

:: APRESENTAÇÃO ::

:: PROGRAMAÇÃO ::

:: RESUMO DE TEMAS LIVRES ::

ANAIIS



II SIDII

Simpósio Interdisciplinar
em Doenças Inflamatórias
Intestinais

29 e 30 de julho de 2016

Novotel Hangar Aeroporto Salvador/BA

Apoio institucional:



Agência de turismo oficial:



Maiores informações:



Tel.: (71) 2107-9682/9684
www.abmeventos.org.br
abmeventos@abmnet.org.br

:: APRESENTAÇÃO ::		5
:: PROGRAMAÇÃO ::		6
:: RESUMOS DE TEMAS LIVRES ::		8
1.		8
	ADENOCARCINOMA DE CECO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO	8
	Antônio Marcos dos Santos Teixeira*, Camila Silva Souza, Clara Dominguez da Silva, Lorena de Brito Pessoa, Juliana Silva, Neogélia Pereira de Almeida e Genoile Oliveira Santana.	8
2.		8
	SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO (HEPATITE AUTOIMUNE E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA) ASSOCIADA À DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO	8
	Camila Silva Souza, Antônio Marcos Santos Teixeira ¹ , Clara Dominguez da Silva ¹ , Juliana Silva ¹ , Lorena de Brito Pessoa ¹ , Renata Nóbrega Cordeiro Liberato, Valdiana Surlo ³ , Genoile Oliveira Santana Silva ⁴	8
3.		9
	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM ADOLESCENTE COM TRANSTORNO ALIMENTAR: RELATO DE CASO	9
	Lima N*; Haine R; Cunha N; Crespo, M; Neto, R; Morais, V; Cardoso N.; Rebouças C; Saavedra D. Silva L.	9
4.		10
	DOENÇA CELÍACA ASSOCIADA A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE DIFÍCIL CONTROLE: RELATO DE CASO	10
	SILVA, C.D.; PESSOA, L.B.; SOUZA, C.S.; TEIXEIRA, A.M.S.; SILVA, J.; SANTANA, G.O.	10

5.....	10
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE GASTROHEPATOLOGIA NA BAHIA.	10
Clara Passos, Natália Cunha, Naiara Lima, Vanessa Dantas, Larissa Brandão, Mariele Crespo, Daniela Saavedra, Carla Rebouças, Cibele Marques, Luciana Silva	10
6.....	11
ANOREXIA EM DOENÇA DE CROHN: ASPECTOS PSICOLÓGICOS	11
Ludmila Latrilha Garcia , Luciana Rodrigues Silva ¹ , Daniela Lima de Oliveira Saavedra ¹ , Carla Rebouças Nascimento ¹ , Mariele Carvalho Crespo ¹ , Naiara Vanessa Franca Lima ¹	11
7.....	11
RETOCOLITE ULCERATIVA EM PACIENTE FALCÊMICO: RELATO DE CASO.	11
Hemerson Dyego Novais Gomes* , Milena Rios Santos, Luciana Rodrigues Silva, Genoile Oliveira Santana.	11
8.....	12
ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA BAHIA.	12
Hemerson Dyego Novais Gomes* , Juliana Silva, Beatriz Silva Brito, Isaac Neri de Novais Silva, Viviane Gomes Nóbrega, Maria Carolina Silva Martins da Silva, Renata Liberato, Andréa Maia Pimentel, Neogelia Pereira de Almeida, Maria Flora Fortes, Jaciane Araújo Mota Fontes, Valdiana Cristina Surlo e Genoile Oliveira Santana.....	12
9.....	12
MANIFESTAÇÕES HEPATOBILIARES EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR/BA	12
Juliana Silva ¹ , Beatriz Silva Brito ¹ , Isaac Neri de Novais Silva ¹ , Viviane Gomes Nóbrega ¹ , Maria Carolina Silva Martins da Silva ¹ , Hemerson Dyego Novais Gomes ¹ , Renata Nóbrega Cordeiro Liberato ² , Andréa Maia Pimentel ³ , Neogelia Pereira de Almeida ³ , Maria Flora Fortes ³ , Jaciane Araújo Mota Fontes ³ , Valdiana Cristina Surlo ³ e Genoile Oliveira Santana ^{1,2}	12
10.....	13
USO DO INFLIXIMABE EM PACIENTE RETOCOLITE ULCERATIVA GRAVE: RELATO DE CASO	13
Juliana Silva ^{*1} , Antônio Marcos dos Santos Teixeira ¹ , Camila Silva Souza ¹ , Lorena de Brito Pessoa ¹ , Clara Dominguez da Silva ¹ , Alexandre Pithon Lins ² , Jaciane Mota ² e Genoile Oliveira Santana ¹	13
11.....	13
CORREÇÃO DE LINFOPENIA NO CURSO DE DOENÇA DE CROHN DURANTE TERAPIA COM ADALIMUMABE: RELATO DE CASO	13
Larissa Sodre Limeira (UNEB)* , Bruno César da Silva (Hospital da Bahia), Vanessa Campos Duarte (UNEB), Evelyn Moura de Assis(UNEB) e Genoile Oliveira Santana.....	13
12.....	14
COLANGIOCARCINOMA EM PACIENTE COM COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA E DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO	14
Lorena de Brito Pessoa* , Antônio Marcos dos Santos Teixeira, Clara Dominguez da Silva, Camila Silva Souza, Juliana Silva, Renata Nóbrega Liberato, Genoile Oliveira Santana	14
13.....	14
MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinais NA APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	14
Maria Carolina S. Martins da Silva* , Juliana Silva ¹ , Beatriz Silva Brito ¹ , Isaac Neri de Novaes Silva ¹ , Viviane Gomes Nóbrega ¹ , Flora Maria Lorenzo Fortes ² , Andréa Maia Pimentel ² , Neogelia	

Almeida ² , Valdiana Cristina Surlo ² , Jaciane Araújo Mota Fontes ² , Hemerson Dyego N. Gomes ¹ , Genoile Oliveira Santana ^{1,2}	14
14.....	15
GORDURA CORPORAL BAIXA: FATOR DE RISCO PARA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA REDUZIDA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA?	15
Mirella Lopes^{*1}, Raquel Rocha¹, André Lyra² e Genoile Santana²	15
15.....	15
CÁPSULA ENDOSCÓPICA RETIDA EM ESTENOSE NA DOENÇA DE CROHN: O QUE FAZER? RELATO DE CASO	15
OLIVEIRA ERIKA; GAMA JULIANA; BARRETO ROBERTA; SANTANA GENOILE	15
16.....	16
RELATO DE CASO DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTE COM DESNUTRIÇÃO GRAVE	16
Natália Cunha Cardoso Pires, Raimundo Bandeira Barros Neto, Mariele Carvalho Crespo, Naiara Vanessa Franca Lima, Rachel Oliveira Santos Haine, Clara Passos Almeida, Patricia Cerqueira Lima, Vanessa Maria Dantas de Moraes, Carla Rebouças, Luciana Rodrigues Silva.	16
17.....	17
CÂNCER COLORRETAL EM ADOLESCENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: RELATO DE CASO	17
Patricia C.L. Alves; Luciana R. Silva, Genoile O. S. Silva Vítor Lucio de O. Alves; Luis Antonio R. de Freitas; Milena R. Santos; Clara P. de Almeida; Vanessa Maria D. de Moraes; Mariele C. Crespo; Raimundo B. B. Neto.	17
18.....	17
SÍNDROME DE IMBRICAMENTO EM ADOLESCENTE	17
Mariele Carvalho Crespo; Clara Passos; Rachel Oliveira Santos Haine; Natalia Cunha Cardoso Pires; Raimundo Bandeira Barros Neto; Naiara Vanessa Franca Lima; Vanessa Maria Dantas de Moraes	17
19.....	18
PAPEL DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE DOENÇA DE CROHN GRAVE: RELATO DE CASO.	18
Vanessa Duarte da Silva (UNEB)*, Bruno César da Silva (HOSPITAL DA BAHIA), Evelyn Moura de Assis (UNEB), Larissa Limeira Sodré (UNEB), Alexandre Lopes de Carvalho (HOSPITAL DA BAHIA) e Genoile Oliveira Santana.	18
20.....	18
QUAIS AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS INICIAIS EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?	18
Viviane G. Nóbrega ¹ , Isaac N. N. Silva ¹ , Beatriz S. Brito ¹ , Juliana Silva ¹ , Maria C. S. M. da Silva ¹ , Hemerson D. N. Gomes ¹ , Andréa M. Pimentel ² , Neogélia Almeida ² , Valdiana C. Surlo ² , Jaciane Mota ² , Genoile O. Santana ¹	18
21.....	19
NÓDULOS NECROBIÓTICOS PULMONARES EM UM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: RELATO DE CASO	19
Moni Chiara Araújo Barbosa; Flora Oliveira Gondim ; Fábio Carneiro Vosqui Nascimento; Valdiana Cristina Surlo; Bruno Cesar da Silva; João Carlos Coelho Filho*; Antonio Carlos Lemos; Genoile Oliveira Santana	19
22.....	20
COMPOSIÇÃO CORPORAL E INGESTÃO ALIMENTAR: FATORES DE RISCO PARA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN	20
Uli Homci ¹ , Thamiris Reis ¹ , Raquel Rocha ¹ , Fernanda Gomes Coqueiro ¹ , Mirella Brasil Lopes ¹ , Vanessa Rosa Oliveira ¹ , Genoile Oliveira Santana ²	20

23.....	20
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA	
DESCRIÇÃO DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS	20
SOUZA, L.G; SILVA, L.R; REBOUÇAS, C; SAAVEDRA, D;	20
24.....	21
ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS E HISTOPATOLÓGICAS NO TGI SUPERIOR EM	
PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN	21
Kátia Rejane Marques Brito ¹ , Genoile Santana ¹ , Andrea Maia Pimentel ¹ , Flora Maria Lorenzo	
Fortes ¹ , Jaciane Fontes ¹ , Rita Cruz ¹ , Isaac Silva ²	21
25.....	22
DESENVOLVIMENTO PUBERAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE	
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS	22
Daniela Saavedra* , Luciana Silva, Crésio Alves, Carla Rebouças Nascimento, Cibele	
Ferreira Marques	22
26.....	23
HEPATITE AUTOIMUNE E Pioderma Gangrenoso Precedendo Sintomas	
Intestinais na Doença de Crohn: Relato de Caso	23
Judah Leão Barouh ¹ , Laíla Damasceno Andrade ² , Marina Pamponet Motta ¹ , Renata Liberato ¹ ,	
Dalila Guedes ¹ , Genoile Oliveira Santana Silva ¹	23
27.....	23
DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA	
INTESTINAL EM USO DE CORTICOIDE	23
Genalva Oliveira Santana de Almeida Couto, Mirella Lopes Brasil, Camila Paula Oliveira	
Ribeiro, Raquel Rocha dos Santos e Genoile Oliveira Santana	23



:: APRESENTAÇÃO ::

Prezados amigos e colegas,

O II SIDII – Simpósio Interdisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais será realizado pelo Ambulatório de Doenças Inflamatórias de Adultos e Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais de Pediatria da Universidade Federal da Bahia, nos dias 29 e 30 de julho de 2016 no Novotel Hangar Aeroporto, Salvador, Bahia.

A proposta do evento é compor uma agenda que contemple a atualização científica e discussão de casos clínicos sobre pacientes adultos e pediátricos portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais para médicos, residentes e todos os profissionais que fazem parte da equipe que assiste estes pacientes (nutricionistas, radiologistas, patologistas, endoscopistas, psicólogos), enfatizando sobretudo novas diretrizes diagnósticas e terapêuticas.

Contamos com a presença de todos!

Comissão Organizadora

Prof^a. Genoile Oliveira Santana

Serviço de Gastroenterologia

Coordenadora DII

Hospital Universitário Prof. Edgard UFBA Salvador/BA - Brasil

Prof^a. Luciana Rodrigues Silva

Serviço de Gastroenterologia Pediátrica

Coordenadora DII pediátrica

Hospital Universitário Prof. Edgard UFBA Salvador/BA - Brasil



:: PROGRAMAÇÃO ::

Programação: Dia 29 de julho (sexta-feira)

08:20 h - Abertura – Genoile Santana, Luciana Silva, Conceição Galvão, Dolores Fernandez Fernandez, Durval Rosa, Eduardo Fonseca

08:40 h – Mesa Redonda - Primeiro Módulo – Introdução

Coordenadora: Cibeles Marques

Moderador: Bruno Medrado

08:40h – Epidemiologia da DII no Nordeste – Bruno da Silva

09:00h – Aspectos atuais na fisiopatologia da DII – Eloa Morsolletto

09:20h – Avaliação de atividade inflamatória – Como fazer? – Marta Machado

09:40h – Avaliação crítica dos métodos de imagem na DII – Thais Gonzalez

10:00h – Doença inflamatória de início precoce em pediatria – Maraci Rodrigues

10:20h - Discussão

10:40h – Coffee break/Visita aos posters

11:00h – Mesa Redonda – Segundo Módulo – Miscelânea

Coordenadora: Lina Codes

Moderadora: Andrea Maia

Como devemos conduzir:

11:00h – Manifestações hepatobiliares na DII – André Lyra

11:20h – Gravidez na paciente com DII – Cyrla Zaltman

11:40h – Complicações infecciosas no curso da DII – Eloá Morsolletto

12:00 – Complicações tromboembólicas – Cristina Flores

12:20 – Perguntas

12:40h – Conferência Patologia – Contribuição da patologia para o diagnóstico da DII

Presidente: Júlia Cabral

Conferencista: Carlos Leonardo Guimarães

13:10h – Simpósio Satélite UCB: Cimzia® (Certolizumabe pegol) - Da Diferenciação à Aplicação Clínica

Palestrante: Marta Machado

14:10h – Discussão de Caso clínico Pediatria

Apresentação: Clara Passos

Moderação: Carla Rebouças

Debatedores: Maraci Rodrigues, Idblan Albuquerque, Cristina Flores, Thais Gonzalez

15:10h – Conferência Gastro Pediatria – Tratamento da RCU doença leve, moderada e grave

Presidente: Luciana Silva

Conferencista: Maraci Rodrigues

15:40h – Coffee break/Visita aos posters

16:10h - Discussão de Caso clínico - adulto

Moderadora: Marina Pamponet

Apresentadora: Renata Liberato

Debatedores: Vitor Lúcio, Cristina Flores, Carlos Leonardo Guimarães, Thais Gonzalez, Angelo Fontes, Idblan Albuquerque



17:10h – Conferência Nutrição - Mitos na dieta do paciente com DII
Presidente: Genalva Santana
Conferencista: Raquel Rocha

Programação: Dia 30 de julho (sábado)

08:20h – Mesa Redonda - Terceiro Módulo - Tópicos avançados de nutrição
Coordenador: Flávio Feitosa
Moderadora: Maraci Rodrigues
08:20h – Obesidade e DII – Raquel Rocha
08:40h – Deficiências de micronutrientes – Como abordar? – Fernanda Orrico
09:00h – Importância da nutrição no pré-operatório – Mirella Lopes
09:20h – Importância da terapia nutricional na DII no adulto – Raquel Rocha
09:40h – Nutrição no tratamento da DII na criança – Vera Sdepanian
10:00h – Discussão

10:20h – Coffee break/Visita aos posters

10:40h – Mesa redonda – Quarto Módulo – Tratamento
Coordenadora: Flora Fortes
Moderadora: Eloa Morsoletto
10:20h – Tratamento convencional da DII – Cyrila Zaltman
10:50h – Terapia biológica na DII - Marco Zeroncio
11:20h – Aspectos peculiares no tratamento da DII na infância – Maraci Rodrigues
11:50h – Biossimilares na DII – Qual o lugar? – Fabio Vieira Teixeira
12:10h – Tratamento cirúrgico na D Crohn – Idblan Albuquerque
12:40h – Discussão

13:00h - Simpósio Satélite – Simposio takeda – Vedolizumabe na RCU e doença de Crohn
Palestrantes: Marco Zerônco e Idblan Albuquerque

14:00h – Discussão de caso clínico
Moderadora: Jaciane Mota Fontes
Apresentadora: Camila Medrado Pereira Barbosa
Debatedores: Andre Lyra, Eloa Morsoletto, Igelmar Paes, Fábio Vieira Teixeira

15:00h – Conferência Cirurgia – Tratamento cirúrgico na RCU grave
Presidente: Aécio Mendes
Conferencista: Idblan Albuquerque

15:30h - Coffee break/Visita aos posters

16:00h - Discussão de caso clínico pediatria
Moderadora: Daniela Saavedra
Apresentadora: Nara Borges A. Cardoso
Debatedores: Vera Sdepanian, Fabio Vieira Teixeira, Marta Machado, Carla Lima, Thais Gonzalez

17:00 h– Conferência Gastro – Novos alvos na terapêutica da DII
Presidente: Genoile Santana
Conferencista: Cristina Flores

17:30h – Encerramento e entrega do prêmio Luiz Guilherme Lyra

: : RESUMOS DE TEMAS LIVRES : :

1

ADENOCARCINOMA DE CECO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Antônio Marcos dos Santos Teixeira*, Camila Silva Souza, Clara Dominguez da Silva, Lorena de Brito Pessoa, Juliana Silva, Neogélia Pereira de Almeida e Genoile Oliveira Santana.
Hospital Geral Roberto Santos; Universidade do Estado da Bahia

Introdução: A incidência de câncer colorretal (CCR) é maior em pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) crônica de longa duração. Sugere-se que isso se deva à combinação de inflamação crônica e predisposição genética. Tal associação ocorre principalmente em pacientes com Retocolite Ulcerativa. Há poucos estudos que associem o CCR à Doença de Crohn (DC), mas nesses casos as evidências sugerem um pior prognóstico. **Relato de caso:** ASS, 37 anos, feminino, parda, apresentou, desde 1996, diarreia com até seis dejeções/dia associada à dor abdominal e tenesmo. Em abril de 1999 foi diagnosticada com DC, com processo inflamatório intestinal envolvendo do reto ao ângulo esplênico na ileocoloscopia. Foi medicada com Azatioprina e Sulfassalazina, manteve-se assintomática até 2003 com uma dejeção/dia. A Azatioprina foi suspensa após pancitopenia. Em 2009, apresentou quadro sugestivo de Colangite Esclerosante Primária, confirmada pela CPRM, sendo prescrito ursacol. Em junho de 2010, recebeu a terceira infusão de Infliximab, mas não apresentou resposta, em novembro desse mesmo ano foi diagnosticado, durante o exame de screening, adenocarcinoma de ceco moderadamente diferenciado e invasivo sendo submetida à colectomia direita e, no ano de 2014, foi feita colectomia com íleo-reto-anastomose após colonoscopia de screening e diagnóstico de displasia de baixo grau vista apenas no anatomopatológico do colón transverso. Apresentou, em 2013, fístula perianal, que se encontra atualmente cicatrizada. Atualmente, apresenta-se com quatro a cinco dejeções por dia e dor abdominal intermitente, mas sem perda de peso, e vem em uso de adalimumabe e ursacol. **Conclusões:** A vigilância com colonoscopia anual em pacientes com CEP associada à DII é de extrema importância, pois permite a cura de lesões neoplásicas detectadas numa fase inicial. Pacientes que já apresentaram neoplasia devem ter atenção especial, pois apresentam elevado risco de desenvolver nova neoplasia. Na doença de Crohn em especial, a semelhança do quadro clínico entre DC e CCR pode atrasar o diagnóstico da neoplasia.

*antonyomarkos@yahoo.com.br

2

SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO (HEPATITE AUTOIMUNE E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA) ASSOCIADA À DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Camila Silva Souza¹, Antônio Marcos Santos Teixeira¹, Clara Dominguez da Silva¹, Juliana Silva¹, Lorena de Brito Pessoa¹, Renata Nóbrega Cordeiro Liberato², Valdiana Surlo³, Genoile Oliveira Santana Silva⁴
1 - Acadêmico de Medicina do 4º ano da UNEB; 2 - Médica voluntária no HUPES; 3 - Médica do HGRS; 4- Médica do HUPES e Professora de Clínica Médica na UNEB;
Universidade do Estado da Bahia; Hospital Universitário Professor Edgard Santos; 3- Hospital Geral Roberto Santos

Introdução: Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII), de etiologia desconhecida, caracterizada por remissões e recidivas, podendo acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal, da boca ao ânus. Estes pacientes podem apresentar manifestações hepatobiliares (MHB), como colangite esclerosante primária (CEP), hepatite autoimune (HAI) e síndrome de sobreposição (CEP e HAI no mesmo paciente). Observamos CEP em 3,4% dos pacientes com DC, sendo detectada DC em 13% dos pacientes com CEP. **Relato de caso:** Paciente masculino, 58 anos, com diagnóstico de DC ileocolônica não estenosante e não fistulizante há 08 anos, em uso regular de azatioprina, com doença em remissão. Há 06 anos, passou a evoluir com 21 dejeções diarreicas / dia, com muco e sangue nas fezes e elevação de aminotransferases e enzimas canaliculares. Foi internado, sendo realizada colangiorressonância nuclear magnética (CPRM), que evidenciou apenas colelitíase. Encaminhado para biópsia hepática, com hepatite crônica leve. Após uso de corticoide e antibióticoterapia endovenosos, evoluiu com melhora do ritmo intestinal, com 3 a 4 dejeções / dia, sem presença de sangue ou muco nas fezes, encaminhado para acompanhamento ambulatorial. O paciente negava desconforto abdominal, icterícia, colúria, hipocolia fecal ou prurido cutâneo. Solicitada revisão da lâmina de biópsia, com hepatite crônica de interface, discreta ductopenia, pericolangite, fibrose portal moderada e septal discreta e leve sobrecarga de ferro. Solicitadas sorologias (vírus de hepatites B e C) negativas, FAN positivo em 1:640 e anticorpo antimúsculo liso positivo em 1:320. Feito diagnóstico de síndrome de sobreposição (CEP de pequenos ductos e HAI),

sendo prescrito ursacol e prednisona em dose baixa. Há 02 anos, evoluiu com nova atividade da DC, sendo introduzido adalimumabe, porém após nova descompensação da DC 06 meses depois, realizada troca de adalimumabe por infliximabe, com controle dos sintomas. **Conclusão:** Pacientes com DC podem evoluir com CEP e HAI, geralmente após o diagnóstico da DII. Síndrome de sobreposição de CEP e HAI pode ocorrer em pacientes com ou sem DII, porém, em portadores de DII e HAI, notamos síndrome de sobreposição em até 50% dos casos. Devemos atentar para a refratariedade da DC neste paciente, embora dados da literatura demonstrem que não há relação entre as atividades da DII e da CEP.

3

**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM ADOLESCENTE COM
TRANSTORNO ALIMENTAR: RELATO DE CASO**

Lima N*; Haine R; Cunha N; Crespo, M; Neto, R; Morais, V; Cardoso N.;
Rebouças C; Saavedra D. Silva L.

Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas da Universidade Federal da Bahia

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas, de etiologia desconhecida, mas capazes de desenvolver uma reação inflamatória na muco-sa gastrointestinal de natureza imunológica. Os transtornos alimentares tem como base a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. **Relato de caso:** J.M.S.F., feminina, 15 anos, com história de diarreia com sangue, dor abdominal e perda ponderal há 3 meses da admissão. Realizada colonoscopia, sugestiva de Retocolite Ulcerativa em atividade, sendo iniciados corticóide oral e sulfassalazina. Apresentou melhora parcial dos sintomas digestivos, evoluindo com fezes pastosas, sem sangue, porém foi relatado comportamento ansioso. Na evolução, mesmo com remissão dos sintomas intestinais, a paciente mostrava preocupação com ganho ponderal e se pesava mais de uma vez ao dia. Iniciou-se o acompanhamento com psiquiatria, com suspeita de transtorno alimentar (anorexia nervosa) sendo iniciado mirtazapina. Apresentava amenorreia há 10 meses. A paciente recebeu alta com bom ganho ponderal, porém retornou após um mês apresentando novamente perda ponderal, com relato da família de falta de adesão ao tratamento, recusa alimentar, vômitos diários (provocados?) e diarreia intensa da paciente, sendo novamente internada. Devido reativação da doença inflamatória e nova colonoscopia sugestiva de doença de Crohn, iniciado uso de azatioprina e infliximab. Paciente internada por 3 vezes em 8 meses com quadro similar e falta de adesão terapêutica. Último internamento há 4 meses, quando ficou internada por 3 meses devido reativação da doença, má adesão terapêutica e anorexia nervosa, com passagem pela enfermagem psiquiátrica, recebendo alta com bom ganho ponderal e aceitando terapêutica. **Discussão:** As doenças inflamatórias intestinais são representadas por três doenças: retocolite ulcerativa (RCU), doença de Crohn (DC) e colite indeterminada. São doenças emergentes e crescentes dentro da pediatria. Atualmente, a compreensão da causalidade multifatorial das DII enfoca uma possível modulação do processo da doença pelos aspectos emocionais, podendo agravar os sintomas, provocar recidivas ou, ao contrário, influenciar positivamente a situação anterior. Observa-se um forte indício do impacto das emoções sobre as doenças intestinais, tanto na DC como na colite ulcerativa. Há muitas controvérsias e poucos estudos prospectivos controlados sobre o possível papel que os aspectos psicológicos possam desempenhar no desencadeamento e/ou no curso clínico da DII. Os transtornos alimentares são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. Eles são divididos em bulimia nervosa e anorexia nervosa. A anorexia nervosa, caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional às expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. No caso da paciente descrita, apesar de uma resposta parcial a terapêutica instituída para doença inflamatória intestinal, a anorexia nervosa prejudicava a recuperação nutricional e controle da doença, o que gerou vários internamentos com reativação do quadro e desnutrição. **Conclusão:** Há poucos dados na literatura mostrando a associação entre doença inflamatória intestinal e transtornos alimentares. A identificação dos mesmos pode permitir a implementação de possíveis terapias específicas direcionadas para um distúrbio psiquiátrico identificado e, assim, contribuir para a melhor abordagem global do paciente e, possivelmente, melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

*naiara_fl@hotmail.com

4

DOENÇA CELÍACA ASSOCIADA A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE DIFÍCIL CONTROLE: RELATO DE CASO

SILVA, C.D.; PESSOA, L.B.; SOUZA, C.S.; TEIXEIRA, A.M.S.; SILVA, J.; SANTANA, G.O.

Introdução. As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) podem apresentar um grande espectro em relação ao controle e gravidade da doença. É pouco conhecida a evolução dos pacientes que apresentam DII em associação com doença celíaca. **Relato de Caso:** Feminina, 25 anos, estudante, com diagnóstico de DII há sete anos. Iniciou o quadro intestinal em 2006, com aumento da frequência de evacuações por dia, fezes líquidas e por vezes sanguinolentas e perda ponderal. Obteve o diagnóstico de doença celíaca com sorologias positivas e alterações anatomopatológicas. Em 2008, foi investigada Doença inflamatória intestinal (DII) associada, pois mantinha diarreia com controle dietético. Foi realizada colonoscopia que mostrou colite extensa. Na biópsia o resultado foi erosão da mucosa de intestino grosso – colite aguda ativa. Não foi possível diferenciar retocolite ulcerativa (RCU) de Doença de Crohn. Evoluiu com diarreia (dez evacuações ao dia) e foi prescrito prednisona. Em 2009, devido à falta de resposta, foi introduzido azatioprina e infliximabe, ainda sem resposta. Manteve uso de mezalasina com corticoide nas crises e em 2015 a iniciou de ciclosporina. Apesar de todos os medicamentos, a paciente nunca entrou em remissão. Os sintomas aliviavam apenas com a prednisona, e cada vez que se iniciava o desmame seu quadro se agravava. A paciente até então estava sendo tratada como RCU, no entanto em 2015 ela fez uma fístula, questionando se poderia ser uma Doença de Crohn. Tentado tratamento com adalimumabe, não apresentando resposta, sendo suspensa a terapia biológica. No momento em planejamento para iniciar o vedolizumabe. **Conclusões:** É de fundamental importância a investigação de DII em pacientes com doença celíaca refratária à exclusão do glúten da dieta. A associação de doença celíaca com DII pode ter um curso desfavorável. Novos estudos são necessários para descrever o perfil imunológico de pacientes com esta associação que evoluem com DII refratária.



claradominguez89@gmail.com

5

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE GASTROHEPATOLOGIA NA BAHIA.

Clara Passos, Natália Cunha, Naiara Lima, Vanessa Dantas, Larissa Brandão, Mariele Crespo, Daniela Saavedra, Carla Rebouças, Cibele Marques, Luciana Silva

Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas da Universidade Federal da Bahia

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes pediátricos com doença de Crohn perianal, forma fistulizante, em serviço de Gastrohepatologia pediátrica em Salvador – Ba, no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal. **Métodos:** Estudo do tipo descritivo, transversal. Os dados foram coletados através de fonte secundária em prontuários e alocados aleatoriamente em variáveis qualitativas (sexo, idade, idade de início da apresentação de doença perianal, presença de abscesso no curso clínico e medicações utilizadas). **Discussão:** Foram totalizados nove pacientes com doença de Crohn e acometimento perianal. A média de idade de início da doença foi de 90,6 meses (7,5 anos), com predomínio de sexo masculino (55,5%). A forma fistulizante foi a apresentação inicial em 88,88%, apenas uma criança com quadro de abscesso perianal. A medicação de escolha para indução foi infliximabe em 100% das crianças. Houve necessidade de substituição para o adalimumabe em 30% dos casos em duas crianças devido a não resposta ao tratamento e em uma criança por reação urticariforme. As duas crianças que não responderam, necessitaram dobrar a dose do infliximabe e reduzir o intervalo de infusão da medicação de oito para seis semanas, ainda assim necessitaram de posterior troca para Adalimumabe por não responderem ao tratamento inicial, mesmo com ajuste. **Conclusão:** Na população analisada, a doença perianal fistulizante teve maior incidência no sexo masculino em crianças prepúberes. Todas as pacientes do sexo feminino apresentaram fístulas complexas. O infliximabe foi a droga de escolha para o início do tratamento em todos os pacientes e associou-se a baixo índice de falha terapêutica.

6

ANOREXIA EM DOENÇA DE CROHN: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Ludmila Latrilha Garcia, Luciana Rodrigues Silva¹, Daniela Lima de Oliveira Saavedra¹,
Carla Rebouças Nascimento¹, Mariele Carvalho Crespo¹, Naiara Vanessa Franca Lima¹
1 - HUPES-UFBA

A Doença de Crohn é uma doença crônica inflamatória do trato gastrointestinal, que influencia na qualidade de vida social, psicológica, profissional e familiar da pessoa, sua causa é multifatorial, entretanto, os aspectos emocionais podem agravar os sintomas ou provocar recidivas. Além disso, a ocorrência de oscilação de humor também é bastante presente, sendo observados quadros de ansiedade e depressão, bem como, aparecimento da perda de apetite, náuseas, diarreia antes ou após algum acontecimento estressor. Já a Anorexia Nervosa é um transtorno caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente que envolve fatores como sociais, biológicos e psicológicos, podendo resultar em alterações endócrinas e metabólicas, além de alterações de comportamento e autoimagem, já as causas somáticas de perda de peso devem ser verificadas através de um diagnóstico diferencial que incluem transtornos intestinais como a Doença de Crohn. Objetivou-se analisar a relação da anorexia e os aspectos psicológicos envolvidos da Doença de Crohn e de que forma a psicologia pode contribuir no tratamento destes pacientes. Foram usadas entrevistas semiestruturadas a partir da Teoria Cognitivo Comportamental, realizadas com duas pacientes atendidas no ambulatório de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos. Pode-se observar que uma das pacientes tinha um quadro de anorexia “funcional” devido à perda de apetite associada à doença inflamatória, mas, sem distúrbio de autoimagem ou medo intenso de engordar, entretanto, outra paciente identificada com anorexia “mental” apresentou distúrbio de autoimagem, recusa alimentar, episódios de compulsão alimentar e purgação, sendo encaminhada ao setor de psiquiatria do hospital, onde obteve melhora. Porém, foi percebido em ambas a existência de conflitos familiares, comportamentos e hábitos alimentares infantilizados, inadequados para a idade, prejuízos no desenvolvimento emocional e afetivo, relação conflituosa com a figura materna e alteração de humor constante. Sugere-se que o quadro da anorexia, presente em sua maioria em mulheres jovens, seria uma forma de negar seu amadurecimento e desenvolvimento do corpo feminino, o que reflete negativamente no desenvolvimento psicológico e prejudica significativamente no aparecimento e/ou piora do quadro da doença inflamatória.

7

RETocolite ULcERATIVA EM PACIENTE FALCÊMICO: RELATO DE CASO.

Hemerson Dyego Novais Gomes*, Milena Rios Santos,
Luciana Rodrigues Silva, Genoile Oliveira Santana.

Introdução: A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal, que normalmente acomete a mucosa e submucosa do cólon. A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia causada pela presença de hemoglobina S. São escassos os relatos que associam a retocolite ulcerativa (RCU) à anemia falciforme (AF). **Relato de caso:** Paciente masculino, 10 anos, portador de anemia falciforme diagnosticada durante triagem neonatal pelo teste do pezinho. Aos 6 meses de idade iniciou episódios de diarreia com sangue (5 dejeções/dia). Realizada colonoscopia aos 3 anos de idade, que evidenciou edema e erosões em reto, friabilidade em todo o cólon e hiperplasia nodular linfóide de íleo. Tratado com prednisona e sulfassalazina, evoluiu com crises algícas e manteve o quadro de sangramento. Após aumento de sulfa e início de terapia com hidroxiureia, obteve melhora parcial do quadro, necessitando receber posteriormente imunobiológico. Após 11 doses de infliximabe, apresentou melhora clínica intermitente. **Conclusão:** A presença de retocolite ulcerativa em paciente com anemia falciforme é um evento raro e de difícil condução terapêutica. A piora das crises algícas com a corticoterapia, assim como as infecções muito prevalentes em pacientes falcêmicos no curso de terapia biológica, dificultam o tratamento dos episódios de atividade da colite ulcerativa nestes pacientes.

Palavras-chave: Retocolite Ulcerativa; Anemia Falciforme; Pediatria.

8

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA BAHIA.

Hemerson Dyego Novais Gomes*, Juliana Silva, Beatriz Silva Brito, Isaac Neri de Novais Silva,

Viviane Gomes Nóbrega, Maria Carolina Silva Martins da Silva, Renata Liberato, Andréa Maia Pimentel, Neogelia Pereira de Almeida, Maria Flora Fortes, Jaciane Araújo Mota Fontes, Valdiana Cristina Surlo e Genoile Oliveira Santana.

Introdução: A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU) são as formas mais comuns das doenças inflamatórias intestinais (DII), e se caracterizam por inflamação crônica do intestino, de etiologia ainda não definitivamente esclarecida. A escassez de estudos contribui para o atraso no diagnóstico e aumento da morbidade.

Objetivo: Descrever os aspectos clínicos e epidemiológicos da DII em um centro de referência da Bahia. **Método:** Estudo transversal, observacional, realizado no período de junho de 2015 a maio 2016 em Salvador, com aplicação de questionário aos pacientes ambulatoriais e revisão dos prontuários. As variáveis foram analisadas utilizando o SPSS versão 21.0. **Resultados:** Foram 254 pacientes, 52,4% (133) RCU e 47,6% (121) com DC. Na DC, 62,8% (76) foram mulheres; na RCU, as mulheres correspondem a 60,2% (80). No geral, 61,4% eram mulheres, a média de idade em anos, na entrevista foi de 43,8 (DP±14,1), média de idade no diagnóstico em anos 37,2 (DP±12,9), a média de diferença em meses dos sintomas iniciais até o diagnóstico foi de 20,9 (DP ±41,3). A frequência de pacientes oriundos da zona urbana foi de 85,4% (217). Em relação a cor, 52,4% se declararam pardos. Quanto ao tabagismo, 68,5% não tem história declarada e 3,5% são tabagistas atuais, sendo deste total 55,6% portadores de DC. São tabagistas pregressos 70% dos pacientes, dos quais 51,4% são portadores de RCU. Quanto à história familiar, 10,2% (26) dos pacientes apresentaram história positiva de DII, sendo metade para cada. De acordo com a classificação de Montreal para 15,8% (21) apresentavam proctite, 45,1% (60) colite esquerda e 39,1% (52) colite extensa. Dos pacientes com DC, 20,7% (25) apresentavam localização ileal, 41,3% (50) colônica e, 38% (46) ileocolônica. **Conclusões:** Chama atenção algumas características na população avaliada, quando comparadas a outros locais no Brasil. A cor declarada em sua maioria pardos, difere de alguns centros no Brasil, onde a maioria se declara branca. A RCU foi mais frequente que a DC, o que difere de outros Estados do Brasil. Pacientes adultos jovens, femininas, procedentes de área urbana foram mais frequentes na população avaliada.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal; Epidemiologia; Bahia; Aspectos clínicos.

*dyegonovaisg@hotmail.com

9

MANIFESTAÇÕES HEPATOBILIARES EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR/BA

Juliana Silva¹, Beatriz Silva Brito¹, Isaac Neri de Novais Silva¹, Viviane Gomes Nóbrega¹,

Maria Carolina Silva Martins da Silva¹, Hemerson Dyego Novais Gomes¹, Renata Nóbrega Cordeiro Liberato², Andréa Maia Pimentel³, Neogelia Pereira de Almeida³, Maria Flora Fortes³, Jaciane Araújo Mota Fontes³, Valdiana Cristina Surlo³ e Genoile Oliveira Santana^{1,2}.

1 - Universidade do Estado da Bahia, 2 - Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 3 - Hospital Geral Roberto Santos

Introdução: Manifestações hepatobiliares (MHB) podem acometer os pacientes com doença inflamatória intestinal (DII). Escassos estudos avaliaram o perfil epidemiológico e clínico das MHB em portadores de DII em nosso meio.

Objetivo: Avaliar a frequência, características epidemiológicas e clínicas das MHB em portadores de DII. **Método:** Estudo transversal realizado de junho/2015 a maio/2016, com aplicação de questionário e revisão de prontuários em centro de referência de DII em Salvador-BA. Utilizado o programa SPSS, versão 21.0. **Resultados:** Foram incluídos 254 pacientes, 52% (132) com RCU e 48% (122) com DC. 61% (155) do sexo feminino, com média de idade de 44,0 anos (DP±14,1). Dos pacientes avaliados, 19,7% (50) apresentaram MHB: 22% (11) antes, 20% (10) concomitante e 58 % (29) após o diagnóstico da DII. Nos pacientes com RCU, 15,2% (20) apresentaram proctite, 45,5% (60) colite esquerda e 39,4% (52) colite extensa. As MHB estavam presentes em 18,2% (24) pacientes, com pacientes com mais de uma MHB, sendo observados: esteatose/esteatohepatite 6,8% (9), colelitíase 6% (8), colangite esclerosante primária (CEP) 4,1% (5) e hepatotoxicidade 2,3% (3) (azatioprina). Nestes pacientes, 50% (12) tinham colite extensa; 37,5% (9) colite esquerda e 12,5% (3) proctite. Em pacientes com DC, 20,5% (25)

apresentavam doença ileal, 41% (50) colônica e, 38,5% (47) ileocolônica. Foram observadas MHB em 19,7% (26) pacientes, alguns com mais de uma MHB, sendo: colelitíase 8,2% (10); esteatose/esteatohepatite 8,2% (10); CEP 2,5% (3); doença alcoólica do fígado 0,8% (1); HAI 0,8% (1) e hepatotoxicidade 0,8% (1) (metotrexato). Nestes pacientes, 19,2 % (5) apresentaram doença ileal; 42,3% (11) colônica e 38,5 % (10) ileocolônica. Foram encontrados 8 pacientes com CEP, 75 % (6) homens, com média de idade 41,6 anos, sendo 62,5% (5) em pacientes com RCU com colite extensa e 37,5% (3) com DC ileocolônica. Foi observado apenas 1 caso de HAI em paciente com DC ileocolônica. Alteração no perfil hepático foi observada em 18,9% (22) pacientes, mas alteração da função hepática em apenas 5,1% (13) pacientes. **Conclusão:** As MHB inespecíficas mais frequentes em portadores de DII foram esteatose/esteatohepatite e colelitíase. A CEP foi a MHB específica mais frequente, acometendo homens jovens e pacientes com RCU extensa e DC ileocolônica. Nossos achados estão de acordo com estudos em outros centros.

10

USO DO INFLIXIMABE EM PACIENTE RETOCOLITE ULCERATIVA GRAVE: RELATO DE CASO

Juliana Silva^{*1}, Antônio Marcos dos Santos Teixeira¹, Camila Silva Souza¹, Lorena de Brito Pessoa¹, Clara Dominguez da Silva¹, Alexandre Pithon Lins², Jaciane Mota² e Genoile Oliveira Santana¹.

Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) tem quadro clínico variável, tanto em relação à gravidade, como nas manifestações clínicas. A forma grave é definida pela presença de mais de dez evacuações com sangue, febre, taquicardia, provas inflamatórias bastante alteradas. O infliximabe é um biológico que faz parte da estratégia *top-down*, é um anticorpo monoclonal que induz a remissão através do bloqueio do TNF - alfa, mediador da resposta inflamatória. **Relato de caso:** TSS, 42 anos, admitida na enfermaria do HGRS em fevereiro 2012 com quadro de dor abdominal difusa e diarreia líquida, com sangue, cerca de 10 vezes ao dia, sendo diagnosticado RCU. Iniciado Azatioprina e Prednisona durante internamento. Paciente não obteve melhora, evoluindo com quadro de colite grave, sendo prescrito Infliximabe, duas doses, ainda durante internamento, com melhora do quadro. Recebeu alta em uso de Azatioprina 100mg/dia e Prednisona 30mg/dia. Iniciado desmame de Prednisona em abril, 05 mg/dia, evoluiu com retorno da diarreia líquida, 4-5 dejeções/dia, com muco, sem sangue, associado a dor abdominal. Foi necessário aumento da dose da Prednisona 40mg, Paciente evoluiu com melhora da diarreia, apresentando obstipação. Reiniciado desmame lento de Prednisona. Em junho de 2012 esteve internada no HGRS por diarreia, fazendo uso de ATB por 7 dias, coprocultura – *Proteus mirabilis*. Em agosto de 2012, foi otimizada dose da Azatioprina (150 mg/dia) e iniciada Mesalazina supositório 1g/dia. Em 2013, a paciente estava ritmo intestinal regular, em uso de Azatioprina 200mg/dia, Mesalazina supositório 1g/dia e iniciado Mesalazina oral 3g/dia. A colonoscopia Mayo 3 – mostrando colite extensa. Em 2014, seguiu com uso de Mesalazina 3g/dia, Azatioprina 200mg/dia e Mesalazina supositório 1g/dia. Retossigmoidoscopia: Mayo 1 - proctite. Em 2015 manteve terapêutica. Em 2016, mantém ritmo intestinal diário, sem diarreia ou dor abdominal. Colonoscopia normal até ileo terminal. Em uso de Mesalazina 3g/dia, Azatioprina 200mg/dia e Mesalazina supositório 1g/dia. **Conclusão:** Na colite grave, os pacientes apresentam grande comprometimento do estado geral. Nessa forma da RCU, pode surgir complicações como estenoses, hemorragias maciças, megacólon tóxico e perfuração intestinal. São necessários o diagnóstico correto e o manejo adequado do quadro, nesse contexto o uso infliximabe se mostrou eficaz.

*ju12silva@hotmail.com

11

CORREÇÃO DE LINFOPENIA NO CURSO DE DOENÇA DE CROHN DURANTE TERAPIA COM ADALIMUMABE: RELATO DE CASO

Larissa Sodre Limeira (UNEB)*, Bruno César da Silva (Hospital da Bahia), Vanessa Campos Duarte (UNEB), Evelyn Moura de Assis(UNEB) e Genoile Oliveira Santana

Introdução: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de etiologia multifatorial e pouco compreendida. Pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus. Manifestações extra-intestinais podem surgir antes, durante e após o diagnóstico, inclusive hematológicas. A linfopenia é uma manifestação hematológica que pode ocorrer devido à atividade da doença ou como efeito colateral do tratamento. **Relato de Caso:** Paciente, 40 anos, masculino, com história prévia de linfopenia crônica, sem etiologia definida, iniciou quadro de dor abdominal, sensação de gases e perda ponderal. Após investigação, foi diagnosticado Doença de Crohn com acometimento de intestino

delgado. Tratado com Prednisona, Adalimumabe e Azatioprina. Realizado desmame do corticoide e mantido terapia combinada com adalimumabe e azatioprina. Evoluiu com controle da atividade inflamatória e correção da linfopenia. **Conclusão:** Embora de ocorrência rara, a linfopenia pode ocorrer no curso da atividade da doença de Crohn. O tratamento com adalimumabe e controle da doença resultou em correção da linfopenia, sustentando a evidência de uma possível relação da linfopenia com a atividade da Doença de Crohn. Estudos são necessários para esclarecer o real mecanismo da linfopenia e o seu controle no curso da doença de Crohn.

*sodrelari@gmail.com

12

COLANGIOCARCINOMA EM PACIENTE COM COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA E DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Lorena de Brito Pessoa*, Antônio Marcos dos Santos Teixeira, Clara Dominguez da Silva, Camila Silva Souza, Juliana Silva, Renata Nóbrega Liberato, Genoile Oliveira Santana
Universidade do Estado da Bahia

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) possuem diversas manifestações extra – intestinais, dentre elas as hepatobiliares. A Colangite Esclerosante Primária (CEP) está mais descrita em associação com retocolite, quando comparada à doença de Crohn e predispõe os pacientes à neoplasia colorretal, colangiocarcinoma, além de carcinoma hepatocelular, da vesícula biliar e do pâncreas. **Relato do caso clínico:** Paciente masculino, 35 anos, administrador, com diagnóstico de DII há 13 anos. Inicialmente tinha diagnóstico de RCU e vinha com doença controlada com uso de derivados 5 ASA, porém evoluiu há 3 anos com fistulas perianais transesfincterinas e envolvimento de íleo terminal, passando a ser acompanhado com diagnóstico de doença de Crohn, quando realizou procedimento cirúrgico na fístula anal e iniciou uso de azatioprina. Neste período, evoluiu com alterações de enzimas colestáticas e foi diagnosticado CEP. Em maio de 2015, paciente submeteu-se à uma CPRM de acompanhamento, cujo resultado foi colangiocarcinoma + dilatação de vias biliares extra – hepática compatível com CEP+ aumento de linfonodos. Submetido à cirurgia, quando no anatomopatológico foi confirmado colangiocarcinoma moderadamente diferenciado, grau 2, com peça cirúrgica de tamanho 6,8 x 5,7 x 4,0 cm, ressecado com margem livre de lesão de 0,5mm. O estadiamento foi T4N1, estágio IVa, caracterizando uma neoplasia intraepitelial biliar de alto grau. Posteriormente, realizou quimioterapia e radioterapia. Vem sem sinais clínicos de recidiva tumoral até o momento. **Conclusões:** É importante lembrar que a CEP acomete pacientes com diagnóstico de doença de Crohn e não apenas pacientes com retocolite ulcerativa. Pacientes que apresentam associação entre CEP e DII merecem estreita vigilância para risco de câncer, devendo ser considerado não apenas o câncer colorretal.

*lorenabp17@gmail.com

13

MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinais NA APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Maria Carolina S. Martins da Silva*¹, Juliana Silva¹, Beatriz Silva Brito¹, Isaac Neri de Novaes Silva¹, Viviane Gomes Nóbrega¹, Flora Maria Lorenzo Fortes², Andréa Maia Pimentel², Neogélia Almeida², Valdiana Cristina Surlo², Jaciane Araújo Mota Fontes², Hemerson Dyego N. Gomes¹, Genoile Oliveira Santana^{1,2}

Introdução: Além das manifestações gastrointestinais na doença inflamatória intestinal (DII), diferentes manifestações extraintestinais iniciais (MEIs) podem ser responsáveis pelo aparecimento de sinais e sintomas durante a primeira apresentação da doença. As MEIs podem ser, por exemplo, oftalmológicas, articulares, dermatológicas, vasculares, renais e hepatobiliares, ocorrendo com uma frequência variável, na Doença de Crohn (DC) e na Retocolite Ulcerativa (RU). **Objetivo:** Descrever a frequência de MEIs em pacientes com DII durante o início da doença. **Metodologia:** Estudo transversal realizado entre abril de 2015 e maio de 2016 incorporou pacientes com DII do Hospital Geral Roberto Santos, centro de tratamento de referência da DII, em Salvador - BA. Os pacientes foram entrevistados, e as informações adicionais coletadas a partir de registros médicos imediatamente após cada entrevista. Os indivíduos incluídos no estudo foram diagnosticados com DII com base em aspectos clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos. As variáveis utilizadas foram idade, sexo e tipo de DII, além das MEIs. Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences

(versão 21.0, SPSS, Chicago, IL). **Resultados:** Um total de 271 pacientes com DII foram incluídos. Entre estes 122 (45%) com DC e 149 (55%) com RU. Cento e vinte e dois (45%) pacientes tiveram pelo menos um tipo de MEI na apresentação inicial da doença. Entre os pacientes com MEIs, 93 (76,2%) tinham manifestações articulares, 37 (30,3%) oftalmológica, 25 (20,5%), dermatológica, 16 (13,1%) hepatobiliar, 10 (8,2%) nefrolitíase e 6 (4,9%) com trombose venosa profunda. Em relação do sexo, 88 (72,1%) ocorreram em mulheres e 34 (27,9%) nos homens. **Conclusão:** MEIs são comuns no início da Doença Inflamatória Intestinal, especialmente em pacientes com RU. As MEIs mais frequentes foram as articulares, as oftalmológicas e as dermatológicas. A ocorrência foi maior no sexo feminino, e a idade média dos pacientes com essas manifestações foi de 43,5 anos. Portanto, é importante considerar as manifestações extraintestinais durante o início da investigação de pacientes com suspeita de doença inflamatória intestinal.

*carolinamdasilva@gmail.com

14

GORDURA CORPORAL BAIXA: FATOR DE RISCO PARA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA REDUZIDA EM PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA?

Mirella Lopes^{*1}, Raquel Rocha¹, André Lyra² e Genoile Santana²

Departamento de Ciências da Nutrição, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Unidade de Gastroenterologia, Hospital Universitário Professor Edgar Santos

Introdução: Alterações no estado nutricional e na massa óssea são comuns em pacientes com retocolite ulcerativa (RCU). Muitos são os fatores que interferem na densidade mineral óssea (DMO) desses indivíduos, no entanto, a associação entre DMO e composição corporal ainda é pouco estudada entre aqueles com RCU. **Objetivo:** Avaliar a associação entre indicadores antropométricos, composição corporal e DMO em pacientes com RCU. **Métodos:** Estudo transversal, realizado no período de outubro de 2012 a dezembro de 2013, com 67 pacientes adultos ambulatoriais, acompanhados em dois centros de referência em DII em Salvador/BA. Os dados nutricionais avaliados foram: índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), gordura corporal em kg (GCKg), gordura corporal em porcentagem (GC%) e massa magra em kg (MM). A composição corporal e a DMO foram avaliadas pelo *dual-energy X-ray absorptiometry* (DXA). Participantes portadores de doenças que causem alterações do metabolismo ósseo, gestantes e mulheres após a menopausa ou em uso de terapia estrogênica não foram incluídos no estudo. O teste t de Student foi realizado para verificar diferença estatisticamente significativa entre médias. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de $38,2 \pm 9,0$ anos, 61,2% eram do sexo feminino e 97,0% encontravam-se em remissão da doença. A maioria dos pacientes apresentou IMC adequado (58,8%), seguido de 33,8% com excesso de peso. Além disso, 39,0% tinham CC elevada e 67,6% com excesso de GC%. A DMO reduzida estava presente em 41,8% dos pacientes, sendo 37,3% com osteopenia e 4,5% com osteoporose. Os pacientes com DMO reduzida apresentaram menor IMC, GCKg e GC% em comparação aqueles com DMO normal ($p = 0,020$; $p = 0,008$; $p = 0,042$, respectivamente). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa nos valores de CC e MM entre os pacientes com DMO normal e DMO reduzida. **Conclusão:** A frequência de osteopenia/osteoporose foi alta nos pacientes com RCU e valores mais baixos de IMC e GC foram encontrados entre os pacientes com DMO reduzida. Assim, parece que menores quantidades de massa corporal e de gordura corporal estão relacionadas com menor DMO em pacientes com RCU. Nossos resultados chamam atenção para a possível influência de aspectos nutricionais na DMO em pacientes com RCU.

Apoio: FAPESB/CNPq. | *mirellabrasil2@gmail.com

15

CÁPSULA ENDOSCÓPICA RETIDA EM ESTENOSE NA DOENÇA DE CROHN: O QUE FAZER? RELATO DE CASO

OLIVEIRA ERIKA; GAMA JULIANA; BARRETO ROBERTA; SANTANA GENOILE

Hospital Universitário Professor Edgar Santos- C-HUPES

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) de etiologia desconhecida, apesar de fatores genéticos e ambientais estarem envolvidos. Os fatores étnicos relacionados nesta patologia são controversos. Parece haver maior prevalência em brancos, porém alguns estudos sugerem aumento crescente na população negra,

nos últimos 30 anos, inclusive com diferenças na apresentação clínica. A enteroscopia por cápsula endoscópica está indicada na investigação de diarreia crônica, porém pode ocorrer retenção da cápsula em pacientes com estenose não diagnosticadas antes do procedimento. Este risco é maior em pacientes que já têm o diagnóstico de doença de Crohn.

Caso clínico: Paciente feminina, 34 anos, natural e procedente de Valença-BA, previamente hígida. Referiu que há cerca de 10 anos cursa com dor abdominal difusa, tipo cólica, intermitente, associada a distensão abdominal, sem fator de melhora, com piora pós-prandial, sem alteração do ritmo intestinal. Realizou ao longo dos anos vários exames endoscópicos e tomográficos, sem achados anormais. Em 2014, realizou trânsito intestinal que sugeriu uma estenose em delgado. Com permanência dos sintomas e sem diagnóstico, realizou cápsula endoscópica (29/01/15): lesões ulceradas jejunais, com edema de alças, ulceração em atividade, subestenose fibrótica com úlceras ao redor, impossibilitando a progressão da cápsula ao nível do jejuno médio. Íleo e ceco não alcançados. Recebeu diagnóstico de doença de Crohn em delgado, ocorrendo retenção da cápsula. Realizou Trânsito Intestinal (11/06/15): cápsula endoscópica retida em topografia de alças jejunais médias em fossa ilíaca esquerda. Alças jejunais médias e distais localizadas em flanco/fossa ilíaca esquerda, deslocadas inferiormente para a pelve, apresentando múltiplas zonas de estreitamento e dilatação multifocais. Destaca-se extensa alteração do padrão mucoso, caracterizando-se ulcerações e pseudopólipos difusamente distribuídos em alças jejunais médias. Nota-se ainda aumento do distanciamento interalças, podendo corresponder a envolvimento mesentérico. Trânsito delgado retardado, não sendo caracterizado ceco e válvula ileocecal após 05 horas do início do exame. Em junho de 2015 prescrito azatioprina 100 mg/dia com melhora da dor abdominal. Associou-se em outubro de 2015 o Infiximabe, que vem sendo mantida, porém até o momento não houve eliminação da cápsula e a paciente se mantém assintomática. Programada tentativa de extração da cápsula por enteroscopia, seguida de procedimento cirúrgico, caso não haja resolução por via endoscópica. Até o momento, não foram realizados tais procedimentos por recusa da paciente. **Conclusão:** Atenção especial é necessária em pacientes com quadro de diarreia ou dor abdominal de longa duração, antes da realização de enteroscopia por cápsula endoscópica. O uso de imunobiológico para o tratamento da doença de Crohn pode resultar em melhora do quadro clínico, porém a resolução da retenção da cápsula, nestes casos, pode não ser resolvido por terapia biológica. Procedimentos endoscópicos e/ou cirúrgicos podem ser indicados para resolução do quadro.

16

RELATO DE CASO DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTE COM DESNUTRIÇÃO GRAVE

Natália Cunha Cardoso Pires, Raimundo Bandeira Barros Neto, Mariele Carvalho Crespo,
Naiara Vanessa Franca Lima, Rachel Oliveira Santos Haine, Clara Passos Almeida,
Patricia Cerqueira Lima, Vanessa Maria Dantas de Moraes, Carla Rebouças, Luciana Rodrigues Silva.

Centro de Estudos de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas – Hospital Universitário Professor Edgard
Santos - HUPES

Relato de Caso: CASJ, 14 anos, sexo masculino, negro, com queixa de dor abdominal e vômitos há sete meses. Previamente hígido, iniciou em outubro de 2015 história de dor abdominal e diarreia com sangue, autolimitada com uso de nitazoxanida, por 3 dias. Concomitante a esse quadro apresentou acometimento ocular mal especificado (uveíte?) tratado por oftalmologista com corticoide oral. Evoluiu com melhora parcial do quadro, mantendo dor abdominal, vômitos diários, perda de peso progressiva e febre diária não documentada. Associado neste momento queixa de úlceras orais e dor articular. Em março de 2016 procura serviço hospitalar para auxílio diagnóstico, já com perda ponderal de aproximadamente 15 Kg, quando foram solicitados exames complementares dentre eles ultrassonografia de abdome total com laudo normal, endoscopia digestiva alta com macroscopia normal e tomografia de abdome com espessamento parietal relacionado a algumas alças intestinais do íleo – ileíte? Devido a presença de linfonodos aumentados em cavidade peritoneal e história clínica foi optado pela realização de biópsia e iniciado tratamento para tuberculose extrapulmonar, pela suspeita clínica, mesmo sem realização do PPD. Paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial com medicação para tuberculose. Apresentou resultado de biópsia de linfonodos mesentéricos da região ileocecal reacionais, descartado tuberculose. Médico assistente suspendeu esquema tuberculostático, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial para investigação de outras possíveis causas de perda ponderal. Em nosso serviço em consulta de triagem foi internado para investigação diagnóstica. Admitido com comprometimento ponderal significativo (IMC/ idade – 5,5), dor abdominal, vômitos diários e inapetência. Iniciado protocolo para desnutrição grave, tratamento antiparasitário e solicitado exames laboratoriais, de imagem, sorologias, colonoscopia e endoscopia. Paciente com anemia, plaquetose, alteração de provas inflamatórias e hipoalbuminemia. Na internação evoluiu com enterorragia sendo realizado colonoscopia e endoscopia com laudos sugestivos de doença de Crohn ileal, sendo iniciada dieta enteral polimérica com imunomodulador, corticoide e azatioprina. Indicado também indução de remissão com imunobiológico.

17

CÂNCER COLORRETAL EM ADOLESCENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Patricia C.L. Alves; Luciana R. Silva, Genoile O. S. Silva Vitor Lucio de O. Alves; Luis Antonio R. de Freitas; Milena R. Santos; Clara P. de Almeida; Vanessa Maria D. de Moraes; Mariele C. Crespo; Raimundo B. B. Neto.

Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas da Universidade Federal da Bahia

Introdução: A Retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória crônica recidivante, que acomete continuamente reto e cólon em extensão variável. O câncer cólon retal é raro em pediatria, representa 0,4% de todas as malignidades em pacientes menores de 15 anos. A associação de RCU com câncer cólon retal tem como fatores de risco a duração da doença, sua extensão e grau de inflamação da mucosa colônica, associação com colangite esclerosante primária (CEP) e história familiar. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 17 anos, com diarreia com sangue iniciada aos 5 anos de vida sendo diagnosticada RCU à colonoscopia. Fez uso de corticoide e sulfassalazina com melhora clínica. Apresentou recidivas aos 8 e 10 anos necessitando de corticoterapia. Colonoscopias de controle demonstravam RCU quiescente e processo inflamatório crônico discreto respectivamente. Aos 14 anos, evoluiu com elevação de transaminases hepáticas e canaliculares, submetido à biópsia hepática, vista histologia compatível com CEP e introduzido ursacol. Evoluiu assintomático e sem novas alterações laboratoriais. Aos 17 anos, submetido a nova colonoscopia, que evidenciou lesão infiltrativa de ângulo hepático com histologia compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado de intestino grosso de tipo infiltrativo, constituído por células com aspecto em anel de sinete. Submetido à colectomia total com preservação do reto distal e iniciado quimioterapia. **Discussão:** A doença inflamatória do intestino isoladamente já é um fator de risco para câncer cólon retal. Pacientes com DII e CEP apresentam aumento do risco de câncer colorretal e colangiocarcinoma. Como fator de risco para câncer cólon retal, o paciente apresentava tempo de doença inflamatória intestinal (mais de 10 anos) a associação com CEP. **Conclusão:** Apesar da rara incidência do câncer cólon retal em crianças, a existência de Doença Inflamatória Intestinal – Retocolite Ulcerativa associada a fatores de risco como CEP ratifica a importância de colonoscopia de controle anual para pacientes pediátricos com as duas patologias, possibilitando um diagnóstico e intervenção precoces quando existentes.

18

SÍNDROME DE IMBRICAMENTO EM ADOLESCENTE

Mariele Carvalho Crespo; Clara Passos; Rachel Oliveira Santos Haine;
Natalia Cunha Cardoso Pires; Raimundo Bandeira Barros Neto; Naiara Vanessa Franca Lima;
Vanessa Maria Dantas de Moraes

Centro de Estudos de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricos;
Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES)

CSG, feminino, 18 anos, com icterícia, colúria e elevação de transaminases iniciada aos 12 anos. Encaminhada aos 13 anos a Hepatopediatria sendo submetida a biópsia hepática que foi compatível com Hepatite Auto-Imune (HAI). Apresentava sorologias para hepatites auto imunes e virais, investigação para doença de Wilson e dosagem de alfa-1-antitripsina negativas. Prescritos azatioprina e prednisona. Não houve, porém, aderência ao tratamento por dois anos. Após 2 anos retornou com icterícia flutuante, colúria e diarreia com sangue e muco há 4 meses. A colonoscopia evidenciou pancolite erosiva-compatível com RCU e biópsia com colite crônica intensa com erosão em atividade moderada de reto até ascendente. Após 6 meses iniciou prednisona, com melhora do quadro. Com 8 meses de tratamento, evoluiu com pioderma gangrenoso. Recidivou diarreia com sangue e muco sendo iniciado mesalazina oral e retal, antibioticoterapia e mantidos azatioprina e prednisona, com melhora do quadro. Com 3 meses retornou ao serviço com gravidez de 15 semanas sendo mantidas as medicações. Evoluiu assintomática com exames laboratoriais normais e parto a termo sem intercorrências. Um mês após o parto apresentou elevação de transaminases e enzimas canaliculares e diarreia. Ajustada prednisona para dose plena e mantidas demais medicações, evoluindo com melhora após 30 dias. Nova colonoscopia evidenciou em íleo inflamação crônica intensa ulcerada em atividade, colon direito e reto com inflamação crônica moderada ulcerada em atividade, cólon esquerdo com inflamação crônica intensa em atividade sugerindo Doença de Crohn. Descontinuou o acompanhamento por 10 meses retornando com diarreia com sangue e muco, inapetência, desnutrição e amenorréia com exame físico sugestivo de gravidez. Estava em uso azatioprina, mas sem prednisona e mesalazina retal e oral há 5 meses. Internada para compensação do quadro e mantida azatioprina e introduzido Modulon exclusivo. Retossigmoidoscopia mostrou Retocolite Ulcerativa em atividade, Score de Mayo 3 e USG obstétrica com gravidez

de 30 semanas. Houve melhora do quadro, recebendo alta, com azatioprina, mesalazina oral e supositório. Com 32 semanas de gestação evoluiu com parto sem intercorrências. O recém-nascido foi a óbito subitamente com 15 dias de vida (aguardando laudo pericial).

19

PAPEL DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE DOENÇA DE CROHN GRAVE: RELATO DE CASO.

Vanessa Duarte da Silva (UNEB)*, Bruno César da Silva (HOSPITAL DA BAHIA), Evelyn Moura de Assis (UNEB), Larissa Limeira Sodré (UNEB), Alexandre Lopes de Carvalho (HOSPITAL DA BAHIA) e Genoile Oliveira Santana.

Introdução. A doença de Crohn é uma doença inflamatória transmural e de caráter recidivante do trato gastrointestinal. Esta pode levar a desnutrição devido aos efeitos da má absorção de nutrientes e da atividade inflamatória da doença. Apesar dos avanços na terapêutica farmacológica, estima-se que 70 a 90% dos pacientes precisarão realizar tratamento cirúrgico no decorrer da doença. **Objetivo.** Relatar o caso de uma paciente com doença de Crohn estenosante com grave estado nutricional, enfatizando a importância da terapia nutricional como prevenção de complicações pós-operatórias. **Relato de caso.** Feminina, 30 anos, enfermeira, procedente de Vitória da Conquista, com o diagnóstico de doença de Crohn (íleo-colônica penetrante com fístulas perianais) em 2003. Já tinha sido submetida a procedimentos cirúrgicos em fístulas e feito uso de terapia biológica com pouca resposta. Admitida em hospital de Salvador com um quadro de picos subfebris, leucocitose com bastões e dor pélvica com irradiação para o membro inferior direito. Apresentava-se desnutrida no momento da admissão e com o PCR elevado. Vinha com história de três a quatro dejeções pastosas ao dia, sem sangue ou muco, e em uso de Ciprofloxacino, Flagyl, Prednisona 35mg/dia. Os exames de imagem mostraram coleções abdominais, processo estenosante em íleo terminal, com dilatação a montante, e sinais de solução de continuidade de ceco para coleções pélvicas. Além disso, foi constatado hidronefrose à direita. Inicialmente, foi realizada terapia nutricional parenteral e enteral oligomérica exclusiva e tratada com antibióticos endovenosos. Após prolongado período de otimização clínica com terapia nutricional e estabilização do quadro infeccioso, foi submetida à ileocelectomia direita e drenagem de múltiplos abscessos. Evoluiu no pós-operatório com melhora progressiva dos sinais de infecção, inflamação e correção do estado nutricional, recebendo alta hospitalar em excelente condição clínica. **Conclusão.** Este caso chama atenção e exemplifica a importância de interação entre equipe interdisciplinar, envolvendo vários profissionais como gastroenterologistas, coloproctologistas e nutricionistas na otimização clínica pré-operatória em pacientes com doença de Crohn complicada. Esta conduta contribui para uma boa evolução no período pós-operatório.

*vanessacduarte@hotmail.com

20

QUAIS AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS INICIAIS EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?

Viviane G. Nóbrega¹, Isaac N. N. Silva¹, Beatriz S. Brito¹, Juliana Silva¹, Maria C. S. M. da Silva¹, Hemerson D. N. Gomes¹, Andréa M. Pimentel², Neogélia Almeida², Valdiana C. Surlo², Jaciane Mota², Genoile O. Santana¹

1 - Universidade do Estado da Bahia-UNEB, 2 - Hospital Geral Roberto Santos HGRS

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) tem como suas principais apresentações a Doença de Crohn (CD) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), cujas manifestações clínicas iniciais podem ser bastante variáveis e sua frequência ainda é pouco relatada. **Objetivo:** Analisar as manifestações clínicas iniciais em pacientes com DC e RCU. **Métodos:** Pacientes atendidos no ambulatório de DII do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) Salvador - BA. Estudo transversal, descritivo com dados coletados por entrevistas e revisão de prontuário. Realizado entre abril 2015 e maio de 2016. As seguintes variáveis foram incluídas no estudo: náusea, vômito, dor abdominal, diarreia, urgência e incontinência fecal, tenesmo, fezes com muco, distensão abdominal, presença de sangue nas fezes, anemia, perda de peso, perda de apetite, desnutrição, febre, astenia, insônia, massa abdominal, aftas orais e doença perianal. **Resultados:** 257 pacientes (116DC e 141RCU), sendo 61,1% do sexo feminino. A média de idade no diagnóstico foi 37,1 (DP+/- 12,7) e a média de idade do início dos sintomas foi 35,2 (DP+/-13,1). A média de tempo

entre início dos sintomas e diagnóstico foi de 21 meses (DP+/- 40). A frequência dos sintomas iniciais nos pacientes com DC foram: perda de peso (89,70%), diarreia (85,30%), dor abdominal (84,50%), astenia (78,40%), urgência fecal (75%), perda de apetite (68,10%), desnutrição (64,70%), anemia (61,20%), fezes com muco (59,50%), sangue nas fezes (58,60%), tenesmo (58,60%), incontinência fecal (54,30%), distensão abdominal (53,40%), insônia (50,90%), febre (47,40%), náusea (45,70%), doença perianal (43,1%), aftas orais (40,50%), vômito (32,80%), massa abdominal (15,50%). Já na RCU foram: diarreia (90,1%), sangue nas fezes (88,7%), urgência fecal (85,8%), perda de peso (78,7%), fezes com muco (78%), dor abdominal (73,8%), astenia (71,6%), tenesmo (60,3%), perda de apetite (53,9%), anemia (46,1%), distensão abdominal (46,85%), insônia (41,8%), desnutrição (33,3%), náusea (32,6%), febre (31,9%), vômito (18,4%), aftas orais (16,3%) e massa abdominal (6,4%). **Conclusão:** Na doença de Crohn, os sintomas iniciais mais comuns foram perda de peso, diarreia, dor abdominal, astenia e urgência fecal. Na Retocolite ulcerativa, os sintomas iniciais mais comuns foram diarreia, ocorrência de sangue e muco nas fezes, dor abdominal, urgência fecal, perda de peso e astenia. As manifestações sistêmicas, como perda de peso, astenia, desnutrição, anorexia, insônia, anemia, febre, náuseas e vômitos, foram mais frequentes na doença de Crohn do que na RCU. A caracterização dos sintomas iniciais da DII em nosso meio é de fundamental importância, no sentido de alertar profissionais de saúde para um diagnóstico mais precoce, especialmente em um centro não especializado em DII.

Apoio: FAPESB/PICIN/UNEB

21

NÓDULOS NECROBIÓTICOS PULMONARES EM UM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Moni Chiara Araújo Barbosa; **Flora Oliveira Gondim**; Fábio Carneiro Vosqui Nascimento;
Valdiana Cristina Surlo; Bruno Cesar da Silva; João Carlos Coelho Filho*; Antonio Carlos Lemos;
Genoile Oliveira Santana

Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Salvador/ Bahia

*Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose- Fundação José Silveira, Salvador/ Bahia

Introdução: As manifestações extra-intestinais da doença inflamatória intestinal (DII) têm sido descritas em quase todos os órgãos. A DII pode ser associada à várias doenças respiratórias. Os nódulos necrobióticos pulmonares são caracterizados histologicamente por agregados de neutrófilos estéreis contendo áreas de necrose e radiologicamente podem formar cavitações. Identificamos 11 casos de nódulos necrobióticos pulmonares associados a DII, predominantemente como manifestação da doença de Crohn. **Relato de caso:** Paciente masculino, 17 anos, com retocolite ulcerativa, colite extensa, associada à colangite esclerosante primária, diagnosticado há 2 anos. Admitido com tosse seca, dor pleurítica, taquidispnéia, sem febre, que não respondeu a antibioticoterapia. Vinha compensado dos sintomas intestinais, mas com VHS e PCR elevadas. A tomografia de tórax evidenciou pequeno derrame pleural bilateral e nódulos pulmonares. Submetido à biópsia pulmonar cirúrgica cujo anatomopatológico demonstrou granuloma com necrose central lítica e coagulativa com neutrófilos na periferia, histiócitos espumosos, compatível com nódulos necrobióticos, pneumonia intersticial, pneumonia em organização e bronquiolite obliterante focal. Introduzida prednisona 1mg/kg/dia, com melhora dos sintomas respiratórios. Após 30 dias, a nova tomografia de tórax mostrou resolução do derrame pleural e redução >75% dos nódulos pulmonares. Recebeu alta hospitalar com melhora clínica significativa. **Discussão:** Diferente dos relatos prévios, o paciente em questão tem faixa etária inferior à habitual. A doença respiratória pode se desenvolver em qualquer momento no curso da DII, embora ocorra mais frequentemente após o início da doença intestinal. Em geral os pacientes apresentam sintomas respiratórios e constitucionais, mas com doença intestinal quiescente, como no presente caso. Em geral têm boa resposta à corticoterapia, mas a exclusão de infecção é obrigatória. Nos casos anteriormente descritos foi utilizada corticoterapia isolada, no entanto em alguns pacientes houve associação com outras drogas como os imunossupressores e o infliximabe. A resolução espontânea, embora controversa, tem sido relatada, o que pode levantar questões quanto ao manejo terapêutico ideal.

22

COMPOSIÇÃO CORPORAL E INGESTÃO ALIMENTAR: FATORES DE RISCO PARA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

Uli Homci¹, Thamiris Reis¹, Raquel Rocha¹, Fernanda Gomes Coqueiro¹, Mirella Brasil Lopes¹,
Vanessa Rosa Oliveira¹, Genoile Oliveira Santana²

1 - Departamento de Ciências da Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal da Bahia

2 - Unidade de Gastroenterologia, Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia

Introdução: A Densidade Mineral Óssea (DMO) frequentemente é reduzida em pacientes com a Doença de Crohn (DC). Acredita-se que a causa da redução da DMO em pacientes com DC é multifatorial, e a idade do paciente, uso de esteroides, redução de atividade física, e inflamação crônica podem ser alguns desses fatores. **Objetivo:** Este estudo visa avaliar a associação entre as características nutricionais e a DMO em um grupo de pacientes com DC. **Métodos:** Foram avaliados 60 pacientes com DC, acima de 18 anos, de ambos os sexos. O Índice de Massa Corporal (IMC), a Circunferência da Cintura (CC) e o consumo alimentar por dois recordatórios de 24 horas foram avaliados. A densitometria óssea foi realizada por *dual energy X-ray absorptiometry* (DXA) do corpo inteiro para avaliar a composição corporal, e da vértebra lombar e do colo do fêmur para avaliar a DMO. **Resultados:** Dos 60 pacientes avaliados, 50,0% eram do sexo feminino, com média de idade de 37 anos (DP = 8,2), 75,0% estavam com a doença em remissão e 53,3% tinham DMO reduzida. Nos sítios avaliados, lombar ou fêmur, observaram-se correlações moderadas entre a DMO e o IMC, a massa magra, a CC e o consumo alimentar de proteína, cálcio, fósforo e magnésio ($P < 0,05$). Na análise por regressão linear para DMO espinal, apenas o IMC e o consumo alimentar de cálcio permaneceram associados ($P < 0,05$). Na análise por regressão linear para DMO do fêmur, a CC e o consumo de fósforo continuaram no modelo final, apesar de terem tido baixo poder explicativo sobre a DMO ($P < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de DMO reduzida em pacientes com DC foi alta, e o IMC, a CC e o consumo alimentar de cálcio e fósforo foram positivamente correlacionados aos valores da DMO. Portanto, um pobre estado nutricional parece contribuir para a DMO reduzida em pacientes com DC, tornando necessária a avaliação e o monitoramento nutricional destes pacientes.

Apoio: FAPESB/CNPq

23

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA DESCRIÇÃO DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS

SOUZA, L.G; SILVA, L.R; REBOUÇAS, C; SAAVEDRA, D;

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais são doenças inflamatórias crônicas que acometem o trato gastrointestinal. Entre elas estão a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC), além de outras colites de caráter indeterminado¹. O estudo endoscópico e a análise histológica das biópsias colhidas são essenciais para fechar o diagnóstico e fazer o acompanhamento dos pacientes portadores dessas patologias². **Objetivo:** Descrever os achados endoscópicos e histológicos das Doenças Inflamatórias Intestinais em Pacientes Pediátricos acompanhados no Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de Corte Transversal. Os dados foram colhidos a partir de informações contidas nos prontuários dos pacientes participantes, utilizando ficha de coleta padronizada. Os resultados representam dados parciais de um projeto que está em andamento, com amostra total prevista de 100 participantes.

Resultados

Tabela 1 – Dados Epidemiológicos

Idade dos Pacientes (Média)	10,96
Tempo de Doença (Média)	2,44

Tabela 2 – Frequência dos Achados Endoscópicos e Histológicos

Achados		
Doença	RCU	DC
Acometimento Alto Macroscópico	31,2%(5)	60%(3)
Acometimento Alto Histológico	56,2%(9)	100%(5)
Acometimento Macroscópico em Reto	66,7%(10)	75%(3)
Acometimento Histológico em Reto	66,7%(10)	75%(3)

Discussão: Neste Trabalho percebe-se uma maior prevalência de pacientes com RCU em relação a DC, dados concordantes com estudos realizados na Suécia e no Norte da Califórnia, porém discordantes com outros estudos, destacando-se a ideia que diversos fatores ambientais podem influenciar na prevalência da DII.³ Alterações no trato gastrointestinal alto foram mais comuns nos pacientes com DC, do que nos pacientes com RCU, o que condiz com o que está descrito na literatura. No entanto, muitos dos achados macroscópicos descritos em prontuário para ambas as doenças (Mucosa Edemaciada, vermelhidão, enantema, úlceras, etc) são extremamente inespecíficos e podem estar presentes em pacientes diagnosticados ou não com DII.⁴ Destaca-se ainda que no presente estudo foram vistos 7 pacientes com diagnóstico de RCU, mas com uma doença que poupa o reto. Esse achado é incomum em adultos, mas têm sido descrito mais frequentemente em crianças.⁵

Conclusões: Os Resultados Parciais descritos para os pacientes acompanhados no Ambulatório de DII no CPPHO condizem com o que está descrito na literatura sobre o tema. Há uma uniformidade em relação a prevalência das DC e da RCU, há uma prevalência maior de alterações no trato gastrointestinal alto em pacientes com DC e há maior frequência da acometimentos “atípicos” em pacientes pediátricos com RCU ; O estudo apresenta como limitações o número reduzido de pacientes avaliados além do viés de seleção, já que, foram acompanhados pacientes de um único ambulatório. Além da pouca uniformidade na descrição de laudos de exames endoscópicos e estudos anatomopatológicos.

Referências

1. Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN. Nutrition assessment of patients with inflammatory bowel disease. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2007;31:311-9
2. Magro F, Langner C, Driessen A, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis 2013;7:827–51
3. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. Gastroenterology. 2011;140(6):1785-1794.e4.
4. Kuriyama M, Kato J, Morimoto N, Fujimoto T, Okada H, Yamamoto K. Specific gastroduodenoscopic findings in Crohn's disease: Comparison with findings in patients with ulcerative colitis and gastroesophageal reflux disease. Digestive and Liver Disease. 2008;40(6):468-475.
5. Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, Dubinsky MC, Glickman JN, Gold BD, Griffiths AM, Jevon GP, Higuchi LM, Hyams JS, et al. Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: report of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2007;44:653–674

Introdução: A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por inflamação crônica transmural que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal (TGI), desde a mucosa oral até o ânus. Apesar do baixo envolvimento da DC no TGI superior, o exame endoscópico auxilia no diagnóstico e manejo dos pacientes, pois permite avaliar as

características, a extensão e a gravidade das lesões, além da coleta de biópsias para análise microscópica. Os achados da endoscopia digestiva alta (EDA) realizada de rotina tem revelado lesões macroscópicas leves em 30 a 64% dos pacientes com DC e inflamação microscópica em mais de 70%. **Objetivo:** Descrever as alterações endoscópicas, histopatológicas e a presença de infecção pelo HP em pacientes com DC em um centro de referência da Bahia, independente da presença de sintomas no TGI. **Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, com análise exploratória de dados, tendo como população de referência os pacientes com diagnóstico de DC acompanhados no ambulatório. Após aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e questionário, eles foram submetidos à EDA e estudo anatomopatológico. **Resultados:** 25 pacientes foram submetidos à EDA, sendo 17 do sexo feminino (68%) e 8 do sexo masculino (32%). Na amostra, 72% dos pacientes tinham queixas gástricas, as mais frequentes: empachamento pós prandial (40%), pirose (40%), epigastralgia (32%), distensão abdominal (20%), regurgitação (16%) e disfagia (4%). Dos 7 pacientes assintomáticos, 6 (85%) apresentaram achados à EDA. Os achados comuns foram gastrite erosiva e enantematosa, esofagite erosiva, duodenite erosiva e duodenite enantematosa. Dessa amostra, até o momento, foram analisadas 8 resultados de biópsias. A infecção por HP foi detectada em 37,5%. A presença de gastrite crônica com HP negativo foi encontrada em 62,5%. Foi evidenciada gastrite crônica em 87,5% e duodenite em 12,5%, sendo que foi observado apenas em um paciente com EDA e biópsias normais. Não foi observado metaplasia intestinal ou atrofia. **Conclusão:** As alterações endoscópicas identificadas nesse grupo de pacientes nos alerta para os achados em pacientes assintomáticos e com sintomas gastrointestinais inespecíficos, de forma que podem auxiliar na correta classificação, pois pacientes sem queixas do TGIS apresentaram alterações à EDA, porém estudos adicionais são necessários para formalizar a indicação nesse grupo de pacientes.

25

DESENVOLVIMENTO PUBERAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Daniela Saavedra*, Luciana Silva, Crésio Alves, Carla Rebouças Nascimento,
Cibele Ferreira Marques

Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas
da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil

Introdução: Nos adolescentes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) a etiologia do atraso do desenvolvimento puberal é multifatorial e o hipogonadismo pode envolver anormalidades hipotalâmica, pituitária, gonadal e em órgãos anexos. Além do atraso puberal, o comprometimento do crescimento também representa complicação comum nos pacientes com DII. **Objetivos:** Avaliar o desenvolvimento puberal de pacientes pediátricos portadores de doenças Inflamatórias Intestinais. **Pacientes e métodos:** Estudo seccional de base ambulatorial sem grupo de comparação; após consulta de segmento, os pacientes portadores de DII, na faixa etária entre 9 e 18 anos, e seus cuidadores respondem questionários sobre doença de base, crescimento e desenvolvimento puberal, seguido de exame físico e avaliação do estado puberal segundo os Critérios de Tanner. Além da avaliação clínica, é realizada a dosagem sérica de LH, FSH, estradiol, testosterona, paratormônio, cortisol, função tireoidiana, IGF1, IGFBP3 e ultrassonografia pélvica nas meninas. **Resultados:** Os resultados preliminares demonstraram até o momento 44 pacientes que já realizaram investigação do estado puberal com diagnóstico de DII, com confirmação clínica, laboratorial e histológica. Vinte e oito pacientes do sexo masculino e dezesseis pacientes do sexo feminino, com média de idade de 14 anos. Destes, 22 tem diagnóstico de Retocolite Ulcerativa, 16 tem Doença de Crohn e 06 tem Colite Indeterminada. O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico variou de 6 meses a 7 anos, com média de 3,2 anos até a chegada ao ambulatório de referência. Sintomas extraintestinais mais frequentes foram artralgia, comprometimento hepático (Hepatite Autoimune) e Colangite Esclerosante Primária. Entre os pacientes com Doença de Crohn houve atraso puberal em 11 crianças (68,7%); naqueles com Retocolite Ulcerativa, 8 (36,3%) apresentaram atraso puberal e naqueles com Colite Indeterminada apenas um (16,6%) apresentou atraso puberal. Até então não foram identificadas alterações hormonais, história familiar de atraso puberal e correlação com data da menarca materna nas meninas. Existem avaliações radiológicas em curso para posterior complementação do estudo. **Conclusão:** As doenças inflamatórias intestinais vem acometendo pacientes pediátricos precocemente, cada vez mais frequentemente e os pediatras devem estar atentos para obter o controle desta condição minimizando as consequências da doença e do tratamento, com ênfase para os efeitos mórbidos sobre o crescimento e desenvolvimento puberal.

*saavedra_daniela@hotmail.com

26

HEPATITE AUTOIMUNE E PIODERMA GANGRENOSO PRECEDENDO SINTOMAS INTESTINAIS NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Judah Leão Barouh¹, Laíla Damasceno Andrade², Marina Pamponet Motta¹,
Renata Liberato¹, Dalila Guedes¹, Genoile Oliveira Santana Silva¹
UFBA, FTC

Introdução: A Doença de Crohn possui uma etiologia desconhecida e se caracteriza, principalmente, pelo acometimento focal, assimétrico e transmural do trato gastrointestinal, podendo ser acompanhada por manifestações extraintestinais¹, como a hepatite autoimune (HAI) e o pioderma gangrenoso. **Relato:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, HAI, diagnosticada há 13 anos, em uso de prednisona e azatioprina. Refere lesão em membro inferior direito, dolorosa, de início em pápula com rápida evolução para pústula, progredindo para ulceração. Um dia após esse quadro procurou o hospital regional onde foi realizado sucessivos desbridamentos e fez uso de ciprofloxacina por 03 dias durante internamento, sem melhora aparente. Relata diarreia, há cerca de cinco anos. Presença de fistula em região perianal. Em terço distal de MID apresenta lesão de aproximadamente 20 cm de diâmetro, aspecto necrótico e algumas áreas de exsudato com pontos hemorrágicos. Realizada biopsia de pele que mostrou necrose cutânea associada a processo inflamatório agudizado. Presença de anemia ferropriva e fosfatase alcalina sérica duas vezes o valor da normalidade. Colonoscopia com laudo de doença inflamatória intestinal com ulcerações e estenose em colón, compatível com Doença de Crohn. Biopsia hepática mostra cirrose hepática com atividade moderada. **Conclusão:** Importante salientar que manifestações extraintestinais, incluindo pioderma gangrenoso e hepatite autoimune, podem ocorrer antes da sintomatologia da Doença de Crohn. Hepatite Autoimune, apesar de menos frequente, pode ocorrer como manifestação extraintestinal e a evolução para cirrose pode ser mais grave que a própria evolução da doença inflamatória intestinal.

Referência:

- 1 - Lichtenstein, G.R., S.B. Hanauer, and W.J. Sandborn, Management of Crohn's disease in adults. Am J Gastroenterol, 2009. 104(2): p. 465-83; quiz 464, 484.

27

DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM USO DE CORTICOIDE

Genalva Oliveira Santana de Almeida Couto, Mirella Lopes Brasil,
Camila Paula Oliveira Ribeiro, Raquel Rocha dos Santos e Genoile Oliveira Santana

Universidade Federal da Bahia - Hospital Geral Roberto Santos

Introdução - A Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) são as principais formas de apresentação da Doença Inflamatória Intestinal (DII). O uso de corticoide por esses pacientes é comum para induzir a remissão da doença, entretanto pode ocorrer alteração da Densidade Mineral Óssea (DMO), a qual está presente em aproximadamente 50% dos casos. A causa desta alteração é multifatorial, envolvendo a produção de citocinas inflamatórias, má absorção, má nutrição e o uso de corticoide. **Metodologia** - Estudo observacional, desenvolvido com o intuito de avaliar a associação entre corticoterapia e alteração da DMO em pacientes com DII. Foi feito levantamento dos dados nos prontuários de 123 pacientes matriculados e atendidos em dois centros de referência para DII na cidade de Salvador, de julho a novembro de 2012. **Resultados** - Houve predominância do sexo feminino, 52% de RCUI, 57,7% de eutrofia, 48% dos pacientes apresentaram alteração na DMO e 8% utilizaram corticoide. Neste estudo, 8% (n= 10) dos pacientes fizeram uso de corticoide, representando uma pequena parcela. Embora o número de pacientes em uso de corticoide tenha sido reduzido, 60% destes apresentaram alteração na DMO, comparado com 49% dos pacientes que não utilizaram corticoides (n=113), porém esta diferença não foi estatisticamente significativa. **Conclusões** - Os resultados encontrados neste estudo demonstram que são frequentes alterações na densidade mineral óssea nos pacientes com doença inflamatória intestinal em nosso meio, corroborando com achados em outros estudos. Embora a amostra tenha sido adequada, a utilização de corticoide não foi representativa, podendo levar a resultado falso negativo.

Apoio: FAPESB/CNPq