

coloanal em 2015 por adenocarcinoma de reto e nova cirurgia em setembro de 2016 para reconstrução de trânsito intestinal. Paciente evoluiu com sintomas compatíveis com LARS (Low Anterior Resection Syndrome) com queixas de incontinência fecal (IF) e dor anal crônica, sem melhora com terapias propostas. Classificação no escore de IF da Cleveland Clinic de 17 e escala visual analógica (EVA) de dor de 9. Ao exame proctológico, paciente apresentava fissura anal proximal ao Esfíncter Anal Interno. No serviço de Coloproctologia foram realizados exames de ultrassonografia anorretal: grampos metálicos em canal anal médio em região anterolateral direita e colonoscopia: anastomose coloanal com úlcera de bordas elevadas (inflamação crônica inespecífica). Indicado tratamento devido a dor anal crônica com TBA. Realizado protocolo do serviço com 60 UI (20 UI posterior ao leito de fissura, 20 UI em lateral direita e 20 UI em lateral esquerda, no sulco interesfínctérico). Paciente apresentou melhora do sintoma de dor anal nos primeiros dias após a aplicação, com EVA de 3. Durante duas semanas: escore de IF de 15, melhorando progressivamente a dor, sem piora da IF. Após 30 dias: escore de IF de 8. Paciente permaneceu assintomático por 5 meses, retornando com dores, sendo realizada segunda aplicação após 6 meses da primeira e melhora dos sintomas novamente.

**Discussão:** Nesse caso a TBA foi indicada devido o paciente apresentar uma fissura de localização não habitual, com aspecto endoscópico de úlcera por isquemia. Após aplicação da TBA, houve melhora significativa dos sintomas, sendo que o retorno da dor foi em intensidade menor ao relatado no início do quadro.

**Conclusão:** O uso da TBA está estabelecido na literatura para tratamento da fissura anal crônica e pode ser uma alternativa no tratamento da dor anal crônica devido ressecção anterior do reto, como exposto no caso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.152>

391

### **Emprego de cirurgia citorrredutora no tratamento da doença cólica neoplásica metastática multifocal: relato de caso**

F.S. Sena<sup>a</sup>, P.E.L. Ferreira<sup>b</sup>, B.F.M. Athadeu<sup>b</sup>, R.F. Nogueira<sup>a</sup>, L.d.A Barroso<sup>c</sup>, M.A.M. dos Santos<sup>a</sup>, F.L. de Queiroz<sup>a</sup>, S.M.d.O. Leite<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG, Brasil

<sup>c</sup> Hospital Vila da Serra, Belo Horizonte, MG, Brasil

**Área:** Cirurgia Minimamente Invasiva, Novas técnicas cirúrgicas/Avanços Tecnológicos em Cirurgia Colorretal e Pélvicas e Anorretais

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Expor a condução de caso complexo empregando terapia citorrredutora na doença colorretal metastática multifocal.

**Descrição do caso:** E.M.S, 62 anos, diagnóstico endoscópico de tumor sigmoideo obstrutivo em 17/07/2017 conjunto a 10 lesões hepáticas focais esparsas e bilaterais evidenciadas em estadiamento tomográfico. Submetida a ressecção laparotômica em monobloco do tumor, tuba uterina esquerda, pólo vesical posterior e segmento omental sob preceitos oncológicos e reconstrução primária intestinal. Análise histopatológica revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, margens de ressecção livres, 0/15 linfonodos acometidos, sem invasão angiolímfática ou perineural – estágio pT4b pN0, RAS selvagem, iniciando-se esquema FOLFOX e cetuximabe por 6 meses. Na vigilância pós-operatória por PET-CT evidenciou-se múltiplas lesões hipovasculares e hipermetabólicas em: fígado, nos segmentos III, V, VI, VII e VIII; em cadeias linfáticas retroperitoneais e pélvicas; em 2 focos peritoneais e perianastomose, inviabilizando elegibilidade cirúrgica. Optou-se por manutenção da terapia sistêmica, trocada por Capecitabina por neuropatia reacional a Oxaliplatina, por 18 ciclos. PET-CT em 01/2019 evidenciou desaparecimento subtotal das hiperaptações hepáticas, restando 1 nódulo hipermetabólico calcificado no segmento V, foco único paraórtico à esquerda, 2 nódulos peritoneais e hiperaptação de 28 mm perianastomótica. Colonoscopia: Sem alterações. A partir de boa resposta à terapia sistêmica, considerou-se tratamento cirúrgico por citorrredução, englobando colecistectomia e metastasectomia hepática em monobloco, linfadenectomia retroperitoneal estendida, omentectomia total, ooforectomia, anexectomia e ressecção cólica segmentar em monobloco com reabaixamento cólico primário. Boa evolução clínica, alta no 4º DPO. Anatomopatologia revelou ausência de neoplasia em todos os espécimes enviados para estudo, descrevendo reação de corpo estranho em topografia anastomótica.

**Discussão:** Após o estudo PRODIGE 7, a realização de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica associada à terapia citorrredutora perdeu indicação na doença cólica metastática peritoneal, por aumento de complicações pós-operatórias, sem alteração de sobrevida global ou taxa de recorrência de doença. Neste caso, atenta-se para a limitação de métodos imagiológicos mediados por mensuração metabólica na doença neoplásica metastática intestinal, não havendo tecido neoplásico em nenhum dos espécimes cirúrgicos, apesar de apontamento baseado em mensuração topográfica objetiva prévia nos sítios abordados.

**Conclusão:** Reforçamos a exequibilidade da terapia citorrredutora na doença metastática multifocal em casos selecionados, realizada em tempo cirúrgico satisfatório e possibilitando, no caso, a exérese de todos os focos indicados por exame imagiológico de eleição, com recuperação pós-operatória completa e precoce, consonante com critérios de recuperação acelerada presentes na literatura atual.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.153>

