

apêndice com margem proximal livre de neoplasia. Realizada imunoistoquímica que foi compatível com neoplasia neuroendócrina bem diferenciada (Grau I/OMS2010), tumor carcinoide típico em apêndice cecal.

Discussão: O diagnóstico da neoplasia maligna de apêndice na maioria das vezes é feito pela análise da peça cirúrgica e o tratamento dependerá diretamente do laudo anatomopatológico. A terapêutica definitiva apresenta variações conforme o tamanho do tumor, localização neoplásica no apêndice, as margens cirúrgicas, o acometimento linfonodal e as metástases à distância, que muitas vezes não são avaliados corretamente no intraoperatório. O tratamento definitivo do tumor carcinoide não está totalmente definido. Entretanto, há consenso de que nos tumores inferiores a 1 cm a apendicectomia simples é suficiente para o tratamento.

Conclusão: Em casos de suspeita de apendicite aguda, é fundamental a análise histopatológica da peça cirúrgica para a detecção e correto manejo de possível doença maligna.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.239>

P97

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO INESPERADO DE MELANOMA POLIPOIDE ANORRETAL. RELATO DE CASO E REVISÃO SIMPLES DA LITERATURA



Guilherme Maraucci Ribeiro de Mendonça,
Paula Faria Henriques, Alfredo Fernando
Vecchiatti Pommella, Katia Ferreira Guenaga

Santa Casa de Misericórdia de Santos, Santos, SP,
Brasil

Introdução: Em razão da raridade e sintomas inespecíficos, o diagnóstico do melanoma anorretal pode ser errôneo e o tratamento subsequente inadequado. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão simples da literatura no manejo dessa lesão e relato de caso.

Descrição do caso: Paciente de 63 anos, sexo feminino, com quadro de hematoquezia e tumor que exterioriza às evacuações há cerca de 02 meses, com aumento progressivo do tamanho nas últimas semanas; não relacionada à dor local, ou outras queixas associadas. Ao exame físico observa-se lesão endurecida, indolor ao toque, mas promovendo grande desconforto à paciente, com difícil redução manual. A colonoscopia revelou lesão polipoide em reto/canal anal, não passível de ressecção endoscópica e biópsia inconclusiva. Foi então submetida a avaliação sob anestesia, que permitiu exérese completa da lesão, confirmando sua consistência endurecida; observou-se ainda uma base pediculada e localização em reto distal, justaposta ao canal anal. O procedimento foi realizado sem intercorrências, com alta da paciente no 1º dia pós-operatório e retorno após dez dias ao ambulatório, sem queixas. O resultado do exame anatomopatológico e imuno-histoquímica, esclareceu tratar-se de melanoma anorretal.

Discussão: A afecção é rara, correspondendo aproximadamente 1% dos tumores nessa localização, sendo mais frequente em mulheres acima dos 50 anos; oligossintomático,

em sua grande totalidade, induz a um diagnóstico tardio. Sangramento retal, tenesmo e dor podem estar presentes, mas com muita frequência são confundidos com doenças orificiais, pólipos anorretais e adenocarcinomas. Tem o comportamento mais agressivo entre os tumores anorretais, com taxa de sobrevida descrita na literatura muito variável em cinco anos e patogenia ainda pouco conhecida. Exame histológico e imuno-histoquímica são o padrão-ouro para o diagnóstico. Achados endoscópicos, ultrassom retal e ressonância estão indicados na avaliação inicial e estadiamento. O tratamento cirúrgico é o de escolha, mas com poucos benefícios na sobrevida em estádios avançados. Ainda há grande controvérsia em relação a melhor forma de abordagem desde a amputação abdominoperineal do reto até a ressecção local; mais recentemente, a cirurgia transanal minimamente invasiva. A terapia adjuvante se faz com quimioterápicos, biológicos e radioterapia.

Conclusão: O melanoma anorretal é uma doença rara, mas não pode ser esquecido como diagnóstico diferencial das afecções anorretais.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.240>

P98

DOENÇA DE BOWEN NA REGIÃO PERIANAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA



Igor Cardoso Baima, Maíra Barra Benjamim,
Sabina Aparecida Alvarez de Paiva, Manuela
Pereira Liger, Diogo Peres Martins Soares,
Lucas Consentino de Martins, Paulo Henrique
Pisi

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

Introdução: A Doença de Bowen (DB) é um carcinoma in situ de células escamosas cutâneas de ocorrência rara, sobretudo na região perianal. Possui aspecto variável e evolução lenta, oligo ou assintomática. O tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão.

Descrição do caso: C.A.C.H., 71 anos, feminino, branca, diabética, refere lesão pruriginosa, eritematosa, com crescimento lento em região perianal com evolução de 10 anos e com biópsia recente de DB. Ao exame físico, haviam vesículas associadas a hiperemia e dor em região de dermatomo no glúteo a esquerda e em região interglútea com uma placa eritematosa descamativa de contornos nítidos, irregulares, hipopigmentada sem sinais de necrose ou ulceração. Realizou-se, então, tratamento para Herpes Zoster com Aciclovir e, após 04 semanas, a ressecção da DB com margem de 1 cm preservando o esfíncter anal e cobertura com retalho de rotação e avanço em "V-Y" local. CACH obteve alta hospitalar após quatro dias e evoluiu sem intercorrência. O anátomo-patológico foi Doença de Bowen com margens cirúrgicas livres.

Discussão: A DB é uma lesão pré-cancerígena rara que pode evoluir para o carcinoma epidermóide invasivo em 2-6% dos casos. Invasão local ou metástases são raras. Sintomatologia: queimação e prurido, raramente dor e sangramento. São lesões em placa de limites nítidos, irregulares, eritemato-