

do cólon proximal, havendo ainda sintomas obstrutivos que impedem a cirurgia em condições minimamente higiênicas.

Conclusão: Casos complexos de neoplasias colorretais com tumores sincrônicos com envolvimento do reto médio e baixo são desafios ao cirurgião, devido à escolha da melhor opção terapêutica e suas implicações funcionais envolvidas, no caso em questão embora houvesse limitações das informações desejadas, a sequência decisões revelou-se acertada do ponto vista oncológico e funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.205>

P63

ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULA ANAL AVANÇADO COM CIRURGIA DE RESGATE

Sonaira Francisca Alves da Silva Bernardes, Dirceu de Castro Rezende Junior, Natasha Sa Gille Rissin, Tânia Rosa Pereira da Mata, Alexandre de Brito Borges Pimentel

Serviço de Coloproctologia, Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Sabe-se que 75% dos cânceres do canal anal são carcinomas de células escamosas e 20% são adenocarcinomas (ADC). Este é subclassificado em dois tipos: colorretal, que surge da mucosa acima da linha dentada; e tipo extramucoso, que inclui ADC que surge em fístulas anorretais e o ADC decorrente das glândulas anais, que por sua vez é raro.

Caso: Homem de 56 anos com história de doença hemorroidária, com sangramento anal e nódulo com crescimento progressivo há 10 meses. Ao exame evidenciado lesão ulcero-proliferativa e sangrante em borda lateral esquerda do ânus sem aparente invasão da mucosa anal. Realizado biópsia incisional que evidenciou ADC tubular invasivo, imunohistoquímica positivo para CK 7, CDX2 e focal para CK 20. Ultrassom endoanal identificou uma lesão que ocupa quase toda a circunferência do canal anal se estendendo até transição com o reto inferior, invadindo o músculo esfíncter anal externo, sem plano de clivagem com a uretra, medindo 89 × 33 × 57 mm, com linfonodomegalia em mesorreto inferior (uT4N1). O PET CT confirmou lesão hipermetabólica na borda anal e linfonodos hipermetabólicos inguinais bilaterais sugestivos de envolvimento secundário. Colonoscopia normal. Tratado com capecitabina oral e radioterapia (57,6 Gy). Dez semanas após quimiorradioterapia, foi submetido a abordagem multiprofissional com a realização de amputação abdominoperineal extraelevador (ELAPE) pela equipe da coloproctologia, cistoscopia (mucosa uretral livre), exereses de pele do escroto e esqueletização da uretra pela urologia, e reconstrução com retalho miocutâneo vertical de reto abdominal (VRAM) pela cirurgia plástica.

Discussão: O adenocarcinoma das glândulas anais (AGA) apresenta critérios segundo a OMS difíceis de serem cumpridos, principalmente nos casos avançados. Hobbs e cols formularam uma definição útil e discriminatória, sendo o AGA um tumor do canal anal composto por pequenas glândulas dispersas ao acaso, com pouca produção de mucina invadindo a parede da área anorretal sem um componente intraluminal, com imunohistoquímica positiva para CK 7. O caso acima

preenche a esses critérios. O tratamento para o AGA não está estabelecido, porém Anwar e cols concluiu que o tratamento ideal é a combinação de ressecção cirúrgica radical com quimiorradioterapia neoadjuvante/ adjuvante.

Conclusão: Em pacientes com doença persistente após o tratamento com quimiorradioterapia para AGA a cirurgia de resgate deve ser considerada para controle local da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.206>

P64

ADENOCARCINOMA DE RETO GIGANTE COM CRESCIMENTO FORA DOS PADRÕES USUAIS

Izadora Lorena Ferreira Reis, Lucas Domingos Rodrigues da Cunha, Luciano Ricardo Pelegrinelli, Katyara Rodrigues Fagundes, Italo Filipe Cardoso Amorim, Emerson Abdulmassih Wood da Silva, Renata Margarida Etchebehere

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Introdução: O câncer colorretal é assunto de grande importância, por sua prevalência, fisiopatogenia e hereditariedade. No entanto, apesar de grande estudo, ainda existem casos intrigantes pela precocidade, agressividade ou padrões diferentes dos tradicionalmente descritos.

Descrição do caso: Paciente masculino, 40 anos, previamente hígido, há 8 meses iniciou dor em região sacral que irradiava para membro inferior esquerdo, progressiva, não responsiva a analgésicos e anti-inflamatórios. Concomitantemente, surgiram hematoquezia, anemia, astenia, tenesmo e perda de 10 Kg. Ao toque retal, lesão circunferencial, há 3 cm da borda anal. Colonoscopia com biópsia caracterizou lesão concêntrica, estenosando a luz de reto baixo, compatível com adenocarcinoma de cólon. Tomografias evidenciaram massa anorretal circunferencial, cerca de 14 cm de extensão para planos adiposos adjacentes, sem plano de clivagem com próstata e vesículas seminais, junto a linfonodomegalias perirretais, femorais, ilíacos, cavais e aórticos. Na evolução, intercorreu com perfuração de sigmoide, sendo realizado retossigmoidectomia a Hartmann. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou adenocarcinoma de cólon pouco diferenciado, estendendo até a serosa, com comprometimento de quase toda a peça cirúrgica e invasão angiolinfática.

Discussão: Trata-se de paciente com faixa etária atípica, doença extremamente avançada e com padrão pouco usual. Existia tumor gigante em topografia de reto e perfuração de sigmoide, área que se acreditava estar fora dos limites da neoplasia pelos exames de imagem. Além disso, a peça cirúrgica resultante da retossigmoidectomia a Hartmann apresentava aspecto macroscópico livre de neoplasia, no entanto, na sua análise microscópica, foi identificado acometimento de quase toda a extensão da peça cirúrgica. Além da lesão tumoral vegetante de grandes proporções, a microscopia mostrou uma invasão espalhada da parede do cólon mais que o esperado, isto é, lesões com crescimento lateral e circunferencial na parede com invasão profunda da mucosa e da submucosa e sem aspecto macroscópico visível.

