

Descrição do caso: Paciente feminina, 46 anos, procurou atendimento com Coloproctologista queixando de “caroço no ânus”. Referia dor pélvica e episódios de fezes endurecidas, negando hematoquezia ou constipação. Negou história de câncer colorretal, mas referiu que mãe faleceu devido a câncer no pescoço (SIC). Ao exame físico, apresentou abdome difusamente doloroso à palpação profunda; ao exame proctológico observou-se nodulação retal entre 12h–3 h. Solicitou-se exames laboratoriais e Ressonância Magnética da Pelve (formação expansiva sólida com hipercaptação heterogênea e necrose central entre as paredes posterior da vagina, anterior do reto inferior e superior do canal anal, medindo 4,8 x 3,1 x 3,2 cm, sem infiltração dos lúmens), Colonoscopia (abaulamento submucoso do reto) e Ultrassonografia de Canal anal/reto (sugeriu neoplasia encapsulada de septo retovaginal). Foi indicada exérese da tumoração. O histopatológico revelou neoplasia fusocelular de baixo grau, seguindo com imuno-histoquímica, que apresentou CD117, CD34 e DESMINA positivos e B-CATENINA e S-100 negativos, sem atividade mitótica, sendo compatível com GIST.

Discussão e Conclusão(ões): GISTs são tumores raros correndo de 1–3% dos tumores do trato gastrointestinal. Acomete pacientes em torno dos 60 anos. Afeta qualquer porção do trato gastrointestinal (TGI), sendo o estômago mais acometido (45%–65%), seguido do intestino delgado (15%–25%), cólon (5%–10%) e outras regiões do TGI (5% – reto, esôfago, etc). As células precursoras destes tumores são intersticiais de Cajal, que fazem a ligação da musculatura lisa com o plexo nervoso autônomo. São pluripotentes, com características neuronais e da musculatura lisa, consideradas células “marca-passo” do peristaltismo do TGI. Apresenta-se em 3 clássicos subtipos: fusiforme, epitelióide e misto; destes, o fusiforme é o mais frequente (70%). O quadro clínico é variável, apresentando desde uma massa abdominal palpável, sendo achado de exame de imagem ou endoscópico, ou durante investigação de hemorragia digestiva. Há também sintomas como anorexia, perda de peso, náuseas, disfgia e obstrução intestinal. O diagnóstico é feito com avaliação imuno-histoquímica, baseada na expressão da proteína kit (CD117). No GIST, a mutação do gene kit é responsável pela ativação da proteína kit, que provoca estímulo sem oposição da proliferação celular. Na literatura a positividade para CD117 varia de 95%–98%. Outros marcadores como CD34, SMA, Proteína S–100 e Desmina variam respectivamente 60%–70%, 30%–40%, 5% e < 1%. O tratamento cirúrgico ainda é considerado o melhor, visando ressecar todo o tumor, incluindo tecidos adjacentes envolvidos; porém, o prognóstico desses tumores ainda é controverso. Nota-se que tanto a apresentação quanto a clínica descritas são incomuns, dada a raridade destes tumores. Tal fato chama atenção para a necessidade de avaliação clínica associada a exames complementares para melhor direcionar o diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.210>

467

Relato de caso de paciente com doença inflamatória intestinal



T.Z. Carniel, R.D.A. Lima, R.M. Macedo, M.A. Hijazi, M.F. Carneiro, M.T. Jatobá, U.C. Marques, R.R. Prado

Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um caso de doença inflamatória intestinal indeterminada.

Descrição do caso: Paciente G.D.B., masculino com 20 anos. Há 2 anos iniciou quadro de disenteria, emagrecimento, astenia e cólica abdominal. Colonoscopia (27/11/2017): pancolite leve a moderada, ausência de sinais histológicos para caracterizar DC e Rx trânsito intestinal sem alterações. Iniciou tratamento com prednisona e mesalazina. Não apresentou boa resposta ao tratamento, sendo alterado para azatioprina associada ao infliximab. GDB evoluiu com pancreatite medicamentosa, sendo suspenso a azatioprina. Manteve-se com piora dos sintomas e com episódios de febre. Após várias internações hospitalares devido RCU grave refratária a infliximab e pulsos de corticoide, evoluiu com piora do quadro, com enterorragias, dor e distensão abdominal. Foi submetido a colectomia total com ileorreto anastomose e ileostomia protetora. AP (03/05/2018): DII difusa dos cólons associada a extensas áreas de ulcerações, compatível com Retocolite ulcerativa idiopática ativa e acentuada (úlceras comprometendo mucosa e submucosa. Parede muscular e serosa preservadas). Coto ileal e apêndice cecal sem lesões. Após completa recuperação pós operatória e melhora parcial do quadro infeccioso foi iniciado enema de mesalazina tópico. Porém, sem efetividade na melhora da proctite. Novamente evolui com piora do quadro clínico geral e da inflamação retal. Optado pela reintrodução do Infliximab. Mas na segunda dose de indução, paciente apresentou reação grave à medicação: taquipneia, taquicardia, dor precordial, cianose de extremidade e dessaturação. Sendo necessário suspender o Infliximab. Solicitado vedolizumab para tratamento da proctite, porém ainda não liberado. Em abril de 2019, GDB ingeriu um corpo estranho e evoluiu com dor peri ileostomia intensa por 3 dias. Apresentou melhora da dor após saída do corpo estranho (osso) pela ostomia. Após, drenagem de secreção entérica peri-ileostomia. A fístula foi tratada conservadoramente com sucesso e melhora da dermatite. Após 30 dias paciente apresentou dor intermitente em região de ileostomia. Com progressão para dor persistente associada a perda de peso e picos febris. Tomografia abdômen evidenciou espessamento de segmento de alça de ileo distal. Visualizado crescimento de tecido inflamatório, aspecto piogênico e granulomas, em ileostomia. Submetido à enterectomia com confecção de ileostomia. Segmento de ileo de cerca de 25 cm com intenso processo inflamatório e perfuração bloqueada de ileostomia em aponeurose. AP (22/07/2019): Ileíte crônica ulcerativa com comprometimento entérico segmentar associado a

inflamação transmural. Não se observa processo granulomatoso.

Discussão e Conclusão(ões): Um diagnóstico preciso para colite indeterminada, deve ser possível quando todos os dados estiverem disponíveis. Na maioria dos casos, a verdadeira natureza da colite se torna evidente com o curso da doença do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.211>

723

Adenocarcinoma mucinoso de reto: Relato de caso

L.C. Koenow, P.C. Castro Junior, R.C. Fonseca, F.L. Paulo, L.F.P. Fraga, L.B. Silva, P.D. Medrado

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Demonstrar uma das possíveis apresentações do adenocarcinoma mucinoso, uma apresentação atípica, bem como a dificuldade no diagnóstico histopatológico e a necessidade de não subestimar a clínica e os sinais do exame físico em pacientes jovens que inicialmente não entrariam no espectro de investigação para a presença do adenocarcinoma de reto.

Descrição do caso: Paciente de 42 anos previamente hígida, a qual procurou atendimento devido a dor anal de forte intensidade e hematoquezia. Ao toque notou-se lesão ulcerada vegetante dolorosa logo acima da linha pectínea em região mediana anterior, tendo sido realizada biópsia excisional ambulatorial com resultado inconclusivo. Ressonância magnética de pelve demonstrou espessamento irregular em parede anterior do reto em sua extensão com componente vegetante intraluminal distando 4,5 cm da margem anucutânea. Foi, então, submetida a ressecção transanal com excisão de lesão de aspecto cístico com líquido translúcido em seu interior, entretanto, com laudo histopatológico demonstrando dilatação cística de algumas glândulas da mucosa retal, sem alterações displásicas do epitélio, contendo muco e com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário em torno. Paciente manteve acompanhamento ambulatorial com exames realizados periodicamente sem sinal de retorno da lesão. Apresentou, contudo, retorno dos sintomas iniciais, e ao toque retal notava-se em região mediana anterior nova lesão ulcerada a aproximadamente 4 cm da margem anal. Optou-se, então, por realizar novo procedimento. O resultado histopatológico final confirmou a existência de um adenocarcinoma mucinoso.

Discussão e Conclusão(ões): O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil, sendo o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres. Contudo, seu diagnóstico em pacientes jovens é geralmente subestimado por ser frequentemente considerada como condição clínica comum em pacientes com idade maior que 50 anos, com pico de incidência na sétima década de

vida. Apesar de sua etiologia permanecer não completamente compreendida, a maioria desses carcinomas desenvolvem-se a partir de pólipos adenomatosos inicialmente benignos. Os adenocarcinomas mais frequentes são definidos como: carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Na microscopia o padrão é o de adenocarcinoma tubular ou com áreas papilíferas. Contudo, em cerca de 25% dos casos um padrão de invasão ou crescimento mais infiltrativo pode ser definido. O adenocarcinoma mucinoso pode ser detectado em até 15% dos casos e representa aquele em que 50% ou mais de seu volume é constituído por muco, na forma de lagos mucosos extracelulares ou composto por células “em anel de sinete” nas quais o muco se acumula no citoplasma. Sua ocorrência se dá mais comumente em adultos jovens do sexo masculino, associado a adenoma viloso, doenças inflamatórias ou irradiação. Desta forma, neste caso observamos uma apresentação atípica do caso, o que alerta para a apresentação desta patologia em pacientes fora do espectro esperado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.212>

468

Metástase cervical isolada no câncer de cólon

P.C. Moreira, L.M. da Fonseca, T.G. Vandaleti, M.P. Crivelaro, J.J.M. Lima

Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC),
Indaiatuba, SP, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O câncer colorretal (CCR) é o terceiro câncer mais comum no mundo. Cerca de metade de todos os pacientes com CCR desenvolvem metástases à distância. O CCR é espalhado através das vias linfática e hematológica e é bem conhecido por metastizar para o fígado e pulmões, entre outros locais relatados (cavidade abdominal, ovários, glândulas supra-renais, ossos e cérebro). Metástases atípicas de casos de CCR foram relatadas em pequenas séries de casos e relatos de casos. Este artigo apresenta um caso incomum de metástase cervical isolada de câncer de cólon. Tanto quanto sabemos, não há relato semelhante descrito na literatura.

Descrição do caso: Sete anos atrás, um paciente de 62 anos foi submetido a sigmoidectomia por causa de um tumor obstrutivo. A análise histopatológica mostrou adenocarcinoma mucinoso estágio III. O paciente foi encaminhado para tratamento adjuvante com FOLFOX. Nos últimos 3 anos, esse paciente apresentou duas recidivas locais, nenhuma das quais mostrou a presença de metástases sistêmicas. Em ambas as recidivas, o paciente foi submetido à ressecção de R0 e recebeu um regime de quimioterapia com FOLFIRI-bevacizumab. Cerca de 6 meses após a última operação, a paciente começou a reclamar de dor orofaríngea. O exame físico revelou um tumor na região cervical. A tomografia computadorizada cervical mostrou massa na região submandibular direita. O paciente foi submetido a uma cervicotomia exploratória e um tumor irrissecável afetando a área IA bilateralmente e o IB à direita foi anotado. As análises histopatológicas e