

resseção cirúrgica da lesão pela técnica Kraske, sem intercorrências com alta no 5^o PO, mantendo acompanhamento periódico ambulatorial até o momento. Anatomopatológico: Tecido fibroadiposo muscular e sem atipias.

Discussão: Tumores retrorretais são lesões raras e mais frequentes do que é referido na literatura, por serem oligossintomáticos e com manifestações clínicas inespecíficas. Tem predominância feminina e do tipo benignos e congênitos. A apresentação mais comum é perianal e baixa sendo que estes tumores podem frequentemente ser palpados no exame físico. Levam a dor pélvica ou abdominal, constipação intestinal, massa retal palpável, sinus pilonidal recorrente e abscesso pélvico. O toque retal identifica uma compressão extrínseca posterior na parede do reto e/ou canal anal, com mucosa íntegra. A TC e a RM avaliam sua extensão, invasão de estruturas adjacentes e linfonodos locais. A sigmoidoscopia flexível avalia invasão da parede retal e exclui neoplasias. A abordagem posterior exclusiva (Via de Kraske) é geralmente reservada às lesões extensas envolvendo o sacro até à ponta do cóccix. O acesso posterior via transesfincteriana tipo York-Mason, indicada nas situações de envolvimento da parede retal. A incisão de Parks pela sua facilidade técnica, menor hemorragia operatória e perante lesões com localização baixa pode proporcionar resultados satisfatórios. No seguimento preconiza-se toque retal a cada 3 meses durante o primeiro ano, e em seguida anualmente e exames de imagem para o diagnóstico de recidivas.

Conclusão: A baixa prevalência de tumores retrorretais e a dificuldade de suspeição diagnóstica dificulta o melhor manejo destas patologias. Tratamento

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.174>

410

Adenocarcinoma de reto intra peritoneal sincrônico com endometriose profunda - relato de caso

I.R.M.D.A. Lima, F.B. Beraldo, M.V.P.R. Silvino, A.C.V. Alvarenga, P.S. Rahe, V.C.S. Soares, A.V. Calheiros, R.M. Cury

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um caso sobre sincronidade de tumor maligno de reto com endometriose profunda e seu tratamento videolaparoscópico.

Descrição do caso: C.L.O., feminino, 46 anos, há 1 ano apresentava episódios esporádicos de melena (4/mês) não relacionados com a menstruação. Após 6 meses iniciou hematocozia em pequena quantidade (1x/mês). Foi submetida a colonoscopia que identificou lesão vegetante a 8 cm de borda anal (BA). Realizado biópsias: adenocarcinoma bem diferenciado – adenoma tubular de alto grau. Encaminhada ao nosso serviço, realizou RNM de pelve apresentando lesão expansiva vegetante de característica neoplásica de reto médio/alto em

parede anterolateral direita, 10cm da BA, com extensão de 3 cm e extensão extramural de até 3 mm; endometriose pélvica com hemangioma hepático de 8 x 5 cm com compressão de veia cava retrohepática e leve impressão de deslocamento inferior de veia e artéria hepática. CA125: 886, com demais marcadores tumorais normais. Submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica com rafia de fundo vaginal, salpingectomia direita, cistectomia segmentar com rafia primária e anastomose colorretal a 6 cm BA grampeada. Evoluiu com fístula retovaginal no 5^o pós operatório sendo realizada uma ileostomia protetora e drenagem da cavidade após 6 dias. Após 2 meses da última abordagem, foi realizado o fechamento da ileostomia. Anatomopatológico: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado infiltrando até muscular própria com focos de diferenciação mucinosa, com margens livres de lesão (T2N0M0). Fragmento da cistectomia e tuba uterina com focos de endometriose glandular e estromal. Paciente evoluindo sem queixas ou novos episódios de sangramento.

Discussão e Conclusão(ões): A endometriose é a 2^a doença ginecológica benigna mais comum. A teoria mais aceita para a patogênese seria a menstruação retrógrada sucedida pela implantação das células endometriais no peritônio e nas vísceras pélvicas. Endometriose profunda é definida como a infiltração além de 5 mm do peritônio, correspondendo a 5-12% dos casos de endometriose. Nesses casos, mais de 90% localizam-se no reto ou sigmoide distal. A endometriose no retossigmoide pode causar alterações no hábito intestinal e sangramentos, similarmente as neoplasias colorretais. Quando acomete a mucosa, a paciente pode cursar com sangramento e massa polipoide visível aos exames endoscópicos. A RNM parece ser o exame mais sensível, porém ainda assim não permite diferenciar com boa acurácia das neoplasias, sendo esta a principal indicação da videolaparoscopia considerada padrão-ouro para o diagnóstico. Mol et al. concluíram que o nível de CA125 pode estar elevado na endometriose, mas seu valor não deve guiar o diagnóstico. A cirurgia é considerada sempre que os sintomas sejam refratários ao uso de medicações e que causem impacto na qualidade de vida. Na endometriose intestinal, esse se torna a terapêutica básica. Inúmeros estudos comprovam que a abordagem laparoscópica é factível e segura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.175>

666

Forma pseudotumoral da equistossomose em canal anal

V.M.D. Santos, J.Ed.O. Santos Filho, A.L.A. Vieira, M.A.M. dos Santos, A.R. Moura, A.C.R. Lisboa, J.T.R. Santos, R.R. Santiago

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil

Área: Doenças Infecciosas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): A Equistossomose tem uma variabilidade de apresentações clínicas acometendo principalmente o aparelho digestivo. A suspeição diagnóstica é dada em função



do quadro clínico, dos dados epidemiológicos sendo o diagnóstico confirmado pelos exames laboratoriais. Apesar de rara, a forma pseudotumoral intestinal é importante devido a sua sintomatologia e por simular outras patologias, dificultando seu diagnóstico. Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever a evolução de um paciente com esta apresentação da patologia.

Descrição do caso: Paciente R.D.S., masculino, 63 anos, diabético, procedente de Laranjeiras, Sergipe. Apresenta queixas de constipação intestinal, hematoquezia de longa data associada a episódios de saída de nodulação pelo canal anal ao evacuar. Ao exame, apresentava prolapso de lesão irregular e tumoração palpável em canal anal. Foi solicitado retossigmoidoscopia que evidenciou lesão ulcerada em reto distal e pólipos em reto superior e médio, realizadas polipectomias e biópsia. O anatomopatológico evidenciou adenoma tubular com displasia de baixo grau em pólipo do reto alto, hiperplásico em reto médio e processo inflamatório crônico leve com a presença de ovos de *Schistosoma sp.* em lesão ulcerada. Foi prescrito praziquantel e solicitada colonoscopia. Retornou com colonoscopia normal. Solicitada retossigmoidoscopia para avaliação do canal anal, onde observou-se lesão idêntica à anterior. Realizada biópsia excisional de tumor em reto distal. O anatomopatológico evidenciou tecido anorretal com processo inflamatório crônico granulomatoso com numerosos ovos de *Schistosoma sp.* e intensa fibrose, evoluindo com cicatrização completa da lesão.

Discussão e Conclusão(ões): Apesar de rara, a forma pseudotumoral intestinal é importante pelos sintomas e pelas complicações que causam (estenose, obstrução, intussuscepção, volvo ou compressão das alças intestinais). Lesões simulando úlceras em canal anal não são comuns. Diagnósticos diferenciais como fissura, neoplasia de canal anal e doenças sexualmente transmissíveis nos levou a realização da biópsia excisional para elucidar o diagnóstico, uma vez que a biópsia incisiva poderia não contemplar uma hipotética área com neoplasia. A forma pseudotumoral da esquistossomose é uma afecção tratável e com uma boa evolução, porém é necessária uma melhor investigação para se excluir os diagnósticos diferenciais dessa apresentação peculiar, uma vez que, o retardo em certos diagnósticos como neoplasias malignas, terá uma implicação importante para o prognóstico do doente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.176>

413

Fístula anal causada por micobacteriose

H.S. Fillmann, M. Hoefel, M.E.T. Rezer, L.S. Fillmann, L. Alberton, L.B. Micheletto, L. Fillmann

Hospital São Lucas (HSL), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil

Área: Doenças Infecciosas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): A tuberculose (TB) permanece sendo uma questão importante de saúde pública a ser resolvida. Em 2018, foram notificados 5085 novos casos de TB no Rio Grande do Sul, com um total de 7073 casos. A TB intestinal representa cerca de 2% de todos os casos. Os sintomas intestinais podem cursar com diarreia, constipação, sangramento e até mesmo fístula, na minoria dos casos. Sendo assim, por ser um desafio diagnóstico e terapêutico, é essencial que os doentes sejam identificados e tratados para evitar complicações.

Descrição do caso: Apresentaremos um raro caso de um paciente que apresentou TB perianal. Paciente masculino encaminhado para emergência de hospital de referência por drenagem de secreção purulenta perianal associada à dor local há um mês. Ao exame físico, constatou-se a presença de um orifício fistuloso anal à esquerda e uma segunda lesão ulcerada na linha média posterior. Pela apresentação atípica das lesões, foram solicitados exames complementares. Não foram visualizadas alterações na mucosa intestinal pela colonoscopia. Durante esse exame, se biopsiou a lesão ulcerada e foi pesquisado BAAR. O resultado foi negativo. Os exames laboratoriais, inclusive sorologias para HIV não mostraram alterações. A ressonância magnética de pelve evidenciou fístula anal em ferradura. Paciente então foi encaminhado a tratamento cirúrgico da fístula com colocação de sedenho cortante e nova biópsia da lesão. Teve alta hospitalar com plano de segunda fase cirúrgica em um mês. Durante a nova internação, os exames prévios foram revisados e a biópsia cirúrgica apresentou pesquisa de BAAR positiva, densidade fraca, compatível com micobacteriose. A Segunda etapa da cirurgia ocorreu normalmente completando a fistulotomia anal. Conforme orientação do Serviço de Infectologia, o paciente passou a usar RHZE (Rifampicina – Isoniazida – Pirazinamida – Etambutol). Paciente teve boa evolução pós operatória e manteve a complementação medicamentosa posteriormente.

Discussão e Conclusão(ões): Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde, a tuberculose é a infecção que mais causa morte no mundo, superando as mortes causadas pelo HIV. A partir do diagnóstico, o devido tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível para evitar complicações. Os medicamentos de primeira linha terapêutica incluem a isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, sendo que as drogas devem ser administradas simultaneamente. No caso desse paciente, a partir de uma biópsia de tecido, foi diagnosticada uma infecção compatível com micobacteriose, sendo mais provável –devido aos dados epidemiológicos– uma micobacteriose tuberculosa. O paciente em questão foi tratado com o esquema de primeira linha para tratamento de TB e apresentou significativa melhora. Acreditamos, portanto, que pacientes com fístula anal causada por TB devem ser tratados com esquema medicamentoso e que a cirurgia deve ser reservada a casos especialmente selecionados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.177>

