

REFERÊNCIAS

- Bertuccio P, Rosato V, Andreano A, Ferraroni M, Decarli A, Edefonti V, La Vecchia C. Dietary patterns and gastric cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2013; 24(6):1450-8.
- Bracale U., Pignata G, Lirici MM., et AL. Laparoscopic gastrectomies for cancer: The ACOI-IHTSC national guidelines. *Minimally Invasive Therapy*. 2012; Early Online, 1-7
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago>>. Acesso em janeiro de 2014.
- Chen K, Xu XW, Mou YP, Pan Y, Zhou YC, Zhang RC, Wu D. Systematic Review and meta-analysis of laparoscopic and open gastrectomy for advanced gastric cancer. *World J Surg Oncol*. 2013;11:182.
- Fitzgerald RC, Hardwick R, Huntsman D, Carneiro F, Guilford P, Blair V, Chung DC, Norton J, Ragnauth K, Van Krieken JH, Dwerryhouse S, Caldas C; International Gastric Cancer Linkage Consortium. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. *J Med Genet*. 2010 Jul;47(7):436-44.
- Mastoraki A, Danias N, Arkadopoulos N, Sakorafas G, Vasiliou P, Smyrniotis V. Prophylactic total gastrectomy for hereditary diffuse gastric cancer. Review of the literature. *Surg Oncol* 2011; 4:223-6.
- Matsukuma KE, Mullins FM, Dietz L, Zehnder JL, Ford JM, Chun NM, Schrijver I. Hereditary diffuse gastric cancer due to a previously undescribed CDH1 splice site mutation. *Hum Pathol*. 2010;41:1200-3.
- Norton JA, Ham CM, Van Dam J, Jeffrey RB, Longacre TA, Huntsman DG, Chun N, Kurian AW, Ford JM. CDH1 truncating mutations in the E-cadherin gene: an indication for total gastrectomy to treat hereditary diffuse gastric cancer. *Ann Surg*. 2007 Jun;245(6):873-9.
- Pandalai PK, Lauwers GY, Chung DC, Patel D, Yoon SS. Prophylactic total gastrectomy for individuals with germline CDH1 mutation. *Surgery* 2011;149:347-55.
- Seevaratnam R, Coburn N, Cardoso R, Dixon M, Bocicariu A, Helyer L. A systematic review of the indications for genetic testing and prophylactic gastrectomy among patients with hereditary diffuse gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2012;15:153-63

prévio planejamento cirúrgico, bem como o conhecimento das principais doenças que acometem esta região.

A incidência destas lesões varia de 1:40.000 a 1:630.000 segundo a literatura⁷, sendo mais comum em pessoas do sexo feminino entre os 40 e 60 anos⁸.

RELATO DO CASO

Homem de 94 anos apresentava alteração do hábito intestinal há alguns meses. O toque retal evidenciou massa pélvica sólida, sem aparente invasão da mucosa retal, não sendo possível predizer o seu limite superior. A tomografia computadorizada de pelve mostrava lesão sólido-cística em proximidade com o osso sacro e reto, com aparente plano de clivagem entre as estruturas adjacentes (Figura 1). Ele foi submetido à ressecção transperitoneal da lesão. Ocorreu sangramento importante durante o procedimento cirúrgico, que foi controlado, sendo necessária transfusão sanguínea com quatro unidades de concentrado de glóbulos.

O pós-operatório transcorreu sem morbidade, recebendo alta hospitalar no 7º dia do pós-operatório. O anatomopatológico confirmou tratar-se de Schwannoma de baixo grau sem indícios de malignidade (Figura 2).

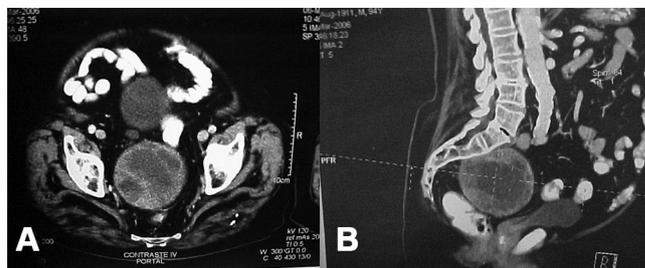


FIGURA 1 - Imagens do tumor localizado no espaço retrorretal

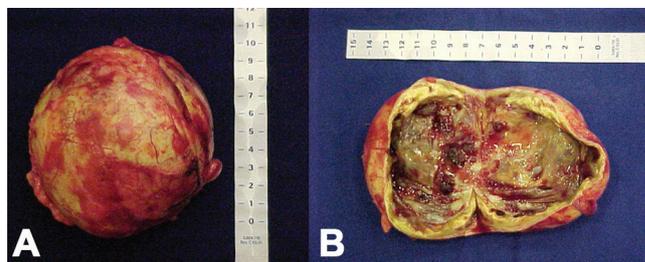


FIGURA 2 - Tumor encapsulado (10 cm de diâmetro - A) e aberto (B) evidenciando material mucoide em seu interior

ABCDDV/1111

ABCD Arq Bras Cir Dig
2015;28(2):151

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000200018>

Carta ao Editor

TUMOR RETRORRETAL: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM "SCHWANOMA"

Retrorectal tumor: a case report of a patient with "schwannoma"

Henrique Perobelli **SCHLEINSTEIN**, Paulo Antonio Lemos **CURIATI**,
Marcelo **AVERBACH**, Pedro **POPOUTCHI**

Trabalho realizado no Hospital São Camilo Pompéia, São Paulo, SP, Brasil

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Correspondência:

Henrique Perobelli Schleinstein

E-mail: henriqueperobelli@gmail.com

Recebido para publicação: 13/06/2014

Aceito para publicação: 24/02/2015

INTRODUÇÃO

As lesões que acometem o espaço retrorretal são raras, e fazem parte de um grupo heterogêneo de entidades, que interessam particularmente os cirurgiões colorretais. Estas lesões estão localizadas em área anatomicamente difícil de ser abordada, daí a necessidade de

DISCUSSÃO

Apesar da maioria das lesões retrorretais serem congênitas, a maior parte dos pacientes não têm história familiar pregressa positiva; a apresentação clínica mais comum é o achado de massa assintomática ao exame proctológico de rotina⁵. As massas retrorretais são palpáveis ao toque retal em até 97% dos casos⁷.

Devido à alteração angular provocada na musculatura puborretal pelas massas retrorretais, os pacientes geralmente apresentam alterações no seu hábito intestinal com tendência à constipação, sensação de evacuação incompleta ou fezes afiladas.

A sigmoidoscopia flexível é bastante útil para a visualização da invasão da mucosa retal pelo tumor e o seu limite superior, para correto manejo cirúrgico.

Os exames de imagem são imprescindíveis para diagnóstico preciso, sendo a ressonância nuclear magnética superior à tomografia computadorizada na caracterização das massas pélvicas quanto à presença de invasão óssea ou

envolvimento neural².

O tratamento dos tumores retrorretais é eminentemente cirúrgico. Muitas dessas lesões, apesar da aparência benigna, podem conter elementos malignos ou potencial de degeneração maligna em médio prazo, bem como o risco de infecção nos cistos benignos. O paciente em questão teve alta no sétimo dia de pós-operatório, transcorrendo sua recuperação sem intercorrências.

A ressecção do cóccix não é recomendada a menos que haja suspeita de envolvimento por doença maligna⁶. O reto frequentemente está densamente aderido pelo tumor, devendo-se realizar dissecação cuidadosa, a fim de lesões serem evitadas.

Existem três tipos de abordagem cirúrgica: anterior ou abdominal, transperitoneal ou extra-peritoneal, por acesso convencional ou laparoscópico; a via posterior; e a via combinada abdominosacral.

A via anterior é utilizada para lesões altas (com extremidade caudal até o nível de S4) sem evidência de envolvimento sacral. O reto é rebatido lateralmente e a artéria sacral mediana é geralmente ligada, com a lesão dissecada da fásia presacral e enucleada².

O acesso posterior é preferido para lesões menores, benignas, que não se estendam além do nível de S4. Esta via é utilizada quando da presença de envolvimento neural pela melhor visualização e preservação destas estruturas¹.

Os tumores de grandes proporções que excedem proximal e distalmente o nível de S4 são mais facilmente operados pela via combinada abdominosacral². A ressecção pode ser realizada sincronicamente com o paciente em decúbito lateral ou sequencialmente com a mudança de posição após cada estágio da operação. O benefício da via combinada inclui a possibilidade de visualização de estruturas como os ureteres e nervos sacrais e vasos ilíacos, sendo particularmente importante para casos em que se necessita realizar sacrectomias parciais, especialmente em cordomas.

As terapias adjuvantes apresentam papel meramente secundário no manejo dos tumores do espaço retrorretal. Em casos onde a operação radical é contraindicada, a radioterapia paliativa tem sido realizada, exceto para cordomas, classicamente radioresistentes.

A sobrevida para tumores retrorretais benignos se aproxima de 100% na maioria dos estudos⁷. Entretanto a recidiva não é incomum. Cisto de desenvolvimento apresentam recidivas da ordem de até 15%⁷. Aproximadamente 9-45% dos tumores retrorretais são malignos, mais comumente sólidos do que císticos, apresentando taxas de recorrência de 45% e sobrevida em cinco anos em torno de 17%³.

REFERÊNCIAS

1. Althausen PL, Schneider PD, Bold RJ, et al. Multimodality management of giant cell tumor arising in the proximal sacrum: case report. *Spine* 2002;27:E361-5.
2. Bohm B, Milsom JW, Fazio VW et al. Our approach to the management of congenital presacral tumors in adults. *Int J Colorectal Dis* 1993; 8: 134-8.
3. Cody HS, Marcove RC, Quan SH, et al. Malignant retrorectal tumors 28 years' experience at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1981;24: 501-6.
4. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK et al. Retrorectal Tumors: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1581-1587.
5. Hjermstad BM, Helwing EB. Tailgut Cyst. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol* 1988; 89:139-47.
6. Hobson KH, Ghaemmaghami V, Roe JP, et al. Tumor of the Retrorectal Space. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1964-1974.
7. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ et al: Mayo Clinic experience, 1960-1979. *dis Colon Rectum* 1985;28:644-52.

8. Mc Cune WS, Management of sacrococcygeal tumors. *Ann Surg* 1964;159:911-8.

ABCDDV/1112

ABCD Arq Bras Cir Dig
2015;28(2):152

DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000200019

Carta ao Editor

COMPLICAÇÃO RARA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: FISTULIZAÇÃO ENTEROCUTÂNEA ATRAVÉS DE HÉRNIA UMBILICAL

*An extremely rare complication of Meckel's diverticulum:
enterocutaneous fistulization of umbilical hernia*

Oztekin **CIKMAN**¹, Hasan Ali **KIRAZ**², Omer Faruk **OKKAN**¹,
Gurhan **ADAM**³, Ahmet **CELİK**¹, Muammer **KARAAVVAZ**¹

Trabalho realizado na ¹Canakkale 18 March University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Canakkale; ²Canakkale 18 March University, Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology, Canakkale; ³Canakkale 18 March University, Faculty of Medicine, Department of Radiology, Canakkale, Turquia

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Correspondência:

Oztekin Cikman
E mail:droztekin67@hotmail.com

Recebido para publicação: 22/04/2014
Aceito para publicação: 24/02/2015

INTRODUÇÃO

Divertículo de Meckel é a malformação mais comum do trato gastrointestinal com incidência de 2% da população. Esta anomalia congênita resulta do incompleto desenvolvimento do ducto onfalomesentérico¹. Divertículo de Meckel tem taxa de complicação de 4-6%. As complicações mais comuns são hemorragia, perfuração, obstrução e inflamação⁴. É, sobretudo, assintomático e mais frequentemente diagnosticado quando ocorrem complicações. Também pode ser diagnosticado incidentalmente durante laparoscopia ou laparotomia para condições independentes¹.

Formação de fístulas (entre órgãos abdominais), hérnia (da parede abdominal), e hérnia de Littre (protrusão do divertículo de Meckel através de um defeito na parede abdominal) são complicações bem descritas. No entanto, herniação umbilical do divertículo de Meckel é rara³. Aqui é apresentado um caso com fístula enterocutânea entre divertículo de Meckel e umbigo, associados com hérnia umbilical.

RELATO DO CASO

Um homem de 40 anos foi admitido no Departamento de Cirurgia Geral, com história de 24 h de dor abdominal focada na região umbilical, com febre, anorexia e vômitos. Ele tinha história anterior de drenagem de abscesso umbilical há cinco anos. Relatou nenhum outro histórico médico. O exame do abdome mostrou sensibilidade sobre a região umbilical sem contração abdominal e rigidez. Fuga de fluido intestinal através de abertura (fístula em orifício externo) foi verificada no interior do umbigo. Não houve aumento no calor local, inchaço ou edema. Os achados laboratoriais, incluindo hemograma e eletrólitos, e raio-X abdominal não mostraram nenhuma anormalidade. Ultrassonografia abdominal mostrou coleção