

e extra-colônicas e é mais prevalente na população jovem. Um subtipo de expressão fenotípica mais completa é a Síndrome de Muir-Torre. Essa é definida como o aparecimento de neoplasia sebáceas mais uma malignidade visceral

Descrição do caso Mulher de 52 anos, professora, casada, teve diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito em 1999, aos 33 anos, sendo submetida a colectomia à direita e quimioterapia adjuvante. Em 2008, a paciente retirou um nódulo no nariz, classificado como um carcinoma espinocelular bem diferenciado. Em 2016, paciente apresentou lesão frontal e na asa direita, assintomática e sem sangramento. O resultado imuno-histoquímico da biópsia de pele mostrou um baseloma sebáceo, com margens livres de comprometimento, indicando Síndrome de Muir-Torre. A paciente seguiu assintomática e fazia seguimento colonoscópico anualmente quando em setembro de 2018, foi diagnosticada com novo tumor de cólon descendente. O resultado da biópsia foi adenoma com displasia de alto grau, sendo recomendado realização do painel genético para câncer colorretal. Apresentou mutação no gene MSH2, confirmando hipótese diagnóstica de síndrome de Lynch. Foi proposto para a paciente complementação de colectomia total e panhisterectomia profilática. Evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta no quinto dia.

Discussão e Conclusão(ões) A Síndrome de Lynch e a Síndrome de Muir-Torre são doenças autossômicas dominante raras, sendo as mutações nos genes MLH1 e MSH2 as mais frequentes. Na primeira, o diagnóstico é dado ao se verificar a presença de instabilidade de microssatélites - também presente na segunda -, deficiência na proteína de expressão (MMR-D) dos genes de reparo de DNA ou perda de expressão de MSH2 por deleção do gene EPCAM. Observa-se um aumento no risco de desenvolvimento nos cânceres de endométrio - justificando a pan-histerectomia profilática em mulheres com mais de 40 anos ou prole constituída -, ovário, estômago, sistema hepatobiliar, intestino delgado, rim, ureter, cérebro e glândulas sebáceas. Na segunda, faz-se o diagnóstico caso epitelomas sebáceos, carcinomas sebáceos ou adenomas sebáceos, com esse último sendo o mais comum. Histórico familiar de tumor visceral e queratoacantoma também é considerado critério diagnóstico. A aparência das neoplasias sebáceas normalmente é inespecífica, geralmente se desenvolvendo como um nódulo ou pápula rosa a amarelada. Quanto ao momento da manifestação, um estudo mostrou que em 56% dos casos, as lesões manifestaram-se após o tumor visceral, em 22%, elas surgiram primeiro e em 6%, a evolução foi concomitante.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.056>

312

Transplante de microbiota intestinal na infecção por *Clostridium difficile*

V.D. Longo, T.C. Brum, A. Dal Ponte, R.A. Vitiello, M.A. Dal Ponte, E. Brambilla

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Área Doenças Infecciosas
Categoria Relatos de caso

Forma de Apresentação Pôster

Objetivo(s) O transplante de microbiota intestinal tornou-se terapia para o tratamento de infecção refratária e recorrente por *Clostridium difficile*, porém seu uso em várias patologias está sendo avaliado. Nesse contexto, este trabalho avaliará a indicação dos primeiros casos de transplante de microbiota intestinal no serviço do Hospital Unimed de Caxias do Sul, RS.

Descrição do caso Foram avaliados quatro casos retrospectivamente por meio da pesquisa em prontuários do serviço do Hospital Unimed de Caxias do Sul, RS. As principais variáveis utilizadas na pesquisa foram: infecção por *Clostridium difficile*, infecção por Citomegalovírus, resultado da coprocultura, uso de antibióticos e achados endoscópicos.

Discussão e Conclusão(ões) Os casos relatados trazem à luz a discussão dessa complexa terapêutica e evidenciam que, após falha na antibioticoterapia e em pacientes adequadamente selecionados, a técnica do transplante de microbiota intestinal via colonoscopia pode reverter a sintomatologia da infecção por *Clostridium difficile*.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.057>

825

Linfoma não hodgkin em reto baixo

P.D. Medrado^a, R.C. Fonseca^a, L.B. Silva^a, L.C. Koenow^a, M.Sd.F. Filho^b, P.C.C. Junior^a, L.F.P. Fraga^a, F.L. Paulo^a

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

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

Categoria Relatos de caso

Forma de Apresentação Pôster

Objetivo(s) Linfoma não Hodgkin (LNH) é um tipo de câncer que tem origem nas células do sistema linfático e que se espalha de maneira não ordenada. Existem mais de 20 tipos diferentes de linfoma não-Hodgkin. Como o tecido linfático é encontrado em todo o corpo, o linfoma pode começar em qualquer lugar. Os homens são mais predispostos do que as mulheres.

Descrição do caso Paciente AMB, masculino, 39 anos, com relato de dor em região anal com dificuldade em evacuar, sangramento anal e emagrecimento de 8 kg. Colonoscopia: Reto inferior observamos lesão vegetante de superfície lobulada, recoberta por mucosa lisa, friável, estendendo-se por aproximadamente 5 cm. Anatomopatológico: Amostra constituída exclusivamente por fundo de lesão ulcerada com acentuado infiltrado linfoplasmocitário (processo linfoproliferativo). Não se identifica revestimento epitelial. Necessário exame de imuno-histoquímica por fenotipagem da população linfóide. Imuno-histoquímica: Cortes histológicos revelando densa infiltração por pequenos linfócitos revelando positividade para CD20 e plasmócitos maduros revelando positividade para MUM-1 e restrição de expressão da imunoglobulina de

