

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