

P174

MANEJO DE TUMORAÇÃO PELVICA DURANTE A GESTAÇÃO – RELATO DE CASO



Leandro Minatel Vidal Negreiros, Conceição de Maria Aquino Vieira Clairet, Silvio Augusto Ciquini, Tamires Robles, Isabella Garlati Inocêncio, Eduardo Vidilli Alves Pereira, Douglas Bernal Tiago

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Palavras-chave: Leiomioma; tumoração pélvica; gestante

Introdução: Feminino, 27 anos, secundigesta, com idade gestacional (IG) 10+4 (A), com queixa de polaciúria e dor hipogástrica. Apresentava abaulamento de parede vaginal. Realizado USTV e ressonância nuclear magnética (RNM).

Material e método: Revisado prontuário da paciente.

Resultados: Evidenciado lesão expansiva localizada na cavidade pélvica, medindo 12,4 × 11,4 × 10,2 cm, deslocava a vagina e o útero superoanteriormente e o reto para a esquerda. Realizada biópsia transcutânea. O conjunto favorecia leiomioma, neoplasia com diferenciação muscular ou tumor desmoide. Na amostra, marcação para CD117 negativa, desfavorecendo GIST. Receptor hormonal positivo para estrógeno e progesterona. Nova RNM de controle com neoplasia medindo 17,1 × 13,5 × 11,5 cm. Iniciado tratamento quimioterápico com doxorubicina 60 mg/m². Paciente evoluiu com descolamento prematuro de placenta com 29 semanas. Realizado cesariana com incisão mediana sem intercorrências. Interna eletivamente para passagem de cateter duplo J e cirurgia. Em nova RNM evidenciou-se aumento das dimensões da lesão expansiva, medindo 17,5 × 14,5 × 11,0 cm. Realizada cirurgia extensa, com abordagem abdominal e perineal, sendo ressecada massa com 1,5 kg de peso. Anatomopatológico com aspecto morfológico e a imunomarcação dando suporte ao diagnóstico de leiomioma.

Discussão e conclusões: Paciente jovem que teve diagnóstico de massa pélvica durante a gestação. Com isso, de maneira cautelosa e com o impedimento de métodos muito invasivos, houve dificuldade em realizar diagnóstico definitivo desde o início, escolha da terapêutica e conduta quanto a evolução da gestação e riscos para o feto. Os leiomiomas não resultam em sintomas específicos e o diagnóstico geralmente é feito após o efeito de massa. Como relatado no caso, os diagnósticos diferenciais se fazem principalmente entre tumor estromal e leiomiossarcomas, e a análise imunoistoquímica tem papel essencial na diferenciação. Porém, a cirurgia é a única opção curativa, e a abordagem combinada abdomino-perineal foi necessária e resolutive para o acesso e dissecação da massa volumosa. Destaca-se a importância do acompanhamento em conjunto com as especialidades médicas em prol do benefício da paciente. Comentários finais: Apesar de se tratar de um tumor benigno, o leiomioma se torna um desafio ainda maior durante a gestação, tanto no diagnóstico, terapêutica e pela sua condição evolutiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.095>

P175

MORBIMORTALIDADE ASSOCIADA AOS PROCEDIMENTOS DE FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA EM ALÇA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA, EM RECIFE – PERNAMBUCO



Rodrigo Artur Souza de Oliveira, Aline Ribeiro Teixeira Cavalcante, Maurício José de Matos e Silva, Luís Fernando Heinen Scaglioni, Phabllor Rodrigo Santos de Brito, Antonio Lucas das Mercês Filho, Paulo Mozart de Barros

Hospital Barão de Lucena, Recife, PE, Brasil

Objetivo: O presente estudo propõe-se a avaliar a morbimortalidade relacionada aos procedimentos de fechamento de ileostomia em alça.

Método: Estudo retrospectivo, com análise de prontuários de 66 procedimentos de fechamento de ileostomia em alça, realizados entre dezembro de 2005 a dezembro de 2017, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena, em Recife – Pernambuco.

Resultados: Houve complicações em 20 (30,3%) pacientes, sendo 11 delas classificadas como grau I (Clavien-Dindo) e 9 classificadas de grau II a V. Em 7,6% dos casos, houve necessidade de uma ou mais reabordagens cirúrgicas. A mortalidade foi de 1,5%. Não houve relevância estatística na correlação das variáveis estudadas com a ocorrência de complicações.

Conclusão: O procedimento cirúrgico de fechamento de ileostomia apresenta morbidade importante, podendo chegar a mais de 30%, como encontrado nesse estudo. Taxa essa que se encontra acima das encontradas em algumas metanálises, porém similar ou inferior quando comparadas a alguns estudos institucionais. A mortalidade, no entanto, é baixa.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.096>

P176

RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE ILEO TERMINAL



Alexandre Venancio Souza, Vitor Rafael Pastro, Sebastião Rizzo Neto, Andre Pantaroto, Mario Pantaroto, Natasha Amaral Pacheco Chagas, Samara Pighinelli Ázar

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, Jundiá, SP, Brasil

Introdução: Os tumores neuroendócrinos foram descritos pela primeira vez em 1907 por Oberndorfer na Alemanha. Apesar de sua baixa incidência, aproximadamente 2,5 – 5 por 100.000 habitantes, sua incidência vem aumentando ao longo dos anos. Isto se deve provavelmente ao aumento de diagnóstico por exames como a endoscopia alta e colonoscopia. Com o aumento do número de exames, e melhora da qualidade de tais, não só a incidência aumentou mas também o local acometido, anteriormente acreditava-se que o apêndice era o local mais acometido, hoje em revisões literárias o

íleo terminal é o local com acometimento mais frequente, provavelmente devido aos colonoscopistas cada vez mais serem criteriosos para chegar ao íleo terminal com o aparelho.

Relato de caso: A.A.M.P., gênero feminino, 47 anos, natural de rancharia e procedente de Jundiá, procura atendimento médico com queixa de piora da dor abdominal há 15 dias; relatava que dor abdominal iniciou há dois anos, era difusa, intermitente com cessação da dor espontânea até que há dois meses teve piora do quadro algico, associado apresentava após alimentação fezes explosivas e amolecidas com tremores e lipotimia principalmente após alimentos gordurosos. Ao exame físico apresentava-se estável hemodinamicamente, abdome flácido, pouco doloroso a palpação, DB negativo, ruídos hidroaéreos presentes. Submetida a colonoscopia no qual foi evidenciado lesão em íleo terminal de aspecto polipoide, de pedículo largo, ulcerado, friável e móvel, tentativa de polipectomia sem sucesso, realizado apenas biópsia da lesão, apresentava também pólipos séssil de 2 mm, móvel no qual foi realizado a polipectomia. O exame histopatológico da biópsia do íleo revelou: tumor neuroendócrino grau 1 (NET G1, WHO 2010). Submetida a Laparotomia exploradora, realizado colectomia direita ampliada com ileotransverso anastomose mecânica latero lateral mais linfadenectomia. Anatomopatológico da peça: íleo terminal sem lesões residuais, metástase em 1/8 dos linfonodos examinados.pT0N1a.

Discussão: Os tumores neuroendócrinos são de diagnóstico difícil, principalmente devido aos sintomas serem frustrados, como dor abdominal inespecífica. O tratamento é quase sempre cirúrgico e a quimioterapia adjuvante depende se existe presença de metástase. As metástases não são frequentes neste tipo de tumor, a taxa seria de 1 em 30,000 e os locais mais acometidos são: fígado, pulmão e mesentério. A sobrevida varia de 13 meses quando metastática podendo chegar a 10 anos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.097>

P177

RESSECÇÃO DE CORDOMA SACRAL E RECONSTRUÇÃO COM ROTAÇÃO DE RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL. UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



Luana Bringhenti, Johanna Johann, Tatiana Mie Masuko, Luciele Zibeti Alberton, Gabriela Ott Wagner, Marcos Guilherme Tibes Pauletti

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O cordoma é uma neoplasia maligna da medula espinhal, localizada preferencialmente no sacro e de baixa prevalência na população geral. Relatamos um caso de cordoma sacral gigante com ressecção multidisciplinar, confecção de colostomia e rotação transperitoneal de retalho com o músculo reto abdominal para a cobertura da ferida sacral.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino com volumosa tumoração sacral com crescimento progressivo há um ano. Ressonância magnética da pelve e tomografia de coluna lombossacra demonstraram lesão de origem óssea com início

em S3, sugestiva de cordoma, com abaulamento e deslocamento das estruturas vizinhas, mas sem invasão das mesmas. Foi realizada ressecção cirúrgica multidisciplinar (Neurocirurgia, Coloproctologia e Cirurgia plástica). Devido a grande extensão da lesão, foi programada confecção de retalho para o fechamento da ferida posterior pós ressecção. Foi optado pela rotação transperitoneal de retalho miocutâneo da parede abdominal. Em função do íntimo contato entre o tumor e a parede posterior do reto, preferiu-se a abordagem abdominossacral para ressecção do tumor após a dissecação do reto. Optou-se também pela secção do reto ao nível do promontório e confecção de colostomia terminal para evitar contaminação da ferida perineal com o retalho miocutâneo. A evolução pós-operatória foi satisfatória e o paciente apresentou anestesia perineal transitória, resolvida após 5 dias de pós operatório. Não houve seqüelas motoras. Anatomopatológico e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de cordoma e demonstraram margens de ressecção exíguas. Foi indicado resgate com radioterapia. Seis meses após a ressecção, paciente apresentou recidiva local.

Discussão: O cordoma é uma neoplasia de crescimento lento, mas com comportamento localmente agressivo, dificultando muitas vezes sua ressecção devido a proximidade com estruturas nobres como os nervos da cauda equina e o reto. Muitas vezes apresenta-se como tumoração sacral muito volumosa, sendo necessárias ressecções mais extensas, comprometendo assim o fechamento primário da ferida e necessitando de retalhos ou enxertos para a adequada cicatrização. Por este motivo, a abordagem multidisciplinar mostra-se essencial.

Conclusão: Mesmo com ressecções ampliadas e o avanço da radioterapia, a recidiva dos cordomas ainda é frequente, indicando a necessidade de maior entendimento desta patologia para aprimoramento de suas alternativas terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.098>

P178

RESULTADO DE SÉRIE DE CASOS DE 11 PACIENTES TRATADOS COM NEUROESTIMULAÇÃO SACRAL



Luciana Clivatti, Valdomiro Garbugio Filho, Paulo Alves dos Santos, Nathalia Manzano G. de Souza, Rodrigo Freitas Torquetti

Associação Beneficente Bom Samaritano, Maringá, PR, Brasil

Introdução: Incontinência fecal é definida como passagem involuntária ou incapacidade de controlar a perda de material fecal através do ânus. Tem grande impacto na qualidade de vida, principalmente de mulheres e idosos. O tratamento com neuroestimulação sacral tem indicação na incontinência fecal quando houve falha com o uso de tratamento clínico, toxina butolínica, biofeedback ou esfínteroplastia. A neuroestimulação pode melhorar a continência através da melhora das pressões de relaxamento e contração do esfínter anal, sensibilidade retal, e aumentando as ondas de propulsão retrógrada do cólon. A ação na constipação, embora seja