



MED-REVIEW



CÂNCER DE CANAL ANAL

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

EIXO TEMÁTICO	O QUE A BANCA MAIS COBRA	PADRÃO / CONDUTA PADRÃO-OURO
Histopatologia e Fatores de Risco	• CEC / Carcinoma Epidermoide (85-90% dos casos) • Associação com HPV (16 e 18) • Fatores: HIV/imunossupressão, sexo anal receptivo, múltiplos parceiros, tabagismo	• Rastreamento/diagnóstico: citologia anal + anoscopia de alta resolução em populações de alto risco
Anatomia e Drenagem Linfática	• Linha pectínea como divisor anatômico e embriológico • Acima da linha pectínea: ilíacos internos e mesorreto • Abaixo da linha pectínea: linfonodos inguinais superficiais	• Exame físico obrigatório: palpação cuidadosa das cadeias inguinais bilateralmente • Linfonodo inguinal suspeito: PAAF se dúvida de acometimento neoplásico
Topografia: Canal vs. Margem Anal	• Canal Anal: do anel anorretal até a borda anal • Margem Anal: pele perianal em raio de 5 cm a partir da borda	• Canal Anal: Quimiorradioterapia (Nigro) • Margem Anal (T1, bem diferenciado, sem invasão esfíncteriana): pode ser feita ressecção local com margem livre de 1 cm
Estadiamento Locorregional (T e N)	• RM de Pelve: melhor exame para avaliar extensão local (T), invasão esfíncteriana e linfonodos pélvicos • T1: ≤ 2 cm • T2: > 2 cm a 5 cm • T3: > 5 cm • T4: invade órgãos adjacentes (vagina, bexiga, uretra)	• TC de tórax + abdome ou PET-CT para estadiamento à distância (M) • RM de pelve para estadiamento locorregional
Tratamento Curativo Padrão	• Esquema de Nigro: Quimiorradioterapia combinada • Preserva o aparelho esfíncteriano e cura > 70-80%	• Tratamento clínico inicial definitivo para todos os estádios não metastáticos (I a III)
Avaliação de Resposta e Seguimento	• Resposta tumoral pós-Nigro pode ser lenta e tardia (efeito prolongado da radiação) • Avaliação clínica: 8 a 12 semanas pós-término	• Se regressão parcial em curso: observar e reavaliar até 26 semanas
Falha Terapêutica / Recidiva	• Persistência confirmada após 26 semanas ou recidiva locorregional	• Cirurgia de Resgate: Amputação Abdominoperineal de Reto (Cirurgia de Miles) com colostomia definitiva

FUNDAMENTOS ANATÔMICOS E FISIOPATOLOGIA

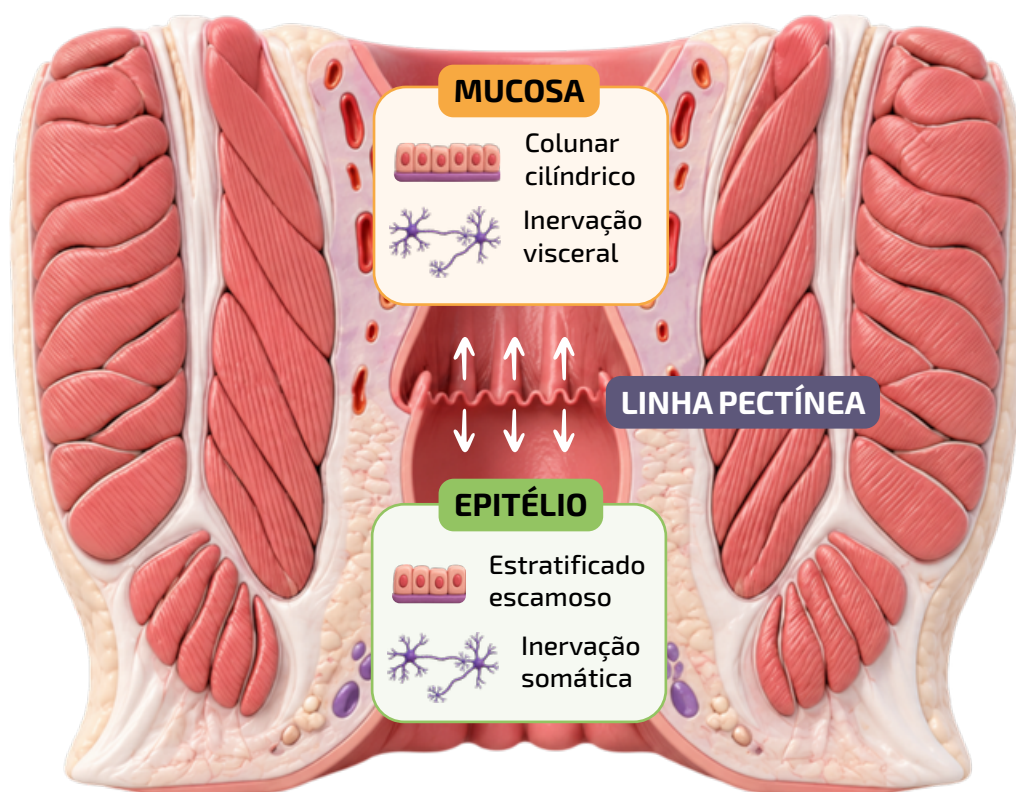
Anatomia cirúrgica e zonas de transição

Para entender por que o câncer de canal anal se comporta de forma tão diferente do câncer de reto, você precisa dominar a fronteira embriológica e anatômica da pelve: a **linha pectínea** (ou linha denteada).

Pensa comigo: o canal anal cirúrgico mede apenas cerca de 3 a 4 cm, estendendo-se do anel anorretal (ponto de transição com a musculatura do assoalho pélvico) até a borda anal. Apesar de curto, ele abriga três tipos distintos de epitélio ao longo do seu trajeto:

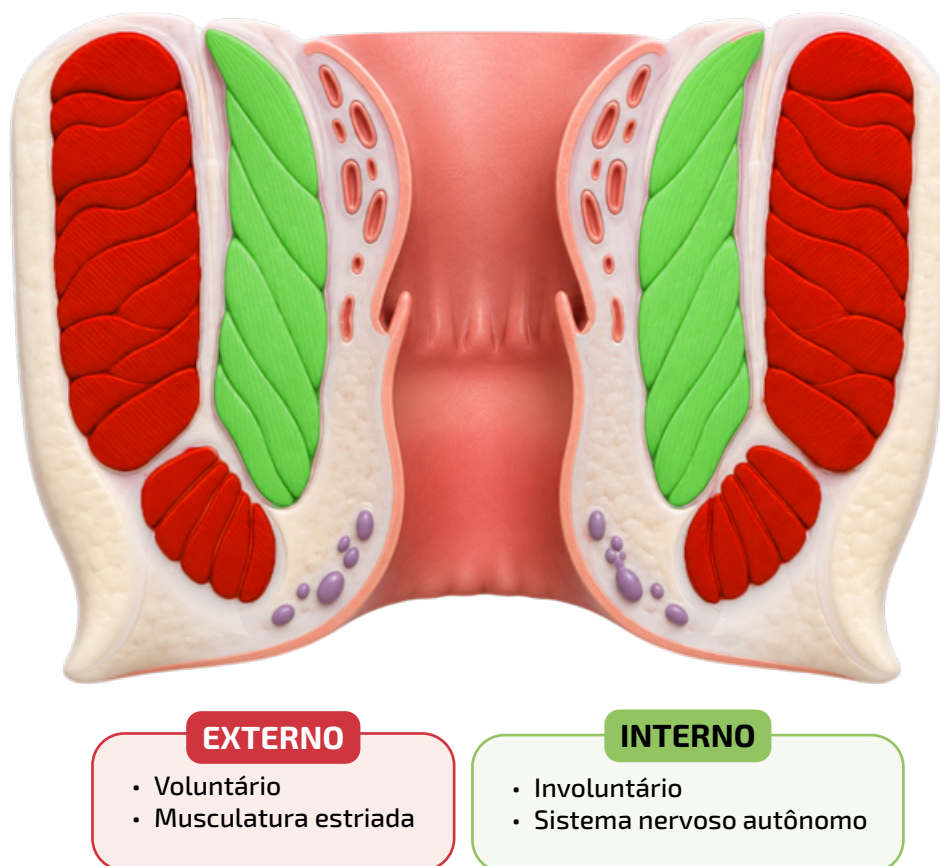
- **Acima da linha pectínea:** origem endodérmica, revestido por epitélio colunar simples glandular (semelhante ao reto).
- **Na zona de transição anal (imediatamente acima da linha pectínea):** epitélio cloacogênico/transicional, que mistura características colunares e escamosas.
- **Abaixo da linha pectínea até a borda anal:** origem ectodérmica, revestido por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado.
- **Margem/borda anal:** epitélio estratificado pavimentoso queratinizado (pele verdadeira com folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas).

Essa divisão epitelial explica a regra de ouro das bancas: lesões do canal anal são primariamente carcinomas escamosos, enquanto o reto distal é território clássico dos adenocarcinomas.





O canal anal é abraçado por dois cilindros musculares concêntricos: o **esfíncter anal interno** (musculatura lisa, involuntária, continuação da camada circular do reto) e o **esfíncter anal externo** (musculatura estriada esquelética, voluntária, em continuidade com o músculo levantador do ânus). A invasão dessas estruturas define sintomas como dor e incontinência, além de impactar o planejamento funcional do paciente.



PULO DO GATO

A linha pectínea dita não apenas o tipo histológico tumoral, mas também a inervação e o fluxo de drenagem linfática. Acima da linha, a inervação é autonômica visceral (indolor); abaixo dela, é somática sensível pelos nervos retais inferiores (extremamente dolorosa).

Topografia crucial para prova: Canal Anal vs. Margem Anal

Imagine que você está no ambulatório de proctologia e recebe dois pacientes com lesões perianais ulceradas de 1,5 cm. O primeiro tem a lesão localizada 1 cm acima da borda anal (dentro do canal); o segundo apresenta a lesão na pele perianal, a 2 cm de distância da margem. O tratamento de ambos será igual?

Definitivamente não. E é exatamente aqui que as bancas de residência montam suas maiores armadilhas conceituais:

CARACTERÍSTICA	CÂNCER DE CANAL ANAL	CÂNCER DE MARGEM/BORDA ANAL
Limites Anatômicos	Do anel anorretal até a linha da borda anal (verge).	Pele perianal em um raio de até 5 cm ao redor da borda anal.
Comportamento Biológico	Tumor de mucosa visceral/transição, agressivo, alta propensão a invasão local.	Tumor de pele (comporta-se como CEC ou CBC cutâneo).
Tratamento Inicial Padrão	Quimiorradioterapia definitiva (Esquema de Nigro) para todos os estádios não metastáticos.	Ressecção local ampla com margem livre de 1 cm (para lesões T1, bem diferenciadas e sem invasão esfinteriana).



ATENÇÃO NA PROVA

Se o enunciado descrever uma lesão pequena (< 2 cm), superficial, na **pele da margem anal**, sem acometimento de esfíncter, a conduta correta é **ressecção local com margem de segurança de 1 cm**, poupando o paciente da toxicidade da quimiorradioterapia. Se a mesma lesão estiver dentro do **canal anal**, a ressecção local inicial é contraindicada e o tratamento padrão é o Esquema de Nigro.

Fatores de risco, HPV e imunossupressão (HIV)

O câncer de canal anal não surge ao acaso: mais de 85% a 90% dos casos estão diretamente atrelados à infecção persistente pelo **Papilomavírus Humano (HPV)** de alto risco oncogênico, em especial os subtipos **16 e 18**.

A patogênese é idêntica à do câncer de colo uterino. As oncoproteínas virais **E6 e E7** inativam, respectivamente, os supressores tumorais **p53 e pRb** (proteína do retinoblastoma). Esse bloqueio destrói os pontos de checagem do ciclo celular, induzindo instabilidade genômica e progressão da Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA) para carcinoma invasor.

Os fatores de risco mais cobrados em prova compõem um perfil epidemiológico bem definido:

- **Imunossupressão:** indivíduos vivendo com HIV/AIDS (o risco de CEC anal é dezenas de vezes maior nessa população, mesmo em uso regular de TARV) e transplantados de órgãos sólidos em imunossupressão crônica.
- **Prática de sexo anal receptivo:** aumenta a exposição e a carga viral do HPV no epitélio anal.
- **Múltiplos parceiros sexuais:** maior probabilidade de contato com subtipos virais de alto risco.

- **Histórico de neoplasias HPV-induzidas prévias:** mulheres com histórico de câncer de colo de útero, vagina ou vulva (o chamado “campo de cancerização genital”).
- **Tabagismo:** atua como cofator carcinogênico independente, diminuindo a imunidade celular local e favorecendo a persistência do HPV.

Histopatologia

Quando o patologista analisa a biópsia de uma massa no canal anal, a imensa maioria dos laudos traz o diagnóstico de **Carcinoma Epidermoide (CEC)**, também chamado de Carcinoma Espinocelular ou Escamoso. No entanto, existem dois diagnósticos diferenciais histológicos de altíssimo impacto nas questões:

1. Adenocarcinoma do Canal Anal (5 a 10% dos casos):

Pode originar-se das glândulas anais intramurais ou representar a extensão distal de um adenocarcinoma do reto inferior. O ponto crucial de prova é que o adenocarcinoma **não responde adequadamente ao esquema clássico de Nigro**; seu manejo segue a lógica do câncer de reto (neoadjuvância e ressecção cirúrgica com excisão total do mesorreto / amputação de reto).

2. Melanoma de Canal Anal (1 a 2% dos casos):

É a terceira localização mais comum de melanoma (atrás apenas da pele e dos olhos) e o tumor mucoso mais agressivo do trato digestivo. Apresenta disseminação hematogênica e linfática precoce e prognóstico muito reservado.

DIAGNÓSTICO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Quadro clínico e exame físico (proctológico e toque retal)

Vamos construir o cenário clássico de prova: paciente de 55 anos procura atendimento médico queixando-se de sangramento anal às evacuações há 6 meses, associado a desconforto local e sensação de “caroço” no ânus. Ele relata ter feito uso de pomadas para hemorroida por conta própria, sem melhora.

Esse atraso diagnóstico ocorre em até metade dos pacientes na vida real e é o roteiro preferido das bancas. O sintoma mais frequente do câncer de canal anal é o **sangramento perianal / hematoquezia** (presente em mais de 50% dos casos), seguido por:

- **Dor anal e tenesmo:** reflete infiltração da musculatura esfíncteriana ou acometimento abaixo da linha pectínea.
- **Massa palpável / sensação de corpo estranho:** percepção de nódulo endurecido ou vegetante.

- **Prurido anal e secreção:** decorrentes da quebra da barreira cutâneo-mucosa e ulceração tumoral.
- **Incontinência fecal ou estenose:** em tumores volumosos que destroem circunferencialmente o aparelho esfinteriano.



Diante dessa suspeita, o exame físico proctológico estruturado é mandatório e deve cumprir quatro etapas consecutivas:

- **Inspeção estática e dinâmica:** afastamento das nádegas e manobra de esforço para definir com precisão se a borda inferior da lesão respeita a margem anal ou invade o canal.
- **Toque retal (TR):** avalia o tamanho da lesão, consistência, fixação a planos profundos, porcentagem de circunferência acometida e integridade do tônus esfinteriano.
- **Anuscopia / Proctoscopia rígida:** permite a visualização direta da lesão, medição da distância em relação à linha pectínea e à borda anal, além de delimitar a extensão cranial.
- **Palpação cuidadosa das fossas inguinais bilateralmente:** etapa absolutamente obrigatória no exame físico de qualquer neoplasia anorretal distal.

Propedêutica diagnóstica e confirmação histopatológica

A confirmação diagnóstica definitiva exige invariavelmente a **biópsia tecidual com estudo anatomopatológico**.

A biópsia do canal anal costuma ser realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local ou durante o exame anuscópico com pinça de biópsia. Deve-se obter fragmentos representativos da borda ativa da lesão, evitando áreas puramente necróticas centrais que podem resultar em laudos falso-negativos ou inconclusivos.



Após a confirmação histopatológica de Carcinoma Epidermoide, encerra-se a fase diagnóstica e o paciente deve ser imediatamente encaminhado para o estadiamento locorre-gional e sistêmico antes de qualquer intervenção terapêutica.

ESTADIAMENTO E VIAS DE DISSEMINAÇÃO

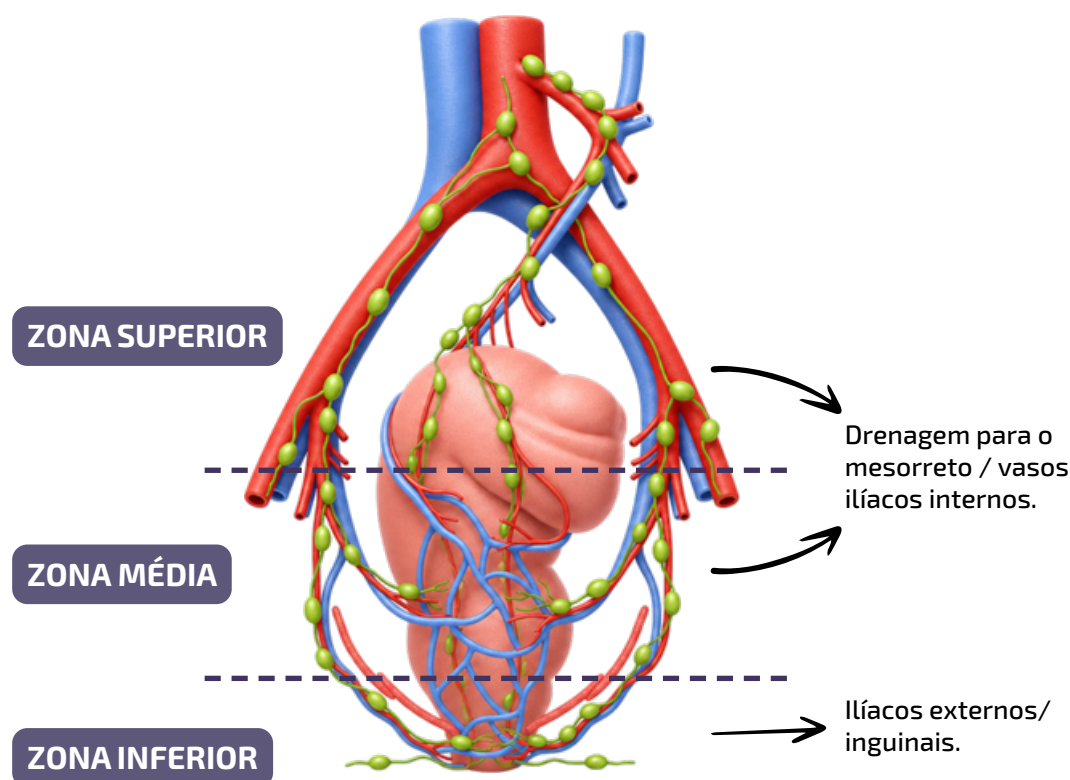
Padrões de drenagem linfática: Canal Anal vs. Reto (a importância da linha pectínea)

Para gabaritar qualquer questão sobre disseminação neoplásica anorretal, você precisa ter uma imagem mental clara da **linha pectínea**. Ela funciona como um verdadeiro divisor de águas anatômico e embriológico na pelve.

Pensa comigo: a linfa não caminha em direções aleatórias; ela acompanha rigorosamente as vias vasculares e a origem dos tecidos. Por isso, a drenagem linfática do canal anal é dividida em dois compartimentos distintos:

- **Acima da linha pectínea:** o fluxo drena para os linfonodos do mesorreto (retais superiores), linfonodos retais médios e linfonodos ilíacos internos.
- **Abaixo da linha pectínea (e margem anal):** o fluxo drena diretamente para os **linfonodos inguinais superficiais** e, secundariamente, para a cadeia ilíaca externa.

E como se comporta o câncer de reto clássico? O reto médio e superior drena exclusivamente em direção cranial (veia mesentérica inferior e cadeia para-aórtica), enquanto o reto inferior pode atingir linfonodos ilíacos internos. O reto **nunca** drena para a região inguinal, a menos que o tumor invada o canal anal distalmente abaixo da linha pectínea.





PULO DO GATO

Linfonodo inguinal palpável no câncer de reto significa doença atípica ou invasão do canal anal. Já no câncer de canal anal, a linfonodomegalia inguinal é uma via de disseminação regional esperada e faz parte do estadiamento locorregional padrão (N).

Avaliação linfonodal inguinal

Você está avaliando um paciente com diagnóstico confirmado de CEC de canal anal. Durante o exame físico, você palpa um linfonodo de 1,5 cm, fibroelástico e indolor na fossa inguinal direita. O que fazer a seguir?

A simples palpação não basta para definir conduta oncológica definitiva. O acometimento linfonodal inguinal altera radicalmente o estadiamento (o paciente se torna **N positivo**) e obriga a ampliação do campo de radioterapia para incluir as regiões inguinais bilateralmente.

O algoritmo diagnóstico para a cadeia inguinal suspeita segue uma sequência prática e bem definida:

1. **Exame físico minucioso:** palpação bilateral comparativa das fossas inguinais.
2. **Exame de imagem complementar:** Ultrassonografia (USG) inguinal com Doppler ou Tomografia/RM para avaliar critérios de malignidade (perda do hilo gorduroso, forma arredondada e fluxo periférico).
3. **Confirmação citopatológica / histopatológica:** A **Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)** guiada por USG deve ser reservada para linfonodos suspeitos à imagem em pacientes N0 clínico com dúvida radiológica, funcionando como ferramenta confirmatória seletiva, e não como método de rastreamento isolado.

Estadiamento locorregional (T) e papel da RM de pelve

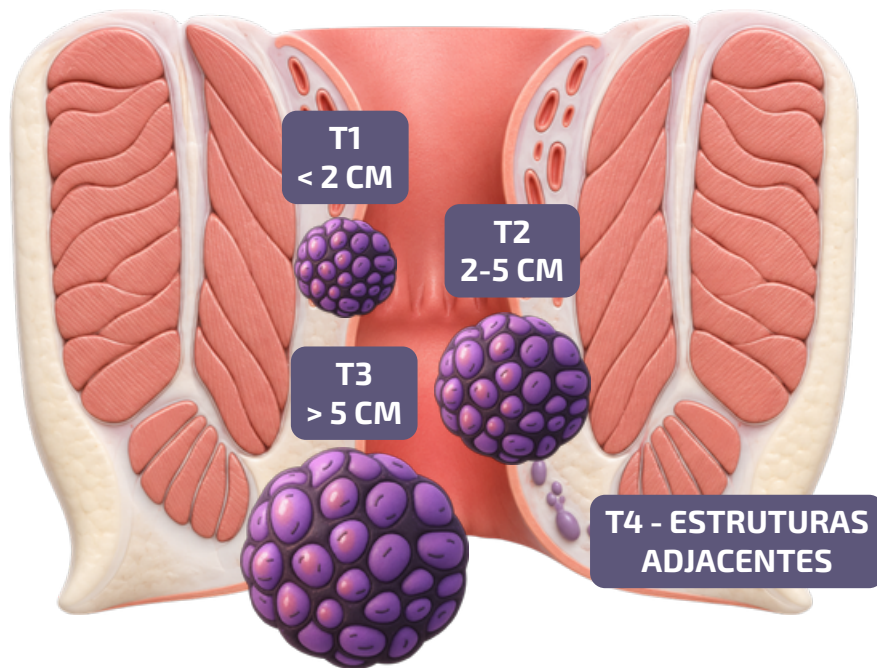
Para avaliar a extensão local do tumor primário (T) e o acometimento dos linfonodos pélvicos profundos, a **Ressonância Magnética (RM) de Pelve de alta resolução** é o exame de escolha absoluto.

A RM permite definir com precisão milimétrica a profundidade de invasão no complexo esfíncteriano (esfíncter interno, externo e músculo puborretal), além de avaliar a relação do tumor com estruturas nobres vizinhas (vagina, próstata, uretra e bexiga).

O estadiamento T do câncer de canal anal (sistema TNM / AJCC) baseia-se primordialmente no **maior diâmetro da lesão**, diferindo do estadiamento do câncer de cólon e reto:

- **T1:** Tumor com ≤ 2 cm no maior diâmetro.
- **T2:** Tumor > 2 cm até 5 cm no maior diâmetro.

- **T3:** Tumor > 5 cm no maior diâmetro.
- **T4:** Tumor de qualquer tamanho que **invade órgãos adjacentes** (como vagina, uretra ou bexiga).



Estadiamento sistêmico e à distância (M)

Embora o CEC de canal anal seja uma doença predominantemente locorregional ao diagnóstico, cerca de 10 a 15% dos pacientes podem apresentar metástases à distância (estádio IV / M1).

Os sítios mais comuns de disseminação hematogênica à distância são o **fígado** e os **pulmões**, seguidos por linfonodos extra-pélvicos distantes. Para o estadiamento sistêmico completo antes de iniciar a terapia, os exames preconizados são:

- **Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, Abdome e Pelve com contraste:** pesquisa de metástases hepáticas, pulmonares e adenopatias retroperitoneais.
- **PET-CT com 18F-FDG:** tem papel crescente e de grande valor no câncer de canal anal, sendo excelente para detectar linfonodos metabolicamente ativos ocultos e reestadiar a doença sistêmica.

A identificação de metástases à distância (M1) altera o objetivo do tratamento: o protocolo deixa de ter intenção curativa locorregional exclusiva e passa a focar em quimioterapia sistêmica paliativa.

TRATAMENTO E CONDUTA

O padrão-ouro: Esquema de Nigro (Quimiorradioterapia combinada)

Até a década de 1970, o tratamento clássico do câncer de canal anal era a amputação cirúrgica radical do ânus com colostomia definitiva para todos os pacientes. Isso mudou radicalmente em 1974 com o cirurgião Norman Nigro.

Nigro desenvolveu um protocolo de quimiorradioterapia combinada inicialmente planejado como neoadjuvância pré-operatória. Para surpresa geral, ao operar os pacientes após a químio e a rádio, os espécimes cirúrgicos vinham sem células tumorais residuais.

Nasceu assim o **Esquema de Nigro**, que se consolidou como o tratamento definitivo de primeira linha para os estádios I, II e III do CEC de canal anal:

- **Quimioterapia:** associação de **5-Fluorouracil (5-FU)** + **Mitomicina C**. Em pacientes com contraindicações específicas à Mitomicina, a Cisplatina pode ser utilizada como alternativa.
- **Radioterapia Externa**

Esse tratamento atinge taxas de resposta completa e preservação do esfíncter anal superiores a 75–85%, tornando o tratamento cirúrgico mutilador desnecessário na imensa maioria dos casos.

Particularidades da Margem Anal (quando indicar ressecção local)

Existe uma exceção cirúrgica muito cobrada em prova: as lesões restritas à **margem anal** (pele perianal até 5 cm ao redor da borda).

Como essas lesões estão na pele verdadeira e fora do anel muscular do esfíncter, pequenos tumores podem ser retirados cirurgicamente sem causar nenhuma perda funcional de continência fecal.

A **ressecção local ampla** está indicada se o tumor preencher TODOS os seguintes critérios:

- Lesão restrita à margem anal (sem invasão do canal anal);
- Estádio **T1 (tamanho ≤ 2 cm)**;
- Grau histológico bem diferenciado;
- Ausência de invasão do complexo esfinteriano;
- Capacidade de obter **margem cirúrgica livre mínima de 1 cm**.



ATENÇÃO NA PROVA

Se a biópsia excisional da margem anal mostrar margens comprometidas, invasão de esfíncter, lesão T2 ou maior (> 2 cm) ou linfonodos positivos, o paciente perde a indicação de tratamento cirúrgico isolado e deve ser encaminhado imediatamente para o **Esquema de Nigro**.

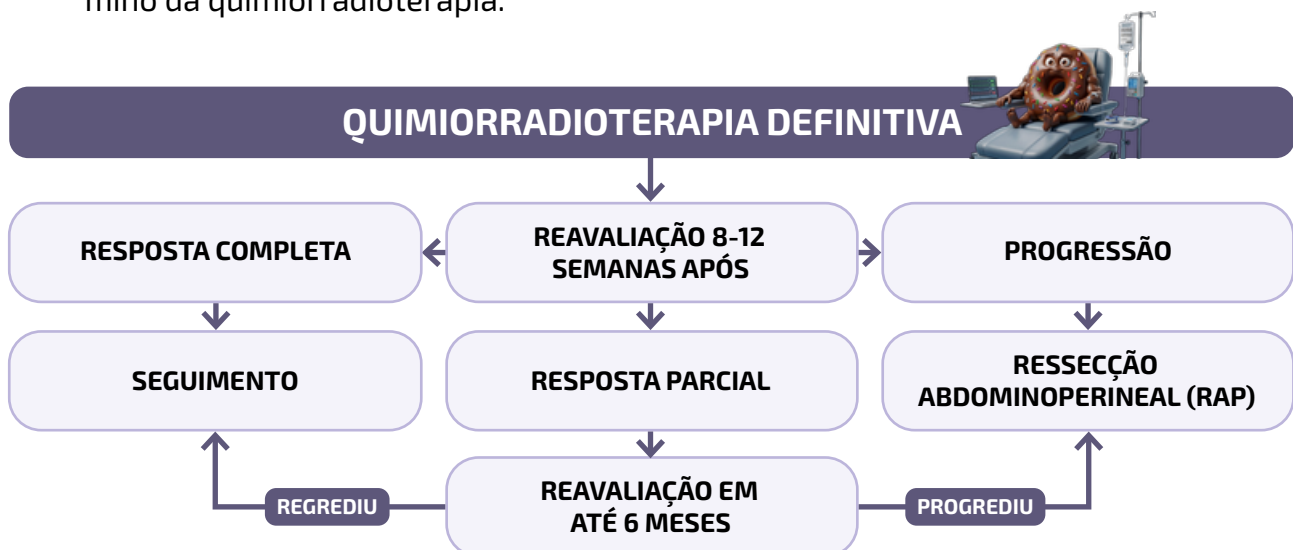
Avaliação de resposta e o fator tempo

Terminada a última sessão de radioterapia do esquema de Nigro, o paciente retorna ao consultório após 4 semanas. Ao toque retal, você ainda palpa uma área endurecida e discretamente ulcerada no local do tumor primário. Você deve realizar uma biópsia imediatamente?

A resposta é um enfático **NÃO**. Essa é uma das armadilhas mais clássicas de provas de residência e da prática clínica. A radiação ionizante provoca morte celular tardia por semanas a meses após o término do tratamento. Uma lesão residual vista precocemente (com 6 a 8 semanas) pode simplesmente estar em processo contínuo de regressão.

As diretrizes mundiais recomendam o seguinte cronograma de avaliação:

- **Primeira avaliação clínica/proctológica:** realizada entre **8 e 12 semanas** após o término do tratamento.
- **Se houver resposta completa (sem tumor palpável/visível):** inicia-se o protocolo de seguimento.
- **Se houver regressão tumoral evidente, mas ainda incompleta (resposta parcial):** a conduta é **observar e reavaliar a cada 4 a 6 semanas, aguardando até 26 semanas (6 meses)**.
- **Quando biopsiar?** A biópsia só deve ser indicada se houver crescimento tumoral nítido (progressão de doença) ou se persistir lesão evidente após 26 semanas do término da quimiorradioterapia.



Cirurgia de resgate: Amputação Abdominoperineal de Reto (Cirurgia de Miles)

Qual é, afinal, o verdadeiro papel da cirurgia radical no câncer de canal anal?

A resposta é única: a cirurgia radical atua exclusivamente como **terapia de resgate** para os pacientes que falharam no tratamento clínico inicial (Esquema de Nigro).

A operação indicada é a **Amputação Abdominoperineal de Reto (AAPR)**, também conhecida historicamente como **Cirurgia de Miles**. Esse procedimento consiste em:

1. Ressecção em monobloco do sigmoide distal, reto, aparelho esfinteriano e ânus por dupla abordagem (abdominal e perineal);
2. Confeção de uma **colostomia terminal definitiva em fossa ilíaca esquerda**;
3. Fechamento do períneo (frequentemente exigindo retalhos miocutâneos, como o retalho do músculo reto abdominal ou glúteo, devido à má cicatrização da pele previamente irradiada).

Questão Estratégica — Diagnóstico e Fatores de Risco



QUESTÃO HCPA - 2024

Assinale a assertiva correta sobre câncer de canal anal.

- A) Está diretamente associado à infecção pelo herpes-vírus tipo 2.
- B) O tratamento de escolha consiste em radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes.
- C) Retossigmoidectomia anterior pode ser empregada como tratamento de resgate efetivo em tumores refratários ao tratamento inicial.
- D) Receptores de transplantes (órgãos sólidos) apresentam risco aumentado de desenvolver a doença.

Comentário:

- **Por que a alternativa D está CORRETA?** A imunossupressão crônica é um dos principais fatores de risco para a persistência e progressão oncogênica do HPV. Receptores de transplantes de órgãos sólidos (que utilizam imunossupressores de forma contínua) e pessoas vivendo com HIV/AIDS apresentam um risco dezenas de vezes maior de desenvolver Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA) e Carcinoma Epidermoide (CEC) de canal anal em comparação à população geral.
- **Por que a alternativa A está INCORRETA?** O câncer de canal anal está fortemente associado à infecção pelo **Papilomavírus Humano (HPV)** de alto risco oncogênico (principalmente os subtipos 16 e 18), e **não** ao herpes-vírus simples (HSV-2).

- **Por que a alternativa B está INCORRETA?** A quimiorradioterapia combinada (Esquema de Nigro) é utilizada com intenção **definitiva/curativa**, e **não** como terapia "neoadjuvante" pré-operatória. O objetivo primário do esquema é curar a lesão preservando integralmente o aparelho esfincteriano anal, evitando a cirurgia.
- **Por que a alternativa C está INCORRETA?** Nos tumores refratários ou recidivados após o tratamento inicial com quimiorradioterapia, a cirurgia de resgate indicada é a **Amputação Abdominoperineal de Reto (Cirurgia de Miles)**, que resseca em monobloco todo o complexo esfincteriano e canal anal com colostomia definitiva em FIE. A retossigmoidectomia anterior não remove o canal anal e não tem indicação como cirurgia oncológica de resgate nesse contexto.

Gabarito: Letra D



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão explora os **Fatores de risco e imunossupressão** abordados no capítulo. Lembre-se sempre de que o CEC de canal anal é uma neoplasia viral-induzida (HPV), cuja incidência dispara em cenários de déficit imunitário crônico (HIV e transplantados). Além disso, a questão reforça a armadilha clássica de tentar rotular a quimiorradioterapia (Nigro) como neoadjuvância — ela é o tratamento definitivo de primeira linha.

REVISÃO FINAL

Dominar o câncer de canal anal para a prova de R1 resume-se a integrar três eixos: **anatomia da linha pectínea**, **estadiamento por tamanho/órgãos vizinhos** e o **tratamento curativo não cirúrgico com preservação esfincteriana**.

Pensa comigo no fluxo decisório completo que você deve acionar diante de qualquer questão de prova:

- **Suspeita clínica e exame físico:** Paciente com queixa de sangramento anal, dor e nódulo perianal (frequentemente tratado de forma equivocada como hemorroida) com fatores de risco associados (HPV 16/18, HIV, sexo anal receptivo, tabagismo). O exame físico proctológico completo com toque retal e anoscopia é mandatório, acompanhado obrigatoriamente da **palpação bilateral das fossas inguinais**.

- **Diagnóstico e topografia:** A confirmação exige biópsia tecidual com laudo de **Carcinoma Epidermoide (CEC)** na imensa maioria dos casos. Diferencie de imediato a topografia: lesão no canal anal (acima da borda anal) segue a via da quimiorradioterapia; lesão restrita à margem anal (pele perianal até 5 cm) permite exceção cirúrgica se for superficial e pequena.
- **Drenagem linfática e estadiamento:** A linha pectínea divide a drenagem. Acima dela, o fluxo é pélvico profundo/mesorretal; abaixo dela e na margem, a drenagem é para os **linfonodos inguinais superficiais**. O estadiamento locorregional exige **RM de pelve de alta resolução** (T1 $\leq$ 2 cm; T2 de 2 a 5 cm; T3 > 5 cm; T4 apenas se invadir órgãos adjacentes como vagina, bexiga ou uretra). O estadiamento sistêmico é feito com TC de tórax e abdome ou PET-CT.
- **Tratamento padrão-ouro:** Para qualquer CEC de canal anal não metastático (estádios I a III), a conduta inicial é o **Esquema de Nigro (quimioterapia + Radioterapia pélvica e inguinal bilateral)**. A cirurgia *upfront* é contraindicada.
- **Avaliação de resposta e paciência oncológica:** A primeira reavaliação ocorre entre 8 e 12 semanas pós-tratamento. Se houver resposta parcial com regressão contínua, a conduta é **observação seriada até 26 semanas (6 meses)**, pois o efeito da radioterapia é tardio. Biópsias precoces são desaconselhadas.
- **Falha terapêutica ou recidiva:** Se confirmada a persistência tumoral após 26 semanas ou em caso de recidiva locorregional isolada, o paciente é encaminhado para a **cirurgia de resgate: Amputação Abdominoperineal de Reto (Cirurgia de Miles)** com colostomia terminal definitiva.

- **Se sangramento anal + lesão ulcerada/vegetante + HPV/HIV** → Carcinoma Epidermoide (CEC) de Canal Anal; confirmação diagnóstica padrão-ouro por biópsia tecidual.
- **Se linfonodomegalia regional associada** → Drenagem para linfonodos inguinais superficiais (abaixo da linha pectínea); investigar com palpação + USG.
- **Se estadiamento T na RM de pelve** → Definido pelo maior diâmetro (T1 $\leq$ 2 cm; T2 2–5 cm; T3 > 5 cm; T4 invade bexiga/vagina/uretra). Invasão isolada do esfíncter anal ou levantador do ânus **não** é T4.
- **Se conduta no CEC de Canal Anal não metastático** → Esquema de Nigro (5-FU + Mitomicina C + Radioterapia definitiva). Cirurgia *upfront* é proibida.
- **Se lesão de Margem Anal T1 ($\leq$ 2 cm), bem diferenciada e sem invasão de esfíncter** → Única indicação de Ressecção Local ampla com margem livre $\geq$ 1 cm.
- **Se lesão residual na 8ª–12ª semana pós-Nigro** → Conduta expectante e reavaliação até 26 semanas (efeito tardio da radiação; não biopsiar precocemente).
- **Se falha confirmada após 26 semanas ou recidiva local** → Cirurgia de Resgate: Amputação Abdominoperineal de Reto (Cirurgia de Miles) + Colostomia definitiva em FIE.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

