

dezembro de 2017, sendo evidenciado em exame, a 08 cm da borda anal, lesão polipoide de 12 mm de aspecto maligno, cuja anatomia patológica, repetida e confirmada, constatou tratar-se de um CEC moderadamente diferenciado. Ao exame proctológico, tocava-se, a 7 cm da borda anal, lesão polipoide, endurecida, multilobulada, de superfície irregular e friável. Exames de estadiamento demonstraram acometimento de linfonodos em mesorreto, mas sem lesões a distância. Submetida a quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) com uso de cisplatina associada ao 5-fluoracil e radiação de 5400 cGy em 27 frações, concluído em março de 2018. Na ressonância nuclear magnética de pelve em 26/04/18 houve desaparecimento completo de lesão, compatível com exame físico.

Discussão: O Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, evidenciou um aumento na incidência de pacientes com CEC de reto. Alguns estudos sugerem uma associação da patologia com doenças inflamatórias intestinais, devido a constante agressão ao epitélio nessas patologias. Historicamente o tratamento era cirúrgico utilizando QT e RT como terapias neoadjuvantes ou adjuvantes. Na última década, devido a boa resposta ao tratamento com RT e QT para o CEC de canal anal, ampliou-se sua utilização no CEC de reto. Evidenciou-se que pacientes submetidos à QT e RT definitivas, tem uma sobrevivência muito superior, demonstrando que tal tratamento apresenta resultados promissores, tendendo-se a limitar a abordagem cirúrgica aos casos de falha terapêutica ou de recidiva da doença. No referido caso, apesar de curto seguimento, a paciente apresentou remissão completa da lesão, com desaparecimento de linfonodos aparentemente acometidos.

Conclusão: A utilização de RT e QT para tratamento do CEC de reto mostra resultados promissores, com menor morbidade aos pacientes, contudo ainda não possui protocolos definidos, sendo a sua utilização individualizada.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.181>

P38

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CÉLULAS BASILÓIDES: RELATO DE CASO



Alexandra Messa Cirlinas, Emily Alves Barros, Mateus dos Santos Peixoto, Ana Paula Barros, Deborah de Rosso

Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O câncer anal perfaz 4% dos tumores gastrointestinal, sendo mais comum o carcinoma de células escamosas, tendo no tumor de células basiloides o subtipo mais raro e agressivo. Mais frequente em mulheres e homossexuais masculinos, tem como fatores de risco infecção por HPV e HIV. Pode apresentar-se com dor, lesão ulcerada e hematoquezia. O diagnóstico é feito pela história, exame clínico e biópsia da lesão. O tratamento visa à cura, através da ressecção e terapias complementares, para tumores em estágio iniciais e menores de 1 cm. O tamanho do tumor é o principal fator prognóstico. O objetivo deste relato é apresentar os aspectos clínico-patológicos de um caso de tumor de células basiloides.

Relato de caso: M.F.R., feminino, 61 anos, ex-tabagista e diabética. Encaminhada ao ambulatório da Cirurgia do Apa-

relho Digestivo, através da Ginecologia, referia lesão perianal desde março de 2017, com crescimento progressivo e dor local moderada, que piorava ao evacuar. Evoluiu com hematoquezia e aumento da frequência das evacuações para 6 a 8 vezes ao dia, com consistência pastosa, além de perda de 12 kg em 1 ano. Apresentava-se descorada, emagrecida e com lesão ulcerada na borda anal de aproximadamente 6 cm, sem secreção ou sangramento. Colonoscopia descreveu lesão endurecida de 6 cm, sem outras alterações no cólon. Realizada, em março de 2018, eletivamente, biópsia excisional da lesão, com congelamento no intraoperatório, que identificou células basiloides. Manteve-se estável durante a internação, recebendo alta no 4º dia pós-operatório, com encaminhamento para Oncologia Clínica, para avaliar necessidade de terapia adjuvante. O anatomopatológico confirmou carcinoma escamoso tipo basiloide com margens de ressecção coincidentes com a neoplasia. Em retorno ambulatorial, paciente manteve estabilidade e levou tomografia computadorizada, realizada em abril de 2018, que evidenciou inespecíficos nódulos pulmonares bilaterais não calcificados de 5 mm e pequenas varizes pélvicas bilaterais; ausência de linfonodos retroperitoneais e de líquido livre. Aguarda consulta com a Oncologia Clínica para definição de quimioterapia.

Discussão: O tumor de células Basiloides tem prognóstico proporcional ao seu grau de invasão e diâmetro. Nesse caso, apesar da extensão, foi possível biópsia excisional completa de modo que, associado à quimioterapia adjuvante, há probabilidade de cura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.182>

P39

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE RETO: RELATO DE CASO



Eduardo de Souza Andrade, José Emilio de Araujo Menegati, Eduardo José Rodrigues Palma, Marcia Sitoni Vaz, Charles Arruda de Souza, Patricia da Rosa, Priscila Filomena Rodrigues Palma

Clínica Cirúrgica e Coloproctológica, Clini Cólon, Lages, SC, Brasil

Introdução: O Carcinoma Espinoceleular (CEC) de reto é extremamente raro, com incidência entre 0,002 e 1% dos tumores malignos colorretais. As manifestações clínicas são semelhantes às do adenocarcinoma. O tratamento ainda é controverso entre cirurgia primária e terapia neo-adjuvante.

Relato do caso: Feminino, 47 anos, queixava-se de há 30 dias com puxo, tenesmo, alteração do formato das fezes para afiladas associado a mucorréia e hematoquezia. Toque retal lesão ulcerovegetante hemicircunferencial em parede posterior distando 5 cm da borda anal. Anatomopatológico evidenciou carcinoma espinocelular, realizado estadiamento não apresentava metástase a distância e estadiamento local com ultrassonografia retal apresentando invasão até muscular com ausência de linfonodos, optado por cirurgia primária retosigmoidectomia anterior com ressecção total do mesoreto mais ileostomia derivativa, anatomopatológico confirmou CEC e sem linfonodos comprometidos, quarenta dias após

cirurgia foi encaminhada para terapia adjuvante com quimio e radioterapia.

Discussão: O carcinoma de células escamosas do reto é uma neoplasia rara. Pode estar associada a condições inflamatórias crônicas como radiação e colites ou infecções principalmente pelo Papiloma vírus humano (HPV) e esquistossomose. A apresentação se assemelha ao adenocarcinoma com queixa de puxo, tenesmo, hematoquezia e dor abdominal, porém no momento do diagnóstico os pacientes tendem a apresentar em estágio avançado já que sua apresentação se dá em pacientes mais jovens. O diagnóstico baseia-se no exame físico, endoscópico e anatomopatológico sendo este necessário o uso da imuno-histoquímica para diferenciação destas lesões. O estadiamento com ultrassonografia endoscópica e tomografia computadorizada fornece informações essenciais sobre o prognóstico e orientar terapia. Atualmente, a cirurgia continua a ser a principal opção terapêutica, no entanto, avanços recentes fizeram da terapia neo-adjuvante uma terapia possível.

Conclusão: O adenocarcinoma e o CEC do reto tem diferenças em relação a epidemiologia, etiologia, patogênese e prognóstico, por isso é importante identificar cada um pois requerem uma abordagem terapêutica diferente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.183>

P40

CÂNCER COLORRETAL EM MENORES DE 50 ANOS EM UM HOSPITAL GERAL DO RIO DE JANEIRO



Vanessa Souza Carvalho, Silvano Cambuzzi, Leonardo Machado de Castro, Ricardo Junio Garcia, Atila Haddad Credelier, Paulo Cesar Castro Junior

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A neoplasia colorretal é considerada doença que afeta população mais idosa, acima dos 50 anos.¹ Porém, estudos epidemiológicos recentemente tem mostrado um aumento desproporcional na incidência deste tipo de câncer em menores de 50 anos.² Até o momento não existe consenso se a idade deva ser considerada fator prognóstico independente.

Objetivo e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo realizado em um serviço de Coloproctologia do Rio de Janeiro entre janeiro de 2017 e maio de 2018, em pacientes com idade menor ou igual a 50 anos portadores de câncer colorretal e operados por este serviço. Os dados foram coletados dos prontuários e as seguintes variáveis foram avaliadas: idade, sexo, localização do tumor, tipo histológico, óbitos, conduta cirúrgica e estadiamento de acordo com o sistema TNM do American Joint Committee of Cancers.

Resultados: Dos 130 pacientes operados por câncer colorretal, 18 tinham idade menor ou igual a 50 anos (13,84%). O reto foi a localização mais comum com 11 casos (61,11%). Em relação ao estadiamento, 2 encontravam-se em estágio I (11,11%), 5 em estágio II (27,77%), 8 em estágio III (44,44%) e 3 em estágio IV (16,66%). A Retossigmoidectomia foi a cirurgia mais realizada no grupo estudado (61,11%) seguido de

ostomia derivativa/descompressiva (22,22%). Dos 18 pacientes estudados 8 fizeram neoadjuvância (44,44%). Foram registrados 4 óbitos, sendo que dois destes ocorreram em período per operatório.

Conclusão: A maioria de nossos pacientes encontravam-se em estádios avançados da doença e obtivemos um número considerável de óbitos do per operatório em relação a pequena série então em estudo, mostrando ser necessário nesses casos um alto nível de suspeição clínica para indicar o início do rastreamento mais precoce.

REFERÊNCIAS

1. Brenner H, Altenhofen L, Hoffmeister M. Sex, age, and birth cohort effects in colorectal neoplasms: a cohort analysis. *Ann Intern Med.* 2010;152:697-703.
2. Taggarshie D, Rehil N, Sharma S, Flynn JC, Damadi A. Colorectal cancer: are the "young" being overlooked? *Am J Surg.* 2013;205:312-6.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.184>

P41

LEIOMIOMA DE CANAL ANAL: UM RELATO DE CASO



Judith de Almeida Bringsken, Silvana Marques e Silva, Aquiles Leite Viana, Renata Gomes Ramalho, Andre David da Silva, Olane Marquez de Oliveira, Mario Nóbrega De Araujo Neto

Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Os Tumores Estromais do trato gastrointestinal (GIST), são neoplasias mesenquimais associadas com a expressão do gene CD117 e aproximadamente 80% possuem mutação do gene KIT. É a neoplasia não epitelial mais comum do TGI, representando apenas 1% dessa neoplasia. Ocorre mais comumente no estômago, seguida do intestino delgado, sendo a incidência no reto aproximadamente 5%. Dos GIST retais, cerca de 2-8% são de canal anal.

Descrição: Mulher, 29 anos, sem comorbidades, com história de ressecção de uma lesão perianal no ano de 2009 em outro serviço. Laudo da patologia: Leiomioma sem necrose ou atipias com mitoses 3 em 50 CGA, margens cirúrgicas comprometidas. Relata nova tumoração no mesmo local, que há alguns meses vem se tornando dolorosa. Ao exame físico: lesão perianal anterior direita com 8 × 4 cm de aspecto submucoso próximo ao canal anal, com aparente invasão do esfíncter externo. RNM de pelve revelou lesão expansiva, bem defenida de 4,8 × 3,4 × 3,7 cm em canal anal a direita, com comprometimento da musculatura do esfíncter interno e externo, com planos de clivagem com os elevadores do anus bilaterais e musculatura puborretal. Foi realizado ressecção cirúrgica da lesão, que se encontrava aderida superficialmente a musculatura esfíncteriana interna e externa, sendo realizada ressecção parcial e superficial da musculatura até retirada total da tumoração. Anátomo de peça: Lesão fusão celular bem deli-