

tos. Devido acentuação do quadro diarreico em 7 dias com tenesmo e cólicas abdominais intensas, retornou ao hospital. Por apresentar tosse inespecífica, recebeu prescrição de levofloxacino devido suposta pneumonia, embora não tenha sido auscultado (SIC). Após 1 dia da nova medicação buscou nosso serviço, relatando frequência evacuatória superior a 20x/dia, consistência 7 na escala de Bristol e presença de muco nas fezes. Referiu, desde o início do quadro até o momento da consulta, perda de 5 kg. Ex. Físico: hipocorado +/4+, desidratado 2+/4+, ABD: RHA +e aumentados, doloroso à palpação superficial e profunda de FIE. Testes de Blumberg e Rovsing negativos. Foram solicitados laboratoriais específicos incluindo toxina para CD e instituído tratamento empírico com metronidazol 400 mg 8/8 h. Em menos de 48 h os sintomas regrediram e as fezes ficaram normais. Posteriormente recebemos resultado positivo no exame solicitado, confirmando a causa.

Discussão e Conclusão(ões): Pouco se discute sobre os malefícios que a medicina pode causar a quem busca seu serviço. Atualmente, o erro médico configura a terceira causa de morte no mundo. É imprescindível, portanto, que os serviços de saúde discutam a problemática das iatrogenias, situações em que determinada intervenção médica, adequada ou não, traz consequências prejudiciais ao paciente. O caso relatado demonstra como os serviços e profissionais da saúde podem falhar em seu cuidado. Segundo o maior estudo multicêntrico acerca das diarreias nosocomiais, metade das admissões hospitalares de adultos na Inglaterra é em decorrência de diarreia. Destes, somente 35% são testados para infecção por CD. Temos a infecção por CD como causa mais comum encontrada na diarreia hospitalar, sendo os principais fatores de risco o uso de antibióticos e ser idoso, componentes que encontramos em nosso paciente. Em nenhum momento foi levantada a hipótese de infecção pela bactéria em questão, envolvendo o paciente em uma cascata de iatrogenias. A falta de conhecimento sobre o manejo e diagnóstico diferencial das diarreias infecciosas por parte dos médicos não especialistas, bem como não considerá-la como um sintoma significativo, culmina em investigações desnecessárias, atraso no tratamento adequado e aumento da morbimortalidade do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.196>

699

Colectomia total videolaparoscópica em paciente com polipose adenomatosa familiar acometendo cólon e reto

M.A.A. Nogueira, W.A.T. Sousa, F.L. Vieira, R.F.C. Lima, C.R.S. Bezerra, S.C. Fontenele, A.S.O. Galvão, V.S. Brito

Hospital Getúlio Vargas (HGV), Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, 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 uma paciente com Polipose Adenomatosa Familiar a qual foi submetida a Colectomia Total Videolaparoscópica Discutir a decisão de poupar ou não reto na Polipose Adenomatosa Familiar

Descrição do caso: Mulher, 31 anos, sem comorbidades, com queixa principal de dor em região anal, apresentando diarreia crônica aquosa e desconforto abdominal difuso há aproximadamente 3 meses. Mãe, avô materno e tios maternos diagnosticados com Polipose Adenomatosa Familiar. Realizou colonoscopia que revelou incontáveis pólipos em todo cólon e reto. Histopatológico de produto de polipectomia resultou adenomas tubulares com moderadas atipias, baixo grau. Realizou colectomia total videolaparoscópica e anastomose ileorretal término-terminal com grampeador circular, sem intercorrências. Paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta hospitalar em 6º dia pós-operatório. Programado terapêutica endoscópica para pólipos retais e seguimento ambulatorial.

Discussão e Conclusão(ões): Na paciente descrita optou-se pela preservação retal pois esta possui acesso à terapia endoscópica, fácil acesso ao serviço de coloproctologia e nível intelectual adequado para compreender a necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe. A preservação retal em pacientes com polipose adenomatosa familiar ainda é fonte de discussão, necessitando de orientação adequada do paciente e tomada de decisão conjunta, possibilitando a escolha individualizada para cada caso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.197>

444

Fístula retovaginal recidivada: Relato de caso

M.O.Sd. Freitas, N.S.R. Jardim, T.C.A. Versiani, Md.K.G. Bueno, P.M. Mota, A.A. Correia, J.A.D. Santos

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Área: Doenças Anorretais Benignas

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Por se tratar de uma patologia com manejo complexo, objetiva-se relatar um caso de fístula retovaginal.

Descrição do caso: Paciente, 24 anos, leucoderma, com relato de Bartolinite drenada há um ano, nulípara, com queixa de saída de secreção fétida pelo ânus e vagina também há um ano. Apresentava diagnóstico prévio de fístula retovaginal e histórico de três procedimentos cirúrgicos para correção desta fístula, sem sucesso. Realizou investigação com ressonância magnética de pelve para definição do trajeto fistuloso, neste atendimento, sendo posteriormente submetida a novo procedimento cirúrgico, foi identificado os orifícios, interno e externo com auxílio do estilete flexível e dissecação do trajeto fistuloso com avanço de retalho mucoso do reto após fechamento do orifício interno. Paciente no pós-operatório evoluiu um flegmão em região de glúteo esquerdo sendo prescrito a associação de metronidazol 400 mg 8/8 h e e ciprofloxacino 500 mg 12/12 h por dez dias. Após 30 dias do procedimento cirúrgico, a ferida operatória evoluiu com boa cicatrização e sem recidiva local da fístula



Discussão e Conclusão(ões): As fístulas retovaginais acarretam sintomas significativos e angustiantes para as pacientes, interferindo em sua qualidade de vida, sendo o tratamento muitas vezes desafiador. Algumas mulheres com fístulas após trauma obstétrico podem evoluir com fechamento espontâneo, em um período de seis a nove meses. No entanto, as que evoluem para correção cirúrgica, devem ser considerados na escolha da abordagem, o número e tipo de reparos anteriores, integridade do esfíncter, bem como fatores de risco da paciente. 1,2 Os avanços de retalhos estão associados a altas taxas de recorrência, provavelmente devido a falha técnica com volume inadequado de tecido bem vascularizado. A reconstrução através de interposição de tecidos autólogos, como retalho de Martius e retalho de grácil, por exemplo, parece mais promissora por introduzir tecidos vascularizados e saudáveis, cria melhores condições para cicatrização local e correção do defeito.2.

Conclusão: As fístulas retovaginais são difíceis de manejar, e o nível de evidência das abordagens cirúrgicas consiste basicamente em estudos de casos, sendo a taxa de falha e a taxa de recorrência elevadas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.198>

445

Apresentação atípica de neurotuberculose em paciente portadora de doença de crohn em uso de imunobiológico

B.T. Piasecki, B.L. Scolaro, E.F. Malluta, M.K. Mello, M.C. Kimura, C.G. Miranda, O.W. Muniz, B. Wiese

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, SC, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar um caso de apresentação atípica de uma doença infecciosa em paciente em uso de imunobiológico.

Descrição do caso: Feminina, 53 anos, portadora de Doença de Crohn (DC) há 20 anos, em uso de Infiximabe em dose otimizada de 3 ampolas/mês. Há 3 anos foi diagnosticada com tuberculose intestinal e submetida a tratamento adequado. Neste ano (2019) iniciou com cefaleia holocraniana, com melhora ao uso de sintomáticos, evoluindo com febre vespertina. Devido intensificação progressiva do quadro buscou atendimento em serviço de emergência, onde realizou exames laboratoriais e TC de crânio. Nenhum dos exames apontaram alterações, sendo liberada. Concluindo 1 semana desde o início dos sintomas, evoluiu com quadros leves de confusão mental, retornando ao PA. Foi realizada coleta de LCR, demonstrando alterações que ainda não fechavam diagnóstico. Aos cuidados da UTI iniciou esquema terapêutico para TB e infecção fúngica, permanecendo internada por 40 dias. Nesse período apresentou LCR evidenciando presença do BK, sendo diagnosticada com neurotuberculose e posteriormente indo a óbito.

Discussão e Conclusão(ões): A neurotuberculose é uma doença rara que afeta o parênquima cerebral e apresenta alta morbimortalidade. A apresentação atípica da tuberculose está frequentemente associada a quadros em que encontramos componentes de inibição do sistema imunológico, como em pacientes HIV+ e aqueles que fazem uso de imunossuppressores. Em terapêuticas com drogas anti-TNF, como o Infiximabe por exemplo, observou-se um aumento de até 250% de casos. O TNF α , responsável por uma resposta imunológica adequada pelas células Th1, é suprimido. Assim, os macrófagos apresentam dificuldade em eliminar as micobactérias. Como resultado podemos ter uma reativação da doença, uma vez que pode haver disseminação dos granulomas formados. Portanto, ressaltamos que, frente a um paciente que se encontra em uso de medicamentos imunossuppressores, é necessário levar em consideração as apresentações não somente típicas, mas atípicas das doenças infectocontagiosas. Alertar sobre o desenvolvimento de manifestações atípicas nos pacientes em um de terapia imunobiológica. Para que não haja reativação de uma TB latente devido à instituição de terapia com anti-TNF, é recomendada a realização do teste tuberculínico previamente à introdução da medicação e manter vigilância ativa por germes atípicos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.199>

448

Doença de crohn associada a fístula esôfago cutânea: Relato de caso

N.A.P. Chagas, L.R. Boarini, F.C. Lopes, L.M. Oliveira, B.C.P. Santana, N.B. Maciel, A.D.F. Maia, I.C. Albuquerque

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Descrever um caso de doença de Crohn (DC) associado a fístula esôfago cutânea como primeira manifestação.

Descrição do caso: Feminina, 20 anos, natural e procedente de São Paulo, há seis anos com edema em região cervical com saída de secreção piosalivar. Iniciou com hematoquezia há um ano, acompanhada de emagrecimento, anemia e quadro de fístulas perianais sendo iniciado tratamento medicamentoso com derivado de 5-ASA e prednisona. A endoscopia digestiva alta evidenciou úlcera profunda associado a orifício interno fistuloso à 30 cm da arcada dentária superior, com análiseantomopatológica de acantose de mucosa do esôfago e hiperplasia de células basais. Tomografia de tórax, abdome e pelve com trajeto fistuloso esofagocutâneo e colonoscopia apresentando sinais de retite distal associado a pseudopólipos. Ao exame clínico observou-se orifício em região cervical direita com saída de secreção piosalivar e ao exame proctológico fístulas perianais. Classificação de Montreal A2 L2 + L4 B3. Realizado exame proctológico sob anestesia com curetagem de úlceras circunferenciais anais e perineais e do trajeto fistuloso reto vaginal com colocação de sedenho não cortante. Iniciado terapia com Anti TNF.