

ratoriais e evolução a óbito por choque séptico após 39 dias de internação.

Discussão e Conclusão(ões): A fasciíte necrotizante (FN) é uma doença infecciosa rara, de progressão rápida e potencialmente fatal (mortalidade de 24-34%) devido à possibilidade de evoluir para choque séptico. Comorbidades como DM, imunossupressão e doença renal crônica pioram o prognóstico. A NF é classificada em quatro classes, sendo a maioria dos casos do tipo I, polimicrobiana. Em sua forma fulminante, o paciente encontra-se com graves sinais e sintomas de choque séptico, além de disfunção de múltiplos órgãos. Na dúvida diagnóstica, o score de LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing fasciitis Score) diferencia infecções necrotizantes das não necrotizantes através de parâmetros laboratoriais simples. O manejo da infecção é iniciado com antibióticos de amplo espectro, no entanto drenagem precoce e debridamentos constituem a base do tratamento. Sistemas de curativo a vácuo provaram ser útil no tratamento ao promoverem limpeza da ferida e formação de tecidos de granulação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.181>

676

Tumor neuroendócrino do reto em paciente com retocolite ulcerativa

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

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

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar associação de tumor neuroendócrino com Retocolite Ulcerativa.

Descrição do caso: Feminina, 45 anos, Retocolite Ulcerativa padrão colite esquerda com diagnóstico em 2012, em uso de Mesalazina 3,2g/dia manipulada, com bom controle da doença. Colonoscopia de 01/2018 sem atividade da doença. Ressonância pélvica de 2018 não demonstrava alterações. No início de 2019 passou a apresentar dor anal intensa, hematoquezia e dificuldade de exoneração retal. Colonoscopia de 04/2019 descrevia estenose anal não transponível ao colonoscópio. A paciente foi encaminhada ao Serviço. Retosigmoidoscopia identificou lesão ulcerada e vegetante desde a borda anal até a primeira válvula de Houston, ocupando 75% da luz. Exame histológico evidenciou neoplasia maligna pouco diferenciada, infiltrativa com imuno-histoquímica de carcinoma neuroendócrino do tipo III. A paciente evoluiu com piora da dor anal. Houve avanço rápido da doença com oclusão intestinal. Em maio de 2019 houve necessidade de colostomia de em alça do sigmoide, quando foi evidenciada carcinomatose peritoneal extensa. A paciente iniciou tratamento quimioterápico com cisplatina - ciclos a cada 21 dias. Evoluiu com melhora importante da dor e do estado geral e mantém acompanhamento regular.

Discussão e Conclusão(ões): Os tumores neuroendócrinos (TNE) são raros e representam apenas 0,49% de todos os tumo-

res malignos. Os TNE do reto, de acordo com o Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) (2004), possuem taxa de incidência de 0,86 por 100.000 habitantes, representando 27% do total dos TNE do trato gastrointestinal. Metástases à distância, já ao diagnóstico, são pouco incidentes (1,7% a 8,1%) e, na maioria dos casos, a neoplasia encontra-se localizada. O aparecimento de metástases parece estar relacionado ao tamanho do tumor primário. A única opção de tratamento curativo é a ressecção cirúrgica completa da lesão. Há publicações na literatura sugerindo associação de neoplasia neuroendócrina e doença inflamatória intestinal (DII). Em 1997 Greenstein et al. descreveram série de 11 pacientes com DII com tumores carcinoides e DII, sendo 6 casos associados a Doença de Crohn e 5 a Retocolite Ulcerativa. Nenhuma das lesões era do reto e do canal anal. Em 2016, estudo de Lauranne et al. na Finlândia descreveu 51 casos de TNE em pacientes com DII e sugeriu maior prevalência dessa neoplasia do que na população geral. A fisiopatologia, entretanto, permanece desconhecida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.182>

422

Donovanose perianal - relato de caso

J.P.M.E. Silva^a, A.C.M. Fernandes^a, J.M. Fernandes^b, F.P. Brochado^c, A.M.E. Silva^d

^a Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade das Américas (FAM), São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

^d Hospital Leforte, São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Mostrar a importância da suspeita clínica de Donovanose nas lesões ulceradas peri-anal, principalmente em pacientes cuja biópsia mostram ausência de malignidade.

Descrição do caso: Paciente T.V.P. de 17 anos, estudante, morena, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo - SP, sem antecedentes de doenças pré-existentes, compareceu para consulta de rotina por apresentar lesão ulcerada perianal tendo sido já previamente submetida a tratamento clínico em outro serviço onde realizou biópsia da lesão com resultado de processo inflamatório crônico inespecífico com ausência de malignidade. Informa que os sintomas tiveram início há 6 meses com o aparecimento de um caroço perianal acompanhado de inflamação e sangramento local que persistiram. Referiu ter vida sexual ativa há dois anos com mais de um parceiro. Ao exame proctológico: apresentava duas lesões ulceradas em região da prega anal anterior e posterior, com bordas elevadas, fundo sujo e sangrante ao toque e gânglios infartados na região inguinal direita. Exames laboratoriais normais, incluindo HIV e Sífilis. Por suspeita de DST, foi solicitada nova biópsia da lesão e encaminhada para exame anatomopatológico cujo resultado diagnóstico foi Donovanose Perianal. Pelo fato das lesões serem muito extensas, optou-se pelo tratamento cirúrgico inicial com remoção das lesões ulceradas, seguido de cauterização e tratamento clínico com Doxiciclina



100 mg de 6 em 6 horas, durante 45 dias, com resultando de remissão total das lesões após término da antibioticoterapia. Orientado para continuar em acompanhamento ambulatorial.

Discussão e Conclusão(ões): A Donovanose foi descrita pela primeira vez em 1882 na cidade de Madra na Índia. No ano de 1905, um médico Irlandês chamado Charles Donovan relatou a presença de microrganismos intracelulares em amostra de úlceras, sendo que a doença recebeu esse nome em sua homenagem. Incubação de 3 dias a 6 meses, apresentando uma média de 7 a 30 dias do período de exposição até o surgimento das lesões. Inicia com lesão nodular localizada no subcutâneo, evolui para ulceração com fundo granulomatoso de aspecto vermelho intenso, com borda plana ou hipertrófica e bem delimitada, pode tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante e ser uma lesão isolada ou múltipla. O diagnóstico é laboratorial ou anatomopatológico, observação da presença de corpúsculos de Donovan em esfregaço de amostras de lesões suspeitas ou cortes tissulares corados com Giemsa ou Wright. O tratamento é feito com antibióticos tendo como opção terapêutica a tetraciclina (500 mg por via oral, 4 vezes ao dia) ou doxiciclina (100 mg por via oral, quatro vezes ao dia) ou eritromicina base (500 mg, por via oral, 4 vezes ao dia), até que haja a regressão completa das lesões. Concluímos que em casos de Lesões Ulceradas perianais com patologia negativa para doença maligna, devemos sempre pensar em Donovanose como diagnóstico diferencial, que embora seja uma doença rara de encontrar, ela ainda existe em algumas regiões do Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.183>

425

Colite colagenosa: um diagnóstico a ser considerado



M.A. Dal Ponte, E. Brambilla, A.C. Tregnago, L.H.B.L. Tiago, T.S. Bressan, A. Dal Ponte, G.S. Farina

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

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Avaliar e comparar aspectos clínico-patológicos de pacientes diagnosticados com colite colagenosa.

Descrição do caso: No presente estudo, foram analisados 9 pacientes, todas do sexo feminino com mais de 40 anos, internadas com queixa de diarreia crônica de hospitais da cidade de Caxias do Sul-RS, no período de fevereiro de 2018 a maio de 2019. Após a coleta dos dados clínicos, foram solicitados exames de imagem e laboratoriais, os quais mostraram-se normais. No entanto, ao exame histopatológico, após biópsia de cólon, foram evidenciados padrões como espessamento da membrana basal, com o uso da coloração Picrosirius; raros linfócitos intraepiteliais; ausência de granulomas ou fissuras; pesquisa de parasitas e ovos negativa e ausência de sinais de inflamação crônica.

Discussão e Conclusão(ões): A colite microscópica (CM) é uma doença inflamatória do cólon de etiopatogenia ainda desconhecida que está aumentando, provavelmente, devido ao envelhecimento populacional. Ela se caracteriza por diarreia crônica, não sanguinolenta, com efeitos sistêmicos escassos e exames laboratoriais, radiológicos e endoscópicos habitualmente normais. Dessa forma, o diagnóstico final é essencialmente histológico. A colite colagenosa (CC), previamente considerada rara é um dos subtipos de CM. Na CC ocorre infiltração da lâmina própria do cólon ou íleo terminal por células inflamatórias e linfócitos intra-epiteliais no qual se observa ainda colágeno subepitelial ($> 10 \mu\text{m}$). Embora a etiologia seja desconhecida, têm-se responsabilizado fármacos como anti-inflamatórios, beta-bloqueadores, inibidores da bomba de prótons e inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Entre os fatores de risco, destacam-se a idade avançada, o sexo feminino e o tabagismo. Entre os diagnósticos diferenciais para diarreia não sanguinolenta devemos levar em consideração causas infecciosas causadas por bactérias ou parasitas, distúrbios endócrinos como hipertireoidismo, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e síndrome do cólon irritável. Além do mais, saber sobre o uso de medicações é fator importante para esclarecer o diagnóstico. Conclui-se que a CC é uma doença cada vez mais frequente, especialmente nas faixas etárias avançadas. É importante cogitar esta patologia muitas vezes sub-diagnosticada. Sua confirmação é possível pela realização de biópsias na colonoscopia, com posterior avaliação histopatológica com descrição das características patognomônicas da doença. Ainda não existem biomarcadores que possam auxiliar no diagnóstico. Mesmo com a mucosa normal macroscopicamente, deve-se informar o médico patologista sobre a hipótese diagnóstica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.184>

428

Retocolite ulcerativa, colangite esclerosante primária e neoplasia de vias biliares. qual a relação? Relato de caso



L.C. Lins, M.Ád.F.L. Neto, L.H.A.S. Filho, M.L.R. Moreira, J.C.P. Junior, C.W. Pereira, A.K.Rd. Sousa, M.C.S.M. Ferreira

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Verificar a relação entre a retocolite ulcerativa (RCU), Colangite Esclerosante Primária(CEP) e neoplasia de vias biliares.

Descrição do caso: Paciente masculino, 31 anos, portador de RCU desde 2010. Em 2018 estava em uso de mesalazina 3,2 gramas/dia, azatioprina 2 mg/kg/dia, e adalimumabe 40 mg a cada duas semanas; colonoscopia com atividade ileocolônica e estenose da válvula íleocecal (Mayo 03); calprotectina 90 mcg/g; proteína C reativa não reagente. Em 2019 evoluiu com aumento da calprotectina para 725 mcg/g, cursou com quadro de icterícia de padrão obstrutivo (bilirrubina direta 7,2 mg/dL) e