

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

menos estabelecida, pode ser considerada em pacientes que falharam na resposta aos tratamentos conservadores.

Objetivo: Relatar a experiência tida com onze casos de terapia com neuroestimulação sacral refratários a outros tipos de tratamento.

Métodos: Estudo transversal baseado em coleta de dados em prontuário eletrônico dos pacientes estudados. Os sujeitos do estudo foram nove pacientes com incontinência fecal e dois com constipação funcional. Critérios de inclusão: Pacientes de qualquer idade selecionados para terapia com neuroestimulação sacral que falharam na terapia com outros métodos. Critérios de exclusão: Pacientes que não se enquadram no critério de inclusão, não sendo selecionados para terapia com neuroestimulação sacral.

Resultados: Foram obtidos resultados positivos comparados com os anteriores à terapia de estimulação neurossacral. Foi utilizada para comparação dos pacientes incontinentes, a escala de Wexner.

Conclusão: Conclui-se que a neuroestimulação sacral apresenta bons resultados a curto e longo prazo quando respeitadas as indicações para incontinência e constipação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.099>

P179

RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Mychelly de Sá Carvalho, Alexande da Silva Nishimura, Evelyn Cristina Rosa da Granja Batalini, Mykaelly Kelly de Sá Carvalho, Marcus Regis Tanios Porto, Rafael Castelli Bittencourt, Larissa dos Santos Gonçalves Gil

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Objetivo: Descrever a experiência do nosso serviço, com os resultados do procedimento cirúrgico videolaparoscópico para tratamento de endometriose profunda com acometimento intestinal e as taxas de complicações.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise de prontuários de pacientes com endometriose profunda com acometimento intestinal que foram submetidos a tratamento cirúrgico laparoscópico pela técnica NOSE (retirada por orifícios naturais) ou ressecção discóide, entre o período de novembro de 2015 e maio de 2018.

Resultados: Foram analisados 34 prontuários, o qual todos os pacientes deste estudo apresentavam endometriose profunda com acometimento intestinal, os resultados obtidos no nosso serviço foram: a idade variou entre 28 e 47 anos, o tempo cirúrgico variou entre 180- 370 minutos, foram realizados 27 casos com retirada do tecido acometido pela endometriose por orifícios naturais (NOSE), e 7 casos com ressecção discóide, o tempo de internação hospitalar variou entre 3- 6 dias, apresentamos complicações em 4 casos (13,6%), sendo 1 caso (3,4%) caso de hemorragia, 1 caso (3,4%) de fístula de cúpula, 1 caso (3,4%) de lesão ureteral, 1 caso (3,4%) de fístula de anastomose sendo necessária a realização de ileostomia no pós operatório, nenhuma conversão foi necessária, todos os pacientes seguem em acompanhamento ambulatorial em

conjunto com a coloproctologia e ginecologia, evoluem estáveis, com melhora clínica significativa da dor, sem recidiva da doença. Técnicas minimamente invasivas, com retirada de tecido acometido pela NOSE como, ânus e vagina, tem menos complicações e tem se tornado uma alternativa diminuindo o tempo de internação, com baixa porcentagem de complicações. A ressecção intestinal para endometriose por laparoscopia tem demonstrado alternativa de melhor escolha considerando redução nas queixas e nas complicações pós-operatórias.

Conclusão: O tratamento da endometriose, na maioria dos casos é clínico, porém quando há falha no tratamento, ou há endometriose profunda, o tratamento cirúrgico passa a ser o mais indicado, sendo a laparoscopia o padrão ouro.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.100>

P18

PRESENÇA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO SINCRÔNICO A CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS A DIREITA - RELATO DE CASO

Bruna Dell'acqua Cassão, Roodney Forster de Jesus, Stella Maria Botequio Mella, Ricardo Tadayoshi Akiba, Raphael Vendrame Carrera, Matheus Ferreira Groner, Sarhan Sydney Saad

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O câncer colorretal (CCR) esta entre os três cânceres mais frequentes do Brasil. A presença concomitante de CCR e outras neoplasias malignas primárias é relativamente rara. A taxa de CCR sincrônico ao carcinoma de células renais é de até 4,85%. A existência de ambos os cânceres ocorre mais em pacientes idosos e do sexo masculino (9). A investigação diagnóstica completa permite a detecção de neoplasias sincrônicas, possibilitando a ressecção simultânea e planejada de ambas.

Descrição do caso: Masculino, 63 anos, com tomografia computadorizada evidenciando volumosa formação expansiva em rim direito e espessamento parietal irregular e assimétrico de cólon ascendente com extensão de 4 cm, sugestivos de neoplasias. Colonoscopia mostrando lesão vegetante em cólon ascendente, ocupando cerca de 85% da luz e anatomopatológico com focos de adenocarcinoma intramucoso. Paciente encaminhado para cirurgia, submetido simultaneamente a colectomia direita com ileotransverso-anastomose e nefrectomia direita, adrenalectomia direita, linfadenectomia hilar e retrocaval e drenagem da cavidade, sem intercorrências. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de padrão intestinal moderadamente diferenciado, margens livres e ausência de metástases em 15 linfonodos dissecados (0/15), um tumor de colón pT3 pN0 pMx; e carcinoma renal de células claras, margem cirúrgica coincidente em veia renal e ausência de metástases em 4 linfonodos retrocavais dissecados (0/4). Estadiamento pT4 pN0 pMx. Encaminhado para oncologia, evoluindo bem.

Discussão: Existem estudos demonstrando que o CCR pode estar associado a outras neoplasias primárias, como carci-

