

Cintia Mayumi Sakurai Kimura,
Caio Sergio Nahas, Fabio César Atuí,
Edésio Vieira Da Silva Filho,
Jurandir Batista Da Cruz Junior,
Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (HC-FM-USP), São
Paulo, SP, Brasil

Introdução: As lesões anais intraepiteliais são um fator de risco conhecido para câncer de canal anal, que, embora não seja uma neoplasia comum, tem aumentado em incidência. Apesar de ser uma patologia potencialmente curável se diagnosticada precocemente, a rotina de *screening* para câncer de canal anal ainda não tem *guidelines* bem definidos.

Objetivo: Descrever a experiência em seguimento ambulatorial de pacientes com neoplasia anal intraepitelial.

Métodos: Os dados foram coletados retrospectivamente a partir dos prontuários dos pacientes em acompanhamento no ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis do nosso serviço de 2011 a 2016.

Resultados: Foram estudados 883 pacientes, dos quais 710 (80,4%) eram homens, a idade média foi de 43,9 anos. A prevalência de sorologia positiva para HIV foi de 73,4%, 41% entre mulheres e 81,2% entre homens; 42 pacientes (4,7%) apresentavam outro tipo de imunossupressão (p. ex. transplantados, uso crônico de imunossupressores por doenças reumatológicas). No período estudado, foram feitas 2.906 consultas (média 3,3 consultas/paciente) e 2.194 citologias anorretais (média de 2,5 exames por paciente). Os resultados foram divididos entre: normal (50,3%), neoplasia intraepitelial de baixo grau (22%), neoplasia intraepitelial de alto grau (4,13%), células escamosas de significado indeterminado (ASCUS, 16,47%) e insatisfatório (5,8%). Durante o seguimento, três pacientes foram identificados com carcinoma espinocelular de canal anal, dois em estágio II e um em estágio III (paciente em seguimento irregular). Os dois primeiros puderam ser tratados precocemente e estão em seguimento há 13 e seis meses, respectivamente. O último paciente evoluiu a óbito como consequência de má adesão ao tratamento e recidiva do tumor.

Conclusão: Nosso programa de rastreamento, apesar de todas as limitações de uma instituição universitária pública, permitiu o diagnóstico do câncer anal em uma fase passível de cura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.376>

TL8-078

ROTINA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM RISCO PARA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL

Caio Cirillo Freitas da Silva,
José Ricardo Hildebrant Coutinho,
Renata Rocha Barbi, Jorge Benjamin Fayad,
Nayara Moraes Guimarães da Silva,
Vinicius Amaro Chagas Mesquita,
Christiane Diva Campos Veneroso

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ,
Brasil



Pacientes alvo: Homossexuais masculinos; HIV+, independentemente da orientação sexual; imunossuprimidos; pessoas que já tiveram condilomas, neoplasias intraepiteliais ou câncer de ânus, colo uterino, vagina, vulva, pênis, boca e orofaringe; profissionais do sexo.

Primeira consulta: fazer esfregaço para citologia anal; exame proctológico convencional; qualificar os condilomas em externos e internos (regra Dr. Palefsky); solicitar sorologias para sífilis, hepatites B e C, HIV (carga viral e CD4, incluindo nadir).

Retorno: com condilomas: proceder à anuscopia de alta resolução; avaliar os resultados de exames laboratoriais e da citologia anal; iniciar tratamento tópico, se indicado. Sem condilomas: avaliar os resultados de exames laboratoriais e da citologia anal; agendar anuscopia de alta resolução, se indicado (qualquer resultado anormal na citologia).

Anuscopia de alta resolução: sem preparo específico: posição: decúbito lateral esquerdo; exame inicial com o colposcópico, sem colocação de corantes; introduzir gaze com ácido acético no canal anal e na margem anal; aguardar três minutos, retirar as gazes externas e examinar a margem anal, retirar o anuscópio lentamente, prestar atenção à zona que corresponde à linha pectínea, 1 cm acima dela (das válvulas anais) e logo abaixo dela; reintroduzir o anuscópio, aplicar o lugol e observar a zona de interesse, procurar por anormalidades, principalmente na área logo acima da linha pectínea, e coincidentes com anormalidades vistas ao exame com ácido acético; documentar; biopsiar áreas anormais.

Tratamento de condilomas: iniciar tratamento tópico em quatro sessões com solução de ácido tricloroacético a 90% e podofilina a 25% sob a forma de pomada, aplicados a cada sete ou 15 dias, no fim o paciente será reavaliado, se tiver respondido bem e as lesões estiverem quase desaparecendo, continuar até completar seis sessões; resposta total; poucas lesões residuais serão tratadas ambulatorialmente com eletrocauterização, após cicatrização, nova colposcopia anal; mais lesões: tratamento no centro cirúrgico; após cicatrização total das feridas agendar nova colposcopia anal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.377>

TL8-079

AVALIAÇÃO DA CROMOSCOPIA COM ÍNDIGO CARMIM NA DETECÇÃO DE PÓLIPOS DE CECO E DO CÓLON ASCENDENTE



Diogo Bicalho Silva,
Rodrigo de Almeida Paiva,
Rommel Ribeiro Lourenco Costa,
Paola Stefania Costa Moncao Lima,
Sillas Mourao Pinto, Antonio Lacerda Filho,
Fabio Lopes de Queiroz

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A colonoscopia como método de rastreamento é capaz de diminuir a incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer colorretal, sobretudo pela possibilidade de diagnosticar e remover pólipos, sabidamente lesões potencialmente