

**Conclusão:** Trata-se de um paciente jovem, com crescimento tumoral bastante agressivo e extenso, tanto em parede colônica quanto ganglionar.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.207>

P65

### ADENOCARCINOMA DE SIGMOIDE COM METÁSTASE LINFONODAL PARA MESORRETO: RELATO DE CASO DE UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM



Arthur Rosado de Queiroz, Ursula Araújo de Oliveira Galvão Soares, Aline Landim Mano, Lina Maria de Goes Codes, Flávia de Castro Ribeiro Fidelis, Mayara Maraux Maranhão, Euler de Medeiros Azaro Filho

Hospital São Rafael, Salvador, BA, Brasil

**Introdução:** O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais prevalentes no mundo, sendo responsável por alta morbimortalidade. O principal tipo histológico encontrado é o adenocarcinoma. O cólon sigmoide é sítio comum da doença, sendo sua drenagem linfática habitual para linfonodos mesentéricos inferiores. Sabe-se que a drenagem linfática aberrante é incomum no CCR.

**Descrição do caso:** E.A.S., 47 anos, sexo feminino, previamente hígida, com história de dor abdominal e hematoquezia há quatro meses. Prosseguiu investigação diagnóstica, com evidência de lesão em sigmoide, a 20 cm da borda anal, com biópsia compatível com adenocarcinoma. Os exames de estadiamento evidenciaram imagens sugestivas de metástase para fígado (segmento VI), pulmão (lobo superior esquerdo) e linfonodo de mesorreto à direita, confirmados pelo PET-TC. Indicada retossigmoidectomia com linfadenectomia e segmentectomia hepática, durante a qual foi realizada biópsia excisional de linfonodo em mesorreto, com congelação confirmatória para adenocarcinoma. Foi então procedida à excisão total do mesorreto. Em segundo tempo, foi realizada segmentectomia pulmonar. O estudo anatomopatológico confirmou adenocarcinoma de sigmoide, metástases para linfonodo de mesorreto, fígado e pulmão (pT3 pN1c pM1a). Os 15 linfonodos ressecados em conjunto com a peça foram negativos para neoplasia. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há oito meses, sem recidiva da doença.

**Discussão:** O acometimento linfonodal no CCR é um dos principais indicadores prognósticos destes tumores, relacionando-se com doenças em estágios mais avançados e presença de metástases à distância. No caso descrito, não houve acometimento de linfonodos de cadeia mesentérica inferior, com linfonodo de mesorreto positivo para adenocarcinoma. A invasão de linfonodos peritumorais está bem descrita na literatura, sendo raro o acometimento exclusivo de linfonodos não relacionados à cadeia de drenagem habitual. Além disso, não há relato na literatura que associe as características tumorais às metástases linfonodais à distância isoladas.

**Conclusão:** Apesar da raridade, não devemos afastar a possibilidade de acometimento linfonodal à distância sem invasão de cadeia de drenagem habitual, mantendo-se a suspeição diante de linfonodo aumentado e/ou de caracterís-

tica patológica em qualquer região. O mesorreto não é sítio de drenagem linfonodal de adenocarcinomas de sigmoide, sendo esta manifestação rara de metástase para linfonodo não peritumoral.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.208>

P66

### CÂNCER COLORRETAL EM PORTADOR DE COLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À SÍNDROME DE WILLIAMS- CAMPBELL



Bruna Zini de Paula Freitas, Lucas de Sena Leme, Paula Cristina Steffen Novelli, Brunno Augusto José Costa, Daniel de Castilho Silva, Carlos Augusto Real Martinez

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

**Introdução:** Pacientes portadores de retocolite ulcerativa apresentam risco aumentado de desenvolver câncer colorretal e este aumenta de acordo com o tempo de doença. A probabilidade do desenvolvimento de neoplasia nesses pacientes após 10 anos do diagnóstico é de 2%, mas pode chegar a 20% depois de 30 anos. A Síndrome de Williams-Campbell (SWC) é uma doença congênita caracterizada pela deficiência na formação de cartilagem nos brônquios de quarta a sexta ordem. Como resultado desta bronquiectasia, o paciente cursa com sintomas de broncoespasmo e pneumonia de repetição.

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, deu entrada no pronto-socorro com quadro de abdome agudo obstrutivo. Apresentava antecedente pessoal de SWC acompanhado na pneumologia de outro serviço. Foi realizada tomografia computadorizada que demonstrou neoplasia estenosante em sigmóide com dilatação de cólon a montante, sem sinais de metástase a distância. Foi indicado laparotomia exploradora de urgência, porém paciente evoluiu rapidamente para quadro de choque séptico. Pelo quadro clínico grave, foi optado por colostomia em alça acima e próxima a lesão. Paciente permaneceu internado em UTI por cinco dias com quadro de choque séptico grave, com necessidade de ventilação mecânica e drogas vasoativas em doses altas. Evoluiu com melhora clínica lenta e recebeu alta hospitalar no 16º pós-operatório. Em colonoscopia realizada posteriormente, foi encontrado, além de lesão vegetante em sigmoide, duas lesões ulceradas de um centímetro em ceco (biópsia revelou colite ulcerativa), sem outras alterações naquele momento. Realizada retossigmoidectomia com anastomose primária e linfadenectomia. Na análise macroscópica da peça cirúrgica, observou-se hiperemia de mucosa e pseudopólipos no cólon proximal a colostomia terminal. O cólon distal apresentava mucosa sem alterações. Paciente recebeu alta hospitalar no quinto pós-operatório sem queixas. Anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT3pN2a com quatro linfonodos comprometidos de cento e dezoito ressecados) e colite ulcerativa no cólon proximal a ostomia. Paciente nunca apresentou sintomas (intestinais ou extra intestinais) típicos de doença inflamatória intestinal. Atualmente, em acompanhamento em nosso ambulatório.