

Conclusão: Os divertículos retais são raros, habitualmente assintomáticos, mas devem ser acompanhados já que podem levar a complicações que necessitem de intervenção cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.026>

539

Blefarconjuntivite não infecciosa induzida por anti-tnf em paciente com doença de crohn



A.P. Gonçalves, N.S.F. Queiroz, C.W. Sobrado, C.B.G. Facanali, L.R. Boarini, V.R. Guzela, S.C. Nahas, I. Cecconello

Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar o caso de um paciente com doença de Crohn com reação ocular ao uso de infliximabe.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, tabagista, portadora de doença de Crohn (DC) estenosante e fistulizante, com sintomas intestinais iniciados em 2012 e diagnosticada em 2015, quando foi submetida a colectomia total + ileoretoanastomose + histerectomia + lise de múltiplas aderências e anatomopatológico (AP) revelou colite crônica ulcerada com perfuração, estenose, trajeto fistuloso na parede abdominal e aderências entre alças intestinais, útero e tuba uterina direita. Iniciou infliximabe (IFX) 30 dias após a cirurgia para profilaxia da recorrência. Há cerca de 1 ano, os olhos ficaram hiperemiados, com piora após 4 meses de otimização do IFX, apresentando baixa acuidade visual (AV) e hiperemia progressivas, prurido, fotofobia e dor ao redor de ambos os olhos. As alterações encontradas na avaliação oftalmológica foram: AV de 20/40, córnea com ceratite puntata, edema palpebral 1+, diminuição de cílios, hiperemia conjuntival 2+ difusa e blefarite. Break up time de 2s bilateral. Mácula seca em fundo de olho. Prescrito dexametasona colírio, lubrificante e regence[®]. Após decisão multidisciplinar, optado por suspensão do IFX, com melhora ocular progressiva, porém com piora dos sintomas intestinais: dor abdominal frequente, fezes diarreicas 12x/dia, com sangue eventual. Em julho de 2019 fez retossigmoidoscopia (RTS): mucosa com hiperemia, edema, friabilidade até 12 cm da borda anal e AP: ileíte crônica com infiltrado inflamatório crônico (IIC) com raros neutrófilos e mucosa retal com IIC moderado inespecífico e calprotectina fecal de 605 mg/kg.

Discussão e Conclusão(ões): A DC é uma doença inflamatória intestinal (DII) e pode acometer outros órgãos. O envolvimento ocular como manifestação extra-intestinal (MEI) ocorre em aproximadamente 12% dos casos, sendo mais comum na DC e apresenta-se como uveíte, episclerite, esclerite, conjuntivite folicular e raramente como úlceras marginais da conjuntiva ou palpebral, durante doença ativa ou inativa. Os anti-TNF- α são cada vez mais utilizados para o tratamento de DII e vários eventos adversos têm sido relatados, como: infecção oportunista, malignidade e fenômenos auto-ímmunes

induzido pela droga. Apesar dos anti-TNF- α serem indicados para tratar uveíte, esta reação ocular tem sido descrita como efeito adverso, pois o anti-TNF- α periférico pode aumentar a reatividade das células T e causar inflamação no olho. No presente caso, após a suspensão da terapia, houve resolução progressiva dos sintomas oculares, a despeito da piora dos sintomas intestinais, confirmando tratar-se de reação secundária à droga e não a hipótese de MEI da doença. O diagnóstico diferencial das manifestações oculares na DII representa um desafio clínico, exigindo a exclusão de causas infecciosas e eventos adversos relacionados aos medicamentos, antes de classificarmos estas alterações como MEI da DII. Equipe multidisciplinar é essencial no manejo terapêutico destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.027>

284

Apedangite epiploica: diagnóstico diferencial em abdome agudo inflamatório e estratégias terapêuticas



L.A.N. Assis, Í.F.C. Amorim, E.A.W. Silva, L.R. Pelegrinelli, A.F.R. Zago, N.M.J.W. Silva

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

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Reconhecer a Apedangite Epiploica como diagnóstico diferencial de Abdome Agudo Inflamatório, baseado no caso clínico apresentado, considerando a indicação de conduta clínica e, frente à falha desta, validar a videolaparoscopia como estratégia de tratamento.

Descrição do caso: TLO, 25 anos, há dois dias iniciou quadro de dor em flanco esquerdo, sem melhora com analgésicos comuns e associada à febre baixa. Realizou-se tomografia computadorizada de abdome com achado de borramento da gordura pericólica à esquerda e suspeita de diagnóstica de diverticulite aguda não complicada. Apesar de medicado com analgésicos e antibióticos, não houve melhora clínica após 72 horas de tratamento clínico. Foi então indicada videolaparoscopia, que diagnosticou apêndice epiploico necrosado de 6 cm em cólon descendente, com líquido inflamatório e fibrina pericólica e em fundo de saco. Realizada excisão de apêndice ep e lavagem da cavidade abdominal. Evoluiu bem com alta hospitalar no dia seguinte ao procedimento.

Discussão e Conclusão(ões): A Apedangite Epiploica (AE) é uma entidade clínica rara, de bom prognóstico, resultante da torção ou trombose venosa espontânea de apêndices epiploicos (ou omentais), projeções de gordura da parede antimesentérica dos cólons à cavidade peritoneal. Tais estruturas estão presentes em todo o cólon, e sua inflamação pode mimetizar outras condições inflamatórias, como ileíte terminal, apendicite vermiforme aguda, afecções ginecóbstréticas e diverticulite aguda, esta última de destaque tendo em vista a maior densidade de apêndices epiploicos no cólon esquerdo. O diagnóstico da AE tem sido mais comum devido

a evolução dos métodos de imagem, em especial a Tomografia Computadorizada, porém ainda é descrita como achado intraoperatório em abordagens cirúrgicas por outras hipóteses diagnósticas de abdome agudo inflamatório. Acomete principalmente indivíduos entre a segunda e quinta décadas de vida, sem predominância de sexo. Apresenta-se geralmente com quadro de dor abdominal, especialmente em quadrante inferior esquerdo, com raros sintomas associados (febre baixa, náuseas), estando o paciente habitualmente em bom estado geral. A evolução da AE espontânea é benigna e autolimitada, respondendo a cuidados clínicos com analgésicos e anti-inflamatórios, sem demanda de antibioticoterapia, com resolução dos sintomas em 3 a 14 dias. A abordagem cirúrgica se restringe aos casos de dúvida diagnóstica, indisponibilidade de exames de imagem e ausência de resposta clínica, além da prevenção de recorrências e para tratamento de complicações locais. A via preferencial é a videolaparoscópica, com ligadura e excisão do apêndice inflamado e, assim, abreviação do curso da patologia com procedimento pouco invasivo. Com o caso clínico exposto, discute-se a indicação e, por outro lado, a limitação na conduta não operatória em processos inflamatórios benignos do cólon, como a AE, tendo em vista a acessibilidade e facilidade técnica da videolaparoscopia como recurso diagnóstico e terapêutico e sua baixa morbidade.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.028>

540

Tumor estromal gastrointestinal retal recidivante



M.V. Furlanetto, G.F. Furlan, R.B. Sampietro, E. Endo, A.H.B.G. Vieira, H.L. Invitti, R. Valarini, A.S. Brenner

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Neste trabalho descrevemos um caso raro de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) recidivante anorretal.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 62 anos, foi admitido no serviço de coloproctologia de um hospital de referência na cidade de Curitiba - PR, em 2006, com queixa de hematoquezia. Ao toque retal, apresentava nódulo de 2 cm em reto baixo. Optou-se por realizar ressecção transanal do tumor. Após 6 anos assintomático, o paciente apresentou recidiva tumoral local e foi submetido à nova ressecção transanal. Em 2016, houve retorno da lesão, com massa tumoral ao toque. Realizada nova ressecção transanal do tumor. A imuno-histoquímica confirmou GIST, com presença de c-kit e 7 mitoses/campo. Após 2 anos de acompanhamento, foi observado nova recidiva da lesão. Ao toque retal, presença de massa nodular na parede posterior do reto baixo, com cerca de 6,5 cm de diâmetro. Optado por tratamento neoadjuvante com imatinibe (400 mg/dia). Completados os 6 meses da terapia neoadjuvante, o paciente retornou para reavaliação. Ao toque retal palpava-se lesão endurecida com aproximadamente 4 cm,

aderida aos planos profundos e distando 3 cm da borda anal. Ressonância magnética de pelve com massa polipóide no reto e envolvimento da camada muscular profunda, de aproximadamente 3,98 x 1,7 x 3,74 cm, distando 3,28 cm da borda anal, sem acometimento linfonodal. Optado pela ressecção transanal com ileostomia protetora. Atualmente, com 2 meses de pós-operatório, o paciente encontra-se assintomático e com estoma funcionante.

Discussão: A maioria (75%-80%) dos tumores derivados do estroma gastrointestinal (GIST), tem origem das células de Cajal e expressam o protooncogene c-kit. São responsáveis por 0,1-3% de todas as neoplasias malignas do trato gastrointestinal, sendo o reto acometido em 5% dos casos. Os sintomas do GIST retal são semelhantes a outros tumores colorretais. No momento do diagnóstico, cerca de 10%-15% dos pacientes já possuem doença metastática. Um estudo realizado com pacientes diagnosticados com GIST retal concluiu que 77% dos pacientes submetidos a ressecção local ampla tiveram recorrência locorregional, em comparação com 31% dos pacientes submetidos à ressecção radical (ressecção abdominoperineal), porém sem diferença significativa de metástase à distância. Em um caso publicado, foi realizado tratamento neoadjuvante com imatinibe em uma terceira recorrência local de GIST retal e posteriormente realizado a cirurgia definitiva (ressecção transanal). Assim como no presente caso, a neoadjuvância com o imatinibe proporcionou a diminuição tumoral e a possibilidade de ressecção local. Além de evitar a amputação abdomino-perineal e a perda da função esfíncteriana.

Conclusão: O GIST retal é um tumor raro, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial nos tumores colorretais. O tratamento cirúrgico deve ser sempre considerado, porém a terapia neoadjuvante com imatinibe deve ser lembrada a fim de diminuir o tamanho tumoral e a morbidade cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.029>

287

Condiloma anorretal gigante de buschke-lowenstein: abordagem terapêutica em paciente idoso



L.A.N. Assis, Í.F.C. Amorim, E.A.W. Silva, K.R. Fagundes, A.P. Oliveira, L.F. Godoy, F.R. Oliveira, R.C. Silva

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

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

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O condiloma anorretal gigante de Buschke-Lowenstein é uma lesão volumosa, exofítica, em aspecto de couve-flor, cuja morbidade consiste na compressão das estruturas adjacentes, dor, infecção, fístula, sangramento e possibilidade de transformação maligna. É induzido pelo papiloma vírus humano (HPV) e relacionado a estados de comprometimento imune, com infecção por HIV. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica ampla, podendo em casos selecionados ser utilizadas quimio e radioterapia, como terapia