

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

endêmicas da doença. Origina-se por disseminação hematogênica ou reativação de foco latente. Pode mimetizar as doenças inflamatórias intestinais (DII) e sua diferenciação é imperativa em candidatos à terapia imunossupressora.

Descrição caso: Homem, 26 anos, em tratamento de doença de Crohn (DC) ileocecal havia três anos, com mesalazina oral. Foi indicado adalimumabe devido a controle inadequado da doença. Mantinha dor abdominal difusa, diarreia e episódios febris. Optou-se por troca para infliximabe (IFX). Antes da segunda dose de indução, houve surgimento de tosse, pioria da febre, sudorese noturna e dor abdominal. Encaminhado para nosso serviço, no qual fez tomografia do abdômen que evidenciou derrame pleural, ascite de pequeno volume e microabscessos esplênicos. Submetido à toracocentese com diagnóstico de tuberculose (TB) pleural. Iniciado tratamento hospitalar da TB, com melhoria do quadro e alta. Duas semanas após, evoluiu com quadro de abdômen agudo perfurativo. O achado intraoperatório foi de perfuração ileal, na qual se observou hiperemia, friabilidade e nódulos caseosos no mesentério. Feita enterectomia segmentar. A análise da peça operatória confirmou o diagnóstico de TB intestinal e ganglionar. Recebeu alta hospitalar sem intercorrências e mantém tratamento clínico ambulatorial.

Discussão: As manifestações mais comuns da TB intestinal são: dor abdominal e ascite, associadas a sintomas gerais, como febre, emagrecimento, astenia. Os sintomas podem mimetizar a DC. Nesses casos, o uso inadvertido de terapia imunossupressora pode causar graves complicações, como tuberculose disseminada e perfuração intestinal.

Conclusão: Antes do início da terapia imunossupressora é importante que se confirme o diagnóstico da DII e que se faça rastreamento de doenças infecciosas, em particular da TB.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.110>

P-110

DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO



Diego Palmeira Rangel,
Isaac José Felipe Corrêa Neto,
Alexander de Sá Rolim,
Ângelo Rossi da Silva Cecchini,
Anderson de Almeida Maciel,
Rogério Freitas Lino de Souza, Laercio Robles

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença de Crohn fistulizante consiste em uma das apresentações clínicas mais graves na doença inflamatória intestinal, que implica pior qualidade de vida e morbidade considerável e quase sempre resulta em intervenção cirúrgica. O manejo da paciente gestante com doença inflamatória intestinal ainda envolve desinformação, insegurança, principalmente porque, quando doença ativa, oferece riscos iminentes à gestação.

Descrição do caso: Paciente de 27 anos, iniciou quadro de dor abdominal difusa, mais evidente em fossa ilíaca direita, associado a perda ponderal de 20 quilos em um ano, com episódios intermitentes de diarreia no período. Evoluiu com hiperemia cutânea em fossa ilíaca direita que apresen-

tava drenagem espontânea de secreção de aspecto fecaloide persistente local. Fez colonoscopia com presença de pseudopólipos e hiperemia em ceco, com orifício fistuloso, não foi possível visualizar a válvula íleo-cecal. Anatomopatológico revelou colite crônica leve em ceco, demais segmentos colônicos normais. Tomografia de abdômen não evidenciou coleção intraperitoneal, com presença de trajeto fistuloso ceco-cutâneo e estudo de trânsito de Delgado sem anormalidades. Paciente iniciou tratamento com imunobiológico infliximabe em junho de 2015, com melhoria e resolução inicial da fístula enterocutânea. No quinto mês de tratamento retornou os sintomas, com mesma fístula enterocutânea, com alto débito, foi então submetida a ileotiflectomia e íleo-cólon anastomose, com boa evolução e alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório. Anatomopatológico constatou processo inflamatório crônico, fistulizado, transmural. Paciente seguiu acompanhamento regular ambulatorial, em uso de imunobiológico, informou, em janeiro de 2017, amenorréia de 3 meses com diagnóstico de gestação tópica. Paciente iniciou acompanhamento multidisciplinar com coloproctologia, obstetria, pediatria e psicologia, foi modificado imunobiológico para vedolizumabe. Completou pré-natal sem intercorrências, foi sendo feito parto cesáreo com 37 semanas de gestação.

Conclusão: A remissão duradoura da doença inflamatória intestinal na gestação é essencial para assegurar uma gestação a termo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.111>

P-111

PIODERMA GANGRENOSO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO



Monica Janine Gomes de Souza,
Nathália Gonçalves dos Santos,
Lorena Souza Rodrigues da Cunha,
Leonardo Marrone Pereira,
Andreia Renata de Andrade,
Nathália Leite Oliveira Zeitoun,
Mardem Machado de Souza

Hospital Universitário Julio Muller (HUJM),
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT),
Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: O pioderma gangrenoso é uma dermatose crônica, de etiologia incerta e alta prevalência em portadores de doenças inflamatórias intestinais (DII), que se manifesta através de lesões crônicas ulceradas e dolorosas de evolução rápida e progressiva.

Descrição: R.M.A.A.D., mulher, 41 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa (RCU) havia quatro anos, em uso de infliximabe e azatioprina, relatou pústula em região infraumbilical havia nove dias. Lesão evoluiu com drenagem espontânea e ulceração de 5 cm de diâmetro, sem sintomas sistêmicos. Paciente foi internada e iniciada antibioticoterapia com metronidazol, curativo com alginato de cálcio e mantidos infliximabe e azatioprina. Após quatro dias de internação, foi constatada melhoria clínica, foi indicada alta hospitalar para término de tratamento com seguimento ambulatorial. Em duas semanas, paciente retornou ao hospital com pioria da