

P69

DESCOBERTA DE TUMOR COLORRETAL E COMPLICAÇÕES À LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA: RELATO DE CASO



Amanda Cristina de Souza^{a,b}, Jéssica Danicki Prado Fernandes^{a,b}, Ana Carolina Gomes Siqueira^{a,b}, Ana Luiza Alves Nicoletti^{a,b}, Letícia Reis Kalume^{a,b}, Matheus Moreno de Oliveira^{a,b}, José de Ribamar Ramos Neto^{a,b}

^a Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Regional de Planaltina, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O câncer (CA) colorretal está muito associado à obstrução intestinal (OI), uma vez que o seu crescimento e processo inflamatório associado geram estenose de segmentos do cólon e possível obstrução. Essa obstrução gera um acúmulo de fezes na região, aumentando a tensão sobre as paredes do intestino, o que pode levar à isquemia e evoluir para necrose e perfuração.

Descrição do caso: J.L.R.S., masculino, 57 anos, alcoólatra, chegou ao pronto socorro com dor abdominal intensa, principalmente em fossa ilíaca direita. Ao exame físico, não apresentou sinais de peritonite. A radiografia abdominal apresentou sinais sugestivos de perfuração intestinal, sendo indicada laparotomia exploratória (LE), realizada quatro horas depois por ausência de anestesista no momento. Na cirurgia foi constatado: tumor provocando estenose em ângulo esplênico, estenose de ângulo hepático de origem inflamatória, além de necrose e perfuração de ceco. Foi realizada colectomia total com ileostomia. No 3º dia de pós-operatório (DPO) houve necrose da ostomia, sendo realizada nova LE com reconstrução da ileostomia. No 3º DPO da reconstrução da ileostomia, o paciente apresentava evolução arrastada e sinais de infecções da ferida cirúrgica. Nos seis dias seguintes, procedeu-se com duas trocas da antibioticoterapia, porém o paciente evoluiu com insuficiência respiratória e foi encaminhado para o box de emergência, pois não havia leitos na unidade de terapia intensiva. Após algumas horas, contudo, evoluiu para óbito.

Discussão e conclusão: A perfuração do ceco ocorrida pode ser explicada por três teorias, a mecânica, a mais aceita, em que a obstrução intestinal leva à separação das camadas musculares, perfuração intestinal e consequente peritonite. A da vascularização em que a tensão gerada pela obstrução causa compressão dos vasos e isquemia. E a infecciosa tóxica em que ocorre invasão da mucosa, resultando em necrose e ulceração. A cirurgia é o tratamento inicial, ressecando-se a parte do intestino afetada e os nódulos linfáticos próximos à região, todavia, o paciente apresentava comprometimento de grande parte do cólon, sendo necessária colectomia total para terapêutica. O CA de cólon é tratável na maioria dos casos, se detectado precocemente, quando não houve metástase. No caso do paciente, a neoplasia foi diagnosticada quando já estava avançada, gerando sintomas, dentre eles a obstrução

intestinal e consequente ruptura, mostrando a importância da prevenção do CA colorretal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.212>

P70

DIAGNÓSTICO DE MELANOMA ANORRETAL EM ACHADO DE EXAME PROCTOLÓGICO SOB ANESTESIA



Eduardo Endo, Henrique Luckow Invitti, Rafael Rodrigues Spinola Barbosa, Julia Furlan Anastacio, Leticia Allebrandt, Rodney Bertazzi Sampietro, Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, o câncer de pele é a neoplasia mais prevalente no Brasil, o melanoma representa cerca de 3% dos tumores malignos do órgão e é o que possui maior mortalidade. Dentro do espectro do melanoma apenas 1,3% são de localização mucosa, que possui a pior taxa de sobrevida. Dos melanomas de mucosa 23% são anorretais.

Descrição do caso: T.N.D., 65 anos, feminino. Avaliada no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba por queixas de dor e sensação de corpo estranho em região anal há 6 meses sem sangramento, emagrecimento, constipação ou diarreia. Colonoscopia evidenciou pólipó pediculado, com base ulcerada, de 8mm em borda anal. Em exame sob anestesia, realizada polipectomia e biópsia incisional de pápula hipertrófica, localizada em borda anal, com contornos irregulares, medindo aproximadamente 3 cm. O diagnóstico anatomopatológico desta lesão foi de melanoma cutâneo in situ. Após estadiamento foi indicada amputação abdominoperineal do reto. O procedimento foi realizado sem intercorrências. Não foi indicada terapia adjuvante pela equipe de oncologia clínica.

Discussão: O melanoma anorretal é uma neoplasia rara, com poucos casos relatados desde sua primeira publicação em 1857. Tem maior incidência entre a sexta e oitava décadas de vida, com predomínio na raça branca. A lesão em geral se apresenta como lesão polipóide que se projeta para a luz do órgão. Os sintomas são semelhantes aos de doenças orificiais benignas, o que pode dificultar o diagnóstico. Não existe consenso na literatura sobre a melhor conduta terapêutica. Alguns autores defendem a amputação abdominoperineal. Outros, uma postura mais conservadora, optando pela ressecção local mantendo os esfíncteres anorretais. A bibliografia demonstra que os melanomas não são sensíveis a radioterapia e não há concordância de qual seria o melhor quimioterápico. Em geral o diagnóstico é tardio, já com doença metastática, o que contribui para a descrição de prognóstico desfavorável na maior parte dos relatos.

Conclusão: Apesar de raro, o melanoma anorretal deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões hipertróficas perianais. O diagnóstico precoce é fundamental para um desfecho favorável.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.213>