

O manejo consiste em tratar a clínica e ressecar a lesão: cirurgia ou colonoscopia. Para aqueles sem condições ou que recusam, propõe-se tratamento com inibidores COX-2 ou análogos da somatostatina. No caso, optou-se pelo tratamento endoscópico devido ao alto risco cirúrgico. Após mucosectomia com margens livres, a paciente não apresentou novos episódios diarreicos e os distúrbios foram corrigidos facilmente.

Conclusão: Embora rara, a Síndrome de Mckittrick-Wheelock é diagnóstico diferencial importante para pacientes com diarreia crônica, insuficiência renal e distúrbios hidroeletrólitos. O diagnóstico pode salvar uma vida e após resolução, mudar a qualidade de vida do doente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.130>

P207

SUBOCCLUSÃO INTESTINAL CAUSADA POR STUMP UTERINO GIGANTE



Juliana Rampazzo Buemerad, Josiane Harumi Cihoda Lopes, Juliana Mamede Miranda, Marley Ribeiro Feitosa, Rogério Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O tumor uterino de músculo liso com potencial maligno indeterminado (STUMP) apresenta-se como uma massa de crescimento progressivo. Deve ser considerado como tumor de potencial maligno, já que possui risco de metástases. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de subocclusão intestinal causado por STUMP uterino gigante.

Descrição do caso: Mulher, 38 anos. Há 08 meses, com distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa, em cólica e constipação intestinal. Solicitado avaliação de urgência por piora da dor abdominal associada a vômitos e parada de eliminação de fezes. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, no entanto, chamava atenção o emagrecimento da paciente e o grande abaulamento do abdome, que se encontrava endurecido, difusamente doloroso, porém sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais evidenciaram apenas anemia. As tomografias de abdome e pelve demonstraram extensa massa heterogênea, que ocupava todo o abdome e deslocava as alças intestinais para o hipocôndrio esquerdo medindo 34,3 x 12,0 x 25,3 cm. Optou-se por laparotomia exploradora onde se diagnosticou extensa lesão parauterina à direita ocupando a cavidade peritoneal, sem invasão de outras estruturas, que se assemelhava a um mioma uterino pediculado, e que foi removida completamente. O estudo anatomopatológico mostrou quadro morfológico sugestivo de tumor muscular liso de potencial maligno incerto (STUMP). Optado por manter útero devido desejo de reprodução. Mantém seguimento em conjunto com a equipe de ginecologia, sem sinais de recidiva nos primeiros 12 meses.

Discussão: A histerectomia total é considerada o melhor tratamento para esses tumores, entretanto se a paciente tem o desejo de engravidar e está ciente do risco de recorrência

da patologia e do seguimento rigoroso no pós-operatório, é possível preservação uterina. Os casos de preservação uterina deverão ser seguidos a cada seis meses, com exame físico, ultrassonografia transvaginal e tomografia de tórax, abdome e pelve, por cinco anos.

Conclusão: A histerectomia com ressecção tumoral é o tratamento padrão do STUMP uterino. Em mulheres em idade fértil, com desejo de engravidar, admite-se a preservação uterina desde que seja garantido seguimento rigoroso, devido risco de recidiva local e à distância.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.131>

P208

TERATOMA MADURO SACRAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Eduardo Brambilla, Alesandra Bassani, Marcos Antonio Dal Ponte

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

Introdução: Os tumores pré-sacrais podem ser classificados em diversas categorias, congênitos, neurogênicos, ósseos e mistos, dependendo da origem embriológica. Podem assumir quadros clínicos variados e sua importância se dá pelos sintomas associados e pelo risco de malignidade.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 37 anos, com queixa de constipação e dor pélvica crônica. Ao toque retal palpava-se massa retrorretal com deslocamento anterolateral do reto. Achado que foi melhor avaliado pela ressonância magnética nuclear: massa cística pré-sacral. Foi submetida à ressecção da lesão via períneo posterior, com ressecção do cóccix. A análise histológica identificou um teratoma maduro. Evoluiu com melhora dos sintomas e atualmente segue acompanhamento pós-operatório.

Discussão: Tumores pré-sacrais são raros, podendo alcançar incidência de um caso a cada 40.000 internações hospitalares. O espaço pré-sacral abrange tecidos germinativos complexos, importantes no desenvolvimento embriológico, assim, células totipotentes podem ser identificadas. Os teratomas sacrococcigeos são incluídos nos tumores pré-sacrais, sendo originados das células germinativas multipotentes. O termo teratoma vem do grego “teras” que significa deformado ou monstro e “oma”, tumor. São encontrados mais frequentemente na infância, em associação com outras anomalias anorretais, vertebrais e do trato urinário, sendo achado menos comum em adultos. Ocorre prevalência no sexo feminino (4:1), com um caso a cada 30.000 nascimentos. O quadro clínico encontrado em adultos é associado à massa compressiva pélvica, que pode cursar com sintomas indolentes, com dor pélvica crônica, alterações intestinais, incontinência urinária e varizes de membros inferiores. Podem ser divididos conforme a diferenciação celular (maduros ou imaturos), ou, ainda, conforme sua localização, pélvica ou extrapélvica, sendo tipos III e IV (intrapélvicos) os mais comuns do adulto. O tratamento em geral é cirúrgico, com cuidadoso planejamento, já que a localização envolve estruturas vasculares e nervosas importantes. Os teratomas apresentam bom prog-

nóstico, com baixo risco de malignidade, sendo mais comum sua recorrência, risco aproximado de 37% após a ressecção.

Conclusão: Os teratomas maduros são causa de dor pélvica crônica, com quadro clínico arrastado e diagnóstico por vezes difícil. Sendo assim, faz parte importante no diagnóstico diferencial a ser lembrado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.132>

P209

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL

Rogério Serafím Parra, José Vitor Cabral Zanardi, Marley Ribeiro Feitosa, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha, Fernando Passador Valerio, Rodrigo Saad Rodrigues

ProctoGastroClínica, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Objetivo: Estudar os casos de endometriose profunda com acometimento intestinal operadas por laparoscopia por um único cirurgião num hospital privado.

Método: Avaliação retrospectiva dos prontuários médicos de pacientes com endometriose profunda com acometimento intestinal submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico. Foram avaliadas as cirurgias realizadas, tempo cirúrgico, complicações e recidiva.

Resultados: Oitenta e dois pacientes com endometriose intestinal foram submetidas a cirurgia laparoscópica no período de outubro de 2014 a junho de 2018. A principal indicação de cirurgia foi a dor pélvica crônica e/ou desaparecimento de profundidade (84%). A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia laparoscópica (n = 38, 46,3%), seguido pela ressecção discoide anterior do reto (n = 27, 32,9%), “shaving” do reto (n = 15, 18,3%) e enterectomia isolada (n = 1, 1,2%). Foram realizados outros 38 procedimentos laparoscópicos concomitantes em 19 pacientes, dentre eles: histerectomia laparoscópica (n = 8, 10%), apendicectomia laparoscópica (n = 7, 8,5%), lesão vesical/ureteral (n = 6, 7,3%), enterectomia/íleo colectomia direita + outra ressecção intestinal (n = 5, 6%), ooforectomia (n = 5, 6%) e lesão umbilical (n = 1, 1,2%). O tempo cirúrgico médio foi de 121 minutos (45-285 min) sendo: “shaving”: 91 min (45-205), discoide: 116 min (50-182 min) e retossigmoidectomia: 141 min (75-285). O período médio de internação hospitalar foi de 1,5 dias. A taxa de conversão foi de 2,5% (n = 2). A taxa de complicações pós-operatórias (até 30 dias) foi de 8,6%. Até o presente momento, três pacientes apresentaram recidiva /lesão residual e precisaram de nova abordagem cirúrgica (retossigmoidectomia). O período médio de seguimento clínico é de 14 meses (1-43).

Conclusão: a cirurgia laparoscópica é segura e deve ser oferecida como primeira opção nas pacientes com endometriose profunda com acometimento intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.133>

P21

TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN: UM RELATO DE CASO

Judith de Almeida Bringsken, Silvana Marques e Silva, Andre David da Silva, Olane Marquez de Oliveira, Mario Nóbrega de Araujo Neto, Renata Gomes Ramalho, João Batista Tajra

Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Descrito pela primeira vez em 1925, é uma afecção rara que tem sido relatada ao longo dos anos. Apresenta-se como uma tumoração vegetativa a partir de uma infecção por HPV, de caráter benigno, porém tem sido relatado pontos focais de malignização invasiva. O tratamento indicado é a excisão local.

Descrição: Mulher, 58 anos, branca, sem comorbidades, etilista aos finais de semana, ex-tabagista. Sorologias para HIV, Hepatite C e B negativas e sem história de doença sexualmente transmissível. Notou aparecimento de lesão verrucosa perianal em fevereiro de 2017, com crescimento importante a partir de outubro. Ao exame apresentava uma lesão exofítica lateral esquerda e direita, avermelhada com bordas bem delimitadas e de consistência fibroelástica. RNM de pelve demonstrou Lesão expansiva compatível com neoplasia primária no canal anal, pedunculada, protruindo através do ânus, sem comprometimento da musculatura esfíncterica e sem linfonodomegalias inguinais ou pélvicas. Biopsia da lesão: Carcinoma intraepitelial não queratinizado com focos de invasão incipiente. Realizado ressecção local e cauterização das lesões condilomatosas residuais. Avaliação histológica da peça: Lesão invasora que surge de neoplasia intraepitelial de padrão condilomatoso. Padrão de crescimento exofítico e endofítico. Margens livres para carcinoma invasor e comprometidas para NIA. Sem invasão angiolinfática e perineural. Não foi indicado adjuvância pela oncologia.

Discussão: O tumor de Buschke-Lowenstein é uma afecção rara, que acomete 0,1% da população, mais frequente no sexo masculino, caracterizado pelo crescimento local lento. O comportamento biológico é considerado intermediário entre o condiloma acuminado e o carcinoma espinocelular. Clinicamente indistinguível de um condiloma, causado assim o seu subdiagnóstico, e inviabilizando realização de ensaios controlados. São preconizados vários tipos de tratamentos como excisão local, agentes tópicos e radioterapia. Reservando amputação apenas para casos invasivos ou recorrências.

Conclusão: É um tumor que tem potencial de malignização de 30 a 60%, a depender da manutenção da lesão do HPV, como consequência, pode ser prevenida com uso de preservativos, higiene local e vacinação. O tratamento preconizado é conservador, porém em casos graves pode ser indicado até Amputação abdominoperineal. Devido a raridade dos casos, ainda não se realizou ensaio controle para homogeneização de condutas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.134>

