

P102

O DILEMA DA RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA

Livia Barbosa da Silva, Rodolfo Cordeiro Fonseca, Tarciana Ribeiro Santos, Maruska Dib Iamut, Paulo Cesar de Castro Junior, Luiz Fernando Pedrosa Fraga, Francisco Lopes Paulo

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O câncer colorretal é atualmente um dos tumores malignos mais comuns no mundo, sendo a localização no reto a mais frequente. Uma dificuldade nessa localização se faz nos casos próximos à borda anal e se pesa a realização de cirurgia mutiladora. Inúmeras alternativas já foram propostas para as lesões de reto baixo com o objetivo de preservação do esfíncter. Com a instituição de terapia neoadjuvante (radioquimioterapia) uma nova variável foi introduzida a essa equação. A observação dos bons resultados da neoadjuvância em alguns casos, inclusive com resposta patológica completa, suscitou a elaboração de trabalhos a respeito - notadamente os estudos pioneiros de "Watch and Wait" desenvolvidos no Brasil. Desta forma nos cabe a pergunta: O que fazer diante da resposta clínica completa após neoadjuvância?

Descrição do caso: W.P.C., masculino, 57 anos, diagnosticado com tumor de reto a 3 cm da borda anal em 2015, indicado terapia de neoadjuvante. Concluiu radio e quimioterapia em setembro de 2015, apresentando resposta clínica completa. Optou-se por acompanhamento clínico, pois o paciente mostrou-se resistente a cirurgia mutiladora. Após 1 ano e 5 meses apresentou recidiva do tumor a 4 cm da borda anal em parede anterior direita. Foi submetido a cirurgia de ressecção de reto com anastomose coloanal e ileostomia de proteção em 24/04/2017. Não houve indicação de quimioterapia adjuvante, sendo acompanhado para fechamento de ileostomia. Apresentou estenose da anastomose coloanal e foram realizadas dilatações em ambulatório. Em janeiro de 2018 apresentou elevação do CEA e imagem no PET SCAN sugestiva de recidiva pélvica sendo indicado cirurgia de Miles.

Discussão: A observação de resposta clínica completa e a divulgação ampla de trabalhos sobre o tema nos coloca cada vez mais diante da dúvida sobre como agir frente a um paciente portador de patologia inicialmente tratável por cirurgia de Miles e que, no momento, não se apresenta mais com o tumor. Até quando indicar a cirurgia e até que ponto devemos levar em consideração a opinião do paciente sobre a sua escolha terapêutica frente a uma resposta clínica completa após neoadjuvância. Nesse caso apresentado observamos a recidiva tumoral por duas ocasiões: 1 ano e 5 meses e 2 anos e 3 meses após neoadjuvância. Teríamos ajudado mais fazendo a cirurgia desde o princípio?

Conclusão: Ainda não existem indicações definitivas sobre a melhor opção de tratamento após a resposta clínica completa da neoadjuvância.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.016>

P103

OBSTRUÇÃO COLÔNICA POR TUMOR DESMÓIDE

Italo Filipe Cardoso Amorim, Katyara Rodrigues Fagundes, Emerson Abdulmassih Wood Da Silva, Gustavo Roberto Carvalho Tiveron, Luciano Ricardo Pelegrinelli, Aurélio Fabiano Ribeiro Zago, Lucas Domingos Rodrigues da Cunha

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Introdução: O tumor desmóide (TD) é uma neoplasia benigna, que se origina de estruturas fasciais ou músculo-aponeuróticas, constituída por proliferação fibroblástica. É um tumor raro que representa 0,03% de todas as neoplasias. Diagnosticado em sua maioria entre os pacientes de 20 a 40 anos e mais prevalente em mulheres na idade reprodutiva. Apesar de histologicamente benignos, os TD têm comportamento maligno, sendo localmente invasivos e com elevada recorrência após ressecção. A morbimortalidade se relaciona com o envolvimento de órgãos e estruturas adjacentes. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de TD, cujo diagnóstico clínico e radiológico era de obstrução intestinal por neoplasia primária do cólon, mas o estudo anatomopatológico estabeleceu o diagnóstico de TD.

Descrição do caso: Paciente masculino, 61 anos, admitido com história de parada de eliminação de flatos e fezes há 5 dias. Ao exame físico apresentava massa palpável em flanco esquerdo. Realizado TC de abdome evidenciando massa abdominal e sinais de obstrução intestinal. Optado por laparotomia exploradora e visualizado tumoração de parede abdominal com obstrução colônica e sendo necessário ressecção da massa com colectomia esquerda e enterectomia segmentar. Anatomopatológico: proliferação fusocelular com discreta atipia, mitoses; compatível com tumor desmóide com infiltração da musculatura esquelética e intestino grosso e delgado.

Discussão: A etiologia dos TD não foi ainda totalmente esclarecida. Todavia, existem fatores reconhecidamente relacionados ao seu desenvolvimento: genéticos, traumáticos e hormonais. O tratamento é orientado pela sua localização, extensão a órgãos vitais ou se há presença de recidiva. A cirurgia tem papel importante, entretanto pode estar associada a altas taxas de recorrência local. A quimioterapia deve ser considerada em casos inoperáveis ou de doença residual. Faltam diretrizes consensuais sobre o manejo cirúrgico quanto conservadores tumores. Isso se deve ao escasso número de casos estudados e ao seu amplo espectro clínico e anatomopatológico.

Conclusão: Tumor desmóide pode apresentar diferentes formas clínicas, inclusive simulando neoplasia colorretal primária.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.017>