

fossa ilíaca esquerda, e ao toque retal, apresentava massa de consistência sólida em reto médio/alto, sem sinais de sangramento ativo. Realizou-se estudo tomográfico, que evidenciou lesão de aspecto nodular, com paredes espessadas e densidade de gordura na parede do reto alto à direita, medindo aproximadamente 4 cm. A jusante desta lesão o observa-se espessamento difuso, inespecífico e heterogêneo, de aspecto infiltrativo das paredes do reto, até próximo a borda anal, com importante redução da luz colônia, densificação de gordura adjacente e borramento da parede do reto. Colonoscopia evidenciou lesão de aspecto neoplásico em retossigmoide, além de diverticulose colônica e retite leve inespecífica. O estudo histopatológico da colonoscopia evidenciou úlcera crônica em atividade associada a processo inflamatório crônico, morfológicamente inespecífico. Tendo em vista o caráter obstrutivo da lesão, bem como sua morfologia compatível com doença mitótica, foi realizada retossigmoidectomia, contemplando lesão circular estenosante em retossigmoide, seguida de anastomose terminoterminal e ileostomia protetora. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial sem intercorrências. A avaliação anátomo-patológica do cólon sigmoide e reto evidenciou lesão tumoral morfológicamente compatível com tecido gorduroso, sem atipias celulares, sem acometimento de linfonodos ou disseminação angiolinfática, compatível com lipoma colônico.

Discussão e Conclusão(ões): O lipoma colônico, apesar de raro, é o segundo tumor benigno mais frequente do intestino grosso. Sua distribuição mais usual é no cólon ascendente. São, em sua maioria, submucosos e geralmente únicos. Quando sintomáticos, geralmente tem dimensões maiores que 2 cm, e apresentam-se com dor abdominal, sangue nas fezes e alteração de hábitos intestinais. O tratamento depende da localização, sintomas e tamanho do lipoma. Lesões menores que 2 cm são tratadas por ressecção endoscópica, enquanto em lesões maiores recomenda-se ressecção cirúrgica. **Conclusão:** A apresentação sintomática da lesão no caso descrito, o acometimento inflamatório adjacente e seu caráter de crescimento estenosante motivaram a opção pelo tratamento de cirúrgico à paciente. No presente relato, portanto, podemos constatar que os dados encontrados e a conduta proposta são coerentes com a literatura, constatando a raridade do presente caso, bem como a complexidade de seu diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.250>

764

Adenocarcinoma de apêndice na doença de crohn

R.K. Romero, F.D.S.B. Baraúna, P.G. Kotze, E.F. Miranda, D. Londoño, R.V. Ropelato

Hospital Universitário Cajuru (HUC), Curitiba, PR, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster



Objetivo(s): Relatar caso de paciente portadora de Doença de Crohn (DC) ileocólica grave desde 2007, com intratabilidade clínica e estenose da válvula ileocecal, submetida a colectomia total, com diagnóstico de adenocarcinoma de apêndice cecal no estudo anatomopatológico.

Descrição do caso: Paciente feminina, 29 anos, com diagnóstico de pancolite de Crohn desde os 18 anos. Realizou tratamento clínico com imunossupressor e diversas classes de imunobiológicos, sem remissão clínica/endoscópica ao longo dos anos, evoluindo com estenose da válvula ileocecal diagnosticada em enterotomografia e colonoscopia. Foi então submetida a colectomia total com ileostomia terminal. No estudo anatomopatológico, observou-se adenocarcinoma de apêndice cecal pT3 N0 (0/129) Mx com invasão do ceco.

Discussão e Conclusão(ões): As neoplasias de apêndice cecal representam apenas cerca de 0,5% de 1% das neoplasias intestinais, sendo em sua maioria, tumores neuroendócrinos. A maioria dos adenocarcinomas do apêndice é diagnosticada em espécimes de apendicectomia. Portanto, os procedimentos de estadiamento se referem principalmente ao estadiamento pós-operatório e não ao pré-operatório. Várias séries retrospectivas não controladas sugerem que a sobrevida é melhor com a hemicolectomia em comparação com a apendicectomia simples. Um papel para quimioterapia adjuvante para o adenocarcinoma do apêndice não foi definitivamente estabelecido. Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) têm um risco aumentado para a ocorrência de neoplasia colorretal em áreas afetadas, especialmente em pacientes com doença longa e extensa. A DII é caracterizada por ciclos repetitivos de inflamação aguda, que podem gerar radicais livres e outras substâncias tóxicas, e causar danos no DNA e mutação, levando à neoplasia. Em pacientes com DC, cânceres colorretais e carcinoides também ocorrem em áreas não afetadas, talvez resultando de mediadores pró-inflamatórios distantes, em vez de um efeito inflamatório local de DC adjacentes. Embora a inflamação apendicular ocorra histologicamente em 40% a 86% dos espécimes de colectomias de pacientes com DII (40% a 52% na DC), neoplasias de apêndice cecal foram relatadas com pouca frequência, e a noção de associação direta entre DII e neoplasia do apêndice é especulativa. Considerando que as neoplasias de apêndice cecal podem ser secundárias à doença de Crohn, recomenda-se vigilância rigorosa nos pacientes com alterações em exames de imagem e maior tempo de duração da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.251>

253

Perfil dos pacientes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal no hospital regional de santa maria – hrsm-df, no período de janeiro de 2016 a junho de 2018

A.C.D.C. Júnior, V.J.D.O. Holanda, F.S. Branquinho, C.S. Abud Neto, F.P. dos Santos, T.R.L. Reis, Amaral, M.P. de Souza

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF, Brasil

