

515

**Hamartomas de células de schwann em reto: uma lesão benigna rara**

I.F.C. Amorim, L.A.N. Assis, K.R. Fagundes,  
E.A.W. Silva, L.R. Pelegrinelli, A.F.R. Zago, R.M.  
Etchebehere

Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
(UFTM), Uberaba, MG, Brasil

**Área:** Métodos complementares diagnóstico e terapêutica

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Os hamartomas de células de Schwann de origem mesenquimal foram considerados por muito tempo como schwannomas ou neurofibromas com base em suas características comuns de coloração imuno-histoquímica. O termo hamartoma de células de Schwann (MSCH) foi proposto por Gibson e Hornick em 2009 para descrever um grupo de pólipos neuronais puramente compostos por células de Schwann S-100, em uma tentativa de distinguir de verdadeiros neuromas. Atualmente, acredita-se que o MSCH não tenha associação com nenhum distúrbio hereditário. Aqui, descrevemos um caso de MSCH e discutimos as características morfológicas e imuno-histoquímicas com um diagnóstico diferencial.

**Descrição do caso:** A.J.S, masculino, 71 anos, procurou atendimento no ambulatório de Coloproctologia-HC-UFTM devido quadro de abaulamento em região perianal com episódios de saída de secreção. Exame proctológico evidenciando orifício fistuloso externo as 7 horas distando 1 cm da borda anal e anuscopia com do lesão espreada em reto baixo. Colonoscopia (27/10/2018) que evidenciou: pólipo de 0.5 cm em ceco, pediculado, excisado com pinça de alça; Pólipo de 0.5 cm em ângulo esplênico, excisado com pinça de tração; Pólipo plano, de 1 cm em reto baixo, a 1 cm da borda anal, sendo realizado biópsia incisional com pinça de tração. Anatomopatológico: Pólipo em ângulo esplênico: adenoma tubular com displasia de alto grau; presença de glândulas focalmente pequenas e irregulares. Pólipo em ceco: adenoma tubular com displasia de baixo grau. Pólipo em reto: proliferação fusocelular na lâmina própria sugestivo de hamartoma de células de Schwann da mucosa, confirmado com imuno-histoquímica (S100 positivo/E29 negativo).

**Discussão e Conclusão(ões):** O aumento nas colonoscopias de rotina resultou na identificação de mais pólipos colorretais que foram avaliados em maior detalhe, resultando em um aumento da incidência de hamartomas de células de Schwann como uma entidade separada. A identificação patológica dessas lesões com histomorfologia caracterizou-as como uma entidade única, diferente de outros tumores benignos da bainha nervosa de origem mesenquimal. Um diagnóstico de MSCH deve ser feito após a exclusão de outras lesões que se assemelham à proliferação de células fusiformes e outros tumores neuronais. Os casos são detectados principalmente como pequenos pólipos que variam de 1 a 8 mm (média de 5 mm) e estão predominantemente localizados no cólon retossigmoide. Os pacientes são tipicamente assintomáticos e nenhum dos casos dos pacientes foi associado a uma síndrome hereditária. MSCH é uma lesão rara que



pode ser encontrada acidentalmente durante a colonoscopia de rotina. Embora não haja atualmente nenhuma indicação de que o MSCH esteja relacionado a síndromes ou malignidades hereditárias, é importante que os patologistas o incluam no diagnóstico diferencial para diagnóstico preciso e para prevenir tratamentos agressivos ou desnecessários.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.005>

260

**Paniculite mesentérica: relato de caso**

G.O. Lima, S.T.D.S. Lopes, M.P. Liger, M.L.  
Bicalho, H.A.F. Pinto, M.M.M.M.D.E. Meyer,  
I.G. Silva

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

**Área:** Miscelâneas

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** A paniculite mesentérica é um processo inflamatório progressivo que envolve o tecido adiposo do mesentério. A etiologia é desconhecida, mas como fatores causais tem-se infecção, trauma, cirurgia, isquemia mesentérica e alterações autoimunes. O objetivo é relatar um caso de dor abdominal recorrente com diagnóstico controverso de paniculite mesentérica após investigação.

**Descrição do caso:** Paciente, 34 anos, sexo masculino, queixando dor abdominal. Refere perda ponderal intencional. Iniciou propedêutica após consulta com gastroenterologista que sugeriu uma endoscopia digestiva alta sendo evidenciado gastrite e tratada com omeprazol. Em razão da persistência da dor foi realizado tomografia computadorizada (TC) de abdome que visualizou densificação da gordura da raiz do mesentério com aumento de linfonodos. Foi solicitado ressonância magnética abdominal para melhor estudo, no entanto não foi evidenciado alterações.

**Discussão:** A paniculite mesentérica é mais comum em homens. Constitui-se em 3 estágios de evolução e pode acometer qualquer parte do mesentério, sendo que o mesentério duodenal e o jejunal correspondem de 80 a 90% dos casos. Primeiramente ocorre a lipodistrofia, onde há predomínio da necrose gordurosa do mesentério com inflamação mínima ou mesmo ausente desse tecido. Nessa fase a maioria dos pacientes estão assintomáticos. Segue então a fase da paniculite mesentérica propriamente dita em que a inflamação que antes era mínima ou ausente torna-se crônica e inespecífica, com presença de infiltrado celular. O paciente apresenta sintomas como febre, astenia, náusea, anorexia, perda de peso e dor abdominal intermitente. Por fim, na fase de mesenterite retrátil, há predomínio da fibrose que retrai o mesentério podendo causar fenômenos compressivos levando as raras complicações, como quadros de oclusão e subocclusão intestinal, sendo responsável pela presença de massa abdominal palpável ou até mesmo compressão vascular. A investigação inicial da paniculite mesentérica deve ser realizada por meio da TC, na qual os achados dependem do estágio e do componente predominante. No estágio predominantemente inflamatório geralmente se observa massa heterogênea com



linfonodomegalia envolta por um componente de gordura mesentérica de densidade aumentada em relação a gordura subcutânea e é delimitada por uma pseudocápsula, descrita como sinal do halo. Esses achados desaparecem quando a doença progride para mesenterite retrátil. A ressonância magnética tem papel importante no diagnóstico da mesenterite retrátil já que permite melhor caracterização do tecido. O prognóstico geralmente é bom. Nas formas indolentes não é necessário tratamento específico e nos casos avançados tem sido utilizado corticosteroide e imunossupressor.

**Conclusão:** A paniculite mesentérica é uma afecção rara, porém deve ser considerada em um quadro de abdome agudo recorrente e inespecífico. É indiscutível a importância da definição diagnóstica com os exames de imagem disponíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.006>

517

### Hidradenite x doença de crohn - desafio diagnóstico



B.N. Moreira, A.C. Miranda, D.M.R. de Souza, M.D.B. Franchini, A.U. Marques

Hospital Municipal da Piedade, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Área:** Doenças Inflamatórias Intestinais

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar um caso de lesões perianais e a dificuldade diagnóstica entre hidradenite e doença de Crohn.

**Descrição do caso:** Paciente masculino, JBR, 65 anos, natural do rio de janeiro, deu entrada no Hospital Municipal da Piedade (HMP) em 16/09/2018 com história de lesões perianais, múltiplas fístulas há 8 meses. Paciente com diagnóstico de DII sendo prescrito infliximabe e azatioprina em 20/09/2018 com melhora parcial das lesões. Exame físico: múltiplos orifícios fistulosos com endurecimento de nádega esquerda. RNM pelve (23/11/2018): trajeto fistuloso transesfincteriano posterior, o qual se estende numa extensão estimada em cerca de 8,9 cm. O orifício de saída encontra-se no subcutâneo da região glútea esquerda e o orifício proximal fica a cerca de 2,5 cm da transição anocutânea. Há pequena coleção interesfincteriana posterior associada ao trajeto fistuloso descrito acima. RNM pelve (04/12/2018): trajetos fistulosos perianais complexos. Colonoscopia (24/04/2017): íleo terminal com presença de algumas erosões ovais bordas planas, envolta por enantema e fundo fibroso. Conclusão: ileíte erosiva a esclarecer. Erosões esparsas pelo cólon transversal. Biopsia: cólon ascendente: mucosa colônica apresentando um trecho de erosão, com infiltrado leucocitário mono e polimorfonuclear do corion e edema. Íleo: mucosa ileal com edema focal e acentuada do córion, infiltrado inflamatório mono e polimorfonuclear e congestão. Presença de material fibrino-leucocitário e necrótico. Realizou biópsia de lesões perianais no HMP em 26/04/2019: biópsia excisional de orifícios fistulosos - processo inflamatório crônico.

**Discussão e Conclusão(ões):** Relatamos um caso de um paciente com lesões perianais e múltiplas fístulas onde observamos grande dificuldade no diagnóstico entre DC e HS por

essas duas enfermidades apresentarem sintomatologia muito próximas. Paciente foi orientado a realizar vacinação para meningococo, pneumococo e hepatites para iniciarmos o uso de imunobiológico para obtermos prova terapêutica para o caso. Optamos pelo uso de adalimumabe. Decisão: A Portaria n 48, de 16 de outubro de 2017, tornou pública a decisão de incorporar o adalimumabe para tratamento da HS, no âmbito do SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.007>

774

### Paracoccidiodomicose anal mimetizando neoplasia maligna de ânus



C.L. Alves, M.C.R. Silveira, G.N. Vilar, J.M. Miranda, M.R. Feitosa, R.S. Parra, O. Féres, J.J.R. Rocha

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Área:** Doenças Infecciosas

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Relatar um caso de paracoccidiodomicose anal simulando neoplasia maligna do ânus

**Descrição do caso:** Homem, 56 anos, trabalhador rural. Há três anos, com lesão anal ulcero-vegetante, de crescimento lento e progressivo. Havia feito uso de diversos antibióticos, sem melhora. Referia dor local e hábito intestinal preservado. Ao exame com lesão ulcero-vegetante e infiltrativa, que acometia ânus e corpo perineal, sem sinais de infecção secundária, com acometimento do canal anal. Realizado biópsia da lesão que diagnosticou paracoccidiodomicose. Apresentava ainda radiografia do tórax com infiltrado retículo-nodular em base direita. Feito diagnóstico de paracoccidiodomicose crônica com acometimento pulmonar e cutaneomucoso. Iniciado tratamento com itraconazol, com resolução completa.

**Discussão e Conclusão(ões):** A paracoccidiodomicose é uma doença fúngica endêmica sistêmica causada pelos fungos dimórficos do gênero *Paracoccidiodoides*. A doença humana tem sido atribuída à exposição ao fungo no solo por meio do trabalho agrícola, como no caso apresentado. A forma crônica é mais prevalente entre homens com idade entre 30 e 60 anos. As lesões cutâneas ocorrem por contiguidade, disseminação hematogênica ou, excepcionalmente, por implantação traumática do fungo. As lesões se caracterizam por polimorfismo e se localizam preferencialmente no polo cefálico e áreas periorificiais. A paracoccidiodomicose anal está presente em apenas 1,3 a 2,4% dos pacientes com doença disseminada. Sua patogênese ainda não está clara e há controvérsias se ela é uma lesão secundária ou uma lesão primária. Na topografia anal, pode simular neoplasia maligna, entretanto a biópsia com visualização microscópica de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidiodoides* ou a cultura do fungo a partir de espécimes clínicos pode ajudar na diferenciação. Testes sorológicos podem ser úteis para o diagnóstico e monitoramento da resposta à terapia. Para doença leve a moderada a medicação mais utilizada é o itraconazol. Nos quadros graves