

P172

ILEOSTOMIA PROTETORA NO CÂNCER COLORRETAL: QUANDO ESTAMOS REVERTENDO?

Eduardo Brambilla, Alesandra Bassani,
Marcos Antonio Dal Ponte, Mateus Dal Castel,
Samuel Salvador

Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Objetivos: O estudo teve por objetivo principal a análise do tempo decorrido entre a confecção e reversão da ileostomia protetora na ressecção de tumores colorretais em um serviço de proctologia na cidade de Caxias do Sul – RS, juntamente com as características da população envolvida e os fatores associados.

Método: Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à ressecção de tumores colorretais com confecção de ileostomia protetora no período de janeiro de 2013 a abril de 2018.

Resultados: Foram incluídos 37 pacientes no estudo, sendo a maioria do sexo feminino (54,1%), com média de idade de 56 anos. Os tumores mais prevalentes foram identificados em reto (32 casos), sendo adenocarcinoma o tipo histológico predominante (97,3%). A presença de terapia neoadjuvante esteve em 51,4% da população, enquanto que a adjuvância foi observada em 73% dos casos. O tempo médio entre a confecção e o fechamento da ileostomia foi de 11 meses (variando entre 4 e 23 meses). Cerca de 32% dos pacientes (12 casos) não foram submetidos a reconstrução até o momento, por progressão de doença, perda de seguimento, decisão pessoal ou por estarem em vigência de tratamento adjuvante na coleta dos dados. Entre os pós-operatórios, as complicações encontradas foram hérnia incisional e estenose de anastomose, sem registro de óbitos. Não houve relação significativa entre o estadió clínico e tempo de fechamento ($p=0,127$). Assim como a presença neoadjuvância ($p=0,938$) e adjuvância ($p=0,355$) não tiveram significância estatística.

Conclusão: Os dados avaliados em relação ao tempo de fechamento estão acima dos encontrados na literatura, que indica reconstrução de trânsito entre 6 e 12 semanas. Algumas hipóteses podem ser aventadas, tais como a necessidade de terapia adjuvante, prioridade de casos neoplásicos na agenda cirúrgica, assim como à progressão de doença. Tais impasses são encontrados em outros centros, conforme análise da literatura. Dentre os casos analisados não houve relato de mortalidade associada à reconstrução de trânsito, entretanto, hérnias e estenoses foram identificadas, aumentando a morbidade, o que vai de encontro à literatura. O estadió clínico não parece interferir no tempo de fechamento, assim como as terapias adjuvantes e neoadjuvantes. Sendo assim, o estudo permitiu analisar as estatísticas locais e pode auxiliar na programação de fechamento mais precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.093>

P173

LINFOMA DE INTESTINO DELGADO MÉDIO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Dayanne Alba Chiumento Zimmer, Carolina Natali Martins, Flávio de Queiroz Silva, Paula Buozzi Tarabay, Gabriela Domingues Andrade Ribeiro, Joaquim José Oliveira Filho, Marcello Imbrizi Rabello

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

Introdução: Linfomas primários de intestino delgado (ID) são raros e podem apresentar sintomas inespecíficos ou até mesmo evoluírem para quadro de abdome agudo. Apesar de raros devem aparecer como diagnóstico diferencial de afecções mais prevalentes como as doenças inflamatórias intestinais.

Descrição: Paciente masculino, 44 anos, em investigação de síndrome consuptiva. Há 1 ano iniciou com diarreia intermitente, associada a dor abdominal, vômitos e perda ponderal de 30 kg. A colonoscopia não encontrou alterações significativas à macro/microscopia. A tomografia de abdome demonstrou espessamento concêntrico parietal e irregular no ceco, com crescimento endoluminal, determinando estenose parcial, e presença de linfonodomegalia mesenterial, sugerindo acometimento neoplásico primário ou doença inflamatória intestinal. A segunda hipótese foi corroborada por posterior enterotomografia. Durante a investigação, aguardando realização de enteroscopia, apresentou abdome agudo perfurativo, quando foi realizada laparotomia exploradora que evidenciou perfuração de ID a 150 cm da válvula ileocecal, com 2 estenoses em ID e presença de grande quantidade de secreção purulenta. Foi optado por ressecção das estenoses e peritoneostomia. Reabordado em 48 horas foi submetido a anastomose término-terminal com intestino delgado remanescente de 3 metros. Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória e o resultado anatomopatológico foi de infiltração por linfoma difuso de grandes células B. Paciente em seguimento oncológico.

Discussão: Os linfomas de ID são raros, existindo apenas alguns relatos de caso na literatura. Particularmente em pacientes adultos o linfoma primário deve ser considerado como um dos diagnósticos diferenciais, porém a dificuldade de métodos diagnósticos adequados no SUS pode retardar a confirmação diagnóstica. Este paciente apresentou complicação grave da doença, que poderia ter sido evitada com o diagnóstico mais precoce. O diagnóstico de linfoma em ID ocorre na emergência em 30-50% dos casos, sendo que em 25% das vezes a apresentação é de abdome agudo perfurativo.

Conclusão: o linfoma primário de ID é uma neoplasia rara, que pode se apresentar como abdome agudo perfurativo. Para o seu diagnóstico, deve-se ter um alto nível de suspeição.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.094>