

P-105

CONTROLE DA DOENÇA DE CROHN E ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE EM PACIENTE ESPLENECTOMIZADO



Henrique Luckow Invitti,
Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira,
Adriana Pires Smaniotto,
Claudio Rotta Lucena, Eduardo Endo,
Odery Ramos Júnior, Antonio Carlos Trotta

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

Introdução: A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por ser autoimune e, portanto, predispõe a manifestação de outras doenças autoimunes concomitantes. Com fisiopatologias semelhantes, o tratamento de uma doença pode acarretar a melhoria da outra.

Descrição do caso: O.M., 61 anos, masculino, admitido no hospital universitário em 2015 por astenia e icterícia, diagnosticado com anemia hemolítica autoimune (AHAI). Também apresentava diarreia crônica e fístula perianal. Colonoscopia com ileíte terminal e anatomopatológico sugestivo de DC. Evolução sem resposta ao tratamento clínico proposto para AHAI e foi indicada esplenectomia. Iniciado, também, tratamento com azatioprina, com aprimoramento da dose pelo serviço da coloproctologia, obteve melhoria significativa sem necessidade de terapia combinada. Após 11 meses de tratamento com azatioprina apresentou cicatrização completa da mucosa ileal e da fístula perianal.

Discussão: DC tem diversas manifestações extraintestinais, que acometem de 20 a 40% dos pacientes. Anemia ferropriva e anemia de doença crônica são as que mais se associam com DC, pode haver relação com AHAI. A associação da AHAI com a DC parece ser um evento raro e com poucos casos na literatura. O tratamento da DC abrange medicamentos imunossupressores ou imunomoduladores em monoterapia ou terapia combinada. A esplenectomia provoca uma diminuição na capacidade imunológica, pode apresentar melhoria nas doenças autoimunes. O paciente em questão apresentou melhoria significativa da DC em um período de 11 meses com monoterapia (azatioprina). Esse progresso foi inesperado e incomum para um paciente com DC com acometimento perianal. O papel da esplenectomia nesse relato é fator de questionamento e discussão.

Conclusão: A raridade da coexistência da DC e AHAI e praticamente a inexistência de estudos ou relatos de casos relacionados à esplenectomia tornam difícil estabelecer uma correlação dessa com a melhoria da DC. Esse é um questionamento que deve ser levantado e estudado com objetivo de propor novas opções terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.106>

P-106

DESENVOLVIMENTO DE HEPATOCARCINOMA E INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE NA DOENÇA DE CROHN EM TERAPIA BIOLÓGICA ANTI-TNF ISOLADA



Barbara Bianca Linhares Mota,
Juliana Lima Toledo,
Karina Kendra Mar Marques,
Marley Ribeiro Feitosa, Rogerio Serafim Parra,
José Joaquim Ribeiro da Rocha, Omar Feres

Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto,
SP, Brasil

Introdução: A terapia biológica anti-TNF pode estar associada ao desenvolvimento de neoplasias, tais como linfoma, melanoma e neoplasias de órgãos sólidos. O objetivo do presente estudo é relatar o desenvolvimento de hepatocarcinoma com terapia anti-TNF na doença de Crohn (DC).

Descrição do caso: Mulher, 39 anos. Diagnóstico de DC em tratamento com adalimumabe havia cinco anos e controle adequado da doença. Iniciou quadro de astenia, hiporexia, febre e dor abdominal. Ao exame do abdômen percebia-se distensão importante e dor difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentava, ainda anasarca. Sem antecedentes de etilismo. Sorologias para hepatites negativas. A radiografia de abdômen mostrou edema de alças de delgado com sinais de obstrução, foi indicada laparotomia exploradora. Achados operatórios: moderada quantidade de líquido ascítico, fígado aumentado e endurecido, com nodulações difusas, sugestivo de neoplasia hepática. Não havia atividade intestinal da doença inflamatória. A biópsia hepática mostrou hepatocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão angiolinfática. A paciente evoluiu com pioria clínica e óbito por insuficiência hepática no 11º dia de pós-operatório.

Discussão: A cirrose hepática causada de etiologia viral é a principal causa de hepatocarcinoma. Outros fatores de risco são etilismo, esteatose hepática não alcoólica e doenças hereditárias, como a hemocromatose. No caso apresentado, além do uso crônico da terapia biológica, não havia fatores de risco para essa neoplasia e, na ressonância prévia do abdômen, não foram observadas alterações hepáticas. As enzimas hepáticas antes do desenvolvimento dos sintomas também eram normais. O diagnóstico de neoplasia hepática foi sugerido no intraoperatório e confirmada pela biópsia. Existem relatos de insuficiência hepática fulminante relacionada ao uso de medicamentos anti-TNF, entretanto a associação com hepatocarcinoma era desconhecida.

Conclusão: O uso de terapia biológica com adalimumabe pode estar relacionado com o desenvolvimento de hepatocarcinoma e insuficiência hepática fulminante, mesmo em pacientes jovens e sem fatores de risco para neoplasias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.107>

P-107

DIAGNÓSTICO TARDIO NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO



Eduardo Endo, Henrique Luckow Invitti,
Odery Ramos Júnior,
Marina Muller Reis Weber,

Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira,
Antonio Carlos Trotta, Rubens Valarini

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

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal que pode acometer qualquer segmento do trato digestório. O diagnóstico precoce é fundamental e pode evitar complicações na evolução da doença.

Descrição do caso: J.R., feminino, 19 anos, dor abdominal crônica e alteração do hábito intestinal desde a infância. Fazia uso de medicamentos sintomáticos com melhoria parcial da dor. Em 2016 foi admitida em hospital por dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos. Pelo quadro compatível com apendicite aguda foi feita apendicectomia pela técnica aberta. Após o tratamento cirúrgico a paciente permaneceu com dor abdominal, febre recorrente e infecção da ferida operatória, tratada com ciprofloxacino e metronidazol sem sucesso. Em janeiro de 2017 apresentou saída de fezes pela ferida operatória e foi feita colonoscopia que revelou achados compatíveis com DC. Foi iniciado tratamento com prednisona, sulfasalazina e mesalazina. A paciente apresentou melhoria da dor abdominal, porém permaneceu com muco e pus nas fezes. Em março de 2017 apresentou novo episódio de saída de fezes pela ferida operatória. Nesse momento, foi encaminhada para serviço de coloproctologia em hospital terciário. Estudo de tomografia computadorizada mostrou imagem compatível com fístula enterocutânea e à fistulografia prováveis trajetos fistulosos entre alças ileais. A paciente não respondeu ao tratamento não operatório e fez-se necessária abordagem cirúrgica. Feita ileocelectomia direita com anastomose primária. Hoje mantém acompanhamento ambulatorial e está em uso de azatioprina 2 mg/kg/dia com remissão total dos sintomas até o momento.

Discussão: Trata-se de uma paciente jovem com DC grave e diagnóstico tardio. A sistematização e o acompanhamento em serviço especializado para tratamento de doenças inflamatórias intestinais (DII) poderiam ter poupado a paciente das complicações da doença e do tratamento cirúrgico.

Conclusão: O diagnóstico precoce e a informação sobre as DII nos níveis primários de atendimento podem modificar o desfecho do tratamento desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.108>

P-108

MEGACÓLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCERATIVA

Valesca de Souza Ueoka,
Malu Aeloany Dantas Sarmiento,
Hélio Moreira Júnior,
José Paulo Teixeira Moreira,
Paula Chrystina Caetano Almeida Leite,
Raniere Rodrigues Isaac,
Elida Natalie Silveira Faria

Hospital das Clínicas de Goiás, Universidade
Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil



Introdução: A doença inflamatória intestinal é qualquer processo inflamatório com causa conhecida ou não, a RCU (retocolite ulcerativa) é limitada ao cólon e reto, atinge até a submucosa. Os sintomas dependem da extensão e da localização da inflamação, podem apresentar diarreia, hematoquezia, tenesmo e possibilidade de desenvolvimento do megacólon tóxico.

Descrição: Paciente G.B.C.G, 16 anos, havia um ano apresentava hematoquezia, astenia e diarreia. Submetida a colonoscopia que visualizou reto e cólon com mucosa edemaciada e hiperemiada, friável ao toque do aparelho, recoberta de fibrina até ângulo hepático e anatomopatológico, evidenciava retite crônica não granulomatosa com folículos linfóides, foi diagnosticada RCU e iniciada mesalazina. A paciente piorou, foi internada e iniciado tratamento com antibioticoterapia, mesalazina via retal e oral e hidrocortisona. Teve melhoria parcial, recebeu alta com mesalazina oral e azatioprina supositório retal. Após duas semanas, manifestou diarreia, enterorragia e dor abdominal intensa, foi reinternada. Foi feito tratamento conservador, porém evoluiu com sepse e radiografias evidenciaram distensão progressiva do transversos, culminou em megacólon tóxico não responsivo a tratamento clínico, fez-se colectomia total com ileostomia terminal em 26/05/17. Paciente evoluiu bem, não apresentou complicações pós-operatórias e recebeu alta em 09/06/17.

Discussão: O megacólon tóxico representa uma das mais graves complicações das doenças inflamatórias intestinais. Tem início abrupto, provoca diarreia sanguinolenta, anorexia, cólica, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, taquicardia, hipoalbuminemia, febre, leucocitose, distensão abdominal, oligúria, confusão mental, hipotensão e choque séptico. O tratamento inicial envolve hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, antibióticos e corticoides. Qualquer piora em 24-72 h, peritonite, dilatação crescente do cólon, hemorragia maciça e choque séptico são indicações de operação. Porém, apesar de todos os critérios, ainda há controvérsia sobre o momento ideal de indicação do tratamento cirúrgico, principalmente após o surgimento dos biológicos.

Conclusão: A intervenção mais precoce na vigência de megacólon tóxico resultou em uma excelente evolução pós-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.109>

P-109

TUBERCULOSE INTESTINAL E DISSEMINADA QUE MIMETIZA ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN

Fernanda Costa Pereira,
Rodrigo Saad Rodrigues,
Raquel Fernandes Coelho,
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: Apesar de manifestação incomum, a tuberculose (TB) intestinal costuma ser observada em regiões

