

cia maiores reabordagens cirúrgicas e disfunções do assoalho pélvico. A abordagem cirúrgica imediata por um cirurgião coloproctologista pode ser realizada e deve ser aventada a necessidade de desvio de trânsito na mesma ocasião.

**Conclusão:** Lesão obstétrica do complexo esfíncteriano é o principal fator de risco para incontinência fecal, sendo assim é importante sua identificação e correção precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.047>

P131

### FÍSTULA RETO-URETRAL EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO



Gabriel Alcarás de Goes, Bruna Zini de Paula Freitas, Brunno Augusto Jose da Costa, Daniel de Castilho, Danilo Toshio Kanno, Carlos Augusto Real Martinez, Paula Cristina Steffen Novelli

Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, Bragança Paulista, SP, Brasil

**Introdução:** Qualificada como uma doença inflamatória intestinal (DII), a doença de Crohn (DC) caracteriza-se pelo caráter crônico, transmural e recidivante, que pode afetar qualquer porção do trato gastrointestinal, principalmente cólon e intestino delgado. Em sua forma penetrante e perianal, constitui-se um agravante da doença, afetando não só a qualidade de vida do doente, mas como também risco de sepsis perineal e perda da função esfíncteriana anal. As manifestações do Crohn perianal (CP) mais comuns são plicomas inflamatório, fissuras, úlceras, abscessos, fístulas, estenose anal e incontinência anal. A fístula reto-uretral (FUR) é muito rara, geralmente conseqüente a cirurgias prostáticas ou retais, e mais raramente, a outros tipos de trauma, radioterapia e doença de Crohn.

**Relato de caso:** L.A.S., 27 anos, sexo masculino, com diagnóstico de DC pancolônica e de íleo terminal há 2 anos, evoluiu com manifestações perianais e saída de urina via retal. Foi submetido a uretrocistografia, a qual evidenciou suposta fístula reto-uretral. Para confirmação, foi realizado exame proctológico sob anestesia (EPA): identificado vários plicomas inflamatórios e ulcerações na borda anal, e concomitante, foi feito a cistoscopia pela equipe da urologia, que se confirmou um trajeto fistuloso da uretra membranosa para a parede póstero-lateral direita do reto. Diante dos achados, foi optado por antibiótico e corticoterapia na fase aguda da doença, na manutenção o uso de terapia anti-TNF e após, em programação de uretroplastia cirúrgica.

**Discussão:** O Brasil ainda é considerado área de baixa prevalência de DII, mas apresenta aumento significativo da incidência destas doenças. O fato de não representarem entidades de notificação compulsória, somado ao seu difícil diagnóstico, leva a pensar na existência de muitos doentes subdiagnosticados. Com isso, muitos indivíduos mantêm a doença sem controle, favorecendo o aparecimento de complicações, entre elas, as fístulas, que ocorrem em mais de 35% dos pacientes durante a evolução da doença. Em relação às manifestações do CP, a menos comum é RUF, pouco rela-

tada na literatura. Os sintomas são fezes aquosas, fecalúria e pneumatúria, e o diagnóstico pode ser feito através de EPA, cistoscopia, TC com contraste via retal, e uretrocistografia miccional. A terapêutica das RUFs pode ser desde medicamentosa (ATBs, corticoides, terapia anti-TNF) quanto cirúrgica, envolvendo uretroplastia, avanço de retalhos, cola de fibrina.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.048>

P132

### HISTOPLASMOSE DE ACOMETIMENTO COLÔNICO E ANORRETAL EM PACIENTE COM SIDA: RELATO DE CASO



Malú Aeloany Dantas Sarmiento, Hélio Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira, Ayr Nasser Júnior, Valesca de Souza Ueoka Sobreira, Pedro Ivo Calegari, Livia Gomes Carmignolli, Wilmar Araujo Junio, Paula Chrystina Caetano Almeida Leite

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

**Palavras-chave:** Histoplasmoze; AIDS; anátomo-patológico

A histoplasmoze é uma micose invasiva, causada pelo histoplasma *capsulatum*. O quadro clínico varia desde infecções assintomáticas até quadros graves disseminados observados principalmente em pacientes imunossuprimidos. O presente resumo relata um caso de histoplasmoze gastrointestinal em paciente com AIDS. Indivíduo do sexo masculino, 53 anos, garço, residente em goiânia-go, natural de cristópolis-ba, procurou hospital das clínicas, universidade federal de goiás apresentando nodulação endurecida em margem anal com saída de secreção purulenta, associado à astenia, febre diária, linfadenomegalia inguinal, perda ponderal de 5 kg, monilíase oral epigastralgia. Os exames laboratoriais apresentaram sorologia reagente para hiv com ltcd4 de 47 céls e carga viral: 42613 cópias/mm<sup>3</sup>. A endoscopia digestiva evidenciou monilíase esofágica, a biópsia foi positiva para *cândida sp*, retossigmoidoscopia flexível progrediu até transição retossigmoidoide onde encontrou-se lesão estenosante de caráter infiltrativo sendo intransponível, além de úlceras retais de bordos elevados e fundo fibrinoso, e lesão fistulizante perianal às 7h, todas biópsias mostraram estruturas leveduriformes fúngicas de tamanhos variados sugerindo histoplasma *capsulatum*. Tratado itraconazol 200mg/dia e tarv, evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar 40 dias após a admissão. A histoplasmoze gastrointestinal é uma manifestação pouco frequente, que pode ser secundária a histoplasmoze mediastinal ou no início da forma disseminada. As lesões podem ser inicialmente confundidas com doença inflamatória intestinal, sarcoma de kaposi, e neoplasias. A letalidade é elevada nos casos de histoplasmoze disseminada progressiva não tratados. O tratamento com antifúngicos é altamente eficaz, e a taxa de recidiva da doença reduz após a introdução coadjuvante da tarv e elevação da contagem ltcd4 acima da 200 células.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.049>