

miomas são positivos para actina e desmina e ao contrário dos GISTs, negativos para CD34 e CD117. Os leiomiomas podem ser encontrados em diferentes locais da musculatura lisa do cólon como a muscular da mucosa, a muscular própria e o músculo liso da parede de vasos na submucosa. O tratamento depende da localização, para tumores originários da muscular da mucosa, acima da camada submucosa, a ressecção endoscópica pode ser feita com segurança. Já tumores encontrados na submucosa, a ressecção cirúrgica é o padrão ouro.

Conclusão: O cólon é um lugar raro para aparecimento de leiomiomas e até então, há poucos casos relatados na literatura mundial. Dois passos são principais para o manejo do leiomioma. O primeiro é a realização da imuno-histoquímica para fechar o diagnóstico e o segundo é saber localização da lesão para a melhor escolha terapêutica, tendo em mente que apesar da lesão apresentar casos raros em que há degeneração maligna, ela pode ser causadora de sangramento, obstrução e/ou intussuscepção intestinal se se tornar de maiores dimensões.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.120>

367

Tratamento cirúrgico do megacólon tóxico

G.Z. Loureiro, L.B. Gomes, L.O.M. da Silva, R.C. Gama, L.R.M. Gama, L.R.M. Gama, G.N. Furtado, S. Vicentini

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O megacólon tóxico é uma das complicações da agudização da retocolite ulcerativa (pancolite), podendo ser uma colite segmentar ou generalizada. A forma aguda de apresentação revela morbidade e mortalidade significativas quando não diagnosticada, ou não tratada de maneira intensiva e multidisciplinar. Critérios para seu diagnóstico incluem, além de uma evidência por imagem de dilatação acima de 6 cm, a presença de 3 ou mais características como: febre maior que 38,5 °C, taquicardia (FC > 120 bpm), leucocitose (> 10.500), ou anemia. Condições como depleção de volume, alterações de estado mental, anormalidades hidro-eletrolíticas e hipotensão fazem parte do quadro inicial. O tratamento cirúrgico é indicado na presença de complicações como perfuração ou sangramento retal maciço. Também é indicado quando uma terapia medicamentosa de resgate não responde após 72 horas.

Descrição do caso: Os autores apresentam o caso de colite tóxica (CT) associada ao megacólon tóxico, secundário à doença intestinal inflamatória (RCU) agudizada em uma paciente do sexo feminino de 46 anos. Trata-se de uma paciente com diagnóstico de RCU desde 2014 com pancolite, tratada em monoterapia com Sulfasalazina e Mesalazina. Após tratamento para IVAS, com utilização de mais de um antibiótico, a paciente apresentou quadro de diarreia, com mais de 15 episódios em 24 horas, associada a vômitos e dor abdominal. Decorrida uma semana de tratamento com sinto-

máticos e reposição hidroeletrólítica em idas recorrentes ao pronto socorro, a paciente foi internada neste serviço, mantendo sintomas. Durante internação, a paciente evoluiu com piora dos sintomas, com sinais de toxicidade sistêmica como taquicardia (FC > 120 bpm), hipotensão, distensão abdominal, confusão mental, oligúria, anemia, leucocitose e elevação de PCR. A paciente foi tratada inicialmente com suspensão da dieta, nutrição parenteral total e hidrocortisona na dose de 300 mg/dia e acompanhamento multidisciplinar. Após 72 horas, com aparente melhora clínica, apresentou piora da distensão abdominal e da dor, com sinais de irritação peritoneal na FID e sangramento maciço. Optou-se por tratamento cirúrgico, onde evidenciamos megacólon com sinais de isquemia segmentar em todo o cólon, com dilatação principalmente do ceco, cólons ascendente e transversos, sem sinais de perfuração. Paciente foi, então, submetida à colectomia total, com preservação do reto acima da flexura, com ileostomia terminal e fístula mucosa.

Discussão e Conclusão(ões): O tratamento inicial do megacólon tóxico secundário à doença inflamatória intestinal requer diagnóstico diferencial com infecções por CMV e Clostridium difficile, como no caso relatado. O envolvimento multidisciplinar (gastroenterologista, cirurgiões, nutrólogo e especialista em cuidados intensivos) é fundamental no planejamento do tratamento a estes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.121>

368

Condrossarcoma mixoide extra-esquelético

F. Perondi, M.M. Cerato, M.L. Visioli, R.D.D. Vila, R.T. Koshimizu, K.B. Susin, P.S. Passos, K.G. Valentini

Hospital Ernesto Dornelles (HED), Porto Alegre, RS, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O condrossarcoma mixoide extra-esquelético (CME) é um tumor maligno raro responsável por menos de 3% dos sarcomas de partes moles. Objetivo deste relato é apresentar uma patologia pouco comum, mas que muitas vezes, é diagnosticada pelo coloproctologista pela íntima relação com o reto, quando de localização pré-sacral.

Descrição do caso: C.M.S., sexo feminino, 73 anos. Procurou a emergência em novembro de 2018 com queixa de dor abdominal difusa, perda de aproximadamente 10 kg e alteração do hábito intestinal há 2 meses. Realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou lesão nodular heterogênea de 3,6 x 3,6 cm peri-retal e pré-sacral e lesão lítica em corpo vertebral de D12. Encaminhada ao oncologista para avaliação e estadiamento, sem evidência de outras lesões e com compressão extrínseca do reto vista em colonoscopia. Realizadas avaliações da coloproctologia e da neurocirurgia com indicação de ressecção das lesões e optado primeiramente pela ressecção da lesão expansiva vertebral com descompressão medular em dezembro

de 2018. O anatomopatológico e imuno-histoquímica foram inconclusivos, sem definição do sítio primário da doença. A paciente realizou radioterapia direcionada à lesão vertebral entre 10-23/01/2019. Reencaminhada para avaliação coloproctológica com indicação de ressecção do tumor retro-retal posterior à esquerda que foi realizada em 28/02/2019: dissecação do espaço retro-retal e dissecação romba das paredes da lesão com remoção em monobloco com o cóccix. O anatomopatológico associado à imuno-histoquímica evidenciou condrossarcoma mixoide extra-esquelético, sendo indicada radioterapia, porém a paciente evoluiu com quadro desfavorável. Foi internada em maio/2019 com dor lombar não controlada e novos exames evidenciaram metástases em ossos da pelve, pulmões, pleura e linfonodos. Recebeu alta com indicação de iniciar quimioterapia, mas foi reinternada em junho de 2019 em estado caquético e sem condições clínicas para tratamento oncológico, sendo optando junto aos familiares por priorizar conforto, vindo à óbito em 20/06/2019.

Discussão e Conclusão(ões): Macroscopicamente é uma massa bem limitada por uma cápsula fibrosa e homogênea. Apresenta taxas de recorrência locais entre 37-48% e de metástases em cerca de 50% dos casos, porém não é incomum a longa taxa de sobrevida mesmo na presença de metástases. As taxas de sobrevivência em 5 anos são de 82-90%, em 10 anos de 65-70%, em 15 anos de 58-60%. tratamento atual é baseado na ressecção cirúrgica que pode ser curativa, a radioterapia e quimioterapia ainda não foram comprovadas como tratamento de primeira linha. O condrossarcoma mixoide extra-esquelético é uma entidade rara. A chave diagnóstica é o estudo morfológico, auxiliado pela imuno-histoquímica e genética. É um tumor com alta taxa de recorrência local e de metástases.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.122>

370

Queilite granulomatosa associada a doença de crohn tratada com ustequinumabe

C.B.G. Facanali, N.S.F. Queiroz, A.P. Gonçalves, M.R. Borba, A.S. Neto, C.W.S.W. Sobrado, S.C. Nahas, I. Ceconello

Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Descrever um caso de queilite granulomatosa (QG) associada a doença de crohn (DC) tratado com ustequinumabe com resposta clínica satisfatória.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 25 anos, iniciou edema facial recorrente e progressivo no último ano. O exame de pele, cabeça e pescoço não mostrou preocupação para a malignidade. Tinha boa dentição e não apresentava lesões de orofaringe. A expressão facial estava igual bilateralmente. Apresentava obesidade como antecedente pessoal (IMC = 30,4) e psoríase como antecedente familiar (tia foi diagnosticada com psoríase). Iniciou acompanhamento com

imunologista e foi descartada a hipótese de angioedema. Após seis meses, começou apresentar diarreia sanguinolenta. A colonoscopia evidenciou ileíte erosiva e úlceras colônicas aftoides. A avaliação histológica da mucosa labial, demonstrou a presença de granuloma epitelióide e o diagnóstico foi QG. Ela recebeu prednisona e mesalazina com melhora parcial do quadro. O médico assistente optou pela prescrição de terapia biológica com Ustequinumabe. Quatro semanas após a indução intravenosa, a paciente apresentou grande melhora da lesão bucal e remissão clínica da DC.

Discussão e Conclusão(ões): A síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma tríade composta por edema orofacial, paralisia facial recorrente e língua plicata. A maioria dos pacientes acometidos desenvolve uma forma oligo ou monossintomática. Sua forma monossintomática mais prevalente é a QG, caracterizada por inchaço orofacial ou labial recorrente indolor, com o achado histológico clássico de granulomas epitelióides não caseosos. O mecanismo exato da QG é desconhecido. Os mecanismos propostos incluem reações alérgicas, causas autoimunes, infecções dentárias crônicas e uma associação com a DC. Uma possível associação com a psoríase também foi descrita. A evolução crônica e recidivante do processo inflamatório leva a fibrose e tumefação labial definitiva, tornando a QG uma enfermidade de difícil tratamento. Nenhum tratamento definitivo está disponível e várias opções foram descritas desde a prevenção de alérgenos, antibióticos e corticosteroides. Mais recentemente, a terapia biológica tem sido defendida como uma opção eficaz. O ustequinumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano de imunoglobulina (IgG1) que tem como alvo a subunidade P40 compartilhada pelas interleucinas (IL) 12 e 23. Atualmente, está aprovado para o tratamento da psoríase em placas, artrite psoriática e DC. Os achados deste relato alertam para a presença de manifestações extraintestinais como primeira apresentação da DC. Novas terapias biológicas direcionada a alvos específicos tem sido desenvolvidas demonstrando eficácia e segurança. O bloqueio seletivo da IL12/23 pode ser crítico na patogênese da DC com manifestações cutâneas concomitantes e o tratamento com Ustequinumabe como primeira linha nessas condições deve ser considerado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.123>

626

Associação de neoplasia de cólon e de mama em paciente jovem - um caso de síndrome de li-fraumen

P.I. Calegari, C.P. Oliveira, B.I. Silva, A. Nasser Junior, M.A.D. Sarmiento, H. Moreira Junior, J.P.T. Moreira, N.M.C. Guimarães

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

