

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 *Paracoccidoides*. 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 *Paracoccidoides* 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

o sugerido é terapia inicial endovenosa com anfotericina B. O tratamento geralmente é continuado até melhora clínico-radiológica e dura em média 9 a 18 meses. Na presença de doença anal ulcero-vegetante, a paracoccidiodomicose deve ser lembrada como diagnóstico diferencial, especialmente em pacientes com história prévia da manipulação do solo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.008>

519

Megacólon aganglionico congênito: relato de caso de diagnóstico tardio de doença de hirschsprung

M.R. Lima, A.A. Abissamra, A.C.S. Nogueira, E.A. Coelho Junior, I.L. Rinaldi

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

Área: Doenças Intestinais funcionais e Doença Diverticular dos cólons

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Este trabalho tem por objetivo relatar o caso de paciente portador de doença de Hirschsprung, submetido a retossigmoidectomia abdominal e enteroanastomose pelo setor de cirurgia geral de um hospital do Oeste Paulista, bem como avaliar os achados semiológicos, a conduta médica e o resultado obtido no tratamento da patologia no caso relatado.

Descrição do caso: P.H.O.D.M., 15 anos, sexo masculino, branco, foi admitido no serviço hospitalar com histórico de constipação crônica desde os 3 anos de idade, nos últimos anos progrediu para incontinência fecal. Através dos exames de Tomografia e Raio X de abdômen foi possível evidenciar a presença de uma dilatação do cólon terminal na região sigmoide. O paciente foi encaminhado para uma cirurgia de retossigmoidectomia e enteroanastomose. No intraoperatório foi identificado a região do megacólon proveniente da falta de células ganglionares nos plexos intermuscular, realizada remoção da porção afetada e posteriormente anastomose intraluminar a 2 cm da borda anal e grampeamento do reto com Contour. Após 10 dias aos cuidados da equipe multidisciplinar, teve boa evolução e recebeu alta hospitalar orientado acompanhamento ambulatorial.

Discussão e Conclusão(ões): A doença de Hirschsprung é uma doença congênita que têm incidência cerca de 1:5000 nascidos vivos, ocorre devido à falta de migração de células da crista neural para o intestino, ocasionando uma ausência do sistema nervoso entérico, responsável pela inervação intrínseca do aparelho gastrointestinal, isso gera um trecho agangliônico no intestino e conseqüentemente perda de motilidade. Os sintomas mais comuns são: Obstipação crônica, distensão abdominal, vômitos e atraso do crescimento. Pode ser classificada em Doença de segmento curto (74%–80% dos casos) limitada ao reto e ao cólon sigmoide, Doença de segmento longo (incidência de 12–22%) onde ocorre a partir do ângulo esplênico do cólon e Aganglionose total do cólon (4%–13% dos casos) que há a ausência de células ganglionares do duodeno se estendendo até o reto. No caso relatado, o paciente se encaixa no caso de Doença de Hirschsprung de segmento

curto, foi diagnosticado de forma tardia, pois o diagnóstico comumente é feito nos primeiros meses de vida. O paciente apresentou diversos episódios de constipação crônica, e também quadro de incontinência fecal, que ocorre devido a uma frequente distensão do canal anal por fecaloma, essa constante pressão sobre o esfíncter interno que mantém-no aberto constantemente, logo, as fezes mais líquidas passam ao redor dessa impactação pelo fecaloma ocasionando a incontinência fecal descrita, trata-se de um sintoma pouco típico nesse tipo de patologia e pouca incidente. Diante disso, conclui-se, que a doença de Hirschsprung é uma patologia pouco frequente porém pode trazer danos irreversíveis à vida do paciente, como, o atraso do crescimento e até mesmo levar ao óbito por enterocolite e sepse. A conduta deve ser cirúrgica, removendo a porção do cólon agangliônico e promovendo a anastomose intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.009>

520

Carcinoma espinocelular perianal em paciente com doença de crohn exposto por tempo prolongado a imunobiológicos

P. Borges da Rocha, M.C. Sartor, A. Baldin Junior, G. Mattioli Nicolletti, A.S. Brenner, N.L. Nobrega, M.C. Savio, M. Deconto Rossoni

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Área: Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar o caso de um paciente com doença de Crohn que desenvolveu carcinoma espinocelular na região perianal em vigência de Ustequinumabe.

Descrição do caso: Masculino, branco, 52 anos, portador de doença de Crohn ileal e colônica com diagnóstico em 1985. Previamente submetido a quatro enterectomias (1985, 1991, 2001 e 2006) por estenoses do delgado e colostomia em alça do sigmoide por estenose do reto. Em uso de Ustequinumabe em monoterapia com bom controle da doença. Utilizou Azatioprina, que foi descontinuada devido a desenvolvimento de múltiplos carcinomas basocelulares na face e membros superiores. Também utilizou Metrotexate e Infliximabe suspenso por tuberculose latente). Em 2018 evoluiu com aparecimento de nódulo perianal pequeno, que foi ressecado. O exame anatomo-patológico evidenciou carcinoma espinocelular pouco diferenciado. Foi optado por suspensão do imunobiológico. Em abril de 2019 a ressonância magnética da pelve demonstrou área de fibrose associada a pequeno trajeto fistuloso interesfínteriano na região posterior direita do canal anal, sem evidência de lesão infiltrativa ou de linfonodomegalias. O paciente está sendo submetido a exames físicos frequentes e não apresenta sinais de recidiva da lesão.

Discussão e Conclusão(ões): Os tumores malignos do canal anal representam 2% dos tumores malignos digestivos, sendo o mais prevalente o carcinoma epidermoide (85%). Alguns fatores de risco possuem forte correlação com o desenvolvi-