

ISSN 2359-3083

International Journal of Inflammatory Bowel Disease

Supplement

January–April 2018

Official Publication of the Brazilian Study Group of
Inflammatory Bowel Disease

I CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇA
INFLAMATÓRIA INTESTINAL



Grupo de Estudos da Doença
Inflamatória Intestinal do Brasil

International Journal of Inflammatory Bowel Disease

Official Publication of the Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Disease

ISSN: 2359-3083 • Int J Inflamm Bowel Dis • Volume 4 • Number 1 • January – April 2018

EDITORS

Sender J. Miszputen (SP)

Cyrla Zaltman (RJ)

EDITORIAL BOARD

Basic Science

Aytan Miranda Sipahi (SP)
Eduardo Garcia Vilela (MG)
Heitor Siffert Pereira de Souza (RJ)
Henrique Fillmam (RS)

Clinical

Anderson Omar Mourão Cintra Damiano (SP)
Andrea Vieira (SP)
Carlos F. Magalhães Francesconi (RS)
Genoile Oliveira Santana (BA)
Julio Maria Fonseca Chebli (MG)
Marco Antônio Zerôncio (RN)

Surgery

André da Luz Moreira (RJ)
Antonio Lacerda Filho (MG)
Cláudio Saddy Rodrigues Coy (SP)
Harry Kleinubing Júnior (SC)
Magaly Gemio Teixeira (SP)
Paulo Gustavo Kotze (PR)

Pediatrics

Maraci Rodrigues (SP)
Vera Sdepanian (SP)

Pathology

Henrich Seidler (DF)
Kalil Madi (RJ)
Roberto El Ibrahim (SP)

Clinical Challenges/Images in GI

Eloá Marussi Morsolotto (PR)
Fabio Vieira Teixeira (SP)

Selected Summaries, Thesis

Flávio Antonio Quilici (SP)
Maria de Lourdes de Abreu Ferrari (MG)

Advisory Board

Angelita Hbr Gama (SP)
Carlos A. Antunes de Brito (PE)
Carlos Walter Sobrado Junior (SP)
Cláudio Fiocchi (USA)
Columbano Junqueira Neto (DF)
Cristina Flores (RS)
Cyrla Zaltman (RJ)
Didia Herminia Bismara Cury (MS)
Eduardo Lopes Pontes (RJ)
Eloá Marussi Morsolotto (PR)
Fábio Guilherme C. M. de Campos (SP)
Flavio Steinwurtz (SP)
Heda M. Barska dos Santos Amarante (PR)
João Gomes Netinho (SP)
Joffre Rezende Filho (GO)
José Carlos Borges de Rezende (ES)
José César Junqueira (RJ)
José Eduardo Vasconcelos Fernandes (SP)
José Galvão-Alves (RJ)
José Miguel Luz Parente (PI)
Juliano Coelho Ludvig (SC)
Lígia Yukie Sasaki (SP)
Lorete Maria da Silva Kotze (PR)
Lúcia Libanez Campelo Braga (CE)
Luiz Ernesto de Almeida Troncon (SP)
Marcellus Henrique Loliola P. de Souza (CE)
Marcelo de Souza Cury (MS)
Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono (SP)
Maria Lígia Lypra Pereira (SP)

Marta Brenner Machado (RS)
Mauro Bafutto (GO)
Raquel Franco Leal (SP)
Raul Cutait (SP)
Roberto Luiz Kaiser Junior (SP)
Rogério Saad Hossne (SP)
Sender Jankiel Miszputen (SP)
Thiago Nunes Santos (SP)
Wilson Roberto Catapani (SP)
Wilton Schmidt Cardozo (SP)
Yu Kar Ling Koda (SP)

Brief Reports

Neogélia Pereira de Almeida (BA)
Orlando Ambrogini Junior (SP)

Case Reports

Antonio Carlos Moraes (RJ)
Márcia Henriques de Magalhães Costa (RJ)

Viewpoints

Fernando Magro (Portugal)

International Board

Cláudio Fiocchi (USA)
Fernando Magro (Portugal)

Editorial Assistant

Fátima Lombardi (SP)
contato@gediib.org.br

Expediente / Editorial Offices

GEDIB

Grupo de Estudos da Doença Inflamatória
Intestinal do Brasil
Adress: Av. Brigadeiro Faria Lima, 2391 10º andar –
conj. 102 CEP 01452-000
Jardim Paulistano – São Paulo – SP
E-mail: contato@gediib.org.br

Editorial Production

 Atha Comunicação e Editora

Editorial Coordination

Fátima Lombardi
contato@gediib.org.br

All rights reserved

Without prior consent of the editors, you cannot play or store in a retrieval or transmitted support any part of this publication, whether electronic, mechanical, photocopying, recording or by any other method. All comments and opinions published are the sole responsibility of their authors.

The International Journal of Inflammatory Bowel Disease (Scientific Journal of the Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Disease) a quarterly journal is the Official Publication of the Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Disease - GEDIIB. The titles, abstracts and keywords are published in English and Portuguese. The publication follows entirely the international standard of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - Vancouver Convention - and its uniform requirements [<http://www.icmje.org/>]. Submitted papers are sent for double-blind peer review evaluation to decide whether they should be published or not, suggesting improvements, asking the authors for clarification and making recommendations to the Editor-in Chief. The concepts and statements contained in the papers are the sole responsibility of the authors.

The journal welcomes articles for publication to the following sections: **Original Articles, Review Articles, Article Updates, Case Reports, Point of view and Comented Article.**

We ask authors to observe the following instructions for publication.

Cover page: title (concise and informative), in Portuguese and English; full name of each author (without abbreviations) and of the institution (The hierarchical structure should be presented in diminishing order, for example: the university, college, and department to which each person belongs. The names of the institutions and programs should preferably be presented by their full title and in the institution's original language, with numerical and sequential numbers, using superscript Arabic numerals. If there is more than one institutional affiliation, indicate only the most relevant; location of the work or study's execution; name of the corresponding author with their complete address, telephone, and email.

Below the abstract, specify at least three and at most six descriptors that define the subject of the work. The descriptors should be based on DeCS - Descriptors in Health Sciences - available at <http://decs.bvs.br/>, or MeSH (Medical Subject Headings) available at www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html in Portuguese and English versions for each descriptor. Point of view or Comented Articles do not have abstract and keywords.

ORIGINAL ARTICLES

Writing process

Abstract and Keywords: abstract in Portuguese and English with maximum 250 words. For Original Articles, abstracts should be structured (Objective, Methods, Results, and Conclusions), highlighting the most significant results.

Introduction: it should contain the objective of the study and summarize its rationale. It should only show strictly pertinent citations and not include data or conclusions from the work being reported.

Methods: it should clearly describe the selection of individuals who took part in the study (patients or laboratory animals, including controls). Identify age, gender, and other important characteristics of the individuals. The definition and relevance of race or ethnicity are ambiguous. Authors should be particularly careful when using these categories. Identify the methods, apparatus (display the name and address of manufacturer in brackets) and procedures in sufficient detail to enable the reproduction of the results by other researchers. State if the study was approved by the institution's Ethics Committee (the institution with which at least one of the authors is affiliated) and provide their respective identification number. Authors should also note if the Free and Informed Consent Form was signed by all participants.

Results: they should be presented in a logical sequence in the text, tables and figures. There should not be repeated throughout the text all the data in the tables or illustrations, instead, it should be emphasized or summarized only important observations.

Discussion: it should emphasize new and important aspects of the study and the following conclusions. The data presented in the introduction or the results should not be repeated. New hypotheses should be established only when they are clearly justified.

Conclusions: they should be linked to the study's objectives avoiding unqualified ones, not fully substantiated by the data. They should present conclusive argument of detailed supporting data.

REVIEW ARTICLES

For Review Articles the summary should not be structured.

Review articles should be of the current state of the research on a particular topic. All relevant data for the topic should be included in a coherent manner, characterizing the text as a "State of the Art". All articles will be peer reviewed prior to consideration.

Writing process

Narrative reviews: These should be organized in the form of sequential sections, as described below: Title page, abstract, main text, acknowledgments, references, figure captions, tables and figures (300dpi). The abstract should not be structured with no more than 200 words. The review should contain at least 2 figures and tables, and no more than 8. Maximum article length (number of words): 7,500 words excluding references. The article should have fewer than 125 references.

Authors: Individual authors may submit to the journal or by invitation of the Editor (s). Maximum number of authors: 2

SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES:

The systematic reviews and meta-analyses must be with topics of inflammatory bowel disease.

All articles will be peer reviewed prior to consideration. The literature search should be conducted in MEDLINE and EMBASE at minimum. The risk of bias of included studies should be systematically assessed, reported and discussed. The article should contain an abstract of not more than 300 words. The main article should be not more than 3,000 words excluding references, figures and tables. The review should contain at least two and not more than 8 figures or tables and should have fewer than 150 references.

ARTICLE UPDATE

Summary should not be structured.

CASE REPORT

A case report should describe a rare or new aspects of the disease; a new insight into pathogenesis, etiology, diagnosis, or treatment; or a new finding associated with a currently known disease.

Writing process

Title page: All manuscripts must be covered with a title page including the following information:

- Title of the article (within 25 words).
- Every authors' full and complete names, degrees, and institutions.
- Corresponding author's Full name, postal address, e-mail, telephone and fax numbers.
- Up to 3-6 keywords or phrases suitable for use in an index.
- Word count - excluding title page, abstract, references, figures and tables.

Abstract: Within 200 words, briefly state in non-structured style a summary of the text, including background and purpose, methods and subjects, essential results, and principal conclusions.

Introduction: Clearly and briefly describe the study's background and rational objective, with a review of earlier publications. It is recommended that previous studies described be only the most relevant. Avoid an exhaustive review of the literature.

Case report: Clearly describe the subjects and sample size, the experimental procedures and apparatus (manufacturer's name and address) used in the study. In the case of experiments on human or animal subjects, give an account that the methods were regarded as ethically sound. In the event of an original design, the details should be provided. Otherwise, references accompanied by sufficient information for interdisciplinary evaluation will suffice. Do not include discussion in this section. Demonstrate precisely all drugs and chemicals used, including generic names, doses, and routes of administration. Present the essential results in the text in a clear and concise manner. Do not include discussion in this section.

Discussion: Demonstrate the objective reliability of the results as well as the propriety and limitations of the experimental procedures and subjects used. Point out the significance and the limitations of the study, including implications for future research. Describe and evaluate the results with a scientifically critical view, and discuss your findings in the context of other publications, including opposing views. The introduction or the details of the results should not be repeated in this section. Subjective comments can be made only in this section; however, speculation must be identified as such.

Conclusions: Link the conclusions with the objectives of the study, as stated in the introduction.

The length should ordinarily be less than 1,500 words, with no more than a total of

3 tables and figures and 10 references. This can be exceeded only when justified by extensive special studies.

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in this journal publication. Written consents must be retained by the author and copies of the consents or evidence that such consents have been obtained must be provided to the Journal on request.

The presentation of Acknowledgments, Conflict of interest and References are similar to that described to the other sections of the journal.

POINT OF VIEW

Point of view are opinion articles written by a person or a group about a particular topic or issue associated with IBD or GEDIIB -initiated. Viewpoint must be clearly expressed, and demonstrate a thorough and broad understanding of the literature and practices in the field.

Writing process

They are very brief articles with the title that provides the gist of the topic to be discussed. It straight away states the problems and provides a thorough analysis with the help of the illustrations, graphs and tables if necessary. It summarizes the topic with a brief conclusion, citing the references at the end. It is not necessary abstract or keywords. Maximum length of paper (Word count:3000 words).

COMMENTED ARTICLES

Summary should not be structured.

EDITORIALS

Editorials are concise commentaries on a currently published article/issue of the international Journal of Inflammatory Bowel Disease written by a topic expert to provide context, analysis and critique of important articles published in the same issue of International Journal of Inflammatory Bowel disease by invitation of the Editor -in- Chief and associate Editors. Editorial office may approach for any such works and authors must submit it within three weeks from the date of receiving invitation.

Writing process

The maximum length of paper (word count):1999 words, plus 10 references. The maximum number of authors :2

CLINICAL IMAGES

Images

Image submissions should contain no more than three (3) color or black and white images of 300 dpi resolution, submitted as separate TIF files. Images containing patient identifiers will be immediately rejected. Each image must be associated with the text using the letters a, b and c depending on the number of images. Verify if similar images have not appeared in this journal previously.

Writing process

Do not embed images into your text document. Images should be accompanied by a Word document containing a brief description of no more than 200 words. Include callout letters (a, b, c) in your description to relate appropriate text to each image. Submissions must include a full title page showing 1) author names and affiliations, 2) corresponding author contact information, 3) responses to the conflict of interest/ study support, 4) a statement confirming that informed consent was obtained from the patient for the publication of their information and imaging. Please do not include an abstract, references, image captions, or a study highlights section; these will not be published. Titles may be creative but should be sufficiently descriptive.

Acknowledgements: when necessary, briefly thank the people who collaborated intellectually, but whose contributions don't constitute co-authorship, or those who have provided material or technical aid or support. The author should guarantee that these people agree to be recognized in this manner. Financial support for the study and scholarships should be acknowledged in this section (agency and grant number).

Conflicts of interest: they must be reproduced objectively when there are, and when not, present the statement: «The authors declare no conflict of interest in this work».

Declaration of author contribution: should be expressed at the end of the article, with the use of two minimal criteria for authorship: a) active participation in the discussion of results; b) review and approval of the final version of the work.

References: must be strictly in accordance with the instructions found at Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, International Committee of Medical Journal Editors, updated in October 2007. All authors and papers cited in the text must appear in the references and vice versa. The numbering

of the references should be according to the order in which they are first mentioned in the text using Arabic numerals for text and references. Cite all authors up to six; if there are more, cite the first six followed by et al. The titles of journals should be abbreviated according to the list of journals in *Index Medicus*.

Examples:

Journal Articles:

Caetano MBF, Albertoni WM, Caetano EB. Estudo anatómico das inserções distais do tendão extensor longo do polegar. *Acta Ortop Bras*. 2004;12(2):118-24.

Hong-Wan N, Ee-Chon T, Qing-Hang Z. Biomechanical effects of C2-C7 intersegmental stability due to laminectomy with unilateral and bilateral facetectomy. *Spine*. 2004;29(16):1737-45.

Books:

Defino, HLA. *Lesões Traumáticas da coluna vertebral*. São Paulo: Bevilacqua; 2006.

Book Chapters:

Tencer AF. Biomechanics of spinal trauma. In: Cotler JM, Simpson JM, An HS, Silveri CP, editors. *Surgery of spinal trauma*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 61-112.

Dissertations and Theses:

Giglio CA. *Caracterização funcional e histológica de modelos experimentais de estudo do trauma raquimedular [tese]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000.

Journal articles in electronic format:

Author(s). Title of article. Abbreviated title of periodical [support]. Publication date [date accessed with the expression "accessed on:"]; volume (number):pages initial-final [or approximate number of pages]. Electronic address with the expression "Available at:" Pavezi N, Flores D, Perez CB. Proposição de um conjunto de metadados para descrição de arquivos fotográficos considerando a Nobrade e a Sepiades. *Transinf*. [Internet]. 2009 [accessed on 2010 Nov 8];21(3):197-205. Available at: <http://revistas.puc-campinas.edu.br/transinfo/search.php?op=search&query=metadados&limit>

Figures: illustrations (photographs, drawings, graphs, etc.) should be cited as figures and numbered consecutively using Arabic numerals in the order that they are cited for the first time in the text. The figures should be sent in RGB, tif or jpg format, 300 dpi resolution, in a large format together with the originals. Photos will be published in black and white. For color publications, the additional cost will be the author's responsibility.

Please note that it is the authors' responsibility to obtain permission from copyright holders to reproduce figures (or tables) which have been previously published in other places. For all open access values the authors should have permission from copyright holders should they wish to include images that have been published in other places, in non-open access publications. Permission should be indicated in the caption for the figure, and the original source should be included in the list of references. **Tables:** Tables should be numbered in the order they appear in the text using Arabic numerals. Each table should have a title and, if necessary, an explanatory legend. Charts and tables should be sent in their original files (e.g., Excel) and not as images. Tables and charts that take up more than one page should be avoided. Don't use graphic elements, text boxes, or tabs.

Abbreviations and acronyms: they must be preceded by the full name when first cited in the text. All figures and tables should contain its meaning below the figure or table.

Papers should be typed in double spacing, preferably using the word processor Microsoft Word, with 3 cm margins, using Times New Roman font size 12 and should not exceed 20 pages including the cover page, abstracts, text, acknowledgments, references and tables.

Manuscript submission

Every article submission should be submitted electronically in Portuguese and English through the e-mail contato@gediib.org.br. The article should be written in Word format (doc file) with the option of adding documents.

- Responsibility for concepts expressed in the articles are the sole responsibility of the authors.
- The total or partial reproduction of articles is permitted, provided the source is properly mentioned.
- All content of the journal, except where otherwise stated, is under the license *Creative Commons License Attribution-type BY-NC*.

Every study must be sent exclusively to the International Journal of Inflammatory Bowel Disease if in doubt, please send an e-mail to revistagediib@gmail.com

1. COMPOSIÇÃO CORPORAL DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE.....	9
DIEGO JORGE PEREIRA; TATIANA ALMEIDA DE MORAES CAMPOS; ROMÉLIA DE OLIVEIRA SANTOS; ARIANE MAIA COELHO DE ASSIS; AMINA CHAIN DA COSTA; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY	
2. FORÇA DE PRENSÃO MANUAL ASSOCIADA À AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.....	9
JÉSSICA NOGUEIRA PIMENTEL; MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO; SÍLVIA MARIA CUSTÓDIO DAS DÓRES; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY	
3. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NA ADEQUAÇÃO DO IMC EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.....	10
MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO; BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; SÉRGIO GIRÃO BARROSO; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY	
4. MANUTENÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA.....	10
BÁRBARA DE MORAIS BORBA; MURILO MOURA LIMA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
5. CENÁRIO DA DOENÇA DE CROHN PEDIÁTRICA – INTERCORRÊNCIAS GRAVES E DESFECHO FAVORÁVEL COM TERAPIA NUTRICIONAL.....	11
NATASCHA SILVA SANDY; GABRIELA DE SOUZA GOMEZ; LILIAN HELANA POLAK MASSABK; ELIZETE APARECIDA LOMAZI	
6. PAPEL DA ECOGRAFIA ENDOSCÓPICA NA AVALIAÇÃO DA FÍSTULA PERIANAL NA DOENÇA DE CROHN.....	12
RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI	
7. AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS E DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-INFLIXIMABE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN.....	12
LUIS EDUARDO MIANI GOMES; GUILHERME NOGUEIRA; FRANCISCA RAMOS DA SILVA; CLÁUDIO SADDYRODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL	
8. RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM AMBULATÓRIO ESCOLA DE DII SE UTILIZANDO DA INTERDISCIPLINARIDADE.....	13
THAIS DE SOUZA; CLAUDIA THEIS; BEATRIZ CAVALHEIRO BONATELLI; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO	
9. A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO À SAÚDE NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: INTEGRANDO O ENSINO-SERVIÇO.....	13
BRUNO LORENZO SCOLARO; CLAIZA BARRETTA; CLARICE MARIA SPECHT; CRISTINA HENSCHER MATOS; EVERSON FERNANDO MALLUTA; SUELI TEREZINHA BOBATO	
10. A TERAPIA BIOLÓGICA COM ANTI-TNF-α É EFICAZ PARA O TRATAMENTO DA COLITE DE EXCLUSÃO? ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.....	14
PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS; DANILO TOSHIO KANNO; RONALDO PARISSI BUAINAIN; JOSÉ AIRES PEREIRA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ	
11. ABORDAGEM FRENTE A UM MEGALOCOLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCERATIVA.....	15
P.C.C.A. LEITE; V.S. UEOKA; E.N.S. FARIA; H. MOREIRA JÚNIOR; J.P.T. MOREIRA; M.A. JUNIOR	
12. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO.....	15
JOZELDA LEMOS DUARTE; MURILO MOURA LIMA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
13. ANÁLISE DO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO BRASIL.....	16
RENATA DE SÁ BRITO FRÓES; ANTÔNIO JOSÉ DE VASCONCELLOS CARNEIRO; HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA ² ; RONIR RAGGIO LUIZ; JESSICA PRONESTINO MOREIRA; ANA TERESA PUGAS CARVALHO	
14. ANEMIA SEVERA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ COM DOENÇA DE CROHN: UM DESAFIO TERAPÊUTICO.....	16
MURILO MOURA LIMA; BÁRBARA DE MORAIS BORBA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
15. ASPECTOS CLÍNICOS E EVOLUTIVOS DOS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ASSOCIADA ÀS DOENÇAS HEPÁTICA AUTOIMUNES.....	17
HENRIQUE CARVALHO ROCHA; EDUARDO GARCIA VILELA	
16. AVALIAÇÃO DO USO DA CARBOXIMALTOSE FÉRRICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.....	17
BRUNO LIMA RODRIGUES; LUIS EDUARDO MIANI GOMES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY; YCE MARIA ANNICHINO-BIZZACCHI; RAQUEL FRANCO LEAL	
17. BRONQUIECTASIA: MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal DA DOENÇA DE CROHN.....	18
RAQUEL DIAS GRECA; ISADORA ELIAS PEREIRA; MARCELLO IMBRIZI RABELLO	
18. CÂNCER COLORRETAL EM PORTADOR DE COLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À SINDROME DE WILLIAMS- CAMPBELL.....	18
BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; LUCAS DE SENA LEME; BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA; DANIEL DE CASTILHO SILVA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ	
19. CÂNCER DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO.....	19
THIAGO DE SOUZA TELLO; GABRIEL HELENE CAINELLI; MARCEL AROUCA DOMENICONI; RAFAEL IZAR DOMINGUES DA COSTA; DANIEL LUÍS LUPORINI; RAFAEL LUÍS LUPORINI	
20. CERTOLIZUMAB PEGOL FOR INDUCTION OF MUCOSAL HEALING IN CROHN'S DISEASE: A CASE REPORT.....	20
JÚLIO M. F. CHEBLI; LILIANA A. CHEBLI; NAYARA F. T. BRAZ	
21. CERTOLIZUMABE PEGOL COMO PRIMEIRA ESCOLHA NA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA NA DOENÇA DE CROHN: UM RELATO DE CASO.....	20
CRISTINA FLORES; YURI FERRASSO; FERNANDA DE O. A. LIMA; NAYARA F. T. BRAZ	
22. CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA.....	21
ANTÔNIO EXPEDITO SIMÉAO SOUZA; MURILO MOURA LIMA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
23. CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CROHN'S DISEASE: A COHORT OF MIDWEST – BRAZIL.....	21
JOÃO BATISTA TAJRA; DANILLO BRITO; ANA PATRÍCIA DE PAULA; JONAS FINCO; LUCAS PEREIRA	
24. ESTUDO COMPARATIVO DA DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA E SEM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.....	22
JORDANA MENDES RIBEIRO PRADO; JULIANA SILVA MATEUS; RENATA AMARO DO NASCIMENTO SANTOS; ALEXANDRE DA SILVA CAMPOS; MARJORI LEIVA CAMPAROTO	
25. CORRELAÇÃO DE MÉTODOS NA AVALIAÇÃO DE REMISSÃO NA DOENÇA DE CROHN: CALPROTECTINA FECAL, EXAME DE IMAGEM, ENDOSCÓPICO E SINTOMAS CLÍNICOS.....	22
LUANA OLIVEIRA LUZ; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; DÉBORA DOURADO POLI; ANA CAROLINA MAUAD COLI; JULIA FERRAZ FURTADO; FERNANDA NORONHA LUZ	

26. DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM PACIENTE PORTADOR DE RETOCOLITE ULCERATIVA	23
CINTHIA CRISTINE SANTOS FOGAÇA; PATRÍCIA DA SILVA FUCUTA; EDLA POLSINELI BEDIN MASCARIN DO VALE	
27. DESENVOLVIMENTO DE TUBERCULOSE ATIVA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E COM RASTREAMENTO NEGATIVO PRÉVIO À INTRODUÇÃO DE TERAPIA ANTI-TNF	24
LUCIANA BARROS	
28. DOENÇA DE CROHN E GESTAÇÃO - FATORES EMOCIONAIS E DESENVOLVIMENTO FETAL	24
JORDANA MENDES RIBEIRO PRADO; JULIANA SILVA MATEUS; RENATA AMARO DO NASCIMENTO SANTOS; ALEXANDRE DA SILVA CAMPOS; MARJORI LEIVA CAMPAROTO	
29. RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN, PSEUDOPÓLIPOS E LESÃO PSEUDOTUMORAL GIGANTE EM CÓLON ESQUERDO E TRANSVERSO ASSOCIADO AO USO DE TERAPIA BIOLÓGICA	24
V. S. VALERIANO; P. C. C. A. LEITE; N. L. S. DEWULF	
30. DOENÇA DE KIKUCHI-FUGIMOTO ASSOCIADA A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO	25
BRUNA MAYER MATTOS	
31. DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À RCUI NA INFÂNCIA: SÉRIE DE CASOS	25
C.R.N.E LUZ; T.H.O LIMA; M.A.G SAMPAIO; J.E LUZ; E.R.S.N REIS; L.S.N MOUZINHO	
32. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PEDIATRIA COMO MANIFESTAÇÃO DE FATORES PSICOSSOCIAIS	26
PEDRO TELES DE MENDONÇA NETO; RAFAELA OLIVEIRA TAVARES; ANDRE TOYOTI SAYAMA; CELIA AKEMI KONNO KUROBE; ANA VERONICA DA CUNHA TAVARES; EDSON VANDERLEI ZOMBINI	
33. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM SÃO PAULO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA	26
JOCELY MATHEUS DE MORAES NETO; ROGÉRIO MATHEUS DE MORAES JÚNIOR; BRUNO MATHEUS DE MORAES	
34. DOSAGEM DE NÍVEL SÉRICO DE INFLIXIMABE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA DE CROHN OU COLITE ULCERATIVA	27
VERA LUCIA DE MORAES	
35. EFEITOS COLATERAIS DO METOTREXATO NA DOENÇA DE CROHN	27
ALINE FERNANDES SILVA; RAFAEL ADDUM MORAES; THAÍS SIQUEIRA; CYRLA ZALTMAN; CÉSAR AUGUSTO DA FONSECA LIMA AMORIM; MARCIO COSTA	
36. ENDOMETRIOSE ASSOCIADO A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE DOIS CASOS	27
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; BRUNA LIMA DAHER; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; YOURI BARBOSA ANDRIKOPPOULOS; ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO; RAFAELA CAVALCANTE DAS NEVES BARBOSA	
37. ENTERORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO COM ATIVIDADE DE DOENÇA E IMPACTO NO TRATAMENTO	28
EVELYN S CHINEM; GUILHERME M CUNHA; TATIANA BARBASSA; HEITOR S DE SOUZA; ANTONIO JOSÉ V CARNEIRO; ANA TERESA P. CARVALHO	
38. ESTUDO DE CUSTO-EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN: COORTE DE BASE HOSPITALAR NO DISTRITO FEDERAL	28
JOÃO BATISTA TAJRA; DANILLO BRITO; ANA PATRÍCIA DE PAULA; EVERTON MACEDO; LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; JONAS DE SOUZA FINCO	
39. EVOLUÇÃO PARA COLECTOMIA NOS PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA: ESTUDO POPULACIONAL NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO	29
ÉLEN FARINELLI DE CAMPOS SILVA; JAQUELINE RIBEIRO DE BARROS; CARINA DE FATIMA DE SIBLA; JULIO PINHEIRO BAIMA; ROGERIO SAAD HOSSNE; LIGIA YUKIE SASSAKI	
40. EXISTE RELAÇÃO DA VITAMINA D COM OS EFEITOS DO TRATAMENTO COM ANTI-TNF EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN?	30
MAURO BAFUTTO; KAREN THALYNE PEREIRA E SILVA; JULIANA PRELLE VIEIRA COSTA; ÊNIO CHAVES DE OLIVEIRA; CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA; JOFRE REZENDE FILHO	
41. GASTROENTEROCOLITE EOSINOFÍLICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	30
ISADORA ELIAS PEREIRA; RAQUEL DIAS GRECA; MARCELLO RABELLO IMBRIZI	
42. HANSENÍASE DIMORFA-VIRCHOWIANA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ADALIMUMABE	31
MURILO MOURA LIMA; ALLANA KARINE LIMA RIBEIRO; ANA LÚCIA FRANÇA DA COSTA; IGOR DENIZARDE BACELAR MARQUES; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
43. HISTÓRICO REPRODUTIVO EM MULHERES COM DOENÇA DE CROHN	31
LORETE MARIA DA SILVA KOTZE; KADIJA RAHAL CHRISOSTOMO; RENATO NISHIHARA	
44. IDADE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS E RELAÇÃO COM APRESENTAÇÃO E EVOLUÇÃO CLÍNICA EM UMA COORTE BRASILEIRA	32
MARCELLO RABELLO IMBRIZI; DANIELA OLIVEIRA MAGRO; MARLONE CUNHA-SILVA; CIRO GARCIA MONTES; JAZON ROMILSON DE SOUZA ALMEIDA; VIRGÍNIA LÚCIA RIBEIRO CABRAL	
45. ILEÍTE TERMINAL ISOLADA EM ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO	32
ADRIANE BOLZAN; SUSANA CARVALHO; HENEDINA ANTUNES	
46. INCIDÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	33
BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO; SÉRGIO GIRÃO BARROSO; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY	
47. INFARTO ESPLÊNICO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	33
JULIA FERRAZ FURTADO; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; ANA CAROLINA MAUAD COLI; FERNANDA NORONHA LUZ; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA	
48. INFLIXIMABE INDUZ REAÇÃO IMUNOMEDIADA IMPORTANTE EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA DE CROHN	34
SARAH CRISTINA DIAS RIBEIRO, BEATRIZ ELIZA ROCHA DOS SANTOS, NARA DE FARIA LORENSETI GONÇALVES, GUILHERME COSTA MATSUTANI	
49. LINHA DE CUIDADOS AMBULATORIAIS DE ENFERMAGEM A PESSOA COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO	34
RACHAEL MIRANDA DOS SANTOS; KELLY DOS SANTOS SILVA; SELMA PETRA CHAVES SÁ; VIVIAN SCHUTZ	
50. MANEJO CLÍNICO EM PACIENTE PORTADOR DE RCU EVOLUINDO COM MEGACÓLON TÓXICO	35
THAIS DE SOUZA; CLAUDIA THEIS; BEATRIZ CAVALHEIRO BONATELLI; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO	
51. MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS NA DOENÇA DE CROHN: SÉRIE DE CASOS	35
ANA LUIZA BIANCARDI; LEANDRO LOPES TRONCOSO; HAROLDO VIEIRA DE MORAES JR; CYRLA ZALTMAN	
52. O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL DE UMA PACIENTE COM DOENÇAS INFLAMATÓRIA INTESTINAIS	36
SUELI TEREZINHA BOBATO; PAULA BRESSAN DONEDA; MARIA VITÓRIA CARVALHO	

53. O IMPACTO DE UM CURSO MÉDICO DE IMERSÃO EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PERSPECTIVA DE SEUS PARTICIPANTES	36
JAQUELINE RIBEIRO DE BARROS; JULIOPINHEIRO BAIMA; FERNANDA LOFIEGORENOSTO; GABRIELA RIBEIRO DE BARROS; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIESASSAKI	
54. O PAPEL DA CALPROTECTINA FECAL E BIÓPSIAS SERIADAS DO CÓLON NA AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA NA RETOCOLITE ULCERATIVA IDIOPÁTICA	37
ROBERTA CAMBRAIA CUNHA FERREIRA; CASSIANA ALVES DA SILVA; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; PAULA BECHARA POLETTI; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA	
55. PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR AZATIOPRINA NO PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: UM RELATO DE CASO	38
FERNANDA NORONHA LUZ; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; ANA CAROLINA MAUAD COLI; JULIA FERRAZ FURTADO; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA	
56. PERFIL CLÍNICO DO IDOSO COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ACOMPANHADO EM CENTRO DE REFERÊNCIA (HC/UFG)	38
FRANCISCO GUILHERME CANCELA E PENNA; ANDERSON ANTÔNIO DE FARIA; JULIA FÁRIA CAMPOS; MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	
57. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO ESTADO DE GOIÁS	39
V. S. VALERIANO; M. BAFUTTO ² ; P. C. C. A. LEITE ³ ; N. L. S. DEWULF	
58. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM HOSPITAL DE VITÓRIA	39
ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA; ANA ELISA PORTO FERREIRA; EMANUELA GIUBERTI POLTRONIERI; THAÍS SILVA RIBEIRO; FABIANO QUARTO MARTINS E FELIPE BERTOLLO FERREIRA	
59. PREPARO DE COLONOSCOPIA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM CLÍNICA ESPECIALIZADA DO RIO DE JANEIRO: PRÁTICA DA ENFERMEIRA DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	40
MARIA SÔNIA BATISTA DOS SANTOS	
60. RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	41
MANUELA DE ABREU NASCIMENTO; BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; ARIANE MAIA COELHO DE ASSIS; MARIA TEREZA BAPTISTA WADY	
61. RELATO DE CASO: DOENÇA DE CHRON GÁSTRICO	41
BRUNNO AUGUSTO JOSE COSTA	
62. RESULTADOS DA GRAVIDEZ EM PACIENTE EXPOSTA AO CERTOLIZUMABE PEGOL: RELATO DE CASO	42
FLÁVIO STEINWURZ; MARIA LUIZA Q.DE MIRANDA; FERNANDO S. FLAQUER; NAYARA S. CARVALHO; FERNANDA DE O. A. LIMA; YURI FERRASSO	
63. RETOCOLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE STILL NO ADULTO	42
MAURO BAFUTTO; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA; CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO; ENIO CHAVES DE OLIVEIRA; JOFFRE REZENDE FILHO	
64. RISK FACTORS OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CROHN´S DISEASE	43
JOÃO BATISTA TAJRA; DANILLO BRITO; ANA PATRÍCIA DE PAULA	
65. SÍNDROME DE OVERLAP ENTRE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA E RETOCOLITE ULCERATIVA: UM CASO DE APRESENTAÇÃO PEDIÁTRICA	44
THAIS DE SOUZA; BARBARA TORTATO PIASECKI; MATHEUS COPI KIMURA; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO	
66. TEMAS QUE MÉDICOS ESPECIALISTAS COM POUCA EXPERIÊNCIA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL GOSTARIAM DE DISCUTIR DURANTE UM CURSO INTENSIVO TEÓRICO-PRÁTICO	44
JAQUELINE RIBEIRO DE BARROS; JULIOPINHEIRO BAIMA; FERNANDA LOFIEGORENOSTO; GABRIELA RIBEIRO DE BARROS; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIESASSAKI	
67. TIREOIDOPATIAS NA DOENÇA DE CROHN	44
LORETE MARIA DA SILVA KOTZE E RENATO NISHIHARA	
68. TRATAMENTO DA FÍSTULA RETOVAGINAL NA DOENÇA DE CROHN	45
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; RAQUEL LINS-MOTA; BRUNA LIMA DAHER; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO; PAOLA TRINDADE MEINICKE	
69. TRATAMENTO DE LESÕES E FÍSTULAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN COM HIDROFIBRA BIATAIN ALGINATO AG®	45
SILVIA ALVES DA SILVA CARVALHO; ADRIANE FARESIN	
70. TUBERCULOSE EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM USO DE ANTI-TNFα	46
PRISCILA DA SILVEIRA SANTOS; MURILO MOURA LIMA; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE	
71. USO DE CERTOLIZUMABE PEGOL PARA MELHORA DA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO	46
JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE; BÁRBARA DE MORAIS BORBA; PRISCILA DA SILVEIRA SANTOS; MURILO MOURA LIMA	
72. USO DE VEDOLIZUMABE NA DOENÇA DE CROHN COM ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS E HIPOGAMAGLOBULINEMIA	47
M. LUBINI; P.O.A. PASQUALOTTO; R.M. MACHADO; M. BÉRGAMO; R. FERRARIN; P. FERRARIN	
73. USO DO CERTOLIZUMABE PEGOL APÓS FALHA SECUNDÁRIA DE OUTROS ANTI-TNF: RELATO DE CASO	47
MAURO BAFUTTO; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA; ENIO CHAVES DE OLIVEIRA	
74. VARIÁVEIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ASSOCIADAS A DII NO ADULTO	48
LUIZA CATAPANI; ADRIANA NOGUEIRA CATAPANI; WILSON R. CATAPANI	
75. MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA APÓS UM ANO DE TERAPIA BIOLÓGICA	48
GABRIELA CABRAL BISSOLI; ROSEMARY PEREIRA LINO DA SILVA; JULIO PINHEIRO BAIMA; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIE SASSAKI	

I CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

1. COMPOSIÇÃO CORPORAL DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE

DIEGO JORGE PEREIRA; TATIANA ALMEIDA DE MORAES CAMPOS;
ROMÉLIA DE OLIVEIRA SANTOS; ARIANE MAIA COELHO DE ASSIS;
AMINA CHAIN DA COSTA; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO
NUTRICIONAL DA FACULDADE DE NUTRIÇÃO (LANUFF), NITERÓI, RIO
DE JANEIRO, BRASIL.

Introdução: O estado nutricional do paciente com Doença inflamatória intestinal (DII) influencia no curso da doença. Alterações na composição óssea, gordurosa e muscular são comumente observadas nesses pacientes¹. **Objetivo:** Determinar, em pacientes com DII, a densidade mineral óssea, percentual de gordura e massa magra, destacando quais estão divergentes com os parâmetros de referência da literatura. **Metodologia:** Foram submetidos a avaliação por absorciometria de raio X de duplo feixe (DXA - GE® - modelo IDX), voluntários, selecionados de forma aleatória, dentre os pacientes adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de DII, atendidos num ambulatório especializado, no período de Março de 2016 a Março de 2018. A gordura corporal foi classificada por Lohman² e a densidade mineral óssea pelo z-score³. **Resultados:** A amostra foi constituída por 62 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (46%) e com o diagnóstico de Doença de Crohn (tabela 1). A maior parte dos voluntários encontra-se eutrófica em relação ao IMC (56%), porém foi prevalente o percentual de gordura corporal elevado (61%), o que é ratificado pela parcela significativa de excesso de peso (42%). A maioria

da população estudada encontrase adequada com relação a densidade mineral óssea (87%), contudo 13% dos voluntários já apresenta depleção neste compartimento, número elevado para a média de idade encontrada. **Conclusão:** A maior parte dos pacientes apresentou predomínio da gordura corporal, massa livre de gordura proporcionalmente reduzida e densidade mineral óssea adequada. A avaliação nutricional através do IMC não foi capaz de detectar a prevalência de excesso de peso na população estudada. O que demonstra a importância da avaliação nutricional por compartimentos nesses pacientes.

2. FORÇA DE PREENSÃO MANUAL ASSOCIADA À AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

JÉSSICA NOGUEIRA PIMENTEL; MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO;
SÍLVIA MARIA CUSTÓDIO DAS DÔRES; MARIA THEREZA BAPTISTA
WADY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) podem apresentar massa muscular esquelética e força reduzidas, o que além de interferir no curso de doença compromete a qualidade de vida¹. Além disso, a massa muscular esquelética pode ser um preditor da perda de resposta à terapia anti-TNF sendo um importante indicador de prognóstico negativo. **Objetivo:** Avaliar a força de preensão manual (FPM) de pacientes ambulatoriais com DII e associar aos parâmetros de avaliação nutricional.

Metodologia: Estudo transversal, realizado no período de janeiro a outubro de 2016, em pacientes adultos, de ambos os sexos com doença inflamatória intestinal em tratamento ambulatorial especializado. A FPM foi realizada com o auxílio de um dinamômetro, mecânico da marca TAKEI modelo SMEDLEY III, em triplicada, alternado entre as mãos direita e esquerda, sendo utilizado o maior valor obtido, que foi classificado segundo os percentis estabelecidos por Schlüssel et al.(2008)³ de acordo com idade, sexo e lateralidade, sendo considerado como baixa força muscular aqueles com FPM abaixo do percentil 10. Também foram obtidas as medidas de peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência muscular do braço, área muscular do braço, circunferência da cintura, percentual de gordura corporal e índice de massa muscular. As análises estatísticas foram realizadas com o software GraphPad Prism 5.0, sendo aplicados o teste estatístico de Spearman para verificar a existência de associação entre as variáveis. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram avaliados 136 pacientes. Houve predomínio do sexo feminino (57%) e do diagnóstico de Doença de Crohn (60%) a média de idade foi de $40,85 \pm 14,39$ anos. A FPM estava preservada em 91,2% da população estudada. A FPM se correlacionou positivamente com os parâmetros de avaliação do compartimento proteico e negativamente com a gordura corporal. **Conclusão:** A FPM revelou resultados compatíveis com os que foram obtidos através da avaliação dos compartimentos corporais, sugerindo ser um bom método para detecção de risco nutricional.

3. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NA ADEQUAÇÃO DO IMC EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO; BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; SÉRGIO GIRÃO BARROSO; MARIA THERESA BAPTISTA WADY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI, RJ, BRASIL.

Introdução: Os indivíduos afetados por Doenças inflamatórias intestinais (DII) apresentam, frequentemente, o estado nutricional comprometido, podendo este fato levar a uma pior evolução da doença. Apesar da tendência a perda de peso na fase aguda da doença, uma transição epidemiológica vem sendo observada nesses pacientes, em função das novas terapias medicamentosas, com aumento de casos de sobrepeso e obesidade. A intervenção dietoterápica é uma importante aliada para a obtenção de um estado nutricional adequado, influenciando na evolução da doença e na qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Verificar a eficácia da intervenção nutricional em atingir

ou manter o Índice de Massa Corporal (IMC) adequado em pacientes com diagnóstico de DII em tratamento ambulatorial especializado. **Metodologia:** Estudo do tipo retrospectivo, longitudinal, realizado com pacientes adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico estabelecido de DII, em tratamento ambulatorial, entre setembro de 2014 e setembro de 2017. O IMC dos pacientes foi coletado do prontuário nutricional na primeira e na última consulta realizada pela nutricionista. Foi considerado sucesso atingir ou manter a eutrofia e reduzir os níveis de obesidade ou magreza. Insucesso correspondeu a não melhora das classificações iniciais inadequadas, assim como a piora destas. **Resultados:** Foram avaliados 119 pacientes. Após a intervenção nutricional notou-se redução importante das situações de magreza, com erradicação dos níveis mais graves. Entretanto, houve aumento nos casos de excesso de peso (sobrepeso e obesidade grau 2), demonstrando que a abordagem nutricional não impediu a evolução destes. Observou-se que os casos de sucesso (64) foram superiores aos de insucesso (55). Quando estratificados por gênero, os homens foram mais bem sucedidos, com 60% de êxito, do que as mulheres, com 48%. Quanto ao diagnóstico, os pacientes com Doença de Crohn responderam melhor (56%) do que os com Colite Ulcerativa (50%). **Conclusão:** A intervenção nutricional mostrou-se satisfatória, com superioridade de casos de sucesso na variável IMC. Porém não foi capaz de impedir a tendência ao ganho excessivo de peso da população. Por serem pacientes ambulatoriais supõe-se que apresentem melhor controle da doença, comportando-se de forma semelhante à população sadia, que apresenta uma epidemia de obesidade.

4. MANUTENÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA

BÁRBARA DE MORAIS BORBA, MURILO MOURA LIMA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. TERESINA, PI, BRASIL.

Introdução: Retocolite Ulcerativa (RU) é um processo inflamatório crônico e contínuo da mucosa do reto e cólon. O tratamento da RU objetiva, além do controle dos sintomas clínicos, a cicatrização da mucosa intestinal. **Objetivos:** Avaliar a probabilidade de manutenção da cicatrização da mucosa do cólon ao longo do tempo em pacientes com RU. **Metodologia:** Foram revisados 68 prontuários médicos de pacientes com RU que alcançaram a cicatrização da mucosa no período entre 2002 e 2017, para avaliar se houve perda ou manutenção dessa cicatrização ao longo do tempo. Foi considerada cicatrizada a mucosa classificada como 0 no Subscore endoscópico do

Mayo Clinic Score. Foi utilizada análise de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier e calculada a probabilidade de manutenção da cicatrização da mucosa (PMCM) em 2 e 5 anos. O teste de log rank foi utilizado para comparação entre grupos. **Resultados:** A probabilidade geral de manutenção da cicatrização da mucosa em 2 anos foi de 87,8% e em 5 anos foi de 46,3%. A PMCM em pacientes com proctite (classificação E1 de Montreal) foi de 82,6% em 2 anos e 55,1% em 5 anos. Nos pacientes com colite esquerda (E2) foi de 87,3% em 2 anos e 47,9% em 5 anos. Naqueles com pancolite (E3), foi de 88,9% em 2 anos e 25,8% em 5 anos. A PMCM em 2 anos e 5 anos foi de, respectivamente, 96,0% e 43,6%, em homens e de 82,5% e 49,9%, em mulheres. A PMCM foi de 94,6% em 2 anos e 57,5% em 5 anos naqueles que utilizaram exclusivamente Mesalazina, de 82,3% em 2 anos 34,3% em 5 anos naqueles que usaram Azatioprina com ou sem Mesalazina, e de 78,7% em 2 anos e 27% em 5 anos naqueles que usaram Terapia biológica, com ou sem Azatioprina ou Mesalazina. O log rank test não demonstrou diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as curvas de sobrevida de acordo com a extensão de doença, sexo e medicação em uso. **Conclusão:** A probabilidade de pacientes com RU manterem a cicatrização da mucosa do cólon em 2 e 5 anos foi de 87,8% e 46,3%, respectivamente. Tal achado mostra que a recidiva endoscópica ao longo do tempo é alta em pacientes com RU.

5. CENÁRIO DA DOENÇA DE CROHN PEDIÁTRICA – INTERCORRÊNCIAS GRAVES E DESFECHO FAVORÁVEL COM TERAPIA NUTRICIONAL

NATASCHA SILVA SANDY; GABRIELA DE SOUZA GOMEZ; LILIAN HELANA POLAK MASSABK; ELIZETE APARECIDA LOMAZI

DEPARTAMENTO PEDIATRIA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Introdução: Até 20% dos casos de Doença Inflamatória Intestinal (DII) iniciam-se na faixa etária pediátrica, a maior incidência observada nos últimos 50 anos em pacientes adultos, também é observada entre os casos pediátricos. Na infância, contudo, as diferentes formas de apresentação tornam o diagnóstico mais difícil, a classificação menos clara e o manejo associado a risco precoce de complicações. É reportado atraso do início ao diagnóstico de, em média, 11 meses. **Apresentação de Caso:** Paciente feminina, 10 anos, hígida, história de 06 meses de febre, dor abdominal, diarreia 3x/dia, inicialmente sem produtos patológicos, emagrecimento de 8 kg, e posterior presença de sangue nas fezes. Em uso de prednisona 40 mg/dia e mesalazina 70mg/Kg/dia há 4 meses, sem resposta. À admissão, com baixo peso e desaceleração do crescimento. Trazia colonoscopia de outro serviço: ileíte ulcerativa grave. Diagnosticada

Doença Inflamatória Intestinal (DII) e iniciado tratamento com infliximab. Após período de melhora clínico-laboratorial relativa e recuperação pondero-estatural, apresentou perda de resposta e reação farmacodérmica. Não tolerou azatioprina, e não respondeu à “otimização” com diminuição do intervalo de infusão de Infliximabe. Após 5 meses de melhora clínico-laboratorial em uso de Adalimumabe, precisou interromper temporariamente seu uso por fistula e abscesso perianal – realizada drenagem e colocação de sedenho. Retornado Adalimumabe, desenvolveu psoríase como reação paradoxal induzida por imunobiológicos. Em uso de Adalimumab, apresentou nova piora clínica-laboratorial, sem resposta a tratamento ambulatorial, nova colonoscopia evidenciou alterações consideradas sugestivas de infecção por *Clostridium difficile* (ICD), porém com PCR negativo em amostra fecal. Foi admitida e tratada Vancomicina via oral por 10 dias, com resolução dos sintomas gastrointestinais e ganho ponderal. Após curto período de remissão, voltou a apresentar sintomas, e nova colonoscopia evidenciou atividade da doença. Nesse momento, foi iniciada associação com metotrexate. Após curto período apresentou-se com herpes labial. Em uso de adalimumabe, novamente voltou a ficar sintomática da DII, sendo necessária otimização da dose. Ainda assim, paciente permaneceu sintomática, sendo observada a recuperação somente após internação e terapia nutricional. **Discussão:** A incidência da DII está aumentando globalmente, cerca de 1/5 dos casos iniciam-se na faixa etária pediátrica. O presente relato é um ícone dos casos pediátricos, em que a doença é mais grave e extensa, a atividade inflamatória é refratária e a evolução complicada – com fístulas, estenoses e abscessos. O tratamento cirúrgico é frequente nos primeiros 5 anos de evolução da doença, além disso, quanto mais jovem o paciente, maior a ocorrência de efeitos colaterais das terapias. O prejuízo do crescimento e desenvolvimento é o marcador do insucesso na manutenção da remissão da atividade da doença. O seguimento de um número relativamente menor de casos pediátricos nos diferentes serviços representa uma dificuldade para a condução de estudos clínicos e a maioria das recomendações terapêuticas para pacientes pediátricos são provenientes de ensaios clínicos conduzidos em adultos, mais raramente, de estudos multicêntricos e consensos das sociedades pediátricas. Imunobiológicos são usados na indução e manutenção da remissão em crianças com doença de Crohn luminal grave e apesar de apresentarem eficácia terapêutica, perda de resposta terapêutica acomete cerca de 30% dos pacientes pediátricos no terceiro ano da terapia biológica. Reações farmacodérmicas de gravidade variável são associadas ao uso dessa classe de medicamentos. Até 1/5 dos pacientes pediátricos necessita tratamento cirúrgico ao longo da evolução ainda na infância. A infecção

por *Clostridium difficile* apresenta incidência crescente em pacientes pediátricos com DII. A terapia nutricional é usada tratamento primário e/ ou secundário para a doença de Crohn, mais é amplamente na DII pediátrica. O racional para sua indicação apoia-se no fato que a terapia nutricional pode potencialmente induzir a remissão e melhorar a atividade das lesões intestinais em curto e longo prazo, além de diminuir a necessidade de uso de outras terapias em longo prazo. Embora não haja dúvidas sobre a eficácia da terapia nutricional enteral, um grande problema relacionado a esta é a aceitação e a adesão dos pacientes. No presente caso, embora precocemente apresentada como ferramenta terapêutica à paciente e à responsável, houve resistência por anos, só sendo aceita diante da ocorrência de falha terapêutica e efeitos adversos de outras terapias. **Comentários Finais:** O caso ilustra Doença de Crohn pediátrica, evoluindo com grave desaceleração do crescimento, perda de resposta e efeitos colaterais das terapias. Avaliamos as decisões terapêuticas e suas complicações ao longo da evolução. Ensaios clínicos multicêntricos conduzidos com casuísticas maiores ainda são necessários para avaliar a eficácia em longo prazo dos imunobiológicos, a ocorrência e o manejo das complicações relacionadas ao tratamento da doença de Crohn em pacientes pediátricos.

6. PAPEL DA ECOGRAFIA ENDOSCÓPICA NA AVALIAÇÃO DA FÍSTULA PERIANAL NA DOENÇA DE CROHN

RAFAELA DE ARAÚJO MOLteni

Introdução: A Doença de Crohn é uma afecção autoimune e crônica que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal. A doença fistulizante perianal é uma e suas condições clínicas mais debilitantes e apresenta uma incidência cumulativa de 20 a 26% (1,2,3). Seu tratamento exige avaliação acurada do trajeto fistulosos e pois sua falha ocasiona um tratamento inadequado. Para pacientes com doença de Crohn com fistula perianal superficial e simples, geralmente a identificação do trajeto fistuloso é possível através do exame sob anestesia (ESA). No entanto, para fistulas complexas e recorrentes exames de imagem como Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e Ultrassonografia Endoanal (UE) são recomendados tanto pelo European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) (4) quanto pelo American Gastrointestinal Association (AGA) (5). A UE consiste em um método que utiliza o transdutor de ultrassonografia endoscópica flexível e permite a avaliação da anatomia do canal anal, no entanto, devido ao pequeno número de trabalhos na literatura, seu papel não está bem estabelecido. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é determinar o papel da UE em relação a RNM e ao ESA na avaliação de pacientes com

doença de Crohn fistulizante perianal. **Método:** Estudo observacional, transversal, em pacientes com doença de Chron fistulizante perianal em acompanhamento em um centro terciário de Coloproctologia em Curitiba, Paraná, Brasil, de fevereiro de 2016 a março de 2017. Todos os pacientes foram submetidos a UE, RM e ESA para avaliação do trajeto fistuloso perianal. O coeficiente de Kappa foi utilizado para avaliação do grau de concordância entre os três métodos. Um valor de Kappa de 0,7 ou maior indicou boa concordância. O número de trajetos fistulosos detectados em cada modalidade foi comparado usando o teste não paramétrico de Friedman. Valores <0,05 indicaram significância estatística. **Resultados:** Vinte pacientes foram incluídos. Houve concordância entre os três exames em 11 pacientes. O nível de concordância de Kappa foi de 0,53 (moderado) ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao número de trajetos fistulosos detectados nos 3 exames ($p = 0,641$). Houve falha na identificação de um trajeto fistuloso em 3 pacientes com a UE, em 3 pacientes com a RM e em 2 pacientes com o ESA. **Conclusão:** Ultrassonografia endoscópica foi comparável a RM e ao ESA na avaliação da doença de Crohn fistulizante perianal. Ela pode ser considerada um exame válido para investigação pré-operatória desses pacientes.

7. AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS E DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-INFLIXIMABE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

LUIS EDUARDO MIANI GOMES; GUILHERME NOGUEIRA; FRANCESCA RAMOS DA SILVA; CLÁUDIO SADDYRODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL

LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (FCM-UNICAMP), CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A Crohn(DC) é uma doença inflamatória intestinal, caracterizada por uma inflamação transmural crônica do tubo digestivo, que pode acometer da boca ao ânus de forma segmentar, com comprometimento principal da região ileal ou ileocecal. Assim, em que pese os vários métodos que estão disponíveis para mensurar os níveis de Infliximabe (IFX) e anticorpos contra Infliximabe (ATIs), ainda são pouco utilizados no Brasil. **Objetivos:** Avaliar o nível sérico de Infliximabe (IFX) e de anticorpos anti-IFX em pacientes com DC que utilizam essa terapia e que fazem acompanhamento no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Gastrocentro-UNICAMP. **Casuística Métodos:** Foram incluídos 40 pacientes com DC submetidos à terapia com IFX em fase de manutenção. A atividade endoscópica da doença foi definida como CDEIS \geq 5 ou pela presença de úlceras profundas em pelo menos um segmento intestinal analisado. OCDEIS entre os pacientes que estavam em remissão (CDR) variou

de 0 a 3, com mediana zero, enquanto naqueles em atividade (CDA) variou de 4,25 a 22,4, com mediana de 9,6. A coleta do sangue periférico foi realizada antes da aplicação do IFX. Realizou-se dosagem dos níveis séricos de IFX e dos ATIs por ELISA da Promonitor®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE 53097116.2.0000.5404. **Resultados:** Considerando se o nível sérico de IFX, não houve diferença entre os grupos em remissão e atividade ($p > 0,05$). Oitenta por cento de todos os pacientes estavam com níveis acima das concentrações terapêuticas (6-10 μ g/ml). No grupo CDA, 21 pacientes apresentaram ATI negativo (≤ 5 UA/ml), e apenas 1 com ATI positivo (> 5 UA/ml). No grupo CDR, apenas 3 pacientes tinham ATIs positivos, sendo 2 em baixa e 1 em alta titulação e 15 pacientes apresentaram ATIs negativo (≤ 5 UA/ml). Os pacientes com ATIs+ apresentaram níveis séricos não terapêuticos de IFX. Terapia combinada com imunossupressores estava presente em 28 (70%) pacientes. Não houve diferença dos níveis de IFX segundo o uso de imunossupressor ($p > 0,05$). **Discussão:** Numa análise sobre as concentrações de IFX, Afícol. (2010) corroboraram que as concentrações de IFX são úteis para a prática clínica, evidenciando que a maioria dos pacientes tiveram perda total ou parcial da resposta por apresentarem anticorpos detectáveis ou concentrações de IFX não terapêuticas. Os antagonistas do fator de necrose tumoral têm um papel importante no manejo das doenças inflamatórias intestinais, entretanto, a perda de resposta é uma realidade, e o acompanhamento da farmacocinética desses agentes podem auxiliar nos algoritmos terapêuticos para controle clínico e endoscópico da doença. **Conclusão:** A imunogenicidade não foi o principal fator para a perda de resposta ao anti-TNF nesse estudo, uma vez que a minoria (10%) apresentou altas titulações de ATIs. A introdução do monitoramento incluindo o nível de fármaco e a detecção de ATIs, permite gerenciamento terapêutico mais personalizado com melhor ajuste das doses e possivelmente maior economia.

8. RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM AMBULATÓRIO ESCOLA DE DII SE UTILIZANDO DA INTERDISCIPLINARIDADE

THAIS DE SOUZA; CLAUDIA THEIS; BEATRIZ CAVALHEIRO BONATELLI; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI), SANTA CATARINA, SC, BRASIL.

Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de crohn (DC) são as principais representantes das doenças inflamatórias intestinais, que são um grupo de doenças que acomete o trato gastrointestinal. Apresentam processos inflamatórios crônicos, com episódios agudos imprevisíveis, períodos de remissão e exacerbação. Por apresentarem resposta terapêutica variável, repercussões sistêmicas, psicológicas e

sociais, sua abordagem é complexa, envolvendo os diversos profissionais da área da saúde. Diante desta realidade e visando aprimorar o cuidado aos pacientes com DII da cidade de Itajaí e região, bem como ampliar os cenários de prática da graduação, criou-se o Ambulatório Interdisciplinar de DII a partir da iniciativa dos profissionais e professores da área da saúde na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. **Objetivo:** Relatar as experiências obtidas no Ambulatório Interdisciplinar de DII, a metodologia aplicada e seus resultados. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de experiência, compartilhando as vivências do Ambulatório Interdisciplinar de DII e seus resultados no período entre janeiro a dezembro de 2017. **Resultados:** No período foram realizados 213 atendimentos interdisciplinares, 65 infusões medicamentosas, elaborados 9 trabalhos científicos, passaram pelo ambulatório 396 acadêmicos, dentre estagiários e voluntários. O projeto conta com 6 monitores, que representam os cursos de Medicina, Nutrição e Psicologia, e executam atividades de monitoria e produção científica. Foram realizadas 4 oficinas de educação em saúde e organização do evento maio roxo com a participação de 145 pessoas. Foi possível perceber que o acolhimento integral do modelo de inter-consulta melhora a qualidade de vida e o convívio com os sintomas que surgem no decorrer do tratamento das DII. **Conclusão:** O ambulatório interdisciplinar de DII trabalha de forma que todos os profissionais contribuam de maneira colaborativa e uniforme, através da interdisciplinaridade, visando uma melhor qualidade de vida para os pacientes, e ser um modelo de ambulatório escola para outras instituições de ensino.

9. A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO À SAÚDE NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: INTEGRANDO O ENSINO-SERVIÇO

BRUNO LORENZO SCOLARO; CLAZIA BARRETTA; CLARICE MARIA SPECHT; CRISTINA HENSCHEL MATOS; EVERSON FERNANDO MALLUTA; SUELI TEREZINHA BOBATO

AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI), SANTA CATARINA, SC, BRASIL.

Introdução: O cuidado à saúde aos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal por meio da atividade interdisciplinar potencializa a prática de integralidade nos serviços de saúde. No Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais da UNIVALI, este cuidado é operacionalizado por meio da interconsulta desde sua implantação em 2011. Tal ferramenta se constitui como uma tecnologia leve que possibilita a discussão de caso entre diferentes saberes e disciplinas, de modo a garantir uma organização mais horizontal, negociada e corresponsável, com decisões conjuntas

na assistência à saúde. **Objetivo:** Integrar ensino-serviço na assistência multidisciplinar e interdisciplinar aos pacientes com diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais, funcionalmente integrados ao SUS, sob o paradigma biopsicossocial. **Metodologia:** O acolhimento do paciente é realizado concomitantemente por professores e acadêmicos dos Cursos de Medicina, Nutrição e Psicologia, seguindo os princípios doutrinários do SUS, o conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais, com ações de educação em saúde. Por meio de um protocolo de coleta de dados é realizada uma avaliação integral do paciente, incluindo quadro clínico da DII, avaliação antropométrica, conduta nutricional e aspectos psicossociais. Cada especialidade utiliza desconhecimentos específicos, que são integrados por meio da interconsulta e discussão de caso. **Discussão:** No ano de 2017 foram realizadas 213 interconsultas, acompanhada de discussões dos casos entre a equipe, resultando em um acolhimento integral e humanizado dos pacientes. A partir da interconsulta foram realizados atendimentos psicológicos na modalidade de psicodiagnóstico interventivo, grupos psicoeducativos, oficinas bimestrais em parceria com a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, campanhas de prevenção às DII e Câncer de Intestino, mais especificamente a Campanha “Maio Roxo” e Campanha “Setembro Verde”. **Considerações finais:** As ações de promoção à saúde e prevenção das agudizações clínicas cirúrgicas viabilizadas pelas interconsultas médicas, nutricionais e psicológicas realizadas no Ambulatório tem culminado em benefícios aos pacientes, especialmente no que se refere às condições que impactam a sua saúde, visando a remissão dos sintomas das DII. A dinâmica reflexão-ação-reflexão contribui para a integração teórico-prática dos estudantes nas modalidades de ensino, pesquisa e extensão, com participação dos profissionais envolvidos, permitindo melhor qualidade técnica na atenção e cuidado à saúde e no processo ensino- aprendizagem. A atuação interdisciplinar permite a busca de alternativas conjuntas na atenção à saúde, bem como possibilita ao paciente tornar-se um protagonista ativo no processo de cuidado de si, com vistas à melhor qualidade de vida.

10. A TERAPIA BIOLÓGICA COM ANTI-TNF-A É EFICAZ PARA O TRATAMENTO DA COLITE DE EXCLUSÃO? ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS; DANILO TOSHIO KANNO; RONALDO PARISSI BUAINAIN; JOSÉ AIRES PEREIRA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS - BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Introdução: De modo semelhante ao que ocorre nas doenças inflamatórias intestinais (DII), na colite de desuso (CD) a mucosa do cólon derivado apresenta alterações estruturais,

principalmente representadas pela atrofia epitelial, abscessos de criptas, aumento do infiltrado inflamatório e maior produção de fator de necrose tumoral- α (TNF- α). A terapia biológica com anticorpos monoclonais anti-TNF-a representa a estratégia terapêutica mais eficaz para o tratamento clínico das DII, pois encontra-se associada a redução do processo inflamatório, cicatrização epitelial e restabelecimento da integridade da barreira mucosa cólica. Entretanto, os efeitos da terapia com anti-TNF-a ainda não foram avaliados em modelos experimentais ou portadores de CD. **Objetivo:** Avaliar o uso do anti-TNF-a nas alterações inflamatórias da mucosa cólica de ratos submetidos ao desvio do trânsito intestinal. **Método:** Vinte e dois ratos Wistar foram submetidos à derivação intestinal por meio da confecção de uma colostomia terminal proximal à Hartmann. Os animais permaneceram por 12 semanas com a derivação fecal para o desenvolvimento da CD. A seguir foram divididos em três grupos experimentais, segundo serem submetidos, semanalmente, à aplicação subcutânea de soro fisiológico 0,9% (2,0 ml/sem) e infliximabe nas dosagens de 5mg/kg/sem e 10 mg/kg/sem, por 5 semanas consecutivas. Um dia após a conclusão do período de intervenção, todos animais foram eutanasiados para retirada de segmentos dos cólons providos e desprovidos de trânsito fecal. As alterações histopatológicas foram avaliadas por estudo histológico utilizando a técnica da hematoxilina-eosina. O escore inflamatório nos cólons com e sem trânsito fecal foi estabelecido considerando-se as seguintes variáveis: intensidade de atrofia epitelial, perda epitelial, presença de abscessos nas criptas, número de células calciformes nas glândulas cólicas e infiltrado leucocitário mensurados por morfometria computadorizada. O escore inflamatório para cada animal foi estratificado segundo escala previamente validada. O infiltrado neutrofilico foi avaliado pela pesquisa da expressão tecidual da enzima mieloperoxidase (MPO) por estudo imuno-histoquímico. **Resultados:** Houve menor atrofia epitelial nos segmentos desprovidos de trânsito fecal dos animais tratados com infliximabe na dose de 10 mg/kg/sem ($p=0,02$). Nos segmentos sem trânsito fecal houve menor perda epitelial ($p=0,004$ e $p=0,03$), redução na formação de abscessos em criptas ($p=0,03$ e $p=0,01$), no infiltrado inflamatório ($p=0,01$ e $p=0,01$), das células calciformes ($p=0,06$ e $p=0,005$) e no escore inflamatório ($p=0,01$ e $p=0,006$) nos animais tratados com infliximabe, independente da concentração utilizada. O conteúdo tecidual de MPO foi menor no cólon sem trânsito fecal dos animais tratados com infliximabe ($p=0,0001$ e $p=0,001$) independente da dose utilizada. **Conclusão:** O uso de anticorpo anti-TNFa reduziu o processo inflamatório dos segmentos excluídos de trânsito fecal sugerindo que a substância possa ser utilizada como tratamento para os casos graves colite de desuso.

11. ABORDAGEM FRENTE A UM MEGALOCOLON TÓXICO POR RETROCOLITE ULCERATIVA

P.C.C.A. LEITE; V.S. UEOKA; E.N.S. FARIA; H. MOREIRA JÚNIOR; J.P.T. MOREIRA; M.A. JUNIOR

DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GO, BRASIL.

Objetivo: A doença inflamatória intestinal é um processo inflamatório com causa desconhecida sendo uma de suas variações a Retocolite ulcerativa limitada ao cólon e reto, atingindo preferencialmente até a submucosa. Os sintomas dependem da extensão e da localização da inflamação, podendo apresentar diarreia, hematoquezia, tenesmo e possibilidade de desenvolvimento do megacólon tóxico. O megacólon tóxico é uma complicação potencialmente fatal. As taxas de mortalidade variam entre 0 a 45% e dependem da doença de base. Diante disso, o objetivo do trabalho é avaliar, através do exame físico, laboratorial e exames de imagem, qual seria a melhor abordagem frente a um quadro de megacólon tóxico. **Método:** Comparação entre dois casos clínicos envolvendo pacientes com doença inflamatória intestinal, sendo um tratado clinicamente e o outro cirurgicamente. **Relato de caso:** 1- A paciente A.O.S, 22 anos, portadora de Retocolite Ulcerativa (RCU), internada por dor abdominal intensa em cólica, associada a diarreia, hematoquezia, perda de peso, vômitos e distensão abdominal, foi submetida a tratamento conservador envolvendo dieta zero, NPT, hidratação, antibioticoterapia, corticóide endovenoso e retal e mesalazina via oral e modulen, evoluiu com melhora das queixas, diminuição da distensão e com queda importante dos leucócitos, recebendo alta após 14 dias. Reinternou 12 dias depois, apresentando diarreia, astenia, queda dos valores hematimétricos e dor em abdome inferior, sendo novamente submetida ao tratamento clínico, incluindo-se NPT, probióticos e iniciado azatioprina e infliximabe. Evoluiu bem e rebendo alta, após 27 dias. 2- A paciente G.B.C.G, 16 anos, portadora de RCU, apresentando dor abdominal intensa em cólica, distensão abdominal e diarreia, foi submetida ao tratamento conservador por um período de 72 horas, utilizando-se dieta zero, NPT, hidratação, antibioticoterapia, mesalazina oral e retal, azatioprina oral e corticóide endovenoso. Evoluiu com piora da leucocitose, queda dos valores hematimétricos, queda do estado geral, febre, taquicardia, taquipnéia, piora da distensão e da dor abdominal e aumento da dilatação do cólon na radiografia. Foi submetida a colectomia total com ileostomia. Evoluiu sem complicações, recebendo alta no 14º pós-operatório. **Conclusão:** Concluímos que, no megacólon tóxico, o tratamento clínico e conservador devem ser adotados inicialmente, sendo a abordagem cirúrgica uma segunda opção, porém, esta deve ser realizada o mais precoce possível na ausência de melhora, contribuindo assim para a melhor evolução do quadro.

12. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

JOZELDA LEMOS DUARTE, MURILO MOURA LIMA, CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO, THALINE ALVES ELIAS DA SILVA, MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS, JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA, PI, BRASIL.

Introdução: A doença de Crohn e a arterite de Takayasu são doenças inflamatórias crônicas e de etiologia ainda desconhecida, raramente descritas em um mesmo paciente. **Relato de caso:** Mulher de 27 anos referia quadro de diarreia crônica, dor abdominal e perda ponderal, iniciado em setembro de 2016. Na época, apresentava ainda doença perianal, com fístulas e plicomas aberrantes. Colonoscopia inicial descrevia extensas áreas com úlceras profundas e confluentes distribuídas por todo o colon. Foi definido o diagnóstico de Doença de Crohn e iniciado Adalimumabe. Em 03/11/2017, a paciente apresentou déficit motor súbito em hemicorpo esquerdo. Foi internada em nosso serviço com quadro para investigação do quadro neurológico. Ressonância de Crânio mostrou áreas de isquemia em hemisfério cerebral, região nucleocapsular, hemisfério cerebelar e região posterolateral do bulbo, todas à direita. Ecocardiograma descreveu fração de ejeção de 60%, ausência de trombos intracavitários e função sistólica biventricular preservada. Foi descartada a possibilidade de síndrome anticorpo antifosfolípide e lúpus eritematoso sistêmico. Chamava atenção a descrição de artérias carótidas comuns com espessamento difuso e concêntrico, sugestivo de arterite, em ultrassonografia de carótidas. Arteriografia mostrou achados compatíveis com arterite de Takayasu acometendo tronco braquiocéfálico, artérias carótidas comuns e artérias subclávias. Quanto à doença de Crohn, a paciente encontrava-se em atividade clínica, com relato de diarreia sanguinolenta recorrente. Nova colonoscopia mostrou ulcerações recobertas por fibrina, friabilidade da mucosa e áreas de subestenose. Enterotomografia revelou espessamento parietal circunferencial, com estratificação, em íleo terminal, ceco, cólon descendente e sigmoide, com área de redução de calibre no terço médio do cólon descendente. O adalimumabe foi substituído pelo infliximabe, tendo em vista a persistência da atividade inflamatória clínica, endoscópica e radiológica. Foi acrescentado ainda azatioprina para tratamento da arterite de Takayasu. Atualmente, a paciente apresenta boa recuperação motora e está em remissão clínica da doença de Crohn. **Discussão:** A doença de Crohn e a arterite de Takayasu compartilham mecanismos fisiopatológicos comuns, principalmente aqueles que envolvem o fator de necrose tumoral alfa (TNF α). O tratamento tradicional da

arterite de Takayasu inclui o uso de corticoides e imunomoduladores, principalmente azatioprina e metotrexate. Mais recentemente, o uso de anti-TNF α tem mostrado boa resposta. Há, contudo, relatos do aparecimento de arterite de Takayasu em pacientes já em uso de anti-TNF α , sugerindo possível efeito paradoxal. **Conclusão:** A arterite de Takayasu, embora rara, deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de acidente vascular cerebral, principalmente em pacientes já portadores de outra doença de natureza imune.

13. ANÁLISE DO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO BRASIL

RENATA DE SÁ BRITO FRÓES^{1,3}; ANTÔNIO JOSÉ DE VASCONCELLOS CARNEIRO²; HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA²; RONIR RAGGIO LUIZ⁴; JESSICA PRONESTINO MOREIRA⁴; ANA TERESA PUGAS CARVALHO¹

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

3. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, GERÊNCIA RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA, RIO DE JANEIRO, BRASIL.

Introdução: O afastamento do trabalho por doenças inflamatórias intestinais (DII), pode determinar impactos econômicos e sociais para o Brasil, onde a incidência das DII aumentou recentemente. **Objetivos:** Analisar o impacto econômico previdenciário, as prevalências de afastamento e o perfil demográfico dos beneficiários no afastamento do trabalho por DII entre 2010-2014 no Brasil. **Metodologia:** A população foi obtida através do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com cruzamentos de auxílio-doença (AD), aposentadoria por invalidez (AI); intervalo entre 2010 a 2014 e CID X K50 (Doença de Crohn ou DC) e K51 (retocolite ulcerativa idiopática ou RCU). Os parâmetros avaliados incluíram gênero, faixa etária, região geográfica, dias de afastamento e valor médio de benefício mensal. **Resultados:** O AD foi mais frequente na RCU quando comparado a DC, que teve maiores médias mensais de benefícios que a RCU. A DC afastou segurados mais jovens que a RCU. As taxas de AD tanto por RCU quanto por DC foram maiores no Sul, enquanto as menores foram por DC no Norte. Em relação às AI, as taxas foram mais elevadas no Sul para RCU e no Sudeste para DC. Tanto no AD quanto na AI as mulheres tiveram maiores taxas. A média de duração do afastamento foi maior na DC (350 dias) porém nota-se uma queda do afastamento por ambas as DII entre 2010 e 2014. O valor dos benefícios

pagos por DII (US\$ 98,098,212) representou aproximadamente 1% do valor total pago por AD no período (US\$ 9,937,848,815). **Discussão:** Destaca-se que a média de dias de afastamento do trabalho no Brasil (314 dias) foi muito superior as médias de dias de estudos europeus e norte-americanos (30-45 dias). O predomínio da incapacidade nas mulheres coincide com dados de estudos internacionais. As maiores taxas de afastamentos temporários por DII, bem como AI por RCU, foram encontradas na região Sul enquanto a região norte, com menor percentual de especialistas em gastroenterologia, apresenta as menores taxas de afastamentos por DC no país. **Conclusão:** No Brasil, as DII causam frequentemente longos AD e geram AI precocemente. A tendência de queda do afastamento do trabalho pelas mesmas pode se refletir em melhorias no acesso as medicações para tratamento, especialmente com o crescente uso da terapia biológica. O Programa de Reabilitação Profissional pode ser recurso considerado como ferramenta para redução dos afastamentos do trabalho desses beneficiários.

14. ANEMIA SEVERA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ COM DOENÇA DE CROHN: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

MURILO MOURA LIMA; BÁRBARA DE MORAIS BORBA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA, MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA, PI, BRASIL.

Introdução: O uso de hemoderivados é terapia padrão em pacientes com anemia severa decorrente de perda sanguínea gastrointestinal. Todavia, em pacientes que, por convicções religiosas, se negam a fazer uso de hemoderivados, o tratamento da anemia se torna desafiador. **Objetivo:** Relatar como foi conduzido o caso de um paciente com anemia severa decorrente de doença de Crohn, que não consentia em usar hemoderivados. **Relato de caso:** Paciente masculino, de 22 anos, internou em 23/09/2017 com quadro de diarreia severa sanguinolenta, com mais de 10 evacuações ao dia, iniciada cerca de seis meses antes da internação. Colonoscopia mostrou exsudato fibrinoso espesso e úlceras exsudativas, desde o reto até o ceco e vários pontos de sangramento espontâneo. Enterotomografia mostrou espessamento parietal associado a ingurgitamento de vasos mesentéricos em cólons transversos, descendente, sigmoide e reto. A hemoglobina da admissão era 4,6 g/dl. Ao ser informado sobre a necessidade de hemotransfusão, o paciente informou ser testemunha de Jeová e se negou a realizar o procedimento. Apesar do nível baixo de hemoglobina, o paciente encontrava-se consciente e orientado e, embora apresentasse manifestações clínicas da anemia severa, como astenia, adinamia e tonturas, não apresentava sinais de

instabilidade hemodinâmica. Após ampla discussão da equipe médica, foi decidido por respeitar a decisão do paciente. Iniciou-se o tratamento da doença de base com corticoterapia venosa e terapia biológica (adalimumabe). Fez uso ainda de eritropoetina e reposição endovenosa de ferro. O paciente evoluiu com boa resposta e a hemoglobina com 30 dias de tratamento era 10,5 g/dl. Atualmente, o paciente encontra-se em remissão clínica. **Discussão:** O uso de hemoderivados por testemunhas de Jeová é um dos dilemas éticos mais polêmicos da atualidade. Muito embora o princípio da beneficência pareça autorizar o seu uso quando há risco de vida, nos últimos anos, a autonomia e o direito do paciente em decidir sobre seu próprio tratamento, tem se tornado cada vez mais presentes nas decisões judiciais sobre esses casos. No caso avaliado, havia expressa e consciente vontade do paciente em não fazer uso de hemoderivados, mesmo estando ciente de todos os riscos do não tratamento. Felizmente, houve rápida resposta à corticoterapia e à terapia biológica. O uso de eritropoetina, embora ainda controverso para esses casos, foi utilizado como terapia adjuvante em nosso paciente, com boa resposta. **Conclusão:** É possível conciliar com o tratamento de casos de anemia severa com a autodeterminação do paciente em não fazer uso de hemoderivados.

15. ASPECTOS CLÍNICOS E EVOLUTIVOS DOS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ASSOCIADA ÀS DOENÇAS HEPÁTICA AUTOIMUNES

HENRIQUE CARVALHO ROCHA; EDUARDO GARCIA VILELA

INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

Introdução: a doença inflamatória intestinal (DII) está associada a doenças hepáticas autoimunes e vários estudos tem sido publicados, contudo, em sua maioria refere-se a colangite esclerosante primária (CEP). Este estudo tem o objetivo de avaliar aspectos clínicos de pacientes com DII e CEP e compará-los ao grupo com DII e outras doenças hepáticas autoimunes não-CEP. **Métodos:** trata-se de coorte histórica, que avaliou desfechos clínicos de pacientes com DII e doenças hepáticas autoimunes. A relação entre variáveis qualitativas foi feita por meio do teste de Qui-quadrado. A análise univariada foi feita utilizando-se o teste *t* de Student e Mann-Whitney. Variáveis com $p < 0,2$ foram incluídas no modelo de regressão logística. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** foram incluídos 54 pacientes cuja mediana de idade foi 34 anos (17 - 74) e 31 eram do gênero masculino. Quarenta e oito apresentavam retocolite ulcerativa e 6 doença de Crohn. A mediana do tempo de seguimento foi de 8 anos (1 - 28). Trinta e cinco pacientes apresentavam CEP e 19 não-CEP, sendo que destes, 7

apresentavam hepatite autoimune (HAI), 5 HAI associada à CEP, 2 com colangiopatia autoimune associada à HAI, 2 colangite autoimune, 2 colangite biliar primária e 1 HAI associada à CEP de pequenos ductos. A mediana do tempo do diagnóstico da DII e das doenças hepáticas foram, respectivamente, de 5 (1 - 30) e 7 anos (1 - 26). Trinte e três pacientes foram submetidos à biópsia hepática: 19 eram F0 ou F1 de Metavir e 14 F2, F3 ou F4. Hipertensão portal foi observada em 19 pacientes ao diagnóstico. Vinte e dois pacientes foram submetidos ao transplante hepático. Adenocarcinoma de cólon foi diagnosticado em 1 paciente e ocorreram 6 óbitos. Não houve diferença entre os grupos em relação a medicações utilizadas, estágio da doença hepática, necessidade de transplante e de colectomia ou óbitos. Na análise de regressão logística para o desfecho transplante, apenas tempo de diagnóstico da doença hepática permaneceu no modelo final ($p=0,001$ e Odds Ratio de 1,792 (95% IC 1,689-1,911)). Em relação a necessidade de cirurgia para abordagem da DII, o tempo de diagnóstico da doença hepática permaneceu no modelo final ($p=0,041$ e Odds Ratio de 1,861 - IC 95% 1,745 - 1,994). Em relação a recorrência da DII pós-transplante, o diagnóstico prévio de HAI permaneceu no modelo final ($p=0,012$ e Odds Ratio de 7,1 (95% IC 1,215 - 42,43)). **Conclusão:** aspectos clínicos e evolutivos nos dois grupos foram semelhantes. Entretanto quando foi avaliado os desfechos neste grupo de pacientes, foi observado que apresenta risco 20,1% ao ano de transplante hepático para cada ano de diagnóstico da doença hepática. Além disso, quanto maior tempo de diagnóstico das DII maior a chance de necessitar de tratamento cirúrgico e os pacientes com diagnóstico prévio de HAI tem 7 vezes mais chance de apresentarem DII *de novo*.

16. AVALIAÇÃO DO USO DA CARBOXIMALTOSE FÉRRICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

BRUNO LIMA RODRIGUES¹; LUIS EDUARDO MIANI GOMES¹; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO¹; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY¹; YCE MARIA ANNICHINO-BIZZACCHI²; RAQUEL FRANCO LEAL¹

1. LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, GASTROCENTRO (FCM-UNICAMP), CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

2. LABORATÓRIO DE HEMOSTASIA, HEMOCENTRO (UNICAMP), CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Doença inflamatória intestinal (DII) engloba a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), e é caracterizada pela inflamação crônica do intestino. Dentre vários sintomas e manifestações extra intestinais, a anemia é considerada uma das mais comuns, presente em 27% dos pacientes com DC, e em 21% dos pacientes com RCU. O tratamento da anemia deve ser feito precocemente, pois a deficiência de ferro pode ter um efeito sistêmico, afetando os sistemas nervoso central, imunológico, cardiorrespiratório

e vascular. Comparado com a ingestão oral, a administração intravenosa de suplemento férrico apresenta uma melhor resposta, como aumento do nível da hemoglobina e de ferro sérico. Novas terapias têm surgido, dentre elas, o uso intravenoso da carboximaltose férrica (CF), que permite uma distribuição de ferro em alta dose de forma controlada e segura, e em período mais curto do que as suplementações convencionais. **Objetivo:** Avaliar os parâmetros clínicos e laboratoriais relacionados à presença de anemia e atividade da doença antes e após o tratamento com carboximaltose férrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, em que, após a aprovação do Comitê de Ética (CAAE 56915516.6.0000.5404), foram avaliados prontuários de pacientes do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Gastrocentro da Unicamp que utilizaram carboximaltose férrica para o tratamento da anemia, desde sua aprovação para uso no Brasil. A atividade da doença inflamatória foi avaliada através da proteína C reativa (PCR), escores clínico de atividade (Crohn's disease Activity Index – CDAI para DC, e Mayo para RCU), e exames complementares disponíveis nos prontuários. **Resultados:** Durante o período de agosto de 2016 a agosto de 2017, foram incluídos 9 pacientes com DII que receberam CF. A média de aplicação de CF foi de 2,3 (\pm 1,8), e todos os pacientes estavam em uso de anti-TNF- α e imunossupressor. **Discussão:** Apesar do número pequeno de pacientes incluídos, a CF mostrou-se eficaz na melhora da anemia nos pacientes com DII não respondedores a outras formulações endovenosa de ferro. Comparado com os tratamentos convencionais, o uso da CF levou a um aumento de hemoglobina e ferritina em um período rápido e com a necessidade de poucas aplicações. Em 77,7% dos pacientes, foi observada uma diminuição do nível de PCR após o uso do CF. Contudo, por ser um marcador inflamatório inespecífico, não é possível afirmar que esta diminuição esteja relacionada com o tratamento proposto. A atividade da doença é melhor avaliada por escores clínicos e endoscópicos, que costumam ser aplicados em pesquisas prospectivas e poucas vezes em rotinas clínicas. A falta destes dados foi uma das limitações deste estudo retrospectivo. **Conclusão:** O uso da CF mostrou ser eficaz e seguro em pacientes com DII que apresentavam anemia de grau moderada a grave, levando a um rápido aumento de hemoglobina e ferritina.

17. BRONQUIECTASIA: MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal DA DOENÇA DE CROHN

RAQUEL DIAS GRECA; ISADORA ELIAS PEREIRA; MARCELLO IMBRIZI RABELLO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As manifestações extraintestinais na Doença de Crohn (DC) ocorrem em aproximadamente 25-30%

dos pacientes envolvendo múltiplos órgãos. Os pulmões raramente são afetados, mas os relatos são crescentes. **Objetivo:** Apresentar o relato de caso de paciente com Doença de Crohn associada a Doença Pulmonar Intersticial. **Relato do caso:** Paciente masculino, 40 anos, com diagnóstico de doença de Crohn aos 32 anos, com controle da doença em uso de Mesalazina 2,4g/dia. Após 2 anos, do diagnóstico, iniciou quadro de dispnéia, tosse persistente, perda ponderal e infecções respiratórias de repetição, recebendo em 2015 o diagnóstico de bronquiectasia pulmonar. Após evolução do quadro pulmonar com padrão tomográfico de doença difusa bilateral e atelectasia persistente em hemitórax esquerdo, foi realizada lobectomia inferior esquerda em 2017. Apresentou significativa melhora clínica com controle inalatório e ganho de peso nos meses subsequentes, porém no início de 2018 apresenta nova piora clínica com indicação de oxigenoterapia domiciliar, recorrentes internações hospitalares e descompensação da doença intestinal, com diarreia sanguinolenta e emagrecimento. Com a recorrência das infecções pulmonares, a terapia imunossupressora é questionada. Atualmente encontra-se internado no Hospital de Clínica da UNICAMP, onde faz uso de corticosteroides, antibioticoterapia, suporte nutricional e aguarda compensação clínica e indicação de transplante pulmonar. **Discussão:** As bronquiectasias raramente precedem o diagnóstico de DC, não se correlacionam com a doença colônica e podem apresentar-se anos após a controle da doença. A DC pode envolver a árvore traqueobrônquica, o parênquima pulmonar e a pleura, sendo as vias aéreas superiores o local, e as bronquiectasias, a patologia mais comum. A bronquiectasia é definida como uma dilatação anormal e irreversível dos bronquíolos de tamanho médio. A maioria das vezes apresenta tosse e quantidades abundantes de produção de escarro. **Conclusão:** A DC é uma doença sistêmica cujas manifestações clínicas podem envolver qualquer outro órgão, através de um conjunto de processos ainda pouco elucidados. O acometimento pulmonar nas doenças inflamatórias intestinais é raro e pouco caracterizado e seus relatos são relevantes para melhor estudo e definição do manejo terapêutico.

18. CÂNCER COLORRETAL EM PORTADOR DE COLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À SÍNDROME DE WILLIAMS- CAMPBELL

BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; LUCAS DE SENA LEME; BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA; DANIEL DE CASTILHO SILVA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

Introdução: Pacientes portadores de retocolite ulcerativa apresentam risco aumentado de desenvolver câncer

colorretal e este aumenta de acordo com o tempo de doença. A probabilidade do desenvolvimento de neoplasias nesses pacientes após 10 anos do diagnóstico é de 2%, mas pode chegar a 20% depois de 30 anos. A realização de colonoscopias periódicas pode ajudar a prevenir esse tipo de câncer ou diagnosticá-lo precocemente. A Síndrome de Williams-Campbell é uma doença congênita caracterizada pela deficiência na formação de cartilagem nos brônquios de quarta a sexta ordem. Como resultado desta bronquiectasia, o paciente cursa com sintomas de broncoespasmo e pneumonia de repetição. **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 43 anos, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário São Francisco com quadro de abdome agudo obstrutivo. Apresentava antecedente pessoal de Síndrome de Williams-Campbell acompanhado na pneumologia de outro serviço. Foi realizada tomografia computadorizada que demonstrou neoplasia estenosante em sigmóide com dilatação de cólon a montante, sem sinais de metástase a distância, abscesso ou perfuração. Foi indicado laparotomia exploradora de urgência, porém paciente evoluiu rapidamente para quadro de choque séptico. No intraoperatório foi evidenciado lesão obstrutiva em sigmóide proximal compatível com os achados tomográficos. Pelo quadro clínico grave, foi optado por colostomia em alça acima e próxima a lesão. Paciente permaneceu internado em UTI por cinco dias com quadro de choque séptico grave, com necessidade de ventilação mecânica e drogas vasoativas em doses altas. Evoluiu com melhora clínica lenta e recebeu alta hospitalar no 16º pós-operatório. Em colonoscopia realizada posteriormente, foi encontrado, além de lesão vegetante em sigmóide, duas lesões ulceradas de um centímetro em ceco (biópsia revelou colite ulcerativa), sem alterações, naquele momento, de mucosa ou pseudopólipos. Realizada retossigmoidectomia oncológica com anastomose mecânica primária e linfadenectomia retroperitoneal. Na análise macroscópica da peça cirúrgica, observou-se hiperemia de mucosa e pseudopólipos no cólon proximal a colostomia terminal. O cólon distal apresentava mucosa sem alterações. Paciente recebeu alta hospitalar no quinto pós-operatório sem queixas. Anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT3pN2a com quatro linfonodos comprometidos de cento e dezoito ressecados) e colite ulcerativa no cólon proximal a ostomia. Paciente nunca apresentou sintomas (intestinais ou extra intestinais) típicos de doença inflamatória intestinal. Atualmente, em acompanhamento em nosso ambulatório. **Conclusão:** até o momento, não encontrado na literatura associação de Síndrome de Williams-Campbell com retocolite ulcerativa e câncer colorretal.

19. CÂNCER DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO

THIAGO DE SOUZA TELLO¹; GABRIEL HELENE CAINELLI¹; MARCEL AROUCA DOMENICONI¹; RAFAEL IZAR DOMINGUES DA COSTA^{1,2}; DANIEL LUÍS LUPORINI¹; RAFAEL LUÍS LUPORINI^{1,2}

1. SANTA CASA DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCAR), SÃO CARLOS, SP, BRASIL.

Introdução: Doenças inflamatórias intestinais ocupam a terceira posição entre os fatores de risco não modificáveis para o câncer colorretal. Duração prolongada e maior extensão da doença estão ligadas a isso. O risco de um paciente com doença de Crohn desenvolver câncer colorretal é de 2,9% em 10 anos, 5,6% em 20 anos e 8,3% em 30 anos. **Relato de caso:** LHB, 23 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn há 12 anos e em uso de Adalimumabe há 4 anos devido a estenoses cólicas e fístulas perianais. Há 1 ano, emagrecimento (8kg), atingindo peso de 39kg, cólicas, distensão abdominal e fezes afiladas. RM: espessamento inflamatório de cólon esquerdo, dilatação colorretal e fístula pararectal esquerda. Colonoscopia: estenose anal. EDA: subestenose esofágica inflamatória (dilatação) Optado por nutrir paciente para cirurgia, entretanto o mesmo evoluiu com obstrução intestinal. Realizada transversotomia. Após cirurgia, iniciado Modulen + Adalimumabe e azatioprina. Apresentou ganho de 3,5kg/1 mês. Após 1 mês, realizada retossigmoidoscopia: redução de estenose inflamatória anal, evidenciando estenose de reto médio, cuja biópsia evidenciou Adenocarcinoma. Realizadas Proctocolectomia total + amputação de reto + ressecção de fístulas perirretais + ileostomia terminal. Anatomo-patológico: adenocarcinoma invasivo (T3?N0M0). Fístulas: adenocarcinoma invasivo (margens?). Atualmente: Radioterapia e Quimioterapia adjuvante. Bom estado geral, 54 kg, aguardando finalização da Quimioterapia para definição referente à introdução de biológico. **Discussão:** A patogênese do câncer colorretal causado pela doença de Crohn ainda é pouco conhecida. Sabe-se que a mesma passa pelas seguintes mudanças: instabilidade genética, alteração epigenética, resposta imune gerada pela agressão inflamatória da mucosa, stress oxidativo e alteração da microbiota intestinal. Um elemento fundamental para diminuir o risco de câncer colorretal associado a doença de Crohn é o diagnóstico precoce através da identificação de lesões pré-neoplásicas nos pacientes de risco durante a colonoscopia, melhor controle da doença, aumento de colectomias totais e uso de drogas com efeito protetor. O caso apresentado trata-se de um jovem com doença de Crohn, que após 12 anos de doença, desenvolveu Câncer de reto. O câncer provavelmente teve seus sintomas confundidos com os da Doença de Crohn, que, juntamente com a estenose anal, levaram a um provável atraso diagnóstico.

Conclusão: Doença de Crohn é uma das doenças com potencial de malignização. O tratamento adequado e o acompanhamento sistematizado devem ser realizados visando reduzir esse potencial.

20. CERTOLIZUMAB PEGOL FOR INDUCTION OF MUCOSAL HEALING IN CROHN'S DISEASE: A CASE REPORT

JÚLIO M. F. CHEBLI¹; LILIANA A. CHEBLI¹; NAYARA F. T. BRAZ²

1. FACULDADE DE MEDICINA, CENTRO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.
2. LABORATÓRIO INTERDISCIPLINAR DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA, FACULDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

Background: Perianal fistula occurs in 25–50% of patients with Crohn's disease (CD). Previous study has shown the efficacy of Certolizumab Pegol (Cimzia) for closure of fistulas in patients with CD. **Methods:** We describe the case of a 20-year-old female with watery diarrhea for 4 months, 5 to 7 exonerations per day accompanied by colicky abdominal pain located in lower abdomen, besides urgency and tenesmus. She reported weight loss of 8 kg and spontaneous outflow of secretion in moderate quantity in the perianal region. Physical examination: pale, afebrile and anicteric. In the proctological examination she presented perianal sentinel fold, presence of single perianal fistula draining mucoid secretion during expression Fecal calprotectin (FC) was 650 µg/g. In the ileocolonoscopy the sigmoid colon and terminal ileum presented deep, extensive and longitudinal ulcers and were covered by fibrin. Multiple biopsies were performed on the rectum, on the entire colon and on the terminal ileum. In the anatomopathological exam there were chronic inflammatory process with lymphoplasmacytic infiltrate of lamina propria throughout the colon with occasional eosinophils; presence of non-caseous granulomas in the sigmoid; erosive ileitis with discrete crypt atrophy. The CT *enterography* showed thickening of terminal ileum and sigmoid colon and densification of adjacent mesenteric fat. A *pelvic MRI* scan showed perianal fistula with a single path and absence of abscess. **Results:** The patient was started on SC injections of 400mg of Certolizumab Pegol at weeks 0, 2, and 4 followed by maintenance injections (400 mg) 4 every 4 weeks. Six weeks later, the patient presented improvement of diarrhea and weight gain of 3 kg. There was a reduction in perianal fistula drainage and C-reactive protein was 12 mg/L. At the 12th week of induction the patient returned without abdominal pain or diarrhea and fistula without drainage. Nine months after starting Certolizumab Pegol she was asymptomatic, and fistula without drainage, C-reactive protein of 1 mg/L and FC of 50 µg/g. Ileocolonoscopy: normal up to 10 cm from the ileum, except residual healing areas in sigmoid and terminal ileum. At the last visit she remained asymptomatic, with normal physical and

proctological examination, C-reactive protein of 1 mg/L and FC of 30 µg/g. The patient remains in Certolizumab Pegol 400 mg every 4 weeks. **Conclusions:** This report highlights a case of CD with mucosal healing and emphasizes the utility of Certolizumab Pegol as a treatment in this setting.

21. CERTOLIZUMABE PEGOL COMO PRIMEIRA ESCOLHA NA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA NA DOENÇA DE CROHN: UM RELATO DE CASO

CRISTINA FLORES¹; YURI FERRASSO²; FERNANDA DE O. A. LIMA²; NAYARA F. T. BRAZ, PHD²

1. GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA, COORDENADORA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.
2. MEDICAL SCIENCE LIASION, UCB BIOPHARMA.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é caracterizada pela presença de inflamação intestinal acompanhada por áreas de ulceração. Dados acumulados sugerem que a cicatrização da mucosa na DC está associada a remissão clínica prolongada e maior tempo para recaída. Assim, a cicatrização da mucosa é um objetivo terapêutico cada vez mais importante no tratamento de pacientes com DC. **Relato de caso:** Paciente com 24 anos, feminina, branca, estudante. Submetida a apendicectomia e drenagem de abscesso intra-abdominal em Março/2015. Em Novembro/2016 iniciou com dor abdominal em hipogástrico, febre, diarreia e disporeunia. Em 07/02/17 foi à emergência, realizada tomografia abdominal que mostrou espessamento no íleo terminal e a presença de coleção de 1,2 cm, não passível de punção. Iniciado Ciprofloxacina, Metronidazol, Prednisona 40mg. Após 14 dias foi iniciada azatioprina 2 mg/kg. A colonoscopia evidenciou íleo terminal com extensas ulcerações profundas serpiginosas e estreladas com ilhas de mucosa edematosa pelos 20 cm de íleo terminal examinado SES-CD=9. Em 03/03/2017 clinicamente bem, com redução significativa da dor abdominal, sem febre ou diarreia mantendo Ciprofloxacina, Metronidazol e em esquema de redução de corticoide. Abril/2017 voltou a apresentar dor abdominal, realizada nova tomografia de abdome que mostrou redução do espessamento parietal do íleo distal, assim como do adensamento de planos adiposos e dos linfonodos adjacentes. Iniciado terapia com CZP em 10/05/2017. Neste momento com Prednisona 20mg em redução e Azatioprina 2 mg/kg. Paciente evoluiu com resolução da dor abdominal e da diarreia. Retirada completa da prednisona. Em 18/12/17 realizada colonoscopia de controle, 34 semanas após início do biológico. Como resultado, Íleo terminal com áreas de retração cicatricial e discretas áreas de enantema. **Conclusão:** O caso apresentado demonstrou cicatrização da mucosa como resultado ao tratamento com CZP no paciente com CD endoscópica ativa acentuada no íleo terminal.

22. CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA

ANTÔNIO EXPEDITO SIMEÃO SOUZA; MURILO MOURA LIMA; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. TERESINA, PI, BRASIL.

Introdução: A Retocolite Ulcerativa (RU) é caracterizada por inflamação crônica da mucosa do reto e colon. Atualmente, configura meta importante do tratamento da RU, além da remissão clínica, a cicatrização da mucosa intestinal, também chamada de remissão profunda. A cicatrização da mucosa é um indicador confiável de controle da doença e está associado à redução das taxas de hospitalização e cirurgia, do tempo de uso de corticoterapia e da incidência de câncer colorretal. **Objetivo:** Determinar a probabilidade de ocorrer cicatrização da mucosa ao longo do tempo em pacientes com RU no serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da UFPI. **Metodologia:** Trata-se de coorte retrospectiva feita com dados de prontuários médicos de 94 pacientes. Que fizeram seguimento em nosso serviço no período de 2002 a 2015. Para avaliação da mucosa intestinal foi utilizado o subescore endoscópico do Mayo Clinic Score. Foi considerada mucosa cicatrizada o achado de subescore endoscópico igual a zero. A probabilidade de obter-se cicatrização de mucosa foi calculada pela análise de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. A comparação entre as variáveis foi feita pelo teste de Log-Rank e considerado estatisticamente significativo o valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Dos 94 pacientes incluídos, 55 (58,5%) obtiveram cicatrização de mucosa durante sua evolução. A média do tempo até cicatrização foi de 43,5 meses. As probabilidades de se obter cicatrização da mucosa com 1, 2, 5 e 10 anos de doença foram de 6.5%, 20.3%, 52.2% e 75.8%, respectivamente. O log rank test não demonstrou diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as curvas de sobrevida de acordo com a extensão de doença e o sexo. A probabilidade de se obter cicatrização da mucosa foi significativamente menor quando comparada a curva de sobrevida dos pacientes com subescore endoscópico inicial igual a 3 com as curvas dos indivíduos com subescore endoscópico inicial igual a 1 ou 2 ($p = 0,0025$). **Conclusão:** Após 5 anos de doença, a probabilidade de obter-se cicatrização de mucosa foi superior à 50% e após 10 anos, superou os 75%. A remissão endoscópica foi menor em pacientes com acometimento endoscópico inicial mais severo.

23. CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CROHN'S DISEASE: A COHORT OF MIDWEST -BRAZIL

JOÃO BATISTA TAJRA; DANILLO BRITO; ANA PATRÍCIA DE PAULA; JONAS FINCO; LUCAS PEREIRA

UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA – HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL – BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introduction: In Brazil and Latin America, epidemiological studies of Crohn Disease [CD] are also very scarce. Traditionally regarded as a disease of westernized nations, the epidemiology of Crohn Disease is changing throughout the world at the turn of the 21st century. Actually, newer epidemiological studies suggest that incidence might be rising rapidly in South America, Asia and Africa. Additionally, an increase in disease incidence among ethnicities and nationalities in whom CD were previously uncommon has substantial implications for the understanding of pathogenesis and environmental factors. **Methods:** Design and Setting This study was a single center prospective cohort of adult patients from March-2017 to March-2018 in Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) in Brasília-Brazil located in Midwest region of Brazil. A total of 41 patients were included. All the patients have been seen at least two times. In each consult were measured, CDAI, IMC, Montreal Behavior, type of treatment and Extraintestinal Manifestation. Identification of Subjects: The patients were included in cohort study by on line record. In the first consult, the diagnosis of Crohn Disease was confirmed using standard clinical, endoscopic images, radiographic and histological criteria. The number of consults was 3 ± 4 in average. Data Collection: Clinical information including sex, race, age, disease behavior, treatment, extraintestinal manifestations, IMC, age at diagnosis and family history were extracted. Disease behavior and location for CD was based on the Montreal Classification. Environmental risks factors were recorded: cigarette smoking and medications including antibiotics and oral contraceptives. Biochemical exams were request as needed. **Results:** Baseline characteristics of the patients Based on an initial inscription by on line site (www.hospitaldebasedf.com.br) a total of 171 subjects were evaluated under probabilistic sample. Of the 171 subjects, 95 subjects were eligible as Inflammatory Bowel Disease (IBD). RCUI was diagnosed in 54 patients. **Discussion:** Since 1990, the incidence of inflammatory disease has stabilized in the western world though prevalence remains high. Prevalence of Crohn's Disease in Latin America remains unknown. RCUI was recognized as a medical condition approximately 60 years earlier than CD, and thus for years was thought to be more common than CD. In this study, RCUI was more prevalence than CD in one year of follow-up. The most common disease

behavior at the diagnosis is inflammatory type (65%), 5 a 12% had stricturing disease. Montreal classification (2005) showed many differences numbers in cohort studies around the world. In a French population-based registry, colonic disease (L2) occurred in 40%. Similarly, in a study from Denmark, the prevalence of colonic disease was 37%. Our data showed one different in phenotype with great predominance of Montreal L3. In a Copenhagen cohort study, the degree of clinical activity was prospectively collected. Within the first year after diagnosis 80% had high activity disease. In our cohort, 30% of the patients were with clinical activity disease by CDAI. It's possible that in new biologic era this number remains stable. Surgery is a common in patients with CD. Three cohorts from Norway, Hungary and Denmark reported the probability of surgical resection was 15%, 30% and 38 a 52% at 1,5 and 10 years after diagnosis, respectively. In Brasília, 23% of patients were submitted of the surgical treatment with 11% as first treatment an emergence room with right ileocectomy as a mainly surgery. The conventional management algorithm for CD is based on step-care sequentially, starting with the least effective agents to more strong drugs. We observed, in contrast, a preference for TNF antagonists (Adalimumab and Infliximab) with 45% as a mainly therapeutic drug. Possibly many clinicians have abandoned the pyramid algorithm for an approach featuring the early introduction of highly effective therapy in high-risk patients. The cost of this choice is very high for the Health System. Extraintestinal manifestations of IBD are seen in 25-40% of patients with RCU and CD. In one year of follow-up, we found 61% of extraintestinal manifestations. **Conclusion:** RCU is most frequent than CD in Midwest of Brazil. The CD was more found in young female. In this study admixture people was 50% of study popula@on with only 8% in blacks. Phenotype Montreal was mainly L3 (Ileocolonic) with inflammatory behavior. An@- TNFs drugs were prescribed in almost half sample. Extraintes@nal manifesta@ons were presented in 61% mainly musculoskeletal system.

24. ESTUDO COMPARATIVO DA DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA E SEM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

JORDANA MENDES RIBEIRO PRADO; JULIANA SILVA MATEUS; RENATA AMARO DO NASCIMENTO SANTOS, ALEXANDRE DA SILVA CAMPOS; MARJORI LEIVA CAMPAROTO

Introdução: A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) multifatorial e subdiagnosticada, com prevalência de depressão maior que na população em geral. **Objetivo:** Avaliar sintomas depressivos e Qualidade de Vida (QV) de pacientes com RCU

e comparar com pacientes sem DII. **Metodologia:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNOESTE (CAAE: 58396116.0.0000.5515). Os participantes responderam aos questionários “Teste Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)” e “Inventário de Depressão de Beck (BDI)”. **Discussão:** Fizeram parte da amostra 38 indivíduos, com idade entre 19 e 81 anos, sendo 60% mulheres e 40% homens, a maioria economicamente ativa. Dos participantes, 18,5% têm diagnóstico de RCU, sendo quatro recém-diagnosticados e três com diagnóstico há mais de um ano. Os outros participantes (81,5%) não apresentaram DII. Os resultados obtidos no IBDQ, sobre QV, estão representados na Figura 1, indicando menor prevalência de QV excelente e maior de QV regular em pacientes com RCU em relação aos sem DII. Segundo o BDI, nos pacientes com RCU foi identificada maior prevalência de depressão leve a grave comparado àqueles sem DII. **Conclusão:** Os dados evidenciaram a relação entre a atividade da RCU e maior ocorrência de sintomas depressivos, interferindo negativamente na QV dos pacientes com RCU. Mesmo considerando baixo o número amostral, os resultados demonstraram o impacto da doença sobre os fatores psíquicos.

25. CORRELAÇÃO DE MÉTODOS NA AVALIAÇÃO DE REMISSÃO NA DOENÇA DE CROHN: CALPROTECTINA FECAL, EXAME DE IMAGEM, ENDOSCÓPICO E SINTOMAS CLÍNICOS

LUANA OLIVEIRA LUZ; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; DÉBORA DOURADO POLI; ANA CAROLINA MAUAD COLI; JULIA FERRAZ FURTADO; FERNANDA NORONHA LUZ

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença de longa duração decorrente de uma interação entre fatores genéticos e ambientais. Observa-se predominantemente nos países desenvolvidos embora a paisagem esteja rapidamente mudando. A etiologia precisa é desconhecida e, portanto, uma terapia causal ainda não está disponível. Um único padrão-ouro para o diagnóstico de CD não está disponível. O diagnóstico é confirmado pela avaliação clínica e uma combinação de investigações endoscópicas, histológicas, radiológicas e/ou bioquímicas. É improvável que a patogênese precisa seja compreendida em breve e, portanto, os clínicos devem orientar os pacientes com base no conhecimento atual. **Objetivo:** Avaliar diferentes métodos invasivo e não-invasivos utilizados atualmente para diagnóstico e monitorização inflamatória da doença de Crohn e suas correlações, buscando obter melhor avaliação para otimização terapêutica com consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes. **Materiais e métodos:** Estudo longitudinal e prospectivo em que foram

avaliados 16 pacientes com diagnóstico confirmado de Doença de Crohn em realização de reestadiamento de doença com os diferentes métodos, no período do mês abril de 2017 a janeiro de 2018. **Discussão:** A remissão clínica completa não corresponde à demais parâmetros, não mostrando ser forma eficaz para controle de remissão de doença. Ausência de correlação entre Colonoscopia e Enterotomografia para atividade ou remissão da doença. A calprotectina fecal foi uma forma eficaz e não invasiva de detecção de inflamação intestinal, com maior correlação com a enterotomografia quando em atividade. Ausência de monoterapia efetiva, com 53,3% em uso de agentes biológicos associados a Anti-TNF. E 66,7% dos pacientes mantinham atividade colonoscópica em uso de agentes biológicos. **Conclusão:** A avaliação formal da atividade da doença está associada a muitos desafios, incluindo terminologia confusa, diferentes nomes ou abreviaturas para o mesmo índice, e a tendência de usar índices compostos que combinam avaliação de sintomas com medidas objetivas de inflamação ou qualidade de vida. E onde constata-se que, na prática diária, os médicos optam geralmente por confiar na impressão clínica e por seguir a sua intuição experimental. No futuro, caso a cicatrização da mucosa se confirme, definitivamente, como o melhor marcador de resposta terapêutica e de bom prognóstico a longo prazo, é provável que, na tentativa de obviar o caráter invasivo da avaliação endoscópica, se procurem alternativas menos cruentas que reflitam a mesma realidade, para futuramente objetivar a melhor otimização terapêutica com menores taxas de recidivas e complicações da doença.

26. DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM PACIENTE PORTADOR DE RETOCOLITE ULCERATIVA

CÍNTIA CRISTINE SANTOS FOGAÇA; PATRÍCIA DA SILVA FUCUTA; EDLA POLSINELI BEDIN MASCARIN DO VALE

SERVIÇO DE GASTRO HEPATOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII), doença de Crohn (DC) e colite ulcerativa (RCU), são distúrbios sistêmicos que afetam predominantemente o trato gastrointestinal, mas também estão associados a uma série de manifestações extraintestinais. A patogênese de trombose em pacientes com DII é multifatorial e não totalmente explicado. A incidência de tromboembolismos (TE) em IBD foi estimada como sendo aproximadamente 0,1% - 0,5% ao ano, com mortalidade geral de até 25% por episódio. A incidência de tais episódios também está correlacionada com a atividade e extensão da doença, especialmente nos pacientes com pancolitena RCU. **Objetivos:** Descrever um caso de

acidente vascular cerebral devido deficiência de proteína S, em paciente jovem, portador de retocolite ulcerativa. **Relato:** Paciente masculino, 31 anos, encaminhado ao ambulatório de Gastroenterologia em 2012, após quadro de diarreia com presença de sangue associado à dor abdominal tipocólica. Colonoscopia evidenciando erosões do reto ate ceco, com fundo recoberto por fibrina, friável com enantema difuso. Biópsia compatível com colite crônica erosiva em intensa atividade, com formações de abscesso em cripta. Endoscopia digestiva alta e ultrassom de abdôme normais. PCR e VHS elevados. Diagnóstico de Retocolite Ulcerativa. Foi prescrito sulfasalazina 4g/dia em 2012, com melhora dos sintomas. Em dezembro de 2015 paciente evoluiu com quadro de disartria e déficit motora esquerda, sendo internado para investigação diagnóstica. Tomografia de crânio demonstrando lesão com aspecto de encefalomalácia/gliosena projeção de núcleo caudado à direita e hipodensidade mal definida em formação, na projeção de cápsula interna à direita, relacionada à evento isquêmico agudo. Diagnóstico como acidente vascular de ponte, NIHSS7. Detectado deficiência de proteína S45% (VR88-130%), proteína C77% (VR70-130%), antitrombina III normal, anticoagulante lúpico negativo, ausência de mutação do fator V de Leiden e ausência de mutação da protrombina. Manteve-se assintomático, porém colonoscopia de junho/2016 evidenciou e antema acentuado e difuso além de aspecto tubular desde o reto até o ceco, notavam-se úlceras rasas em reto e sigmoide e esparsas erosões por todo o cólon, com friabilidade ao toque do aparelho e presença de abundante muco, correspondendo a uma pancolite. Enterotomografia com espessamento parietal circunferencial captante de contraste endovenoso acometendo o reto, cólon sigmóide, hemicólon esquerdo e terço distal do cólon transverso. Prescrito infliximabe mas o paciente apresentou um novo episódio de AVC, antes do início da medicação, seis meses após o primeiro evento. RM encéfalo: imagem hiperintensa em flair em região de capsula interna e substancia branca periventricular a esquerda, com restrição a difusão correspondendo a um infarto isquêmico agudo acometendo núcleos da base e coroa radiada à esquerda. Optado por início de anticoagulação com warfarina 5mg/dia. Paciente evoluiu bem, em acompanhamento multidisciplinar com melhora do déficit motora esquerda. Atualmente, o paciente permanece com 1 a 2 evacuações ao dia, em uso de infliximabe e em acompanhamento com Equipes da neurologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia. **Conclusão:** A associação entre fenômenos tromboembólicos e doença inflamatória intestinal foi aqui demonstrada em um caso de um paciente jovem com RCU e deficiência de proteína S, que este caso corrobora com a literatura, em que é descrita uma prevalência maior de fenômenos tromboembólicos, cerca de três vezes maior na DII em relação a pessoas saudáveis.

27. DESENVOLVIMENTO DE TUBERCULOSE ATIVA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E COM RASTREAMENTO NEGATIVO PRÉVIO À INTRODUÇÃO DE TERAPIA ANTI-TNF

LUCIANA BARROS

28. DOENÇA DE CROHN E GESTAÇÃO – FATORES EMOCIONAIS E DESENVOLVIMENTO FETAL

JORDANA MENDES RIBEIRO PRADO; JULIANA SILVA MATEUS; RENATA AMARO DO NASCIMENTO SANTOS; ALEXANDRE DA SILVA CAMPOS; MARJORI LEIVA CAMPAROTO

Introdução: Mulheres com Doença de Crohn (DC) têm fertilidade semelhante à da população em geral, podendo apresentar riscos aumentados de intercorrências na gestação e no parto. **Objetivo:** Demonstrar a influência da saúde psíquica materna durante a gestação para a manutenção da saúde da gestante e fetal. **Relato de Caso:** DTIS, 28 anos, nulípara, apresentando ileíte terminal em grau severo, deformidade da válvula íleo cecal e estenose, além de colite de grau severo no cólon direito e parte do descendente, indicando DC. Exames laboratoriais indicavam anemia e processo inflamatório ativo. Foi instituída terapia com Infleximabe e realizada desobstrução cirúrgica da estenose. Não responsiva à terapêutica, foi orientado Colectomia Direita, recusada pela paciente. Exames laboratoriais subsequentes indicaram diminuição do processo inflamatório, sendo instituída corticoterapia e Mesalazina. Após relatar desejo de engravidar, a corticoterapia foi suspensa, sendo dadas orientações sobre o tratamento e possíveis riscos da gestação. Exames de monitoramento da doença indicaram inflamação e anemia persistentes. Com constatação de gravidez e persistência da inflamação, foi mantida Mesalazina, baseado em evidências. Exames pré-natais indicavam desenvolvimento fetal normal, não sendo constatada anemia desde então. Ao final do último trimestre de gestação, exames de imagem demonstraram processo inflamatório em íleo terminal. A cesariana não apresentou complicações e, após o parto, a paciente interrompeu o uso da Mesalazina por vontade própria. Pretendendo amamentar, foi orientada a retornar o tratamento após a lactação. Após a lactação, retomou uso de Mesalazina e os exames de monitoramento da doença não apresentaram alterações, inclusive aqueles relacionados à inflamação. Até o último exame de monitoramento, a paciente encontrava-se em remissão da doença, realizando exames periódicos. **Discussão:** A gravidez demonstra ter efeito benéfico nos sintomas da DII, especialmente quando ocorre durante a remissão da doença e a incidência de recidiva é menor 12 meses após o parto. A estabilidade emocional tem sido considerada fator preditivo importante no prolongamento dos períodos de remissão da DC, favorecendo a saúde materna e o desenvolvimento

fetal adequado. **Conclusão:** A paciente apresentou melhora do processo inflamatório desde a confirmação da gestação. Acreditamos que um equilíbrio emocional materno é capaz de trazer benefícios na gestação de pacientes com DC, como foi observado no relato. Estudos adicionais são necessários para correlacionar os fatores emocionais sobre o curso da DC em pacientes gestantes e a influência da saúde materna no desenvolvimento fetal.

29. RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN, PSEUDOPÓLIPOS E LESÃO PSEUDOTUMORAL GIGANTE EM CÓLON ESQUERDO E TRANSVERSO ASSOCIADO AO USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

V. S. VALERIANO¹; P. C. C. A. LEITE²; N. L. S. DEWULF¹

1. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE. FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: As Doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas pela inflamação crônica do trato gastrointestinal, ocasionadas principalmente pela Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Existe uma predominância na raça branca, com faixa etária entre 20 e 40 anos, e um segundo pico a partir dos 55 anos, e distribuição semelhante em ambos os sexos. Uma doença de difícil diagnóstico e por vezes diferenciação entre RCU e Crohn. **Objetivo:** Relatar o raro caso clínico de uma paciente portadora de doença inflamatória intestinal, diagnosticada inicialmente como retocolite ulcerativa, e mudança do fenótipo para doença de crohn. Relatar a formação de inúmeros pseudopólipos e lesão pseudotumoral gigante suboclusiva envolvendo todo o cólon esquerdo e cólon transversal associado ao uso de vedolizumabe, e abordagem cirúrgica videolaparoscópica. **Relato de caso:** M.J.A.S., 34 anos, feminino, parda apresentava desde 2015, diagnóstico prévio de Retocolite Ulcerativa, há 1 ano, em tratamento de forma irregular com mesalazina e azatioprina. Evoluiu em agosto de 2016, com dor abdominal, diarreia mucosanguinolenta, mais de 10 x ao dia, anemia importante, descompensação hidroeletrolítica e desnutrição importante. Durante a internação hospitalar foi realizado transfusão sanguínea, noripurum, antibioticoterapia, terapia nutricional (moduleno e glutamina), corticóide e mesalazina com melhoras dos sintomas, e indicação de terapia biológica. Na colonoscopia apresentou alguns pseudopólipos inflamatórios em colon esquerdo e reto normal, que foram ressecadas cujo anatomopatológico demonstrou adenoma tubular com displasia baixa. A enterotomografia não demonstrou alterações significativas. No início de 2017, realizou infusão de vedolizumabe com melhora importante de todo o quadro clínico. Após aproximadamente 10 meses

do início da terapia biológica, apresentou dor abdominal, massa palpável em flanco e fossa ilíaca esquerda, adinamia, hiporexia, anemia e aumento de calprotectina fecal e PCR. Realizado colonoscopia com lesão volumosa circunferencial ocupando toda a luz, inúmeros pólipos em colon esquerdo e transverso, impedindo a progressão do aparelho. Realizado em janeiro de 2018 abordagem cirúrgica tipo colectomia total com íleo-reto anastomose por vídeo-laparoscopia. O anatomopatológico mostrou inflamação transmural com alta carga de eosinófilos, inúmeras úlceras e pólipos favorecendo a doença de crohn. Paciente evoluindo bem até o momento. **Conclusão:** Os pseudopólipos são uma entidade bem descrita na evolução das doenças inflamatórias intestinais. Apesar de sua formação ainda não completamente entendida, são consideradas lesões não neoplásicas. A prevalência não pode ser avaliada com exatidão, porém tem uma incidência estimada de 10 a 20% dos casos, mais comumente em pacientes com Retocolite Ulcerativa que em Doença de Crohn, sendo mais afetado o cólon transverso e esquerdo. A presença dos pseudopólipos é um marcador de episódios anteriores de inflamação importante, porém, não há como prever sua formação. A presença de pseudopólipos inflamatórios é considerado um fator de risco intermediário para a formação do câncer colorretal.

30. DOENÇA DE KIKUCHI-FUGIMOTO ASSOCIADA A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

BRUNA MAYER MATTOS

Introdução: A Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), também chamada de linfadenite histiocítica necrotizante, é usualmente caracterizada por linfadenopatia e febre alta prolongada. A biópsia linfonodal confirma histologicamente a doença, o que permite diferenciá-la de doenças linfoproliferativas e infecciosas. Aqui relatamos o caso de um paciente adolescente do sexo masculino que manifestou DKF dez meses após ter sido diagnosticado com Doença de Crohn e tratado com tiopurina e anti-TNF. **Relato do caso:** Um adolescente do sexo masculino com 15 anos, iniciou após viagem, diarreia muco-sanguinolenta, associada a forte dor e distensão abdominal e febre alta. Foi tratado inicialmente como diarreia infecciosa com antibióticos por 20 dias, sem sucesso. Evoluiu com inapetência perda ponderal, eritemas nodosos, dores articulares, anemia, discreta leucocitose, provas inflamatórias elevadas, sendo submetido a rastreamento infeccioso negativo. Realizada ileocolonoscopia, que diagnosticou Doença de Crohn íleo-colônica. O tratamento iniciado foi a terapia combinada com Infiximab (5mg/kg) e azatioprina (2,5mg/kg). Paciente teve boa resposta clínica, entrando em remissão da doença. Após 6 meses foi suspensa a administração de azatioprina, mantendo-se apenas a infusão de infliximab, na mesma dose, a cada 8 semanas.

Em retorno de rotina, 9 meses após o diagnóstico, paciente queixou-se de nodulação cervical, sem qualquer outro sintoma associado. Ao exame físico notava-se massa cervical endurecida, irregular, infiltrativa e indolor a palpação. Foi realizada tomografia cervical que evidenciou aumento do número de linfonodos nos níveis cervicais IB, II, III, IV e V bilateralmente, com dimensões aumentadas, confluentes e heterogêneos a direita. Paciente foi submetido a novo rastreamento infeccioso, que resultou negativo. A biópsia linfonodal demonstrou linfadenite necrotizante, com proliferação linfóide, agregados histiocitários, imunoblastos e debris apoptóticos, que juntamente com o perfil imuno-histoquímico foram compatíveis com DKF. **Discussão:** DKF é considerada uma doença rara, benigna e auto-limitada que pode mimetizar doenças linfoproliferativas e infecciosas. É sabido que pacientes com Doença inflamatória intestinal tem risco maior de desenvolver doenças hematológicas malignas, e tem este risco aumentado em 3 a 5 vezes quando tratados com tiopurinas. O mesmo risco não é evidenciado em paciente usando somente anti-TNF 27, porém a imunossupressão causada pelos mesmos podem favorecer infecções que se manifestam com linfonodomegalia. A suspeita clínica inicial, diante de exame clínico e tomográfico, era de que o paciente relatado estivesse acometido por uma doença linfoproliferativa ou infecciosa, levando-se em consideração o risco aumentado por ter sido exposto recentemente a tiopurinas e estar imunossuprimido pelo uso de anti-TNF. Não tivemos conhecimentos de outros relatos da associação entre DKF e DC. DKF pode estar raramente está associada a doenças auto-imunes. **Conclusão:** Apresentamos um caso raro de DKF manifestada em indivíduo masculino com DC imunossuprimido submetido à terapia com tiopurinas, mimetizando uma doença linfoproliferativa ou infecciosa.

31. DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À RCUI NA INFÂNCIA: SÉRIE DE CASOS

C.R.N.E LUZ; T.H.O LIMA; M.A.G SAMPAIO; J.E LUZ ; E.R.S.N REIS; L.S.N MOUZINHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO: HOSPITAL INFANTIL DR JUVÊNIO MATTOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

Introdução: As manifestações hepatobiliares da Retocolite Ulcerativa (RCUI) são suspeitadas a partir de exames laboratoriais e de imagem. Nesse grupo, destaca-se a Colangite esclerosante primária (CEP), condição relativamente rara, mas com grande morbimortalidade e a Hepatite autoimune (HAI), devendo estas, serem sempre investigadas. **Objetivo:** Demonstrar a associação de RCUI com doença hepática na infância. **Relato dos casos:** Caso1: A.R.S.L, 13 anos, feminino, diarreia, dor abdominal e febre de início aos 2 anos. Diagnosticada com RCUI aos 3 anos, fez uso de corticoide, mesalazina e posteriormente

azatioprina e infliximab. Alteração da função hepática com 6 anos. Colangioprocesso e biópsia hepática com padrão sugestivo de CEP. Em uso de adalimumab e ácido ursodesoxicólico. Caso 2: J.G.S.C, 13 anos, masculino, dor abdominal e diarreia mucossanguinolenta desde os 9 anos. Diagnóstico de RCUI aos 12 anos. Iniciado tratamento com Mesalazina, corticoide e posteriormente azatioprina, evoluiu com pancreatite aguda após tratamento com azatioprina. Alteração da função hepática com 12 anos. Colangioprocesso com lesão compatível com CEP. Devido a distúrbio de coagulação não foi realizada biópsia hepática. Em uso de infliximab e ácido ursodesoxicólico. Caso 3: I.A.F, 12 anos, masculino, diarreia com febre desde 2 anos. Diagnóstico de RCUI aos 9 anos. Iniciado tratamento com mesalazina. Alteração da função hepática com 10 anos. Confirmada HAI por biópsia hepática e auto anticorpos. Em uso de azatioprina e corticoide. Caso 4: EFC, 16 anos, feminino, diarreia mucossanguinolenta e dor abdominal desde 5 anos. Diagnóstico de RCUI aos 11 anos. Iniciado tratamento com mesalazina e corticoide. Alteração da função hepática com 11 anos. Confirmada HAI por biópsia hepática e auto anticorpos. Em uso de azatioprina e corticoide. **Discussão:** A RCUI, embora com pico de sintomas na adolescência, costuma expressar algum sinal precoce que passa despercebido na infância, ou diagnosticada como outra condição. A condução terapêutica é o grande desafio, especialmente na associação com doença hepática, pois esta progride de forma independente daquela, cabendo uma vigilância constante de ambas as doenças. **Conclusão:** É importante o conhecimento das manifestações hepáticas associadas à RCUI, especialmente em pediatria, devido à possibilidade de evolução para cirrose e malignidade.

32. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PEDIATRIA COMO MANIFESTAÇÃO DE FATORES PSICOSSOCIAIS

PEDRO TELES DE MENDONÇA NETO; RAFAELA OLIVEIRA TAVARES; ANDRE TOYOTI SAYAMA; CELIA AKEMI KONNO KUROBE; ANA VERONICA DA CUNHA TAVARES; EDSON VANDERLEI ZOMBINI

HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são caracterizadas por inflamação crônica, recidivante, desencadeadas pela interação entre fatores genéticos, ambientais, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa intestinal. Devido sua cronicidade, geram repercussões importantes na qualidade de vida da criança. São representadas principalmente pela Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa e Colite Indeterminada. **Objetivo:** Descrever o quadro clínico, laboratorial e imagem de doença inflamatória intestinal. **Relato de Caso:** G.A.R.Z., 05 anos e 2 meses, sexo

feminino, estudante, natural da Bolívia e procedente de São Paulo. Apresentava quadro de dejeções líquidas há aproximadamente 30 dias, mucossanguinolenta, associada a febre diária e perda ponderal de aproximadamente 3 quilos no período, negava outros sintomas. Residia com a mãe, pai e dois irmãos; a mãe não apresentava uma relação harmoniosa com a paciente. Na admissão apresentava-se hipocorada, desidratada, mas sem alterações em cavidade oral, anal ou em pele. Os exames laboratoriais iniciais mostravam anemia ferropriva, hiponatremia e hipocalcemia, aumento de PCR, VHS e Ferritina. A Colonoscopia revelou Colite ulcerativa e enantemática de cólon descendente e transversal, além de úlceras em cólon transversal e descendente. A pesquisa de anticorpo contra o *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) IgA e IgG e a pesquisa P-ANCA e C-ANCA foram não reagentes. Admitindo-se o diagnóstico de colite indeterminada. **Discussão:** DII podem gerar mudanças de grande impacto nas atitudes e condutas, assim como nos aspectos físicos, emocionais e sociais. Os aspectos psicossociais são fatores relevantes no desencadeamento das crises da doença, resultando em processo inflamatório crônico da mucosa intestinal. **Conclusão:** A possibilidade de DII deve ser pensada frente a um caso de diarreia crônica associada com perda ponderal, tal fato possibilita a precocidade do diagnóstico e instituição de medidas terapêuticas para controle dos sintomas e restabelecimento do estado de saúde da criança.

33. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM SÃO PAULO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

JOCELY MATHEUS DE MORAES NETO¹; ROGÉRIO MATHEUS DE MORAES JÚNIOR²; BRUNO MATHEUS DE MORAES²

1. UNIVERSIDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC, CAMPINAS (SP), BRASIL.

2. FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE, UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA (UNOESTE), PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são representadas, principalmente, pela doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), que caracterizam-se pela presença de um processo inflamatório crônico no trato gastrointestinal e pela ausência de uma etiologia conhecida. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares do SUS por DC e RCU no estado de São Paulo, comparando-o com os dados presentes na literatura, além de avaliar a qualidade de atenção a esses pacientes. **Materiais e métodos:** Os dados para a realização do atual estudo ecológico foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), presente no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), analisando-se a morbidade hospitalar do SUS no estado de São Paulo em 2017. **Discussão:** Segundo os dados descritos na literatura, o pico de incidência das DII dos 20 aos 29 anos, com um segundo pico entre 60 a 80 anos, além de ser mais prevalente nos pacientes da cor branca e apresentar uma prevalência semelhante entre

os sexos. Quanto aos dados encontrados nesse estudo, também observou-se uma maior prevalência entre 20 a 29 anos, com 18,63% das internações, entretanto, não observou-se um segundo pico entre 60 a 80 anos, já que a quarta década de vida ocupou o segundo lugar, com 15,72%. A cor branca também foi a mais prevalente no atual estudo, com mais da metade das internações (57,13%). O sexo feminino apresentou ligeira superioridade, com 56,29%, o que representa uma proporção de 1,29 para 1 internação do sexo masculino. Quanto à taxa de mortalidade de 2,84% no estado, observou-se que apenas as regiões de Presidente Prudente, Grande São Paulo, Campinas e Taubaté apresentaram valores menores que a média estadual, com 1,43%, 1,46%, 1,80% e 2,63%, respectivamente. **Conclusão:** Conclui-se que a população mais vulnerável a ser internada ou evoluir para óbito diante de um transtorno de condução ou arritmia cardíaca encontra-se na faixa etária entre 70 a 79 anos, do sexo masculino e da cor branca, demonstrando que esse grupo populacional necessita de uma maior atenção dos profissionais da área de saúde.

34. DOSAGEM DE NÍVEL SÉRICO DE INFLIXIMABE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA DE CROHN OU COLITE ULCERATIVA

VERA LUCIA DE MORAES

35. EFEITOS COLATERAIS DO METOTREXATO NA DOENÇA DE CROHN

ALINE FERNANDES SILVA¹; RAFAEL ADDUM MORAES¹; THAÍS SIQUEIRA¹; CYRLA ZALTMAN²; CÉSAR AUGUSTO DA FONSECA LIMA AMORIM²; MARCIO COSTA²

1 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RJ, BRASIL.

2 SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RJ, BRASIL.

Introdução: O metotrexato é uma droga com ação imunomoduladora, que exerce seus efeitos inibindo a enzima dihidrofolatorredutase, a qual está envolvida na síntese do DNA. Tem eficácia bem estabelecida no tratamento da Doença de Crohn, tanto na indução, quanto na manutenção da remissão. Os principais efeitos adversos são náuseas, vômitos, fadiga, fibrose hepática, mielossupressão e pneumonite por hipersensibilidade. **Objetivos:** Apresentar um caso relacionado aos efeitos colaterais do metotrexato e discutir suas indicações e perfil de segurança na doença de Crohn. **Relato de caso:** Paciente de 83 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn estenosante há 20 anos, em uso de Adalimumabe desde 2013, sem remissão endoscópica da doença. História prévia de pancreatite por azatioprina. Optado por associar imunossupressão com metotrexato. Quatro semanas após, evoluiu com úlceras orais e hiporexia, sem alteração do padrão evacuatório. Apresentava-se desidratada, com piora importante da função renal. Aventada hipótese

de estomatite por metotrexato, não se podendo, no entanto, descartar atividade extraintestinal da doença. Houve involução das lesões orais após curso de prednisona 20mg por 7 dias. Boa resposta à hidratação venosa com retorno à função renal basal. Por outro lado, apresentou pancitopenia, com quadro de neutropenia febril. Iniciado tratamento com Piperacilina-Tazobactam, com descalonamento para ampicilina-sulbactam após identificação de *Proteus mirabilis* em urocultura. Apresentou também lesões cutâneas sugestivas de herpes zoster em 3 dermatômos e candidíase oral. Foi tratada com aciclovir e fluconazol, com melhora das lesões. Recuperação da leucopenia e plaquetopenia após 4 dias de granulokine, mantendo anemia multifatorial (ferropriva/doença crônica). **Suspensão** uso do metotrexato. **Discussão:** O uso do metotrexato está bem indicado na Doença de Crohn ativa ou recidivante em pacientes refratários ou intolerantes a tiopurinas e anti-TNF. Em pacientes jovens EBV negativos, história prévia de malignidade e idosos deve-se considerar o metotrexato como imunomodulador, devido ao menor risco de malignidade em relação a azatioprina. A maioria dos efeitos colaterais não são graves, porém até 30% dos pacientes tratados por mais de 5 anos descontinuaram a terapia por toxicidade intolerável. No caso apresentado, observou-se estomatite e mielossupressão associada a infecção, além de herpes zoster e candidíase oral. Esses são efeitos colaterais incomuns, com relato de estomatite em apenas 6% dos pacientes e mielossupressão em até 4,5%, sendo rara a ocorrência de leucopenia com infecções oportunistas. Recomenda-se monitorização com hemograma e hepatograma antes do início do tratamento, após 4 semanas e então, mensalmente. Suplementação com ácido fólico pode reduzir a taxa de efeitos colaterais, principalmente hepáticos e gastrointestinais. **Conclusão:** A monitorização do tratamento é fundamental na prática clínica, principalmente em relação a mielossupressão e fibrose hepática, visando reconhecer precocemente esses efeitos colaterais potencialmente graves.

36. ENDOMETRIOSE ASSOCIADO A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE DOIS CASOS

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, BRUNA LIMA DAHER, EDUARDO DE SOUZA ANDRADE, YOURI BARBOSA ANDRIKOPOULOS, ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO, RAFAELA CAVALCANTE DAS NEVES BARBOSA

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma afecção crônica transmural do trato gastrointestinal, de etiologia multifatorial associada à disfunção do sistema imune da mucosa intestinal. A endometriose é caracterizada pela presença de endométrio em locais extra-uterinos, e atualmente é definida como doença inflamatória crônica localizada na cavidade peritoneal mediada por disfunção do sistema imune. Caso 1: Feminino, 41 anos, diagnóstico de DC (A2B1L2) há quinze anos; há doze anos em remissão clínica usando SSZ 2 g/dia. Há cinco

meses com alteração do hábito intestinal (uma vez/dia para uma vez a cada quatro dias), cólicas abdominais, aumento do volume abdominal e emagrecimento. TC de abdomen e pelve evidenciou espessamento parietal circunferencial no sigmóide. Submetida a LE e RSA com anastomose primária; ao inventário foram visibilizadas aderências firmes em reto, anexo esquerdo e cúpula vaginal com características inflamatórias. A histologia e a imuno-histoquímica evidenciaram endometrioma localizado em parede intestinal. No POT apresentou recidiva da DC, sendo tratada com anti-TNF. Caso 2: Feminino, 38 anos, DC (A2B3pL3) em uso de AZA e IFX há três anos em remissão clínica. Há seis meses com dor abdominal, emagrecimento e constipação. RNM de abdomen e pelve com espessamento parietal de sigmóide de aspecto fibrótico e império a colonoscopia com ulcerações em reto. Abordagem cirúrgica revelou estenose tubular e mesenterite, realizada HCE. Histologia da peça cirúrgica com diagnóstico de endometriose colônica. **Discussão:** Tanto doença de Crohn, quanto endometriose têm fisiopatogenia e etiologia parcialmente compreendidas; sendo evidenciado a disfunção imunológica celular e humoral em ambas. Há um aumento de 50% no risco de doença inflamatória intestinal em mulheres com endometriose em comparação com mulheres sem a doença. **Conclusão:** Tais doenças são diagnósticos diferenciais entre si e a coexistência delas torna o diagnóstico e tratamento mais complexo, principalmente porque as vias fisiopatológicas comuns não estão elucidadas.

37. ENTERORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO COM ATIVIDADE DE DOENÇA E IMPACTO NO TRATAMENTO

EVELYN S CHINEM; GUILHERME M CUNHA; TATIANA BARBASSA; HEITOR S DE SOUZA; ANTONIO JOSÉ V CARNEIRO; ANA TERESA P. CARVALHO

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.
3. RADIOLOGIA, CDPI / DASA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: O intestino delgado é afetado em cerca de 70% dos pacientes com doença de Crohn (DC) e, por não ser facilmente acessível por métodos endoscópicos, os exames de imagem tornam-se essenciais para o diagnóstico e acompanhamento dos mesmos. Devido a ausência de radiação ionizante, a enterorressonância magnética (ERM) tem sido uma ferramenta importante para a avaliação desta topografia. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi investigar se os achados da ERM se correlacionam com a atividade da doença e determinam mudanças no manejo terapêutico dos pacientes. **Material e Métodos:** Os dados foram coletados retrospectivamente de registros de pacientes que tiveram diagnóstico de DC estabelecido por critérios

clínicos, endoscópicos e histológicos na Policlínica Piquet Carneiro/HUPE. Todos os pacientes incluídos no estudo foram submetidos à ERM, analisada por dois radiologistas, para avaliação da doença, conforme exigido pelo clínico assistente. Os dados coletados incluíram características demográficas, ileocolonosopia, índice de Harvey-Bradshaw e exames laboratoriais registrados durante a consulta em que a ERM foi solicitada; laudo da ERM e manejo na consulta de retorno. As variáveis radiológicas analisadas foram o realce precoce da mucosa, infiltração da gordura mesentérica, linfadenopatia, aumento da vascularização mesentérica, espessamento da parede intestinal, estenose fixa, dilatação a montante, abscessos e fístulas. **Resultados :** Total de 41 pacientes, 26 mulheres e 15 homens, foram incluídos no estudo. De todas as ERM realizadas, 34% eram normais, enquanto 66% tinham pelo menos uma das variáveis alteradas. ERM anormal teve uma correlação significativa com anemia e história de cirurgia devido a complicações de DC. ERM normal teve uma boa correlação com a remissão clínica, mas nos casos em que ERM foi anormal, mais de 50% dos pacientes estavam em remissão clínica. O realce da mucosa e a infiltração de gordura mesentérica correlacionaram-se positivamente com níveis de hemoglobina e biomarcadores inflamatórios (PCR / VHS) alterados. A infiltração da gordura mesentérica também correlacionou-se positivamente com uma ileocolonosopia anormal e história prévia de cirurgia intestinal. A presença de fístula correlacionou-se de forma significativa com a atividade clínica, anormalidades na ileocolonosopia e com mudanças no manejo pós-ERM. A detecção de abscessos também teve um impacto significativo sobre o manejo terapêutico. **Discussão:** A correlação positiva entre alterações na ERM envolvendo intestino delgado com parâmetros clínicos, endoscópicos e laboratoriais na DC, embasa o seu uso para fins diagnósticos e de seguimento. Em pacientes assintomáticos, estas alterações radiológicas podem refletir doença penetrante ou uma cicatrização incompleta da mucosa, mas também levantam o questionamento em relação à especificidade dos parâmetros na ERM e à necessidade de desenvolver novos métodos para investigação da DC no intestino delgado.

38. ESTUDO DE CUSTO-EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN: COORTE DE BASE HOSPITALAR NO DISTRITO FEDERAL

JOÃO BATISTA TAJRA¹; DANILLO BRITO¹; ANA PATRÍCIA DE PAULA¹; EVERTON MACEDO¹; LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA²; JONAS DE SOUZA FINCO²

1. UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA, HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (UNICEUB)- DF, BRASIL.

Introdução: Uma revisão sistemática de 2012 verificou um aumento na prevalência e incidência das Doenças Inflamatórias Intestinais, com taxas de incidência mais evidentes entre a 2ª e 4ª década de vida, afetando a qualidade de vida nos principais anos de vida com capacidade produtiva, ocasionando gastos a longo prazo para o paciente, para o sistema de saúde e para a sociedade em geral. Em certos países está relatado um aumento do custo para o tratamento das enfermidades com atividade inflamatória sistêmicas, incluindo Doença de Crohn (DC). Em um estudo na França, o custo da terapia Anti-TNF α foi estimado em 12.000 euros por ano/paciente comparada a um custo de 360 euros por ano/paciente do uso de Azatioprina (AZA). No Brasil com a publicação da portaria 1.318 de 2002 os pacientes brasileiros diagnosticados com DC podem obter medicamentos para o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a AZA e os seguintes Anti-TNFs: Infliximab (INF) e Adalimumab (ADA). Os custos desta terapia e as tendências de uso destes fármacos no Brasil não possuem estudos comparativos relacionados a farmacoeconomia. Diante disso, o estudo objetivou analisar o custo direto do tratamento de manutenção baseado no desfecho clínico através da pontuação do Crohn's Disease Activity Index (CDAI) em pacientes portadores com Doença de Crohn no Distrito Federal de moderada a severa, no ano de 2017 e 2018. **Metodologia:** O delineamento do estudo foi longitudinal prospectivo do tipo Coorte aberta com seguimento de março de 2017 até março de 2018 realizado no ambulatório de gastroenterologia e coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília. A efetividade analisou mensuração do CDAI em duas consultas distintas com intervalos mínimos de dois meses após introdução do tratamento recomendado. Assim, dividiu-se os pacientes em grupos baseados nos desfechos clínicos do CDAI: Doença permanecendo ativa (CDAI >200), remissão alcançada (CDAI <200) e remissão mantida em pacientes com manutenção de CDAI < 200 em avaliação antes e durante terapêutica. Nessa amostra foi analisado o custo direto referente à DC, enfatizando os cuidados de saúde relacionados exclusivamente as medicações utilizadas no tratamento de manutenção. Custo dos medicamentos foi consultado no Banco de Preços em Saúde, disponível pelo Ministério da Saúde com medicações de compras Federais acessados em março de 2018. **Resultados:** Coorte utilizada com espaço amostral de 14 pacientes: 11 pacientes apresentaram resultados positivos, isto é, nível de atividade clínica da doença representado por CDAI < 200 após instituição do tratamento farmacológico. Dessa amostra, foram classificados em: 1. Alcançaram remissão clínica com níveis do CDAI <200: 28,57% dos pacientes. 2. Manutenção do CDAI inferior a 200: 42,85% dos pacientes. 3. Resultados negativos com níveis CDAI superiores a 200, com

doença clinicamente ativa: 28,57% dos pacientes. Do grupo selecionado 9 fazem uso de terapia biológica (Adalimumabe, Infliximabe), sendo que destes, 5 pacientes utilizaram ADA e 4 pacientes utilizaram INF. Em paralelo, 9 pacientes fizeram uso de AZA, sendo destes, 3 em uso concomitante de INF, 1 em uso concomitante de ADA e outros 5 pacientes utilizaram isoladamente AZA como tratamento de manutenção; Dessa forma, 3 pacientes utilizaram terapia de manutenção combinada com INF + AZA e apenas 1 paciente utilizou a combinação ADA + AZA. Dos 4 pacientes usuários de INF, apenas 2 obtiveram resultado positivo com combinação de INF + AZA; os outros 2 apresentaram clínica ativa da doença com utilização de INF isoladamente e INF + AZA. Dos 5 pacientes em uso de ADA, 80% pacientes apresentaram desfecho clínico positivo - destes pacientes, 75% apresentaram resultado com uso isolado de ADA e 25% paciente em combinação de ADA+AZA. **Discussão:** De acordo com Evaluation of health economics in inflammatory bowel disease (2017), cumulativamente, os sintomas e as complicações da doença aumentam o custo, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde, devido a relação com a provisão de cuidados e perda de produtividade econômica em jovens/adultos jovens, que requerem uma terapia a longo prazo, sem cura disponível. Somado a isso, o tratamento possui mecanismo de ação envolvendo o sistema imunológico e suas respostas, ocorrendo efeitos adversos relacionados e infecções específicas consequentes, onde com frequência os pacientes requerem hospitalizações ou manejos cirúrgicos, que também aumentam o custo da terapêutica. **Conclusão:** Portanto, podemos concluir que os pacientes que atingiram um desfecho clínico positivo (CDAI <200) em menos tempo apresentaram menor custo direto geral.

39. EVOLUÇÃO PARA COLECTOMIA NOS PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA: ESTUDO POPULACIONAL NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

ÉLEN FARINELLI DE CAMPOS SILVA; JAQUELINE RIBEIRO DE BARROS; CARINA DE FATIMA DE SIBIA; JULIO PINHEIRO BAIMA; ROGERIO SAAD HOSSNE; LIGIA YUKIE SASSAKI

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP), BOTUCATU, SP, BRASIL.

Introdução: A Retocolite Ulcerativa (RCUI) é caracterizada por uma inflamação difusa da mucosa e da submucosa limitada à região do reto e ao cólon. A cirurgia de colectomia é indicada nos casos refratários ao tratamento clínico medicamentoso e na presença de complicações como megacólon tóxico ou displasia/câncer. As taxas de cirurgia de colectomia variam entre 20%, 28% e 45% aos 5,10 e 25 anos após o diagnóstico da doença. **Objetivos:** Descrever as principais indicações e as principais variáveis associadas com a cirurgia de colectomia nos pacientes portadores de RCUI. Avaliar a curva de sobrevida para colectomia

nos pacientes do estudo. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo e prospectivo com levantamento de dados dos pacientes acompanhados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais de Botucatu nos anos de 1986 a 2017. **Resultados:** No total 24 pacientes evoluíram para colectomia. As indicações foram intratabilidade clínica (n=17), perfuração intestinal (n=2) e megacolon tóxico (n=6). Na análise de regressão logística multivariada. **Conclusão:** Vinte e quatro pacientes (9,45%) foram submetidos à cirurgia de colectomia total. O risco de colectomia foi maior nos pacientes com pancolite.

40. EXISTE RELAÇÃO DA VITAMINA D COM OS EFEITOS DO TRATAMENTO COM ANTI-TNF EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN?

MAURO BAFUTTO¹; KAREN THALYNE PEREIRA E SILVA²; JULIANA PRELLE VIEIRA COSTA²; ÊNIO CHAVES DE OLIVEIRA¹; CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO²; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA²; JOFFRE REZENDE FILHO¹

1. FACULDADE DE MEDICINA, NÚCLEO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GO, BRASIL.

2. INSTITUTO GOIANO DE GASTROENTEROLOGIA, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: A deficiência de vitamina D (VD) é comum nos pacientes com Doença de Crohn (CD). Acredita-se que essa deficiência esteja relacionada com a atividade da doença. Entretanto, o uso da vitamina D em pacientes com CD em uso de Anti-TNF permanece incerto. **Objetivos:** Avaliar os resultados da reposição de vitamina D em diferentes doses; Avaliar possível efeito imunomodulador da ação da vitamina D em pacientes com CD em uso de Anti-TNF. **Métodos:** estudo duplo cego, randomizado, prospectivo. Foram selecionados 42 pacientes com história de CD moderada a grave em uso de Anti-TNF, de ambos os sexos, de 18 a 60 anos de idade, com dosagens de 25-hidroxivitamina D < 75nmol/ml (30 ng/ml), que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos e maiores de 70 anos, mulheres grávidas, com doença hepática ou renal crônica, sarcoidose, tuberculose, hiper ou hipoparatiroidismo, neoplasia, uso de anticonvulsivantes e pacientes que receberam suplementação de cálcio ou VD nos últimos 6 meses. 30 pacientes foram randomizados. Foram aplicados questionários sobre exposição solar, qualidade de vida (IBDQ), feitos exames clínicos, dosagem de VD, proteína C reativa (PCR), calprotectina fecal (FC). Os pacientes foram divididos em 3 grupos: Grupo 1 (G1): 10 pacientes recebendo 2.000 U/VD, VO por semana, durante 8 semanas; Grupo 2 (G2): 10 pacientes recebendo 10.000 U/VD, VO por semana, durante 8 semanas; Grupo 3 (G3): 10 pacientes recebendo 50.000 U/VD, VO por semana, durante 8 semanas. Ao final de 8 semanas, os pacientes responderam ao IBDQ e fizeram nova dosagem

de VD, FC e PCR. Todos os pacientes foram seguidos por 52 semanas e avaliada a atividade de doença (CDAI > 150, FC > 300, TC), dosagem de FC, PCR e VD. **Resultados:** A melhora do IBDQ foi observada em todos os grupos com significância estatística no G2 (p = 0,04) e G3 (p = 0,01). Aumento dos níveis de VD foi observado em todos os grupos (mean ± SD x mean ± SD): G1 - (19,5 ± 5,1 x 26 ± 6,7; p=0,07); G2 - (19,1 ± 4,1 x 26 ± 5,8; p = 0,04); G3 - 19,5 ± 6,4 x 46,4 ± 12,7; p < 0,0001) (Figura 1). A PCR estava reduzida, porém não apresentou significância estatística, no G2 (5,8 ± 4 x 3,9 ± 2,8; P=0,18) e G3 (5,2 ± 7,3 x 2,4 ± 3,6; p=0,2); e aumentada no G1 (8,1 ± 10,3 x 13,4 ± 19,9; p=0,3). Foi observada redução estatisticamente significativa nos níveis de FC no G3 (1014 ± 850 x 483 ± 564; P=0,04), redução sem significância estatística no G2 (767 ± 751 ± 823 x 535; P=0,2), e aumento no G1 (1101 ± 744 x 1357 ± 819) p = 0,4. Após período de seguimento por 52 semanas foi identificado que a recorrência de atividade da doença era predominante em pacientes com VD < 30 (p = 0,0004) e resultados estatisticamente significativos foram observados na avaliação da atividade da doença (CDAI > 150, FC > 300, TC), (p = 0,006), FC (p = 0,02) e PCR (p = 0,01) quando comparados pacientes com VD > 30 e VD < 30. **Conclusão:** 50.000 U/semana por 8 semanas foi a melhor dosagem de reposição da VD e esta relacionada a imunomodulação em pacientes com CD moderada a grave em uso de anti-TNF. A maioria dos pacientes com CD em uso de terapia Anti-TNF apresentaram recorrência da doença quando com VD < 30 e remissão sustentada com VD > 30. Os níveis de VD estão relacionados com o efeito da terapia Anti-TNF em pacientes com CD.

41. GASTROENTEROCOLITE EOSINOFÍLICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

ISADORA ELIAS PEREIRA; RAQUEL DIAS GRECA; MARCELLO RABELLO IMBRIZI.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS, SP, BRASIL.

Introdução: A gastroenterocolite eosinofílica é uma condição crônica e incomum do trato digestivo, caracterizada por infiltrado eosinofílico da parede gastrointestinal, tipicamente envolvendo o estômago, intestino delgado, e menos comumente, o cólon. A incidência exata é desconhecida, pois muitos casos não são adequadamente diagnosticados. A divulgação de relatos desta enfermidade pode aumentar o diagnóstico e conhecimento de seu tratamento. **Objetivo:** Apresentar o relato de caso de gastroenterocolite eosinofílica, ressaltando sua dificuldade diagnóstica, tornando-a importante diagnóstico diferencial dentre as doenças inflamatórias intestinais. **Relato do caso:** Paciente feminino, 38 anos, com dor abdominal tipo cólica, náuseas e vômitos episódicos há 5 anos, associados a síndrome consumptiva. Realizou

enterotomografia que evidenciou áreas de estenose em intestino delgado, sugestivo de Doença de Crohn, quando então foi iniciado Infiximabe e substituído por Adalimumabe, ambos sem resposta terapêutica. Evoluiu com piora dos sintomas, emagrecimento, hipoalbuminemia e anasarca e foi submetida a laparotomia por quadro sugestivo de suboclusão intestinal, sem achados específicos no intraoperatório. Manteve os sintomas, com necessidade de dieta parenteral. Encaminhada a um serviço de referência onde foi realizada enteroscopia com achado de enantema de mucosa jejunal. A biópsia evidenciou eosinófilos na lâmina própria de corpo e fundo gástricos, de delgado e cólon ascendente. Foi iniciada corticoterapia e antagonista do receptor de leucotrieno com rápida melhora da sintomatologia e progressão para dieta via oral. **Discussão:** Os pacientes com infiltração eosinofílica da mucosa apresentam sintomas inespecíficos, como náuseas, vômitos, diarreia, anemia. A infiltração da muscular própria leva à obstrução intestinal. Diferentes estratégias de tratamento tem sido utilizadas. No quadro agudo, corticóide é a principal escolha. Novas estratégias de tratamento com agentes anti IgE, antiinterleucina e anti TNF estão mostrando respostas promissoras. **Conclusão:** A gastroenterocolite eosinofílica é uma condição rara e ainda não apresenta critérios diagnósticos bem estabelecidos. O crescente número de casos relatados chama a atenção para terapias alternativas ao corticóide em longo prazo. É fundamental a suspeição diagnóstica para manejo terapêutico específico.

42. HANSENÍASE DIMORFA-VIRCHOWIANA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ADALIMUMABE

MURILO MOURA LIMA; ALLANA KARINE LIMA RIBEIRO; ANA LÚCIA FRANÇA DA COSTA; IGOR DENIZARDE BACELAR MARQUES; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA, PI, BRASIL

Introdução: Os anticorpos anti-fator de necrose tumoral alfa (TNF α) são anticorpos monoclonais que atuam bloqueando os efeitos proinflamatórios do TNF α , induzindo e mantendo a remissão da doença de Crohn. Um dos mais temidos efeitos colaterais dos anti-TNF α é a reativação da Tuberculose. Todavia pouco se conhece sobre o efeito dos anti-TNF α na infecção por outra micobactéria bastante prevalente no Brasil, o *Mycobacterium leprae*. **Objetivo:** Relatar um caso de hanseníase dimorfa virchowiana em paciente com doença de Crohn que estava em uso de adalimumabe. **Relato de caso:** Paciente masculino de 62 anos, portador de Doença de Crohn com classificação de Montreal A3L3B1 e sintomas iniciados em 1999, encontrava-se em uso de azatioprina 150 mg por dia desde 2007 e Adalimumabe 40 mg a cada 10 dias desde 2011. Em abril de 2016, o paciente observou o aparecimento de lesões eritematoinfiltrativas

e hipoestesia em membros superiores, além de lesão ulcerada em septo nasal. Biópsia das lesões em pele revelou a presença de bacilos íntegros, por vezes formando globias, e baciloscopia +4/+4. Os achados clínicos e histológicos eram compatíveis com hanseníase dimorfa em polo virchowiano. O paciente não relatava história pregressa ou familiar de hanseníase. Foi iniciado tratamento com rifampicina 300mg/mês, clofazimina 50mg/dia e dapsona 100mg/dia. A azatioprina e o adalimumabe foram suspensos. Após 12 meses de tratamento da hanseníase, o paciente evoluiu com melhora das lesões de pele e de mucosa, assim como da hipoestesia em membros superiores. Foi decidido pelo reinício do uso de adalimumabe. **Discussão:** O TNF α é importante na formação e manutenção do granuloma em infecções por micobactérias. Logo, o anti-TNF α atua desorganizando ou mesmo bloqueando a formação de granulomas. Na hanseníase, a resposta Th1, mediada, entre outras citocinas, pelo TNF α , ocorre na forma tuberculóide e leva a formação de granulomas bem organizados. Na forma virchowiana, onde predomina a resposta Th2, as lesões são menos organizadas, mais disseminadas e com maior número de bacilos. O paciente do caso foi diagnosticado com a forma dimorfa, forma intermediária entre a tuberculóide e a virchowiana, mas em polo virchowiano da doença. Tal apresentação clínica pode ter sido influenciada pelo bloqueio da ação do TNF- α provocada pelo adalimumabe. **Considerações Finais:** No Brasil, devido a alta endemicidade da hanseníase, é aconselhável que todos os pacientes que irão fazer uso de anti-TNF sejam perguntados sobre história pessoal ou familiar de hanseníase e realizem minucioso exame dermatoneurológico na procura de lesões suspeitas.

43. HISTÓRICO REPRODUTIVO EM MULHERES COM DOENÇA DE CROHN

LORETE MARIA DA SILVA KOTZE; KADIJA RAHAL CHRISOSTOMO; RENATO NISHIHARA

Introdução: São escassos estudos sobre história reprodutiva em pacientes com doença de Crohn (DC). Tal foco é relevante, levando-se em consideração que a afecção atinge mulheres em período reprodutivo. Profissionais envolvidos no atendimento destas pacientes nem sempre estão familiarizados com os problemas reprodutivos que possam ocorrer. **Objetivos:** Avaliar se mulheres com DC, ao diagnóstico, apresentam alterações no seu histórico reprodutivo (menarca, número de gestações e de abortos), independentemente da localização, gravidade ou tratamento prévio instituído. **Pacientes e métodos:** Dados clínicos e demográficos foram obtidos em prontuários médicos de 58 pacientes, caucasianas, com idade de 20 a 68 anos, incluídas segundo protocolo previamente configurado, por ocasião do diagnóstico. Todas foram

atendidas em clínica particular pelo mesmo profissional. O diagnóstico de DC baseou-se em dados clínicos, testes laboratoriais, exames de imagem, exames endoscópicos e histológicos em fragmentos obtidos por biopsias ou peças cirúrgicas. Considerou-se a idade da menarca, o número de gestações e número de abortos espontâneos relatados pelas mulheres incluídas. As pacientes foram divididas em grupos de acordo com a faixa etária. Como grupo controle, obteve-se os dados de 256 mulheres sadias da mesma área geográfica. **Resultados:** Os dados obtidos estão representados na tabela abaixo. A idade da menarca no grupo com DC foi significativamente maior que no grupo controle ($p=0,0054$). Não se observou diferença significativa na porcentagem de abortos entre os grupos. **Conclusões:** A DC foi diagnosticada em mulheres em todas as faixas etárias, inclusive em idosas. Houve predomínio de DC em mulheres jovens, portanto em fase reprodutiva. A idade da menarca nas mulheres diagnosticadas com DC foi atrasada em relação ao grupo controle. A porcentagem de abortos foi semelhante entre os grupos.

44. IDADE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS E RELAÇÃO COM APRESENTAÇÃO E EVOLUÇÃO CLÍNICA EM UMA COORTE BRASILEIRA

MARCELLO RABELLO IMBRIZI; DANIELA OLIVEIRA MAGRO; MARLONE CUNHA-SILVA; CIRO GARCIA MONTES; JAZON ROMILSON DE SOUZA ALMEIDA; VIRGÍNIA LÚCIA RIBEIRO CABRAL

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O fenótipo e a história natural das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) podem estar associadas à idade de início da doença, mas poucos estudos avaliaram tal relação em populações de baixo desenvolvimento econômico. O objetivo foi analisar a relação de idade ao diagnóstico de DII com características suas clínicas e evolução. **Métodos:** Avaliamos uma coorte retrospectiva de pacientes com DII entre os anos 2000-2016. Analisamos registros médicos por até 30 anos de doença e posteriormente a cada 5 anos. As variáveis clínicas foram avaliadas, bem como terapias medicamentosas e cirúrgicas. A atividade da doença foi avaliada usando o Índice Simples de Harvey-Bradshaw para Doença de Crohn (DC) e o Sistema de Pontuação Mayo para Avaliação da Retocolite Ulcerativa (RCU). Classificamos os pacientes quanto à localização e extensão da doença pelos critérios de Montreal e Paris. Os pacientes foram avaliados em cada doença de acordo com a idade ao diagnóstico: <10 anos (A1a); 10-16 anos (A1b); 17-39 anos (A2); > 39 anos (A3). **Resultados:** Avaliamos 291 pacientes (CD=151 / UC=140). Na DC, a proporção de pacientes por faixa etária foi A1a: 0,6%, A1b: 3,3%, A2: 63,5% e A3: 32,4%. A localização L3 foi predominante em todos os grupos. A principal forma de apresentação clínica da doença foi como dor e diarreia

(73%; n= 113). O grupo A3 apresentou maior incidência de estenose no diagnóstico (18%, $p=0,03$) e nos períodos subsequentes (0-5 e 6-10 anos): 22,5% ($p=0,10$) e 7,7% ($p=0,03$). O grupo A2 apresentou maior incidência de terapias cirúrgicas no período de 6-10 anos de doença ($p=0,01$). A frequência de recidivas foi maior no grupo A2 em 25% dos pacientes com 21-25 anos de doença ($p=0,01$). 54,5% dos pacientes foram hospitalizados pelo menos uma vez, e no grupo A2 observamos 60,2% de hospitalização ($p=0,01$). Na RCU a proporção de pacientes por grupo foi A1a: 2,14%, A1b: 6,42%, A2: 52,1% e A3: 39,2%. A localização pancolônica foi predominante. Houve progressão de segmentos colônicos comprometidos em 22,5% (A2) e 18,1% (A3), sem significância estatística. As recidivas foram maiores no grupo A2 nos primeiros 5 anos de doença ($p=0,04$). 13,5% dos pacientes com RCU foram internados, sendo a maioria pertencente ao grupo A2. **Conclusão:** Na DC, adultos jovens apresentaram maior incidência de cirurgias e hospitalizações. O grupo A3 apresentou maior incidência de estenose no diagnóstico e durante o tempo de evolução avaliado. Na RCU houve progressão dos segmentos do cólon afetados nos grupos A2 e A.

45. ILEÍTE TERMINAL ISOLADA EM ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO

ADRIANE BOLZAN¹; SUSANA CARVALHO¹; HENEDINA ANTUNES^{1,2,3,4}

1. UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO, SERVIÇO DE PEDIATRIA, HOSPITAL DE BRAGA, BRAGA, PORTUGAL.
2. CENTRO CLÍNICO ACADÉMICO, HOSPITAL DE BRAGA, BRAGA, PORTUGAL.
3. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE (ICVS) E LABORATÓRIO ASSOCIADO ICVS/2B'S, BRAGA/GUIMARÃES.
4. ESCOLA DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DO MINHO, BRAGA, PORTUGAL.

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) apresenta-se como um processo inflamatório no trato intestinal, com períodos de exacerbação e remissão. É classicamente definida como doença de Crohn (DC), colite ulcerativa (RCU) ou doença inflamatória intestinal indeterminada. A DC tem origem desconhecida, multifatorial, com acometimento assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. Cerca de 30% dos doentes iniciam os seus sintomas durante a infância, sendo a faixa etária mais atingida a dos 11 aos 15 anos. **Objetivo:** Apresentar e discutir o diagnóstico de um caso clínico de uma adolescente com ileíte terminal isolada. **Relato de caso:** R.P. P., 15 anos, sexo feminino, procurou o serviço de urgência pediátrica com dor abdominal e emagrecimento, sem diarreia ou hematoquezia. Após realização de exames complementares, constatou-se elevação de PCR: 22,9mg/L (N: <2,9mg/L) e a ecografia abdominal evidenciou ileíte terminal. Foi efectuada Endoscopia Digestiva Alta com mucosa nodular e colonoscopia que constatou úlceras do íleo. Confirmado diagnóstico por anatomo-patológica de envolvimento ileal por Doença de Crohn. Esta paciente apresentava um microbiológico de

fezes positivo para *Yersinia enterocolitica* e calprotectina fecal de 1120ug/g (normal <50). **Discussão:** No nosso caso tornou-se necessário o diagnóstico diferencial com ileíte por *Yersinia enterocolitica*, adquirida pela ingestão de alimentos contaminados (vegetais crus, lácteos, carne de porco crua e água), com a manifestação clínica comum que é a enterocolite, caracterizada por febre baixa, dor abdominal e, ocasionalmente, vômitos. Diferentemente da Doença de Crohn a formação de fístula e estenose fibrótica não ocorre. Os achados endoscópicos variam de úlceras aftóides arredondadas ou ovais do ceco e íleo terminal com nodulações. As úlceras geralmente são uniformes em tamanho e forma diferente do observado na Doença de Crohn, que se apresenta com lesões clássicas em salto ou paralelepípedo. Como esta paciente também apresentava resultado de calprotectina nas fezes de 1120ug/g (normal <50), corroborou com o resultado apresentado pelo Serviço de Patologia para fechar diagnóstico. **Conclusão:** A DC tem se tornado um diagnóstico crescente em crianças de todas as idades. Esta condição tem uma clínica particular na infância. Realizar o diagnóstico precoce é fundamental para se evitar um impacto adicional sobre o estado nutricional, crescimento estaturoponderal e o desenvolvimento pubertário. O pediatra geral deve estar atento para este diagnóstico principalmente nos casos de pacientes com queixa de dor abdominal recorrente com, ou sem, diarreia e iniciar o rastreio precocemente com hemograma, proteína C reactiva e ferritina, e quando necessário, encaminhar os pacientes para diagnóstico e tratamento especializado para o gastroenterologista pediátrico.

46. INCIDÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; MARIANNA GOUVEIA DE ARAUJO; SÉRGIO GIRÃO BARROSO; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A deficiência de vitamina D é bastante incidente na Doença Inflamatória Intestinal (DII), ocorrendo em 16,9% dos casos. Estudos sugerem que esta deficiência tem um papel importante na patogênese da DII. **Objetivo:** Detectar a incidência de deficiência de vitamina D em pacientes com doença inflamatória intestinal em tratamento ambulatorial especializado. **Método:** Foram selecionados pacientes entre 18 e 65 anos de idade, de ambos os sexos, diagnosticados com Doença de Crohn (DC) ou Colite Ulcerativa (CU), com dosagem sérica de 25-hydroxyvitamina D entre o período de outubro de 2014 a setembro de 2017. A classificação de deficiência foi obtida pelos parâmetros da *Endocrine Society*, sendo nomeados como adequados os que apresentaram valores a partir de 30 ng/mL,

insuficientes de 21–29 ng/mL e deficientes ≤ 20 ng/mL. **Resultados:** A amostra foi constituída de 24 pacientes, com média etária de 42,8 anos (DP \pm 13,9), sendo a maioria do sexo feminino (54%) e com DC (67%). A maioria dos pacientes estudados (79,2%) estava com níveis inadequados de vitamina D, sendo que os homens e os pacientes com DC apresentaram-se mais deficientes quando comparados aos seus pares. Das variáveis estudadas, nenhuma apresentou diferença significativa entre os grupos adequados e não adequados. Apesar de não significativo, o tempo de doença nos pacientes inadequados foi superior, podendo ser mais um fator a contribuir com a depleção da vitamina D. O maior tempo de exposição ao sol não protegeu o grupo de pacientes com níveis inadequados de vitamina D, o que pode ser justificado pela Azatioprina (medicamento mais utilizado nesse estudo), que é preconizado com o uso de proteção solar. Apenas 10,1% dos pacientes com DII tinham solicitação para análise de vitamina D, demonstrando que mesmo com risco de desenvolver osteopenia, esta ainda não é uma prática protocolar entre os gastroenterologistas. **Conclusão:** Apesar de apresentar uma amostragem reduzida o presente estudo corroborou com o fato de que pacientes com DII apresentam risco elevado de hipovitaminose D, como descrito em demais ensaios da literatura mundial.

47. INFARTO ESPLÊNICO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

JULIA FERRAZ FURTADO; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; ANA CAROLINA MAUAD COLI; FERNANDA NORONHA LUZ; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Infarto esplênico é raro e tem associação com doenças hematológicas, tromboembólicas, pancreatite, endocardite, doença inflamatória intestinal (DII). Apresenta-se com dor em hipocôndrio esquerdo (HCE), febre e dor pleurítica. Laboratorialmente, pode haver leucocitose e aumento do DHL. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e imagem. O tratamento depende da causa base e das complicações. **Objetivo:** Relatar um caso de infarto esplênico na DII controlada e em vigência de anticoagulação. **Relato do caso:** R.M.M.N, 67 anos, feminino, portadora de fibrilação atrial, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença de Crohn, episódios prévios de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar e ex-tabagista. Em uso de rivaroxabana, azatioprina, adalimumab, formoterol/budesonida. Iniciou dor intensa em epigastro tipo cólica, com irradiação para fossa ilíaca esquerda (FIE) e piora aos movimentos e à inspiração profunda. Exame físico: dor à palpação de FIE com depressão brusca negativa. Ressonância de abdôme: imagem esplênica compatível

com abscesso. Iniciado antibioticoterapia e realizado angiressonância, que evidenciou infarto esplênico, que faz diagnóstico diferencial com abscesso. Iniciada anticoagulação e descartadas causas cardioembólicas e trombofílicas. Evoluiu com melhora dos sintomas. Optado por tratamento clínico e seguimento ambulatorial com imagem e anticoagulação. **Discussão:** A suspeita clínica, correlação com comorbidades, investigação dos fatores de risco e realização de exames de imagens tornam-se importantes para que seja feito o diagnóstico diferencial, uma vez que o infarto esplênico tem a dor abdominal como principal sintoma sem dados clínicos e laboratoriais específicos. No quadro em questão, após descartadas as causas mais prováveis, admite-se como principal fator de risco a DII, que aumenta em 1,3 a 7% a ocorrência de eventos tromboembólicos. A paciente apresentou resolução espontânea apenas com medidas de suporte para dor e com profilaxia para novos eventos. Porém, na evolução do infarto esplênico, pode haver infecção local com formação de abscesso e a mortalidade se aproxima de 40% mesmo com o tratamento. O diagnóstico diferencial com abscesso esplênico nem sempre é possível, exceto quando há gás de permeio na imagem. Para tal diferenciação a correlação com dados clínicos se faz muito importante. A aspiração percutânea, drenagem e biópsia também auxiliam o diagnóstico. O tratamento das formas não complicadas se baseia em controle da dor, anticoagulação e seguimento com imagem. Na presença de abscesso, orienta-se antibioticoterapia e esplenectomia - considerada também na ocorrência das outras complicações (ruptura, hemorragia e pseudocisto). **Conclusão:** Mesmo sendo raro, o infarto esplênico deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de dor abdominal, visto que suas complicações são potencialmente graves e mudam a abordagem do caso.

48. INFLIXIMABE INDUZ REAÇÃO IMUNOMEDIADA IMPORTANTE EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA DE CROHN

SARAH CRISTINA DIAS RIBEIRO, BEATRIZ ELIZA ROCHA DOS SANTOS, NARA DE FARIA LORENSETI GONÇALVES, GUILHERME COSTA MATSUTANI
UNIVERSIDADE MOGI DAS CRUZES, MOGI DAS CRUZES, SÃO PAULO, BRASIL.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é inflamatória, crônica, progressiva, transmural, recidivante, influenciada por fatores genéticos, ambientais e disbiose. As lesões podem afetar todo trato digestivo, principalmente regiões ileocecais e colônicas. Comum entre 15 e 35 anos. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com DC que apresentou reação rara após a infusão de anticorpos monoclonais anti TNF-alfa. **Relato do caso:** Mulher, 22 anos, branca, solteira, natural e procedente de Mogi das Cruzes, estudante, ex-atleta. Referiu cólica abdominal difusa,

intensa, incapacitante, acompanhada de êmese, parageusia, diarreia/constipação, emagrecimento, tonturas, adnamia, artralgia, mialgia. Sofreu durante a infância com sintomas nunca investigados. Em 2015, encontram-se níveis baixíssimos de ferritina, anemia, gastrite de antro, ileíte crônica inespecífica com hiperplasia linfóide de padrão reativo e pólipo sigmoide hiperplásico. Tratada com Prednisolona, Mesalazina, Glicinato férrico, IBPs com insucesso até o final de 2016, quando nova colonoscopia evidenciou mucosa ileal com hiperplasia linfática em folículos linfóides e erosão focal; colite crônica inespecífica discreta no ceco, cólons ascendente e transversos; colite crônica inespecífica, discreta com hiperplasia linfóide no córion dos cólons descendente e sigmoide; retite crônica inespecífica discreta, além de pangastrite enantemática e intolerância à lactose. Diagnosticada com DC, em 2017 administraram-se 3 doses de Infiximabe, referindo 30 minutos depois, cefaleia incessante, incapacitante, pulsátil, constrictiva, holocraniana, fotossensibilidade, hiperacusia, êmese, indisposição, adinamia, com piora. A cefaleia, tratada com ansiolíticos, desapareceu 45 dias após a última infusão. Desde maio de 2017 usa Azatioprina, Pentasa® e doses decrescentes de Prednisolona, apresentando melhoras. **Discussão:** Na literatura, uma mulher apresentou cefaleia, febre, artralgia, mialgia, rigidez nugal após infusão de Infiximabe, medicamento utilizado pela nossa paciente. Outra mulher apresentou cefaleia e meningite incomuns (2,8% dos casos) induzida pelo Infiximabe. Os autores supõem que essas reações agudas são raras e imunomediadas, tal como na descrição do presente relato, contribuindo para enfatizar riscos dos efeitos adversos dos monoclonais na qualidade de vida do paciente com DC. **Conclusão:** O corpo clínico deve atentar quanto aos riscos da administração do Infiximabe, pois a cefaleia como efeito colateral comum pode mascarar reações adversas graves (encefalite e meningite). São necessários estudos sobre o tratamento de doenças inflamatórias intestinais e outras morbidades com Infiximabe pela escassez de dados sobre os riscos inerentes do fármaco.

49. LINHA DE CUIDADOS AMBULATORIAIS DE ENFERMAGEM A PESSOA COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

RACHAEL MIRANDA DOS SANTOS; KELLY DOS SANTOS SILVA; SELMA PETRA CHAVES SÁ, VIVIAN SCHUTZ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A assistência ambulatorial de enfermagem à pessoa com doença inflamatória intestinal (DII), tem se demonstrado de fundamental importância, e exige do

enfermeiro a familiarização e incorporação de novas tecnologias e metodologias de cuidado, embasada em evidências científicas. No entanto, no Brasil ainda são incipientes os estudos relacionados ao cuidado de enfermagem adaptados ao perfil nacional do paciente com DII. **Objetivo:** Implantar uma linha de cuidados ambulatoriais de enfermagem a pessoa com doença inflamatória intestinal em um ambulatório universitário na cidade do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, sobre a elaboração e implantação da assistência de enfermagem realizada em um ambulatório de DII de uma policlínica universitária no Rio de Janeiro. O estudo ocorreu entre janeiro de 2017 e dezembro de 2017 e teve como etapas: aprofundamento teórico, padronização de impressos e protocolos assistenciais, implantação, feedback e controle. **Resultados e discussão:** Foi elaborada uma Linha de Cuidado de Enfermagem Ambulatorial a pessoa com DII, na qual as ações de pré-consulta, pós-consulta e consulta de enfermagem são voltadas para o levantamento de sinais e sintomas, monitoramento dos índices de atividade da doença, estímulo adesão ao tratamento, elaboração de plano de cuidados adequado ao estilo de vida do paciente, treinamento e supervisão da administração de medicamentos, prevenção de complicações e vigilância a eventos adversos de medicamentos utilizados. **Conclusão:** A experiência da elaboração e implantação da linha de cuidados de enfermagem ambulatorial a pessoa com DII, foi de suma importância para o aprimoramento da equipe, e para a padronização da assistência, proporcionando maior qualificação dos profissionais envolvidos e maior segurança para os pacientes.

50. MANEJO CLÍNICO EM PACIENTE PORTADOR DE RCU EVOLUINDO COM MEGACÓLON TÓXICO

THAIS DE SOUZA; CLAUDIA THEIS; BEATRIZ CAVALHEIRO BONATELLI; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI), SANTA CATARINA, SC, BRASIL.

Introdução: O megacólon tóxico é uma complicação conhecida e potencialmente fatal da retocolite ulcerativa (RCU). Suas principais manifestações clínicas refere-se a um quadro de dor abdominal aguda associado à distensão abdominal, e em radiografia simples de abdome visualiza-se cólon dilatado com >6 cm. Ele foi associado e descrito em portadores de RCU em 1950, podendo ocorrer em aproximadamente 15% destes pacientes; o diagnóstico diferencial de mega-cólon tóxico envolve outras causas de distensão cólica não obstrutiva, como as que ocorrem em pacientes com mega-cólon congênito, megacólon adquirido associado a obstrução crônica de qualquer etiologia e pseudo-obstrução intestinal. Ao contrário do megacólon tóxico, estes distúrbios não são de carácter inflamatório nem

apresentam toxicidade sistêmica. O tratamento inicial do megacólon tóxico deverá ser clínico, o que poderá dispensar a necessidade de cirurgia em cerca de metade dos casos. Contudo estes doentes deverão ser observados de forma multidisciplinar, e a admissão em Unidades de Cuidados Intensivos deverá ser ponderada permitindo uma monitorização mais cuidadosa. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente portador de RCU que evoluiu para megacólon tóxico, na qual optou-se por manejo clínico obtendo reversão completa do quadro apresentado. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 48 anos, com diagnóstico de RCU há 8 meses, em uso de mesalazina 500mg 3cp 12/12h VO ao dia e mesalazina 500mg via retal à noite, iniciou com quadro de distensão abdominal, associada a cólicas, enterorragia e mal estar há 8 dias, procurando o pronto-socorro, onde fora realizado TC de abdome total sendo diagnosticado com megacólon tóxico, optando-se por manejo clínico com administração de prednisona 40mg/dia, além de ciprofloxacino e metronidazol. O paciente apresentou melhora parcial do quadro, sendo optada por introdução do infliximab 5 ampolas, como dose de ataque, obtendo-se reversão completa da clínica apresentada pelo paciente, sendo o mesmo. **Discussão:** Este relato nos alerta quanto à necessidade de atentar-se em casos de complicações desfavoráveis em doenças inflamatórias intestinais em tempo correto com a finalidade de proporcionar manejo clínico ao paciente obtendo sucesso antes de submetê-lo a procedimento cirúrgico. **Conclusão:** O tratamento clínico é a 1ª forma de tratamento em pacientes com RCU, mas a avaliação clínico-cirúrgica deve ser precoce para que em casos de evoluções desfavoráveis a equipe esteja ciente do caso e pronta para propiciar a melhor abordagem no tempo correto.

51. MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS NA DOENÇA DE CROHN: SÉRIE DE CASOS

Ana Luiza Biancardi¹; Leandro Lopes Troncoso¹; Haroldo Vieira de Moraes Jr¹; Cyrla Zaltman²

1. DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

2. DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, GASTROENTEROLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: O acometimento oftalmológico pode ocorrer como manifestação extraintestinal (MEI) da doença de Crohn (DC), é caracterizado por apresentações benignas ou graves que precisam ser prontamente reconhecidas para preservação da visão. **Objetivo:** Relatar manifestações oftalmológicas inflamatórias em pacientes com DC. Discutir gravidade, prognóstico das MEI oftalmológicas e associação com atividade da DC. **Relato dos casos:** Caso 1: Mulher, 40 anos, DC (L1 B3) há 15 anos, em uso de azatioprina e anti-TNF α , com MEI musculoesquelética e cutânea, em remissão pelo índice de *Harvey-Bradshaw* (HBI) com

calprotectina fecal (CF) positivo, queixando-se de desconforto ocular leve e hiperemia sem baixa visual. Exame oftalmológico detectou episclerite bilateral. Tratada com AINH tópico e lubrificantes, com resolução do quadro. Caso 2: Mulher, 51 anos, DC (L2 B1) há 25 anos, em uso de azatioprina, sem outras MEI, em remissão pelo HBI e CF positivo, referindo hiperemia, dor ocular e turvação no olho direito. Exame oftalmológico revelou uveíte anterio. Tratada satisfatoriamente com corticosteroides e midriáticos tópicos. Caso 3: Mulher, 47 anos, DC (L1 B1) há 15 anos, em uso de azatioprina e prednisona, com MEI musculoesquelética, em remissão pelo HBI e CF positivo queixando-se de hiperemia e dor ocular intensa com irradiação periorbitária. Exame oftalmológico demonstrou esclerite no olho direito. Conduta foi ajuste do tratamento sistêmico para controle do quadro. **Discussão:** As manifestações oftalmológicas na DC podem ocorrer em qualquer estrutura ocular e as de caráter inflamatório (uveíte, episclerite e esclerite) ocorrem em 3,5% a 6,8% dos pacientes, podendo preceder o diagnóstico da doença e indicar a atividade da DC. Sexo feminino e presença de MEI musculoesquelética são considerados fatores de risco para inflamação ocular. A episclerite é a MEI ocular relacionada à doença inflamatória intestinal(DII) mais frequente, sendo benigna e não apresenta risco de comprometimento da função visual. A esclerite tem prognóstico variável, podendo resultar em seqüela visual permanente. Requer tratamento sistêmico em todos os casos, geralmente com AINH oral, mas corticosteroides ou imunossuppressores sistêmicos podem ser necessários em casos graves. A uveíte é potencialmente grave e o tratamento depende da sua classificação, duração e curso clínico. É tratada com corticosteroides tópicos e midriáticos, porém casos graves necessitam de injeções perioculares de corticoide, corticoterapia e/ou imunossupressão sistêmica. **Conclusão:** A inflamação ocular na DC tem gravidade variável e o diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem prevenir complicações potencialmente irreversíveis e a consequente redução da qualidade de vida do paciente.

52. O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL DE UMA PACIENTE COM DOENÇAS INFLAMATÓRIA INTESTINAIS

SUELI TEREZINHA BOBATO; PAULA BRESSAN DONEDA; MARIA VITÓRIA CARVALHO

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJÁI (UNIVALI), SANTA CATARINA, SC, BRASIL.

Introdução: Trata-se de um estudo de caso a partir do atendimento realizado no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) da UNIVALI, na modalidade de psicodiagnóstico interventivo. A paciente possui 58 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn. Apresenta como demanda

principal problemas de impulsividade e agressividade nas relações interpessoais que culminam em eventos estressores, com impactos na condição clínica da doença. Souza et al. (2011) demonstram uma correlação alta entre aspectos emocionais e DII, e sugerem que a alteração psicológica pode ser uma consequência da doença, relacionando o grau de angústia psicológica e as perturbações à gravidade da doença. **Objetivo:** Avaliar a dinâmica psicossocial que interfere no processo de saúde-doença e na adesão ao tratamento, intervindo sobre os processos que geram sofrimento psíquico, em prol de melhores condições de saúde e qualidade de vida. **Metodologia:** A partir das demandas evidenciadas na interconsulta foi realizado o psicodiagnóstico interventivo, englobando 11 atendimentos individuais. A avaliação foi realizada por meio das técnicas de entrevista motivacional, linha do tempo, roda da vida, e aplicação do Inventário de Habilidades Sociais – IHS. **Análise e discussão:** Através da realização da “linha do tempo” foi possível iniciar o vínculo e a compreensão do caso, a partir de explanações sobre sua dinâmica familiar e social. Por meio da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais foi evidenciada a necessidade de treino de habilidades sociais, comunicação assertiva e empatia. Estas dimensões comportamentais estavam diretamente associadas aos conflitos nas relações interpessoais. As intervenções realizadas consistiram em estratégias de desenvolvimento destas habilidades, por meio dos pressupostos da comunicação não violenta e orientações psicoeducativas voltadas ao autocuidado, autonomia, projetos futuros e qualidade afetivo-amorosa. **Conclusão:** O psicodiagnóstico interventivo, propiciou a minimização dos fatores estressores por meio de alternativas de tomada de decisões, frente às suas necessidades biopsicossociais. Considerando os estágios motivacionais da mudança, a paciente avançou das fases de pré-contemplação diante de suas dificuldades à contemplação, preparação para mudança e aceitação na busca de soluções resolutivas, tornando-se protagonista ativa do seu processo de saúde.

53. O IMPACTO DE UM CURSO MÉDICO DE IMERSÃO EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PERSPECTIVA DE SEUS PARTICIPANTES

JACQUELINE RIBEIRO DE BARROS; JULIOPINHEIRO BAIMA; FERNANDA LOFIEGORENOSTO; GABRIELA RIBEIRO DE BARROS; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIESASSAKI

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: Cursos de imersão promovem educação continuada em Doença Inflamatória Intestinal (DII) e ampliam o conhecimento da equipe médica e da equipe multidisciplinar. **Objetivo:** Avaliar o impacto do curso teórico-prático sobre DII na visão de seus participantes. **Metodologia:** Foram avaliados 78 médicos oriundos de todas as regiões do Brasil. O curso consistiu de atividades práticas “real-life” e

discussões teóricas totalizando 20 horas. As atividades foram: ambulatório multidisciplinar com a participação de clínico, cirurgião, nutricionista, psicóloga e enfermeira; abordagem de Doença de Crohn (DC) perianal com passagem de sedenho no centro cirúrgico; acompanhamento de exames endoscópicos (ileocolonosopia e enteroscopia) e discussão de casos clínicos. As atividades teóricas consistiram de aulas sobre diversos temas. Foi aplicado um questionário avaliando o perfil dos médicos participantes e como eles avaliaram o impacto do curso em seus conhecimentos sobre DII. Estatística: descritiva e testes de associação. **Resultados:** Foram avaliados 78 médicos distribuídos nas seguintes especialidades: coloproctologia (48,7%), gastroclínica (37,2%), cirurgia do aparelho digestivo (7,7%) e cirurgia geral (6,4%). A média do tempo de atuação foi de 11,50 ($\pm 10,31$) anos, sendo que 42,31% dos médicos eram novos no mercado de trabalho (1 a 5 anos). A maioria dos participantes trabalhava em hospital ou clínica particular (74,4%). Com relação à experiência no tratamento de pacientes com DII, a maioria atendia entre 10 a 50 pacientes com Retocolite Ulcerativa (RCUI) (44,9%) e entre 10 a 50 pacientes com DC (44,9%). Poucos atendiam mais que 50 pacientes de cada doença (RCUI:14,1%; DC:11,5%). A experiência como uso da terapia biológica foi baixa entre os participantes: 12,8% não tinham experiência com a terapia; 49,7% tinham entre 1 a 10 pacientes combiológico; 23,1% tinham entre 11 a 50 pacientes 7% tinham mais que 51 pacientes. A maior experiência foi relatada com o uso de Adalimumabe. A nota média do impacto do curso nos conhecimentos dos médicos sobre DII foi de 9,37 ($\pm 0,97$), em uma escala de 1 a 10 pontos. O impacto foi alto (notas 9 e 10) de acordo com a maioria dos médicos participantes (78,2%). Considerável parte dos médicos não se sentia seguro na prescrição da terapia biológica antes do curso (44,4%), porcentagem que caiu para 8,5% após o curso ($p < 0,0001$). **Conclusão:** A maioria dos especialistas apresentava pouco experiência com pacientes com DII e pouca experiência com o uso da terapia biológica. Observou-se alto impacto do curso teórico prático nos conhecimentos em DII entre os participantes. Este tipo de curso deve ser realizado para promover educação médica continuada aos médicos atuantes no Brasil.

54. O PAPEL DA CALPROTECTINA FECAL E BIÓPSIAS SERIADAS DO CÓLON NA AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA DOENÇA NA RETOCOLITE ULCERATIVA IDIOPÁTICA

ROBERTA CAMBRAIA CUNHA FERREIRA; CASSIANA ALVES DA SILVA; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; PAULA BECHARA POLETTI; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE) SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Em pacientes com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI) a realização de colonoscopia se faz essencial. É através dela que avaliamos extensão e gravidade da doença, seja no início do diagnóstico, seja para controle de remissão. Na primeira década de doença a periodicidade de realização de colonoscopia nos paciente com RCUI não é padrão, pois varia de acordo com o quadro clínico do paciente. Neste grupo de pacientes em especial, a utilização de métodos não invasivos vem ganhando mais espaço nos últimos anos e se mostrado útil para auxílio diagnóstico, detecção de atividade, seguimento terapêutico e no prognóstico da doença. Dentre os diversos marcadores já estudados está a Calprotectina, que é uma proteína presente no interior nos leucócitos, principalmente os neutrófilos. **Objetivo:** Realizar comparação entre colonoscopia, colonoscopia com biópsias seriadas e dosagem de Calprotectina fecal a fim de identificar a forma mais efetiva para diagnóstico de atividade de doença nos pacientes com RCUI. **Materiais e métodos:** Estudo prospectivo, no qual foram selecionados 41 pacientes portadores de Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI), provenientes do serviço de gastroenterologia do HSPE-SP. Dos 41 pacientes, 35 realizaram todas as etapas do trabalho. Todos os 35 pacientes foram submetidos a exame colonoscópico com realização de biópsias seriadas e dosagem de Calprotectina fecal. O intervalo máximo entre a realização da colonoscopia e dosagem de Calprotectina fecal foi de cinco dias. **Discussão:** A realização de colonoscopia é essencial nos casos de suspeita de doença inflamatória intestinal. Nos paciente com RCUI há mais de uma década o exame além de identificar atividade da doença, exerce papel primordial de rastreio de sua complicação mais grave, a neoplasia maligna de cólon. Nos primeiros anos da doença, no entanto, especialmente quando o tratamento está sendo ajustado, a realização de exames não invasivos como a Calprotectina fecal está bem indicada, devido as altas taxas de sensibilidade no diagnóstico de doença em atividade, o que reduz a necessidade de realização de colonoscopias frequentes para este fim. A realização de biópsias seriadas por sua vez vem perdendo espaço por pouco acrescentar à colonoscopia convencional. **Conclusão:** O dosagem da Calprotectina é um método simples, econômico e não invasivo, que tem se mostrado extremamente útil para estabelecer o diagnóstico de DII e para monitorizar a atividade inflamatória da doença, e presumivelmente, prever a ocorrência de recidiva e resposta ao tratamento.

55. PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR AZATIOPRINA NO PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN : UM RELATO DE CASO

FERNANDA NORONHA LUZ; JOSÉ CARLOS AGUIAR BONADIA; ANA CAROLINA MAUAD COLI; JULIA FERRAZ FURTADO; MAYARA MARIA COSTA DA SILVA; THAISA DE FÁTIMA ALMEIDA COSTA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) apresentam maior risco para desenvolver tanto pancreatite aguda como pancreatite crônica. Sendo que as drogas usadas no manejo da DII, especialmente as tiopurinas, em conjunto com os cálculos biliares são as principais causas nessa população. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de Doença de Crohn com pancreatite aguda secundária ao uso de Azatioprina. **Relato de caso:** Paciente masculino, 63 anos, portador de doença de Crohn estenosante com colectomia direita e anastomose ileocolônica. Em uso de Adalimumabe e Azatioprina, admitido com quadro de hiporexia há 2 meses, perda de 15 kg, náuseas e dor em abdome superior com irradiação para dorso. Apresentou aumento de amilase e lipase e tomografia de abdome com imagem compatível com pancreatite aguda. Após afastar etilismo, hipercalemia, hipertrigliceridemia e calculose, a azatioprina tornou-se a principal suspeita etiológica, sendo suspensa e iniciadas medidas de suporte para pancreatite. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas sem recorrência do quadro após um ano de seguimento. **Discussão:** A terapia imunossupressora com tiopurinas é estabelecida para o tratamento de DII tanto para doença de Crohn quanto para colite ulcerativa. Os eventos adversos dependentes da dose (mielossupressão, hepatotoxicidade) respondem à redução da mesma e raramente requerem a descontinuação da droga. No entanto, alguns deles (febre com leucopenia, artralgia e pancreatite aguda) exigem regularmente descontinuação da azatioprina. A pancreatite aguda ocorre em 3 a 5% dos pacientes que usam a medicação, sendo que os portadores de doença de Crohn apresentaram um risco 2,7 vezes maior em comparação àqueles com colite ulcerativa. Clinicamente, os sintomas da pancreatite podem ser difíceis de se diferenciar daqueles causados pela atividade ou complicação da DII. Além disso, as elevações no valor da amilase e lipase são frequentemente observadas em pacientes com DII, mesmo durante a remissão da doença. Por isso, a importância do exame de imagem para confirmação diagnóstica. O quadro clínico geralmente é leve e melhora em pouco tempo com a interrupção do fármaco e com a instituição do jejum e analgesia. **Conclusão:** A pancreatite aguda induzida pela azatioprina é um efeito colateral comum em pacientes com DII e apesar de na maioria dos casos ter

curso clínico leve, pode evoluir para casos graves. Sendo, portanto, importante a sua identificação e consequente suspensão da medicação.

56. PERFIL CLÍNICO DO IDOSO COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ACOMPANHADO EM CENTRO DE REFERÊNCIA (HC/UFG)

FRANCISCO GUILHERME CANCELA E PENNA; ANDERSON ANTÔNIO DE FARIA; JULIA FARIA CAMPOS; MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) é doença do adulto jovem. No entanto, diferentes casuísticas têm mostrado que cerca de 25-35% dos pacientes têm mais de 60 anos, sendo que destes 20% são diagnosticados antes e 15% após esta idade. A DII tem particularidades nessa população, especialmente no que se refere ao tratamento, uma vez que o idoso é habitualmente excluído dos estudos clínicos e acrescenta-se a isso o receio de eventos adversos, maior frequência de comorbidades e polifarmácia. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico do idoso com DII, atendido no Ambulatório de Intestino do HC/UFG. **Metodologia:** Estudo retrospectivo onde foram analisados os dados demográficos, características clínicas, tratamento, presença de comorbidades e polifarmácia. **Resultados:** Do total de 721 pacientes com DII acompanhados no Ambulatório de Intestino-HC/UFG, 480 têm doença de Crohn (DC) e 241 retocolite ulcerativa (RCU). Entre os pacientes com DC, 92 (19,2%) têm idade \geq 60 anos, sendo possível a obtenção dos dados de 58 indivíduos (63,0%). Houve predomínio do gênero feminino (74,13%), com mediana de idade de 66,5 anos, variando de 60 a 91 anos. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 53 anos e o tempo de doença variou de zero a 40 anos (mediana de 15 anos). Utilizando-se a classificação de Montreal os pacientes foram assim distribuídos: idade ao diagnóstico, 82,7% A3 e 17,2% A2; o fenótipo estenosante (B2) foi observado em 46,5% dos casos, seguido pela forma penetrante (B3) em 29,3% e não estenosante e não penetrante em 24,1%. A doença perianal estava presente em 22,4% dos pacientes. Houve predomínio da localização ileocolônica (46,6%), seguida da colônica (29,3%). Em relação ao tratamento, 55,1% estava em uso de imunossupressor (ISS), 37,9% de aminossalilatos (5-ASA) e 32,7% de terapia anti-TNF (aTNF), sendo que apenas 13,8% encontravam-se em uso de corticoide. Trinta e dois pacientes (55,2%) já haviam sido submetidos a procedimentos cirúrgicos. Quarenta pacientes (79,3%) tinham comorbidades e destes 34,5% estavam em uso de quatro ou mais medicamentos. Entre os 241 pacientes com RCU, 77(32,0%) têm idade \geq 60 anos, sendo possível a análise dos dados de 66 indivíduos (85,7%). O gênero feminino foi

maioria (54,5%) e a mediana de idade de 66 anos, variando de 60 a 89 anos. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 53 anos e o tempo de doença variou de zero a 53 anos (mediana de 17 anos). Houve predomínio das formas extensas da doença, sendo que 43,9% apresentou colite esquerda (E2), 34,8% colite extensa (E3) e 21,3% proctite (E1). Os 5-ASA foram utilizados em 83,3%, seguido de ISS (28,8%) e corticoide (7,6%). A terapia aTNF estava em uso em apenas 3,0% dos casos. Sete pacientes (10,3%) já foram submetidos à cirurgia. Comorbidades estavam presentes em 69,7%, sendo que 30,0% faziam uso de quatro ou mais medicamentos.

Discussão: O número de pacientes idosos com DII está aumentando e o entendimento das características da doença nessa faixa etária é fundamental para o adequado tratamento. Na amostra estudada, foi longo o tempo de doença. Na DC predominou o acometimento do cólon e as formas complicadas da doença (B2, B3 e perianal) dados que se assemelham aos descritos em outras casuísticas. Na RCU, houve predomínio das formas extensas da doença e menor acometimento retal (E2>E3>E1). O acometimento retal tem sido relatado em frequência maior do que a observada. Quanto ao tratamento, parte expressiva dos pacientes estava em uso de ISS e aTNF, dado que difere da literatura, mas que está em acordo com o que é recomendado na abordagem de idosos com DII. A abordagem terapêutica deve ter início gradativo e progressivo das medicações, mas sem subtratar. A maioria dos pacientes apresentou comorbidades e estava em uso concomitante de outras medicações, aumentando o risco de eventos adversos, interações medicamentosas e uso incorreto da terapia para a DII.

Conclusão: O conhecimento do comportamento da DII no idoso permite a abordagem terapêutica adequada, de acordo com a gravidade da doença, mesmo que para isso seja necessário o uso de medicações imunossupressoras.

57. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO ESTADO DE GOIÁS

V. S. VALERIANO¹; M. BAFUTTO²; P. C. C. A. LEITE²; N. L. S. DEWULF¹

1. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE, FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: As Doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas pela inflamação crônica do trato gastrointestinal, ocasionadas principalmente pela Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Existe uma predominância na raça branca, com faixa etária entre 20 e 40 anos, e um segundo pico a partir dos 55 anos, e distribuição semelhante em ambos os sexos. Dados epidemiológicos dos pacientes portadores de DII no estado de

Goiás não foram encontrados na literatura até o momento.

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com doença inflamatória intestinal no Estado de Goiás.

Métodos: Estudo transversal quantitativo realizado por meio da análise de dados secundários de pacientes com DII cadastrados no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, referente ao período de janeiro a dezembro de 2017. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética Leide das Neves Ferreira, foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS 23 e o cálculo de prevalência foi feito com base na população de 2017 de Goiás estimada pelo IBGE.

Resultados: O banco de dados foi composto por um total de 1815 pacientes com doença inflamatória intestinal, sendo que 43,9% pacientes tinham o diagnóstico de doença de Crohn e 56,1% de retocolite. Em relação à população do Estado de Goiás, a prevalência de DII de pacientes cadastrados no programa da secretaria de saúde do Estado no ano de 2017 foi de 0,0268%. A capital do estado, Goiânia, apresentou 37,5% dos casos. Do número total de pacientes, 52% era do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A média da idade dos pacientes foi de 43 ± 16 anos, prevalecendo a cor parda (48,5%). Com relação aos registros de dispensação de medicamentos, mais da metade das dispensações (55,8%) foi da classe de aminossalicilatos (mesalazina nas formas de enema, supositório e comprimido 53% e sulfasalazina 2,8%), 25,8% dos medicamentos dispensados foram da classe de imunossupressores (azatioprina) e 18,4% foram da classe de biológicos, representados por adalimumabe (13,1%), infliximabe (5,4%) e certolizumabe (0,01%).

Conclusão: As características epidemiológicas dos pacientes com DII no estado de Goiás são semelhantes às descritas na literatura, com distribuição equilibrada entre os sexos, acometimento de pacientes em idade economicamente ativa e com a predominância do uso de mesalazina e azatioprina. O conhecimento de dados epidemiológicos da DII é importante para o adequado planejamento de políticas públicas de saúde.

58. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM HOSPITAL DE VITÓRIA

ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA; ANA ELISA PORTO FERREIRA; EMANUELA GIUBERTI POLTRONIERI; THAÍS SILVA RIBEIRO; FABIANO QUARTO MARTINS; FELIPE BERTOLLO FERREIRA

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII), representada, principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e pela Colite Ulcerativa (RCU), é caracterizada pela inflamação crônica e intermitente do trato gastrointestinal. No

Brasil, há um aumento anual da prevalência que justifica a importância de um perfil epidemiológico deste grupo de doenças. **Objetivo:** Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes com DII em um Hospital filantrópico de Vitória. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de análise documental retrospectivo que avalia o perfil epidemiológico de todos os 113 pacientes portadores de DII atendidos no hospital de referência da doença em Vitória, de 2014 a 2017. A estatística descritiva dos dados do programa de prontuários eletrônicos MV foi realizada através do aplicativo de planilhas eletrônicas EXCEL, após coleta aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas. **Discussão:** Dos 113 pacientes, 50 possuíam RCU e 63, DC. Sexo feminino e cor não branca foram os mais prevalentes no estudo e 15% dos pacientes possuíam história familiar positiva para DII. Apenas 28% tinham registro em prontuário de vacinação completa que demonstra a necessidade de investigar e orientar a sua importância aos pacientes. Na DC, houve maior prevalência de manifestações extraintestinais (23,3%), sendo em maior número as articulares, oculares e dermatológicas. A RCU se manifestou, principalmente, como pancolite (50%). Enquanto na DC, destacou-se o acometimento ileocólico (41,3%) e fenótipo penetrante (41,3%). As principais medicações usadas na RCU foram Mesalazina (58,3%) e Azatioprina (33,3%). Já na DC, Azatioprina (63,1%) e Imunobiológicos (57,1%) foram as mais encontradas. Em 29,3% da amostra, houve necessidade de intervenção cirúrgica. As principais indicações na DC foram fístulas, estenoses e perfurações. Já na RCU, falha no tratamento clínico e neoplasia. **Conclusão:** O perfil epidemiológico do hospital estudado está, em sua maioria, de acordo com a prevalência brasileira e mundial. Os pontos que diferem revelam a necessidade de aprimoramento e maior atenção na investigação da consulta médica.

59. PREPARO DE COLONOSCOPIA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM CLÍNICA ESPECIALIZADA DO RIO DE JANEIRO: PRÁTICA DA ENFERMEIRA DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA

MARIA SÔNIA BATISTA DOS SANTOS

Introdução: Um dos principais exames para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais (DII) é a colonoscopia, considerada um exame padrão ouro, além de avaliar a extensão e a gravidade das lesões colônicas. A imagem endoscópica associada ao histopatológico pode definir o diagnóstico e viabilizar o tratamento. Assim sendo é necessária a tolerabilidade do preparo para que se possa conseguir um intestino limpo. O preparo ideal combina as seguintes qualidades: segurança, eficácia, facilidade de utilização, tolerabilidade e baixo custo. **Objetivo:** 1) Descrever um preparo de cólon adequado para pacientes

com doenças inflamatórias intestinais. 2) Desmitificar os efeitos colaterais do preparo usual de cólon para garantir maior adesão dos pacientes, mas mantendo a qualidade do preparo. **Metodologia:** Hoje os preparos de colonoscopia para pacientes com DII consiste em dieta e uso de laxativo, em geral osmótico, sendo o mais comumente utilizado o manitol. Tentando desmitificar a má fama do preparo de colonoscopia, personalizamos na Clínica com supervisão da enfermeira e acompanhamento médico, um preparo com apenas dieta e o uso do picossulfato de sódio 10mg, óxido de magnésio 3.5g e ácido cítrico anidro 12g (PicoPrepR). Essa mudança foi necessária devido às reclamações de diarreia intensa e na tolerabilidade do paciente aos preparos usuais na Clínica que não difere dos da maioria dos serviços (manitol). O estudo envolveu indivíduos agendados na clínica, que já tem o diagnóstico de doença inflamatória ou que vem com o propósito de confirmar o diagnóstico. Implantado desde agosto de 2017. Dieta - Os pacientes são orientados a seguir a dieta padrão da clínica que já faz parte do protocolo institucional realizado por nutricionista. A dieta é realizada na antevéspera e véspera do exame. Laxativo - O preparo consiste em duas etapas: Primeira etapa: às 8 horas da manhã e a Segunda etapa: às 9 horas da manhã. 08:00hs - 1 sachê de PicoPrepR e em seguida dois copos de 500ml de água gelada, orientado a tomar até 8:50. 09:00hs - 1 sachê de PicoPrepR e em seguida água a vontade até às 10 horas, deixando claro que no mínimo 750ml de líquido precisam ser ingeridos. Seguindo o horário estabelecido pela Clínica para exames realizado às 14 horas. Avaliação - Não está sendo utilizado nesse momento nenhuma escala, pois o que queremos avaliar é adesão do paciente ao preparo de colonoscopia e se o método é desejável para limpeza intestinal. A resposta é explícita verbalmente e acompanhada pela enfermeira que avalia visualmente todo o processo. O laudo do paciente acompanha fotos a avaliação do endoscopista como ótimo, bom, regular e ruim. **Resultados e discussão:** O objetivo desse trabalho não é avaliar as várias controvérsias relatadas ao tema, mas sim relatar uma mudança na padronização adotada no serviço de endoscopia situado no Rio de Janeiro. Em 7 meses de preparo personalizado, obtivemos 18 pacientes com DII ou diarreia crônica com história de intolerabilidade ao preparo convencional. Todos tiveram ótima adesão e por isso a Clínica implantou esse modelo de preparo para pacientes com DII. A avaliação endoscópica do preparo de todos foi considerada boa a ótima. **Conclusão:** A mudança do preparo de cólon para pacientes com DII teve excelente aceitação, mensurando possíveis adesões futuras a novos preparos colônicos, o que é fundamental na DII, por se tratar de doença crônica com necessidade de avaliação periódica. Podemos

concluir que desde que implantamos essa mudança não houve nenhuma queixa do preparo, muito pelo contrário só elogios, principalmente dos que já tinham feito com outros laxativos. Portanto conseguimos alcançar o objetivo dentro da proposta do serviço.

60. RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

MANUELA DE ABREU NASCIMENTO; BÁRBARA BARCELOS MONTEIRO DOS SANTOS; ARIANE MAIA COELHO DE ASSIS; MARIA THEREZA BAPTISTA WADY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AN-TÔNIO PEDRO, NITERÓI, RJ, BRASIL.

Introdução: O tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII) visa controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, sendo a terapia nutricional fundamental neste processo. Estudos apontam que baixos níveis séricos de vitamina D, hormônio envolvido na modulação imune, têm sido associados ao desenvolvimento e progressão da DII, ao aumento do risco de indicação cirúrgica e de hospitalização. O cálcio é um mineral que juntamente com a vitamina D proporciona efeitos anti-inflamatórios, e, além da integridade óssea, está associado à redução do risco de câncer colo retal e de doenças cardiovasculares em DII3. Portanto, a suplementação oral para pacientes em risco ou com deficiência de cálcio e vitamina D está indicada, porém, o custo na aquisição desses produtos caracteriza-se como barreira importante na aplicação clínica. **Objetivo:** Demonstrar o menor custo possível na aquisição de suplementos orais de cálcio e vitamina para pacientes com DII em tratamento ambulatorial. **Metodologia:** Foi realizada busca ativa, em plataformas virtuais e lojas físicas, dos suplementos orais compostos de cálcio e vitamina D disponíveis no mercado nacional durante no período de 01 a 10 de março de 2018. O cálculo do consumo mensal foi obtido a partir do número de cápsulas necessário para se alcançar as doses diárias de 1500mg de cálcio e 2000UI de vitamina D, de acordo com a recomendação para deficiência de Cálcio e Vitamina D em DII3. Para efeito de cálculo foi utilizado o menor preço encontrado para o produto. A partir dos dados, foi construída uma tabela comparativa de preço mensal evidenciando a relação custo-benefício destes produtos. **Resultados:** No total foram analisados 16 suplementos. Evidenciou-se uma grande variabilidade de preços, com uma diferença de R\$ 681,86 entre o de menor e maior custo. Notou-se que é possível aderir ao tratamento com custo mínimo mensal de R\$ 28,14. A recomendação mínima de cálcio é mais facilmente atingida. Em razão da variabilidade

da composição e do custo, apenas duas marcas distintas permitem atingir a recomendação mínima de suplementação dos dois micronutrientes concomitantemente. **Conclusão:** A suplementação de cálcio e vitamina D é possível com baixo custo. A ferramenta produzida neste trabalho facilita a escolha de produtos e contribui para a adesão ao tratamento. Considera-se importante na prática do atendimento nutricional orientar os pacientes de modo a viabilizar a efetividade do tratamento, e assim obter o resultado mais favorável possível.

61. RELATO DE CASO: DOENÇA DE CHRON GÁSTRICO

BRUNNO AUGUSTO JOSE COSTA

Relato de caso: Paciente T.H.S.13 anos procedente de Bragança paulista encaminhado no mês de abril de 2017 para o Ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário São Francisco com relato de dor anal há sete meses. Dor que piorava durante evacuação associada a hematoquezia esporádica e diminuição da frequência evacuatória. Durante exame proctológico apresentava fissura anal postero-lateral esquerda sem outras alterações. Durante acompanhamento ambulatorial apresentou quadro de dor abdominal associado a febre e diminuição de eliminação de fezes e flatos. Realizado exames iniciais e complementado com tomografia de abdome e pelve, tendo como achado a proeminência numérica de linfonodos em cadeias mesentéricas, mais em quadrante superior esquerdo, sem configurar linfonodomegalias (até 1,5 x 0,8 cm), apêndice cecal com trajeto retrocecal, com calibre discretamente aumentado e retração do mesentério. Paciente foi internado com antibioticoterapia. Após melhora do quadro foi solicitado colonoscopia com o seguinte resultado: processo inflamatório erosivo de moderada intensidade em íleo terminal, cólon esquerdo e reto associado a hiperplasia linfóide.anatomopatológico evidenciando ileíte crônica ulcerativa com reação granulomatosa focal, sendo levantada hipótese de doença inflamatória intestinal. Realizado antibioticoterapia associado a hidrocortisona e adalimumabe, como imunomodulador inicial. Mas o paciente não conseguiu nas farmácias de alto custo. Após alguns meses paciente procurou o pronto socorro com dor epigástrica há 3 dias associada a vômitos, febre de 39° C e dois episódios de hematêmese. Após compensação clínica foi solicitada endoscopia digestiva alta com o seguinte achado: estômago com fundo, corpo e antro apresenta acentuado edema e enantema difusamente. Apagamento da trama vascular. Incontáveis erosões puntiformes recobertas de fibrina. mucosa friável ao toque do aparelho. duodeno com discretas retrações cicatríciais e mucosa edemaciada

e avermelhada difusamente. discreto espessamento das alças de delgado em transição jejunoileal. Aspecto sugestivo de doença inflamatória em atividade em estômago e duodeno. anatomopatológico: gastrite ulcerativa com reação granulomatosa focal. Iniciado infliximabe e mantido prednisona com boa resposta clínica, com melhora do quadro de dor, sangramento. **Conclusão:** Trata-se de um relato de caso raro de um paciente jovem com doença de Crohn com acometimento do estômago, duodeno, delgado e cólon, com boa resposta ao infliximabe.

62. RESULTADOS DA GRAVIDEZ EM PACIENTE EXPOSTA AO CERTOLIZUMABE PEGOL: RELATO DE CASO

FLÁVIO STEINWURZ¹; MARIA LUIZA Q.DE MIRANDA¹; FERNANDO S. FLAQUER¹; NAYARA S. CARVALHO¹; FERNANDA DE O. A. LIMA²; YURI FERRASSO²

MD, INSTITUTO STEINWURZ DE SAÚDE DO INTESTINO
MEDICAL SCIENCE LIASION, UCB BIOPHARMA

Introdução: A experiência clínica no uso de medicamentos biológicos no tratamento da Doença de Crohn (DC) em pacientes gestantes ainda é limitada e a prática clínica mostra que nem todos os anti-TNFs disponíveis tem o mesmo perfil de segurança e eficácia no tratamento dessa subpopulação. O Certolizumabe pegol CZP é o único entre os Anti-TNFs que não possui a região de ligação para o receptor Fc que está envolvido no transporte ativo de anticorpos através da placenta para o feto. **Relato de Caso:** Paciente de 33 anos do sexo feminino, não fumante, com histórico familiar de DC iniciou quadro em 2007 de distensão abdominal intermitente, sem outros sintomas. Em 02/2011, apresentou quadro de dor em fossa ilíaca direita, inapetência, náuseas perda ponderal, artralgia e astenia. Realizou exames, com ultrassom com espessamento de íleo e apêndice, colonoscopia evidenciando ileíte ulcerativa e ostio apendicular com edema, ulcerações e saída de secreção serosa, sugerindo Doença de Crohn com comprometimento apendicular. Enterografia mostrava espessamento de íleo terminal e apêndice, com hiperrealce inflamatório. Ressonância magnética com sacroiliíte como manifestação extraintestinal (MEI) e exames laboratoriais com calprotectina de 600mcg/g, PCR e ASCA negativo. Iniciou tratamento com monoterapia de anti-TNF, Adalimumabe (ADA), com remissão dos sintomas. Durante gestação em 2012 apresentou piora clínica, com ajuste do tratamento (intervalos semanais) e associação com corticoesteróides, para conter progressão da doença. Paciente deu à luz a criança do sexo feminino, de baixo peso, e teve vacinas postergadas pelo uso de Adalimumabe. Um mês após o parto, pela perda de resposta teve tratamento alterado para monoterapia com Certolizumabe Pegol (CZP). De 2 a 3 meses após a troca, voltou a apresentar remissão

da doença. Não foram observadas novas MEI. Em 05/2015 a paciente engravidou novamente, permanecendo em remissão, sem intercorrências ou flares. Houve suspensão da medicação no último mês de gestação, sendo retomada após o parto. Paciente deu à luz a criança do sexo masculino nasceu com peso e idade gestacional normais. Paciente permaneceu desde então com o mesmo esquema de tratamento, mantendo remissão dos sintomas. **Discussão:** Este caso demonstra a variabilidade que pode existir no perfil de segurança e na eficácia no tratamento de uma paciente gestante com Doença de Crohn, mesmo com medicações de classes terapêuticas semelhantes (Anti-TNF). Em nosso caso, houve diferença significativa tanto no controle dos sintomas da Doença de Crohn como no desfecho clínico das gestações. **Conclusão:** O tratamento com CZP pode ser uma escolha segura e eficaz para o tratamento de gestantes com Doença de Crohn.

63. RETOCOLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE STILL NO ADULTO

MAURO BAFUTTO¹; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA²; CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO²; ENIO CHAVES DE OLIVEIRA³; JOFFRE REZENDE FILHO¹

1. DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. MEMBRO TITULAR DO GEDIIB, GO, BRASIL.

2. INSTITUTO BAFUTTO DE PESQUISA CLÍNICA.

3. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GO, BRASIL.

Introdução: As Doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas pela inflamação crônica do trato gastrointestinal, ocasionadas pela Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Existe uma grande prevalência de manifestações extraintestinais em portadores de DII, sendo as reumatológicas as mais frequentes (22 – 33%). A doença de Still no adulto (AOSD) é um distúrbio inflamatório sistêmico raro, de etiologia ainda não esclarecida, de causa autoimune (4). O diagnóstico é baseado em achados clínicos e laboratoriais, após a exclusão de outras causas. A distinção entre uma verdadeira manifestação extra-intestinal das DII, e uma complicação secundária à doença intestinal de base, (ex. desnutrição ou efeitos secundários da medicação) ou uma patologia, que mesmo de caráter auto-imune, pode não ter relação causal com a DII, nem sempre é fácil. **Relato de caso:** Paciente, feminina, 26 anos, recebeu diagnóstico de RCU com acometimento de reto e sigmóide em junho/16 e iniciou tratamento com mesalazina em baixas doses. Cerca de 3 meses após início do tratamento, iniciou com febre, dores articulares difusas, odinofagia e aparecimento de placas eritematosas difusas na pele. Feita a hipótese de atividade de RCU, aumentada a dose de mesalazina e iniciada investigação diagnóstica. Exames de sangue mostravam aumento

de PCR e VHS, leucocitose com neutrofilia importante e persistente, ferritina extremamente elevada. Colonoscopia, não mostrava de atividade de doença e enterotomografia evidenciava hepatoesplenomegalia. As dosagens de fator reumatoide e fator antinuclear foram negativas. Feito o diagnóstico de Doença de Still no adulto e iniciado tratamento. Existem casos relatados na literatura de pacientes com Doença de Still que desenvolveram posteriormente RCU. Entretanto, até o momento, não há relatos na literatura de pacientes com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa e desenvolvimento concomitantemente ou posterior de Doença de Still. **Conclusão:** Apresentamos neste caso clínico, o primeiro relato na literatura do desenvolvimento da Doença de Still em paciente com diagnóstico de RCU.

64. RISK FACTORS OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CROHN'S DISEASE

JOÃO BATISTA TAJRA; DANILLO BRITO; ANA PATRÍCIA DE PAULA

COLOPROCTOLOGY – HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL – BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introduction: In recent years, vitamin D has received increase attention after have been described the vitamin D receptor in human leukocytes and its modulatory effects of both the innate and adaptive immune system. The prevalence of vitamin D deficiency in Crohn Disease has led to an interested to determine the association between vitamin D status and its influence of activity disease. In some studies, individuals with lower concentrations of vitamin D had greater disease activity than those with sufficient concentrations. However, whether a cause or consequence of the disease is unknown. Few studies have been done in countries with natural high rates of ultraviolet radiation and it's not clear if vitamin D in CD is due to malabsorption of nutrients, deficiency conversion to active metabolic forms, failure to conserve an adequate functional pool or vitamin D binding protein polymorphisms. The aim of this study is assess risk factors of vitamin D deficiency in a cohort of Crohn's Disease. **Methods:** Design and Setting This study was a single center prospective cohort of adult patients from March-2017 to March-2018 in Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) in Brasília-Brazil located in Midwest region of Brazil latitude 15° 46' 46'' South, 1136m above the sea level. Data on ultraviolet radiation, in form of UV index were obtained from the National Institute for Space Research-INPE/Brazil . A total of 41 patients were included. All the patients have been seen at least two times. In each consult were measured, CDAI, IMC, Montreal Behavior. Identification of subjects: The patients were included in cohort study by on line record. In the first consult, the diagnosis of Crohn Disease was confirmed using standard clinical, endoscopic images, radiographic and histological

criteria. Measurement of 25-OH vitamin D levels was used at first in the cohort and six months after. Data collection: Clinical information including sex, race, age, disease behavior, treatment, extraintestinal manifestations, IMC, age at diagnosis and family history were extracted. Disease behavior and location for CD was based on the Montreal Classification. Environmental risks factors were recorded: cigarette smoking and medications including antibiotics and oral contraceptives. Biochemical exams were request as needed. For measurement of 25-OH vitamin D levels was used an immunochemiluminometric assay. **Results:** Baseline characteristics of the patients Based on an initial inscription by on line site (www.hospitaldebasedf.com.br) a total of 171 subjects were evaluated under probabilistic sample. Of the 171 subjects, 95 subjects were eligible as Inflammatory Bowel Disease (IBD). RCU was diagnosed in 54 patients. At the end 41 patients were included with Crohn Disease. **Discussion:** Vitamin D status in humans is assessed through serum concentrations of 25(OH) vitamin D, which is the predominant circulating and storage form of vitamin D. Suboptimal levels has been defined in patients with different gastrointestinal disorders including Crohn's disease, celiac disease and liver disease. We found that vitamin D deficiency in Crohn's Disease below 20ng/ml were very rare in all groups (<14%). Actually, the measures of 20ng/ml are considered normal by Brazilian Society of clinical Pathology. The correlation of vitamin D levels and activity disease (CDAI) was $r=0,3$ (Pearson value), hence very weak association. In remission patients 16% were above 20ng/ml against 12% in activity patients in this study. We detected a little differences among racial groups white (10% <20ng/ml) and non-whites (12% <20ng/ml), however whites (40% >30ng/ml) come to better levels than non-whites(25%>30ng/ml). Genetics variants independently appeared to explain 79,4% of the variation vitamin D levels, particularly vitamin D binding protein polymorphisms. Epidemiologic studies have suggested that polymorphisms affect its binding affinity for vitamin D compounds and may be directly related to disease risk. In this study, patients with Anti-TNFs treatment had better levels of vitamin D than others treatment. All the patients with Infliximab or Adalimumab got >20ng/ml levels. It is known that the efficacy of Anti-TNFs is not restricted to its ability to neutralize TNF-Alpha activity. These data suggest that Anti-TNFs has a beneficial effect on inflammation and thus may be useful in levels of vitamin D. **Conclusion:** Vitamin D in this admixture racial population showed that whites can have higher levels than non-whites. Activity disease didn't have relation with vitamin D levels measured by CDAI. Crohn's Disease's patients treated with Anti-TNFs drugs (Infliximab and Adalimumab) had better levels than patients with others treatments.

65. SÍNDROME DE OVERLAP ENTRE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA E RETOCOLITE ULCERATIVA: UM CASO DE APRESENTAÇÃO PEDIÁTRICA

THAIS DE SOUZA; BARBARA TORTATO PIASECKI; MATHEUS COPI KIMURA; MUNIQUE KURTZ DE MELLO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI), SANTA CATARINA, SC, BRASIL.

Introdução: A colangite esclerosante primária (CEP) é caracterizada por inflamação, esclerose e obliteração das vias biliares intra-hepáticas e/ou extra-hepáticas. Essa doença é de etiologia desconhecida, com maior prevalência em homens e frequentemente associada à colite ulcerosa. A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal restrita à mucosa colônica, caracterizada por dor abdominal crônica bem como diarreia mucopiosanguinolenta. Já a Síndrome de Overlap é caracterizada pela presença, no mesmo paciente, de duas ou mais doenças autoimunes, como, por exemplo, a CEP e a RCU. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com Síndrome de Overlap de apresentação pediátrica. **Relato de Caso:** Masculino, 11 anos, há 4 anos iniciou com quadro de febres pontuais, icterícia e vômitos biliosos, sendo diagnosticado equivocadamente com hepatite autoimune - quando passou a fazer uso de terapêutica imunossupressora (Prednisona e Azatioprina). Após 3 meses de uso dos medicamentos, evoluiu com quadro de pancreatite aguda, necessitando de hospitalização. Sem melhora do quadro inicial e iniciando com episódios de sangramento retal, tenesmo, diarreia e dor abdominal em cólica foi diagnosticado, através de colonoscopia, com Retocolite Ulcerativa, sendo mantida a conduta prévia. Após 2 anos, iniciou com novo quadro de pancreatite associado à Azatioprina, e ao ser internado, foram realizados exames que levaram ao diagnóstico de colangite esclerosante primária. Optou-se por retirar os imunossupressores, sendo introduzido o Ácido Ursodesoxicólico 150mg três vezes ao dia e Mesa-lazina 800mg duas vezes ao dia. Apesar da troca de medicamentos, não houve melhora do quadro diar-reico, o qual evoluiu com presença de intenso sangramento, com frequência de dez vezes ao dia. Encaminhado ao Ambulatório Multidisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais da UNIVALI – SC para acompanhamento multidisciplinar e tratamento com imunobiológico (Infliximabe). **Discussão:** Este relato nos alerta quanto à necessidade de incluir o diagnóstico diferencial de doença inflamatória intestinal na população pediátrica, de forma a promover o diagnóstico precoce e acompanhamento da evolução destes doentes. **Conclusão:** Devido à gravidade e raridade da patologia na população pediátrica, faz-se necessário que o médico esteja atento e capacitado para realizar o diagnóstico e o tratamento de escolha.

66. TEMAS QUE MÉDICOS ESPECIALISTAS COM POUCA EXPERIÊNCIA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL GOSTARIAM DE DISCUTIR DURANTE UM CURSO INTENSIVO TEÓRICO-PRÁTICO

JAQUELINE RIBEIRO DE BARROS; JULIOPINHEIRO BAIMA; FERNANDA LOFIEGORENOSTO, GABRIELA RIBEIRO DE BARROS; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIESASSAKI

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (UNESP), BOTUCATU, SP, BRASIL.

Introdução: Gastroenterologistas e cirurgiões devem adquirir as habilidades necessárias para fornecer aos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) um tratamento adequado, como objetivo de melhorar a qualidade de vida e impedir a evolução para desfechos desfavoráveis como cirurgias, incapacidade física e óbito. Os cursos médicos devem fornecer atualizações sobre o tema e devem estar de acordo com as necessidades dos participantes. **Objetivo:** Avaliar as necessidades a serem abordadas durante um curso médico de imersão em DII sob o ponto de vista dos participantes. **Metodologia:** Foram entrevistados 100 médicos especialistas provenientes de todas as regiões do Brasil. A experiência com DII foi avaliada através do número de pacientes em acompanhamento e através da experiência como uso da terapia biológica. Foram abordadas questões como segurança na prescrição da terapia biológica e temas que os médicos gostariam que fossem abordados em cursos de imersão em DII. **Estatística:** descritiva. **Resultados:** A especialidade principal dos médicos foi: gastroclínica (53%), coloproctologia (32%), cirurgia do aparelho digestivo (2%) e endoscopia digestiva (3%). A média do tempo de atuação na especialidade foi de 12,48 ($\pm 8,23$) anos e a maioria estava há mais de 10 anos no mercado de trabalho (56%). O local de trabalho mais relatado foi hospital ou clínica particular (74%). Com relação no tratamento de pacientes com DII, a maioria atendia entre 10 e 50 pacientes tanto para Retocolite Ulcerativa (RCUI) (54,17%) como para Doença de Crohn (DC) (45,45%). Além disso, uma parte significativa não tinha experiência como uso de terapia biológica, tanto para RCUI (19,35%) como para DC (5,05%). A maioria (>50%) tinha menos de 10 paciente sem tratamento com estaterapia e 11% dos participantes não se sentiram confiante sem prescrever a terapia biológica.

67. TIREOIDOPATIAS NA DOENÇA DE CROHN

LORETE MARIA DA SILVA KOTZE; RENATO NISHIHARA

Introdução: Tireoidopatias incluem doenças congênitas, bócio, tumores e doenças autoimunes, sendo a doença de Hashimoto a causa mais prevalente de hipotireoidismo, além da tireoidite subaguda. De acordo com exames clínicos e laboratoriais as disfunções da glândula são classificadas como hipertireoidismo, hipotireoidismo e hipotireoidismo subclínico. Há controvérsias nos relatos quanto à prevalência de

disfunção tireoidiana em pacientes com doença de Crohn (DC). Recentemente cogita-se se há risco aumentado de câncer da tireóide nestes pacientes. **Objetivos:** Detectar alterações tireoidianas em pacientes com DC ao diagnóstico. **Pacientes e métodos:** DC foi diagnosticada com base em dados clínicos, laboratoriais, exames de imagem e histológicos. Foram incluídos 71 pacientes, 41 mulheres e 30 homens, com idade variando de 16 a 68 anos, divididos conforme sexo e faixa etária. Disfunção tireoidiana foi avaliada pelas concentrações sanguíneas de T3, T4, T4 livre, TSH e anticorpo anti-tireoperoxidase (anti-TPO); e/ou ultrassonografia da glândula. Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes que foram atendidos pelo mesmo profissional em clínica particular. **Resultados:** No total, pacientes mulheres foram mais afetadas que os homens ($p=0,043$). Observou-se dois casos de tumores em mulheres (25 e 46 anos), ambos do tipo papilífero. Realizaram tireoidectomia com boa evolução. **Conclusões:** Alterações da função tireoidiana foram mais prevalentes no sexo feminino e presentes em todas as faixas etárias. Dois casos de tumores (4,9%) foram detectados em mulheres jovens, ao diagnóstico da DC. Os resultados enfatizam a importância da determinação sanguínea dos hormônios tireoidianos e da ultrassonografia em pacientes com DC para diagnóstico e tratamento adequado, tanto da doença tireoidiana como da doença básica.

68. TRATAMENTO DA FÍSTULA RETOVAGINAL NA DOENÇA DE CROHN

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, RAQUEL LINS-MOTA; BRUNA LIMA DAHER, EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO; PAOLA TRINDADE MEINICKE

Introdução: A fistula retovaginal (FRV) está associada a doença de Crohn (DC) colônica e perianal em 10% das mulheres. DC é a segunda causa de FRV depois do trauma obstétrico, sendo responsável por 36% dos casos. Apesar dos avanços no tratamento da doença, o manejo das FRV permanece um desafio. **Métodos:** Análise retrospectiva de série de casos de pacientes portadoras de FRV associada a DC com tratamento clínico e/ou cirúrgico entre 2007 e 2016. **Resultados:** Seleccionadas 18 pacientes, sendo excluídas 4 por perda do seguimento. Todas apresentavam FRV baixa ou ano-vaginal. A média de idade de 40,9 anos ($\pm 16,1$ anos). A média de duração da DC de 10 anos. Foi instituído terapia medicamentosa e EPA com curetagem do trajeto fistuloso e locação de seton (média de 5 EPA's/paciente) para todas. Contudo um grupo de 4 pacientes foi submetida ao avanço de retalho mucoso vaginal (ARV) como tratamento definitivo. A taxa de sucesso terapêutico foi de 71%. Sendo de 100% no grupo com ARV e 60% no grupo sem ARV. A taxa de falha terapêutica foi de 25% no grupo com ARV e 50% no grupo sem ARV. Houve um predomínio de tratamento medicamentoso com anti-TNF, 75% e 66% nos grupos com ARV e sem ARV, respectivamente,

e todas utilizaram antimicrobianos em algum momento. O procedimento de ARV não apresentou complicações pós-operatórias. **Discussão:** Não há consenso da melhor estratégia terapêutica na FRV. O tratamento inclui antibióticos, imunossuppressores e terapia biológica associada a EPA bem como intervenção cirúrgica. Cirurgia esta que pode ser ARV que apresentou excelente taxa de sucesso terapêutico e baixa falha terapêutica. **Conclusão:** O ARV mostrou ser efetivo no fechamento de fistulas retovaginais em portadoras de DC submetidas previamente a tratamento clínico associado a EPA, sendo uma boa opção de tratamento definitivo em pacientes sem atividade inflamatória perianal.

69. TRATAMENTO DE LESÕES E FÍSTULAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN COM HIDROFIBRA BIATAIN ALGINATO AG®

SILVIA ALVES DA SILVA CARVALHO¹; ADRIANE FARELIN²

1. COMPLEXO HOSPITALAR PADRE BENTO, SP, BRASIL.

2. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP), SP, BRASIL.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico de etiologia desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico, acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal com intensidade variável e transmural. No intestino delgado e intestino grosso podem ocorrer manifestações perianais em mais de 20 a 35% dos pacientes. As manifestações clínicas mais frequentes são de natureza inflamatória, obstrutiva e/ou fistulizantes. **Objetivo:** Verificar a efetividade da hidrofibra de alginato AG® no tratamento tópico em paciente com DC. Manejo do exsudato, prevenção e tratamento da pele peri-fistula perianal. **Caso clínico:** O participante do estudo assinou o TCLE, K.D.O, 28 anos, pardo, do sexo masculino, casado, apresentava-se deprimido com isolamento social, emagrecido, inapetente e com múltiplas fistulas em região perianal, realizando tratamento clínico em hospital público na cidade de São Paulo e acompanhamento ambulatorial com o Serviço de Estomaterapia. Os dados foram coletados durante o tratamento de ferida e fistulas decorrentes da DC, sendo realizado com hidrofibra de alginato AG®. A equipe enfermagem foi orientada sobre a composição, indicação e uso adequado do produto. O paciente foi avaliado inicialmente 1 x por semana e posteriormente a cada 15 dias no serviço ambulatorial de estomaterapia, onde eram realizados os curativos e as orientações à família sobre a realização das trocas de curativos em domicílio. **Resultados:** Observamos a aceleração no processo de cicatrização, redução dos sintomas de prurido; melhor controle da umidade local através da absorção vertical da hidrofibra e proporcionou diminuição das trocas de curativos, reduzindo os custos com materiais. Foi observada uma melhor adesão do paciente ao tratamento, através da aceitação e confiança no manejo desenvolvido pela equipe de enfermagem em seu tratamento e

diante da melhora da integridade da pele. **Conclusão:** Biatain alginato AG[®] demonstrou efetividade no processo de cicatrização com sua ação antimicrobiana favorecendo a granulação tecidual através do controle do meio úmido e liberação sustentada de prata iônica em meio potencialmente contaminado. O uso da hidrofibra com prata acelerou o processo de cicatrização das lesões, reduziu a presença das fistulas e diminuiu o prurido local contribuindo na cicatrização, controle de sintomas e qualidade de vida do paciente.

70. TUBERCULOSE EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM USO DE ANTI-TNF α

PRISCILA DA SILVEIRA SANTOS; MURILO MOURA LIMA; THALINE ALVES ELIAS DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA DE ALENCAR BEZERRA FREITAS; CONCEIÇÃO DE MARIA DE SOUSA COELHO; JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA, PI, BRASIL.

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) caracteriza-se por inflamação crônica no trato gastrointestinal, apresentando-se como Doença de Crohn (DC) ou Retocolite Ulcerativa (RCU). O tratamento inclui o uso de anti-corpo contra o Fator de Necrose Tumoral Alfa (anti-TNF α) que, todavia, pode desencadear reativação de Tuberculose (TB). É recomendado rastreio de tuberculose latente, para detectar pacientes sob risco de desenvolver tuberculose ativa, antes de iniciar anti-TNF α . **Objetivos:** Avaliar a frequência de tuberculose latente em pacientes com DII em programação de iniciar o anti-TNF α e de tuberculose ativa em pacientes em uso de anti-TNF α . **Metodologia:** Foram revisados 178 prontuários médicos de pacientes com DII que fizeram uso de anti-TNF α no período de 01/01/2005 a 21/05/2017. Foi considerada tuberculose latente a presença de teste tuberculínico com resultado maior ou igual a 5mm. **Resultados:** Dos 178 pacientes que fizeram terapia biológica no período determinado, o teste tuberculínico foi realizado em 133 (74,3%). Neles, a frequência de TB latente foi de 9% (12 pacientes). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a frequência de TB latente no sexo masculino (9,1%) e feminino (8,9%). Do mesmo modo, não houve diferença estatisticamente significativa entre a frequência de TB latente nos pacientes com doença de Crohn (8,0%) e retocolite ulcerativa (14,3%). Dos 12 pacientes com TB latente, nove foram tratados com isoniazida. Oito pacientes que eram não reatores antes do início da terapia biológica repetiram o teste tuberculínico na vigência de terapia biológica e, em quatro deles, diagnosticou-se TB latente. Tuberculose ativa ocorreu em 5 pacientes (2,8%), sendo 4 homens e 3 com doença de Crohn. A média de tempo entre o início do uso de terapia biológica e o diagnóstico de TB ativa foi de 13,2 meses. Dos pacientes que desenvolveram tuberculose ativa, três tiveram teste tuberculínico não reator antes do início da terapia

biológica. **Conclusão:** A frequência de TB latente foi de 9%, o que confirma a obrigatoriedade do seu rastreamento prévio ao início do anti-TNF α . A positividade do teste tuberculínico em pacientes que já estavam em uso do anti-TNF α reforça a ideia de repetir periodicamente o teste tuberculínico em todos os pacientes em uso dessas medicações. A tuberculose ativa ocorreu em 5 pacientes, e chama atenção o fato de terem ocorrido principalmente em pacientes cujos testes tuberculínicos pré-tratamento eram não reatores.

71. USO DE CERTOLIZUMABE PEGOL PARA MELHORA DA CICATRIZAÇÃO DE MUCOSA NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE; BÁRBARA DE MORAIS BORBA; PRISCILA DA SILVEIRA SANTOS; MURILO MOURA LIMA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, PI, BRASIL.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é caracterizada pela presença de inflamação intestinal acompanhada de áreas de ulceração. A cicatrização da mucosa na DC está associada à remissão clínica e redução nas internações e cirurgias. Estudos mostram que agentes imunobiológicos utilizados no tratamento de DC são eficazes para cicatrização da mucosa intestinal em longo prazo. **Métodos:** Descrevemos o caso de um paciente do sexo masculino, brasileiro, 20 anos de idade e cor branca. História clínica iniciada em janeiro/2017 com diarreia aquosa mucossanguinolenta, mais de 10 exoneações/dia, acompanhada de dor abdominal difusamente tipo cólica, além de fadiga. Houve emagrecimento de 13 Kg em três meses; no momento da internação, o paciente encontrava-se desnutrido (IMC < 18 kg/m²) anemia (hematócrito = 27%) e elevação da PCR (170 mg/dL) e IADC > 450 pontos. Colonoscopia mostrou DC grave: íleo terminal: mucosa com edema, enantema, múltiplas ulcerações rasas. Cóloons: edema, enantema e com múltiplas ulcerações profundas e confluentes, recobertas por fibrina; múltiplos pseudopólipos de tamanhos e formas variados, de acometimento contínuo; reto preservado. Na tomografia de abdome total com enterografia observou-se: segmentos saltados do intestino delgado com paredes espessadas, realce parietal, densificação de gordura mesentérica perivisceral e ingurgitamento vascular. **Resultados do tratamento:** Foi iniciado Certolizumabe Pegol, 400 mg para indução de remissão (semanas 0, 2 e 4) e, posteriormente, manutenção de remissão a cada 28 dias. Evolução: dez semanas após o início do tratamento, o paciente apresentou melhora da fadiga, adinamia e do apetite, desaparecimento da diarreia e dor abdominal, bem como ganho ponderal (3 Kg). Hematócrito de 32% e CDAI: 105 e PCR = 20 mg/dL na semana 28, o paciente apresentou resolução completa dos sintomas, PCR normal e CDAI < 100 pontos. Na colonoscopia observou-se que a trama vascular submucosa era bem

visibilizada; no reto superior havia friabilidade da mucosa, edema e pontos isolados de sangramento; no reto médio e inferior a mucosa era normal; os demais segmentos colônicos e íleo terminal mostraram pseudopólipos esparsos e sem sinais inflamatórios. O paciente continua em uso de Certolizumabe Pegol 400 mg SC 4/4 semanas até março de 2018. **Conclusão:** Este relatório destaca um caso de DC grave com cicatrização de mucosa em paciente que fez uso de CZP, enfatizando a eficácia deste agente imunobiológico como uma opção terapêutica nesta situação clínica.

72. USO DE VEDOLIZUMABE NA DOENÇA DE CROHN COM ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS E HIPOGAMAGLOBULINEMIA

M. LUBINI; P.O.A. PASQUALOTTO; R.M. MACHADO; M. BÉRGAMO; R. FERRARIN; P. FERRARIN

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO/RS E CENTRO DE DIAGNÓSTICOS ENDOCLIN.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma patologia crônica, responsável por inflamação transmural do trato gastrointestinal. Pode cursar com síndromes de má absorção e deficiências nutricionais e imunológicas devido a envolvimento difuso da mucosa. A localização exclusiva no intestino delgado pode cursar com condições de maior gravidade, como a Enteropatia Perdedora de Proteínas (EPP). Nestes casos, as opções terapêuticas com melhor perfil de segurança podem ser a primeira opção de escolha. **Objetivo:** O Vedolizumabe, um anticorpo anti-integrinas α -4/13-7, apresenta um perfil de segurança melhor quando comparado às demais terapias biológicas com drogas anti-TNF. Apresentamos caso clínico onde optou-se pelo uso de Vedolizumabe na DC complicada com EPP e hipogamaglobulinemia. **Relato do Caso:** Masculino, 61 anos, caucasiano, com diarreia crônica há cerca de 4 meses, anemia e desnutrição severa demonstrada por anasarca ao exame físico. Exames laboratoriais Evidenciaram hipoalbuminemia severa e hipogamaglobulinemia. Endoscopia e colonoscopia normais. Enterorressonância com achados sugestivos de síndrome de má-absorção e cápsula endoscópica demonstrando ulcerações profundas e difusas na mucosa jejunal. O diagnóstico de DC foi confirmado por enteroscopia com biópsias jejunais. O paciente cursou com internação hospitalar prolongada, necessitando suporte nutricional parenteral e enteral e reposição de imunoglobulina. Foi utilizado corticoterapia endovenosa associada a terapia anti-integrina com Vedolizumabe. Após protocolo terapêutico, o paciente cursou com resposta clínica significativa e recuperação do status nutricional, sem complicações relacionadas a terapia biológica. **Discussão:** O tratamento da DC tem por objetivo suprimir a resposta inflamatória, com foco na indução e manutenção da remissão clínica e cicatrização mucosa. Recentemente, o

advento das terapias biológicas melhorou significativamente o prognóstico de pacientes com DC, diminuindo a necessidade de internações hospitalares e intervenções cirúrgicas. Entretanto, pacientes com manifestações de má-absorção intestinal e imunossupressão primária são um desafio à parte. Devido ao quadro apresentado, a utilização de terapia anti-TNF em associação com imunossupressor foi contraindicada frente ao risco aumentado de infecções oportunistas graves. Por esse motivo, foi indicado o uso de Vedolizumabe, cujo perfil de segurança é favorável neste contexto clínico. Os desfechos iniciais apresentados pelo paciente foram favoráveis, sem complicações graves, sendo evidenciado em enterorressonância de seguimento a ausência de atividade da DC. **Conclusão:** A Enteropatia Perdedora de Proteínas é uma manifestação rara mas potencialmente grave da DC e, neste relato de caso, demonstrou-se a segurança e eficácia da terapia biológica anti-integrina com Vedolizumabe.

73. USO DO CERTOLIZUMAB PEGOL APÓS FALHA SECUNDÁRIA DE OUTROS ANTI-TNF: RELATO DE CASO

MAURO BAFUTTO¹; MICHELLE BAFUTTO GOMES COSTA²; ENIO CHAVES DE OLIVEIRA³

1. DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. MEMBRO TITULAR DO GEDIIB, GO, BRASIL.

2. INSTITUTO BAFUTTO DE PESQUISA CLÍNICA, GO, BRASIL.

3. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GO, BRASIL.

Introdução: A doença de Crohn(DC) é uma doença inflamatória crônica, que acomete vários segmentos do tubo digestivo, caracterizada por focos de inflamação transmural. O padrão de comportamento pode ser inflamatório, estenosante ou fistulizante. **Relato de caso:** Paciente 36 anos, masculino, iniciou em 2007 com dor abdominal em FID, de moderada intensidade, associada a vômitos, sendo submetido a laparotomia exploradora com hipótese de apendicite. O anatomopatológico da peça cirúrgica veio sugestivo de DC. Em 2009 iniciou tratamento com infliximabe, porém usou por apenas 9 meses e descontinuou tratamento. Há 4 anos apresentou recidiva dos sintomas, com aparecimento de fístulas em região peri-umbilical, associada a febre e perda ponderal de cerca de 30Kg. Estava em uso de prednisona, mesalazina e diclofenaco esporadicamente. Ao exame admissional, apresentava 3 pontos com drenagem de secreção purulenta, 3 cm abaixo da cicatriz umbilical, abdome tenso e doloroso à palpação. Enterotomografia com evidencia de fístula êntero-mesentérica, formando pequena coleção adjacente. Reiniciado infliximabe e azatioprina. Após 6 meses, paciente não apresentava nenhuma melhora dos sintomas, sendo otimizada a dose de infliximabe para aplicações a cada 4 semanas. Retornou com os mesmos sintomas e sem melhora das fístulas após 4 meses de tratamento otimizado.

Optado por internação hospitalar, antibioticoterapia e corticoterapia venosa. Além disso, aplicação de adalimumabe intra e perifistular, programada 3 aplicações (1 por semana). Após a 3ª aplicação, observamos melhora do quadro sintomático geral e fechamento das fístulas. Na alta hospitalar, foi trocado o Anti-TNF para Adalimumabe. 8 meses após, paciente retorna sintomático, com dor e distensão abdominal e TC de abdome evidenciando atividade de doença com abscesso de parede. Realizada internação hospitalar e drenagem cirúrgica do abscesso. Após a melhora clínica, optado por troca de Anti-TNF por falha secundária e iniciado Certolizumabe (junho/2017). Desde então, paciente encontra-se assintomático, sem atividade de doença. **Conclusão:** Apresentamos um caso de sucesso com uso de certolizumabe na remissão da doença de Crohn grave e complicada, após falha secundária de outros anti-TNFs.

74. VARIÁVEIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ASSOCIADAS A DII NO ADULTO

LUIZA CATAPANI; ADRIANA NOGUEIRA CATAPANI; WILSON R. CATAPANI

BIOLOGIA UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Acredita-se que as doenças inflamatórias intestinais (DII) tenham origem multifatorial, sendo fatores ambientais potenciais candidatos em sua patogenese. **Objetivo:** avaliar a associação de fatores ambientais no primeiro ano de vida com o desenvolvimento de DII na vida adulta. **Pacientes e métodos:** pacientes com DII e controles não doentes responderam a questionário através da Internet (Survey Monkey). Na tentativa de evitar viés de memória, todas as perguntas continham a alternativa "não sei responder", e estes foram excluídos da análise. Os parâmetros investigados foram local de moradia (zona urbana x rural), amamentação ao seio materno (sim/não), uso de antibióticos no primeiro ano de vida (não ou até duas vezes, 3 ou mais vezes), tipo de saneamento básico (nenhum, parcial ou água e esgoto), contato com animais (frequente e direto, não ou infrequente), tipo de parto (cesárea/normal), permanência ou não em creche, todos referentes ao primeiro ano de vida. **Resultados:** obtivemos 525 respostas de todas as regiões do Brasil. O grupo DII foi composto por 161 mulheres e 50 homens com doença de Crohn, 48 mulheres e 21 homens com retocolite ulcerativa. O grupo controle foi composto por 197 mulheres e 48 homens. A idade ao diagnóstico foi comparável entre os pacientes com doença de Crohn ($28,9 \pm 10,8$ anos) e colite ulcerativa ($28,9 \pm 9,4$ anos). Houve diferença significativa entre o grupo DII e o controle quanto à moradia no primeiro ano de vida (zona rural DII 23,5% X 15,5% CTR, $p=0,011$). Aproximaram-se do nível de significância 5% a amamentação no primeiro

ano de vida (sim 39,5% grupo DII x 48,2% grupo CTR, $p=0,057$) e uso de antibióticos no primeiro ano de vida (sim 36,4% grupo DII x 28% grupo CTR, $p=0,06$). Não foram significantes o tipo de saneamento básico, o contato com animais, o sexo, o tipo de parto, e a permanência ou não em creche. **Conclusão:** considerando-se as limitações deste estudo, a DII foi mais frequente entre os moradores de zona rural no primeiro ano de vida. Houve uma tendência à maior prevalência de DII entre os que não foram amamentados ao seio materno, e entre os que utilizaram antibióticos.

75. MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA APÓS UM ANO DE TERAPIA BIOLÓGICA

GABRIELA CABRAL BISSOLI; ROSEMARY PEREIRA LINO DA SILVA; JULIO PINHEIRO BAIMA; ROGERIO SAAD-HOSSNE; LIGIA YUKIE SASSAKI

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que atinge o cólon, sendo de caráter crônico e recidivante. Os sintomas podem ter implicações psicossociais significativas que podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e a capacidade funcional do indivíduo. Os agentes anti-TNF induzem remissão clínica e também demonstraram melhorar a QVRS. **Objetivo:** Determinar o impacto do tratamento com agentes anti-TNF sobre a melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional em pacientes com RCU. **Metodologia:** Foi realizado um estudo longitudinal com inclusão de 45 pacientes portadores de RCU que receberam Infliximabe (IFX) ou Adalimumabe (ADA). Os pacientes foram avaliados nas semanas 0, 14, 30 e 54 de tratamento. A atividade da doença foi avaliada através do Escore de Mayo. A resposta clínica foi definida como uma redução de 3 pontos ou mais no escore. A QVRS foi avaliada através do IBDQ. A capacidade funcional foi avaliada pela Escala Funcional de Karnofsky. As comparações entre variáveis quantitativas foram feitas através da ANOVA em medidas repetidas seguida do teste de comparação múltipla de Tukey ajustado. **Discussão:** Vinte e dois pacientes eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 43,78 ($\pm 15,68$) e a duração média da doença foi de 6 ($\pm 5,87$) anos. 36 pacientes possuíam pancolite. Em relação à qualidade de vida, a maioria dos pacientes possuía QV regular ou ruim (60,53%) no início do tratamento. 14 pacientes receberam ADA e 31 receberam IFX. Trinta e três pacientes apresentaram resposta clínica. Houve melhora nas pontuações do IBDQ para ambos os grupos, $p=0,99$. Houve aumento nas pontuações da escala de Karnofsky, indicando melhora da capacidade funcional dos pacientes. **Conclusão:** Pacientes com Retocolite Ulcerativa tratados com terapia biológica apresentaram melhora da QVRS e da capacidade funcional.