

**Relato de caso:** J.C.S., feminino, 15 anos, natural da Bahia, residente em São Paulo. Internada para tratamento de leucemia promielocítica aguda que complicou com neutropenia febril, evoluiu para sepse com hemocultura positiva persistente para *Klebsiella pneumoniae*, resistente, em uso de ampla cobertura antibiótica. História progressiva de diarreia por *Clostridium difficile* e colite neutropênica. Evoluiu com quadro de dor em região anal com 15 dias de duração, apresentou abscesso local, de drenagem espontânea. Ao exame apresentava-se com ferida perianal de 3 cm no maior eixo, com área de necrose e dor intensa, além de trajeto fistuloso com drenagem para a lesão. RNM evidenciou trajeto fistuloso na região perianal esquerda, com orifício interno às 5 horas e importante obliteração da gordura na fossa isquiorretal esquerda. Mantida cobertura antibiótica e feito debridamento cirúrgico da necrose, sem explorar o trajeto fistuloso. Não feita ostomia derivativa, mas optou-se pela terapia enteral e oxigenoterapia hiperbárica para adjuvância na cicatrização da ferida, com 20 sessões. Evoluiu de forma favorável e recebeu alta hospitalar no 32º dia de pós-operatório com controle da infecção perianal. A ampla cobertura antibiótica, associada ao debridamento cirúrgico, sem maiores ressecções teciduais, mostrou-se eficaz no controle infeccioso e a associação com a oxigenoterapia mostrou-se favorável, levou a um melhor controle tanto do foco infeccioso como da cicatrização tecidual.

**Conclusão:** A associação de tratamentos mostrou-se favorável, é uma opção importante a fim de evitar terapias mais agressivas como a ostomia derivativa.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.144>

P-144

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA RECIDIVADA COM RETALHO LIPOCUTÂNEO V-Y



Caio Cirillo Freitas da Silva,  
Jorge Benjamin Fayad,  
Luciana Paes Peixoto Netto,  
Marcelo Neves Carvalho,  
Nayara Moraes Guimarães da Silva,  
Vinicius Amaro Chagas Mesquita,  
Christiane Diva Campos Veneroso

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A doença pilonidal sacrococcígea consiste na ocorrência de infecção no subcutâneo do sulco interglúteo. Mais comum em jovens adultos do sexo masculino. Evidências sugerem maior incidência em indivíduos com mais pelo corporal, obesos, aqueles com sulco interglúteo profundo e com história de furúnculos em outras partes. O método com incisão na linha média e fechamento primário parece diminuir o tempo de cicatrização, porém há indícios de maior recidiva nessa técnica, em relação à excisão sem sutura da ferida. Essa geralmente resulta em falhas maiores e com tempo prolongado de cicatrização. Quando há recorrência ou em casos de acometimento extenso são preferidas técnicas de incisão paramediana com ou sem uso de retalhos.

**Objetivo:** Relatar dois casos de jovens com doença pilonidal sacrococcígea recidivada após abordagem cirúrgica prévia.

**Relatos de caso:** 1) R.M.I.J, havia três anos apresentou quadro de desconforto em região sacrococcígea, procurou cirurgião geral que o submeteu a tratamento cirúrgico com incisão mediana e sutura primária. Chegou à unidade com acometimento extenso longitudinal (cerca de 12 cm) com múltiplos orifícios na linha média. 2) A.B. havia quatro anos iniciou flogose em região sacra, seguida de supuração local. Em 2014 foi submetido a tratamento cirúrgico, foi deixado leito para cicatrizar por segunda intenção. Recidiva em 2015 e na reabordagem usada técnica com sutura da pele. Reaparecimento em 2016 com abertura da área da cicatriz e saída de secreção. Ao exame observada doença extensa, aproximadamente 18 cm, com orifício de bordas granulomatosas, pits largos, preenchidos por pelos, e cicatriz hipertrófica das abordagens prévias. Feita ressecção do sinus e reconstrução com retalho lipocutâneo V-Y.

**Resultados:** Evoluções satisfatórias, sem sinais de recidiva, apresentou como evento adverso a drenagem espontânea de secreção serosa e pequena deiscência, porém granulada em toda extensão.

**Conclusões:** Trata-se de uma técnica simples para solução dessa condição que com frequência recidiva ao ser usarem técnicas simples.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.145>

P-145

#### SÍFILIS ANORRETAL SOB A FORMA PSEUDOTUMORAL: UMA RARA APRESENTAÇÃO DA DOENÇA



Ursula Araújo de Oliveira Galvão Soares,  
Isabela Cruz, Larissa Andrade Costa,  
Lina Codes, Flavia Fidelis, Elias Souza,  
Euler Azaro Filho

Hospital São Rafael, Salvador, BA, Brasil

**Introdução:** A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. Segundo a OMS, em 2010 houve 11 milhões de casos novos, acometeram principalmente pacientes na terceira década de vida, homens, portadores do vírus HIV e homossexuais. No Brasil, em 2015 o número de casos notificados foi de 65.878. A sífilis anorretal é rara, pode ser assintomática ou apresentar-se como proctite, ulcerações ou pseudotumores.

**Relato do caso:** Paciente portador de HIV, controlado em uso de TARV, com história de edema, dor e sangramento anal, após tentativa de coito. Toque retal com lesão em reto inferior, abaulada, heterogênea, média 5 cm, com mobilidade reduzida; anuscopia com mucosa edemaciada, enantematosa, muco em grande quantidade e resíduo sanguíneo. Retossigmoidoscopia: reto com mucosa hiperemiada, erosões aftoides recobertas por fibrina e lesão elevada a 3 cm da borda anal, circunferencial, estendia-se até 5 cm cranialmente, rósea, irregular, friável e endurecida. Anatomopatológico: retite crônica moderada com ulceração. Ressonância magnética de pelve evidenciou espessamento irregular em reto baixo e médio, de provável natureza neoplásica, com sinais de invasão vascular extramural e de

acometimento linfonodal mesorretal. Revisão de lâmina, sem evidência de neoplasia, contudo com espiroquetose. Sorologias VDRL 1/64 e FTA-ABS positivas. Tratado com penicilina benzatina. Apresentou resolução completa dos sintomas e das alterações ao exame físico, mantém acompanhamento ambulatorial há seis meses.

**Discussão:** A sífilis anorretal pode se apresentar como enantema, ulceração e de forma mais incomum com aspecto pseudotumoral. Para o diagnóstico, é importante a avaliação histológica, com microscopia de campo escuro junto ao VDRL. Mesmo na forma pseudotumoral o tratamento clínico, através da penicilina benzatina, tem uma resposta que chega a 95%.

**Conclusão:** O diagnóstico da forma anal da sífilis nem sempre é fácil, mas é importante levantar essa hipótese, principalmente na população de risco, haja vista que o tratamento é simples e com excelente resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.146>

P-146

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CARCINOMA ESPINOCELULAR E HERPES HIPERTRÓFICO ANAL: SÉRIE DE CASOS



Vivian Regina Guzela,  
Aline Pozzebon Gonçalves,  
Luis Roberto Manzione Nadal,  
Thiago da Silveira Manzione,  
Carmen Ruth Manzione,  
Sidney Roberto Nadal

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo,  
SP, Brasil

**Introdução:** Apesar da forma ulcerativa da infecção pelo *Herpesvirus simplex* (HSV) ser a mais comum, existe uma variante tumoral pouco frequente que acomete principalmente pacientes imunodeprimidos: o herpes hipertrófico anal.

**Descrição dos casos:** Foram incluídos oito pacientes do sexo masculino, entre 35 e 54 anos, que apresentavam queixa de lesão tumoral anal, de crescimento lento, associada a proctalgia e sangramento eventual. Como antecedentes, todos tinham o diagnóstico de HIV positivo e tratamento tópico prévio para dermatite herpética ulcerada. O exame físico revelava lesão vegetante anal, com bordas elevadas e bem definidas, com diâmetros variáveis. Todos foram submetidos à biópsia da lesão, o achado de hiperplasia epitelial e denso infiltrado inflamatório foi misto, com linfócitos, plasmócitos e eosinófilos até a derme. Células gigantes e multinucleadas foram observadas na epiderme. Testes imuno-histoquímicos ou de PCR foram aplicados para detectar o DNA viral do HSV. O tratamento foi feito com aciclovir 400 mg 8/8 h por 21 dias, quatro pacientes obtiveram remissão completa da lesão em até 30 dias e os demais apresentaram diminuição da lesão, foram então submetidos à excisão. Dos oito pacientes, três apresentaram recidiva entre o primeiro e o quinto mês após o término do tratamento, que foi tratada com novo ciclo de aciclovir e excisão local. Em longo prazo, seis permaneceram sem novas lesões e dois apresentam lesões recorrentes, tratadas precocemente com excisão local.

**Discussão:** O herpes hipertrófico anal tem apresentação clínica muito semelhante aos carcinomas espinocelulares de canal anal (CEC), porém ambos podem ser diferenciados pela biópsia. Essa diferenciação entre os diagnósticos se impõe, tendo em vista os diferentes tratamentos e seguimentos de cada patologia.

**Conclusão:** Com o aumento da incidência de HIV e o uso comum de imunossupressores, é fundamental considerar o herpes hipertrófico anal como diagnóstico diferencial do CEC.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.147>

P-147

#### PROCTITE POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PROCTITE ULCERATIVA INESPECÍFICA



Vivian Regina Guzela,  
Aline Pozzebon Gonçalves,  
Luis Roberto Manzione Nadal,  
Thiago da Silveira Manzione,  
Carmen Ruth Manzione,  
Sidney Roberto Nadal

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo,  
SP, Brasil

**Introdução:** A infecção pela *Chlamydia trachomatis* normalmente cursa com linfogranuloma venéreo, cervicite/uretrite ou infecção silente, pode evoluir também com proctite, cujo quadro clínico inclui dor pélvica, tenesmo, hematoquezia e mucorreia. Na retossigmoidoscopia, observa-se enantema e ulcerações recobertas por fibrina. A histologia revela infiltrado inflamatório linfo-histiocitário, abscessos de criptas e alterações granulomatosas, resultam em laudos descritos como “colite crônica inespecífica”. Todos esses comemorativos podem simular a retocolite crônica inespecífica (RCUI). Para diagnóstico etiológico, o swab com citologia da secreção anal pode revelar aumento do número de leucócitos (baixa especificidade). Os testes sorológicos, mesmo positivos, não estão padronizados para proctite e métodos moleculares para detecção da bactéria em swabs anais não estão rotineiramente disponíveis. O tratamento desse tipo de proctite é feito com doxiciclina preferencialmente.

**Série de casos:** Foram observados 10 homens HIV positivos e duas mulheres HIV negativas, com média de 35 anos, que relatavam tenesmo, hematoquezia e mucorreia havia mais de oito semanas, precedidas de sintomas *flue-like*. À colonoscopia, observaram-se mucosa com enantema e friabilidade, ulcerações recobertas por exsudato fibrino-purulento e até uma lesão pseudotumoral. A histologia mostrava infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, abscessos cripticos e granulomas. Cinco desses pacientes estavam em tratamento para RCUI (corticosteroides ou mesalazina), em períodos de dois a cinco anos, sem melhoria clínica. Todos foram submetidos à pesquisa sorológica (100% de positividade) e receberam doxiciclina 100 mg de 12/12 h por 21 dias, com remissão clínica e endoscópica.

**Discussão:** O aumento da incidência do HIV e outras DSTs, a similaridade com o quadro clínico de RCUI e a dificuldade no isolamento do agente etiológico tornaram a proctite por clamí-