

**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 $\alpha$ , 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.

**Discussão e Conclusão(ões):** A DC do TGI alto é a forma menos prevalente havendo poucos estudos nesta área. O diagnóstico é feito em idade mais jovem e normalmente é associado a um padrão B2 (estenosante) com acometimento do cólon simultaneamente (L2). A lesão isolada do esôfago é rara, correspondendo a 0,2%–3%. Neste caso clínico a paciente iniciou com manifestação esofágica exclusiva porém, evoluiu com lesão perianal. A DC perianal pode estar presente em 17–43% dos pacientes com DC e denota pior prognóstico à doença. A introdução precoce de medicamentos biológicos na DC perianal pode mudar sua evolução, inclusive diminuindo a necessidade de futuros procedimentos cirúrgicos. No presente caso clínico a paciente teve o diagnóstico tardio de DC de TGI alto, além de apresentar DC perianal, o que corrobora com um pior prognóstico evolutivo e atraso na introdução da terapia biológica. A doença de Crohn possui diversas formas de apresentações. O estudo amplo e detalhado da doença e suas manifestações é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.200>

450

#### Tratamento cirúrgico de tumor de buschke-lowenstein com retalho cutâneo bilateral e revisão de literatura

N.F. Baqueiro Sena, L.M.G. de Codes, A.O. Trajano, A.L. de Carvalho, Fd.C.R. Fidelis, V.Ld.O. Alves

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

**Área:** Doenças Infecciosas

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que apresentou condiloma gigante perianal de crescimento rápido após transplante renal em terapia imunossupressora, sendo tratada cirurgicamente em um hospital universitário de Salvador/Bahia.

**Descrição do caso:** Paciente de 32 anos, transplantada renal, em uso de medicamentos imunossupressores, admitida com aparecimento de lesão vegetante circunferencial em região perianal, com uso prévio de imiquimod sem resposta. Paciente foi submetida a ressecção completa da lesão e confecção de retalho tipo casa (house flap). No 10º dia pós-operatório, a paciente apresentou deiscência parcial dos pontos entre mucosa anal e pele, evoluindo satisfatoriamente sem estenose anal. Em acompanhamento ambulatorial, notou-se lesões pontuais sugestivas de recidiva de condiloma, que não responderam ao tratamento com ácido tricloroacético, sendo realizada nova ressecção e cauterização.

**Discussão e Conclusão(ões):** O tratamento cirúrgico com excisão completa apresentando margens livres de tumor é considerado padrão-ouro para o tratamento de condiloma gigante, podendo ser utilizadas outras terapias em combinação. Após excisão cirúrgica ampla perianal, há criação de defeitos de tamanhos variados, os quais podem cicatrizar

por segunda intenção ou serem submetidos a reconstrução com a confecção de variados tipos de retalhos. A reconstrução com retalhos garante melhor resultado estético, funcional e recuperação mais rápida, com conseqüente melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Nosso trabalho mostra como o tratamento dos pacientes com TBL costuma ser desafiador. Devido às altas taxas de recidiva, estes pacientes devem ser acompanhados de forma regular a fim de garantir controle local das lesões condilomatosas em fase mais precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.201>

454

#### Tratamento de cisto mesentérico quiloso

P.C. Moreira, L.M. da Fonseca, T.G. Vandaleti, J.J.M. Lima, M.P. Crivelaro

Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC), Indaiatuba, SP, Brasil

**Área:** Ensino em Coloproctologia

**Categoria:** Relatos de caso

**Forma de Apresentação:** Pôster

**Objetivo(s):** Os cistos mesentéricos são tumores intra-abdominais raros. Há um discreto predomínio do sexo feminino, da quarta década de vida e geralmente são assintomáticos, sendo diagnosticados ocasionalmente e quando se está investigando alguma outra patologia. A incidência varia conforme os diferentes trabalhos publicados de 1:20.000 crianças e 1:100.000 adultos. São classificados em linfangiomas ou cistos mesoteliais e podem originar-se de tecidos linfático, vascular, nervoso e conjuntivo. O tratamento consiste em sua retirada cirúrgica e em alguns casos pode ser necessária enterectomia segmentar. O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma paciente portadora de cisto mesentérico volumoso.

**Descrição do caso:** Mulher de 14 anos, relatou que há aproximadamente um ano começou a apresentar quadro de dor abdominal de pequena intensidade em flanco direito e fossa ilíaca direita, sem outros sintomas associados. Há dois meses notou aparecimento de tumoração abdominal pouco dolorosa, móvel, de crescimento progressivo e localizada em flanco direito; há 01 dia apresentou piora importante de dor abdominal associada a episódios de náuseas, vômitos e hiporexia; nega febre. Ultrassonografia abdominal evidenciou formação cística de 10,1 x 9,5 x 7,1 cm com volume de 360 centímetros cúbicos ocupando o flanco direito, sugerindo doença ovariana inicialmente. Tomografia abdominal com contraste mostrou: “massa cística septada no hipocôndrio direito sem planos de clivagem nítidos com fígado, rim direito e cabeça de pâncreas, presença de líquido livre na cavidade peritoneal”. Foi encaminhada para cirurgia. Submetida à laparotomia mediana longitudinal onde foi encontrada grande tumoração cística aderida a terceira porção duodenal, rim direito, ureter direito e veia cava. O cisto foi totalmente retirado sem lesão de sua cápsula. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. O laudo anatomopatológico mostrou “cisto mesotelial benigno mesentérico”.

**Discussão e Conclusão(ões):** Os cistos mesentéricos são tumores abdominais raros. Há cerca de 820 casos publicados

