

P133

LINFOGRANULOMA VENÉREO - UMA PATOLOGIA MIMETIZANTE CLÍNICA E ENDOSCÓPICAMENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO

Miguel Mascarenhas Saraiva, Emanuel Dias, Candida Abreu, Hélder Cardoso, Fernando Magro, Guilherme Macedo

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução: O linfogranuloma venéreo (LGV) é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, serótipos L1, L2 ou L3. Classicamente, apresenta elevada prevalência na África, Ásia e América do Sul, sendo infrequente nos países ocidentais. Recentemente, tem-se verificado um aumento do número de casos de LGV rectal no Ocidente, predominantemente em homens que fazem sexo com homens (HSH). O LGV rectal é o terceiro estadio da doença e apresenta sintomas que podem simular a doença inflamatória intestinal ou carcinoma anorectal: dor rectal, diarreia sanguinolenta e/ou mucosa e tenesmo.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 62 anos, seguido em consulta de Gastroenterologia desde 2015 por colite, presumivelmente colite ulcerosa, medicado com 5-ASA. Concomitantemente, apresentava infecção VIH conhecida desde 2011, tratado com antirretrovirais. Em Maio de 2018 foi avaliado no serviço de Urgência por dejeções sanguinolentas (> 10 por dia), tenesmo, falsas vontades e emagrecimento recente. De referir hemoglobina de 11 g/dL (valor prévio de 13 g/dL), elevação da proteína C reactiva de 72 mg/dL e contagem de linfócitos T CD4+ 632, com carga vírica VIH não detetada. Realizada rectossigmoidoscopia flexível de urgência, evidenciando edema, friabilidade, perda do padrão vascular da mucosa e múltiplas áreas de ulceração, totalizando um mayo subscore de 3. Esta situação clínica foi interpretada como agudização de colite ulcerosa, tendo iniciado corticoterapia intravenosa. No estudo microbiológico das fezes foi detetada a presença de *Blastocystis hominis*, tratado com metronidazol. No que concerne à biópsia retal, foi detetada a presença de VCM (imunohistoquímica e PCR fortemente positivo) e efectuado terapêutica antivírica valganciclovir. Adicionalmente, na biópsia retal, foi identificado *Chlamydia trachomatis* por técnica de biologia molecular e histologia compatível com linfogranuloma. Genotipagem subsequente identificou serótipo L2. Neste contexto, foi medicado com doxiciclina durante 21 dias com melhoria significativa.

Conclusão: O LGV é um diagnóstico diferencial a considerar na doença inflamatória intestinal com manifestações de proctite. Um alto índice de suspeição diagnóstica para esta patologia é crucial, especialmente entre HSH, evitando diagnósticos incorretos e introdução de terapêuticas imunossupressoras que podem ser deletérias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.050>



P134

PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL MIMETIZANDO CÂNCER DE CÓLON: RELATO DE CASO

Gabriella Oliveira Lima, Suyanne Thyerine da Silva Lopes, Matheus Duarte Massahud, Pedro José Guimarães Cardoso, Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer, Fernando José Campos Lavall Junior, Ilson Geraldo da Silva

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica, endêmica em países da América Latina, causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Predomina em homens (90%) entre 30 e 50 anos e está relacionado à área rural. A contaminação ocorre por via inalatória e acomete principalmente os sistemas respiratório, tegumentar e linfático, sendo os pulmões e vias aéreas superiores os locais mais comumente afetados. O comprometimento intestinal é raro.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 69 anos, que laborou por muitos anos em madeiras do Sul do Brasil. Procurou serviço médico devido emagrecimento, sendo submetido a colonoscopia que revelou lesão vegetante com ulceração central e endurecida, realizadas biópsias definidas como inflamatórias apesar da revisão de lâmina. Diante de uma tosse crônica em piora, o paciente foi encaminhado ao pneumologista e otorrinolaringologista além da propedêutica abdominal. Foi realizado drenagem maxilar e biópsias que diagnosticam a PCM. Nas tomografias também foram evidenciadas doença pulmonar e hepática. Realizado tratamento medicamentoso durante 3 meses com melhora do quadro clínico. Submetido a nova colonoscopia após 6 meses não sendo mais evidenciado lesão.

Discussão: A PCM apresenta uma variedade de manifestações clínicas. As principais alterações no trato gastrointestinal são encontradas nos segmentos ricos em tecido linfoide, como íleo terminal, apêndice e cólon direito. O acometimento abdominal pode ser oligo ou assintomático e dificilmente é diagnosticado no exame clínico. Os sintomas digestivos mais comuns são cólicas abdominais, diarreia, vômitos, emagrecimento, massa palpável fixa, dor generalizada à palpação do abdome. Os achados radiográficos são inespecíficos e podem ser confundidos com neoplasia, doenças inflamatórias, doenças granulomatosas e linfoma. O padrão-ouro para o diagnóstico é a identificação do fungo em exame a fresco do escarro ou outro espécime clínico, ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos. O tratamento é de longa duração com o objetivo de controlar os sintomas clínicos e evitar recaídas e deve ser mantido até obtenção dos critérios de cura com base nos parâmetros clínicos, radiológicos e sorológicos.



Conclusão: A PCM nas formas menos usuais é subestimada com frequência, sendo seu reconhecimento essencial para um tratamento adequado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.051>

P135

PERFURAÇÃO COLÔNICA POR ÚLCERA ESTERCORAL NO MEGACÓLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO



Bruno Augusto Alves Martins^{a,b,c}, Amanda Cristina de Souza^{a,b,c}, Ana Luiza Alves Nicoletti^{a,b,c}, Ana Carolina Gomes Siqueira^{a,b,c}, Jéssica Danicki Prado Fernandes^{a,b,c}, Letícia Reis Kalume^{a,b,c}, Brunna Cintra de Azevedo^{a,b,c}

^a Hospital Regional de Planaltina, Brasília, DF, Brasil

^b Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, DF, Brasil

^c Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A doença de Chagas (DC) é uma doença infectoparasitária que apresenta uma das maiores taxas de mortalidade no Brasil. O megacólon chagásico (MC) é uma das possíveis manifestações que surge com a progressão da doença e pode cursar com complicações de urgência, como úlcera estercoral em decorrência de atrito por fecaloma.

Descrição do caso: paciente de 69 anos, feminino, portadora de DC com acometimento intestinal, admitida em serviço de urgência com história de 2 semanas de dor e distensão abdominal. Como sintomas associados, relatava constipação, entretanto havia apresentando duas evacuações pastosas nas últimas 24 horas. Ao exame físico, apresentava-se em estado geral ruim, taquicárdica, desidratada, emagrecida, com abdome distendido e doloroso difusamente à palpação. Toque retal evidenciou presença de fezes endurecidas na ampola retal. Rotina radiológica de abdome agudo revelou pneumoperitônio e imagem sugestiva de fecaloma englobando hemiabdomene esquerdo e baixo ventre. Sob a hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo, foi realizada laparotomia exploradora. Ao inventário de cavidade, evidenciaram-se sinais de peritonite purulenta difusa, e sigmoide de dimensões extremamente aumentadas, apresentando ponto de perfuração de aproximadamente 5 mm na borda antimesentérica de sua porção média. Foi efetuada retossigmoidectomia e colostomia à Hartmann. No pós-operatório, paciente evoluiu com pneumonia, apresentando insuficiência respiratória que levou ao óbito cinco dias após a abordagem cirúrgica.

Discussão e conclusão: As complicações mais frequentes do MC é o fecaloma, que também é uma das manifestações das formas graves de constipação intestinal crônica, e o volvo de sigmoide. Os fecalomas ocorrem predominantemente em segmentos anorretais e sigmoideano e, devido à ação mecânica que exercem na parede intestinal com conseqüente isquemia, predispoem o aparecimento de úlceras estercorais, cuja incidência em pacientes com MC é de aproximadamente 3%. Se não identificada e tratada precocemente, a lesão pode evoluir

com perfuração, acarretando complicações graves e com alta taxa de morbimortalidade, como abscessos, peritonite fecal e fistulas, as quais requerem manipulação cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.052>

P136

INVAGINAÇÃO INTESTINAL APÓS COLONOSCOPIA. RELATO DE CASO



Andre Accetta, Italo Accetta, Eduardo Cortez Vassallo, Enrique Moreira Cruz Miranda, Angelica Freitas Silva Kneipp

Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Duque de Caxias, RJ, Brasil

Introdução: Intussuscepção é um quadro o qual um segmento intestinal sofre invaginação ou encurtamento ao adentrar um segmento intestinal mais distal, levando a obstrução e possível isquemia. É uma complicação rara após colonoscopia, com altos índices de morbi-mortalidade.

Relato do caso: Fem, 57, com emagrecimento e anemia há 6 meses. Solicitada colonoscopia, que foi realizada até o íleo, detectando 6 pólipos sésseis, que foram ressecados e uma lesão vegetante, infiltrante no cólon descendente, ocupando 70% da luz, próximo ao ângulo eplênico. Dois dias depois procurou emergência com dor abdominal, parada de eliminação de gases e fezes e vômitos. Estava distendida, hipocorada e desidratada. A lesão tumoral era tocável. Exames revelaram anemia, alcalose metabólica e distúrbios hidroeletrólíticos. Tomografia mostrou invaginação colo-cólica com obstrução. No tratamento cirúrgico foi encontrado invaginação com cabeça na neoplasia, entrando o ligamento gastrocólico e parte do estômago nela. Desfeito infaginação, seguido de colectomia esquerda à Hartmann com linfadenectomia. A evolução foi satisfatória. O histopatológico revelou adenocarcinoma mucinoso, T3N0.

Discussão: Existe diferença entre a população adulta e pediátrica, esta a maioria dos casos. Nas crianças a causa mais frequente é idiopática, enquanto nos adultos geralmente encontra-se um fator causativo como, por exemplo, neoplasias, infecções, complicações cirúrgicas e colonoscópicas, esta com poucos relatos. O caso exposto possuía a neoplasia como fator principal, mas acreditamos que o hiperperistaltismo secundário a insulflação e desinsulflação, as manobras da retificação, além de edema pós polipectomias podem ter sido fatores precipitantes. A tomografia é o principal meio diagnóstico. A ressecção cirúrgica é recomendada em casos de neoplasia.

Conclusão: A intussuscepção é um quadro incomum e raríssimo após colonoscopia. Possui elevada morbi-mortalidade e pode ser potencialmente fatal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.053>