

Discussão: A inflamação gastrointestinal em adultos com DM não é bem reconhecida e definida. As manifestações descritas na literatura incluem dor abdominal, diarreia e sangramento gastrointestinal associado a alta mortalidade. A distinção entre doença de Crohn torna-se difícil por não haver um critério bem definido. O uso do metotrexato é conhecido por causar ulceração envolvendo a mucosa oral e trato gastrointestinal superior, no entanto, a atribuição de uma lesão gastrointestinal tão extensa ao uso do metotrexato é improvável.

Conclusão: A manifestação gastrointestinal da DM na sua forma grave é rara e com alta taxa de mortalidade. O presente relato tem por objetivo alertar sobre essa manifestação de difícil diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.203>

P61

ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO E MUCOCELE SINCÔNICA EM APÊNDICE

Malú Aeloany Dantas Sarmiento, Thales Carvalho de Lima, Tiago Cunha Oliveira, Valesca de Souza Ueoka Sobreira, Hélio Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira

Santa Casa de Misericórdia de Passos, Passos, MG, Brasil

Palavras-chave: Mucoccele; Appendix; Cystadenoma; mucinous

A mucoccele de apêndice é um termo inicialmente descrito por Rokitsky em 1842 e formalmente denominado por Feren em 1876, que define o aumento do apêndice cecal pela produção e acúmulo intraluminal de muco, devido a alterações da camada mucosa e muscular. Em 1940 Woodruff e Mc Donald determinaram a classificação das mucocelas em benignas e malignas. É uma entidade rara e geralmente tem seu diagnóstico feito no período intraoperatório. Paciente do gênero masculino, pardo, 82 anos, deu entrada no Serviço de Coloproctologia com queixa de vários episódios de enterorragia, anemia e inapetência, foi submetido à colonoscopia e evidenciado lesão vegetante em cólon ascendente, realizado biópsias e confirmado adenocarcinoma, seguido protocolo de estadiamento e encaminhado à cirurgia curativa. Durante a inspeção da cavidade, foi encontrado o apêndice cecal de aspecto cístico, bastante aumentado de volume, discretamente aderido ao ceco e base livre de aproximadamente 4 cm, além da lesão cancerosa estenosante em cólon ascendente. Após nova inspeção detalhada da cavidade e não sendo encontrado nenhuma alteração ou sinais de implante de mucina, foi feita a proteção da parede abdominal, e realizado hemicolectomia direita com anastomose íleo-transverso primária mecânica látero-lateral, segundo a técnica padronizada, devido a não existência de infiltração tumoral, linfonodomegalia ou qualquer tipo de comprometimento na base do apêndice. O exame macroscópico, da peça cirúrgica, revelou um apêndice cecal dilatado, medindo $9,5 \times 4$ cm, superfície externa acastanhada, lisa, brilhante, observando-se dilatação cística preenchida por conteúdo brancacento e de aspecto mucóide. A microscopia mostra que se trata de cistoadenoma

mucinoso do apêndice cecal sem evidências de malignidade histológica, além de confirmar Adenocarcinoma invasivo em cólon, sem comprometimento linfonodal. O paciente evoluiu bem na enfermaria sem queixas e sem intercorrência obtendo alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.204>

P62

ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM LESÕES SINCÔNICAS GIGANTES DE CÓLON DESCENDENTE (SUBOCLUSIVA) E RETO MÉDIO, COM LESÃO HEPÁTICA METASTÁTICA ÚNICA

André Antonio Abissamra^{a,b}, Thiago Maicon Matos de Oliveira Rodrigues^{a,b}, Matheus Carpenedo Frare^{a,b}, Rossini Fernandes Lyria^{a,b}, Henrique Victor Ruani^{a,b}, Genaina de Oliveira^{a,b}, Caroline Hirayama^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Relato de caso: Paciente com polipose de cólon e reto, com pelo menos quatro lesões, sendo dois pólipos gigantes, um deles localizado em reto médio, medindo cerca de 7 cm, uma neoplasia subestenosante de transição descendente-sigmóide medindo 6 cm, ocupando de 80% da luz, dificultando a progressão do aparelho, impedindo avaliação endoscópica além do cólon transverso. Havia ainda outros dois pólipos com até 3 cm no segmento avaliado. Tomografias mostraram apenas lesão secundária hepática isolada no segmento III, as lesões descritas e não identificaram outras lesões. Foi realizada mucosectomia de reto, com intenção de preservação do reto. A biópsia da lesão de reto revelou adenoma viloso em reto médio com diâmetro máximo de 8,7 cm, com intenso grau de atipia citoarquitetural com margens cirúrgicas livres. Optou-se pela colectomia total + hepatectomia, após a mucosectomia do reto e confecção da íleo-reto anastomose, considerando a boa condição clínica do paciente, sua idade avançada, o estado do esfíncter anal e a benignidade da lesão do reto, visando a melhor adaptação fisiológica e qualidade de vida do paciente. No intraoperatório foi realizada a palpação do cólon e identificado uma grande lesão neoplásica no cólon transverso próximo ao ângulo hepático, segmento não visualizado na colonoscopia e não revelado pelas tomografias. O anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou que a lesão de cólon transverso (inicialmente oculta) tratava-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante até tecido adiposo pericólico, medindo cerca de 7 cm em seu maior eixo. Além disso, as outras lesões revelaram-se adenomas tubulovilosos (3,3 cm e 4 cm) com intenso grau de atipia, com margens cirúrgicas livres.

Discussão: A remoção de todos ou a maioria dos segmentos do cólon e anastomose do intestino ao reto superior ou cólon sigmóide compreende uma operação mais extensa, permitindo uma anastomose direta. O procedimento deve ser considerado quando a obstrução distal impede avaliação



do cólon proximal, havendo ainda sintomas obstrutivos que impedem a cirurgia em condições minimamente higiênicas.

Conclusão: Casos complexos de neoplasias colorretais com tumores sincrônicos com envolvimento do reto médio e baixo são desafios ao cirurgião, devido à escolha da melhor opção terapêutica e suas implicações funcionais envolvidas, no caso em questão embora houvesse limitações das informações desejadas, a sequência decisões revelou-se acertada do ponto vista oncológico e funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.205>

P63

ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULA ANAL AVANÇADO COM CIRURGIA DE RESGATE

Sonaira Francisca Alves da Silva Bernardes, Dirceu de Castro Rezende Junior, Natasha Sa Gille Rissin, Tânia Rosa Pereira da Mata, Alexandre de Brito Borges Pimentel

Serviço de Coloproctologia, Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Sabe-se que 75% dos cânceres do canal anal são carcinomas de células escamosas e 20% são adenocarcinomas (ADC). Este é subclassificado em dois tipos: colorretal, que surge da mucosa acima da linha dentada; e tipo extramucoso, que inclui ADC que surge em fístulas anorretais e o ADC decorrente das glândulas anais, que por sua vez é raro.

Caso: Homem de 56 anos com história de doença hemorroidária, com sangramento anal e nódulo com crescimento progressivo há 10 meses. Ao exame evidenciado lesão ulcero-proliferativa e sangrante em borda lateral esquerda do ânus sem aparente invasão da mucosa anal. Realizado biópsia incisional que evidenciou ADC tubular invasivo, imunohistoquímica positivo para CK 7, CDX2 e focal para CK 20. Ultrassom endoanal identificou uma lesão que ocupa quase toda a circunferência do canal anal se estendendo até transição com o reto inferior, invadindo o músculo esfíncter anal externo, sem plano de clivagem com a uretra, medindo 89 × 33 × 57 mm, com linfonodomegalia em mesorreto inferior (uT4N1). O PET CT confirmou lesão hipermetabólica na borda anal e linfonodos hipermetabólicos inguiniais bilaterais sugestivos de envolvimento secundário. Colonoscopia normal. Tratado com capecitabina oral e radioterapia (57,6 Gy). Dez semanas após quimiorradioterapia, foi submetido a abordagem multiprofissional com a realização de amputação abdominoperineal extraelevador (ELAPE) pela equipe da coloproctologia, cistoscopia (mucosa uretral livre), exereses de pele do escroto e esqueletização da uretra pela urologia, e reconstrução com retalho miocutâneo vertical de reto abdominal (VRAM) pela cirurgia plástica.

Discussão: O adenocarcinoma das glândulas anais (AGA) apresenta critérios segundo a OMS difíceis de serem cumpridos, principalmente nos casos avançados. Hobbs e cols formularam uma definição útil e discriminatória, sendo o AGA um tumor do canal anal composto por pequenas glândulas dispersas ao acaso, com pouca produção de mucina invadindo a parede da área anorretal sem um componente intraluminal, com imunohistoquímica positiva para CK 7. O caso acima

preenche a esses critérios. O tratamento para o AGA não está estabelecido, porém Anwar e cols concluiu que o tratamento ideal é a combinação de ressecção cirúrgica radical com quimiorradioterapia neoadjuvante/ adjuvante.

Conclusão: Em pacientes com doença persistente após o tratamento com quimiorradioterapia para AGA a cirurgia de resgate deve ser considerada para controle local da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.206>

P64

ADENOCARCINOMA DE RETO GIGANTE COM CRESCIMENTO FORA DOS PADRÕES USUAIS

Izadora Lorena Ferreira Reis, Lucas Domingos Rodrigues da Cunha, Luciano Ricardo Pelegrinelli, Katyara Rodrigues Fagundes, Italo Filipe Cardoso Amorim, Emerson Abdulmassih Wood da Silva, Renata Margarida Etchebehere

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Introdução: O câncer colorretal é assunto de grande importância, por sua prevalência, fisiopatogenia e hereditariedade. No entanto, apesar de grande estudo, ainda existem casos intrigantes pela precocidade, agressividade ou padrões diferentes dos tradicionalmente descritos.

Descrição do caso: Paciente masculino, 40 anos, previamente hígido, há 8 meses iniciou dor em região sacral que irradiava para membro inferior esquerdo, progressiva, não responsiva a analgésicos e anti-inflamatórios. Concomitantemente, surgiram hematoquezia, anemia, astenia, tenesmo e perda de 10 Kg. Ao toque retal, lesão circunferencial, há 3 cm da borda anal. Colonoscopia com biópsia caracterizou lesão concêntrica, estenosando a luz de reto baixo, compatível com adenocarcinoma de cólon. Tomografias evidenciaram massa anorretal circunferencial, cerca de 14 cm de extensão para planos adiposos adjacentes, sem plano de clivagem com próstata e vesículas seminais, junto a linfonodomegalias perirretais, femorais, ilíacos, cavais e aórticos. Na evolução, intercorreu com perfuração de sigmoide, sendo realizado retossigmoidectomia a Hartmann. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou adenocarcinoma de cólon pouco diferenciado, estendendo até a serosa, com comprometimento de quase toda a peça cirúrgica e invasão angiolinfática.

Discussão: Trata-se de paciente com faixa etária atípica, doença extremamente avançada e com padrão pouco usual. Existia tumor gigante em topografia de reto e perfuração de sigmoide, área que se acreditava estar fora dos limites da neoplasia pelos exames de imagem. Além disso, a peça cirúrgica resultante da retossigmoidectomia a Hartmann apresentava aspecto macroscópico livre de neoplasia, no entanto, na sua análise microscópica, foi identificado acometimento de quase toda a extensão da peça cirúrgica. Além da lesão tumoral vegetante de grandes proporções, a microscopia mostrou uma invasão espalhada da parede do cólon mais que o esperado, isto é, lesões com crescimento lateral e circunferencial na parede com invasão profunda da mucosa e da submucosa e sem aspecto macroscópico visível.

