas. Solicitada revisão de lâmina e imuno-histoquímica: carcinoma de células escamosas *in situ* e invasor. Ao exame: inspeção sem alterações. Toque retal: tecido de consistência endurecida em parede posterior a cerca de 1 cm da margem anal. Retossigmoidoscopia rígida: até 10 cm, visualizado aparente tecido cicatricial com pequena área ulcerada a 1 cm da margem anal. RNM de pelve: espessamento nodular mal definido na parede posterolateral direita