

Relato de caso: Paciente masculino, 62 anos, história de tumor de reto baixo operado havia seis anos, em seguimento oncológico, sem evidência de recidiva. Fora submetido a amputação abdominoperineal do reto e evoluiu com abaulamento em períneo. Referia incômodo e episódios de suboclusão. Ao exame, apresentava abaulamento em períneo posterior, redutível, de 10 cm. A tomografia evidenciou hérnia perineal com alças de intestino delgado no saco herniário, sem obstrução ou sofrimento. Foi submetido ao reparo herniário eletivo.

Técnica cirúrgica: Com o paciente em posição de litotomia, foi feita incisão elíptica, seguida de dissecação do saco herniário. O conteúdo foi reduzido e o saco herniário mantido. O diâmetro do defeito era de 7 x 7 cm. Os ligamentos sacroespinhosos, anococcígeo e o corpo perineal foram identificados e expostos. O remanescente dos músculos elevadores do ânus foi aproximado. O saco herniário foi interposto entre as alças e a tela. Uma tela de polipropileno de 10 x 10 cm foi fixada com pontos simples nos reparos anatômicos descrito. Fechamento do subcutâneo e da pele, sem deixar dreno. O paciente evoluiu bem, com alta no segundo pós-operatório. Não houve recorrência da hérnia em 24 meses.

Discussão e conclusão: Hérnias perineais são, usualmente, complicações de cirurgias extensas. O fechamento primário da parede pélvica, junto de medidas contra infecção, é importante na prevenção. O reparo permanece um desafio cirúrgico. Apesar de inúmeros métodos descritos, a abordagem ideal ainda não foi bem estabelecida devido à baixa prevalência. Relatamos a abordagem via perineal como uma técnica segura e efetiva e que pode ser executada com baixa morbidade e bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.053>

P-053

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO ANORRETAL: RELATOS DE CASO



Luely Ananda dos Santos Ribeiro,
Mariana Romulo Fernandes,
Ana Barbara Moreira Delfino,
Leonardo Huber Tauil,
Marcelo Alves Raposo da Câmara,
Rodrigo Rego Lins,
Maria Claudia Lima dos Santos

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (NETs) anorretais se originam das células enterocromafins. A localização no trato gastrointestinal (TGI) representa 64% dos casos. São mais comuns entre homens na sexta década de vida, a maioria é assintomática. Alguns cursam com sangramento retal, dor, tenesmo e emagrecimento. Não são capazes de manifestar a síndrome carcinoide, pois não produzem serotonina. O tamanho tumoral, o grau de mitose e o marcador KI67 se associam à probabilidade de metástases. Tumores maiores do que 2 cm, ou entre 1 a 2 cm, com invasão da camada muscular própria

têm indicação de cirurgia radical. A sobrevida após cinco anos é de 63%.

Relatos de caso: 1) L.T.B., 66 anos, feminino, cursava com hematoquezia. Lesão de 1 cm, amarelada, endurecida, a 10 cm da margem anal. Feita ecoendoscopia retal, que confirmou doença da submucosa, PAAF evidenciou tumor neuroendócrino grau I. Imuno-histoquímica positiva para KI-67, com menos de 2% de células positivas, e positividade para CD56. Foi submetida a retossigmoidectomia abdominal. Biópsia com tumor neuroendócrino de baixo grau de 1 cm, comprometia a submucosa. Margens cirúrgicas livres. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. 2) Paciente masculino, 81 anos, referia ardência às evacuações e história prévia de radioterapia para neoplasia de próstata. Exame proctológico: pequena elevação em quadrante anterior direito (QAD) com lesão úlcero-vegetante de 2 cm, dolorosa. Biópsia com carcinoma neuroendócrino de alto grau e positivo para CK8/18, cromogranina e sinaptofisina. Tratamento com quimioterapia e cirurgia. Após dois anos, sem recidiva de doença.

Conclusão: Os NETs anorretais são raros e seu tratamento é primariamente cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.054>

P-054

RABDOMIOSSARCOMA FUSOCELULAR ASSOCIADO A ACTINOMICOSE EM CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO



Thais Andreotti, Joao Gomes Netinho,
Camilla Magalhães, Miguel Franciscatto,
Tamara Durce Mendes, Danilo Munhoz,
Gustavo Lisboa Braga

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A ocorrência tanto de sarcomas colorretais quanto de actinomicose intestinal é rara. A associação dessas duas patologias, apesar de muito infrequente, ocorre por provável lesão da mucosa intestinal a partir da neoplasia, viabiliza assim a infecção pela micobactéria. Apesar de sua baixa frequência, o diagnóstico pode ser firmado através de exame clínico e auxílio de exames complementares, como a colonoscopia e a tomografia computadorizada, e também com o estudo adequado das biópsias e peças cirúrgicas pela patologia, proporciona ao paciente o melhor tratamento clínico e cirúrgico, é possível a cura da doença sem sequelas. A actinomicose intestinal é uma infecção incomum granulomatosa, supurativa e crônica. É causada por uma micobactéria gram-positiva anaeróbia (normalmente o *Actinomyces israelii*), de baixa virulência, incapaz de penetrar em uma mucosa íntegra, são necessárias uma solução de continuidade e a presença de tecidos desvitalizados para viabilizar a lesão tecidual. Os sarcomas colorretais são também infrequentes. O leiomiossarcoma, o fibrossarcoma, o histiocitoma fibroso maligno e o sarcoma de Kaposi são os mais comuns nessa região. Podem evoluir com necrose tecidual predispondo a infecção local pela micobactéria.

Relato de caso: Paciente com quadro de dor abdominal, emagrecimento, constipação e sangramento nas fezes. Apre-

sentava massa em cólon direito à tomografia de abdome. Submetido a uma colonoscopia, mostrou-se uma lesão vegetante, lobulada, endurecida, acometia cerca de 80% da luz e 30% da circunferência, a partir do ângulo hepático até o ceco. Foram feitas biópsias e enviadas à patologia, evidenciaram colite crônica acentuada e ulcerada com filamentos sugestivos de grãos de *Actinomyces*. Feita colectomia direita, foi identificada na peça rabdomiossarcoma com margens livres, sem acometimento linfonodal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.055>

P-055

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE VÁLVULA ILEOCECAL: RELATO DE CASO



Monykelly de Sá Carvalho^a,
Mychelly de Sá Carvalho^b,
Alexandre da Silva Nishimura^b,
Marcelo Carlos de Sá Carvalho^c,
Mykaelly Kelly de Sá Carvalho^d,
Evelyn Cristina da Rosa Granja Batalini^b,
Larissa dos Santos Gonçalves Gil^b

^a Universidade Federal do Acre (Ufac), Rio Branco, AC, Brasil

^b Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

^c Universidade Tiradentes (Unit), Aracaju, SE, Brasil

^d Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo, PB, Brasil

Introdução: O tumor neuroendócrino (TNE) de intestino delgado foi descrito em 1988 por Lubarsch, os tumores carcinoides são neoplasias funcionais que podem surgir em qualquer parte do corpo. Cerca de 73% dos casos tem sua origem no trato gastrointestinal, principalmente no apêndice cecal, intestino delgado e reto.

Descrição do caso: J.L.C, 52 anos, masculino, pardo, deu entrada em hospital terciário com queixa de diarreia sangüinolenta havia 15 dias, episódios de enterorragia e perda ponderal de 5% do peso corpóreo. Feita endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia com presença de lesão polipoide em válvula ileocecal, foi biopsiada (tumor neuroendócrino). Exames de estadiamento: tomografia de tórax sem alterações; enterorressonância de abdome e pelve: imagem de formação nodular, em topografia do ceco, média 5 x 3,5cm, com presença de sinais de espessamento da válvula ileocecal em contiguidade com a lesão e presença de linfonodos satélites. O paciente foi submetido a colectomia direita com linfadenectomia videolaparoscópica, evoluiu no terceiro dia de pós-operatório (PO) com deiscência de anastomose, que levou a choque séptico devido a peritonite fecal, foi reabordado com laparotomia exploradora com limpeza de cavidade e confecção de ileostomia terminal, permaneceu 14 dias em Unidade de Terapia Intensiva com apoio ventilatório e hemodinâmico, recebeu alta hospitalar no 22º PO. Anatomopatológico: tumor neuroendócrino com invasão até serosa, margens cirúrgicas livres, com invasão linfática, sangüinea e perineural. Laudo imuno-histoquímico:

tumor neuroendócrino grau I, tumor carcinóide de válvula ileocecal.

Discussão: O surgimento de tumores carcinoides do intestino delgado tem origem de células endocrinoepiteliais disseminadas pelo intestino, os TNE do intestino delgado acometem usualmente o íleo distal dentro de 60 cm da válvula ileocecal, a incidência aumenta com a proximidade do ceco.

Conclusão: O tratamento consiste na ampla ressecção da lesão com linfadenectomia regional. Os tumores de íleo geralmente apresentam-se em estágios avançados da doença, pode ser indicado tratamento adjuvante.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.056>

P-056

PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL ABORDADOS ELETIVAMENTE E NA URGÊNCIA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO ESTADO DE SÃO PAULO



Priscila NátaIi Moraes,
Natachia Moreira Vilela,
Joaquim José Oliveira Filho,
Gustavo Seva Pereira, Paula BuoZZi Tarabay

Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas, SP, Brasil

Objetivo: Analisar o perfil dos pacientes com câncer colorretal operados na urgência pela equipe do trauma e eletivamente pela equipe de coloproctologia e cirurgia oncológica.

Método: O estudo é retrospectivo e divide os pacientes com câncer colorretal operados na urgência e eletivamente de janeiro de 2015 a maio de 2017 em um hospital terciário do Estado de São Paulo.

Resultados: Foram operados 136 pacientes em 29 meses, 87 (64%) eletivos e 49 (36%) na urgência. A média de idade na urgência foi de 63 anos e nos eletivos 54. Na urgência 24,5% dos tumores localizavam-se no cólon direito, 8,2% no cólon transversal, 42,8% no cólon esquerdo, 10,2% no reto, 10,2% eram sincrônicos e 4,1% de localização indeterminada. Nos eletivos, 26,5% localizavam-se no cólon direito, 8% no cólon transversal, 33,3% no cólon esquerdo, 28,7% no reto e 3,5% eram sincrônicos. Quanto ao estadiamento, na urgência 4% eram estágio I, 28,7% estágio II, 32,7% estágio III, 30,6% estágio IV e 4% indeterminados. Nos eletivos, 3,5% eram *in situ*, 19,5% estágio I, 27,5% estágio II, 38% estágio III e 11,5% estágio IV. A média de linfonodos ressecados na urgência foi de 28 e nos eletivos 23. Durante a internação desses pacientes houve três óbitos na urgência (6,1%) e seis nas eletivas (6,89%). A média do período de internação foi de 15 dias na urgência e 10 dias no eletivo.

Conclusão: O presente estudo demonstra a atual realidade da população, que é diagnosticada já em estágio avançado (estádios III e IV), condição pior naqueles operados na urgência.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.057>