

fibroelástica, com limites bem definidos e bordos regulares. À ressonância: lesão de 4,5 × 4 × 3,5 cm em fossa isquiorretal.

Caso 2: Masculino 47 anos, casado, sem comorbidades. Discreta elevação glútea. Hematoquezia esporádica, constipação crônica. Ultrassonografia lesão de 20 × 7 × 5 mm. Proctológico: abaulamento extrínseco em fossa isquiorretal direita de consistência fibroelástica de 2 × 3 cm, aumentada em relação ao ultrassom, Tomografia não conclusiva.

Técnica: Ressecção médio- coccígea em posição genu-peitoral parcial. Incisão mediana posterior longitudinal intermediária a cóccix e canal anal, mantendo-se adequada distância do aparelho esfinteriano. Acesso a fossa isquiorretal a partir de ressecção mais lateralmente ao plano mediano, sem necessidade de secção das fibras do músculo pubococcígeo.

Evolução: Caso 1 - anatomopatológico classificou lesão como neurilemoma com baixa proliferação celular- Schwannoma, confirmado por imuno-histoquímica; segundo caso compatível com doença lipomatosa benigna. Em ambos não foram registrados distúrbios da evacuação pós-operatório. Um evoluiu com discreta deiscência de ferida. O acompanhamento de 21 semanas e 40 semanas, respectivamente, sem recidivas.

Discussão: A fossa isquiorretal contém estruturas importantes. O risco de lesões perianais diafragma urogenital havendo preferência na literatura pelo acesso mediano. Ambos os casos foram abordados pelo acesso médio-coccígeo, com uma discreta modificação, com lateralização em plano muscular, a nível de ligamento anococcígeo, em sentido longitudinal privando a necessidade de secção das fibras do musculo levantador do ânus e permite uma boa visibilização das estruturas da fossa. Não houve distúrbios de continência ou função evacuatória relacionados ao procedimento, com boa ressecabilidade.

Conclusão: Embora não haja consenso, a abordagem posterior parece ser mais segura e respaldada na literatura, desde que reconhecida a anatomia local regional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.179>

P36

CARCINOMA BASOCELULAR NA REGIÃO PERIANAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Manuela Pereira Liger, Igor Cardoso Baima, Sabina Aparecida Alvarez de Paiva, Juliana Mamede Miranda, Paulo Henrique Pisi, Viviane Tajra Mendes, Maira Barra Benjamim

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) perianal é uma neoplasia rara que representa menos de 0,2% dos tumores anorretais. Na maioria das vezes é assintomático, o que somado a sua localização, dificulta ainda mais o diagnóstico. O objetivo desse relato de caso é apresentar um paciente com CBC perianal juntamente com revisão de literatura do assunto, destacando os tipos de apresentação clínica, histopatológica, tratamento e seguimento.

Descrição do caso: A.M.B., feminina, branca, 66 anos, atendida no Serviço de Coloproctologia de um Hospital terciário, com lesão pruriginosa em região perianal associada a dor leve e inflamação local com resolução espontânea, porém sem cicatrização completa da lesão, há um ano. Ao exame físico, identificada lesão elevada, ceratósica, hipocrômica, de 2,0 × 1,5 cm em borda anal direita sem acometimento do esfíncter anal, sem linfonodomegalia ou lesões cutâneas similares em outras regiões do corpo. Realizou-se biópsia excisional em cunha, de 0,8 cm de espessura e 2 cm de margem com fechamento primário. O exame anatomopatológico revelou CBC nodular, superficial, pigmentado e inflamação crônica inespecífica discreta, com margens cirúrgicas livres. A.M.B. teve boa evolução pós operatória, sem sinais de recidiva local ou outras lesões sugestivas em demais regiões do corpo em um ano de seguimento clínico.

Discussão: O CBC perianal geralmente tem crescimento lento, mede entre 1 e 10 cm, pode ter ulceração central e bordas elevadas. Estas lesões podem se estender até o canal anal, mas raramente são invasivos ou metastáticos. O tratamento de escolha é excisão local com margens livres, podendo se associar a rotação de retalho ou enxertos. Outras opções incluem a criocirurgia, curetagem, shaving, eletrodissecção, laser de gás carbônico e microcirurgia de Mohs. A amputação abdominoperineal do reto é reservada para lesões que se estendem acima da linha pectínea. Neste relato, optou-se pela biópsia excisional e fechamento primário, uma vez que a lesão não se estendia pelo canal anal e havia tecido local suficiente para cobertura da área exposta, sem a necessidade de rotação de retalhos ou enxertos. O seguimento é de 5 anos, pois 30 a 50% dos pacientes desenvolverão um novo CBC. Recomenda-se autoexame regular da pele e se nova suspeita, avaliação médica minunciosa.

Conclusão: O CBC em áreas fotoprotetidas é infrequente sendo necessário alto índice de suspeição para o tratamento precoce e adequado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.180>

P37

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE RETO MÉDIO: UMA APRESENTAÇÃO RARA

Ursula Araújo de Oliveira Galvão Soares, Euler de Medeiros Azaro Filho, Lina Maria de Goes Codes, Thamy Cristine Santana Marques, Aline Landin Mano, Arthur Rosado de Queiroz, Isabela Dias Marques da Cruz

Hospital São Rafael, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Carcinoma Escamocelular (CEC) de reto é extremamente raro, contudo sua incidência tem aumentado, inferindo-se que atualmente possa chegar a 3,5 por milhão de habitantes. Não possui etiologia bem estabelecida, ao contrário dos seus critérios diagnósticos, que incluem ausência de qualquer extensão do canal anal, como trajetos fistulosos, ou evidências de metástase. Devido a raridade da patologia, o tratamento ainda é controverso.

Descrição do caso: L.O.S., 64 anos, assintomática do ponto de vista gastrointestinal, realizou colonoscopia de rastreamento em

