

P117

RELATO DE CASO: PSORÍASE PALMOPLANTAR APÓS TRATAMENTO COM INFLIXIMABE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN



Anelise Stachewski Russo, Pablo Veloso Martins, Pollyana Ardavicius e Silva, Ronaldo Vieira Filho, Reinaldo Robalinho Filho, Bernardo Roza Altoe, Magaly Gemio Teixeira

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença de Crohn (DC) pode acometer da boca ao anus graças a seu padrão de inflamação. Além das queixas intestinais, pode apresentar manifestações extraintestinais, sendo a psoríase uma das mais comuns dentre as dermatológicas. Entretanto, o aparecimento de lesões psoríasicas pode se tratar de indicação para o uso de infliximabe ou efeito colateral, como é o caso do tipo palmoplantar.

Relato de caso: E.M., sexo masculino, 42 anos, após 5 anos de tratamento com infliximabe apresentou psoríase palmoplantar.

Discussão: Embora o infliximabe seja utilizado para o tratamento das doenças inflamatórias e a psoríase, a manifestação da forma palmoplantar é um efeito colateral importante. Saber identificar as reações adversas ao uso do infliximabe, interromper o uso da medicação ou alterar sua classe ainda permanece como desafio terapêutico.

Conclusão: A psoríase palmoplantar é um raro efeito colateral do uso de infliximabe e houve melhora ou remissão do quadro após interrupção do uso ou troca de anti-TNF. O conhecimento adequado da doença de Crohn e da medicação é fundamental para não haver piora do quadro.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.032>

P118

SÍNDROME DE OVERLAP ENTRE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA E RETOCOLITE ULCERATIVA: UM CASO DE APRESENTAÇÃO PEDIÁTRICA



Bruno Lorenzo Sclaro, Everson Fernando Malluta, Munique Kurtz de Mello, Matheus Copi Kimura, Beatriz Cavalheiro Bonatelli, Claudia Theis, Barbara Tortato Piasecki

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, SC, Brasil

Introdução: A colangite esclerosante primária (CEP) é caracterizada por inflamação, esclerose e obliteração das vias biliares intra-hepáticas e/ou extra-hepáticas. Essa doença é de etiologia desconhecida, com maior prevalência em homens e frequentemente associada à colite ulcerosa. A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal restrita à mucosa colônica, caracterizada por dor abdominal crônica bem como diarreia mucopiosanguinolenta. Já a Síndrome de Overlap é caracterizada pela presença, no mesmo paciente, de

duas ou mais doenças autoimunes, como, por exemplo, a CEP e a RCU.

Relato do caso: Masculino, 11 anos, há 4 anos iniciou com quadro de febres pontuais, icterícia e vômitos biliosos, sendo diagnosticado equivocadamente com hepatite autoimune - quando passou a fazer uso de terapêutica imunossupressora (Prednisona e Azatioprina). Após 3 meses de uso dos medicamentos, evoluiu com quadro de pancreatite aguda, necessitando de hospitalização. Sem melhora do quadro inicial e iniciando com episódios de sangramento retal, tenesmo, diarreia e dor abdominal em cólica foi diagnosticado, através de colonoscopia, com RCU, sendo mantida a conduta prévia. Após 2 anos, iniciou com novo quadro de pancreatite associado à Azatioprina, e ao ser internado, foram realizados exames que levaram ao diagnóstico de colangite esclerosante primária. Optou-se por retirar os imunossupressores, sendo introduzido o Ácido Ursodesoxicólico 150 mg três vezes ao dia e Mesalazina 800 mg duas vezes ao dia. Apesar da troca de medicamentos, não houve melhora do quadro diarreico, o qual evoluiu com presença de intenso sangramento, com frequência de dez vezes ao dia. Encaminhado ao Ambulatório Multidisciplinar de doenças inflamatórias intestinais para acompanhamento multidisciplinar e tratamento com imunobiológico (Infliximabe).

Discussão: Este relato alerta quanto à necessidade de incluir o diagnóstico diferencial de doença inflamatória intestinal na população pediátrica, de forma a promover o diagnóstico precoce e acompanhamento da evolução destes doentes.

Conclusão: Devido à gravidade e raridade da patologia na população pediátrica, faz-se necessário que o médico esteja atento e capacitado para realizar o diagnóstico e o tratamento de escolha.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.033>

P119

TRATAMENTO CIRÚRGICO ASSOCIADO A CERTOLIZUMABE PEGOL EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO



Jacqueline Jessica de Marchi, Jessica Derze, Camila Pereira Muniz, Carla Joana Hugueneq Franco Lobo, Alexsandro Batista da Costa

Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: Fístulas perianais são as manifestações clínicas mais comuns da Doença de Crohn (DC). Esse relato discorre sobre uma paciente portadora de Crohn perianal, que apresentou remissão clínica da doença após uso de Cimzia® (Certolizumabe pegol-CTZ).

Relato do caso: C.P.L.S., 41 anos, sexo feminino, com história de dor ao evacuar associada a mucorréia e hematoquezia desde dez/2016. Procurou nosso serviço em dez/2017 referindo piora do quadro clínico e surgimento de fístulas perianais (PCDAI: 17). Colonoscopia (nov/2017): fístulas perianais, diverticulose colônica. Anatomopatológico de fragmentos de colonoscopia: colite crônica. Calprotectina: 529 mg/dL. Iniciado terapia "step-up" para DC em dez/2017. Realizado

fistulectomia e colocação de sedenho em 23/03/18. Após abordagem, não foi observada melhora clínica (PCDAI: 17), mesmo em vigência de antibioticoterapia e corticoterapia. Enterorressonância magnética (maio/18): impregnação anômala da mucosa do íleo terminal, sem espessamento mural, inferindo atividade inflamatória. Reabordagem da fístula perianal, com curetagem e sedenho, no dia 07/05/18 e prescrito o CTZ. Realizado dose de indução, no dia 22/05/18. Após 3 semanas do início do CTZ, apresentou melhora significativa da fístula (PCDAI: 6) e remissão clínica da doença.

Discussão: O tratamento de fistulas perianais é desafiador, podendo contemplar estratégias cirúrgicas e medicamentosas. O CTZ é um anticorpo monoclonal humano, para uso em tratamento em pacientes com DC.¹ S. Schreiber et al., apresentou como resultado, um índice maior de fechamento de ao menos 50% das fistulas em pacientes que utilizaram o CTZ (73% com a medicação contra 39% do grupo que utilizou o placebo), na semana 26a de acompanhamento.²

Conclusão: O tratamento das fistulas perianais deve ser individualizado de acordo com o paciente. No presente caso, após o uso de CTZ, a paciente apresentou melhora da fístula e remissão da doença, com consequente melhora em qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Schreiber S, Lawrance IC, Thomsen OØ, Hanauer SB, Bloomfield R, Sandborn WJ. Randomised clinical trial: certolizumab pegol for fistulas in Crohn's disease—subgroup results from a placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;33:185–93.
- Sordo-Mejia R, Gaertner WB. Multidisciplinary and evidence-based management of fistulizing perianal Crohn's disease. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2014;5:239–51.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.034>

P12

HAMARTOMA CÍSTICO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DE LITERATURA



Olane Marquez de Oliveira, Mario Nobrega de Araujo Neto, Judith de Almeida Bringsken, Andre David da Silva, Alexandre Gheller, Silvana Marques e Silva, João Batista Tajra

Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Os hamartomas císticos são vestígios embrionários do intestino posterior. Geralmente multiloculados e preenchidos por secreção espessa. São revestidos por epitélio colunar ou de transição.

Descrição: Paciente, mulher, 41 anos, queixa de desconforto ao sentar e endurecimento em região interglútea, solicitado US de região glútea, que evidenciou formação cística volumosa ocupando a fossa isquiorretal e isquianal à direita, além da região présacral, com extensão para a região glútea ipsilateral, sem comunicação com canal raquidiano, deslocando o reto e a vagina contralateralmente, medindo 104 x 87 x

97 mm (378 mL). Lesão com paredes lisas e regulares com conteúdo espesso sugerindo conteúdo hemático/hiperprotéico. Solicitado RM de pelve: grande lesão cística, de contornos lobulados de localização extraperitoneal na região pré-sacral a direita, deslocando o reto inferior para a esquerda, medindo 11,6 x 8,6 x 8,1 cm, contendo finos septos incompletos e estende-se inferiormente pela fossa isquioanal direita, tendo contato com a extremidade medial da musculatura glútea direita. Sem comunicação com o saco tecal. Hipótese de hamartoma cístico. Ao toque retal: preenchimento de fossa isquioanal a direita, com mucosa lisa. Submetida a cirurgia, com acesso pela incisão de Kraske, com exérese de cóccix para ampliação do campo cirúrgico e exérese da lesão. A biopsia: hamartoma cístico.

Discussão: Os hamartomas císticos retrorretais são raros, originadas por vestígios embriológicos do intestino posterior. São mais comuns em mulheres e são assintomáticas. Quando atingem dimensões maiores podem causar efeitos de massa local (sintomas de constipação, sensação de evacuação incompleta, desconforto ao evacuar e proctalgia). A principal complicação é a infecção, com abscessos e fistulas. Chance de malignidade é estimada em 7%. Alterações no sacro e cóccix podem sugerir malignidade. A avaliação é feita pela TC e RM.

Conclusão: Geralmente são lesões císticas bem delimitadas, multilobuladas. A realização de biópsias é controversa, devido ao risco de contaminação e sangramento. O tratamento é cirúrgico. Operação de Kraske reservado para lesões posteriores e operação de York-Mason quando há extensão para a parede retal. A abordagem mais realizada é pela incisão de Parks. Abordagem abdominal (combinada ou não com acesso perineal) é preferida em lesões altas, com características malignas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.035>

P120

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE



Mardem Machado de Souza, Nathália Leite Oliveira Zeitoun, Nathália Gonçalves do Santos, Monique Silva Batista, Wilson José de Barros Júnior

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: A Doença de Crohn caracteriza-se por um processo inflamatório transmural e granulomatoso não caseificante, que atinge todo o tubo digestivo com lesões descontínuas. Pode apresentar complicações como perfuração, sangramentos, megacolon tóxico, estenoses, fistulas.

Relato de caso: C.B.G., masculino, 33 anos, deu entrada no hospital com queixa de dor abdominal em região hipogástrica, em cólica, intermitente, de forte intensidade, associada à diarreia não invasiva, e perda ponderal de 6 kg em 2 meses. Ao exame físico apresentava hipertimpanismo difuso, deslocamento gasoso a palpação e peristalse visível. Em colonoscopia, retite e colite de sigmóide de leve intensidade e dólco cólon. Biópsia de reto e sigmóide evidenciando retite e