

mia. Observou-se estenose ileocólica em 23 exames, sendo 16 por doença ativa e sete de aspecto cicatricial. Foi realizada dilatação com balão hidrostático em um paciente com estenose ileocólica cicatricial, sem intercorrências. Não houve casos de perfuração ou sangramento.

Conclusão: O seguimento colonoscópico das ileocolectomias por DC deve ser realizado de rotina. Em nossa amostra, cerca de 46% dos pacientes estava em remissão endoscópica. Em nossa amostra, diferente de relatos prévios na literatura, a maioria dos pacientes classificados como i3 e i4 conseguiram ser manejados clinicamente, com baixa taxa de cirurgia no seguimento (cerca de 5%).

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.201>

P58

INFECÇÃO PRIMÁRIA PELO VÍRUS VARICELA ZOSTER EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN



Mardem Machado de Souza, Nathália Leite Oliveira Zeitoun, Caroline Azevedo Brim, Paola Patricia Knippelber Escobar, Karla Renata Ayumi Kato, Julia Bedôr Jardim Bastos de Paula Cavalcante, Nicolle Gabrielle Hernandez Seraphim

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM),
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT),
Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico que pode acometer todo trato gastrointestinal. Terapias biológicas com anticorpos monoclonais contra o fator de necrose tumoral- α (TNF- α), incluindo infliximabe (IFX) e adalimumabe (ADA) são comuns no manejo da doença, no entanto, seu uso está associado a infecções oportunistas, incluindo infecção pelo vírus varicela zoster (VVZ). Apesar da grande incidência desta associação, estudos não comprovaram significância clínica, deixando incerto se a infecção está relacionada unicamente com o uso da droga ou se é reflexo da severidade da doença de base.

Relato de caso: Mulher, 31 anos, com diagnóstico de DC há 9 anos com ileocolectomia direita por fístula enterocutânea e fístula retovaginal crônica. Atualmente, em uso de Azatioprina 100 mg/dia e ADA 40 mg (iniciado em janeiro de 2018), ciclos quinzenais. Paciente veio ao serviço com queixa de aparecimento de lesões papulares, há 4 semanas, inicialmente localizadas apenas em flanco e dorso à direita, evoluindo com vesículas, úlceras e crostas e disseminação para todo corpo. Nega sintomas sistêmicos e está assintomática da doença de base. Ao exame físico, presença de lesões micropapulares, vesiculares e crostas em face, couro cabeludo, tronco e membros. Além disso, presença de enantema em mucosa oral. Encaminhada à internação hospitalar no HUJM, e suspenso infusões de ADA. Durante internação, iniciado Aciclovir (500 mg 8/8 h IV por 10 dias), com paciente apresentando boa evolução clínica, e mantendo-se assintomática da DC, com melhora das lesões, e ausência de complicações.

Discussão: A manutenção dos anti-TNF tem como importantes efeitos adversos as infecções oportunistas, sejam elas

por bactérias ou vírus, principalmente no que diz respeito aos primeiros anti-TNF (IFX, ADA e etanercepte). Entretanto, são utilizados como opção à resposta incompleta ou ausência de respostas às drogas de base como corticoides e metotrexato. A reativação do VVZ pode ocorrer em casos de imunossupressão, visto que se encontra na forma latente após primo infecção, manifestando-se de forma mais grave nos imunocompetentes do que nas crianças, necessitando, de maior cuidado para evitar progressão da infecção agravada pelo tratamento da doença de base.

Conclusão: A terapia biológica pode apresentar efeitos indesejáveis, dentre elas a imunossupressão, fazendo necessário o acompanhamento médico, a fim de diminuir a morbimortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.202>

P59

INFLAMAÇÃO GASTROINTESTINAL E DERMATOMIOSITE: UM RELATO DE CASO



Francisco de Assis Gonçalves Filho, João Antonio Feriani Nunes, Camilla Ferreira Magalhães, Aline Nunes Amaro, Miguel Cerutti Franciscatto, Thais Andreotti, Adriana Brianez

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
(FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Dermatomiosite (DM) é uma doença sistêmica crônica caracterizada pelo acometimento inflamatório dos músculos e pele. O envolvimento do sistema gastrointestinal geralmente é leve, manifestado por refluxo esofágico, disfagia e dismotilidade. A inflamação da mucosa intestinal manifestada por erosões, úlceras e perfurações é incomum.

Relato do caso: Paciente feminina, 46 anos, apresentou erupções cutâneas associada à fraqueza muscular de cintura escapular e pélvica em 2016. Os achados de eletroneuromiografia e biópsia muscular confirmaram o diagnóstico de miosite. Foi tratada com metilprednisolona endovenosa seguido de prednisona e metotrexato. Após alguns meses, o metotrexato foi substituído por azatioprina devido a alopecia. Em 2017 ocorreu exacerbação da doença sendo indicado terapia com imunoglobulina. Seguiu-se tratamento com hidroxiquina, imunoglobulina e prednisona, com significativa melhora sintomática. No início de 2018 apresentou quadro clínico de diarreia, vômitos, dor e distensão abdominal. Realizado tomografia de abdome que mostrou panenterocolite. Tratada com antibióticos e mesalazina, apresentando melhora parcial do quadro. Após três meses procurou atendimento por perda ponderal de quinze quilos, dor abdominal persistente, diarreia, febre e hematêmese volumosa. Os achados de tomografia de abdômen foram compatíveis com enterite. A gastroduodenoscopia demonstrou múltiplas úlceras hemorrágicas no esôfago inferior, na região justapilórica e bulbar. Retossigmoidoscopia flexível encontrava-se dentro da normalidade. Não realizado colonoscopia pela instabilidade hemodinâmica. Pesquisa para citomegalovírus foi negativa. Paciente evoluiu com sepse abdominal e pneumonia aspirativa não responsiva a medidas e foi a óbito.

Discussão: A inflamação gastrointestinal em adultos com DM não é bem reconhecida e definida. As manifestações descritas na literatura incluem dor abdominal, diarreia e sangramento gastrointestinal associado a alta mortalidade. A distinção entre doença de Crohn torna-se difícil por não haver um critério bem definido. O uso do metotrexato é conhecido por causar ulceração envolvendo a mucosa oral e trato gastrointestinal superior, no entanto, a atribuição de uma lesão gastrointestinal tão extensa ao uso do metotrexato é improvável.

Conclusão: A manifestação gastrointestinal da DM na sua forma grave é rara e com alta taxa de mortalidade. O presente relato tem por objetivo alertar sobre essa manifestação de difícil diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.203>

P61

ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO E MUCOCELE SINCÔNICA EM APÊNDICE

Malú Aeloany Dantas Sarmento, Thales Carvalho de Lima, Tiago Cunha Oliveira, Valesca de Souza Ueoka Sobreira, Hélio Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira

Santa Casa de Misericórdia de Passos, Passos, MG, Brasil

Palavras-chave: Mucoccele; Appendix; Cystadenoma; mucinous

A mucoccele de apêndice é um termo inicialmente descrito por Rokitsky em 1842 e formalmente denominado por Feren em 1876, que define o aumento do apêndice cecal pela produção e acúmulo intraluminal de muco, devido a alterações da camada mucosa e muscular. Em 1940 Woodruff e Mc Donald determinaram a classificação das mucocelas em benignas e malignas. É uma entidade rara e geralmente tem seu diagnóstico feito no período intraoperatório. Paciente do gênero masculino, pardo, 82 anos, deu entrada no Serviço de Coloproctologia com queixa de vários episódios de enterorragia, anemia e inapetência, foi submetido à colonoscopia e evidenciado lesão vegetante em cólon ascendente, realizado biópsias e confirmado adenocarcinoma, seguido protocolo de estadiamento e encaminhado à cirurgia curativa. Durante a inspeção da cavidade, foi encontrado o apêndice cecal de aspecto cístico, bastante aumentado de volume, discretamente aderido ao ceco e base livre de aproximadamente 4 cm, além da lesão cancerosa estenosante em cólon ascendente. Após nova inspeção detalhada da cavidade e não sendo encontrado nenhuma alteração ou sinais de implante de mucina, foi feita a proteção da parede abdominal, e realizado hemicolectomia direita com anastomose íleo-transverso primária mecânica látero-lateral, segundo a técnica padronizada, devido a não existência de infiltração tumoral, linfonodomegalia ou qualquer tipo de comprometimento na base do apêndice. O exame macroscópico, da peça cirúrgica, revelou um apêndice cecal dilatado, medindo $9,5 \times 4$ cm, superfície externa acastanhada, lisa, brilhante, observando-se dilatação cística preenchida por conteúdo brancacento e de aspecto mucóide. A microscopia mostra que se trata de cistoadenoma

mucinoso do apêndice cecal sem evidências de malignidade histológica, além de confirmar Adenocarcinoma invasivo em cólon, sem comprometimento linfonodal. O paciente evoluiu bem na enfermaria sem queixas e sem intercorrência obtendo alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.204>

P62

ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM LESÕES SINCÔNICAS GIGANTES DE CÓLON DESCENDENTE (SUBOCLUSIVA) E RETO MÉDIO, COM LESÃO HEPÁTICA METASTÁTICA ÚNICA

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}, Genaina de Oliveira^{a,b}, Caroline Hirayama^{a,b}

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

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

Relato de caso: Paciente com polipose de cólon e reto, com pelo menos quatro lesões, sendo dois pólipos gigantes, um deles localizado em reto médio, medindo cerca de 7 cm, uma neoplasia subestenosante de transição descendente-sigmóide medindo 6 cm, ocupando de 80% da luz, dificultando a progressão do aparelho, impedindo avaliação endoscópica além do cólon transverso. Havia ainda outros dois pólipos com até 3 cm no segmento avaliado. Tomografias mostraram apenas lesão secundária hepática isolada no segmento III, as lesões descritas e não identificaram outras lesões. Foi realizada mucosectomia de reto, com intenção de preservação do reto. A biópsia da lesão de reto revelou adenoma viloso em reto médio com diâmetro máximo de 8,7 cm, com intenso grau de atipia citoarquitetural com margens cirúrgicas livres. Optou-se pela colectomia total + hepatectomia, após a mucosectomia do reto e confecção da íleo-reto anastomose, considerando a boa condição clínica do paciente, sua idade avançada, o estado do esfíncter anal e a benignidade da lesão do reto, visando a melhor adaptação fisiológica e qualidade de vida do paciente. No intraoperatório foi realizada a palpação do cólon e identificado uma grande lesão neoplásica no cólon transverso próximo ao ângulo hepático, segmento não visualizado na colonoscopia e não revelado pelas tomografias. O anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou que a lesão de cólon transverso (inicialmente oculta) tratava-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante até tecido adiposo pericólico, medindo cerca de 7 cm em seu maior eixo. Além disso, as outras lesões revelaram-se adenomas tubulovilosos (3,3 cm e 4 cm) com intenso grau de atipia, com margens cirúrgicas livres.

Discussão: A remoção de todos ou a maioria dos segmentos do cólon e anastomose do intestino ao reto superior ou cólon sigmóide compreende uma operação mais extensa, permitindo uma anastomose direta. O procedimento deve ser considerado quando a obstrução distal impede avaliação

