

P51

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO: RELATO DE CASO



Hugo Samaritne Junior, Guilherme Zupo Teixeira, Ariane Caetano Hardy, Milossi Estheisi Romero Machuca, Andressa Marmiroli Garisto, Antonio Jose Tiburcio Alves Junior, Jose Alfredo Reis Junior

Clínica Reis Neto, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Tumores miofibroblásticos inflamatórios (TMI) são lesões raras, com baixa tendência a malignidade. Caracterizados pela infiltração de células inflamatórias em diversos tecidos do corpo, o abdome ocupa o segundo lugar mais prevalente, sendo o mesentério o local mais afetado.

Descrição: Paciente feminina, 67 anos, encaminhada por desconforto em região de fossa ilíaca direita a 2 anos e massa abdominal em região hipogástrica de grande volume ao exame físico. Solicitados Alfa-fetoproteína, CA 125, CEA, CA 19.9 dentro da normalidade e exames de imagem. Em Tomografia de abdome visualizado lesão expansiva em raiz de mesentério/retroperitoneal pélvica, heterogênea e hipervascularizada, deslocando estruturas adjacentes sem comprometimento estrutural, com extenso contato com alças de sigmoide, provocando colabamento intestinal, sem distensão, confirmado em colonoscopia. Realizado laparotomia exploradora com retosigmoidectomia, enterectomia segmentar, pan-histerectomia segmentar e exérese de implantes de jejuno, recebendo alta hospitalar no terceiro pós-operatório. Análise histopatológica revelou proliferação intestinal de pequenas células redondas em tecidos Peri intestinais e Imunohistoquímica com marcadores positivos para ALK 1 e Desmina com componente celular multifocal. Segue em acompanhamento ambulatorial periódico sem novas queixas até o presente momento.

Discussão: De etiologia desconhecida, sugere-se que TMI's sejam decorrentes de processos infecciosos, traumas ou múltiplas cirurgias pélvicas. Tem predomínio na faixa etária pediátrica e adulto jovem, sem diferença significativa entre sexos, sendo 15-40% dos casos assintomáticos. Quando localizado em abdome, costumam estar associados a dor, perda de peso, disfagia, constipação entre outros sintomas. Apesar da baixa tendência a malignidade, crescimento lento e de não produzir metástases, tem sua mortalidade correlacionada à extensão tecidual afetada. Com manifestações clínicas inespecíficas, seu diagnóstico é basicamente histológico, sendo confirmado também por imunohistoquímica e análise de anticorpos para diagnóstico diferencial dos tumores malignos do trato intestinal.

Conclusão: Neoplasia pouco frequente, com quadro clínico inespecífico, dificilmente recordada antes ou durante a cirurgia, deixando seu diagnóstico reservado para estudos complementares após o procedimento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.195>

P52

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO TERMINAL - RELATO DE CASO



Rayama Moreira Siqueira, Carlos Augusto Real Martinez, Roberta Lais dos Santos Mendonça, Danilo Toshio Kanno, Giovanna Sartorelli Venturini, Bruna Zini P. Freitas, Ana Beatriz Affonseca Paez

Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, Bragança Paulista, SP, Brasil

Introdução: Os tumores neuroendócrinos são neoplasias raras e compreendem pequena parcela dos tumores malignos. Possuem comportamento indolente e poucas vezes manifestam-se como síndrome carcinoide. Tal fato acarreta em diagnóstico tardio e, na maioria das vezes, a doença encontra-se avançada.

Relato de caso: P.L.M., 40 anos, feminina, com sintomatologia correspondendo a uma síndrome dispéptica e prurido anal esporádico. Negava perda ponderal, alteração de hábito intestinal ou dor abdominal. Adentrou ao serviço encaminhada e com exames previamente solicitados (Hemograma, EDA e Colonoscopia). Hemograma evidenciou hb 12,6 e ferritina de 9,8, EDA com esofagite erosiva grau A de Los Angeles além de, colonoscopia com lesão de 8 mm sugestiva de lesão subepitelial e biópsia. Tal biópsia era compatível com tumor neuroendócrino em íleo terminal. Solicitada imunohistoquímica que confirmou tumor neuroendócrino grau 2, com Ki67 positivo (3%), sinaptofisina e cromogranina A positivos. Diante dos achados, optado por estadiamento com tomografias de tórax, abdome e pelve e indicado tratamento cirúrgico. Optado por colectomia direita videolaparoscópica em oncologia com margens cirúrgicas livres e ausência de metástase em 29 linfonodos isolados. Durante acompanhamento, trouxe cintilografia com análogo de somatostatina que não evidenciou lesões. Paciente segue em acompanhamento e sem sinais de recidiva tumoral ou metástases.

Discussão: O tumor neuroendócrino trata-se de um tumor derivado de células cromafins liberadoras de neuropeptídeos sendo a serotonina a mais estudada. Os pacientes com este tipo de tumor podem apresentar a síndrome carcinoide, porém é incomum e muitas vezes o sintoma mais habitual será o flushing. Este se manifesta com eritema em face, pescoço e tórax de forma paroxística. Episódios de diarreia podem estar entre as queixas. O diagnóstico baseia-se no quadro clínico e nos exames complementares, sejam eles laboratoriais ou de imagem. A cromogranina A é um dos marcadores de maior relevância. Exames de imagem serão úteis para determinar o local do tumor. Análogos de somatostatina constituem a terapia para o controle dos sintomas, porém, a cirurgia é o único tratamento curativo e definitivo para o tumor.

Conclusão: O relato descrito permite a confirmação da importância do rastreio e do tratamento precoce, uma vez que mudam o prognóstico do paciente e promovem o tratamento curativo da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.196>