

Rinaldo Prates Periard,  
Jayna Martins Neno Rosa,  
Nayara Moraes Guimarães da Silva,  
Jorge Benjamin Fayad

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

**Introdução:** O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia mais incidente no Brasil (excluem-se os tumores de pele). Nos EUA é terceira neoplasia mais comum, com um milhão de casos novos ao ano e a terceira causa de morte em todo mundo. Ao nos depararmos com paciente com quadro suboclusivo e lesão exofítica em parede abdominal, consideramos relevante a apresentação do caso.

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com neoplasia de cólon que se apresentava como lesão exofítica de 10 cm de diâmetro na parede abdominal.

**Relato de caso:** Paciente de 57 anos com quadro de suboclusão intestinal. Lesão exofítica de 10 cm de diâmetro em parede abdominal. Colonoscopia com alcance até o íleo terminal evidenciou tumor volumoso, vegetante, que ocupava cerca de 90% da luz. LHP com resultado de lesão vilosa de alto grau. TC de abdome e pelve evidenciou volumosa massa sólida hipodensa, heterogênea, de aspecto infiltrativo, com realce irregular de contraste iodado, media aproximadamente 12 x 9 cm, nos maiores diâmetros, localizada em flanco direito, estendia-se às partes moles da parede abdominal superiormente à crista ilíaca, infiltrava a musculatura lateral/oblíqua do abdome, o plano subcutâneo e a pelve. CEA 76,72 ng/mL.

**Resultados:** Paciente submetida a laparotomia exploradora e colectomia direita com anastomose ileocólica mecânica laterolateral. Tumoração infiltrava retroperitônio, músculo psoas e se exteriorizava pela parede abdominal em flanco direito.

**Conclusão:** Paciente operada de urgência por quadro suboclusivo e submetida a ressecção cirúrgica R2. Segue em acompanhamento pós-operatório rigoroso, pelo estágio avançado da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.062>

P-062

#### ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E PATOLÓGICO DE PACIENTES COM COLECTOMIA POR CÂNCER COLORRETAL EM PONTA GROSSA, PARANÁ

Leonardo Ferreira da Natividade<sup>a</sup>,  
Caroline Tatim Saad Vargas<sup>a</sup>,  
Patricia Gomes de Almeida Lopes<sup>a</sup>,  
Stella Kuchler<sup>a</sup>,  
Mário Rodrigues Montemor Netto<sup>a</sup>,  
Maria Cristina Sartor<sup>b</sup>,  
Jorge Eduardo Fouto Matias<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),  
Ponta Grossa, PR, Brasil

<sup>b</sup> Hospital de Clínicas, Universidade Federal do  
Paraná (HC-UFPR), Curitiba, PR, Brasil



**Objetivos:** Analisar os dados clínicos e anatomopatológicos de pacientes diagnosticados com câncer colorretal em Ponta Grossa, Paraná, de 2010 a 2015.

**Métodos:** Foram coletados as informações, em uma clínica de patologia, dos laudos de pacientes com colectomia por câncer colorretal operados entre 2010 e 2015. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos através de revisão de prontuários em uma clínica de oncologia.

**Resultados:** Foram identificados 199 pacientes operados de 2010 a 2015 por câncer colorretal, 53% do sexo masculino e 47% do feminino, média de 63 anos. A colectomia parcial ou segmentar respondeu pela maioria dos casos, apenas 2% deles eram colectomia total. A principal região acometida pelos tumores foi a transição retossigmoide, com 46% dos casos. Na sequência, aparecem o sigmoide isolado 12%, cólon ascendente 10%, reto 8%, cólon descendente 8%, ceco 6%, cólon transversal 5%, ângulo hepático 2% e ângulo esplênico com 1%. Os demais casos tiveram o local não especificado. Os tipos histológicos identificados foram adenocarcinoma 85%, adenocarcinoma mucinoso 12%, células em anel de sinete em 2% e os demais não especificados. Sobre a graduação T, pacientes em T2 respondiam por 8% da amostra, T3 52% e T4 30%, não especificados os demais. Para o estadiamento N, N0 representava 31%, N1 35%, N2 28% e os demais não especificados. O estadiamento M era composto por 15% em M1 e 76% em M0, os demais não especificados. A respeito da colectomia, 19% dos pacientes tiveram menos de 12 linfonodos removidos – inferior ao mundialmente recomendado para estadiamento – e 32% tiveram pelo menos uma margem cirúrgica comprometida.

**Conclusão:** Foi encontrado um acometimento maior do lado esquerdo do cólon e muitos tumores em estadiamento avançado. Todavia, os resultados são similares aos de outros trabalhos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.063>

P-063

#### DOENÇA DE BOWEN ANAL TRATADA EXCLUSIVAMENTE COM RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO



Bruna Zini de Paula Freitas,  
Paula Cristina Steffen Novelli,  
Denise Graffiiti D'Avila, Vitor Rafael Pastro,  
Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca,  
Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento,  
Carlos Augusto Real Martinez

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

**Introdução:** A doença de Bowen (DB) é um carcinoma *in situ* de células escamosas cutâneas (CEC), pertencente ao grupo dos tumores não queratinizados. A ocorrência de doença de Bowen na região perianal é incomum e manifesta-se de forma atípica, geralmente ocorre em mulheres na quinta década de vida.

**Objetivo:** Apresentar caso de DB e neoplasia intraepitelial anal (NIA) grau III associado a condiloma acuminado tratado com radioterapia exclusiva.

**Relato do caso:** Mulher, 65 anos, branca, com queixa de dor e lesão anal de crescimento progressivo havia seis meses. Praticante de atividade sexual anal desprotegida no passado, sem imunodeficiência conhecida, com história de câncer de colo de útero tratado em outra instituição. Sorologias para hepatites e HIV negativas. Evidenciada extensa lesão anal de 12 x 10 cm de com áreas verrucosas, acantose, eczema e áreas descamativas, que não acometia o canal anal. Feita biópsia incisional com margens que demonstraram uma área de NIA grau III e duas áreas de CEC *in situ*. Tomografia e tórax e abdome sem alterações. Optou-se por tratamento com radioterapia com intuito radical exclusivo com total de 5040cGy por seis semanas. Paciente apresentou cura total da lesão, com leve área cicatricial no local.

**Conclusão:** O tratamento mais aceito da DB é a ressecção cirúrgica com margens de segurança, muitas vezes são necessários enxertos ou avanços de retalhos para síntese do defeito. Outras opções terapêuticas são: terapia fotodinâmica, laser de argônio, crioterapia, quimioterapia com 5-fluorouracil tópico e radioterapia. O tratamento exclusivo curativo com radioterapia para a DB é factível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.064>

P-064

#### OBSTRUÇÃO INTESTINAL MECÂNICA POR SONDA VESICAL



Luciana Martins Krohling,  
Tarciana Ribeiro Santos,  
Paulo César de Castro Junior,  
André da Luz Moreira,  
Luiz Fernando Pedrosa Fraga,  
Francisco Lopes Paulo, Aarón Alarcón Novillo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A retenção urinária já foi descrita como complicação após cirurgia de amputação abdominoperineal, assim é comum o uso de cateterismo vesical durante os primeiros dias de pós-operatório. Observa-se ainda em uma parcela dos pacientes um retardo na eliminação de fezes pela colostomia e distensão abdominal, devido à manipulação cirúrgica.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 74 anos, em pós-operatório precoce de cirurgia de Miles por tumor anorretal, evoluiu com quadro de distensão abdominal, vômitos e parada de funcionamento da colostomia. Foram iniciadas medidas clínicas, porém após 48 horas manteve-se o quadro de obstrução intestinal com distensão abdominal, timpanismo, dor difusa à palpação profunda, sinal de Blumberg negativo e drenagem tipo estase pela sonda nasogástrica. Parâmetros hemodinâmicos estáveis e com diurese satisfatória pelo cateter vesical. Foi aventada a possibilidade de abordagem cirúrgica após a tomografia computadorizada. O exame tomográfico sugeriu compressão extrínseca do intestino delgado por globo vesical, provavelmente ocasionado por mau posicionamento do cateter vesical de demora. Após reposicionamento da sonda, ocorreu saída imediata de 1.800 ml

de urina. Em poucos minutos os sintomas obstrutivos foram resolvidos.

**Discussão:** A obstrução intestinal pós-cirúrgica já foi descrita por diversas causas, como: aderências precoces, formação de hérnia interna, rotação do mesentério e alça intestinal na confecção do estoma, abscesso intra-abdominal. No caso em questão, a causa atribuída foi um desposicionamento do cateter vesical, com formação de globo vesical que levou a obstrução extrínseca do intestino delgado. O paciente mantinha bom débito urinário a despeito do globo vesical, dificultava assim diagnóstico do caso.

**Conclusão:** Embora rara, a pressão da bexiga distendida devido a retenção urinária ocasionou obstrução mecânica de alças de delgado em pontos próximos à fossa ilíaca esquerda e ao oco pélvico, deve ser lembrada como causa de obstrução intestinal em pacientes pós-amputação abdominoperineal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.065>

P-065

#### RADIOTERAPIA EM CÂNCER DE RETO BAIXO ESTÁDIO I



Andressa Marmiroli Garisto,  
Milossi Estheisi Romero Machuca,  
Regina Greilberger,  
Antonio José Tibúrcio Alves Junior,  
Odorino Hideyoshi Kagohara,  
José Alfredo Reis Junior,  
José Alfredo Reis Neto

Clínica Reis Neto (CRN), Campinas, SP, Brasil

**Objetivo:** Avaliar a efetividade da radioterapia exclusiva no tratamento de neoplasia de reto baixo estágio I numa população de coorte.

**Métodos:** Um estudo de coorte prospectivo foi feito com 75 pacientes diagnosticados com câncer de reto baixo estágio I. Esse grupo foi submetido a radioterapia pré-operatória com 4500cG e posterior seguimento por um período mínimo de cinco anos.

**Resultados:** Dos pacientes, 27 pertenciam ao grupo com câncer de reto baixo estágio I/T1. Todos apresentaram resposta completa ao tratamento radioterápico, sem necessidade de cirurgia. Após cinco anos de seguimento, nenhum apresentou recidiva da doença. Já o grupo estágio I/T2 era formado por 48 pacientes. Após a radioterapia neoadjuvante, oito foram submetidos a cirurgia por regressão incompleta da lesão. Todos foram submetidos a excisão endoanal local da lesão, porém no exame anatomopatológico não havia sinais de malignidade.

**Conclusão:** Irradiação pré-operatória com 4.500cG não somente reduziu a recorrência local e o índice de mortalidade do câncer de reto baixo, mas também diminuiu o número de indicação cirúrgica em paciente em estágio I da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.066>