

## **(21304) - ADENOCARCINOMA DO CANAL ANAL - CASO CLÍNICO**

Margarida Dupont<sup>1</sup>; Carolina Marques<sup>1</sup>; Juliana Ribeiro<sup>1</sup>; Clara Leal<sup>1</sup>; Bruno Vieira<sup>1</sup>; Daniela Martins<sup>1</sup>; Nádia Tenreiro<sup>1</sup>; Rita Marques<sup>1</sup>; João Pinto-De-Sousa<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro

### **Introdução**

As neoplasias do canal anal são raras. Histologicamente, classificam-se em função da mucosa de origem: glandulares, de transição, escamosas ou adenocarcinomas. Os sintomas são frequentemente inespecíficos (rectorragias, dor anal, prurido, abscesso) o que pode levar a diagnóstico tardio. Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos com antecedentes de apendicectomia. Em 2021 foi submetido a drenagem cirúrgica de abscesso perianal à direita sem intercorrências. Avaliação posterior na consulta revelou resolução do quadro. Quatro meses depois, surge novo episódio de abscesso e fistula perianal à direita associados a tumefação peri- orifício externo pelo que é submetido a drenagem, colocação de seton e biópsia incisional. A histologia revelou “epitélio escamoso estratificado com hiperqueratose, parcialmente correspondente com área transicional, subjacentemente ao qual observam-se glândulas mucosecretoras, concordantes com glândulas anais, algumas dilatadas e rotas, com inflamação á volta”. O doente é encaminhado para a Unidade de Proctologia, onde nega alterações do trânsito intestinal, perdas hemáticas, sintomas constitucionais ou incontinência fecal. Ao exame físico apresentava soiling e área nacarada com extensão das 3h às 6h, com orifício interno às 5h com drenagem purulenta; fibrose do canal anal com extensão quase circunferencial desde as 3h até às 9h dolorosa e não ultrapassável. Esfíncter sem tonicidade avaliável. Realizou o seguinte estudo:

> Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou vírus do papiloma humano (HPV) negativas

> Sem anemia, sem elevação de marcadores tumorais (CEA 4.1, Ca 19.9 16)

>RMN pélvica: observa-se uma formação expansiva na região perianal, parcialmente ocupando as fossas isquio-anais, com contornos lobulados e evidenciando hipersinal heterogéneo em T2 e hiperrealce parietal, também com focos de captação de contraste na região central. Envolve de forma semi-circunferencial (metade posterior) o complexo esfinteriano em todo o seu comprimento longitudinal, e também tem volumoso componente supra-elevador. Verifica-se extensão ao espaço inter-esfinteriano com presença de várias áreas de disrupção do esfíncter externo e comunicação da lesão com o lúmen. Existe contacto com a glândula prostática, mas sem invasão desta. Admite-se que a lesão descrita possa corresponder apenas a uma colecção líquida heterogénea, de natureza abcedada, embora não se exclua eventual etiologia neoplásica (tumor mucinoso?).

>Endoscopia digestiva baixa (EDB): “massa perianal endurecida com abundantes secreções purulentas no recto em quase toda a sua extensão. Mucosa apresenta congestão e aspecto infiltrativo com marcada redução do lúmen que se biopsia”

>Histologia das biópsias da EDB: sem evidência de neoplasia

> Tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-perineal (TAC TAP) sem evidência de doença à distância .

Apesar de ausência de confirmação histológica de neoplasia, dado o seu aspecto macroscópico e o agravamento das queixas algicas, foi discutido em Consulta de Grupo Multidisciplinar (CGM) e decidida biópsia cirúrgica e estoma derivativo. Foi então submetido a colostomia terminal do colon sigmóide e biópsia incisional perianal. Como achados intra-operatórios apresentava, na área abdominal, tumefação pélvica envolvendo recto, bexiga e sacro sem limites definidos, sem metástases hepáticas ou implantes peritoneais. Na região perianal apresentava tumefação com extensão das 3h às 9h ulcerada e loca com extensão alta e conteúdo mucinoso. Pós-operatório sem intercorrências. A histologia confirmou adenocarcinoma mucinoso. O doente foi rediscutido em CGM com proposta de quimioterapia (cT3/4N+M0) que o doente recusou. Verificou-se progressão local da doença tendo vindo a falecer 4 meses depois.

## **Objectivo**

Relato de caso de doente do sexo masculino com adenocarcinoma mucinoso anal.

## **Material e métodos**

Registos Clínicos

## **Resultados**

Tratamento Cirúrgico

## **Discussão/Conclusão**

O adenocarcinoma do canal anal representa 3-9% de todas as neoplasias do canal anal. Deve ser distinguido de neoplasia do recto baixo, sendo uma das características diferenciadora, a presença de grande quantidade de mucina (organizada em pools) visível no exame histológico. O adenocarcinoma do canal anal tem geralmente origem nas glândulas anais mas também pode ter como ponto de partida fístulas anais de longa duração. Os fatores de risco são infeção por HPV e HIV, práticas sexuais ano-receptivas, tabagismo e imunossupressão. Clinicamente, o doente pode apresentar dor anal, lesão palpável ao toque rectal e abscesso com drenagem recorrente. O estadiamento passa por exame físico e biópsia da lesão, RMN pélvica e TAC TAP para exclusão de metastização à distância. O tratamento envolve geralmente quimioterapia neoadjuvante seguida de resseção abdomino-perineal (para lesões superiores a 2cm) ou excisão local se se tratar de um tumor de menores dimensões e bem diferenciado. Neste caso, o diagnóstico foi tardio dada a dificuldade na obtenção de um resultado histológico e a evolução condicionada pela extensão da lesão.

**Palavras-chave : Adenocarcinoma, Cirurgia Colorectal, Canal anal**