

diagnóstico e intervenção cirúrgica precoce, frequentemente necessária à resolução do quadro.

Descrição do caso: Neste relato o paciente do sexo masculino apresentou sintomas como dor abdominal difusa, constipação, vômito e perda ponderal há 30 dias. Ao ser atendido no HPS João Lúcio foi realizada a anamnese e o exame físico do paciente o qual indicou dor abdominal difusa a palpação profunda, abdome globoso, flácido, distendido, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massas palpáveis, sinais de Murphy, Giordano e Blumberg negativos. Em seguida foram requeridos os exames complementares e a radiografia simples o paciente apresentava o clássico sinal de empilhamento de moedas na região do mesogástrico indicando distinção de alças de delgado com padrão obstrutivo, já na tomografia computadorizada no ponto da obstrução identifica-se a imagem em alvo que significa a invaginação íleo-ileal. A partir dos exames de imagem os cirurgiões optaram por uma laparotomia exploradora, encontrando assim uma intussuscepção intestinal íleo-ileal.

Discussão: A intussuscepção intestinal apresenta-se de forma mais frequente em crianças de até 1 ano de idade e raramente ocorre em adultos, correspondendo 1% a 5% dos casos de obstrução. Segundo Teng Lu MD et al. (2015) em 745 casos cirúrgicos de intussuscepção intestinal em adultos, a doença, em 52% dos casos, acomete o intestino delgado. Ainda nos adultos, a doença é geralmente secundária a uma causa orgânica, com causa identificável em 60% a 70% dos casos e manifestando-se frequentemente de forma subaguda ou crônica. As principais causas citadas são: divertículos de Meckel, linfomas, vasculites associadas a imunoglobulina A e pólipos intestinais (Beckman G et al. (2015)). Ressalta-se que a tríade sintomática mais comum na intussuscepção intestinal é o quadro de dor abdominal aguda, vômitos e eliminação de muco com sangue pelo reto. A dor na fase aguda pode ser caracterizada como intermitente, com intervalos de até 20 min entre os picos. No quadro clínico em questão, além da dor aguda e vômitos pós alimentares, o paciente negava alteração do ritmo intestinal, do aspecto de evacuações e na eliminação de muco ou sangramento nas fezes, contrariando a apresentação clássica de eliminação retal de substância com aspecto de “geleia de morango”, sobremaneira observada nos infantes.

Conclusão: A intussuscepção intestinal é uma patologia mas afeta a população pediátrica, ocorrendo em apenas 10%-15% dos casos após os 2 anos de idade. Por conta de sua rara incidência em adultos e ao quadro clínico menos exuberante e inespecífico, retardando o diagnóstico adequado; torna-se mister salientar a importância da continuidade da investigação dos quadros semioclusivos sem achados significativos ao exame físico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.023>

281

Tumor de krukenberg decorrente de adenocarcinoma sincrônico de colón em paciente jovem

L.A.N. Assis, Í.F.C. Amorim, E.A.W. Silva, L.R. Pelegrinelli, A.F.R. Zago

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

Área: Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Tumor de Krukenberg (TK) é um raro adenocarcinoma ovariano de natureza metastática, majoritariamente do trato gastrointestinal. É difícil estimar sua ocorrência, mas sabe-se que corresponde a 1% a 2% de todos os tumores ovarianos. Destaca-se que o câncer gástrico e o câncer colorretal, juntos, representam aproximadamente 90% dos sítios primários do TK. O objetivo deste relato de caso consiste descrever os aspectos clínicos, laboratoriais e tratamento do TK em uma paciente jovem.

Descrição do caso: LMFS, 27 anos, feminino, admitida no serviço de Urgência Ginecológica do HC-UFTM devido a quadro de distensão e dor abdominal, principalmente em região hipogástrica, com ultrassom de abdome total evidenciando cisto multisseptado na região pélvica com volume aproximado de 1131cc e ascite de pequeno volume. Na admissão, realizado novo ultrassom de abdome total e pelve com doppler que visualizou lesão cística grande, multiloculada, com septações grosseiras, apresentando fluxo ao doppler, com volume 3266 cm³. Realizado também tomografia de abdome total com mesmos achados, acrescido de hidronefrose ipsilateral e linfonodomegalias heterogêneas retroperitoneais periaórticas. Exames laboratoriais Ca 125: 128,5/Ca 19-9: 0,6/CEA: 4,86. Solicitado avaliação da coloproctologia que solicitou videocolonoscopia evidenciando lesão vegetante, de superfície irregular, ocluindo quase completamente a luz do órgão, friável, localizada a 30 cm da borda anal. Submetida a retossigmoidectomia em oncologia associado a ooforectomia bilateral; anatomopatológico compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado do cólon esquerdo (2 lesões, tumor sincrônico e ovário esquerdo apresentando metástase de adenocarcinoma de sítio primário intestinal). Encaminhada para oncologia clínica e encontra-se em esquema quimioterápico.

Discussão: A história natural dos TKs condiz com uma clínica inespecífica e pobre em sintomas, apresentando muitas das vezes como manifestação inicial alterações gastrointestinais. Dentre esses, destacam-se a dor, distensão abdominal e ascite, todos eles observados na paciente descrita. O tumor é caracterizado pela presença de células produtoras de mucina com aspecto de “anel de sinete”. Exames de imagem, análise sérica de marcadores tumorais como o CA 125 e achados histológicos auxiliam o diagnóstico. Quanto ao acometimento ovariano é sabido que o comprometimento bilateral é mais comum, independentemente do sítio primário. No entanto, têm-se melhor prognóstico em tumores unilaterais



e de origem colorretal. O tratamento do TK envolve distintos momentos, cirúrgico e quimioterápico.

Conclusão: O TK é um raro adenocarcinoma metastático ovariano. O prognóstico é desfavorável e as taxas de sobrevivência são bastante reduzidas. No entanto, é possível, assim como representado neste caso, prolongar a sobrevivência da paciente através da abordagem correta e do seguimento rigoroso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.024>

537

Divertículo de reto sintomático



G.F. Furlan, M.V. Furlanetto, R.B. Sampietro, E. Endo, A.H.B.G. Vieira, H.L. Invitti, R. Valarini, A.S. Brenner

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil

Área: Doenças Intestinais funcionais e Doença Diverticular dos cólons

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Neste trabalho relatamos o caso de um paciente com divertículo de reto associado a constipação e tenesmo.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 75 anos, foi atendido no ambulatório de Coloproctologia de um hospital terciário em Curitiba, com queixa de constipação associada a tenesmo e episódios de distensão abdominal há 6 meses. Apresentou melhora parcial dos sintomas com uso de laxativos e mudança de hábitos alimentares. Negava demais comorbidades, assim como realização de colonoscopia prévia. Ao exame físico apresentava-se com abdome plano, flácido, indolor a palpação, sem massas palpáveis, com toque retal sem alterações. Foi optado por solicitar colonoscopia, que evidenciou 2 orifícios diverticulares de óstio largo a 10 centímetros da margem anal, sem alterações do padrão da mucosa.

Discussão: A doença diverticular dos cólons é uma condição comum na população, podendo estar presente em mais de 50% das pessoas, com acometimento principalmente do cólon sigmoide. Diferente dos divertículos dos cólons, os divertículos retais são considerados uma condição rara, com prevalência de 0,08% na população geral. Acomete mais pacientes do sexo masculino (3:1), entre 55 e 85 anos de idade. Estes divertículos são divertículos verdadeiros, ou seja, englobam todas as camadas da parede retal, possuem óstio grande e geralmente se manifestam nas paredes laterais do reto, devido a menor resistência das camadas musculares. Geralmente são únicos, e podem se associar a constipação, obesidade e impactação fecal, podendo se manifestar com diverticulite, infecção, ulceração, perfuração, fístula e prolapso anal. Porém, na maioria das vezes os divertículos de reto são assintomáticos, não necessitando de intervenção cirúrgica, esta ficando reservada para casos com sintomas importantes ou complicações.

Conclusão: Os divertículos retais são raros e geralmente assintomáticos, no entanto devemos ter conhecimento dessa condição assim como de seus sintomas e possíveis complicações. Ainda deve-se considerar como diagnóstico diferencial constipação intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.025>

282

Divertículo retal: achado colonoscópico



L.A.N. Assis, Í.F.C. Amorim, E.A.W. Silva, L.R. Pelegrinelli, A.F.R. Zago

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

Área: Métodos complementares diagnóstico e terapêutica

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): A doença diverticular acomete principalmente o cólon sigmoide onde representa cerca de 70% dos casos descritos, atingindo o cólon transverso e ascendente em 10%, o cólon descendente em 10% podendo ainda ser pan-colônica em mais de 10% dos casos. O acometimento do reto, entretanto, é extremamente raro, estimando-se uma incidência de 0,07 a 0,08% dos doentes submetidos a investigação diagnóstica. O objetivo do presente relato é apresentar um caso de divertículo do reto, diagnosticado durante realização de exame colonoscópico e revisar a literatura quanto aos principais aspectos dessa inusitada afecção

Descrição do caso: A.S.A., 52 anos, masculino, procurou ambulatório de coloproctologia com quadro de sangramento após evacuação, de grande quantidade, de início há 3 anos. Exame proctológico evidenciando doença hemorroidária mista. Colonoscopia para rastreio com presença de grande quantidade de divertículos em todo cólon, inclusive divertículo em reto, único, com óstio largo, maior que 2 cm e sendo realizado biópsias que não mostrou alterações

Discussão e Conclusão(ões): A presença de divertículo no reto é um evento raramente descrito e apresenta, ainda em nossos dias, etiologia incerta. Apesar da etiologia incerta, alguns fatores são descritos como predisponentes: constipação, impactação fecal recorrente, relaxamento do septo retovaginal, atrofia muscular, obesidade com infiltração gordurosa da parede muscular do reto, ausência de estruturas de suporte tais como o cóccix, traumatismos retais, infecção, ulceração e anomalias congênitas. Os divertículos retais acometem com maior frequência o sexo masculino, sendo geralmente únicos, podendo se encontrar até três divertículos no mesmo paciente. Na maioria dos casos publicados e assim como observamos no presente caso, os divertículos do reto possuem óstio largo com ampla comunicação com a luz retal. Apresentam curso assintomático, sendo frequentemente achado incidental. A concomitância com doenças orificiais não é rara, assim como observado no paciente do presente relato, em que a perda sanguínea retal era decorrente da doença hemorroidária, sendo o divertículo do reto um achado do exame colonoscópico. Ocasionalmente, os divertículos do reto podem ser acompanhados de complicações: infecção, perfuração, fístulas, estenoses, ulcerações e sangramento. O diagnóstico dos divertículos retais é difícil de ser realizado somente com base no exame clínico e habitualmente não requer tratamento cirúrgico. Cabe lembrar, todavia, da necessidade de acompanhamento periódico desses pacientes devido a possibilidade de metaplasia de mucosa gástrica no interior do divertículo e a associação com o câncer de reto.