

sem sinais de neoplasia. Diante da persistência dos sintomas, optamos por fazer laparotomia exploradora, porém o paciente recusava tratamento cirúrgico. Foi enviado para o domicílio. Retornou após sete dias com persistência dos sintomas e então referia desejo de operar. Feita laparotomia exploradora com constatação de tumoração em sigmoide. Feita colectomia esquerda com anastomose primária laterolateral mecânica. Anatomopatológico da peça cirúrgica compatível com doença neoplásica. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no quinto dia de pós-operatório.

**Discussão:** A presença de uma alteração morfológica, tumoral ou não, torna fundamental a extirpação cirúrgica, mesmo após resolução espontânea ou com o auxílio de métodos endoscópicos. A identificação da intussuscepção nessa população, por si, já tem indicação de ressecção segmentar, sem redução intraoperatória.

**Conclusão:** O tratamento deve ser a ressecção cirúrgica, seguir os preceitos da cirurgia oncológica, sem tentativa de redução prévia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.239>

P-239

#### ABDÔMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR VÓLVULO DE CÓLON TRANSVERSO: 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:** O volvo do cólon transverso permanece uma entidade médica rara nas revisões bibliográficas de oclusão do cólon (1%), é frequentemente excluído do diagnóstico diferencial. Está contudo associado a morbidade e mortalidade superior comparativamente aos mais frequentes volvos do ceco e do sigmoide, necessita de diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica urgente. Em revisão bibliográfica na literatura, demonstraram-se 72 casos publicados de vólvulo de cólon transverso.

**Descrição do caso:** Paciente de 34 anos, feminino, com história de dor tipo cólica progressiva havia três dias, irradiação para dorso, associada a náuseas e vômitos. Buscou atendimento em unidade de emergência de hospital terciário, apresentou-se ao exame físico normocorada, eupneica, afebril, com abdômen distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos e dor à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Fez radiografia de abdômen que nevidenciou dilatação difusa de alças, principalmente em topografia de flexura esplênica e hepática, com níveis hidroaéreos em alças de delgado. Fez tomografia de abdômen com evidência de dilatação colônia importante no nível do cólon transverso, foi observado na altura das artérias renais enovelamento/torção dos vasos mesentéricos (*whirl sign*). Paciente foi submetida a laparotomia exploradora e foram identificados 500 mL de líquido citrino livre em cavidade abdominal e torção de cólon

transverso sobre o próprio eixo em 720 graus, com obstrução em alça fechada, com sinais de sofrimento fixo de alça, foram feitas transversectomia e colostomia terminal com sepultamento de coto distal de cólon descendente. Anatomopatológico evidenciou necrose e hemorragia segmentar e parcial parietal do cólon transverso. Paciente em seguimento atual ambulatorial com equipe de coloproctologia com manometria anorretal sem alterações esfínterianas e com reflexo inibitório retoanal presente.

**Conclusão:** A intervenção cirúrgica no vólvulo de cólon transverso geralmente se impõe, em sua grande maioria com ressecção colônica, considerando as altas taxas de recorrência da volvulação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.240>

P-240

#### SÉRIE DE CASOS DE TUMOR DESMOIDE NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DA PUC DE CAMPINAS



Andressa Marmiroli Garisto<sup>a</sup>,  
Milossi Estheisi Romero Machuca<sup>a</sup>,  
Regina Greilberger<sup>a</sup>,  
Guilherme Zupo Teixeira<sup>b</sup>,  
Antonio José Tibúrcio Alves Junior<sup>a</sup>,  
José Alfredo Reis Junior<sup>a</sup>,  
José Alfredo Reis Neto<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Clínica Reis Neto (CRN), Campinas, SP, Brasil

<sup>b</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

**Introdução:** O tumor desmoide é uma neoplasia rara que acomete tecidos musculoaoneuróticos por proliferação aumentada de fibroblastos, de histologia benigna e de padrão não metastático, de crescimento rápido, alta agressividade e alta taxa de recidiva. Visto sua raridade, relatamos dois casos de pacientes jovens, do sexo feminino, atendidas no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital da PUC de Campinas.

**Descrição dos casos:** J.K.M.S., feminino, 23 anos, com tumoração em região de fossa ilíaca esquerda, evidenciada à tomografia computadorizada de abdômen total, lesão expansiva entre os músculos oblíquo interno e transverso de aspecto indeterminado. Submetida à ressecção de tumoração de parede abdominal com o seguinte diagnóstico histológico: proliferação fibroblástica/miofibroblástica compatível com fibromatose abdominal. M.A.S.S., feminino, 46 anos, com antecedente pessoal de apendicectomia, apresentava massa palpável próximo a cicatriz de McBurney prévia. À ressonância magnética de abdômen evidenciou-se lesão expansiva em partes moles de parede abdominal lateral direita. Foi submetida à ressecção da tumoração, sem acometimento macroscópico de peritônio, com diagnóstico histológico de lesão de células fusiformes de baixa atividade proliferativa, com extensa área de pseudocápsula tumoral de padrão metaplásico. O estudo complementar imuno-histoquímico dá apoio ao diagnóstico de tumor desmoide.

**Discussão:** O tumor desmoide pode se apresentar com quadro de dor abdominal, associada a massa ou deformidade abdominais, de crescimento rápido. Está associado a fatores

endócrinos, como uso de terapia hormonal com estrogênio, após trauma cirúrgico e polipose adenomatosa familiar (PAF). São divididos em dois tipos: idiopáticos e relacionados à PAF. Atualmente, o tratamento de tumores desmoides consiste em cirurgia, radioterapia e tratamento antiproliferativo, os quais podem ser associados.

**Conclusão:** O tumor desmoide, apesar de raro, é um importante diagnóstico diferencial entre os tumores abdominais e tem como principal tratamento a ressecção cirúrgica completa com margens livres.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.241>