

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 imunossuppressores, 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-

dia um diagnóstico diferencial fundamental. A sorologia pode auxiliar no diagnóstico, porém o tratamento empírico deve ser considerado, a depender da disponibilidade de propeidêutica complementar.

Conclusão: A proctite por clamídia é um importante diagnóstico diferencial da RCUI atualmente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.148>

P-148

TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN



Paula Mendonça Taglietti,
Ranyell Matheus Spencer Sobreira Batista,
Samuel Aguiar Junior, Ademar Lopes,
Thiago Santoro Bezerra,
Paulo Roberto Stevanato Filho,
Renata Mayumi Takahashi

A. C. Camargo Câncer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O tumor de Buschke-Lowenstein (condiloma acuminado gigante) é uma doença rara, com um potencial fatal causado pela infecção do papilomavírus humano (HPV), mas comumente os tipos 6 e 11 e ocasionalmente 16 e 18. Pode se apresentar como uma massa perianal com dor, abscesso, fistula e sangramento anal.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 39 anos, homossexual com sorologia positiva para vírus da imunodeficiência adquirida desde 2005, em uso de retrovirais. Primeira consulta em nosso serviço em 2014, relatou uma ressecção local em 2013, o material media 11,2 x 9,7 x 5 cm. Avaliação microscópica: alterações morfológicas compatíveis com infecção pelo HPV – displasia leve (NIA I) e processo inflamatório abscedado – quadro que corresponde ao tumor de Buschke-Lowenstein. Em 2014, ressecção de condiloma anal gigante e confecção de colostomia em alça e em maio de 2015 nova ressecção higiênica. Optou-se por duas sessões de aplicação intralesional de 5-FU. Início de 2016: podofílina tópica. Agosto de 2016: excisão local ampliada – carcinoma epidermoide *in situ*, associado a múltiplos condilomas com alterações nucleares relacionadas à infecção pelo HPV. Evoluiu sem sinais de recidiva havia oito meses, desde a ressecção alargada de 2016.

Discussão: A incidência do tumor de Buschke-Lowenstein tem aumentado, associado a estados de imunossupressão, particularmente à Aids. Nesses pacientes costuma ser mais agressivo e com alto índice de recidiva. As causas principais de morbidade nessa doença são invasão local e recorrência (com índices em torno de 60%). Apesar de histologia benigna em muitos casos, ocorrem transformações em carcinoma verrucoso e carcinoma escamoso celular com índice de degeneração, variam entre 30-56%. Entre as principais opções de tratamento temos a excisão cirúrgica alargada, radioquimioterapia, quimioterapia intralesional ou tópica, terapia com laser de Co2 e terapia fotodinâmica

Conclusão: Excisão local alargada continua a ser a principal terapia para tumor de Buschke-Lowenstein.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.149>

P-149

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO



André Figueiredo Accetta, Italo Accetta,
Eduardo Cortez Vassallo,
Angélica Freitas da Silva Kneipp,
Fernanda Alonso Rodriguez Fleming

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói,
RJ, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica na América Latina, causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, com incidência média de um a três casos por 100 mil habitantes. O principal órgão acometido é o pulmão, com lesões anais em apenas 1,3 a 2,4% dos casos. Sua patogênese não está claramente estabelecida, pode ser secundária a doença disseminada ou localizada. Demonstramos ocorrência de PCM em canal anal que simula neoplasia, uma apresentação rara, mesmo em áreas endêmicas.

Descrição do caso: Homem, 65 anos, lavrador, aposentado, ex-tabagista e ex-etilista, com história pregressa de PCM pulmonar havia 32 anos, apresentava havia dois dias dor e distensão abdominal, com parada de eliminação de fezes e gases. Relatava também astenia e dispneia havia seis meses. O toque retal evidenciou lesão vegetante estenosante em canal anal, suspeitou-se de neoplasia. Feitas biópsia e sigmoidostomia em alça, com boa evolução pós-operatória. O histopatológico demonstrou PCM e ausência de células neoplásicas. Iniciado tratamento com anfotericina B. Após o tratamento com o antifúngico apresentou melhora das queixas abdominais e anais. Novo exame proctológico evidenciou deformidade anal; hipotonia esfinteriana, com abaulamento em parede retal, porém com mucosa lisa; anoscopia com friabilidade da mucosa, sem lesões vegetantes. Colonoscopia demonstrou estreitamento do canal anal por alterações cicatriciais. Lavado broncoalveolar negativo para BAAR, fungos e células neoplásicas.

Discussão: A manifestação anal da PCM é caracterizada por lesão ulcerada endurecida, afeta frequentemente a hemircunferência. A colonoscopia é variável, pode apresentar manifestação colônica difusa, lesões granulomatosas ulceradas, áreas de estenose e mucosa friável. O diagnóstico diferencial inclui lesões granulomatosas e neoplasia. Devido ao pequeno número de pacientes que apresentam PCM anorretal, não há descrita uma avaliação sistematizada.

Conclusão: A PCM de canal anal é uma apresentação rara dessa doença. Apresenta manifestações exuberantes, porém com boa resposta com terapia antifúngica, pode deixar sequelas com prejuízo à qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.150>

P-150

RELATO DE CASO: LESÃO FISTULIZADA E ULCERADA EM PACIENTE HIV+



Luély Ananda dos Santos Ribeiro,
Ana Bárbara Moreira Delfino,
Maria Cláudia Lima dos Santos,