

P191

TUBERCULOSE PERIANAL - RELATO DE CASO E REVISÃO LITERATURA



Cristiane de Souza Bechara, Marcelo Salomão Bechara, Debora Faria Nascimento, Louise Gracielle de Melo e Costa, Maria Augusta Marques Sampaio de Souza, Lorena Nagme de Oliveira Pinto, Karine Andrade Oliveira Zanini

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: A tuberculose se firmou como um problema de saúde pública mundial há vários anos, e ainda hoje sua incidência alcança índices que não podem ser ignorados, principalmente entre as populações imunossuprimidas. Apesar de ser mais comum em tecidos pulmonares, o bacilo de Koch pode infectar qualquer tecido. A tuberculose extrapulmonar é responsável por 15% dos casos de tuberculose, sendo a manifestação gastrointestinal representada por aproximadamente 1% desse total. Estando no trato gastrointestinal, o bacilo pode infectá-lo em qualquer parte, inclusive na região perianal, apesar de esta localização ser pouco frequente. O presente pôster vem apresentar o relato de caso de um paciente sem evidências prévias de infecção ativa pelo bacilo de Koch, sem imunossupressão, que ainda assim apresentou quadro de tuberculose perianal, algo extremamente raro.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 49 anos, apresenta queixa de dor em queimação na região anal com piora ao evacuar e febre vespertina e noturna ocasionalmente. Refere ainda alteração de hábitos intestinais e perda ponderal de 5 Kg em 5 meses. Ao exame proctológico, apresentava lesão ulcerada, extensa, circunferencial, acometendo toda a região perianal, e coberta por tecido de granulação e fibrina espessa. Foi aventada hipótese diagnóstica de neoplasia maligna do ânus e a lesão foi biopsiada. A histopatologia e imuno-histoquímica foram sugestivas de infecção por bacilo de Koch. As doenças sexualmente transmissíveis foram pesquisadas e descartadas. Paciente vem evoluindo com resposta satisfatória ao tratamento medicamentoso para tuberculose, sem recidivas até o momento.

Discussão: A raridade das manifestações extrapulmonares de tuberculose e a falta de reconhecimento das lesões que cursam com elas fazem com que seu diagnóstico seja tardio, retardando o tratamento específico para a doença. Tuberculose perianal pode se manifestar nas formas ulcerativa, verrucosa, lupóide e miliar, sendo a primeira a forma mais comum, apresentando-se como lesão ulcerada, com bordas bem definidas, com descargas mucopurulentas. Tão logo seja feito o diagnóstico, o tratamento específico para tuberculose deve ser instituído, com boas taxas de cura.

Conclusão: Apesar de raro, a tuberculose perianal deve ser considerada como diagnóstico diferencial de outras causas mais prevalentes como neoplasias, infecções fúngicas, doenças inflamatórias e doenças sexualmente transmissíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.114>

P192

TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN COM EVOLUÇÃO PARA CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS - TRATAMENTO COM PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA: RELATO DE CASO



André Antonio Abissamra^{a,b}, Thiago Maicon Matos de Oliveira Rodrigues^{a,b}, Matheus Carpenedo Frare^{a,b}, Rossini Fernandes Lyria^{a,b}, Henrique Victor Ruani^{a,b}, Felipe Yuki Obata^{a,b}, Muriely Rotta^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: O Tumor de Buschke-Lowenstein (TBL), conhecido também como Condiloma Acuminado Gigante (CAG), é considerado como uma entidade intermediária entre o Condiloma Acuminado e Carcinoma de Células Escamosas (CEC). A incidência do TBL é de 0,1% na população geral, sendo o risco de malignização entre 30% a 56%. O CAG é uma doença sexualmente transmissível causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), principalmente pelos tipos 6 e 11. Clinicamente, apresenta-se como uma massa exofítica perineal em aspecto de couve-flor e de crescimento lento, sendo localmente destrutivo. O tratamento de escolha é cirúrgico. Recomenda-se excisão cirúrgica ampla radical e, para casos de invasão do canal anal e da região perianal, a amputação abdominoperineal.

A taxa de recorrência, após o tratamento, é em torno de 66% e a mortalidade de aproximadamente 20%.

Descrição do caso: Homem, 43 anos, solteiro, com queixa de aparecimento de lesão perianal há cerca de 2 anos. Informa ser diabético; portador do vírus da imunodeficiência humana, em tratamento regular com TARV; usuário de drogas e vida sexual promíscua. Ao exame proctológico; identificada lesão vegetante, verrucosa e coalescente de 15 x 10 cm, de coloração rósea com pontos de necrose.

Foi optado, inicialmente, por tratamento cirúrgico, sendo realizada biópsia excisional com preservação esfincetariana.

Discussão: Neste relato de caso, constatamos que o CAG pode evoluir para malignização, conforme relatos da literatura, visto que o padrão histológico da peça cirúrgica foi o CEC. Diante da proximidade do TBL com o esfíncter anal, optamos por opções terapêuticas combinadas, que são bem descritas na literatura. Inicialmente, ressecamos boa parte da lesão, preservando-se o aparelho esfinteriano, deixando uma “ponte cutâneo-mucosa” no ânus. Após resultado do anatomopatológico, que evidenciou exérese com margens livres, porém exíguas, fizemos o seguimento do tratamento com substância imunomoduladora tópica e radioterapia.

Após 12 meses de tratamento, o paciente encontra-se sem recidivas, e mantém acompanhamento trimestral.

Conclusão: A biópsia excisional permite a identificação precoce de focos de malignização e o tratamento combinado (excisão cirúrgica + radioterapia + imunomodulador) pode per-

mitir bom resultado oncológico e funcional mesmo em casos difíceis.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.115>

P193

ACHADOS DE COLONOSCOPIA DE RASTREIO PARA CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR/BA

Jamille Eller Andrade Batista, Henrique Moura Parreira, André Luiz Santos, Tássia Mendes Franco, Fernanda França Mendonça de Matos, Arthur Rosado de Queiroz, Carlos Ramon Silveira Mendes

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, BA, Brasil

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é uma das patologias malignas mais frequentes no Brasil. Em sua grande maioria, possui progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, o que permite realizar o seu rastreo, aumentar a chance de detecção de lesões pré-malignas precocemente e reduzir o risco de CCR.

Objetivo: Avaliar os achados de colonoscopias de rastreo de CCR na rotina de um serviço de Coloproctologia, e com base nos resultados encontrados, e reafirmar a importância de sua indicação.

Métodos: Foram analisados, de forma retrospectiva, laudos de colonoscopia para reastreamento de CCR de 161 pacientes, em um Centro de Hemorragia Digestiva de um hospital público de Salvador/BA. Foram incluídos no estudo todos os exames com indicação de rastreo de CCR, no período de janeiro de 2017 à dezembro de 2017.

Resultados: Em 62 pacientes (38,5%) o exame foi normal, em contraste com 99 pacientes (61,4%) com alguma alteração à colonoscopia. Houve predominância de mulheres sobre homens, 90% dos exames foram realizados em pacientes com idade acima de 50 anos. Os diagnósticos mais frequentes foram: doença diverticular (N = 44/27.3%), seguido por pólipos (N = 51/31%) e lesão plana de crescimento lateral N = 7 (4.3%). Durante essa análise, apenas 01 paciente foi diagnosticado com câncer colorretal ao exame de rastreo. Outras patologias evidenciadas foram: angiectasias, retocolite ulcerativa, doença hemorroidária e colopatia de hipertensão porta.

Conclusão: Por definição, o exame de rastreo é realizado em pacientes assintomáticos de acordo com protocolos definidos por idade e fatores de risco. No presente estudo, verificamos que 61.4% dos exames de rastreo apresentavam algum tipo de alteração.

Dessa forma, concluímos e verificamos a necessidade de universalização do acesso à população ao exame, tendo necessidade crescente de um programa de rastreamento para detecção precoce de alterações, permitindo reduzir substancialmente a incidência e mortalidade do câncer colorretal e diagnóstico de outras patologias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.116>

P194

APENDICITE PÓS-COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO

Danielle Gobbi Kunz, Paola Stefania Costa Monção Lima, Rodrigo de Almeida Paiva, Fernando Henrique Teodoro Lemos, Sillas Mourão Pinto

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A colonoscopia é um exame para diagnóstico e tratamento de doenças colorretais. Embora seja um procedimento de baixo risco, possui complicações conhecidas, sendo as principais perfuração, sangramento e síndrome pós-polipectomia. Apendicite aguda corresponde a 0,038% das complicações.

Descrição do caso: Paciente, 62 anos, compareceu ao Pronto Atendimento em março/18 com queixa de dor abdominal em FID recente, com náuseas e inapetência, sem melhora após sintomáticos. No dia anterior realizou colonoscopia: até o ceco com polipectomia em reto. Ao exame físico, apresentava desconforto doloroso em FID. Revisão laboratorial da admissão evidenciou leucocitose. Tomografia de abdome identificou fecalito em luz apendicular, com diâmetro do órgão de 14 mm e densificação do tecido adiposo local. Submetida a apendicectomia videolaparoscópica, o paciente evoluiu com dor abdominal em cólica difusa e constipação, com melhora após analgesia e dieta laxativa. Alta no 4º dia pós-operatório. O estudo histopatológico evidenciou processo inflamatório agudo com infiltrado difuso de neutrófilos e exsudato fibrino-purulento em serosa, compatível com apendicite aguda em concordância com hipótese diagnóstica.

Discussão: No presente caso, a persistência da dor após antiespasmódicos e a leucocitose motivaram a solicitação do exame de imagem complementar. Apesar de a dor abdominal pós colonoscopia ser frequentemente causada por retenção gasosa e espasmo colônico, atenção deve ser dada às possíveis complicações do exame. Os mecanismos sugeridos para tal afecção seriam apendicite subclínica previamente ao exame, alongamento do apêndice provocado pelo aumento da pressão intraluminal, deslocamento de conteúdo intestinal ou fecalito para dentro do apêndice, inflamação apendicular devido a intubação direta do apêndice e injúria da mucosa próxima ao óstio apendicular com edema local. No caso em discussão, considerando-se que o exame não teve tempo prolongado, nem ressecção de lesão cecal, a hipótese mais provável seria o deslocamento de um fecalito ou, até mesmo, coincidência sem relação causal comprovada. Dentro do nosso serviço, em um universo de mais de 10 mil exames realizados, este foi o primeiro caso relatado de apendicite pós colonoscopia.

Conclusão: Apesar de rara, a apendicite deve ser incluída entre os possíveis diagnósticos diferenciais de dor abdominal após colonoscopia. O reconhecimento e abordagem precoces podem evitar complicações e melhorar seu desfecho e prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.117>

