

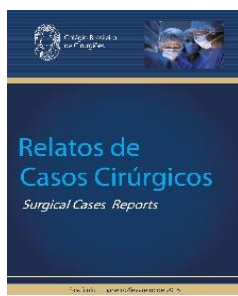


Colégio Brasileiro
de Cirurgiões



Relatos de Casos Cirúrgicos

Surgical Cases Reports



SUMÁRIO / CONTENTS

Adenocarcinoma originado em cisto de duplicação gástrica sem invasão para o estômago

Adenocarcinoma arising in a gastric duplication cyst without invasion to the stomach wall

Luciana Marins Cavalcanti; Alexandra Vale dos Santos; Marcelo Gominho; Marconi Meira; Ana Carolina Leite de Moura

Doença de Ormond produzindo envolvimento intestinal extenso com boa resposta ao tratamento com corticosteroides

Ormond's disease producing large intestinal involvement with a great response to corticosteroids.

Paulo Everton Garcia Costa; Gleydson Beserra Nobre; Olavo Napoleão A. Júnior

Úlcera péptica em divertículo de Meckel

Peptic ulcer of Meckel's diverticulum

Luiz Antonio Rodrigues; Gilson Leal Botelho

Pseudomixoma retroperitoneal (mucocoele apendicular)

Pseudomyxoma retroperitonei (appendiceal mucocoele)

Dyonisio Saad José Bichara; Vespasiano de Cerqueira Luz Neto; Musse José Matuck; Danilo Gil Bichara

Cistoadenocarcinoma mucinoso de mesentério

Mesentery mucinous cistoadenocarcinoma

Ricardo Pastore; Adilha Misson Rua Micheletti; Calline Alves Franco; Sheila Jorge Adad; Eduardo Crema.

Câncer de cólon avançado com fistula cutânea tratado com ressecção ampla em dois pacientes

Advanced colon cancer with cutaneous fistula treated by extended resection: report two cases.

Mário Henrique Leite de Alencar; Júnea Caris de Oliveira; Antônio Talvane Torres de Oliveira; Armando Geraldo Franchini Mellani; André Luiz Silveira

Ganglioneuroma retroperitoneal. Relato de caso

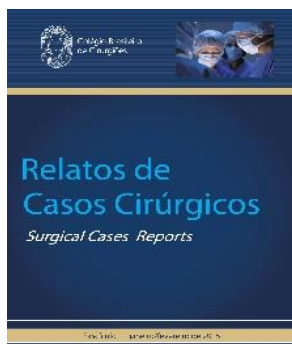
Ganglioneuroma retroperitoneal. Case report

Alexandre Ferreira Oliveira; Leonardo José Vieira; Agner Alexandre Moreira; João Baptista de Paula Fraga; Rómmel Ribeiro Lourenço Costa

Diagnóstico ultrassonográfico de corpo estranho transverso à luz duodenal com perfuração hepática

Sonographic diagnosis of a foreign body traversing the duodenum lumen with liver perforation

Roni Leonardo Teixeira; Helder Chaves; Flávio Augusto Menin; Camila Michelan



CORPO EDITORIAL

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

José Eduardo Ferreira Manso – TCBC - RJ

EDITOR

João Eduardo M. T. de M. Ettinger – TCBC – BA

EDITORES ADJUNTOS

Antonio Claudio Jamel Coelho – TCBC – RJ

Fernando de Barros – TCBC – RJ

Júlio Cesar Beitler – TCBC – RJ

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Ferreira Oliveira – TCBC – MG

Guilherme Pinto Bravo Neto – TCBC – RJ

Jurandir Marcondes Ribas Filho – TCBC – PR

Luiz Gustavo de Oliveira e Silva – TCBC – RJ

Manoel Domingos da Cruz Gonçalves – ECBC – RJ

Nicolau Gregori Czezczko – TCBC – PR

Victor Senna Diniz – AcCBC – RJ

ASSISTENTE DE PUBLICAÇÃO

Maria Ruth Monteiro

ASSISTENTE DE REDAÇÃO

David S. Ferreira Jr.

ADENOCARCINOMA ORIGINADO EM CISTO DE DUPLICAÇÃO GÁSTRICA SEM INVASÃO PARA O ESTÔMAGO.

ADENOCARCINOMA ARISING IN A GASTRIC DUPLICATION CYST WITHOUT INVASION TO THE STOMACH WALL

Luciana Marins Cavalcanti¹; Alexandra Vale dos Santos²; Marcelo Gominho²; Marconi Meira, TCBC-PE²; Ana Carolina Leite de Moura³.

RESUMO

Esse relato descreve um caso raro de adenocarcinoma originado em cisto de duplicação gástrica, sem invasão da parede do estômago, em uma paciente do sexo feminino de 40 anos de idade. O primeiro diagnóstico, baseado nos achados da ultrassonografia e da tomografia computadorizada, foi cisto pancreático. O diagnóstico definitivo foi esclarecido com os achados operatórios e do estudo histopatológico. Cistos duplicados devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de massas císticas do trato gastrointestinal, e a possibilidade de malignidade nesses cistos, mesmo que raro, deve ser considerada.

Descritores: Cistos. Adenocarcinoma. Trato Gastrointestinal.

ABSTRACT

This report describes a rare case of adenocarcinoma arising in a gastric duplication cyst, without invasion to the stomach wall, in a 40 years old female patient. The first diagnosis, based on ultrasonographic and CT findings, was a pancreatic cyst. The definitive diagnosis was based on operating findings and histopathologic study. Duplication cysts should be included in the differential diagnosis of cystic masses of the gastrointestinal tract, and the possibility of malignancy within these cysts, even very rare, should be considered.

Keywords: Cysts. Adenocarcinoma. Gastrointestinal Tract.

INTRODUÇÃO

As duplicações gástricas são formações císticas semelhantes aos divertículos e representam menos de 4% das duplicações do tubo digestivo. São preferencialmente encontradas na grande curvatura do estômago, sem comunicação com a cavidade gástrica. Provocam, em 70% dos casos, sintomas obstrutivos ou massas palpáveis, sendo usualmente diagnosticadas na infância¹. Focos de neoplasia podem, raramente, ser encontrados na parede cística, sendo descritos apenas seis casos na literatura². Neste trabalho, relatamos um caso de duplicação gástrica com focos de adenocarcinoma, em paciente adulta e oligossintomática.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, parda, admitida no Hospital da Restauração – Recife/PE, com história de vômitos e náuseas há um ano, associados a uma perda de peso de aproximadamente 20Kg, neste período. Negava trauma ou alcoolismo. Tabagista, um maço/dia, há 20 anos. Ao exame físico encontrava-se em

bom estado geral, sem adenomegalias periféricas. O abdome era plano, flácido, doloroso à palpação profunda em epigástrio, com massa palpável com seis centímetros de diâmetro. Possuía uma ultrassonografia de abdome que evidenciava imagem cística na região epigástrica, adjacente à cabeça do pâncreas, medindo 6,6x4,4 cm².

Uma tomografia computadorizada de abdome evidenciou uma formação hipodensa arredondada, medindo cerca de 7,0x6,8x7,0cm³, de contornos bem definidos, em íntimo contato com o colo e corpo do pâncreas (Figura 1). A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, cujo achado foi uma massa cística ao nível do antro gástrico, na grande curvatura, foi realizada ressecção da mesma, incluindo segmento do estômago.

O laudo histopatológico relata duplicação gástrica completa em bolsa cega, com presença de neoplasia epitelial glandular, bem diferenciada, invadindo a serosa (Figura 2). Mesmo permanecendo assintomática e com seguimentos endoscópicos e tomográficos normais, a paciente foi reoperada e submetida à

1. Hospital Regional do Agreste, Caruaru, PE, BR; 2. Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Restauração, Recife, PE, BR; 3. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, PB, BR.

gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux. O estudo histopatológico da peça cirúrgica mostrou todas as camadas gástricas livre de células neoplásicas e presença de linfonodos com implantes neoplásicos. A paciente foi encaminhada à Oncologia Clínica.



Figura 1. Massa cística em íntimo contato com o pâncreas.

DISCUSSÃO

A duplicação gastrointestinal é uma rara anormalidade congênita, localizada mais frequentemente no íleo. A duplicação gástrica representa 2-8% das duplicações, com cerca de 100 casos descritos, perdendo em raridade apenas para o duodeno³. Wendell descreveu o primeiro caso, em 1911, na Alemanha. A origem embriológica das duplicidades não é inteiramente conhecida, existindo inúmeras teorias, nenhuma inteiramente satisfatória. A mais aceita é a recanalização defeituosa após a fase sólida do trato gastrointestinal. São formações císticas semelhantes aos divertículos. Em 80% dos casos permanece como uma formação cística fechada, sem comunicação com a cavidade gástrica³. Caracteristicamente o cisto de duplicação gástrica é composto pelas três paredes gástricas: mucosa, muscular lisa e serosa¹.

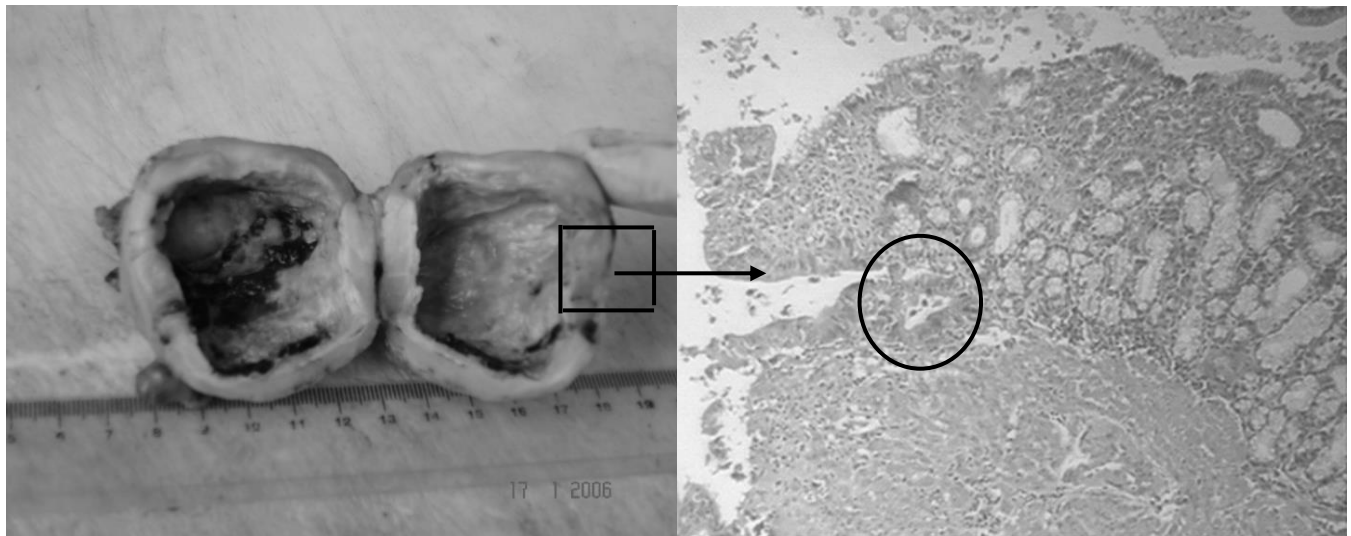


Figura 2. Peça cirúrgica da duplicação gástrica em bolsa cega e Histologia (HE - 50x.) evidenciando parede gástrica completa e zona de infiltração de adenocarcinoma (círculo).

Setenta por cento das duplicações gástricas produzem sintomas, secundários à compressão local, sendo usualmente deflagrados na infância. Tumores palpáveis, vômitos, perda de peso e episódios intermitentes de obstrução intestinal são os sinais mais comuns⁴. Os diagnósticos diferenciais incluem: cisto e pseudocisto de pâncreas, cisto de mesentério e os tumores gástricos intramurais⁵. Em raríssimos casos atrofia gástrica, metaplasia intestinal

ou adenocarcinoma são detectados na parede cística, podendo ou não se estender ao órgão duplicado. Esse dado pode sugerir que as duplicações são fatores de risco à neoplasia gástrica.

Radiografias contrastadas habitualmente evidenciam apenas a compressão do cisto na cavidade gástrica¹. Ultrassonografia de abdome rotineiramente confirma o diagnóstico⁴. Pode ser necessária a complementação com a

tomografia computadorizada ou a ressonância magnética de abdome.

Devido à vascularização comum da duplicação e dos órgãos normais, o tratamento cirúrgico pode ser difícil e geralmente requer abordagem individual. Ressecção parcial, marsupialização e mucosectomia do restante da duplicação ou drenagem por Y de Roux têm sido empregadas⁴. Na presença de neoplasia detectada no cisto de duplicação, uma nova abordagem com ampliação da ressecção gástrica pode se fazer necessária.

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Jungmann pelo diagnóstico histopatológico.

REFERÊNCIAS

1. Sleisenger MH, Fordtran JS. Doenças gastrointestinais. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. 4a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

2. Kuraoka K, Nakayama H, Kagawa T, Ichikawa T, Yasui W. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst with invasion to the stomach: a case report with literature review. J Clin Pathol. 2004;57(4):428-31.
3. Dani R. Gastroenterologia Essencial. 3a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Coelho JCU. Aparelho digestivo. Clínica e Cirurgia. 2a Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
5. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathology, etiologic, and radiologic considerations. Radiographics. 1993;13(5):1063-80.

Endereço para correspondência:

Luciana Marins Cavalcanti

E-mail: lumarins@hotmail.com

DOENÇA DE ORMOND PRODUZINDO ENVOLVIMENTO INTESTINAL EXTENSO COM BOA RESPOSTA AO TRATAMENTO COM CORTICOSTEROÍDES.***ORMOND'S DISEASE PRODUCING LARGE INTESTINAL INVOLVEMENT WITH A GREAT RESPONSE TO CORTICOSTEROIDS.***

Paulo Everton Garcia Costa, ACBC-CE¹; Gleydson Beserra Nobre, AsCBC-CE²; Olavo Napoleão A. Júnior, ACBC-CE³.

RESUMO

Os autores descrevem um caso de fibrose retroperitoneal idiopática em uma mulher de 56 anos de idade, com um envolvimento incomum do intestino grosso, estômago e pâncreas. Durante procedimento cirúrgico, visualizou-se grande envolvimento intestinal e de outros órgãos e a massa não foi extraída. Após análise de múltiplas biópsias, não houve evidência de malignidade com presença de fibrose extensa de tecido parenquimatoso, sugerindo doença de Ormond. Um curso de baixas doses de prednisona foi feito com grande resposta clínica e redução da massa retroperitoneal.

Descritores: Fibrose retroperitoneal. Hormônios do cortex adrenal. Terapêutica

ABSTRACT

The authors describe a 56-year-old woman case of idiopathic retroperitoneal fibrosis with an uncommon involvement of the large intestine, stomach and pancreas. During the surgery procedure, a large involvement of intestinal and other organs was found, and the mass was not extracted. Multiple biopsies were realized and they showed us an absence of malignant process and an extense fibrosis of parenchyma tissue, suggesting Ormond's disease. A course of low doses of prednisone was done with a great clinical response and reduction of retroperitoneal mass.

Keywords: Retroperitoneal Fibrosis. Adrenal Cortex Hormones. Therapeutics.

INTRODUÇÃO

A fibrose retroperitoneal idiopática é uma rara doença inflamatória do retroperitônio descrita pela primeira vez por Albarran, em 1905, e definida, posteriormente, como entidade clínica por Ormond, em 1948, ficando conhecida como Doença de Ormond. São descritos poucos casos na literatura, sendo sua maioria referindo ao envolvimento ureteral, com consequente hidronefrose e insuficiência renal como sinais mais proeminentes da doença. Raramente, são relatados casos de envolvimento gástrico e pancreático desta doença¹⁻³.

Relatamos o caso de uma paciente com queixa de massa abdominal epigástrica e mesogástrica que, aos exames de imagem, evidenciou ser de origem retroperitoneal, sem nenhum sinal clínico de envolvimento renal ou ureteral. Durante o ato operatório evidenciou-se extenso envolvimento intestinal

e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de fibrose retroperitoneal. Foi iniciado curso de corticoide em doses baixas. A paciente evoluiu com melhora clínica importante e redução da massa. O relato deste caso ressalta uma forma não usual de apresentação da doença de Ormond, bem como, os aspectos relacionados com sua terapêutica.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 56 anos de idade, procurou nosso Serviço em setembro de 2004, quando notou o surgimento de uma massa abdominal localizada no epigástrio que aumentou com o passar do tempo e ocupou também o mesogástrio, associando-se à perda ponderal importante, 18kg em um ano, e dor na topografia da massa. Realizou ultrassonografia abdominal que evidenciou uma massa retroperitoneal de 9,5x3,7x5,5 cm sem origem definida. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdômen (Figura 1) que mostrou extensa massa de

1.Clínica Cirúrgica I e Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará; 2.Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza; 3.Hospital Geral de Fortaleza.

aspecto neoplásico de provável origem do cólon transverso com sinais de obstrução do colédoco, ocasionando dilatação das vias biliares, intra e extra-hepáticas, e adenomagalias mediastinais. A dosagem do antígeno carcinoembrionário foi normal (0,83ng/ml). Com suspeita de neoplasia maligna de retroperitônio, em novembro de 2004, optou-se pela laparotomia exploradora (LE) que evidenciou extensa massa retroperitoneal envolvendo alças intestinais, cólon transverso, estômago e pâncreas; foi realizada gastrojejunostomia e ileotransversoanastomose, além de múltiplas retiradas de fragmentos da massa, os quais parte não foram ressecados devido à invasão do tronco celiaco. O laudo histopatológico relatou a presença de inflamação exsudativa crônica com fibrose.

Havendo dúvidas entre os achados operatórios e anatomopatológicos, foi realizada nova LE, em maio de 2005, com obtenção de amostras mais abundantes da massa retroperitoneal. Desta vez, o laudo descreveu proliferação densa de colágeno de padrão queloidiano fibroso hialino, contendo infiltrados linfo-histiocitários e plasmocitários de permeio, além de ausência de indícios de neoplasia maligna associada, sugerindo doença de Ormond. Foi iniciado um curso de corticoterapia em doses baixas (20mg/dia), gerando, ao longo de quase um ano de terapia, uma melhora clínica considerável com diminuição da massa, confirmada por TC abdominal de controle (Figura 2), ausência de anorexia e de crises álgicas.

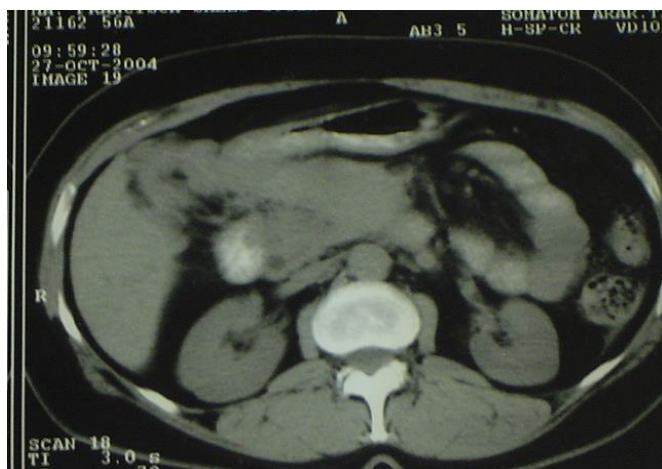


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdômen anterior à corticoterapia.

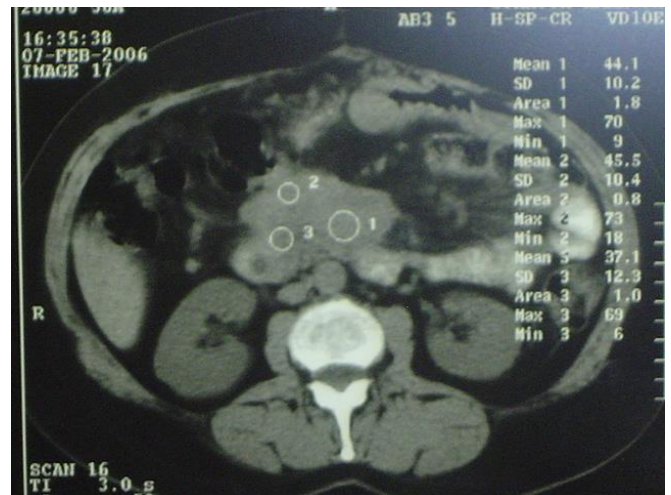


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdômen posterior à corticoterapia.

DISCUSSÃO

A fibrose retroperitoneal idiopática ou doença de Ormond é uma condição bastante rara, cuja incidência chega a 1 caso por 200.000 habitantes², não havendo predominância de raça, mas acometendo quase três vezes mais homens do que mulheres. Sua fisiopatologia é ainda bastante controversa, mas acredita-se que seja uma reação imunomediada a um polímero de lipídios oxidados chamado de ceróide, sendo encontrado em até 90% dos pacientes com fibrose retroperitoneal idiopática¹. Os achados clínicos da doença normalmente são devidos à obstrução de estruturas retroperitoneais pela massa, sendo raro o acometimento fora do retroperitônio⁴. Existe, ainda, uma relação com outras doenças fibrosantes e imunomediadas, como a tireoidite de Riedel, a fibrose mediastinal, a colangite esclerosante, o pseudotumor de órbita, dentre outras, porém não se sabe se fazem parte de uma mesma doença. Devido à sua raridade, a terapêutica proposta também permanece controversa. Classicamente, a corticoterapia tem sido utilizada como tratamento padrão com resultados favoráveis, principalmente nas fases iniciais da doença em que o processo inflamatório é mais evidente do que a fibrose dos estágios finais⁵. Entretanto, em alguns casos, doses inaceitavelmente altas de corticoide são requeridas para a tentativa do controle da lesão. Outras drogas vêm sendo utilizadas tanto isoladamente quanto associado aos corticoides, como as drogas imunossupressoras e o tamoxifen, porém a

casuística é ainda limitada, o que impede um estudo comparativo mais preciso. O tratamento cirúrgico só é requerido nos casos de obstrução acentuada dos ureteres ou de outros órgãos abdominais; manifestações leve e moderada podem ser tratadas somente com tratamento clínico.

REFERÊNCIAS

1. Monev S. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: prompt diagnosis preserves organ function, Cleve Clin J Med. 2002;69(2):160-6.
2. Khan AN, Chandramohan M, MacDonald S. Retroperitoneal fibrosis. Emedicine [Internet]. 2002 [citado em: 2006 mar 10]; 1(12):[12 telas]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/retroperitonealfibrosis/htm>.
3. Fung Y, Yee J, Simpson WL, Glajchen N, Harpaz N. CT appearance of gastric involvement in multifocal idiopathic fibrosclerosis. J Comput Assist Tomogr. 2001;25(2):239-41.
4. Greco P, Vaglio A, Manenti L, Corraldi D, Ferretti S, Cortellini P, et al. Idiopathic retroperitoneal fibrosis. G Ital Nefrol. 2004;21(2):132-8.
5. Chutaputti A, Burrell MI, Boyer JL. Pseudotumor of the pancreas associated with retroperitoneal fibrosis: a dramatic response to corticosteroid therapy. Am J Gastroenterol. 1995;90(7):1155-8.

Endereço para correspondência:

Paulo Everton Garcia Costa

E-mail: pegcosta@uol.com.br

ÚLCERA PÉPTICA EM DIVERTÍCULO DE MECKEL.

PEPTIC ULCER OF MECKEL'S DIVERTICULUM.

Luiz Antonio Rodrigues, TCBC-RJ¹; Gilson Leal Botelho².

RESUMO

O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais frequente no intestino delgado. Surge do ducto vitelino e pode possuir mucosa gástrica ectópica com perfuração de úlcera. Apesar da melhora das técnicas de imagem, o diagnóstico dessa malformação é frequentemente tardio. O diagnóstico é sugerido com a presença de complicações.

Descritores: Divertículo de Meckel. Ducto vitelino. Mucosa gástrica

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the congenital mal-formation more frequent of the small intestine. It arises from vitelline duct and can own ectopic gastric mucosa with perforate ulcer. Despite improved imaging techniques, diagnosis of this mal-formation is frequently delayed. Diagnosis is suggested by the presence of complications.

Keywords: Meckel Diverticulum. Vitelline Duct. Gastric Mucosa.

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais frequente do intestino delgado e é de difícil diagnóstico¹. Origina-se do fechamento incompleto do canal onfalomesentérico. Encontra-se localizado 40 a 60 cm da válvula íleocecal, na borda antimesentérica. Embora tenha sido descrito em 1809 por Johann Meckel, foi relatado por Hildanus em 1598.

RELATO DO CASO

Um paciente de 39 anos de idade deu entrada no Serviço de Emergência com história de dor abdominal que irradiava para a região inguinal direita. Em sua história pregressa, relatava litíase renal. Estava afebril, hidratado e não apresentava náuseas ou vômitos. O abdome era flácido, pouco distendido e com peristaltismo presente. Ficou em observação. Doze horas após, houve piora do quadro clínico, localizando-se a dor no mesogástrio e flanco direito com irradiação para a bolsa escrotal. Ao exame, o abdome estava doloroso e sem sinais de irritação, porém com o peristaltismo diminuído.

Foi realizada tomografia computadorizada de abdômen que mostrou líquido na goteira parietocólica direita. O

hemograma mostrou leucocitose com desvio para a esquerda. A laparotomia foi realizada, notando-se líquido serossanguinolento, divertículo de Meckel perfurado e fibrina nas alças do intestino delgado (Figura 1). O exame histopatológico mostrou a presença de mucosa gástrica com úlcera perfurada (Figura 2). Realizou-se a ressecção segmentar do íleo, lavagem da cavidade abdominal e fechamento da parede por planos.

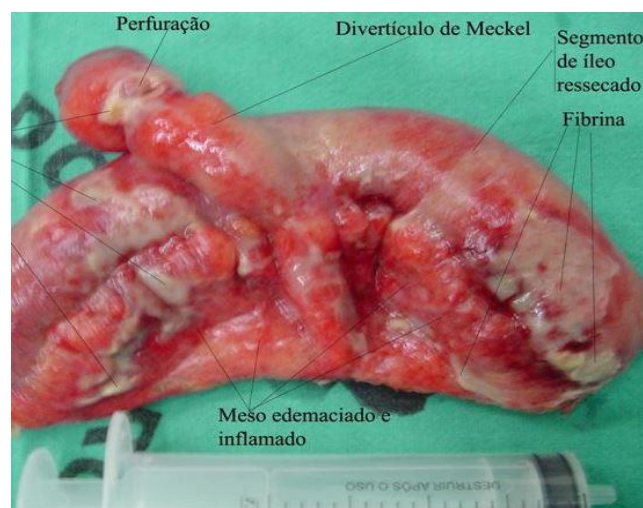


Figura 1. Segmento de íleo ressecado com o Divertículo de Meckel perfurado, meso inflamado e fibrina.



Figura 2. Imagem de exame histopatológico em coloração de hematoxilina e eosina (HE) com presença de mucosa gástrica e úlcera perfurada.

DISCUSSÃO

Durante a vida fetal, o conduto onfalomesentérico une o saco vitelino ao intestino médio. Este conduto se fecha, desaparecendo por completo entre a quinta e a sétima semanas da vida intrauterina. A persistência de parte do canal onfalomesentérico apresenta-se como divertículo, cisto ou fistula. Este canal embrionário é revestido por células pluripotenciais, podendo, pois, encontrar-se tecido ectópico no divertículo. A mucosa gástrica se apresenta em cerca de 50% dos casos e, em aproximadamente, 5% a mucosa ectópica é de células pancreáticas². Pode haver, embora raramente, a ocorrência de mucosa colônica.

Em geral, o DM é um achado de exames de imagem, laparotomias ou necropsias. Dentre as manifestações clínicas, estão os sintomas de úlcera péptica, de obstrução intestinal, de diverticulite e o de encarceramento em uma hérnia inguinal – hérnia de Littré. Complicações raras são as neoplasias que incluem as benignas, leiomiomas, angiomas e lipomas e, as malignas, adenocarcinoma, sarcoma e carcinoide. Buchler, em 1984, relatou a ocorrência de mucosa gástrica ectópica em 40 a 80% dos DM³. As células parietais desta mucosa, que produzem ácido, não são inibidas pelos fatores reguladores da secreção, levando algumas vezes à evolução para úlcera péptica, podendo perfurar ou sangrar.

Um estudo finlandês apresentou 71 pacientes com DM, dos quais 46 (65,5%) eram assintomáticos e 25 (34,5%)

sintomáticos. Destes casos sintomáticos, nove (36%) tinham úlcera péptica e cinco (55,5%) estavam perfuradas; oito (32%) apresentaram obstrução intestinal; cinco (20%) diverticulite; dois (8%) invaginação intestinal e um (4%) perfuração⁴. Há um relato de Proye que mostra o sincronismo de perfuração de DM e de úlcera duodenal⁵.

Na exploração de paciente com queixas gastrointestinais, o DM pode ser diagnosticado através do trânsito intestinal baritado. No paciente sintomático e naquele com diagnóstico confirmado de DM, a mucosa gástrica ectópica é identificada através de cintigrafia com pertecnetato de Tc^{99m}. Nos casos de hemorragia digestiva baixa, o uso da cápsula endoscópica tem mostrado o sangramento de DM, assim como a angiografia. A tomografia computadorizada (TC) pode auxiliar no diagnóstico de diverticulite aguda ou perfuração.

No atual relato, o diagnóstico foi feito indiretamente através da TC, que mostrou líquido livre na cavidade peritoneal, e da laparotomia, sendo confirmado pelo exame histopatológico.

REFERÊNCIAS

1. Fasone MA, Toro A, Guastella T, Di Carlo I. Meckel's diverticulum masked by a long period gastric symptoms--a case report. *Acta Chir Belg.* 2005;105(4): 413-4.
2. Evers BM, Townsend CM, Thompson JC. Small intestine. In: Schwartz SI, editor. *Principles of Surgery*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p.1217-63.
3. Büchler M, Bittner R, Malfertheiner P, Krautzberger W. Ulcer perforation in Meckel's diverticulum. *Leber Magen Darm.* 1984;14(4):185-7.
4. Aarnio P, Salonen IS. Abdominal disorders arising from 71 Meckel's diverticulum. *Ann Chir Gynaecol.* 2000;89(4):281-4.
5. Proye C. Synchronous perforation of a Meckel's diverticulum and duodenal ulcer. *J R Coll Surg Edinb.* 2002;47(5):713; author reply 713.

Endereço para correspondência:

Luiz Antonio Rodrigues

E-mail: drluizar@uol.com.br

PSEUDOMIXOMA RETROPERITONEAL (MUCOCELE APENDICULAR).

PSEUDOMYXOMA RETROPERITONEI (APPENDICEAL MUCOCELE).

Dyonisio Saad José Bichara, TCBC-MG¹; Vespasiano de Cerqueira Luz Neto, ACBC¹; Musse José Matuck, ACBC-MG²; Danilo Gil Bichara¹.

RESUMO

Cistoadenocarcinoma mucinoso do apêndice vermiforme, um tipo de mucocele do apêndice, é uma neoplasia indolente caracterizada pela metaplasia focal ou difusa do epitélio superficial da mucosa, associada à dilatação do apêndice e produção de muco para a luz apendicular. No presente estudo, os autores relataram um adenocarcinoma mucinoso retroperitoneal do apêndice observado em um homem de 60 anos de idade. A laparotomia foi indicada com appendicectomia e drenagem do trajeto da fistula. Não foi observado implante ou invasão de órgão adjacente na cavidade abdominal e o diagnóstico histológico foi feito, realizando tratamento oncológico após a cirurgia.

Descritores: Apêndice. Mucocele. Pseudomixoma retroperitoneal. Adenocarcinoma, mucinoso.

ABSTRACT

Mucinous cystadenocarcinoma of the vermiform appendix, a type of mucocele of appendix, is an indolent neoplasm characterized by focal or diffuse metaplasia of the superficial epithelium of mucosae, associated an appendix dilation and mucinous secretion into the appendiceal lumen. At present study the authors related a retroperitonei mucinous adenocarcinoma of appendix observed in a 60-yr-old man. Laparotomy was indicated, appendicectomy, drainage of the fistula trajectory, no implants or organ invasion on the abdominal cavity was observed, histological diagnosis was postoperatively made and the patient was to oncology treatment after the surgery.

Keywords: Appendix. Mucocele. Pseudomyxoma retroperitonei. Adenocarcinoma, Mucinous.

INTRODUÇÃO

A dilatação do lúmen apendicular por secreção mucinosa denomina-se mucocele, causada por proliferação ou hiperplasia epitelial não neoplásica, indistinguível dos pólipos hiperplásicos do cólon: cistoadenoma mucinoso ou cistoadenocarcinoma mucinoso¹.

Os cistoadenocarcinomas do apêndice produzem dilatação cística com filamentos de mucina, havendo penetração de células neoplásicas na parede apendicular e podendo disseminar implantes na cavidade peritoneal. Neste estágio, a cavidade torna-se distendida, com mucina semissólida, caracterizando o pseudomixoma peritoneal¹. Raramente há disseminação para órgãos sólidos. Os cistoadenocarcinomas mucinosos primários geralmente se originam de lesões no apêndice ou nos ovários, podendo acometer outros órgãos. O diagnóstico é feito por tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância magnética ou citologia após aspiração com agulha fina^{1,2}, quando o

derrame mucinoso apendicular localiza-se no retroperitônio, circunscrito por uma carapaça de tecido fibroso, impedindo a disseminação e contaminação da cavidade abdominal.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 60 anos de idade, leucoderma, hígido, encaminhado para avaliação e tratamento com o diagnóstico de hérnia lombar direita, há dois meses. Ao exame físico, evidenciou-se tumoração localizada na região lombar direita, de consistência mole, irreduzível, do tamanho de uma bola de tênis, indolor, causando desconforto com a movimentação. Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. O laudo da ultrassonografia sugeriu tumoração de consistência espessa, compatível com hematoma retroperitoneal em fase de organização.

O paciente foi submetido à punção lombar percutânea, com aspiração de líquido claro, espesso, de consistência gelatinosa. Realizou-se então a lombotomia direita para a

remoção de carapaça fibrótica retroperitoneal, contendo líquido gelatinoso. O local operado foi drenado através da região lombar. O exame anatomopatológico evidenciou material de aspecto mucoso, fragmentos de tecido muscular, áreas de necrose e hemorragia, depósito de exsudato fibrinoleucocitário, sem sinais de neoplasia na amostra. O paciente evoluiu com fistula cutânea e drenagem contínua de secreção clara, aspecto gelatinoso. Hipótese diagnóstica: mucocele apendicular: cistoadenoma mucinoso apendicular?

Optamos por realizar um enema opaco cujo resultado foi inconclusivo. A seguir realizou-se uma fistulografia percutânea que evidenciou material de contraste no ceco e no cólon ascendente (Figura 1). O paciente foi submetido à laparotomia através de uma incisão paramediana direita, infraumbilical. Aberta a cavidade, não encontramos líquido livre, hipertrofia ganglionar ou implantes peritoneais. O apêndice apresentava-se aumentado de volume e tamanho, com presença de fistula na extremidade, aderido ao flanco direito e com a serosa íntegra (Figura 2). Realizada apendicectomia, englobando a implantação cecal, o meso apêndice e o trajeto fistuloso retroperitoneal até a pele.

O laudo anatomopatológico relata: “lesão tumoral constituída por células atípicas, núcleos hipercrômicos, índice mitótico aumentado, estruturas adenoides e papilares com áreas de diferenciação mucinosa e apenas pontos de infiltração da parede, compatíveis com adenocarcinoma mucinoso do apêndice cecal” (Figura 3). O paciente foi encaminhado à oncologia para acompanhamento e tratamento adjuvante.

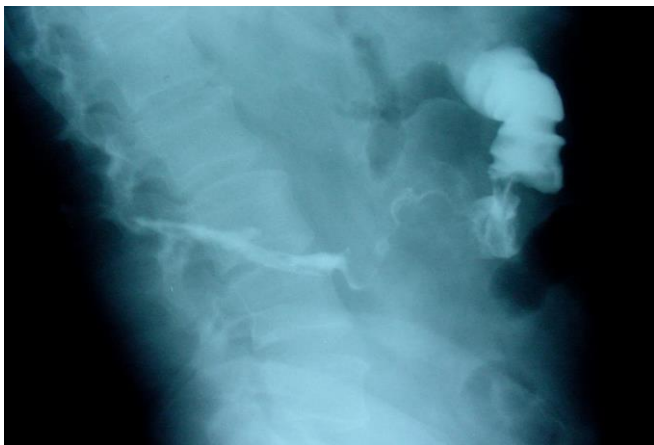


Figura 1. Fistulografia (perfil): trajeto fistuloso cutâneo-apendicular, região lombar direita.

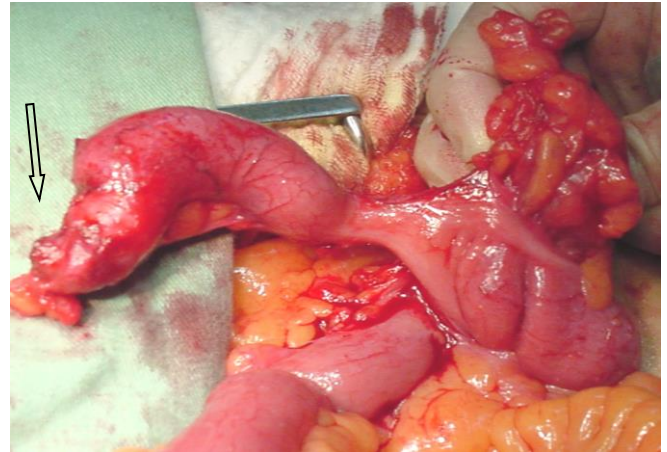


Figura 2. Exposição ceco-apendicular: apêndice congesto, aumentado de volume. Fístula apendicular (ponta) secretando para o retroperitônio.



Figura 3. Peça cirúrgica aberta: lesão tumoral, vegetante circunscrita à mucosa do apêndice cecal.

DISCUSSÃO

Há controvérsias na etiologia da mucocele do apêndice cecal. Atualmente, são consideradas verdadeiras neoplasias, cujas expressões histopatológicas mais importantes são os cistoadenoma e o cistoadenocarcinoma do apêndice². O tumor progride devido à produção de muco, esfoliação de células tumorais e redistribuição destas no abdome. Metástases hematogênicas ou linfáticas podem ocorrer, sendo duas a três vezes mais comuns em mulheres, presentes em 2:10.000 laparotomias². O diagnóstico clínico, na maioria das vezes, é difícil de ser feito. Apresentam taxas de sobrevida em cinco e dez anos de 75% e 60%, respectivamente, variando de 21 meses a 12 anos^{2,3}.

Os achados clínicos e apresentação são inespecíficos. O paciente queixa-se de dor, distensão abdominal e massa amorfa. Febre, anorexia, náuseas, vômitos e perda ponderal podem estar associados, assim como

sintomas urinários ou de apendicite aguda². Pela forma de disseminação, o diagnóstico é baseado no aspecto macroscópico de ascite mucinosa e implantes superficiais, numa distribuição característica, assim como nos achados da histologia de adenoma do apêndice sem atipia ou atividade mitótica significativa, associada a outros tumores semelhantes no peritônio^{2,4}. É importante frisarmos que a apresentação retroperitoneal da doença, a negatividade para neoplasia do material na primeira intervenção, a cavidade abdominal livre de implantes tumorais e acometimento de outros órgãos não apresentam similares na bibliografia consultada.

Objetivo do tratamento: operações agressivas e debridamentos repetidos, incluindo apendicectomia, ooforectomia bilateral devem ser adotados inicialmente. Havendo acometimento peritoneal difuso pensar na possibilidade de citorredução completa com a realização de peritonectomia e quimioterapia intraperitoneal pós-operatória. Ascites recorrentes e obstrução intestinal estão associadas à maior morbidade^{2,3,5}.

REFERÊNCIAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia Estrutural e Funcional. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
2. Mércio AAP, Weindorfer M, Weber AL, Mano AC. Neoplasias malignas primárias de apêndice cecal. Medicina. 1999;32(2):193-8.
3. Haritopoulos KN, Brown DC, Lewis P, Mansour F, Eltaur AR, Labruzzo C, et al. Appendiceal mucocele: a case report and review of the literature. Int Surg. 2001;86(4):259-62.
4. Costa OL, Buaiz V, Gonçalves CS. Pseudomixoma peritoneal: abordagem cirúrgica em dois casos. Rev Col Bras Cir. 2002;29(4):234-6.
5. Carditello A, Pollicino A, Pino G, Stilo F, Basile M. Mucin-secreting tumor of the appendix with large gelatinous effusion. Chir Ital. 2002;54(1):99-102.

Endereço para correspondência:

Musse José Matuck

E-mail: m.matuck@hotmail.com

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE MESENTÉRIO.

MESENTERY MUCINOUS CISTOADENOCARCINOMA.

Ricardo Pastore, ACBC-MG¹; Adilha Misson Rua Micheletti²; Calline Alves Franco³; Sheila Jorge Adad²; Eduardo Crema, TCBC-MG⁴.

RESUMO

O relato de caso é sobre um tumor de 8cm de diâmetro no hipocôndrio esquerdo de uma mulher de 55 anos de idade. Foi diagnosticado como cistoadenocarcinoma primário no mesentério, dado que os ovários da paciente eram normais e a apendicectomia tinha sido previamente executada por causa de apendicite aguda. Após a excisão cirúrgica e seis ciclos de quimioterapia, a paciente não apresentou recorrência ao longo de quatro anos. Este tumor é raro e há apenas quatro outros relatos na literatura. Sua origem permanece controversa.

Descritores: Cistoadenocarcinoma, Mucinoso. Mesentério. Neoplasias.

ABSTRACT

This case report is on a tumor of 8 cm in diameter in the left hypochondrium of a 55-year-old woman. The diagnosis was primary mucinous cystadenocarcinoma of the mesentery, given that the patient's ovaries were normal and appendectomy had previously been performed because of acute appendicitis. After surgical excision and six cycles of chemotherapy, the patient did not present any recurrence over a four-year follow-up period. This tumor rarely occurs, and there are only four other reports in the literature. Its origin remains controversial.

Keywords: Cystadenocarcinoma, Mucinous. Mesentery. Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Os tumores císticos primários do mesentério e retroperitônio são raros, com 28 casos descritos¹. Há 24 casos no retroperitônio¹⁻³ e quatro no mesentério^{1,4,5} (Tabela 1). Esses tumores ocorrem mais frequentemente em pacientes do sexo feminino³, por isto, a princípio são diagnosticados como primários do ovário na maioria dos casos. Várias hipóteses tentam explicar sua origem: 1) seriam remanescentes dos ductos mülleriano ou paramesonéfrico^{1,5}; 2) do tecido implantado nas superfícies serosas durante a migração dos ovários⁵; 3) de variante monodérmica de hamartoma ou teratoma cístico¹; 4) da duplicação intestinal; 5) de metaplasia celômica em cisto mesotelial pré-existente¹.

Relatamos um caso de cistoadenocarcinoma mucinoso primário do mesentério, inicialmente diagnosticado como tumor de ovário.

RELATO DO CASO

Paciente de 55 anos de idade, feminino, admitida no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE-UFTM) em setembro de 2002 com dor

abdominal há um ano, em queimação epigástrica, associada ao aumento progressivo do volume abdominal, e antecedente de apendicectomia por apendicite aguda e laqueadura tubária há vários anos. Ao exame físico, o abdome era doloroso à palpação superficial e profunda no hipocôndrio e flanco esquerdos, onde se palpava massa móvel e amolecida, de aproximadamente 8,0cm em seu maior eixo. A paciente foi submetida à tomografia computadorizada de abdome que evidenciou duas lesões císticas que ocupavam desde o hipocôndrio esquerdo até a crista ilíaca esquerda (Figura 1).

Foi então submetida à laparotomia mediana infraumbilical. Ao inventário da cavidade o útero, as tubas uterinas e os ovários estavam normais. Havia duas lesões císticas ligadas à raiz do mesentério do íleo por meio de um pedículo. Não havia aderência ao intestino ou a qualquer víscera. As lesões foram ressecadas sem ruptura dos cistos e a análise histopatológica identificou o cisto maior como cistoadenocarcinoma (Figura 2) e o cisto menor como cistoadenoma.

Tabela 1. Tumores císticos de mesentério.

Autor	Idade	Tamanho	Extensão além do tumor	Nódulo mural	Evolução
Banerjee R (1988)	38	11cm	-	-	recorrência 4 anos após
Banerjee R (1988)	58	7cm	-	-	desconhecida
Linden PA (2000)	32	18cm	-	-	Desconhecida
Talwae A (2004)	32	12cm	+	-	desconhecida



Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome com contraste oral e venoso mostrando (1) lesão cística de parede fina sem septação e (2) outra grande lesão cística septada com nódulo hiperdenso aderido à sua porção medial. As lesões estão aderidas e ambas se originam ao nível da raiz do mesentério esquerdo.

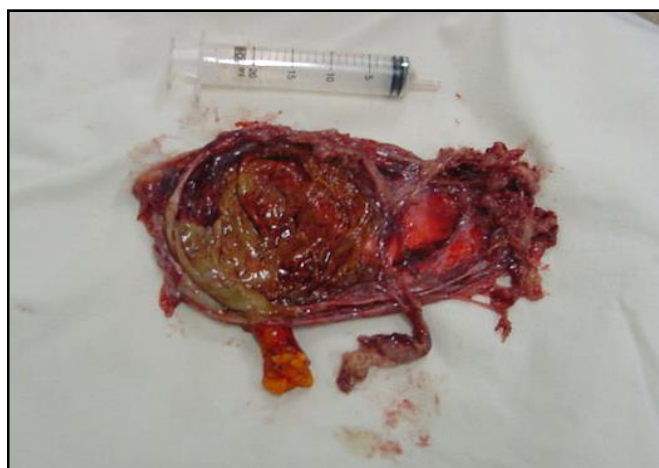


Figura 2. Cisto maior mostrando a superfície interna acastanhada e granulosa e com septos.

Após o tratamento cirúrgico, a paciente foi submetida à poliquimioterapia adjuvante com seis ciclos mensais. No acompanhamento pós-operatório e quimioterápico foi realizada dosagem de marcadores tumorais, exame clínico e radiológico, não detectando sinais de recidiva

da doença até o momento, cinco anos após a ressecção da tumoração.

DISCUSSÃO

Os tumores císticos de serosas abdominais parecem crescer de forma indolente¹⁻⁵, como neste caso. Com relação à média de idade, ocorrência do tumor e ao seu aspecto macro e microscópico, nosso caso também não difere dos outros descritos na literatura, mas merece destaque por se tratar de uma neoplasia rara.

As lesões císticas de mesentério e retroperitônio devem ser ressecadas², mesmo aquelas com aspecto benigno, devido ao risco de transformação maligna. Todo esforço deve ser feito para removê-las sem ruptura, pois há relato de menor sobrevida e recidiva quando esta complicação ocorre no ato cirúrgico⁵. No presente caso, o cisto foi ressecado sem ruptura. Linden e Ashley⁵ consideram desnecessária a ressecção dos ovários no momento da operação; entretanto, é importante a avaliação deste órgão para diagnóstico diferencial com cistoadenocarcinoma primário do ovário, que requer conduta cirúrgica mais agressiva e é o sítio mais frequente de tumores com este aspecto morfológico.

No caso de lesões císticas do abdome e da pelve é importante lembrar a possibilidade de se tratar se um cistoadenocarcinoma de mesentério, pois requer excisão cirúrgica sem ruptura dos cistos. Além disso, pode-se adotar conduta cirúrgica conservadora que preserva a fertilidade da mulher. É importante a avaliação histopatológica do material ressecado para confirmar o diagnóstico e avaliar a existência de nódulo mural, porque a existência desse parece estar relacionado a um pior prognóstico pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Banerjee R, Gough J. Cystic mucinous tumours of the mesentery and retroperitoneum: report of three cases. *Histopathology*. 1988;12(5):527-32.
2. Mikami M, Tei C, Takehara K, Komiyama S, Suzuki A, Hirose T. Retroperitoneal primary mucinous adenocarcinoma with a mural nodule of anaplastic tumor: a case report and literature review. *Int J Gynecol Pathol*. 2003;22(2):205-8.
3. Talwar A, Bell NJ, Nicholas D. Mucinous cystadenoma of colonic mesentery: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2004;17(8):1412-4.
4. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Sheanakul C, Leelahakorn S, Thawaramara T, Kaewpila N. Retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma: a case report and review of literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(4):403-8.
5. Linden PA, Ashley SW. Mucinous cystadenocarcinoma of the mesentery. *Surgery*. 2000;127(6):707-8.

Endereço para correspondência:

Ricardo Pastore

E-mail: rlpastore@hotmail.com

CÂNCER DE CÓLON AVANÇADO COM FÍSTULA CUTÂNEA TRATADO COM RESSECÇÃO AMPLA EM DOIS PACIENTES.

ADVANCED COLON CANCER WITH CUTANEOUS FISTULA TREATED BY EXTENDED RESECTION: REPORT TWO CASES.

Mário Henrique Leite de Alencar, ACBC-GO¹; Júnea Caris de Oliveira, ACBC-SP²; Antônio Talvane Torres de Oliveira, TCBC-SP³; Armando Geraldo Franchini Mellani, ACBC-SP²; André Luiz Silveira⁴.

RESUMO

Cirurgias ampliadas em monobloco para o tratamento de tumores do cólon localmente avançados, na ausência de linfonodos comprometidos, proporcionam uma sobrevida média que varia entre 40% e 68% em cinco anos, além de representar a última oportunidade de tratamento eficaz. Os autores apresentam dois casos clínicos de tumores de cólon com fístula cutânea tratados com sucesso para a cirurgia radical e reconstrução com tela de Márlex, seguindo os preceitos da cirurgia oncológica.

Descritores: Cólon. Neoplasias do cólon. Fístula cutânea. Oncologia médica/cirurgia.

ABSTRACT

Surgeries enlarged in monobloc for the treatment of colon tumors locally advanced in the absence of committed linfonodos, they provide a medium survival that varies from 40% to 68% in five years, besides representing the last chance of effective treatment. The authors presented two clinical cases of colon tumors with cutaneous fistula, treaties with success for radical surgery and reconstruction with Márlex screen following the precepts of the oncology surgery.

Keywords: Colon. Colonic neoplasms. Cutaneous Fistula. Medical Oncology/surgery.

INTRODUÇÃO

Tumores colorretais localmente avançados são aqueles que se aderem ou invadem órgãos e estruturas adjacentes. Representam cerca de 5 a 10% dos casos e, em geral, formam grandes massas tumorais com baixo índice de metástases. Na progressão do tumor por contiguidade, as estruturas e/ou órgãos adjacentes são envolvidos por aderências inicialmente inflamatórias e, posteriormente, tornam-se neoplásicas. Formam-se tumores que chegam a atingir grandes dimensões, às vezes, com aparecimento de fistulas, o que aumentam ainda mais o volume pelo componente inflamatório associado. Ressecções amplas ou em “monobloco” constituem o procedimento oncológico padrão, visto que 33% a 84% das aderências são tumorais. A ausência de

ressecção de órgãos ou estruturas comprometidas macroscopicamente e a lise das aderências tumorais geram queda de sobrevida¹. O fator prognóstico mais importante constitui o estadiamento clinicopatológico. A média de sobrevida em cinco anos na presença de invasão de órgãos ou estruturas contíguas é de 40% e na ausência de linfonodos comprometidos chega a 68%².

RELATO DO CASO CASO 1

Paciente com 45 anos de idade, masculino, branco, procurou nosso Serviço referindo dor lombar forte e progressiva à direita irradiada para o membro inferior ipsilateral há seis meses. No último mês, evoluiu com abscesso dorsal à direita com saída de secreção purulenta de odor fétido.

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO; 2. Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo Baixo do Hospital de Câncer de Barretos; 3. Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo Alto do Hospital de Câncer de Barretos; 4. Hospital de Câncer de Jales – SP.

Procurou serviço médico em sua cidade e realizou tomografia computadorizada de abdome que revelou grande coleção no subcutâneo com extensão para musculatura profunda e trajeto fistuloso de 0,5cm de diâmetro para a pele, sem adenomegalia retroperitoneal. Retirou-se fragmento deste local para exame anatomopatológico que evidenciou adenocarcinoma grau II com extensa necrose. O exame físico mostrava boa condição geral, IMC (índice de massa corporal) de 21 e IK (índice de Karnofisk) de 90%. No abdome, havia massa palpável no flanco e na fossa ilíaca direita, aparentemente fixa, e fístula cutânea tumoral para o dorso com saída de material necrótico e secreção purulenta. Os exames de estadiamento revelaram volumosa lesão expansiva lobulada intra e retroperitoneal medindo 15,5x14,3x13,3cm, com sinais de invasão locorregional da musculatura ilíaca e retroperitoneal, além da parede de flanco e fossa ilíaca direita sem nítido plano de clivagem com o cólon ascendente. Os exames laboratoriais estavam normais, destacando-se o Antígeno Carcinoembrionário (CEA) de 20,84 e albumina de 3,6. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora com achado de grande tumor do ceco com invasão de musculatura e nervo femoral. A tática operatória consistiu em ressecção ampla do tumor, parede abdominal, nervo femoral e asa do osso ilíaco à direita em monobloco (Figura 1).

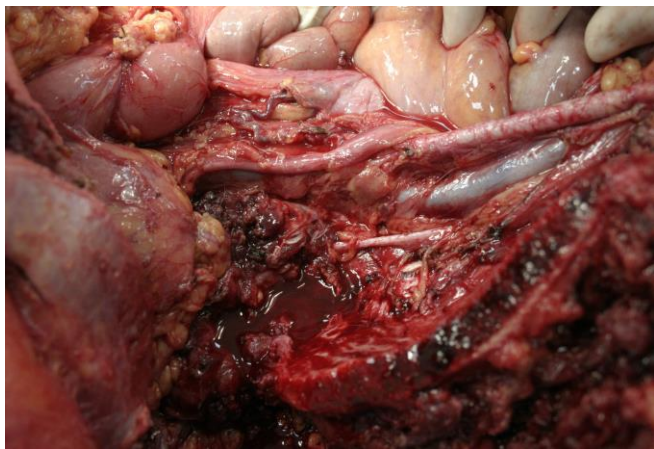


Figura 1. Ato cirúrgico (caso 1). Aspecto final, após a retirada do tumor do retroperitônio e seus elementos; nervo femoral, veia cava inferior e asa do ilíaco serrada (canto inferior direito).

A reconstrução do arcabouço musculoponeurótico foi feita com tela de Márlex, seguido de fechamento primário da pele. O paciente recebeu suporte nutricional parenteral após o procedimento e alta hospitalar no 15º dia de pós-operatório em bom estado geral.

O estadiamento patológico foi de adenocarcinoma bem diferenciado infiltrando toda a espessura da parede abdominal até o tecido conjuntivo retroperitoneal e periósteo do osso ilíaco com margens livres. Os linfonodos estavam livres de comprometimento, portanto, estadiamento IIB.

CASO 2

Paciente do sexo masculino de 51 anos de idade foi encaminhado ao nosso Serviço referindo que há, aproximadamente, três meses foi submetido à apendicectomia videolaparoscópica, com resultado anatomopatológico de apendicite exsudativa fibrino-purulenta. Evoluiu com saída de secreção purulenta pelo orifício do dreno no 40º dia de pós-operatório. A investigação posterior evidenciou, através da colonoscopia, grande lesão vegetante que ocupava a região correspondente ao que seria o óstio do apêndice cecal. A biópsia mostrou tratar-se de neoplasia maligna. Ao exame abdominal, o paciente apresentava massa palpável com 8,0cm de diâmetro, no flanco e fossa ilíaca direitos, além de dreno de Penrose com saída de secreção purulenta pelo trajeto fistuloso cutâneo tumoral (Figura 2), sem adenomegalia. Estava em bom estado geral, IMC de 24 e com IK de 90%. A tomografia de abdome revelou massa localizada no ceco, medindo 8,0x10,8x6,3cm, infiltrando gordura pericecal sem plano de clivagem com a musculatura da parede abdominal e com o músculo psoas, além de adenomegalia pericecal e junto ao terço distal da veia cava inferior. Seus exames laboratoriais mostravam CEA de 11,23 e albumina de 3,9.

Foi submetido à laparotomia com achado de grande tumor do cólon direito aderido à parede abdominal anterior, retroperitônio e lobo hepático direito. Realizada ressecção ampla do tumor, nervo femoral por infiltração tumoral, parede abdominal incluindo trajeto fistuloso, além de segmentectomia hepática (VI), e enterectomia

segmentar. Utilizou-se tela de Márlex para reconstrução da parede abdominal. Paciente evoluiu com bom estado geral e recebeu alta hospitalar no 15º dia de pós-operatório. O estadiamento patológico foi de adenocarcinoma tubular com áreas mucinosas grau II infiltrando até o tecido adiposo. Epíplon, fígado e linfonodos mesentéricos livres de comprometimento neoplásico. Estágio IIB.

Ambos os pacientes foram submetidos à quimioterapia adjuvante (fluoracila).



Figura 2. (caso 2) Visão lateral do paciente com destaque para orifício de fístula cutânea em flanco direito.

DISCUSSÃO

Os pacientes com tumores localmente avançados submetidos às ressecções curativas, apresentam sobrevida, após cinco anos, variando entre 40% a 68%². Em contrapartida, nas ressecções não extensas com lise de aderências e margens comprometidas, observamos queda acentuada na sobrevida, bem como nos procedimentos paliativos e na doença metastática. O princípio das ressecções ampliadas oncológicas baseia-se na retirada de órgãos ou estruturas adjacentes envolvidos por contiguidade, em “monobloco”, de maneira centrípetra evitando a possibilidade de margem

comprometida. Fato interessante é o baixo índice de metástases linfonodais destes tipos de tumores, além de alta sobrevida quando comparada às operações que não envolvem ressecções multiviscerais³. A explicação para tal fato talvez esteja relacionada à defesa imunológica dos pacientes que conseguem manter a doença dentro de limites locorregionais mediante infiltrados linfo-histio-plasmocitários e peritumorais verificados nos exames anatomopatológicos⁴. Embora a parede abdominal seja frequentemente invadida pelo tumor colorretal, a presença de abscesso e/ou fistulas cutâneas para a parede abdominal não são frequentes e constituem sinais de alerta para doença localmente avançada. Aspectos relativos à sua reconstrução têm sido pouco discutidos. Naqueles casos em que havia grande defeito da parede abdominal, a reconstrução era feita apenas com retalhos lipocutâneos que invariavelmente evoluíam para eventração. Posteriormente, foram usadas alternativas como duramáter homóloga, com o inconveniente da dimensão reduzida, e pericárdio bovino, de maior resistência e tamanho.

Nos nossos pacientes, optamos pela reconstrução musculoponeurótica, com emprego da tela de Márlex com bons resultados, mas com a crítica da intensa aderência local pela reação inflamatória, perda líquida transtecidual e risco de infecção envolvendo sua retirada em condições não adequadas para nova reconstrução. A irressecabilidade de tumores localmente avançados deve ser avaliada cuidadosamente, ressecções amplas em “monobloco” em centros especializados são capazes de determinar sobrevida prolongada, o que justifica tal terapêutica. A ressecção ampliada com intenção curativa é um método efetivo de tratamento do câncer colônico avançado.

REFERÊNCIAS

1. Van Cutsem EJ, Oliveira J, Kataja VV; ESMO Guidelines Task Force. ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up advanced colorectal cancer. *Ann Oncol.* 2005;16 Suppl 1:i18-9.
2. Vieira RAC, Lopes A, Almeida PAC, Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, et al. Prognostic factors in locally advanced colon cancer treated by extended resection. *Rev Hosp Clin.* 2004;59(6):361-8.
3. Gebhardt C, Meyer W, Ruckriegel S, Meier U. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma. *Langenbecks Arch Surg.* 1999;384(2):194-9.

Alencar

Câncer de cólon avançado com fístula cutânea tratado com ressecção ampla em dois pacientes.

4. Gentil FC, Lopes A, Sá AOS, Cavalcanti SF, Garcia SZ, Lima EWL, et al. Ressecção ampliada no tratamento do câncer avançado do cólon. Rev bras colo-proctol. 1989;9(3):93-101.

Endereço para correspondência:

Mário Henrique Leite de Alencar

E-mail: marinho.alencar@terra.com.br

GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL. RELATO DE CASO.

GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL. CASE REPORT.

Alexandre Ferreira Oliveira, TCBC-MG¹; Leonardo José Vieira²; Agner Alexandre Moreira, ACBC-MG³; João Baptista de Paula Fraga⁴; Rómmel Ribeiro Lourenço Costa⁵.

RESUMO

Ganglioneuromas (GN) pertencem a um grupo de tumores neuroblásticos originados da crista neural e são constituídos por células ganglionares maduras e células de Schwann. Eles são raros (1:100.000 crianças), benignos e assintomáticos, reservando a manifestação clínica aos sintomas compressivos, diarreia, hipertensão, virilização ou *miastenia gravis*. Nesse relato, os autores apresentam um caso de uma menina de quatro anos de idade com um tumor extenso abdominal, cujo diagnóstico foi ganglioneuroma retroperitoneal.

Descritores: Criança. Neoplasias. Neoplasias retroperitoneais. Ganglioneuroma.

ABSTRACT

Ganglioneuromas (GNS) belong to a group of neuroblastics tumors originated from the neural crest and are constituted by mature ganglion cells and Schwann cells. They are rare (1:100,000 children), benign and asymptomatic, reserving the clinical manifestations for compression symptoms, diarrhea, hypertension, virilization or myasthenia gravis. In this report, the authors present a case of a 4-year-old girl who had extensive abdominal tumor, whose diagnosis was of retroperitoneal ganglioneuroma.

Keywords: Child. Neoplasms. Retroperitoneal Neoplasms. Ganglioneuroma.

INTRODUÇÃO

Os ganglioneuromas (GN) pertencem ao grupo de tumores neuroblásticos, que se originam da crista neural e são compostos de células ganglionares maduras e células de Schwann. São tumores raros¹, benignos e assintomáticos, reservando as manifestações clínicas para sintomas paraneoplásicos, seja por compressão de estruturas adjacentes, seja por quadros como diarreia, hipertensão, virilização ou *miastenia gravis*¹⁻³. Apresentam maior predileção pelo sexo feminino na proporção de 3:1 e podem ocorrer em todas as faixas etárias, sendo mais comumente encontrados em crianças e adultos jovens (40-60%)⁴. Neste trabalho, os autores relatam o caso de uma criança de quatro anos de idade, que apresentava volumoso tumor abdominal, cujo diagnóstico anatomopatológico foi ganglioneuroma retroperitoneal.

RELATO DO CASO

Paciente, quatro anos e nove meses de idade, sexo feminino, foi encaminhada com queixas de rinorreia, tosse, febre e diarreia.

Ao exame físico, constatou-se volumoso tumor de consistência endurecida, semifixo no hipocôndrio esquerdo. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciaram tumor extenso, bem delimitado, que se estendia desde a transição toracoabdominal até hipocôndrio esquerdo (Figura 1). Conduta adotada: exérese do tumor.

No per-operatório, confirmou-se a localização supramesocólica do tumor com invasão do diafragma esquerdo, que foi ressecado em conjunto com a glândula suprarrenal esquerda, baço, cauda de pâncreas e junção esofagogástrica, com rafia primária, em monobloco. Para a reconstrução diafragmática utilizou-se malha de polipropileno monofilamentar. Foi realizada a drenagem intercostal fechada de tórax em selo d'água (dreno nº 24).

O laudo anatomopatológico relatou tumor, medindo 16,0x12,0x7,0 cm (Figura 2), exibindo superfície externa acinzentada e componente fibrótico em toda sua extensão. O diagnóstico histológico foi ganglioneuroma.

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG; 2. Hospital ASCOMCER; 3. Hospital Dr. João Felício; 4. Sociedade Brasileira de Coloproctologia; 5. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

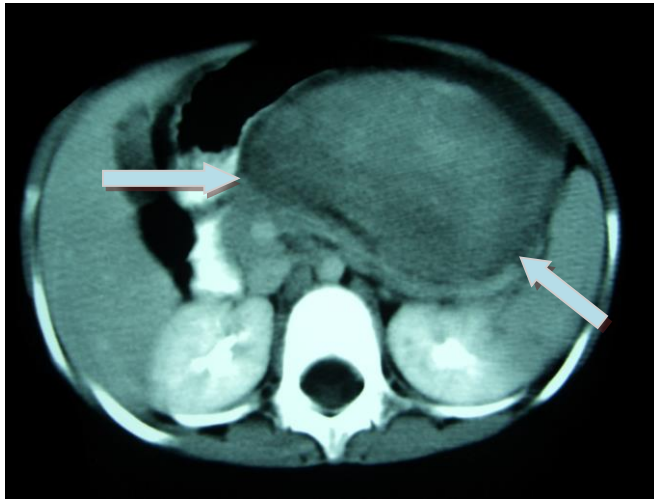


Figura 1. TC de abdome após injeção de material de contraste, evidenciando a volumosa tumoração (setas).

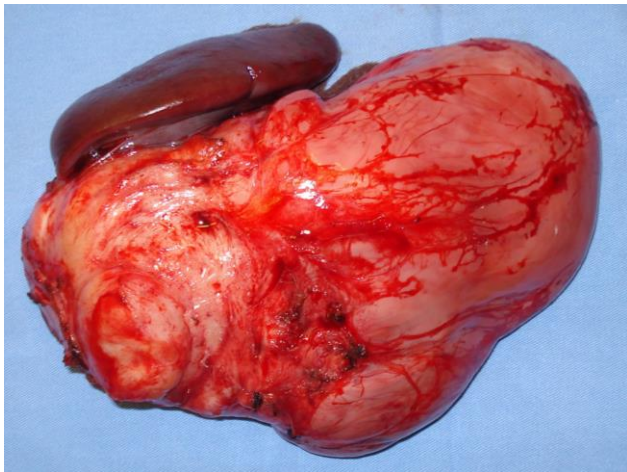


Figura 2. Peça em monobloco após a ressecção cirúrgica.

DISCUSSÃO

Os ganglioneuromas (GN) pertencem ao grupo de tumores neuroblásticos que se originam do sistema nervoso periférico, mais precisamente na crista neural. Alguns autores sugerem seu aparecimento pela maturação e/ou diferenciação de um neuroblastoma ou glioneuroblastoma pré-existent, induzido por quimioterapia ou espontaneamente¹.

Histologicamente, segundo a classificação Shimada, baseada na quantidade de estroma schwanniano, no grau de diferenciação e na idade no momento do diagnóstico, os GN são bem diferenciados, compostos de células ganglionares maduras intercaladas por células de Schwann de aspecto fusiforme (em dominância). Estes tumores são bem delimitados, podendo ser parcial ou totalmente envolvidos por tecido fibroso, o que pode facilitar sua

identificação². Os GN são extremamente raros, com incidência de 1:100.000 crianças¹. Podem ocorrer em todas as faixas etárias, porém ocorrem preferencialmente na infância (entre quatro e sete anos de idade) e adultos jovens (40-60%). Têm maior predileção pelo sexo feminino, na proporção de 3:1⁴. Ocorrem em qualquer parte do sistema simpático paravertebral, e os sítios mais frequentes são: o interior da cavidade torácica (37,5%) e o retroperitônio (37,5%)^{1,5}. Em apenas 4% dos casos ocorre acometimento simultâneo de mediastino posterior e retroperitônio¹. Outros sítios relatados, embora menos frequentes, são glândula adrenal, trato gastrointestinal^{1,5} e a região supraclavicular¹.

Os GN são benignos e geralmente assintomáticos. Quando presentes, as manifestações clínicas se dão na forma de sintomas por compressão (epigastralgia e dor abdominal) e, na hipótese de secreção hormonal, podem ocorrer quadros de diarreia, hipertensão, virilização ou *miastenia gravis*³. Estes tumores, embora raros, devem entrar no diagnóstico diferencial de tumores abdominais na infância. A exérese se faz necessária, tanto pela possibilidade de malignização sob a forma de Schwannoma^{1,3}, quanto pela baixa especificidade dos exames de imagem³. Frequentemente é necessária, a ressecção de órgãos adjacentes. O controle pós-operatório cuidadoso é importante para detectar precocemente as recidivas locais e o surgimento de novos focos da doença.

REFERÊNCIAS

1. Geoerger B, Hero B, Harms D, Grebe J, Scheidhauer K, Berthold F. Metabolic activity and clinical features of primary ganglioneuromas. *Cancer*. 2001;91(10):1905-13.
2. Sano H, Bonadio J, Gerbing RB, London WB, Matthay KK, Lukens JN, et al. International neuroblastoma pathology classification adds independent prognostic information beyond the prognostic contribution of age. *Eur J Cancer*. 2006;42(8):1113-9.
3. Meyer S, Reinhard H, Ziegler K, Gottschling S, Aliani S, Krenn T, et al. Ganglioneuroma: radiological and metabolic features in 4 children. *Pediatr Hematol Oncol*. 2002;19(7):501-8.
4. Joshi VV. Peripheral neuroblastic tumors: pathologic classification based on recommendations of international

- neuroblastoma pathology committee
(Modification of shimada classification).
Pediatr Dev Pathol. 2000;3(2):184-99.
5. Leavitt JR, Harold DL, Robinson RB.
Adrenal ganglioneuroma: a familial case.
Urology. 2000;56(3):508.

Endereço para correspondência:

Alexandre Ferreira Oliveira

E-mail: alexfer.oliveira@ig.com.br

DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DE CORPO ESTRANHO TRANSVERSO À LUZ DUODENAL COM PERFURAÇÃO HEPÁTICA.

SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF A FOREIGN BODY TRAVERSING THE DUODENUM LUMEN WITH LIVER PERFORATION.

Roni Leonardo Teixeira, TCBC-MT¹; Helder Chaves²; Flávio Augusto Menin²; Camila Michelan².

RESUMO

A ingestão de corpos estranhos é uma ocorrência comum na população pediátrica. Felizmente, a maioria dos corpos estranhos que passam espontaneamente pelo trato gastrointestinal sem efeitos adversos. A perfuração ocorre em menos de 1% de todos os casos de ingestão de corpo estranho. Relatamos um caso de perfuração duodenal e hepática por um corpo estranho (palito), com boa evolução pós-operatória.

Descritores: Imagem diagnóstica. Ultrassonografia. Corpos estranhos. Fígado.

ABSTRACT

Ingested foreign bodies are common occurrence in the paediatric population. Fortunately, a majority of the ingested foreign body pass spontaneously down the gastrointestinal tract without untoward effects. Perforation occurs in less than 1% of all cases of ingested foreign bodies. We report a case of duodenal and liver perforation by a foreign body (stick), with good evolution postoperative.

Keywords: Diagnostic Imaging. Ultrasonography. Foreign Bodies. Liver.

INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos por crianças é frequente, sendo uma experiência assustadora e preocupante para o paciente e para o médico. É um problema comum na pediatria, necessitando, ocasionalmente, de intervenção imediata, para evitar maiores complicações. Felizmente, a maioria dos objetos ingeridos, passa espontaneamente pelo trato gastrointestinal sem maiores danos, porém, ocasionalmente, sérias complicações como obstrução e perfuração intestinal¹ podem ocorrer.

RELATO DO CASO

Uma criança, do sexo masculino com dois anos de idade, apresenta quadro de vômitos, dor abdominal e irritabilidade há cinco dias. Na história pregressa, a família relata que a criança ingeriu um “palito de pirulito” há um mês. Permaneceu assintomático durante este período. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, irritada, com abdome doloroso à palpação profunda do hipocôndrio direito e do epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal. O hemograma e o ionograma estavam normais. A radiografia simples de abdome

mostrava distribuição gasosa normal sem evidência de pneumoperitônio. Diante do quadro clínico e da normalidade dos exames anteriores, optou-se pela realização de exame ultrassonográfico, no qual se observou uma imagem tubular retilínea, de aproximadamente 4cm de comprimento, ao nível do segmento V do fígado, sugestiva de corpo estranho (Figura 1). Em vista deste resultado, a criança foi submetida à laparotomia exploradora, observando-se um bloqueio epiploico na segunda porção duodenal junto ao segmento V do fígado. Através de dissecação minuciosa deste bloqueio, houve liberação do segmento duodenal e, após a realização de duodenotomia visualizou-se o corpo estranho – palito de pirulito – (Figura 2) transverso ao duodeno, perfurando-o e impactando-se no parênquima hepático. Retirou-se o objeto, e realizou-se a duodenorrafia, mantendo-se um dreno laminar intracavitário, próximo ao local suturado. A criança apresentou ótima evolução clínica, com liberação da dieta no quarto dia de pós-operatório, e alta hospitalar no sexto dia. O seguimento ambulatorial foi feito durante 45 dias após a operação, com posterior alta.

1. Serviço de Cirurgia Pediátrica da Fundação de Saúde Comunitária de Sinop – MT; 2. Disciplina de Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto – SP.



Figura 1. Ultrassonografia mostrando imagem tubular no parênquima hepático.



Figura 2. Duodenotomia com visualização e retirada de corpo estranho.

DISCUSSÃO

A ingestão de corpos estranhos é potencialmente um sério problema entre as crianças de seis meses a três anos de idade². O presente relato mostra um caso atípico, pela infrequência de complicações gastrointestinais que a ingestão de corpos estranhos pode acarretar às crianças³, além do tempo transcorrido, até que este paciente começasse a manifestar seus sintomas. As perfurações do trato gastrointestinal por corpo estranho apresentam um largo espectro de manifestações clínicas, podendo manifestar-se agudamente, ou mais tardiamente, com dor local ou generalizada em graves e exuberantes peritonites, até abscessos e massas abdominais. Ocasionalmente, apresenta-se de forma diferente, como hemorragias, obstrução intestinal ou cólica ureteral. Em alguns pacientes, apesar da perfuração visceral,

permanecem assintomáticos⁴. Possivelmente, no nosso paciente, ocorreu uma isquemia gradativa e constante da parede duodenal causada pelo corpo estranho, com sobreposição do parênquima hepático à perfuração, levando a penetração do objeto no fígado, que poderia ter evoluído mal, com formação de abscesso hepático (*S. aureus*) e sepse⁵ que, entretanto, não ocorreu.

Apesar da raridade, as crianças que ingerem corpo estranho devem ser considerados como pacientes potencialmente cirúrgicos, independente da idade e do tempo de ingestão, mantendo-as sob cuidadosa observação clínica.

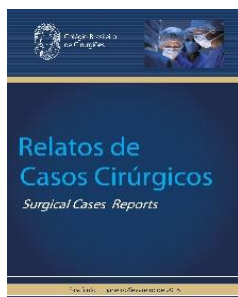
REFERÊNCIAS

1. Sai Prasad TR, Low Y, Tan CE, Jacobsen AS. Swallowed foreign bodies in children: report of four unusual cases. *Ann Acad Med Singapore*. 2006;35(1):49-53.
2. Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. *Am Fam Physician*. 2005;72(2):287-91. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2006;73(8):1332.
3. Chiang TH, Liu KL, Lee YC, Chiu HM, Lin JT, Wang HP. Sonographic diagnosis of a toothpick traversing the duodenum and penetrating into the liver. *J Clin Ultrasound*. 2006;34(5):237-40.
4. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg*. 2006;30(3):372-7.
5. Cheung YC, Ng SH, Tan CF, Ng KK, Wan YL. Hepatic inflammatory mass secondary to toothpick perforation of the stomach: triphasic CT appearances. *Clin Imaging*. 2000;24(2):93-5.

Endereço para correspondência:

Roni Leonardo Teixeira

E-mail: ronileonardo@zipmail.com.br



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

-Escopo e política

-Informações gerais

-Forma e estilo

-Tabelas e figuras (Máximo permitido 6 no total)

Escopo e política

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos destina-se à publicação de casos clínicos cirúrgicos de interesse geral seja pela raridade na literatura médica ou pela forma de apresentação não usual. É publicada trimestralmente em um único volume anual, e se propõe à divulgação das especialidades cirúrgicas que contribuam para o ensino, desenvolvimento e integração nacional.

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos é uma revista de acesso aberto e segue os requisitos uniformes recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org). Os textos são submetidos à avaliação por pares (peer review); encaminhados aos revisores para avaliação de forma anônima, que decidem por sua publicação. No caso de ocorrência de conflito de pareceres, o Editor avaliará a necessidade de um novo parecer. Textos recusados são devolvidos aos autores. Somente serão submetidos à avaliação os textos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos. Os textos aprovados poderão sofrer alterações de ordem editorial, desde que não alterem o mérito do trabalho.



Informações gerais

A Revista do CBC avalia artigos para publicação em português, inglês ou espanhol que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org) traduzidas como Conselho Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41) ou de artigo no site da Revista do CBC (www.revistadocbc.org.br) com as seguintes características:

Forma e estilo

Texto:

A forma textual dos manuscritos apresentados para publicação devem ser inéditos e enviados na forma digital (Word), espaço duplo e corpo de letra arial, tamanho 12. As imagens deverão ser encaminhadas separadas, no formato JPG, JPEG, GIF, TIF, e referidas o local de inserção no texto. Os relatos devem ser concisos e podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. As abreviaturas devem ser em menor número possível e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Não deve exceder a seis páginas incluindo o resumo e abstract não estruturados, a 15 referências e a seis ilustrações. Número de autores até seis.

Referências:

Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, não esquecendo de incluir autores e revistas nacionais, restringindo-se aos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas – ICMJE <www.icmje.org> - CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41 <www.revistadocbc.org.br>. Não serão aceitas como referências anais de congressos e comunicações pessoais; citações de livros e teses devem ser desestimuladas. Os autores do texto são responsáveis pela veracidade das referências.

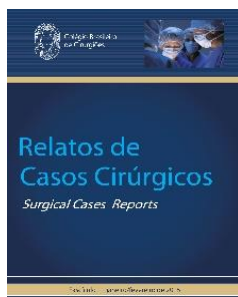
Agradecimentos:

Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a sua realização.

Figuras (Máximo permitido 6)

São consideradas figuras todas as fotografias, gráficos, quadros e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e devem ser acompanhadas de legendas descritivas.





CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no relato não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM nº.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos; 2) citar a fonte financiadora, se houver; 3) que todos os autores concedem os direitos autorais e autorizam alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico da Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos, podendo remover redundâncias, retirar figuras que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. Caso haja discordâncias dos autores quanto às estas premissas, deverão eles escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam e a Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos analisará se o relato será encaminhado para publicação ou devolvido aos autores. Caso haja conflito de interesse, ele deve ser citado com o texto: “O(s) autores (s) (nominá-los) receberam suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Quando houver fonte financiadora de fomento à pesquisa, citá-la.

A responsabilidade de conceitos ou asserções emitidos nos textos dos Relatos de Casos Cirúrgicos cabe inteiramente ao(s) autor (es). Não serão aceitos textos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos.

