

precoce. Ao diagnóstico, tratar cirurgicamente, sempre que possível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.107>

P186

TRATAMENTO DE PROLAPSO RETAL EM PACIENTE PORTADOR DE MIELOMENINGOCELE

Eduardo Endo, Henrique Luckow Invitti, Rafael Augusto Ioris, Rodnei Bertazzi Sampietro, Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira, Sérgio Brenner, Rubens Valarini

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Prolapso retal é a exteriorização do reto através do orifício anal. Está associado a condições que aumentem a pressão intra-abdominal, transtornos anatômicos ou funcionais do assoalho pélvico e até mesmo decorrente de infecções parasitárias intestinais. Além disso, condições neurológicas como trauma pélvico-lombar, síndrome da cauda equina, tumores espinhais, esclerose múltipla e mielomeningocele também estão associadas.

Descrição do caso: Paciente L.E.M., 17 anos, masculino, atendido no ambulatório de coloproctologia do Hospital do Rocio em Campo Largo-PR, com diagnóstico de prolapso retal há 2 anos com exteriorização cada vez mais frequente. Portador de hipertensão arterial sistêmica e mielomeningocele. Cadeirante. Submetido a diversos procedimentos cirúrgicos neurológicos e ortopédicos. Ao exame físico evidenciado prolapso total de reto. Indicado tratamento cirúrgico, optado-se pela técnica de Altemeier. O paciente teve boa evolução e segue acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Mielomeningocele é um defeito da coluna e medula espinhal resultante do fechamento incompleto durante a gestação. O paciente apresenta inversão do reflexo anal, decorrente da preservação funcional do esfíncter interno, ao passo que o externo é completamente disfuncional. Por sua condição, a maioria dos pacientes é acamada, tornando-se constipada cronicamente, agravando ainda mais o quadro. Condições anatômicas como má fixação posterior do reto ao sacro também são agravantes. O diagnóstico do prolapso retal é clínico. Outros exames, como colonoscopia, servem para excluir condições coexistentes. O tratamento não operatório, *biofeedback*, produz apenas alívio temporário e sintomático. O tratamento de escolha é operatório. A técnica escolhida neste caso foi a retossigmoidectomia perineal (Altemeier, 1952), apresentando bom resultado. Na literatura não há trabalhos mostrando estatisticamente a correlação apurada de mielomeningocele e prolapso retal, apesar de conhecida como fator causal. Também não há consenso sobre a melhor técnica cirúrgica.

Conclusão: É importante considerar a hipótese de prolapso em pacientes portadores de mielomeningocele. O tratamento é cirúrgico, sendo abordagem perineal versus abdominal discutível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.108>

P187

TUBERCULOSE PERIANAL: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Anne Caroline Paiva Baldez, Fernanda Mathias Aguiar da Silva, Weverton Queiroz dos Santos, Jaime Coelho Carlos Magno, Ana Luisa de Arêa Leão Alves, Paulo Celso Brackmann Júnior, Alexandre Moreira Valente

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A infecção pelo *M. tuberculosis* é um problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre todos os casos de tuberculose (TB) diagnosticados, apenas 1% corresponde à forma gastrointestinal e, deste, aproximadamente 1% acomete a região perianal. O período prolongado de apresentação da doença e a recidiva, sugerem o diagnóstico. No entanto, lesões da TB perianal, geralmente, não são reconhecidas, retardando o tratamento. Esta geralmente ocorre secundariamente à doença pulmonar e é mais prevalente em homens. O tratamento específico é efetivo, com resolução das lesões.

Descrição do caso: Homem, 49 anos, homossexual, tabagista, com queixa de dor anal e secreção purulenta há 3 meses. Negava coito anal há 6 meses, febre vespertina, tosse, diarreia, tenesmo, muco às evacuações e dor abdominal. Perda ponderal de 12 kg no período. Ao exame físico, observava-se lesão ulcerada em quadrante lateral esquerdo (QLE) com saída de secreção purulenta em grande quantidade e plicoma em QLE. Realizado biópsia e colhido secreção para bacterioscopia com coloração Ziehl-Neelsen. Solicitado sorologia para Vírus da Imunodeficiência Humana, sífilis, herpes, citomegalovírus. Prescrito empiricamente azitromicina, doxaciclina e aciclovir. Laudo histopatológico sugestivo de Doença de Crohn e todas as sorologias negativas. Realizado tomografia computadorizada de tórax com padrão de TB miliar; Derivado proteico purificado (PPD) não reator; pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) positivo na 2ª amostra, sendo então iniciado esquema antituberculoso com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol com duração total de 6 meses. Ao fim do tratamento, paciente apresentou ganho ponderal de 18 kg e remissão total da lesão.

Discussão: A TB perianal é uma apresentação extrapulmonar rara, que mimetiza várias patologias comuns desta região. As lesões perianais apresentam vários diagnósticos diferenciais, porém, estas se mostram com pobre resposta a antibioticoterapia empírica usual. Esse é um fator que contribui para o diagnóstico tardio.

A TB perianal pode se manifestar como uma doença incipiente, sem relato de TB pulmonar prévio ou doença ativa. Deve-se considerar como diagnóstico diferencial a Doença de Crohn, colites ulcerosas, herpes simples, sífilis, Donovanose, neoplasias, entre outras.

Conclusão: O diagnóstico de TB perianal é laborioso devido a semelhança com outras doenças que acometem a região, demandando investigação exaustiva e exclusão do diagnóstico diferencial.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.109>