

Marley Ribeiro Feitosa, Rogério Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatite neutrofílica de etiologia desconhecida. É uma das manifestações extraintestinais cutâneas mais comuns em pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII). Apresenta-se como lesão pustular que evolui para úlcera crônica irregular, dolorosa, de bordas violáceas e fundo granuloso. Pode ter comportamento fulminante como no caso apresentado.

Descrição do caso: Mulher, 31 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa pancolônica moderada aos 29 anos, refratária ao tratamento com mesalazina. Apresentou lesão ulcerada na mucosa jugal à esquerda, que, após biópsia, evoluiu rapidamente para celulite e ulcerações profundas na face, dolorosas e de bordos elevados. Após análise histopatológica e exclusão de outras doenças, fez-se hipótese diagnóstica de PG. O tratamento inicial consistiu em corticoterapia sistêmica, antibioticoterapia de amplo espectro, oxigenoterapia hiperbárica, com melhoria importante do quadro e cicatrização parcial das lesões. Como mantinha sinais de atividade do PG, optou-se pela terapia biológica anti-TNF. Em virtude da persistência de atividades clínicas e endoscópicas da retocolite, associadas ao PG, foi submetida a colectomia total com ileorreto anastomose, com melhoria completa da lesão cutânea, que permitiu a cirurgia plástica reparadora. Encontra-se em remissão profunda da DII e não se observaram novas reativações do PG.

Discussão: O PG é uma dermatose neutrofílica de etiologia desconhecida, que pode estar associada à DII. Apresenta-se de maneira variada e pode comprometer a mucosa oral. O curso é crônico, entretanto pode ser rapidamente progressivo e mimetizar fascíte necrotizante, como no caso apresentado. O tratamento do PG rapidamente progressivo é feito através de corticoterapia sistêmica. Outros imunossuppressores e drogas biológicas podem ser usados. Em pacientes com DII, é necessário controle clínico e/ou cirúrgico da doença de base.

Conclusão: O PG pode ter evolução sistêmica dramática. O tratamento imunossupressor e o controle da doença de base devem ser prontamente instituídos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.095>

P-095

RELATO DE CASO: IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA NO TRATAMENTO DA FÍSTULA RETOVAGINAL: COMPLICAÇÃO PÓS-HEMORROIDECTOMIA EXCLUSIVA OU ASSOCIADA A DOENÇA DE CROHN PERIANAL?

Vitor Rafael Pastro^a,
Aldo Javier Martinez Lopez^b,
Josimeire Batista^c, Paula da Silva Feitosa^c,

Plínio Oliveira Silva Rossi Assis^c,
Nicolle Henriques Barreto Colaço^c

^a Hospital Universitário São Francisco (HUSF), Bragança Paulista, SP, Brasil

^b Hospital Militar, Assunção, Paraguai

^c Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: Fístulas retovaginais (FRV) são comunicações anormais entre o reto ou canal anal e a parede posterior da vagina. A doença de Crohn (DC) é a segunda causa de FRV, 3% a 5% das mulheres portadoras da doença apresentam tais fístulas. Atualmente tem se discutido o tratamento das FRV em pacientes com DC com destaque ao uso de terapia biológica associada ao tratamento cirúrgico (drenagem com sedenho etc.).

Relato do caso: Mulher, 29 anos procurou o consultório médico em pós-operatório de hemorroidectomia que evoluiu com saída de secreção fétida em região vulvovaginal esquerda e já submetida a drenagem local atribuída a Bartholinite. Referia hábito intestinal de uma a duas evacuações diárias com fezes pastosas ao uso de fibras. Ao exame físico apresentava pertuito anterior ao toque retal que sugeria orifício fistuloso interno, além de ferida posterior em granulação. Levantadas hipóteses diagnósticas de FRV pós-hemorroidectomia e DC perianal. Submetida a tratamento cirúrgico com drenagem e avanço de retalho mucoso que fechava o orifício fistuloso, porém evoluiu com deiscência da ferida operatória. Medicada com ciprofloxacino e corticoterapia, apresentou melhoria parcial. Apesar do quadro clínico fortemente sugestivo de DC perianal não apresentou exames complementares positivos para a enfermidade. Discutido com a paciente e optou-se pela introdução de terapia biológica e nova abordagem cirúrgica com uso de sedenhos, evoluiu com fechamento da FRV. No pós-operatório tardio foi suspensa a terapia biológica, veio a apresentar nova fístula perianal com trajeto transesfincteriano e abscesso em fossa isquiorretal direita, após 18 meses. Atualmente mantém sedenho de drenagem do novo trajeto fistuloso e reintroduzido adalimumabe.

Conclusão: O exame clínico, a evolução do paciente com avaliação frequente por profissional experiente, aliada a terapia clínica e cirúrgica atualizadas, permitem resposta favorável precoce mesmo diante da dúvida entre complicação cirúrgica exclusiva ou doença inflamatória intestinal perianal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.096>

P-096

MEGACÓLON TÓXICO E SUAS DIRETRIZES: RELATO DE CASO



Mario Paulo Faro Júnior, Fábio Iazzetti Lopes,
Luis Renato Rodrigues Arnoni,
Marina de Martino Lee,
Sandra Di Felice Boratto

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: O megacólon tóxico (MT) é uma das principais complicações na retocolite ulcerativa (RCU). É definido



como uma distensão cólica mínima de 6 cm à radiografia em presença de colite aguda e sinais de toxicidade sistêmica. Cerca de 15-20% dos acometidos com RCU apresentarão agudizações graves, em que será indicada abordagem cirúrgica.

Descrição do caso: Homem de 59 anos, relatou dor abdominal em cólica em fossa ilíaca esquerda, irradiava difusamente para todo o abdômen havia 15 dias, com pioria havia um dia. Apresentava concomitantemente diarreia líquida sem sangue ou muco. Portador de RCU havia 20 anos, fazia uso de azatioprina. Encontrava-se em regular estado geral, desidratado, descorado, afebril, com sinais vitais estáveis. Seu abdômen apresentava-se distendido e hipertimpânico, doloroso à palpação difusamente, com Blumberg positivo. A radiografia de abdômen evidenciou distensão cólica. Foi internado em uso de ciprofloxacino, metronidazol, hidrocortisona e sintomáticos. Evoluiu sem melhoria, fez colectomia total com ileostomia terminal, com achados intraoperatórios de grande dilatação parcial do colon e perfuração espontânea da porção esquerda na flexura esplênica. Melhoria radiológica no sétimo dia pós-operatório.

Discussão e conclusão: Além da RCU como principal causa, é importante atentar a outras etiologias do MT, principalmente colite de Crohn e *C. difficile*. A suspeita é clínica e o exame radiológico confirma o diagnóstico, a evolução do paciente nas primeiras 24-48 h é o maior preditor da abordagem cirúrgica, uma vez que não haja sinais de perfuração, sepse ou hemorragia. Nos casos de perfuração com peritonite, a mortalidade durante cirurgia é de 40-50%. Apesar da apresentação clínica não tão rara, as condutas tanto na RCU aguda grave quanto nas suas complicações é assunto discutível, deve-se aventar a feitura de metanálise ou revisão sistemática do tema, definir os padrões das terapêuticas clínicas de primeira escolha e de resgate, assim também como das indicações cirúrgicas ao MT.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.097>

P-097

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN SOB INFLUÊNCIA DE TRATAMENTO, MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinais, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW, COM USO DO QUESTIONÁRIO SF-12

Fabiola de Carlos da Rocha^a,
Bruno Fontoura Cagliari^a,
Thelma Larocca Skare^b

^a Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma das doenças inflamatórias intestinais (DII), ela cursa com sintomas gastrointestinais ao longo de todo o trato digestivo. Suas características inflamatórias provenientes da ativação inadequada do sistema imune mucoso resulta em manifestações

extraintestinais (MEI), as quais interferem em conjunto com os sintomas digestivos na qualidade de vida (QV) dos pacientes.

Objetivos: Avaliar a QV dos pacientes sob influência das MEI e determinar a prevalência delas e o perfil clínico e demográfico desses pacientes. Evidenciar a relação entre os segmentos acometidos e a QV, além do índice de Harvey-Bradshaw (IHB) e o uso de medicamentos com a QV.

Métodos: Estudo prospectivo, transversal, observacional e multicêntrico com 70 pacientes com DC. Foram estudadas variáveis demográficas (idade, sexo e região onde reside) e clínicas (comorbidades, idade ao diagnóstico, tempo de tratamento, medicamentos de uso diário, segmentos gastrointestinais comprometidos pela enfermidade, presença de manifestações extraintestinais, índice de Harvey-Bradshaw (IHB) e escore de saúde mental e física pelo *Short Form Health Survey - 12* (SF-12).

Resultados: As manifestações de artralgia foram as mais comuns em 44 pacientes, seguidas de artrite em 17 e uveíte em 15. A fístula êntero-vesical foi a MEI menos observada (1,4%). No teste de regressão múltipla, as MEI pulmonares ($p=0,01$) influíram na QV física, enquanto o IHB alterou a QV física ($p<0,0001$) e mental ($p=0,009$). O uso de medicamentos não influenciou na QV.

Conclusão: A prevalência das MEI foi de 87,14%. O IHB prejudica a QV geral e as MEI pulmonares prejudicam a QV física. Não houve relação entre o uso de medicamentos e a QV.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.098>

P-098

ANÁLISE COMPARATIVA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM 220 PACIENTES BRASILEIROS



Fabiola de Carlos da Rocha,
Bruno Fontoura Cagliari,
Thelma Larocca Skare,
Gabriela Piovesani Ramos,
Gustavo Caetano Giavarini

Faculdade Evangélica do Paraná (Fepar), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC) são doenças inflamatórias intestinais (DII) que cursam com sintomas gastrointestinais com repercussões sistêmicas inerentes ao processo patológico ou efeitos colaterais da terapia.

Objetivos: Comparar a epidemiologia, o quadro clínico, os medicamentos usados, a prevalência de comorbidades, as manifestações extraintestinais entre pacientes com DC e RCU.

Métodos: Estudo transversal, observacional e multicêntrico com 220 pacientes (70 DC; 150 RCU; 20% homens; idade mediana de 33 anos). Foram comparadas variáveis demográficas (idade, sexo) e clínicas (comorbidades, idade ao diagnóstico, medicamentos e presença de manifestações extraintestinais).

Resultados: Quanto ao comprometimento gastrointestinal na RCU: 92,5% dos pacientes tinham a doença restrita ao reto; 47,4% atingiam apenas um segmento e em 8,2% existia pancolite. Quanto à DC: 47,1% relataram acometimento

