

de apenas um segmento; 1,4%, de quatro segmentos; a este-nose segmentar existiu em 18,5% e o íleo foi a porção mais acometida (77,2%). A análise comparativa das DII não mos-trou existir diferença quanto a sexo ($p=0,27$); idade de início de doença ($p=0,48$); número de comorbidades ($p=0,86$). As manifestações musculoesqueléticas foram as mais comuns (53,8%), mas não diferiram entre as DII ($p=0,12$ e $0,59$ para periféricas e axiais respectivamente). Também não se detec-taram diferenças na prevalência de manifestações cutâneas ($p=0,87$), uveíte ($p=0,87$); renais/urológicas ($p=0,20$); hepáticas ($p=0,31$) e pulmonares ($p=1$); 89,09% faziam uso diário de medicamentos. Mesalazina foi o medicamento mais usado (57,7%) e mais comum em RCU ($p<0,0001$), seguido de aza-tioprina (29,09%), que foi mais comum em DC ($p=0,01$). Em DC observou-se maior uso de anti-TNF α ($p=0,0007$), mas não existiram diferenças quanto ao uso do corticoide ($p=0,85$) nem antidepressivos ($p=0,37$).

Conclusão: O perfil clínico e epidemiológico das duas DII estudadas é, em nosso meio, muito semelhante, difere apenas nas características do envolvimento intestinal e de trata-mento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.099>

P-099

EXISTE ASSOCIAÇÃO DA CALPROTECTINA E COLONOSCOPIA?



Manoel Alvaro de Freitas Lins Neto,
Jason Costa Pereira Junior, Lucas Correia Lins,
Tadeu Gusmão Muritiba Filho

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
(HUPAA), Universidade Federal de Alagoas (Ufal),
Maceió, AL, Brasil

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) é repre-sentada pela doença de Crohn e a retocolite ulcerativa inespecífica. Afeta aproximadamente 1,5 milhão de america-nos e 2,2 milhões de europeus e alguns milhares na América do Sul. Os pacientes portadores dessa afecção a desenvol-vem decorrente de um conjunto de condições que se somam, tais como fator psicológico, meio ambiente e um distúrbio da mucosa intestinal, disbiose, que levam a uma resposta imu-nológica anormal em pessoas predisponentes a desenvolver essa patologia. Essa atividade anormal ocasiona inúmeros sin-tomas e sérios impactos na qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico se faz através do exame clínico, radiológico, endoscópico e laboratorial. Entre as opções laboratoriais para o diagnóstico nosso propósito foi avaliar a calprotectina, que nos últimos 10 anos tem ganhado destaque no auxílio do manejo dos portadores das DIIs. Esse biomarcador é composto de zinco e cálcio ligados a uma proteína derivada das células inflamatórias (neutrófilos e monócitos), pode ser ser quanti-ficada nas fezes. Assim, de simples execução, não invasiva e ideal para o auxílio no diagnóstico e seguimento dos pacientes com suspeita ou portadores de DII.

Objetivo: Correlacionar os achados colonoscópios com os valores quantitativos da calprotectina fecal.

Método: Foi feito um estudo longitudinal, observacional, que teve a participação de 26 pacientes, 16 mulheres (62%), 10

homens (38%), dos quais 15 portadores de doença de Cronh e 11 de retocolite ulcerativa em seguimento no ambulatório de colo-proctologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Todos foram submetidos a colonoscopia e dosagem fecal quantitativa da calprotectina. No fim foi evidenciado haver uma correlação entre os achados endoscópicos e os valores da calprotectina, sobretudo quando se usam valores maiores do que 300, para doença em atividade, no qual a sensibilidade é em torno 85% e sensibilidade 88% quando comparados com a colonoscopia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.100>

P-100

TUBERCULOSE PRIMÁRIA DO APÊNDICE: UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA



Jilvando Matos Medeiros^a,
Diego Vasconcelos Menezes^b,
Caio Brenno Abreu^a,
Marcus Vinicius Meirelles Rodrigues^a,
Leidyane Aparecida do Vale^c,
Marcela Nunes Avelar^b,
Guilherme Henrique Pereira Castanheira^d

^a Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, RR, Brasil

^b Universidade Federal do Acre (Ufac), Rio Branco, AC, Brasil

^c Universidad Politécnica y Artística del Paraguay (Upap), Assunção, Paraguai

^d Universidad Privada del Este (UPE), Cidade do Leste, Paraguai

Introdução: A tuberculose (TB) gastrointestinal representa 3% da TB extrapulmonar, o local de envolvimento mais comum é a região ileocecal, porém o comprometimento do apêndice é raro. A TB primária do apêndice que se apresenta como abscesso apendicular é ainda mais rara com incidência de 0,1-0,6%.

Descrição do caso: Paciente de 26 anos, sexo mascu-lino, pardo, produtor rural, deu entrada em nosso hospital com queixas de dor abdominal, localizada em quadrante inferior direito, caráter de cólica, associada com náuseas, vômitos e febre com início havia três dias. Ao exame físico, à palpação abdominal, apresentava dor à descom-pressão brusca da fossa ilíaca direita, caracterizava sinal de Blumberg positivo, com hipertermia, pressão arterial de 125/80 mmHg, frequência cardíaca 112 bpm. Exame labora-torial apresentou leucocitose. Como esses sintomas eram consistentes com a apendicite, foi encaminhado para a cirur-gia de emergência. Na laparotomia, foi encontrada uma massa inflamatória difusa e abscesso do apêndice, feita a apen-dicectomia. O exame histopatológico evidenciou caseosos granulomas epitelioides e lúmen cheios com infiltrados de neutrófilos. Na investigação da fonte primária de TB, radi-ografia de tórax, tomografia computadorizada do abdômen e pelve apresentaram normais, baciloscopia negativa para três amostras de escarro. Foi iniciada terapia antituberculose preconizada.

Discussão: A TB apendicular pode ocorrer como uma forma primária ou secundária. No caso apresentado ocorreu pela primeira forma devido a uma infecção primária da mucosa intestinal por *Mycobacterium bovis*. A infecção do apêndice pelo bacilo tuberculoso pode ocorrer por extensão local da tuberculose ileocecal ou genital, disseminação hematogênica a partir de um foco distante e contato com conteúdo intestinal infectado devido à ingestão de alimentos contaminados.

Conclusão: A apendicite tuberculosa é uma manifestação rara. Devido à sua raridade e ausência de qualquer achado clínico e radiológico específico, o diagnóstico é feito somente após o exame histopatológico da amostra de apendicectomia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.101>

P-101

RETICOLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: RELATO DE CASO



Josiane Harumi Cihoda Lopes,
Fernanda Costa Pereira,
Rodrigo Saad Rodrigues,
Marley Ribeiro Feitosa, Rogerio Serafim Parra,
Omar Feres, Jose Joaquim Ribeiro da Rocha

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

Introdução: A imunodeficiência comum variável (ICV) é mais comum em pacientes adultos jovens e se caracteriza pela deficiência de anticorpos. Predis põe ao surgimento de infecções recorrentes, alergia, autoimunidade e doenças malignas. Sua associação com doença inflamatória intestinal pode ocorrer em 4 a 12% dos pacientes.

Descrição do caso: Sexo feminino, 16 anos. Diagnóstico prévio de trissomia do 4p e ICV aos 11 anos, em reposição de imunoglobulina. Iniciou diarreia, 15 episódios diários, com sangue e muco, associada à dor periumbilical, de moderada intensidade. Ao exame: bom estado geral, corada, hidratada e emagrecida (IMC: 11,2 kg/m²). Hemodinamicamente estável. Abdômen flácido, indolor e sem massas palpáveis. Presença de sangue ao toque retal. História prévia de episódios diarreicos intermitentes, havia três anos, quando fez colonoscopia, que evidenciou pancolite moderada. Estava em tratamento para retocolite ulcerática (RCU) com sulfasalazina e prednisona, sem melhoria completa. Exames laboratoriais evidenciaram anemia leve, leucocitose, sem desvios e trombocitose. Provas de atividade inflamatória negativas. Albumina: 4,11 g/dL, proteínas totais: 5,98 g/dL. Nova colonoscopia evidenciou pancolite moderada a grave, sugestiva de RCU em atividade. Optou-se pelo desmame do corticoide e tratamento nutricional em regime hospitalar associado a azatioprina, ciprofloxacino, metronidazol e sulfasalazina. Evoluiu com recuperação clínica e endoscópica. Recebeu alta com programação de início de terapia anti-TNF.

Discussão: O diagnóstico da ICV é baseado na redução dos níveis de anticorpos, resposta deficiente à imunização

e predisposição às infecções. Afeta igualmente homens e mulheres, pode se manifestar, mais raramente, na infância. A etiologia permanece obscura, porém pode estar associada à RCU e outras doenças autoimunes. O tratamento é feito através da reposição de imunoglobulinas.

Conclusão: A ICV pode estar associada a RCU, que se apresenta de forma habitual e deve ter o tratamento prontamente instituído.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.102>

P-102

LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal, EVENTO ADVERSO AO USO DE BIOLÓGICO OU QUADRO INFECCIOSO OPORTUNISTA?



Gustavo Wolff^a, Odery Ramos Junior^b,
Alexandra Castro Goetze^a, Maira Mitsue^b,
Gabriela Piovezani Ramos^b,
Antonio Baldin Junior^a,
Ana Paula Della Justina Volpato^a

^a Hospital de Clínicas, Universidade Federal do
Paraná (HCUFPR), Curitiba, PR, Brasil

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

Introdução: As manifestações de pele na doença de Crohn (DC) são polimórficas, podem estar associadas a atividade inflamatória intestinal, autoimunidade, bem como ser induzidas pelo tratamento e até desencadeadas por infecções oportunistas.

Descrição do caso: Feminina, com diagnóstico de DC desde 1999, Montreal: A2L3B2, em remissão clínica, sob uso de infliximabe 5 mg/kg a cada oito semanas havia aproximadamente três anos, sem outras comorbidades. Antecedentes dermatológicos de acne medicamentosa (azatioprina), eczema de contato e seborreico. Apresentou lesões papulo-nodulares, eritemato-edematosas, com surgimento de pústulas centrais e descamação em colarete, inicialmente em posterior de coxas e disseminação para nádegas, região anterior de coxas, inguinal e pubiana, com 15 dias de evolução. A paciente fez depilação com lâmina de barbear em membros inferiores alguns dias antes do surgimento das lesões. Essas eram sintomáticas com dor local, sangramento e prurido em região inguinal. Colhido material para histologia, cultura e exame micológico. Prescrito sulfametoxazol-trimetoprima e postergada por uma semana a infusão do infliximabe. Paciente apresentou melhoria do quadro dermatológico significativamente após sete dias de tratamento e retomou o uso da terapia biológica.

Discussão: Achados mucocutâneos são frequentes, com espectro clínico variável, e podem ocorrer em 22% a 75% dos pacientes com DC. Baseados nas hipóteses diagnósticas, consideramos as seguintes possibilidades: lesões de pele relacionadas à DC – pioderma gangrenoso, eritema nodoso, síndrome do abscesso asséptico e vasculite; lesões de pele por infecções oportunistas – bacterianas, micobacterioses e afins; reação adversa do uso anti TNF-alfa como a psoríase