

cirúrgica, as indicações atuais são reservadas para EMR não curativa, perfuração/sangramento não tratados por colonoscopia e carcinomas invasivo.

**Conclusão:** Conclui-se que a EMR pode ser utilizada como alternativa terapêutica eficaz para lesões neoplásicas precoces de cólon, sendo boa opção em pacientes não candidatos ao tratamento cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.023>

P11

### GASTROPARESIA POR INFILTRAÇÃO MALIGNA DO NERVO VAGO: RELATO DE CASO

Adriana Brianez, Camilla Ferreira Magalhães, Aline Nunes Amaro, João Antonio Feriani Nunes, Miguel Cerutti Franciscatto, Thais Andreotti, Marcelo Maia Caixeta de Melo

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

**Introdução:** Gastroparesia é definida como atraso no esvaziamento gástrico e ausência documentada de obstrução desse órgão. A patogênese está associada a perda de células intersticiais de Cajal, neuropatia e miopatia. Causas raras, como infiltração maligna do nervo também podem ocorrer. Essa multiplicidade de mecanismos patogênicos explica a dificuldade diagnóstica e a importância do tratamento adequado.

**Relato do caso:** Paciente masculino, 63 anos, branco, com antecedente de retossigmoidectomia e terapia adjuvante no ano de 2016, por adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado e invasivo de cólon sigmóide ECIIB (pT3 pN1 M0). Há 06 meses iniciou quadro de dor epigástrica, náuseas e vômitos que pioravam após alimentação. Nesse período, houve perda de peso de nove quilos. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que apontou estase gástrica alimentar. Também foi realizada tomografia de abdome total que constatou recidiva linfonodal em cadeias ganglionares peri-hepática, peri-pancreáticas, interaortocavais e periaórtica. Diante desse quadro, estabeleceu-se o diagnóstico de gastroparesia por recidiva linfonodal com infiltração do nervo vago. O tratamento instituído baseou-se no uso de antieméticos, procinéticos, dieta fracionada e quimioterapia paliativa. Após a quimioterapia, houve redução da massa linfonodal e remissão da gastroparesia.

**Discussão:** A gastroparesia é caracterizada por náuseas, vômitos, saciedade precoce e dor abdominal. Considera-se padrão-ouro para o diagnóstico a cintilografia gástrica em fase sólida. As causas frequentes de gastroparesia são: idiopática, diabética e pós-cirúrgica. Doença paraneoplásica, parkinsonismo, esclerodermia, isquemia mesentérica e infiltração do nervo vago por neoplasia maligna são etiologias raras. O manejo é realizado com antieméticos, procinéticos, agonistas de receptores de motilina, dieta fracionada, dieta via sonda nasoenteral ou parenteral se não tolerado via oral. A metoclopramida é o único procinético aprovado pela FDA (EUA) para o tratamento da gastroparesia. As diretrizes clínicas do American Journal of Gastroenterology recomendam rastreamento para diabetes, disfunção tireoidiana, doença neurológica e

desordens autoimunes como possíveis causas de gastroparesia.

**Conclusão:** Gastroparesia por infiltração maligna do nervo vago é incomum. O tratamento baseia-se em dieta fracionada, procinéticos, antieméticos e quimioterapia para a neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.024>

P110

### TUMOR CARCINOIDE RETAL SIMULANDO GRANULOMA DE ANASTOMOSE

Italo Filipe Cardoso Amorim, Katyara Rodrigues Fagundes, Emerson Abdulmassih Wood da Silva, Luciano Ricardo Pelegrinelli, Aurélio Fabiano Ribeiro Zago, Gustavo Roberto Carvalho Tiveron, Izadora Lorena Ferreira Reis

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

**Introdução:** Os tumores carcinóides são derivados das células enterocromafins com capacidade de produzir os mais diversos mediadores neuroendócrinos. São tumores raros com prevalência de 0,7 a 4,48 casos para cada 100 mil hab, perfazendo pouco menos de 0,5% de todas as malignidades. Os sítios de maior incidência são o trato gastrointestinal (67,5%) e o sistema broncopulmonar (25,3%). Dentre os tumores do trato gastrointestinal, a maioria ocorre no intestino delgado, apêndice e reto. A taxa de sobrevida global em 5 anos para tumores carcinóides, independentemente do local, é de 67,2%, demonstrando quão indolente é o tumor.

**Descrição do caso:** Paciente 68 anos, feminino em acompanhamento no ambulatório de coloproctologia após realização de colectomia total com anastomose ileorretal manual em 2010 devido a doença diverticular pancolônica hemorrágica. Realizou retossigmoidoscopia flexível em 2018 que evidenciou anastomose íleorretal termino-terminal, ampla e pérvia, com discreta irregularidade, formada por pequenas nodulações puntiformes, pálidas, sugerindo hiperplasia nodular linfoide; mucosa retal lisa, sem alterações. O exame anatomopatológico mostrou fragmentos de mucosa retal contendo aspecto fortemente sugestivo de tumor neuroendócrino e depois confirmado pela imunohistoquímica.

**Discussão:** A localização retal do tumor carcinóide é a terceira mais comum no trato gastrointestinal, geralmente localizando-se de 4 a 13 cm da linha pectínea e representa 1,3% de todos os tumores retais. O diagnóstico de um tumor neuroendócrino retal é, na maioria dos casos, feito acidentalmente após a realização de sigmoidoscopias ou colonoscopias. A lesão encontrada pode ter características peculiares como a forma polipoide sésil, endurecida, de localização submucosa e aspecto amarelado. O tratamento é baseado no tamanho da lesão, na presença de invasão da muscular própria ou de doença disseminada. Para lesões com menos de 1 cm, a excisão endoanal é o tratamento mais adequado, já que a polipectomia endoscópica apresenta uma alta frequência de recidiva quando não se utiliza o ultrassom endoscópico para estadiamento prévio da lesão. Naqueles maiores que 2 cm, as ressecções retais estão indicadas e as lesões entre 1 e 2 cm

