

estar enviesada, por ser indicada nos doentes com pior prognóstico e lesões mais extensas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.105>

P184

### GRANULOMA POR FÍSTULA ANAL MIMETIZANDO LESÕES TUMORAIS: RELATO DE CASOS E REVISÃO DE LITERATURA



Izabella Cristina Cristo Cunha<sup>a,b</sup>, Izabella  
Cristina Cristo Cunha<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> COLIC, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Lesões tumorais em região perianal são sempre de caráter preocupante, visto o possível diagnóstico de malignidade e potencial de ressecabilidade podem ocasionar distúrbios da continência.

**Objetivo:** Apresentar 02 casos de pacientes com diagnóstico de fístula anal com áreas de granulomatose com aspecto pseudotumoral, bem como revisar os principais diagnósticos diferenciais.

**Caso 1:** 32 anos, história pessoal de fístula perianal. Proctológico: nodulação extensa de 6 x 8 cm em quadrante anterolateral direito a 20 cm da borda anal estendendo-se para região perineal entre períneo e base de bolsa escrotal. A ressecção primária, com lesão granulomatosa extensa a 16 cm da BA com 8,5 x 6,5 cm, aproximadamente, pouco aderida à planos profundos, de característica pediculada, com trajeto retilíneo às 11 horas anterolateral direito desenvolvendo-se a partir de orifício interno às 9 horas. Optado por retalho de avanço lateral direito, realizado sem intercorrências. Fechamento e aproximação de ferida externa.

**Caso 2:** masculino, 68 anos, hematoquezia e saída de discreta e secreção em ânus. Ao exame: lesões elevadas em canal anal sem sinais de abscesso. Proctológico com canal anal de complacência e distensibilidade diminuídas às custas de discreta estenose. Presença de lesões elevadas sendo de características granulomatosas e comunicação subcutânea de 5 cm em região glútea posterior lateral direita, com trajeto fistuloso arciforme coincidente com orifício externo as 9 horas e orifício interno lateral direito bem definido a 2 cm da BA internamente. Realizada fistulectomia inicial com destelhamento deste trajeto e ressecção da maior lesão.

**Discussão:** Fístulas anorretais são comuns, acompanham frequentemente e orifícios e áreas com inflamação crônica. A formação de granulomas maiores pode aventar a suspeita de neoplasias ou doença inflamatória intestinal. Lesões granulomatosas gigantes são raras. Dentre lesões pseudotumorais benignas desta região, mais raramente podemos encontrar condilomas acuminados, tuberculose, tumores benignos de pele (fibromas, hamartomas). Muitos casos a ressecabilidade se faz necessária para o estabelecimento do diagnóstico primário, que pode estar fora da região anal.

**Conclusão:** As lesões pseudotumorais devem fazer parte do hall de diagnósticos diferenciais do Proctologista. Avaliar a

ressecabilidade com preservação esfinteriana faz-se fundamentais, visto a benignidade das lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.106>

P185

### HEMORROIDOPEXIA MANUAL EM HEMORRÓIDAS GRAU III E IV



Antonio Lucas das Mercês Filho, Claudia  
Rosali Esmeraldo Justo, Phablllo Rodrigo  
Santos de Brito, Paulo Mozart de Barros,  
Mauricio Jose de Matos e Silva, Daniella  
Tavares Pessoa, Anne Jamylle de Almeida  
Cabral

Hospital Barão de Lucena, Recife, PE, Brasil

O angiossarcoma é um tumor maligno cujas células mimetizam características morfológicas e funcionais do endotélio normal. São tumores agressivos de difícil determinação de margens cirúrgicas e com alta tendência a recorrência local e metástase. O angiossarcoma pós radioterapia apresenta-se como um fenômeno raro, com poucos casos na literatura. A maior frequência é em mulheres que se submeteram a radioterapia (Rtx) por câncer de mama. As lesões ocorrem no local irradiado, geralmente, 5 anos após o tratamento radioterápico. O tratamento visa a retirada completa da lesão, em bloco, associada ou não a quimioterapia (Qtx). Apresenta taxa de recidiva de 84% em 5 anos. As taxas de sobrevida em 5 anos, estão entre 10-35%. M.F.N.F., 65 anos, hipertensa e aplasia medular a 35 anos. Em uso de losartana e relato de transfusões em decorrência da patologia de base. Associa ao caso sorologias para Chagas e esquistossomose positiva. Apresentou diagnóstico de carcinoma espinocelular, estágio clínico III, em 1998, tratada com Rtx exclusiva, apresentando cura. Evoluiu com recidiva da lesão em 2012, sendo tratada com ressecção cirúrgica local e Rtx paliativa. Evolução com lesão ulcerada em hipogástrio, de aproximadamente 8 cm, com biópsia inconclusiva, em setembro de 2017. Apresentou imunohistoquímica compatível com angiossarcoma epitelióide. Iniciado Qtx, porém evoluiu com infecção importante da lesão ulcerada, cursando com óbito. Os sarcomas pós radioterapia correspondem de 0,5-5,5% de todos os sarcomas, sendo mais frequentes nos casos de tratamento do tumor de mama e linfomas, casos relacionados a Rtx no tratamento do tumor de canal anal são ainda mais raros. Cursam com uma latência entre 3-17 anos e ocorrendo, principalmente, após radiações entre 45-60 Gy, o que está de acordo com o caso relatado. Quando avaliada a idade de aparecimento da lesão, o caso se encontra na faixa de pior prognóstico, maior que 60 anos. Apresenta melhor prognóstico quando diagnosticado precocemente ou se encontra nas extremidades. Desta forma, a lesão localizada no hipogástrio foi um fator que dificultou o prognóstico. Apesar da cirurgia ser a principal forma de tratamento, a paciente do estudo teve sua lesão tida como inoperável, piorando o prognóstico. Quanto ao tratamento proposto, Qtx isolada, não apresentou influência na sobrevida. Sarcoma induzido por Rtx é uma lesão rara, porém sempre deve ser lembrada para um diagnóstico

precoce. Ao diagnóstico, tratar cirurgicamente, sempre que possível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.107>

P186

### TRATAMENTO DE PROLAPSO RETAL EM PACIENTE PORTADOR DE MIELOMENINGOCELE

Eduardo Endo, Henrique Luckow Invitti, Rafael Augusto Ioris, Rodnei Bertazzi Sampietro, Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira, Sérgio Brenner, Rubens Valarini

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** Prolapso retal é a exteriorização do reto através do orifício anal. Está associado a condições que aumentem a pressão intra-abdominal, transtornos anatômicos ou funcionais do assoalho pélvico e até mesmo decorrente de infecções parasitárias intestinais. Além disso, condições neurológicas como trauma pélvico-lombar, síndrome da cauda equina, tumores espinhais, esclerose múltipla e mielomeningocele também estão associadas.

**Descrição do caso:** Paciente L.E.M., 17 anos, masculino, atendido no ambulatório de coloproctologia do Hospital do Rocio em Campo Largo-PR, com diagnóstico de prolapso retal há 2 anos com exteriorização cada vez mais frequente. Portador de hipertensão arterial sistêmica e mielomeningocele. Cadeirante. Submetido a diversos procedimentos cirúrgicos neurológicos e ortopédicos. Ao exame físico evidenciado prolapso total de reto. Indicado tratamento cirúrgico, optado-se pela técnica de Altemeier. O paciente teve boa evolução e segue acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Mielomeningocele é um defeito da coluna e medula espinhal resultante do fechamento incompleto durante a gestação. O paciente apresenta inversão do reflexo anal, decorrente da preservação funcional do esfíncter interno, ao passo que o externo é completamente disfuncional. Por sua condição, a maioria dos pacientes é acamada, tornando-se constipada cronicamente, agravando ainda mais o quadro. Condições anatômicas como má fixação posterior do reto ao sacro também são agravantes. O diagnóstico do prolapso retal é clínico. Outros exames, como colonoscopia, servem para excluir condições coexistentes. O tratamento não operatório, *biofeedback*, produz apenas alívio temporário e sintomático. O tratamento de escolha é operatório. A técnica escolhida neste caso foi a retossigmoidectomia perineal (Altemeier, 1952), apresentando bom resultado. Na literatura não há trabalhos mostrando estatisticamente a correlação apurada de mielomeningocele e prolapso retal, apesar de conhecida como fator causal. Também não há consenso sobre a melhor técnica cirúrgica.

**Conclusão:** É importante considerar a hipótese de prolapso em pacientes portadores de mielomeningocele. O tratamento é cirúrgico, sendo abordagem perineal versus abdominal discutível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.108>

P187

### TUBERCULOSE PERIANAL: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Anne Caroline Paiva Baldez, Fernanda Mathias Aguiar da Silva, Weverton Queiroz dos Santos, Jaime Coelho Carlos Magno, Ana Luisa de Arêa Leão Alves, Paulo Celso Brackmann Júnior, Alexandre Moreira Valente

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A infecção pelo *M. tuberculosis* é um problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre todos os casos de tuberculose (TB) diagnosticados, apenas 1% corresponde à forma gastrointestinal e, deste, aproximadamente 1% acomete a região perianal. O período prolongado de apresentação da doença e a recidiva, sugerem o diagnóstico. No entanto, lesões da TB perianal, geralmente, não são reconhecidas, retardando o tratamento. Esta geralmente ocorre secundariamente à doença pulmonar e é mais prevalente em homens. O tratamento específico é efetivo, com resolução das lesões.

**Descrição do caso:** Homem, 49 anos, homossexual, tabagista, com queixa de dor anal e secreção purulenta há 3 meses. Negava coito anal há 6 meses, febre vespertina, tosse, diarreia, tenesmo, muco às evacuações e dor abdominal. Perda ponderal de 12 kg no período. Ao exame físico, observava-se lesão ulcerada em quadrante lateral esquerdo (QLE) com saída de secreção purulenta em grande quantidade e plicoma em QLE. Realizado biópsia e colhido secreção para bacterioscopia com coloração Ziehl-Neelsen. Solicitado sorologia para Vírus da Imunodeficiência Humana, sífilis, herpes, citomegalovírus. Prescrito empiricamente azitromicina, doxaciclina e aciclovir. Laudo histopatológico sugestivo de Doença de Crohn e todas as sorologias negativas. Realizado tomografia computadorizada de tórax com padrão de TB miliar; Derivado proteico purificado (PPD) não reator; pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) positivo na 2ª amostra, sendo então iniciado esquema antituberculoso com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol com duração total de 6 meses. Ao fim do tratamento, paciente apresentou ganho ponderal de 18 kg e remissão total da lesão.

**Discussão:** A TB perianal é uma apresentação extrapulmonar rara, que mimetiza várias patologias comuns desta região. As lesões perianais apresentam vários diagnósticos diferenciais, porém, estas se mostram com pobre resposta a antibioticoterapia empírica usual. Esse é um fator que contribui para o diagnóstico tardio.

A TB perianal pode se manifestar como uma doença incipiente, sem relato de TB pulmonar prévio ou doença ativa. Deve-se considerar como diagnóstico diferencial a Doença de Crohn, colites ulcerosas, herpes simples, sífilis, Donovanose, neoplasias, entre outras.

**Conclusão:** O diagnóstico de TB perianal é laborioso devido a semelhança com outras doenças que acometem a região, demandando investigação exaustiva e exclusão do diagnóstico diferencial.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.109>