

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

paradoxal e a reação pustular amicrobiana relacionada ao uso de infliximabe.

Conclusão: O caso descrito demonstra o desafio diagnóstico das manifestações dermatológicas nas doenças inflamatórias Intestinais. Ressalta a importância da atuação multidisciplinar para tomada de decisões e obtenção de melhores resultados no tratamento, reduz as complicações e garante a qualidade de vida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.103>

P-103

ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN E SUA INTERAÇÃO COM FECUNDIDADE E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA



Karina Kendra Mar Marques,
Juliana Lima Toledo,
Barbara Bianca Linhares Mota,
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: A doença inflamatória intestinal (DII) comumente acomete indivíduos em idade reprodutiva. Em mulheres, pode haver interação entre a doença e fertilidade.

Relato do caso: Mulher, 30 anos. Doença de Crohn (DC) havia oito anos, com comprometimento ileal, colônico e perianal, em uso de azatioprina. Encaminhada devido a refratariedade clínica e infertilidade. Ao exame encontrava-se em estado geral regular, emagrecida e hipocorada. Hemodinamicamente estável. À palpação do abdômen notava-se plastrão doloroso na fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Colonoscopia e enema opaco mostraram obstrução da flexura hepática e sinais de fístula do delgado com o cólon transverso. Optou-se por tratamento cirúrgico, que evidenciou obstrução do cólon por massa tumoral no ângulo esplênico e plastrão inflamatório do delgado com múltiplas fístulas entero-entéricas e fístula do delgado com o cólon transverso. Foram feitas enterectomia segmentar e colectomia direita, com íleo-transverso anastomose. A análise do espécime cirúrgico confirmou o diagnóstico de DC, sem neoplasia maligna. Trinta dias após a cirurgia, foi iniciada terapia anti-TNF. Atualmente encontra-se em remissão clínica, laboratorial e endoscópica da DC. Recuperou a fertilidade sem tratamento específico e encontra-se gestante, em seguimento conjunto com a obstetrícia, sem intercorrências.

Discussão: O processo inflamatório da DC pode levar a comprometimento das tubas uterinas, disfunção ovariana e dispareunia. Na doença grave, pode-se observar anorexia e amenorreia secundária. Apesar de 80% das gestações se desenvolverem normalmente, existe risco aumentado de eventos adversos, como parto prematuro e baixo peso ao nascimento. A maioria das medicações para o tratamento do DC pode ser mantida durante a gestação.

Conclusão: O controle adequado da atividade inflamatória pode diminuir a interferência da DC na fecundidade e nos efeitos adversos durante a gestação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.104>

P-104

ENDOMETRIOSE ASSOCIADA A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE DOIS CASOS



Idblan Carvalho de Albuquerque,
Bruna Lima Daher,
Eduardo de Souza Andrade,
Youri Barbosa Andrikopoulos,
Lucas de Sena Leme,
Galdino José Sitônio Formiga

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma afecção crônica transmural do trato gastrointestinal, de etiologia multifatorial associada à disfunção do sistema imune da mucosa intestinal. A endometriose é caracterizada pela presença de endométrio em locais extrauterinos e atualmente é definida como doença inflamatória crônica localizada na cavidade peritoneal mediada por disfunção do sistema imune.

Caso 1: Feminino, 41 anos, diagnóstico de DC (A2B1L2) havia 15 anos; havia 12 anos em remissão clínica com SSZ 2g/dia. Havia cinco meses com alteração do hábito intestinal (uma vez/dia para uma vez a cada quatro dias), cólicas abdominais, aumento do volume abdominal e emagrecimento. TC de abdômen e pelve evidenciou espessamento parietal circunferencial no sigmoide. Submetida a LE e RSA com anastomose primária; ao inventário foram visibilizadas aderências firmes em reto, anexo esquerdo e cúpula vaginal com características inflamatórias. A histologia e a imuno-histoquímica evidenciaram endometrioma localizado em parede intestinal. No POT apresentou recidiva da DC, foi tratada com anti-TNF.

Caso 2: Feminino, 38 anos, DC (A2B3pL3) em uso de AZA e IFX havia três anos em remissão clínica. Havia seis meses com dor abdominal, emagrecimento e constipação. RNM de abdômen e pelve com espessamento parietal de sigmoide de aspecto fibrótico e império à colonoscopia com ulcerações em reto. Abordagem cirúrgica revelou estenose tubular e mesenterite, feita HCE. Histologia da peça cirúrgica com diagnóstico de endometriose colônica.

Discussão: Tanto doença de Crohn quanto endometriose têm fisiopatogenia e etiologia parcialmente compreendidas; é evidenciada a disfunção imunológica celular e humoral em ambas. Há um aumento de 50% no risco de doença inflamatória intestinal em mulheres com endometriose em comparação com mulheres sem a doença.

Conclusão: Tais doenças são diagnósticos diferenciais entre si e a coexistência delas torna o diagnóstico e o tratamento mais complexo, principalmente porque as vias fisiopatológicas comuns não estão elucidadas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.105>