

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 (HJUM), 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

colite microerosiva discreta, permeação neutrofílica do epitélio de revestimento glandular e edema de lâmina própria, sem granulomas e fissuras. Zonas estenóticas intestinais delgadas nas porções de transição jejuno ileal e íleo proximal visíveis à RNM. Durante a internação, foi realizada terapia nutricional pré-operatória e ressecção de segmento estenosado com anastomose primária latero-lateral jejuno-ileal. Paciente teve boa evolução pós-operatória, sem complicações.

Discussão: O curso e o prognóstico da doença de Crohn são variáveis e difíceis de prever. A maioria dos pacientes apresenta um fenótipo inflamatório no momento do diagnóstico e, podem evoluir com estenoses e/ou fístulas. O controle da inflamação crônica pode prevenir tais complicações. O uso de imunobiológicos anti-TNF reduz a necessidade de realização de cirurgia, visto que, diminuem o processo inflamatório e suas conseqüentes complicações; no entanto, quando presentes, a intervenção cirúrgica é necessária. O tratamento cirúrgico é a primeira estratégia de resgate em pacientes com doença de Crohn refratária a esteroides ou refratária ao uso de imunomoduladores. A intervenção cirúrgica com ressecção intestinal e anastomose tem sido considerada uma estratégia de apoio nesses pacientes e naqueles que apresentam complicações. A anastomose latero-lateral é a técnica cirúrgica preferida, com diminuição das taxas de deiscência de anastomose e estenoses, entre outras complicações pós-operatórias.

Considerações finais: O tratamento indicado para pacientes com doença de Crohn estenosante é a ressecção intestinal e anastomose latero-lateral.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.036>

P121

TUBERCULOSE EM ÍLEO TERMINAL; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM DOENÇA DE CROHN

Wagner Henrique Daibert Bretones, Lucas de Sena Leme, Daniel de Castilho Silva, Sabryna de Lacerda Werneck, Thiago da Silva Manzione, Carlos Di Tommaso

Hospital da Luz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença inflamatória intestinal é uma das patologias que podem ter como características sintomas tanto intestinais quanto extraintestinais. Sendo assim, é de grande importância o levantamento de todos os diagnósticos diferenciais para tal doença. A tuberculose intestinal é uma doença pouco descrita na literatura, geralmente é uma complicação da doença pulmonar.

Descrição do caso: J.M.S., 45 anos, masculino, diagnosticado com doença de Crohn há 2 anos em uso de mesalazina e prednisona mas com pouca resposta clínica. Há 1 ano apresentava quadro arrastado de tosse seca, associado a febre noturna. Foi realizado pesquisa de BAAR por escarro e broncoscopia, em que ambas foram negativas. Durante a investigação evoluiu com quadro de enterorragia associado a dor abdominal de rápida evolução, sendo solicitado nova colonoscopia. Notou-se úlcera sangrando em pequena monta sendo realizado tratamento endoscópico mas com pouca

resposta clínica sendo necessário laparotomia exploradora. Realizado íleo-tiflectomia, com boa evolução no pós-operatório. Após 15 dias, o resultado da biópsia evidenciou quanto ao aspecto macroscópico lesão ulcerada, transversal, castanho-esverdeada e firme. A microscopia foi observado processo inflamatório crônico granulomatoso, transmural, não necrotizante com pesquisa de BAAR, sendo positiva, compatíveis com microbacteriose. Paciente atualmente está em seguimento clínico com especialidade de infectologia.

Discussão: Com o aumento de pacientes portadores de HIV, houve um aumento da incidência da tuberculose pulmonar, acompanhado por um aumento da incidência de manifestações extrapulmonares que chegam a atingir os 50%. A doença intestinal tem como sítio mais acometido o íleo terminal em decorrência da alta taxa de tecido linfóide. O diagnóstico pré-operatório é muito difícil sendo então necessário o estudo histopatológica e a pesquisa de bacilos álcool-acido resistentes. Os principais diagnósticos diferenciais são: Doença de Crohn e neoplasia de cólon direito. O tratamento clínico na grande maioria, responde favoravelmente, sendo a cirurgia indicada em casos de complicações, como sangramento, perfuração ou obstrução intestinal.

Conclusão: O relato de caso mostra a grande importância e ao mesmo tempo a dificuldade nos diagnósticos diferenciais de pacientes portadores de Doença de Crohn. O tratamento cirúrgico acaba sendo na maioria das vezes optado diante de complicações refratárias ao tratamento clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.037>

P122

USTEQUINUMABE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN MODERADA A GRAVE REFRATÁRIA AO TRATAMENTO ANTI-TNF

Rogério Serafim Parra, Marley Ribeiro Feitosa, Omar Féres, Jose Joaquim Ribeiro da Rocha, Raquel Fernandes Coelho, Rodrigo Saad Rodrigues, Antonio Balestrim

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

Objetivo: Avaliar a eficácia do ustequinumabe na resposta clínica, remissão clínica e bioquímica de pacientes com Doença de Crohn moderada/grave, que tiveram falha à terapia anti-TNF.

Método: Estudo prospectivo aberto, não controlado, realizado de novembro de 2017 a maio de 2018. Os pacientes foram avaliados na indução e até 24 semanas do tratamento. As seguintes variáveis foram analisadas: resposta e remissão clínica (avaliado pelo índice de Harvey Bradshaw), queda dos níveis fecais de calprotectina e dos níveis séricos proteína C reativa.

Resultados: Dezesete pacientes fizeram a dose de indução endovenosa do ustequinumabe. Um paciente teve interrupção do tratamento e foi excluído do estudo por piora da doença, pós duas doses de ustequinumabe. Três fizeram apenas a dose endovenosa de indução e estão aguardando 8 semanas para receberem a primeira dose subcutânea. Desta forma, treze

