

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS A
22 de novembro 2019 | 08:30-09:30h
Sala A

CC 01

DRENAGEM ECOENDOSCÓPICA DE ABCESSO PÉLVICO – UMA UTILIZAÇÃO ALTERNATIVA DE PRÓTESE AXIOS

Diana Ramos; Ana Caldeira; Flávio Pereira; Marisa Linhares; Richard Azevedo; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo
ULS Castelo Branco

Introdução: O uso de stents de metal *lumen-apposing* (LAMS) na endoscopia tem aumentado ao longo dos anos. Atualmente, a colocação de LAMS é um tratamento bem estabelecido para coleções líquidas e *wall off necrosis* pós-pancreatite, mas ainda não é um tratamento bem estabelecido no tratamento de outras coleções pós-cirúrgicas. Os abscessos pélvicos, devido à sua resistência à antibioterapia, geralmente necessitam de drenagem cirúrgica ou percutânea. A drenagem guiada por ecoendoscopia com LAMS tem sido descrita e tem-se mostrado viável e eficiente.

Objetivo: Apresentação de uma alternativa de drenagem de abscesso pélvico por via ecoendoscópica com prótese LAMS (axios), uma vez que se trata de uma opção creativa mas válida e pouco relatada na literatura.

Caso: Apresentamos um caso de um homem de 67 anos, submetido a ressecção anterior do reto por um adenocarcinoma do reto. No *follow-up* pós-cirúrgico foi descrito em TAC, ecografia abdominal com contraste e ecoendoscopia retal uma coleção pré-sagrada com cerca de 7cm de maior diâmetro, compatível com abscesso. Após início de antibioterapia, optou-se por drenagem do abscesso. Para drenagem foi realizada ecoendoscopia através da qual se colocou prótese Axios 15x10 mm transcólica. A prótese manteve-se 10 dias *in situ*, tendo sido realizadas retosigmoidoscopias durante este período para lavagem e necrosectomia. Ao 10º dia removeu-se a prótese verificando-se resolução do abscesso.

Conclusão: Recentemente, o uso de LAMS tem sido difundido para a drenagem de diversas coleções pós-cirúrgicas, não sendo apenas usado para drenagem de coleções pancreáticas.

Existem poucos casos descritos de drenagem ecoendoscópica com LAMS de abscesso pélvico, no entanto, é uma técnica segura e minimamente invasiva, com excelentes resultados clínicos. Este tipo de drenagem deve ser considerada como alternativa de drenagem nestes cenários devido à sua menor morbimortalidade e custo, abrindo uma nova era na abordagem destas lesões.

CC 02

UM CASO RARO DE DIARREIA E ASCITE

Flávio Pereira; Marisa Linhares; Ana Isabel Ferreira; Diana Ramos; Richard Azevedo; Sandra Paulo; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; Mariana Martins; António Bahudo
Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A enterocolite eosinofílica é uma entidade pouco frequente na prática clínica, sendo necessário um elevado índice de suspeição. O diagnóstico ainda carece de critérios bem definidos, mas baseia-se na combinação da clínica, da presença de infiltração eosinofílica no trato digestivo ou no líquido peritoneal e da exclusão de outras causas de eosinofilia gastro-intestinal.

Objetivo: Apresentação de um caso de enterocolite eosinofílica.

Caso clínico: Homem de 22 anos, estudante recentemente em *Erasmus* na Hungria. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de dejeções líquidas (6-10/dia), sem sangue ou muco, acompanhado de desconforto abdominal generalizado, aumento do perímetro abdominal e anorexia com perda ponderal (4-5kg). Mencionava também vômitos alimentares no dia anterior. Sem história de atopia.

Ao exame objetivo, apresentava um abdómen distendido, com desconforto difuso à palpação.

Analicamente, destacava-se uma leucocitose (18300/uL) com eosinofilia marcada (9880/uL, 54%).

Realizada ecografia abdominal que revelou um espessamento parietal do ileon e cólon ascendente com estratificação preservada, e líquido peritoneal em todos os quadrantes do abdómen. Foi efetuada paracentese diagnóstica, cujo exame citológico revelou presença de 4214 leucócitos/uL, com 86% de eosinófilos.

O doente foi submetido a endoscopia alta e baixa, com biópsias. A primeira mostrou ligeira hiperémia da mucosa do corpo gástrico e do bulbo duodenal. Na

colonoscopia, observou-se uma válvula ileocecal muito edemaciada e congestionada, de aspeto polipóide, não permitindo ileoscopia, e ainda apagamento do padrão vascular e edema da mucosa no cólon ascendente e transverso. A histologia das biópsias da válvula e cólon ascendente revelou um infiltrado inflamatório na lâmina própria com predomínio de eosinófilos.

Estudo dirigido a outras causas de eosinofilia foi negativo. Face aos achados, estabeleceu-se o diagnóstico de enterocolite eosinofílica.

O tratamento proposto incluiu aconselhamento dietético combinado com prednisolona oral, tendo-se verificado resolução do quadro clínico. Estudo de alérgenos cutâneos e alimentares foi negativo. O doente mantém-se assintomático após 10 meses de seguimento.

Relevância: Os autores destacam este caso pela sua raridade e para realçar a importância de considerar a enterocolite eosinofílica no diagnóstico diferencial de diarreia e ascite. Apresenta-se iconografia ilustrativa (esfregaço, ecografia, endoscopia, histologia).

CC 03 Trabalho retirado

CC 04

HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA NO SÉCULO XXI – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda João¹; Cláudia Agostinho²; Paulo Souto²; Ernestina Camacho²; Luís Tomé²

¹Serviço de Gastreenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra; ²Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A hemorragia digestiva média (HDM) representa até 5% dos casos de hemorragia digestiva. Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são neoplasias raras do intestino delgado. Apesar da inespecificidade da sua apresentação, podem manifestar-se com HDM, devendo ser considerados no diagnóstico diferencial.

Objetivo: Revisão da complexidade da abordagem de uma causa incomum de HDM, apesar dos avanços nos métodos de estudo do intestino delgado.

Resumo do caso: Mulher de 73 anos que recorreu ao serviço de Urgência (SU) de um hospital distrital por hematoquézias e astenia com 1 mês de evolução. Apresentava palidez muco-cutânea marcada. Analiticamente verificava-se anemia ferropénica grave (hemoglobina: 5,8

g/dL). Foi internada para estudo complementar. Efetuou endoscopia digestiva alta e ileocolonoscopia que não revelaram alterações. Foi assumida hemorragia digestiva média, apresentou resposta adequada ao suporte transfusional, pelo que teve alta a aguardar realização de TAC abdominal e videocápsula endoscópica (VCE). Cerca de 2 meses depois voltou a recorrer ao SU por quadro similar, tendo já realizado TAC que revelava massa na linha média da pélvis com 10x9x6,2cm, lobulada, limites bem definidos, com áreas de hemorragia, sem invasão de estruturas adjacentes, a sugerir origem em órgão ginecológico. A avaliação por Ginecologia excluiu perdas hemáticas genitourinárias, tendo sido orientada para cirurgia eletiva. Durante esse internamento realizou VCE que revelou grande quantidade de sangue e coágulos pelas 5h após ingestão e a jusante uma ectasia vascular e uma imagem procidente de difícil interpretação pelo abundante conteúdo hemático. Foi transferida para um centro terciário para eventual enteroscopia com os diagnósticos de HDM e tumor ginecológico. Efetuou angio-TC que excluiu hemorragia digestiva ativa e após discussão multidisciplinar optou-se pela realização de laparoscopia exploradora que revelou ansa de intestino delgado com nódulo esbranquiçado, exofítico, com 10x9x6cm, tendo sido submetida a enterectomia segmentar. O estudo anatomo-patológico revelou GIST de comportamento agressivo. Após o procedimento verificou-se melhoria sustentada e iniciou terapêutica adjuvante com Imatinib.

Relevância: O caso apresentado ilustra a complexidade da abordagem da hemorragia digestiva média apesar da evolução registada nos exames complementares do intestino delgado. A cirurgia prevalece como um importante recurso diagnóstico e terapêutico.

CC 05

UMA CAUSA INESPERADA DE ILEITE TERMINAL

Mafalda João¹; Cláudia Agostinho²; Paulo Souto²; Ernestina Camacho²; Luís Tomé²

¹Serviço de Gastreenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra; ²Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A ileíte terminal (IT) caracteriza-se por inflamação do ileon distal e manifesta-se clinicamente com dor abdominal, associada ou não a sintomas obstrutivos e hemorragia gastrointestinal. Embora a doença de Crohn

seja a sua etiologia mais frequente, infecções gastrointestinais, neoplasias e outras enteropatias devem ser consideradas. A sua correta abordagem é de suma importância para permitir diagnóstico e tratamento adequados.

Objetivo: Este caso clínico pretende ilustrar a complexidade de abordagem da IT.

Resumo do caso: Mulher de 52 anos, submetida a ressecção anterior reto-sigmoideia laparoscópica devido a adenocarcinoma da sigmoideia 6 meses antes que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor no quadrante abdominal inferior direito associada a náuseas e vômitos com 4 dias de evolução. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e a ecografia abdominal revelava espessamento difuso de segmento distal do intestino delgado. Foi assumido diagnóstico de IT e a doente foi internada para estudo complementar e tratamento (antibioterapia) com melhoria significativa. Do estudo efetuado, destacamos: coproculturas, exame parasitológico fecal, IGRA, auto-anticorpos ASCA e ANCA negativos. Duas semanas após a alta voltou a recorrer ao SU por sintomatologia idêntica, analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e ecografia abdominal sobreponível. Foi reinternada, realizou ileocolonosopia que revelou mucosa ileal normal e entero-TC que demonstrou 'espessamento ileal distal com 7cm de extensão, estratificação da parede, e distensão a montante, compatível com doença inflamatória intestinal'. Cumpriu 3 dias de corticoterapia sistémica sem melhoria, data em que foi disponibilizado resultado de calprotectina fecal: negativo. Após discussão multidisciplinar foi submetida a laparoscopia exploradora que revelou várias aderências entre ansas do ileon distal, condicionando compressão de ansa local e processo inflamatório exuberante associado, tendo-se efetuado lise das mesmas e retificação da ansa inflamada. Após a intervenção cirúrgica a doente apresentou melhoria sustentada.

Relevância: A IT permanece uma entidade de difícil diagnóstico diferencial apesar do manancial de exames complementares de que dispomos. A via laparoscópica e o local anatómico da intervenção prévia contribuem para a peculiaridade da etiologia. Destacamos o caso e respectiva iconografia pela complexidade da abordagem diagnóstica.

CC 06

COLITE IMUNOMEDIADA POR NIVOLUMAB

Catarina Gomes; Ana Ponte; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A imunoterapia consiste na presença de anticorpos que levam a uma regulação positiva das células T e consequente citotoxicidade das células neoplásicas e não neoplásicas. O nivolumab é um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento da neoplasia pulmonar, linfoma de Hodgkin, neoplasia urotelial e melanoma avançado. A colite imunomediada por nivolumab tem uma prevalência de ~5%, cursando com diarreia que se desenvolve após 1 a 19 infusões. Os achados endoscópicos cursam com um atingimento contínuo, idêntico ao da colite ulcerosa. O tratamento inicial indicado é a corticoterapia sistémica e, nos casos refratários, têm sido descrito o uso de terapêutica biológica, nomeadamente o infliximab.

Objetivo: Realçar os efeitos adversos gastrointestinais da imunoterapia com nivolumab.

Resumo do caso: Homem, 65 anos, com antecedentes de diverticulite aguda, e neoplasia pulmonar sob nivolumab há cerca de 8 meses, refere quadro de dor abdominal e dejeções diarreicas líquidas com sangue e muco, com agravamento progressivo que motivaram ida ao serviço de Urgência. A TC demonstrava um espessamento concêntrico do cólon sigmóide, com presença de divertículos sem sinais inflamatórios associados. Na retossigmoidoscopia, observou-se desde a transição retossigmóide até aos 25 cm da margem anal, mucosa difusamente congestiva com perda do padrão vascular, friável e erosões dispersas. O exame histológico revelou irregularidade das glândulas com diminuição da mucosecreção, predomínio de polimorfonucleares neutrófilos, criptite e raros microabcessos. Inicialmente foi admitido um quadro de colite isquémica, dado a apresentação aguda e o reto poupado na endoscopia. Foi proposto internamento e cumpriu tratamento conservador com pausa alimentar e ciclo de 12 dias de antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol sem melhoria clínica. Tendo em conta os antecedentes, foi posteriormente assumido o diagnóstico de colite grau 2 imunomediada por nivolumab, tendo iniciado tratamento com metilprednisolona 48 mg/dia e suspensão da imunoterapia. Apresentou melhoria progressiva dos sintomas.

Relevância: A apresentação clínica e os exames complementares neste doente, nomeadamente a endoscopia, dificultou o diagnóstico atempado com consequente atraso no início do tratamento. O diagnóstico diferencial da colite imunomediada é desafiante, sendo de realçar a importância do enquadramento clínico e da anamnese na evolução deste doente.

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS B

22 de novembro 2019 | 08:30-09:30h

Sala B

CC 07

DOENÇA DE CROHN E POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR – OS DESAFIOS DA INTERAÇÃO IMUNOSSUPRESSÃO-RISCO ONCOLÓGICO

Mónica Garrido¹; Anabela Rocha²; Isabel Pedroto¹; Ricardo Marcos-Pinto¹; Paula Lago¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

²Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) e a polipose adenomatosa familiar (PAF) são doenças incomuns sem associação etiológica conhecida. Existem apenas raros relatos de caso publicados que descrevem uma combinação de ambas.

Objetivo: Discussão sobre os desafios da gestão terapêutica num doente com PAF e posterior diagnóstico de DC.

Resumo do caso: Jovem de 29 anos, fumador, com diagnóstico de PAF e história familiar com fenótipo agressivo (>1000 pólipos colon, tumores desmoides). Numa das colonoscopias de vigilância anual, além de 30-100 pólipos ao longo do colon, até 6mm, observou-se o ileon terminal e a válvula ileocecal congestivos, com pequenas úlceras. Apresentava-se assintomático; suspendeu celecoxib. Sete meses após, recorre ao SU por dor abdominal, parâmetros inflamatórios elevados e espessamento do ileon terminal; resolução clínica com os antibióticos prescritos. Apesar de assintomático, os exames de vigilância mostraram inflamação persistente (espessamento parietal de segmento de 25-30cm de ileon terminal). Assim, o quadro clínico era sugestivo de uma DC ileal extensa e o doente foi proposto para terapêutica com azatioprina, que não iniciou por perda de *follow-up*. Acaba por ser internado com sub-oclusão

intestinal inflamatória. Após discussão em Reunião Multidisciplinar de DII, iniciou infliximab em monoterapia para otimizar as condições inflamatórias para, posteriormente, ser submetido a colectomia total com preservação do reto. Os exames de *follow-up* mostraram uma cicatrização da mucosa na ileoscopia mas exacerbação do fenótipo da PAF, com 500-1000 pólipos do colon <10mm. Foi submetido a colectomia total profilática laparoscópica com anastomose ileo-retal, com extensão aos 20cm de ileon terminal. A histologia revelou >1000 adenomas com displasia de baixo grau e mucosa ileal com sinais de inflamação crónica e granulomas. Um ano após a cirurgia, encontra-se assintomático, com biomarcadores inflamatórios baixos e sem atividade luminal na ileoscopia. Mantém infliximab e vigilância endoscópica dos pólipos do reto.

Relevância: Descrevemos a coexistência de duas doenças raras, a PAF – uma doença genética que aumenta o risco de cancro – com a DC – uma doença inflamatória crónica intestinal resultado de uma combinação de fatores ambientais em doentes geneticamente predispostos, cuja terapêutica inclui fármacos imunossupressores. O caso demonstra os desafios da gestão terapêutica e do balanço entre imunossupressão e risco oncológico.

CC 08

ANASTOMOSE KONO-S NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE CROHN COMPLICADA – DA TEORIA À PRÁTICA

André Tojal; Ana Rita Loureiro; Noel Carrilho; Carlos Casimiro
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Introdução: A doença de Crohn é uma patologia inflamatória crónica, incurável que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal. A base do tratamento é médica. Contudo, o risco cumulativo de uma intervenção cirúrgica nestes doentes aos 10 anos de diagnóstico é cerca de 50%, com elevadas taxas de recorrência anastomótica requerendo reintervenção.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico e sua relevância na prática clínica.

Resumo do caso: Relata-se o caso clínico de uma jovem de 19 anos, seguida pela Gastreenterologia por suspeita de doença de Crohn, submetida a dilatação endoscópica de estenose do colon ascendente. Após procedimento, desenvolve dor torácica, detetando-se pneumoperitoneu em radiografia torácica. É submetida a laparotomia ex-

ploradora, com ressecção de massa inflamatória na região ileocecal contendo perfuração cólica na proximidade da válvula ileocecal e confecção de anastomose ileocólica Kono-S. Pós-operatório sem intercorrências. Exame anatomopatológico confirmou ileocolite de Crohn. Mantém seguimento em consulta de Cirurgia/Gastroenterologia, sem intercorrências até ao momento (4 meses).

Relevância: A anastomose Kono-S, uma anastomose manual termino-terminal transversal funcional antimesentérica, usada desde 2003 no Asahikawa Medical University Hospital, tem sido associada a menores recorrências da doença de Crohn a nível da anastomose em relação à anastomose latero-lateral convencional. Uma coluna de suporte, posicionada entre a anastomose e o mesentério, e a configuração da anastomose (ampla e transversal) conferem potenciais vantagens na capacidade de manter o diâmetro intestinal e, assim, prevenir a distorção ou estenose associada a estenoses recorrentes, que regra geral ocorrem no bordo mesentérico do lúmen. Esta pode ser uma estratégia cirúrgica a adotar na prevenção das recorrências cirúrgicas da doença de Crohn.

CC 09

DA ENDOCARDITE À HEMICOLECTOMIA DIREITA

Inês Sampaio da Nóvoa Miguel; Miguel F. Cunha; Victor Hugo Baptista; Juan Rachadell; Edgar Amorim

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução: O *Streptococcus gallolyticus* tem sido associado a patologia colorrectal, estimando-se que 65% dos doentes com isolamento deste microorganismo em culturas têm uma neoplasia colorrectal concomitante.

Objetivo: Evidenciar a importância da abordagem multidisciplinar, tanto no diagnóstico como na optimização dos doentes com patologia oncológica colorrectal, bem como alertar para a elevada frequência de neoplasia colorrectal em doentes com isolamento de *Streptococcus gallolyticus* em culturas.

Resumo do caso: Doente do sexo masculino, 65 anos de idade, referenciado à nossa consulta por neoplasia do cego. Na avaliação inicial constatam-se sinais sugestivos de insuficiência cardíaca descompensada associada a desnutrição, pelo que se optou por internamento para optimização. Ao 2º dia de internamento inicia quadro de febre e sinais sugestivos de edema agudo do pulmão, com necessidade de transferência para Unidade de Cuidados Inten-

sivos. Realiza ecocardiograma transtorácico que revela endocardite (vegetação na válvula aórtica). Colhidas hemoculturas que revelam *Streptococcus gallolyticus*.

Por agravamento da insuficiência cardíaca, é transferido para o serviço de cirurgia cardio-torácica onde foi submetido a implantação de válvula aórtica biológica em contexto de urgência. Pós-operatório sem intercorrências sendo transferido para o Hospital de área de residência. Por manter quadro de desnutrição importante optou-se por internamento no serviço de cirurgia para optimização nutricional, mantendo alimentação oral com suplementação complementada com alimentação parentérica. Após 28 dias, e após ter atingido a optimização possível, foi submetido a hemicolecotomia direita, optando-se por não realizar anastomose primária.

Alta ao 7º dia pós-operatório, sem intercorrências. A anatomia patológica revelou tratar-se de um Adenocarcinoma com áreas mucinosas bem diferenciado pT3 pN1b (33/3) M0. Após avaliação em consulta multidisciplinar encontra-se neste momento a realizar esquema de quimioterapia adjuvante.

Relevância: Este caso alerta-nos, para além da associação entre o *Streptococcus gallolyticus* e a patologia oncológica colorrectal, para a necessidade constante da observação do doente como um todo, e evidencia que a melhoria dos *outcomes* está dependente de uma optimização multidisciplinar.

CC 10

MASSA RECTAL E ÚLCERA ANAL EM JOVEM DO GÉNERO MASCULINO

Rei, Andreia; Carvalho, Margarida; Laranjo, Ana; Pires, Sara; Veloso, Nuno; Gonçalves, Maria Lurdes; Godinho, Rogério; Medeiros, Isabel

Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Está documentado o aumento de incidência de infeção por treponema *pallidum* sobretudo nos subgrupos de doentes com infeção por VIH/ outros estados de imunossupressão e homens que têm sexo com homens. A apresentação morfológica da sífilis primária como massa rectal ou úlceras do canal anal é pouco habitual, podendo o diagnóstico inicial passar despercebido.

Objetivo: Aumentar a sensibilidade diagnóstica em apresentações clínicas com massa rectal e úlceras do canal anal.

Resumo do caso: Doente do género masculino, 22 anos, com síndrome ansioso-depressivo medicado com

sertralina e amitriptilina, referenciado à consulta de Proctologia por rectorragias e proctalgia com semanas de evolução, perda ponderal de 10% do peso basal e dejecções diarreicas de início recente. Analiticamente sem anemia, proteína C-Reativa 2mg/dL, calprotectina fecal >6000, serologias víricas negativas para HIV e agentes hepatotrópicos. Na colonoscopia íleon terminal e cólon sem alterações; no recto exuberantes úlceras escavadas e massa circular irregular, dura ao toque, contígua à linha pectínea; histologia das úlceras compatível com doença inflamatória intestinal indeterminada. Admitiu-se doença de Crohn anorectal inaugural. À reavaliação após terapêutica com corticóide oral, messalazina e azatioprina doente com humor deprimido agravado, sem melhoria clínica, com actividade endoscópica severa (ulceração já menos extensa e profunda) e calprotectina fecal descendente. Após fortalecimento da relação médico-doente, evidenciou-se indefinição da orientação sexual com comportamentos sexuais de risco, pelo que se ampliou o estudo infeccioso. Objetivou-se VDRL positivo, confirmado por teste treponémico. Admitiu-se proctite infecciosa por sífilis primária não excluindo doença de Crohn anorectal subjacente. Cumpriu penicilina benzatínica 2.4UM e azitromicina 1g objetivando-se melhoria clínica e endoscópica com cicatrização quase completa da ulceração, com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário sem actividade e VDRL em título decrescente. Endoscopicamente aos 9 meses mucosa do canal anal cicatricial, sem lesões do recto ou evidência de inflamação ativa, clinicamente sem queixas. Mantém *follow-up* para diagnóstico diferencial de doença de Crohn.

Relevância: Diagnóstico diferencial amplo na apresentação clínica com massa rectal e úlceras do canal anal.

CC 11

NEM TUDO O QUE RELUZ É OURO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Pimentel; Catarina Correia; Sandra Lopes; Sofia Mendes; Iolanda Ribeiro; António Manso; Paulo Azinhais; Luís Semedo; Francisco Portela; Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV)

A doença de Crohn (DC) é uma doença crónica e progressiva, que pode cursar com complicações como estenoses, fístulas e abscessos. O seu diagnóstico resulta da conjugação de critérios clínicos, endoscópicos, histo-

lógicos e radiológicos, não existindo um *gold-standard* estabelecido.

O objetivo deste caso clínico é salientar o desafio no diagnóstico da DC.

Homem, 56 anos, admitido por quadro de diarreia com sangue e muco, náuseas, anorexia e astenia com 4 semanas de evolução, com agravamento progressivo com aparecimento de febre e drenagem de pús pelo ânus. De referir como antecedentes: carcinoma da próstata submetido a braquiterapia (2013) e fístula perianal resolvida medicamente (2015). Analiticamente, destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e coproculturas negativas. A ileocolonoscopia revelou drenagem abundante de pús no reto, sem identificação do orifício fistuloso, e erosões e úlceras no cólon direito, cujo estudo histológico foi compatível com colite de Crohn. A RMN pélvica identificou um abscesso, localizado entre a próstata e o reto, com comunicação através de uma fístula com o espaço interesfintérico, terminando em fundo de saco a este nível. O caso foi discutido com a Cirurgia, levantando-se a possibilidade de o abscesso pélvico estar em relação com uma complicação da braquiterapia e não da DC. Dada a evolução favorável com antibioterapia, doente teve alta a aguardar RMN pélvica de controlo. Duas semanas depois, foi re-admitido por perda de urina pelo ânus e disúria, sem queixas intestinais. O caso foi novamente discutido em reunião multidisciplinar, incluindo também a Urologia e a Imagiologia e, após revisão das imagens da RMN de controlo, e atendendo aos antecedentes e à evolução clínica, considerou-se como hipótese mais provável um abscesso prostático com fístula retouretral, em relação com a braquiterapia. Neste contexto, doente foi submetido a marsupialização da loca abcedada prostática por via transuretral e, posteriormente, a prostatectomia radical. A colonoscopia de reavaliação não mostrou alterações da mucosa cólica. O caso clínico mostra que o diagnóstico da DC é altamente desafiante, dado que não existe nenhuma característica verdadeiramente patognomónica desta doença. Assim, perante a suspeita de DC, é importante considerar outras hipóteses de diagnóstico, atendendo ao contexto clínico do doente, bem como à evolução da doença. Destaca-se também a mais valia da discussão multidisciplinar perante um caso com contornos pouco lineares.

CC 12

PROCTITE A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* NUM DOENTE HETEROSSEXUAL E IMUNOCOMPETENTE

Luísa Martins Figueiredo; Maria Ana Rafael; Gonçalo Alexandrino; Joana C. Branco; Alexandra Martins; Ana Maria Oliveira

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Aproximadamente 70% das proctites por *Chlamydia trachomatis* são assintomáticas. Os casos sintomáticos variam desde diarreia a escorrência anal e dor perianal, podendo algumas estirpes causar linfogranuloma venéreo.

Os fatores de risco para esta infeção são: imunodepressão, idade inferior a 25 anos, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas, história pessoal de doenças sexualmente transmissíveis, homens que fazem sexo com homens e infeção gonocócica concomitante.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 37 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há 10 anos, heterossexual, com hábitos tabágicos e sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes, sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por diarreia (4 dejeções/dia) com sangue com um dia de evolução. Negava febre, perda ponderal, dor abdominal, queixas génito-urinárias ou lesões cutâneas. Negava episódios prévios semelhantes, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas ou sexo com homens. Analiticamente não apresentava alterações. Realizou retossigmoidoscopia (RSF) que revelou desde a margem anal até aos 3 cm distais do reto, e ocupando cerca de 1/5 da circunferência, úlcera profunda, de fundo nacarado, com bordos elevados e hiperemiados, muito friável à passagem do aparelho. As biópsias foram compatíveis com fundo e bordos de úlcera, com alterações reativas e regenerativas com infiltrado inflamatório de predomínio linfoplasmocitário, sem displasia ou neoplasia e sem identificação de microorganismos. Do estudo etiológico, a destacar: Ac anti-HIV 1 e 2 -, Ac anti-HCV -; AgHBs -; Ac anti-CMV IgM -, Ac anti-CMV IgG +; VDRL -; Ac anti-*Chlamydia trachomatis* IgG positivo e IgM negativo; exsudado retal positivo para *Chlamydia trachomatis* e negativo para *Neisseria gonorrhoeae*.

O doente cumpriu terapêutica com ceftriaxone 250mg IM toma única, seguido de doxiciclina 100mg oral *bid* durante 7 dias. Verificou-se resolução da sintomatologia e a RSF de reavaliação revelou úlcera do reto cicatrizada.

Conclusão: O presente caso pretende alertar para uma causa rara de proctite num doente heterossexual e imunocompetente.