



# Journal of Coloproctology

www.jcol.org.br



## Pôsteres <sup>☆</sup>

### Relatos de caso

512

#### Tuberculose perianal - um desafio diagnóstico

M.C. Savio, M.D. Rossoni, A.S. Brenner, A. Baldin Junior, P. Borges, M.C. Sartor, N.L. Nóbrega, G.M. Nicollelli

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

**Área:** Doenças Infecciosas

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar um caso de tuberculose perianal em paciente jovem e hígido salientando a importância do diagnóstico e tratamento adequado.

**Descrição do caso:** Masculino, 39 anos, encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia por lesão perianal dolorosa com 2 anos de evolução. Sem comorbidades ou cirurgias prévias e refere história de etilismo. Apresentava duas lesões ulceradas na margem anal, uma de 5 cm de diâmetro no quadrante posterior esquerdo e outra de 2 cm no quadrante posterior direito com bordos irregulares discretamente elevados e fundo limpo. Houve suspeita clínica de doença de Crohn (DC) e neoplasia do canal anal e foram realizadas biópsias. Exame anatomopatológico evidenciou granulomas, sugerindo DC, porém a reação de PCR (Polymerase Chain Reaction) tecidual para pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* foi positiva, sensível a Rifampicina. Paciente negava contato prévio com tuberculose. Sem queixas respiratórias e negava episódios de febre ou sudorese noturna. Raio X de tórax evidenciou opacidades fibroestruturais nos lobos superiores. Sorologias para HIV, hepatites e lues foram negativas. Hemograma, função hepática e renal também eram normais. Ileocolonosopia normal. Paciente iniciou tratamento com esquema RIPE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e evoluiu com melhora progressiva do quadro. Após 3 meses de tratamento o paciente

teve cicatrização completa da lesão e encontra-se assintomático, completando esquema RIPE de 12 meses.

**Discussão e Conclusão(ões):** A tuberculose extrapulmonar corresponde a menos de 15% dos casos, sendo menos de 1% deles no trato gastrointestinal. O acometimento anorretal é muito raro e normalmente tem associação à tuberculose pulmonar (mas nem sempre se apresenta com sintomas respiratórios). A doença ocorre principalmente em indivíduos imunocomprometidos, dentre eles os portadores do vírus HIV e usuários de drogas imunossupressoras. Entretanto, como é ilustrado neste relato de caso, também deve entrar no diagnóstico diferencial das lesões ulceradas perianais em pacientes jovens e sem comorbidades. O diagnóstico diferencial é extenso e pode ser difícil a diferenciação especialmente da doença de Crohn.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.002>

514

#### Tumor estromal gastrointestinal (gist) de canal anal - relato de caso

I.R.M.D.A. Lima, F.B. Beraldo, J.D. de Almeida, M.V.P.R. Silvino, P.S. Rahe, V.C.S. Soares, A.V. Calheiros, R.C.D. Galvão

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

**Área:** Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Apresentar relato de caso de um tumor estromal gastrointestinal localizado no canal anal, sintomático, que foi submetido a ressecção endoanal.

**Descrição do caso:** Paciente BGN, sexo masculino, 76 anos, ex-tabagista, etilista social, com queixa de proctalgia há 5 meses, associada a sensação de corpo estranho em região anal, com relato de alteração do hábito intestinal (diarreia)

☆ 68º Congresso Brasileiro de Coloproctologia, realizado no período 18 a 21 de setembro de 2019, Fortaleza, CE, Brasil. 2237-9363/

há 1 ano. Ao toque retal e anoscopia apresentava lesão nodular endurecida em parede lateral esquerda, a 4 cm da borda anal, no limite superior do esfíncter interno. O paciente foi submetido a remoção do nódulo, realizada por acesso transanal, com ressecção de parede total a nível de canal anal, incluindo tecido gorduroso mesorretal. No pós-operatório evoluiu sem intercorrências. Em seguimento ambulatorial, o paciente não mais referiu proctalgia ou qualquer outra sintomatologia colorretal anormal. Ao estudo anatomopatológico, observou-se estrutura nodular medindo 1,7 x 1,7 x 1,6 cm, não foram detectadas necrose e atividade mitótica, margens foram coincidentes com a lesão. O estudo imuno-histoquímico evidenciou positividade nas técnicas MX CD 117, MX VIMENTINA, MX CD 34 e MX KI-67 (positivo focal 2%), achados compatíveis com GIST.

**Discussão e Conclusão(ões):** Os tumores estromais gastrintestinais (gastrointestinal stromal tumors – GISTs) são a neoplasia mesenquimal mais comum do trato digestivo. As localizações mais comuns são: estômago (60%), intestino delgado (30%) e colo/reto (5%). Quando sintomático, sua clínica pode ser extremamente variável, dependendo de sua localização, tamanho e padrão de crescimento. A avaliação imuno-histoquímica e a morfologia são a base para seu diagnóstico. Cerca de 95% desses tumores são positivos para o c-Kit (CD 117) e/ou DOG-1, e 70% são positivos para CD 34. Para GISTs primários, a cirurgia continua sendo a única medida terapêutica curativa, suficiente para cura em 60% dos casos. Para qualquer tumor  $\geq 2$  cm, é recomendada a excisão cirúrgica. Nos tumores  $< 2$  cm a cirurgia só é recomendada em casos sintomáticos; para os assintomáticos, indica-se vigilância endoscópica a cada 6–12 meses se não houver características de alto risco. Para os GISTs retais, no entanto, as diretrizes da European Society for Medical Oncology (ESMO) recomendam independentemente do tamanho, porque o risco de GIST retal é alto e o controle local é crítico. As classificações mais utilizadas para estratificar o risco de recidiva e/ou metástases à distância são as de Fletcher e de Miettinen, que consideram tamanho, índice mitótico e localização do tumor. É sabido que a localização do GIST tem valor prognóstico, com tumores colônicos mais frequentemente apresentando curso desfavorável com metástase e/ou morte. O risco de recidiva é maior no primeiro ano após a cirurgia e é recomendado seguimento periódico com exames de imagem. O aparecimento de novas lesões, aumento de mais de 10% do tamanho dos tumores ou a identificação de pequenos nódulos no interior destes são sinais de doença em progressão.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.003>

259

#### Adenocarcinoma mucinoso de apêndice: relato de caso

K.d.B. Penteado, M. Aniceto, M.M.S. Craveiro,  
L.H.C. Saad, R.S. Hossne, A.B. Neto, C.A.  
Castro, W.K. de Oliveira

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Botucatu,  
SP, Brasil

**Área:** Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Neoplasias malignas de apêndice são raras, com baixa incidência e clínica inespecífica, correspondendo a 0,2%–0,5% de todos os tumores do trato gastrointestinal. Seu diagnóstico é histológico e há três tipos mais frequentes: tumores carcinoides, adenocarcinoma e adenocarcinóide. Objetivo desse relato é alerta para possíveis casos dessa doença.

**Descrição do caso:** Paciente, 46 anos, sexo feminino, admitida no PS referência da região, em abril de 2016, com história de dor abdominal há três dias, localizada em fossa ilíaca direita, sem irradiação ou outros sintomas associados. Ao exame físico paciente estável e dor em fossa ilíaca direita, sem irritação peritoneal. Realizado analgesia, solicitado laboratoriais e exame de imagem, que evidenciaram sinais de apendicite aguda, sendo paciente submetida à apendicectomia convencional. No intraoperatório caracterizada como apendicite grau II. No retorno de acompanhamento foi checado exame histológico que evidenciou adenocarcinoma mucinoso do apêndice, cujo estadiamento foi pT3 pNx pMx. Após diagnóstico novos exames para reestadiamento foram realizados sem sinais de metástase, então foi indicada intervenção cirúrgica complementar, sendo a paciente submetida à hemicolectomia direita e linfadenectomia. Reestadiada como T3N0M0 e encaminhada para terapia adjuvante. Paciente mantém acompanhamento oncológico até o momento, sem sinais de acometimento neoplásico secundário.

**Discussão e Conclusão(ões):** A neoplasia maligna de apêndice é uma doença rara, que vem aumentando sua incidência. O diagnóstico clínico é difícil pela inespecificidade dos seus sintomas, simulando em cerca de 70% dos casos quadro de apendicite aguda. Sendo assim, surpreende o cirurgião tanto no intraoperatório como no pós-operatório com o resultado do anatomopatológico. Após diagnóstico definitivo deve considerar alguns pontos para programação terapêutica, como diâmetro do tumor, localização do apêndice, idade do paciente, presença de metástase, nível de acometimento histológico e, além disso, descartar tumores colorretais sincrônicos ou metacrônicos, que são relativamente frequentes. O tratamento cirúrgico é a melhor opção, proporcionando aumento da sobrevida global. Na maioria dos casos se faz necessário uma segunda intervenção cirúrgica mais agressiva. Após reabordagem com novos laudos histopatológicos é possível determinar necessidade de terapia adjuvante. Os casos de adenocarcinoma difuso com metástases sistêmicas são considerados irressuscitáveis, indicado tratamento paliativo. O prognóstico do adenocarcinoma de apêndice é determinado pelo estágio, além disso, esse tipo de tumor apresenta uma alta taxa de recorrência. A neoplasia primária de apêndice é rara e difícil suspeição pré-operatória, o que dificulta seu diagnóstico. Assim, é indispensável à realização do anatomopatológico das apendicectomias para seu diagnóstico e indicação de terapêutica oportuna. Publicação de relatos com casos raros auxilia na ampliação do conhecimento dessa doença.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.004>

