

anorretal e a necessidade de colostomia. Pacientes com doença metastática tem uma diminuição na sobrevida global em cinco anos de 78% para 18%, sendo que a sobrevida mediana é de aproximadamente 12 meses. O fígado e o sítio metastático mais comum fora da pelve. Em uma análise retrospectiva realizada por Pawlik et al. em que 27 pacientes com carcinoma espinocelular anal com metástases hepáticas tiveram terapias dirigidas ao fígado, concluiu-se que alguns pacientes podem se beneficiar de uma abordagem terapêutica combinada, com aumento nas taxas e sobrevida.

Conclusão: A estratégia de tratamento do carcinoma metastático deve ser individualizada, uma vez que alguns pacientes se beneficiam com uma abordagem mais agressiva. No entanto, mais estudos são necessários para definir critérios que selecionariam estes indivíduos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.218>

P76

RELATO DE CASO: CÂNCER DE CANAL ANAL COM RESPOSTA TARDIA À QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA



Tatiana Mie Masuko^{a,b}, Luana Bringhenti^{a,b}, Johanna Johann^{a,b}, Marcos Guilherme Tibes Pauletti^{a,b}, Luciele Zibetti Alberton^{a,b}, Gabriela Ott Wagner^{a,b}

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O tratamento do carcinoma do canal anal evoluiu nos últimos 30 anos. Até a década de 70, o tratamento era através de procedimentos cirúrgicos que removiam o esfíncter anal. Desde então, numerosos ensaios clínicos têm sido realizados, nos quais os pacientes são tratados com radioterapia e quimioterapia em diversos esquemas, sendo a cirurgia reservada para casos de falha ou com doença grave e destrutiva do esfíncter anal. Os Guidelines atuais recomendam avaliar resposta ao tratamento entre 8 a 12 semanas. Apresentamos aqui um caso de resposta tardia.

Descrição do caso: Paciente feminino, 55 anos, hipertensa, diabética e tabagista ativa. Há 6 meses com história de dor anal e aumento da frequência evacuatória, com sangramento eventual, associado a perda de 3 kg. Ao exame proctológico, lesão a 2 cm da margem anal em parede posterior, endurecida com cerca de 2,5 cm. O estudo colonoscópico até a válvula ileocecal revelou-se normal e foi realizado biópsia da lesão descrita, cujo anatomopatológico foi de carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado. Em exames de estadiamento, alteração em ressonância de pelve, espessamento e hipocogenicidade do reto, terço médio/inferior, numa extensão de 3,8 cm, espessura de 2,8 cm e 2,3 cm. Alguns linfonodos inguinais, bilateral. Em set/16 iniciou tratamento com 5-FU e Cisplatina infusional e radioterapia com boost de radio após 54 Gy (total 59,4 Gy). Apresentava má adesão ao tratamento. Terminou as sessões em dez/16. No exame físico constatou-se aumento da lesão. Em fev/17 tinha-se plano de amputação abdominoperineal. Porém enquanto realizava exa-

mes pré-operatórios, foi indicado cirurgia de revascularização miocárdica, mas paciente evadiu do hospital. Retornou em abril/17 e realizou procedimento cardíaco. Em ago/17 não queria realizar cirurgia proctológica. Retornou em set/17 com desejo de realizar a cirurgia. Enquanto realizava avaliação pré-operatória desistiu novamente. Em nov/17 foram realizadas biópsias, ausência de neoplasia em 9 amostras. Última consulta em jun/18, sem sinais de recidiva.

Discussão e conclusão: Ainda existem controvérsias sobre o melhor momento para se avaliar resposta ao tratamento com quimio e radioterapia. A recomendação é de que se avalie a resposta em 8 a 12 semanas, no nosso caso apresentou resposta completa bem mais tardia. Estudos recentes demonstram casos de regressão lenta e contínua por até 26 semanas, demonstrando que alguns pacientes acabam realizando cirurgia desnecessária.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.219>

P77

RELATOS DESAFIADORES DE NEOPLASIA COLORRETAL EM GESTANTES



Eduardo Brambilla, Alesandra Bassani, Marcos Antonio Dal Ponte, Rita de Cassia Costamilan

Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: A neoplasia colorretal durante a gestação é uma entidade rara, que teve seu primeiro registro na literatura em 1842 e atualmente alcança incidência anual em torno de um caso a cada 13.000 partos. Atraem atenção pela alta complexidade e também por serem situações dramáticas, em que o manejo envolve riscos para a gestante e para o feto.

Descrição dos casos: *Primeiro caso:* Gestante de 28 anos, na 26ª semana de gestação, apresentando hematoquezia e alteração de hábito intestinal, com diarreia e constipação intercaladas. À colonoscopia, lesão vegetante, ulcerada e friável em reto médio, compatível com adenocarcinoma. Foi submetida à cesárea eletiva com 34 semanas pelo volume tumoral e sangramento. Um mês após o parto apresentou abscesso perianal e foi submetida à drenagem e confecção de ileostomia. Iniciou-se terapia neoadjuvante (FOLFOX + radioterapia), e, após, retossigmoidectomia (γT3 yN0, R0). Seguiu com adjuvância, e, sem evidência de doença, realizou-se o fechamento da ileostomia. *Segundo caso:* Gestante de 34 anos, 30 semanas de gestação, apresentando hematoquezia, diarreia, perda ponderal e dor pélvica. Ao toque retal, palpava-se massa endurecida a 4 cm da margem anal, confirmada pela colonoscopia - lesão em reto médio - adenocarcinoma ulcerado, moderadamente diferenciado. Foi submetida à cesárea com 32 semanas por oligodramnia. Após resolução do período gestacional, encaminhada à neoadjuvância (capecitabina + radioterapia), que está em curso atualmente.

Discussão: As neoplasias colorretais assumem características especiais em gestantes, não havendo consenso entre a influência hormonal e evolução tumoral. Seu diagnóstico pode ser desafiador, sendo confundido muitas vezes com

doença hemorroidária (assim como ocorreu com as pacientes relatadas), e pode ser tardio, já que muitos sinais e sintomas podem ser atribuídos à gestação, tais como sangramento digestivo baixo e alteração de hábito intestinal. Sendo assim, exame físico, colonoscopia e ressonância magnética são fundamentais. Intervenções de qualquer tipo precisam ser muito cuidadosas, tendo em vista a teratogenicidade. O tratamento é individualizado, assim como a via de parto, mas em geral opta-se por cirurgia pós-parto em caso de diagnóstico a partir do segundo trimestre.

Conclusão: O câncer colorretal é de baixa incidência em gestantes, com diagnóstico tardio, mas que necessita toda atenção tendo em vista o binômio materno-fetal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.220>

P78

RELEVANCIA DO ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO NO MANEJO DO ADENOCARCINOMA COLORRETAL

Leandro Minatel Vidal Negreiros, Isabella Garlati Inocêncio, Conceição de Maria Aquino Vieira Clairet, Silvio Augusto Ciquini, Tamires Robles, Eduardo Vidilli Alves Pereira, Fernando Cordeiro

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Palavras-chave: CEA; câncer colorretal; estadió clínico

Introdução: O antígeno carcinoembrionário (CEA), proteína sintetizada naturalmente pelas células que recobrem o trato gastrointestinal fetal, é também produzida normalmente, mas em pequenas quantidades, nos adultos. Níveis séricos elevados da substância podem indicar acometimento do trato gastrointestinal, especialmente no câncer colorretal (CCR). O CCR apresenta hoje altos índices de mortalidade e projeções de aumento para os próximos anos, sendo então uma enfermidade de extrema relevância. Esse marcador atualmente é uma das ferramentas utilizadas principalmente no seguimento após terapia, na detecção precoce de recidivas e metástases tumorais, podendo representar valor prognóstico.

Objetivo: Avaliar o perfil do CEA nos doentes diagnosticados com CCR e seu comportamento frente aos diferentes estádios clínicos.

Material e método: Foram avaliados os prontuários dos pacientes com CCR atendidos entre janeiro e dezembro de 2017 no ambulatório de coloproctologia e que possuíam dosagem de CEA no momento do diagnóstico, totalizando 100 pacientes. Correlacionou-se os valores de CEA com a localização anatômica tumoral, com o estádio clínico dos pacientes e com a presença de doença metastática.

Resultados: O CEA estava normal em 56% dos casos. Observou-se elevação em 9,52% dos pacientes com estádio clínico I; 34,29% com estádio II; 69,57% com estádio III e 76,92% no estádio IV. Dentre as neoplasias localizadas no reto, em 60,53% dos casos o marcador se mostrou elevado. Já nas neoplasias do hemicolon esquerdo em apenas 22,58% e do hemicolon

direito 38,71%. Nas neoplasias metastáticas (13%) o CEA estava elevado em 84,62%.

Discussão e conclusões: Apesar de ter baixa sensibilidade no momento diagnóstico do câncer colorretal e ter pouca contribuição no seguimento dos estádios precoces, deve-se ressaltar que tem valor importante na avaliação do prognóstico nos casos avançados. Dentre os pacientes avaliados, o reto foi o local associado a maior porcentagem de CEA elevado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.221>

P79

RETOSSIGMOIDECTOMIA À PULL-THROUGH EM PACIENTE COM CÂNCER DE RETO: RELATO DE CASO

Luís Bernardo Mendes Varela Moreira, Nathalia Franco Cavalcanti, Adryano Gonçalves Marques, Ricardo Everton Dias MontÁlverne, Thiago Costa Maia, Nayara Falcão Rodrigues, Guilherme Bruno Fontes Vieira

Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Na tentativa de diminuir a morbidade associada a anastomose colorretal, Cutait e turnbull ambos descretos a sua experiência com um pull-through abdominoperineal anastomose colo-anal tardia em 1961.

Apresentação: Paciente, 61 anos, sexo masculino, obeso, refere quadro de início em Novembro/2017 de hematoquezia, tenesmo diários e com queixa esporádico de sangramento transanal de aspecto vermelho rutilante. Ao exame proctológico: Inspeção estática/dinâmica: sem alterações; Toque retal: mucosa lisa, esfíncter normotônico, exame dificultado pela adiposidade perineal e glútea. Colonoscopia Out/17: Acerca de 7 cm da borda anal, nota-se lesão ulcerovegetante, friável ao toque do aparelho que ocupa cerca de 50% da luz HP: Adenocarcinomamoderadamente diferenciado; Estadiamento (Nov/17): TC de abdome e pelve: Sinais de esteatose hepática; Espessamento parietal concêntrico em reto médio podendo representar alteração de origem neoplásica primária. TC tórax: Normal; CEA:0,92 ng/ml; CA19-9: 5,4 U/ml. Indicado neoadjuvância com término em Janeiro/18. Retossigmoidoscopia: Fev/18: Nota-se a cerca de 10 cm da borda anal, lesão ulcerada com bordas elevadas ocupando cerca 1/3 da circunferência da luz. Sendo proposto a cirurgia. Paciente submetido no dia 04/06/18 à retossigmoidectomia pela técnica de pull-Through e o segundo tempo cirúrgico: anastomose colo-anal no dia 13/06/18, paciente apresentou evolução satisfatória no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no dia 18/06/18.

Discussão: Procedimento de Pull-Through foi introduzido para tratamento de pacientes selecionados com condições anorretais complexas que poderiam requerer estomas permanente. A anastomose foi progressivamente abandonada em favor da anastomose colo-anal mecânicas, mas recuperou recentemente um papel no caso de cirurgia de resgate após vazamento de anastomose, pélvis hostis, como é o caso do presente relato ou ainda no caso de recusa do por estoma.

