

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 Serafim 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>

