

Ressecção Abdominoperineal do Reto em Paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana e Carcinoma Espinocelular do Canal Anal: Relato de Caso

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5821>

Abdominoperineal Resection of the Rectum in a Patient with Human Immunodeficiency Virus and Squamous Cell Carcinoma of the Anal Canal: Case Report

Resección Abdominoperineal del Recto en un Paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana y Carcinoma Espinocelular del Canal Anal: Informe de Caso

Gabriela Caravana Silva São Thiago¹; Lara Francisca Vaz de Oliveira²; Gabriel Mohamad Arieira de Souza Ghazzaoui³; Biazzi Ricieri Assis⁴; Igor Dutra Braz⁵

RESUMO

Introdução: O carcinoma espinocelular de canal anal é uma neoplasia incomum, frequentemente associada ao papilomavírus humano (HPV), e apresenta desafios terapêuticos, principalmente em pacientes imunossuprimidos, como os que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV). A identificação precoce baseada nos fatores de risco é fundamental para ampliar as chances de sucesso terapêutico. **Relato do caso:** Paciente masculino, 40 anos, soropositivo, com diagnóstico de carcinoma espinocelular de canal anal residual após tratamento inicial para fissura anal. Diante da persistência da doença após quimiorradiação, foi submetido à ressecção abdominoperineal do reto. A evolução foi desfavorável. Em decorrência da progressão precoce da doença linfonodal na região inguinal, de forma bilateral, o paciente evoluiu a óbito, evidenciando a elevada agressividade tumoral no contexto de imunossupressão. **Conclusão:** Este caso evidencia a complexidade do manejo do carcinoma espinocelular de canal anal em paciente soropositivo e ressalta a agressividade da doença em cenários refratários. O desfecho reforça a importância da vigilância e do diagnóstico precoce em populações de alto risco, visando melhorar a resposta terapêutica e os resultados clínicos.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas/complicações; Canal Anal/cirurgia; HIV; Infecções por Papilomavírus; Proctectomia.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma of the anal canal is an uncommon neoplasm, frequently associated with human papillomavirus (HPV), and presents therapeutic challenges, especially in immunosuppressed patients, such as those living with human immunodeficiency virus (HIV). Early identification based on risk factors is essential to increase the chances of therapeutic success. **Case report:** A 40-year-old HIV-positive male patient was diagnosed with residual squamous cell carcinoma of the anal canal following initial treatment for an anal fissure. Due to the persistence of the disease after chemoradiotherapy, he underwent abdominoperineal resection of the rectum. The clinical course was dismal. As a result of early bilateral progression of inguinal lymph node disease, the patient died, demonstrating the high tumor aggressiveness in the context of immunosuppression. **Conclusion:** This case demonstrates the complexity of managing squamous cell carcinoma of the anal canal in an HIV-positive patient and underscores the aggressiveness of the disease in refractory scenarios. The outcome reinforces the importance of surveillance and early diagnosis in high-risk populations to improve therapeutic response and clinical outcomes.

Key words: Carcinoma, Squamous Cell/complications; Anal Canal/surgery; HIV; Papillomavirus Infections; Proctectomy.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma espinocelular de canal anal es una neoplasia infrecuente, a menudo asociada al virus del papiloma humano (VPH), y presenta desafíos terapéuticos, principalmente en pacientes inmunosuprimidos, como aquellos que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La identificación temprana basada en factores de riesgo es fundamental para ampliar las posibilidades de éxito terapéutico. **Informe del caso:** Paciente masculino de 40 años, seropositivo, con diagnóstico de carcinoma epidermoide residual del canal anal tras tratamiento inicial por fisura anal. Ante la persistencia de la enfermedad después de la quimiorradioterapia, se sometió a una resección abdominoperineal del recto. La evolución fue desfavorable. Como consecuencia de la progresión temprana y bilateral de la enfermedad ganglionar en la región inguinal, el paciente falleció, lo que pone de manifiesto la elevada agresividad tumoral en el contexto de inmunosupresión. **Conclusión:** Este caso evidencia la complejidad del manejo del carcinoma espinocelular de canal anal en un paciente seropositivo y resalta la agresividad de la enfermedad en escenarios refractarios. El desenlace refuerza la importancia de la vigilancia y el diagnóstico temprano en poblaciones de alto riesgo, con el fin de mejorar la respuesta terapéutica y los resultados clínicos.

Palabras clave: Carcinoma de Células Escamosas/complicaciones; Canal Anal/cirugía; VIH; Infecciones por Papilomavirus; Proctectomía.

^{1,3,5}Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Curso de Medicina. Volta Redonda (RJ), Brasil. E-mails: gabriela.caravana@yahoo.com.br; larafravazo@gmail.com; gabrielarieira@hotmail.com; igor.braz@foa.org.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0000-1784-9957>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-4816-8672>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-2489-5779>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7558-4958>

⁴Fundação Oswaldo Aranha (FOA), Hospital da Fundação Oswaldo Aranha (H.FOA). Volta Redonda (RJ), Brasil. Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC). Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: biazzi.med@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2727-5472>

Endereço para correspondência: Gabriela Caravana Silva São Thiago. Avenida Dauro Peixoto Aragão, 1325 – Três Poços. Volta Redonda (RJ), Brasil. CEP 27240-560. E-mail: gabriela.caravana@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

As neoplasias anais constituem aproximadamente 2,7% dos cânceres do sistema digestivo, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) do canal anal o tipo mais prevalente, apesar de incomum. Essa condição está frequentemente ligada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), com uma associação de cerca de 90%, especialmente o subtipo 16^{1,2}. A imunossupressão associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), sobretudo em indivíduos com baixa contagem de *Cluster of Differentiation 4* (CD4), aumenta o risco e influencia as fases iniciais do desenvolvimento da neoplasia².

Para a maioria dos pacientes com doença localizada, a abordagem terapêutica padrão é a quimiorradioterapia³. No entanto, em casos de persistência ou recidiva locorregional da doença após o tratamento inicial, a ressecção abdominoperineal (RAP) é a principal estratégia de resgate cirúrgico para o CEC anal⁴. Essa técnica inclui a ressecção do cólon sigmoide, reto, ânus, aparelho esfinteriano e elevador do ânus, além de confecção de uma colostomia terminal permanente³.

Quanto ao prognóstico, pacientes imunocompetentes com CEC do canal anal apresentam maior sobrevida global em comparação aos imunossuprimidos. Enquanto, na população geral, o foco terapêutico reside na preservação esfinteriana por meio do protocolo de Nigro. Pacientes imunossuprimidos apresentam uma subversão do sistema imunológico que compromete a capacidade de vigilância antitumoral^{5,6}. A caracterização molecular distinta resulta em menor taxa de resposta à quimiorradioterapia e maior incidência de recidiva local, reduzindo os índices de sobrevida, e antecipa a necessidade da RAP como estratégia de resgate cirúrgico⁶. Casos descritos na literatura reforçam que o diagnóstico tardio e apresentações clínicas atípicas em cenários refratários consolidam o prognóstico reservado para esse subgrupo⁷.

Diante da complexidade do manejo, este relato se justifica pela raridade da neoplasia e pelos desafios no manejo de pacientes imunossuprimidos. O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de um paciente internado no Hospital da Fundação Oswaldo Aranha (H.FOA) no município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, com diagnóstico principal de CEC de canal anal associado à sorologia positiva para HIV.

Trata-se de um estudo de caso descritivo, baseado na análise do prontuário médico do paciente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer n.º 6.881.611 (CAAE: 79764824.5.0000.5237), em consonância com a Resolução n.º 466/2012⁸ do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do paciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, homossexual, com antecedentes de infecção pelo HIV há cinco anos, em terapia antirretroviral (TARV) de uso diário mantendo CD4 acima de 900 células/mm³ durante todo o processo. Procurou atendimento oncológico no Hospital H.FOA em 21 de dezembro de 2023, com queixa de dor e sangramento durante a evacuação, sintomas inicialmente atribuídos à fissura anal. Relatou que, em 5 de outubro de 2023, foi submetido a um procedimento cirúrgico para a correção de fistula anal em um hospital público do Município de Volta Redonda, cujo exame anatomopatológico revelou CEC de canal anal, sendo encaminhado à Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon).

O primeiro exame anatomopatológico realizado em 7 novembro de 2023 evidenciou à macroscopia fragmentos irregulares de aspecto heterogêneo e consistência firme. Na análise microscópica, observaram-se achados compatíveis com CEC bem diferenciado e invasivo, sem invasões angiolinfática ou perineural. O protocolo terapêutico instituído foi a quimiorradioterapia com capecitabina 500 mg em três ciclos consecutivos entre 1 e 29 de fevereiro de 2024. Além de radioterapia em canal anal e região glútea, totalizando uma dose de 6.000 cGy em 30 frações (200 cGy/dia), divididas em fase inicial de 4.600 cGy e reforço de 1.400 cGy, executados entre 25 de janeiro e 2 abril de 2024. O tratamento foi suspenso por sete dias em março de 2024 em razão da radiodermite grau 2.

Para avaliação da resposta terapêutica em 14 de maio de 2024, foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax, abdome superior e pelve. Observou-se espessamento parietal do canal anal, sugerindo persistência de doença (Figura 1), sem evidência de metástases pulmonares ou linfonodais mediastinais. Em 15 de maio de 2024, a retossigmoidoscopia com biópsia revelou extensa lesão ulcerada, circunferencial, acometendo ânus e região perianal, com cerca de 7 cm. O laudo da biópsia foi conclusivo para CEC de região perianal e canal anal, com doença residual.



Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome superior e pelve

O paciente foi submetido à RAP do reto em 8 de agosto de 2024. Ao posicionamento em litotomia na mesa cirúrgica, observou-se o aspecto da lesão perineal com radiodermite actínica severa, com presença de necrose tecidual, fibrina e induração fibrosa dos tecidos adjacentes, compatíveis com o dano actínico crônico secundário à radioterapia localizada (Figura 2 A). A intervenção iniciou-se por via abdominal, por meio de incisão mediana xifopúbica, sem evidência de metástases. Mobilizou-se o cólon sigmoide com preservação do ureter e vasos gonadais esquerdos. A artéria mesentérica inferior foi ligada em seu ponto de origem, seguida de linfadenectomia sistemática do tipo D2. Procede-se à ligadura da artéria retal superior, e o segmento do retossigmoide foi seccionado na altura do promontório sacral.

Realizou-se excisão total do mesorreto até o nível dos músculos levantadores do ânus, respeitando os planos anatômicos e mantendo a integridade do estojo mesorretal. Os ligamentos suspensores do reto foram seccionados com hemostasia adequada. Na etapa perineal, procedeu-se à ressecção do canal anal e ao fechamento do assoalho pélvico com retalho miocutâneo em duplo Y (Figura 2 B), seguido de síntese do subcutâneo, sendo a pele suturada com pontos Donatti (Figura 3). Foi confeccionada colostomia terminal no quadrante inferior esquerdo do abdome.

O pós-operatório transcorreu favoravelmente, sendo o paciente encaminhado à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), onde permaneceu hemodinamicamente estável. Recebeu antibioticoterapia com ciprofloxacino 200 mg por seis dias e metronidazol 0,5% em dose única. Apresentou funcionamento satisfatório da colostomia nas primeiras 24 horas. A avaliação psicológica não evidenciou alterações. Foi concedida alta hospitalar dia 15 de agosto de 2024, sem intercorrências.

No seguimento ambulatorial com a oncologia clínica três meses após o procedimento cirúrgico, surgiu uma linfadenomegalia inguinal. Em 22 de novembro de 2024, realizou biópsias incisionais de linfonodos inguinais bilateralmente, cujo resultado do histopatológico evidenciou CEC acometendo tecido fibroadiposo, com infiltração neoplásica da pele, caracterizando metástase cutânea. Posteriormente, em 13 de dezembro de 2024, a ressonância magnética da pelve evidenciou amputação anorretal total com exuberante fibrose pós-cirúrgica, além de coleção organizada complexa em partes moles perineais, sem sinais de recidiva neoplásica local. Observou-se infiltração parcial da musculatura elevadora do ânus, mais pronunciada à direita, bem como linfadenomegalia inguinal superficial direita, irregular e heterogênea, sugestiva de comprometimento secundário.

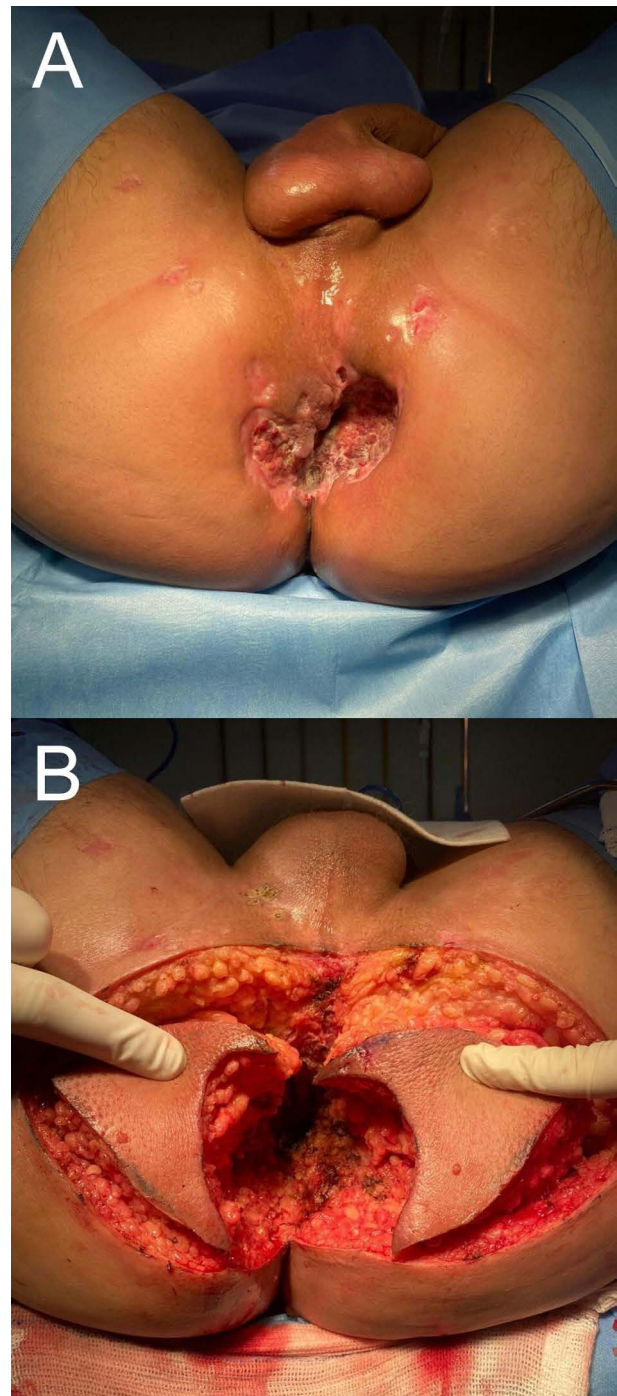


Figura 2. A: Lesão perianal no pré-operatório imediato; **B:** Transposição de retalho miocutâneo em duplo Y para fechamento de defeito perineal

Esses achados confirmaram a disseminação tumoral, compatível com doença residual localmente avançada, sendo indicado tratamento paliativo. Dessa forma, entre 11 e 23 de janeiro de 2025, o paciente foi submetido à radioterapia pélvica, utilizando uma dose total de 2.500 cGy em cinco frações diárias de 500 cGy, visando ao controle locorregional. Concomitantemente, instituiu-se a segunda linha quimioterápica com capecitabina 500 mg e



Figura 3. Aspecto final da sutura perineal com pontos Donatti

oxaliplatina 250 mg diluída em 500 ml de soro fisiológico 0,9%, infundida via intravenosa, completando três ciclos desse esquema entre 21 de janeiro e 21 de março de 2025.

Em avaliação oncológica realizada em 21 de fevereiro de 2025, confirmou-se a persistência da recidiva nodal. Em maio de 2025, em virtude da ocorrência de soluços incoercíveis refratários, evento adverso atribuído à toxicidade da platina, a conduta foi modificar a quimioterapia para paclitaxel 165 mg diluída em 500 ml de soro fisiológico 0,9%, infundida via intravenosa, a cada 21 dias. O novo protocolo foi iniciado em 16 de maio até 24 de junho de 2025.

Em 8 de julho de 2025, durante uma consulta de rotina no ambulatório de oncologia clínica na Unacon, o paciente apresentou hemoglobina 4 g/dL, sendo internado no H.FOA, onde evoluiu com piora clínica súbita, vindo a óbito poucas horas após a admissão hospitalar. Apesar das intervenções realizadas, a baixa resposta à quimiorradioterapia classificou o caso como de prognóstico reservado, evidenciando a agressividade da doença.

DISCUSSÃO

O carcinoma anal corresponde a 4% dos tumores malignos da região anal⁷. Ademais, o subtipo mais habitual é o CEC. Embora se manifeste mais em mulheres, sua ocorrência está crescendo entre homens que fazem sexo com homens e entre pessoas vivendo com HIV⁶. A fisiopatologia está fortemente associada a fatores de risco bem estabelecidos, como a infecção pelo HPV, pelo HIV, o número de parceiros sexuais, a relação sexual anal receptiva e o tabagismo⁹.

A infecção pelo HIV e pelo HPV são os principais fatores implicados no desenvolvimento do CEC de canal anal. O HIV provoca uma subversão do sistema imunológico, resultando em uma perda contínua de células T CD4+, o que compromete a capacidade do organismo de combater infecções e neoplasias¹⁰. O HPV, por sua vez, é um vírus de DNA transmitido sexualmente, sendo o tipo 16 o mais frequentemente encontrado em casos de câncer anal⁹.

O estadiamento é fundamental para definição prognóstica e terapêutica, sendo a maioria dos casos diagnosticada em estágios localizados ou localmente avançados^{1,11}. O tratamento permanece baseado no protocolo de Nigro, que associa quimio e radioterapia concomitantes, reservando-se a cirurgia para os casos de falha terapêutica^{5,6}. Nesses cenários, a RAP permanece a principal estratégia de resgate, embora associada à elevada morbidade pós-operatória e ao benefício limitado das terapias adjuvantes^{4,12}.

No presente caso, o paciente se enquadrava no perfil de alto risco. Sua jornada terapêutica seguiu o protocolo padrão: foi submetido à quimiorradiação, mas, por causa da persistência da doença, teve indicação para a RAP como medida de resgate. Nesse contexto, estímulos inflamatórios recorrentes e alterações no tecido cicatricial de fístulas anais contribuem para a carcinogênese, especialmente em contextos de imunossupressão¹³. Além disso, o diagnóstico é frequentemente postergado, pois a fibrose e o edema locais podem levar o examinador a confundir a infiltração tumoral com aderências inflamatórias benignas¹³.

CONCLUSÃO

A identificação precoce do carcinoma anal é fundamental em grupos de risco, como pessoas com HIV, pacientes imunossuprimidos e indivíduos com infecção persistente pelo HPV. No relato descrito, a apresentação, mimetizando uma fístula anal, justificou a necessidade de uma investigação histopatológica. O diagnóstico tardio, frequentemente associado a apresentações clínicas atípicas, correlaciona-se diretamente com desfechos terapêuticos desfavoráveis e índices de sobrevida reduzidos.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Rogers JE, Sirisaengtaksin A, Leung M, et al. Hepatic metastasectomy in squamous cell carcinoma of the anal canal: a case series of a curative approach. *Cancers*. 2023;15(15):3890. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers15153890>
2. Roy J, Faraon B, Polcino M. Wide local excision of perianal squamous cell carcinoma associated with low-risk human papillomavirus (HPV) subtype. *Cureus*. 2025;17(4):e82335. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.82335>
3. Jethwa KR, Hallemeier CL. Research on anal squamous cell carcinoma. *Cancers*. 2022;14(1):42. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14010042>
4. Rosen R, Quezada-Diaz FF, Gönen M, et al. Oncologic outcomes of salvage abdominoperineal resection for anal squamous cell carcinoma initially managed with chemoradiation. *J Clin Med*. 2024;13(8):2156. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm13082156>
5. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine Júnior B. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. *Dis Colon Rectum*. 1974;17(3):354-6. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02586980>
6. Armstrong SA, Malley R, Wang H, et al. Molecular characterization of squamous cell carcinoma of the anal canal. *J Gastrointest Oncol*. 2021;12(5):2423-37. doi: <https://doi.org/10.21037/jgo-20-610>
7. Costa MLF, Ferreira ACC, Machado TR, et al. Neoplasia de canal anal com metástase pulmonar: relato de caso. *J Coloproctol*. 2023;43(S 01):S1-S270. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1780983>
8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 12 [acesso 2026 mar 12]; Edição 112; Seção 1:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
9. Ebrahimi F, Rasizadeh R, Jafari S, et al. Prevalence of HPV in anal cancer: exploring the role of infection and inflammation. *Infect Agent Cancer*. 2024;19(63):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s13027-024-00624-0>
10. van Heuvel Y, Schatz S, Rosengarten JF, et al. Infectious RNA: human immunodeficiency virus (HIV) biology, therapeutic intervention, and the quest for a vaccine. *Toxins (Basel)*. 2022;14(2):138. doi: <https://doi.org/10.3390/toxins14020138>
11. Astaras A, Bornand T, Koessler S. Squamous rectal carcinoma: a rare malignancy, literature review and management recommendations. *ESMO Open*. 2021;6(4):100180. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100180>
12. Naessens C, Evin C, Le-Malicot K, et al. Salvage abdominoperineal resection for anal squamous cell carcinoma after radiotherapy or chemoradiotherapy: analysis of the french prospective cohort FFCD-ANABASE. *Eur J Surg Oncol*. 2025;51(10):110346. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2025.110346>
13. Zhu QB, Zhang J, Liu CY, et al. Case report of squamous cell carcinoma secondary to recurrent anal fistula. *Front Oncol*. 2025;15:1673829. doi: <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1673829>

Recebido em 17/3/2026
Aprovado em 13/5/2026

