

CASOS CLÍNICOS
24 de novembro, 17:00-18:00h,
Sala Castelo III

CC 01

**DESTRUIÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO
— UM CASO DE DOENÇA DE CROHN**

João Guimarães; Carla Carneiro; Ricardo Rocha; Ana João;
Rui Marinho; Filipa Rocha; Carlos Leichsenring;
Cisaltina Sobrinho; Énio Afonso; Vasco Galdes;
Catarina Rodrigues; Vítor Nunes

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Objetivo: A doença perianal pode ser a primeira e única apresentação da doença de Crohn (DC) em cerca de 10% dos doentes e pode preceder as manifestações intestinais em 10 anos, o que torna este diagnóstico um desafio.

Métodos: Apresenta-se um caso de doença de Crohn perianal (DCp) numa doente do sexo feminino, 30 anos, enviada à nossa consulta de colorrectal pela destruição do pavimento pélvico para reconstrução cirúrgica.

A doente foi inicialmente submetida a fistulotomia e drenagem de abscesso 6 anos antes (2009), tendo desenvolvido incontinência anal imediatamente após, pelo que realizou esfínteroplastia anal. Nos anos seguintes apresentou vários episódios de sépsis perianal tratada cirurgicamente, com ausência de dor abdominal ou diarreia.

Devido à sépsis perianal recorrente, à não cicatrização perineal e quase completa destruição do complexo esfíntérico anal, foi criada uma colostomia de derivação por via laparoscópica em 2012.

Em 2015, na nossa unidade, foi colocada a HD de doença de Crohn, realizou colonoscopia total com ileoscopia e biópsias, exame proctológico sob anestesia, foi iniciado penso de vácuo e infliximab. Quatro meses depois a ferida estava praticamente fechada.

Conclusão: Deve-se sempre suspeitar da DCp em doentes com fistulização perineal complexa, mesmo se não apresentar outros sintomas sugestivos de DC. Na DCp deve-se evitar a terapêutica cirúrgica agressiva para privilegiar uma abordagem multidisciplinar com drenagem, colocação de sedanhos e terapêutica anti-TNF α com ou sem agentes imunossupressores.

CC 02

**CANCRO ANAL EM DOENTE COM CROHN PERIANAL:
UMA SURPRESA DESAGRADÁVEL**

Ana Alagoa João¹; Rui Marinho¹; Ricardo Rocha¹;
Luísa Martins Figueiredo²; Cisaltina Sobrinho¹; Énio Afonso¹;
Carlos Leichsenring¹; Ana Maria Oliveira²; Catarina Rodrigues²;
Carla Carneiro¹; Vasco Galdes¹; Jorge Reis²; Vítor Nunes¹

¹Serviço de Cirurgia Geral; ²Serviço de Gastrenterologia Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Os indivíduos com doença de Crohn (DC) apresentam uma incidência mais elevada de neoplasia anal, em idade mais precoce e com pior prognóstico, em comparação com a população geral.

Descreve-se o caso de uma mulher de 44 anos, fumadora, com DC caracterizada por envolvimento cólico e perianal, diagnosticada cinco anos antes. Apesar do tratamento com azatioprina e anticorpo monoclonal (adalimumab, substituído posteriormente por infliximab), mantinha doença perianal fistulizante complexa, com necessidade de numerosos procedimentos de drenagem de abscesso e tutorização com sedanho. A proctalgia intensa e a supuração persistiram, mesmo após construção de colostomia de derivação. Após realização de biópsias perianais e ressonância magnética (RMN) pélvica sem sinais de malignidade, a doente foi submetida a amputação abdomino-perineal. O relatório anatomo-patológico revelou DC fistulizante com locas abecedadas e carcinoma pavimento-celular invasivo do canal anal (pT3N0) HPV-16+, associado a lesão pavimentosa intraepitelial de alto grau (HSIL). A tomografia computadorizada excluiu doença metastática.

Mecanismos como a inflamação crónica, imunossupressão e infeção por HPV provavelmente contribuíram para a transformação maligna nesta doente, ainda que o papel relativo de cada fator não seja claro. As alterações teciduais induzidas por estes mecanismos poderão diminuir a sensibilidade da RMN na identificação de neoplasia durante o seguimento. Além disso, a proposta de amputação abdomino-perineal numa doença aparentemente benigna é frequentemente protelada pela equipa multidisciplinar, não obstante a potencial melhoria da qualidade de vida. Finalmente, a instituição de terapêutica imunossupressora ou oncológica numa doente com DC e neoplasia concomitante representa um desafio multidisciplinar.

CC 03

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS — UM CASO CLÍNICO

M. Brito; J. Vaz, T. Pereira; T. Bragança; J. Malaquias;
A. Ramires; F. Aldeia; E. Vitorino; C. Ferreira; J. Coutinho

CLHN - Hospital de Santa Maria

O síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença hereditária de transmissão autossómica dominante, que se caracteriza pela associação de pigmentação muco-

-cutânea e pólipos hamartomatosos no tubo digestivo, em particular no intestino delgado. Esta entidade resulta de uma mutação germinal patogénica no gene STK11, cuja penetrância é variável e condiciona um elevado risco para o desenvolvimento de cancro, em particular da mama, colo-rectal, pâncreas e estômago. A maioria dos doentes torna-se sintomática entre os 10 e os 30 anos, sendo os sintomas mais frequentes a invaginação (97% no delgado) e a dor abdominal. A pigmentação característica tende a atenuar-se na adolescência.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 76 anos, caucasiana, sem antecedentes familiares relevantes e com antecedentes pessoais de mastectomia por carcinoma da mama aos 67 anos. Apresentava queixas arrastadas e intermitentes de dor abdominal tendo realizado colonoscopia que revelou a presença de pólipos infra-centimétricos ao longo do cólon e um adenoma com displasia alto grau não ressecável endoscopicamente na transição rectosigmoideia. Foi efectuada colectomia total eletiva tendo-se identificado intra-operatoriamente múltiplos pólipos em todo o intestino delgado, levantando a suspeita clínica de um Síndrome de Peutz-Jeghers. A histologia confirmou a existência de adenomas e Hamartomas de tipo Peutz-Jeghers, alguns incipientes. Um exame objectivo mais rigoroso permitiu identificar escassa e discreta pigmentação cutânea na região bucal. A doente foi entretanto referenciada à consulta de genética médica para diagnóstico genético e orientação dos familiares de 1º grau. Salienta-se como particularidade deste caso a idade à data de diagnóstico (76 anos).

CC 04

CASO CLÍNICO: INDUÇÃO CLÍNICA E ENDOSCÓPICA DE COLITE ULCEROSA COM TACROLIMUS E VEDOLIZUMAB

Simões G.¹; Russo P²; Bernardes C.¹; Carvalho D.³; Ramos J.⁴

¹Interno de Formação Específica de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Assistente Hospitalar em Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria; ³Assistente Hospitalar em Gastroenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Central; ⁴Assistente Hospitalar Graduado em Gastroenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Central

A terapêutica com fármacos anti-TNF trouxe um grande avanço no tratamento da colite ulcerosa. Contudo, uma percentagem de doentes não respondem ou desenvolvem intolerância a estes fármacos. Nestes casos, para além da cirurgia, a única opção terapêutica disponível é o Vedolizumab (VEDO). O VEDO é um anticorpo monoclonal anti-integrina Alfa-4/Beta-7, com um início de acção tardio, pelo que seria desejável um fármaco capaz de induzir a remissão da doença, enquanto se aguarda o seu efeito terapêutico. Apresentamos o caso de mulher de 19 anos, com colite ulcerosa grave, diagnosticada em setembro/2013.

Em dezembro/2014, por corticodependência, iniciou Infliximab (IFX) com remissão clínica. Nove meses depois inicia cefaleias, náuseas e diarreia após cada infusão de IFX e apresenta níveis séricos anti-infliximab de 75 (*cut-off* < 10). Interrompeu IFX e iniciou Golimumab, interrompido por queixas semelhantes. Em agosto/2016 iniciou Adalimumab (ADA), com perda de resposta aos 5 meses. Suspendeu ADA, iniciou corticoterapia, sem melhoria. Realizou rectosigmoidoscopia com score Mayo 3. Infecção por CMV excluída. Iniciou terapêutica com metilprednisolona endovenosa, com resposta clínica parcial e sem resposta endoscópica, pelo que iniciou tacrolimus oral (0,1mg/kg) com boa resposta clínica (1 dejecto/dia moldada, sem sangue). Iniciou VEDO em maio/2017 mantendo remissão clínica. Após indução com VEDO, repetiu rectosigmoidoscopia com score Mayo 0. Suspendeu tacrolimus em setembro/2017, estando atualmente em remissão com VEDO em monoterapia.

O tacrolimus, fármaco imunossupressor, apesar de dados insuficientes e pdo seu perfil de segurança, poderá ser uma boa opção como adjuvante terapêutico na fase de indução com VEDO.

CC 05

PROCTITE INFECIOSA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NECESSÁRIO NA ABORDAGEM DA COLITE ULCEROSA

AL. Santos; M. Silva; R. Coelho; H. Cardoso; G. Macedo

Centro Hospitalar de São João

Introdução: Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da incidência de proctites infecciosas, particularmente em doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), sendo a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae* dois dos agentes mais comuns.

Casos clínicos: Os autores descrevem 2 doentes do sexo masculino, com 39 e 49 anos, que recorreram à urgência por rectorragias, tenesmo e diarreia crónica. Ambos tinham diagnóstico recente, noutras instituições, de colite ulcerosa (extensão E1), com base em aspetos endoscópicos e histológicos em colonoscopia, tendo sido medicados com messalazina, sem resposta clínica. Negavam antecedentes pessoais de relevo bem como comportamentos sexuais de risco. Em ambos os casos foi realizada uma nova retosigmoidoscopia que mostrou, no recto distal, erosões e úlceras superficiais com bordos bem definidos, intercaladas com áreas de mucosa normal. O exame histológico revelou, infiltrado linfoplasmocitário, na ausência de abscessos crípticos e de granulomas. Foram realizadas pesquisas, na mucosa cólica, por PCR de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, tendo-se diagnosticado, num caso, proctite a *Chlamydia trachoma-*

tis serotipo L. e, no outro, proctite a *Neisseria gonorrhoeae*. Posteriormente, foi realizada pesquisa do VIH que se revelou positiva em ambos os casos. Os doentes foram medicados com antibioterapia dirigida – no primeiro caso doxícilina, e no segundo azitromicina e ceftriaxone, em toma única, seguidas de doxícilina – com resolução clínica da proctite.

Discussão: A apresentação clínica de uma proctite infecciosa pode mimetizar uma doença inflamatória intestinal, tornando-se crucial a realização de uma história clínica e exame físico detalhados, de modo a evitar erros de diagnóstico.

CC 06

PSEUDOPÓLIPOS EM DOENTE TRANSPLANTADO RENAL COM DOENÇA DE CROHN – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Marco Silva; Sara Gomes; Ana Luísa Santos; Rosa Coelho, Armando Peixoto; Amadeu Corte-Real Nunes; Guilherme Macedo
Serviço de Gastroenterologia e Urgência – Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A Leishmaniose é uma infeção parasitária em que o envolvimento visceral, geralmente ocorre nos doentes gravemente imunocomprometidos com infeção pelo VIH.

O atingimento do trato gastrointestinal é raro, sendo a localização mais comum o duodeno. Os autores descrevem um caso de Leishmaniose intestinal num doente transplantado renal e ileíte de Crohn, sob infliximab, com alterações endoscópicas atípicas.

Descrição do caso: Homem de 41 anos, jornalista, com história de várias viagens para o Médio Oriente nos últimos anos e residente na cidade do Porto, com dois animais domésticos (cães). O doente tinha antecedentes de doença de Crohn ileal, fenótipo estenosante, diagnosticada em 2011 e transplante renal em 2014 por nefropatia por IgA, sob imunossupressão com tacrolimus e prednisolona. Por atividade da doença intestinal e má absorção dos fármacos imunossupressores foi iniciada terapêutica biológica com infliximab poucos meses após o transplante, com boa resposta clínica. Em ileocolonoscopia de seguimento dois anos depois, foi observada mucosa do íleo terminal e da válvula ileocecal com áreas de aspeto cicatricial e pseudo-pólipos. Foram realizadas biópsias dessas áreas e o exame anatomo-patológico revelou fragmentos de mucosa cólica de configuração polipóide com preservação da arquitetura glandular e no cólon identificou-se moderado infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e macrófagos com estruturas esféricas e pequenas de tipo amastigotas de *Leishmania* spp, evidenciados pela coloração histoquímica pelo Giemsa. O doente iniciou terapêutica com anfotericina B lipossómica, com boa tolerância.

CC 07

DIARREIA CRÓNICA — O DESAFIO E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cláudia Macedo; Sofia Mendes; Francisco Portela; Margarida Ferreira; Luís Tomé

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Mulher, 30 anos, com antecedentes pessoais de sarcoidose com envolvimento pulmonar, cutâneo, esplênico e hepático, diabetes mellitus tipo 1 com lesão de órgão alvo (nefropatia, retinopatia, neuropatia) e úlcera duodenal perfurada submetida a piloroplastia e vagotomia troncular, é referenciada à consulta de Gastroenterologia por diarreia crónica e anemia. Aquando da referência havia já realizado estudo endoscópico alto e baixo. Na ileocolonoscopia, presença de discretas erosões focais no íleon terminal com estudo anatomopatológico a sugerir ileíte granulomatosa (presença de granulomas epitelióides, sem necrose) em provável relação com doença de Crohn/infeciosa-Yersinia. Estudo laboratorial da diarreia crónica, incluindo coproculturas, parasitológico e serologia de yersinia a não revelar alterações. Na primeira consulta a doente estava sob budesonido sem melhoria clínica pelo que na suspeita de atingimento intestinal pela sarcoidose (mais que suspeita de envolvimento intestinal por outra doença granulomatosa como a doença de Crohn) foi instituída corticoterapia com prednisolona em esquema de desmame. Efetuou também entero-ressonância que não revelou alterações. Na reavaliação doente mantinha dejeções diarreicas, flatulência, distensão abdominal e objetivação de défice de ácido fólico e níveis baixos de vitamina B12. Na suspeita de síndrome de sobrecrecimento bacteriano, foi medicada com rifaximina com melhoria clínica muito significativa. Este caso ilustra a importância de não aceitarmos rótulos diagnósticos porque nem sempre o que parece o é, mostrando a importância da suspeição clínica e a avaliação do doente como um todo.

CC 08

PÓLIPO SÉSSIL SERREADO DO APÊNDICE — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Vaz; Miguel Brito; Mónica Cardoso; João Malaquias; Emília Vitorino; João Coutinho

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Os pólipos/adenomas serreados classificam-se de acordo com a WHO (2010): pólipo hiperplásico, adenoma serreado tradicional e adenoma serreado séssil (ASS). Os ASS representam cerca de 9% dos pólipos ressecados, sendo mais frequentes no sexo feminino e no cólon direito. Estima-se que 1/25 ASS sofra transformação neoplásica.

A incidência de ASS no apêndice é desconhecida, mas

está aumentada em doentes com apendicite aguda com idade superior a 30 anos.

Objetivos: Pretende-se fazer uma revisão da literatura acerca de pólipos sésseis serreados do apêndice e rever a casuística do nosso hospital, a propósito de um caso clínico.

Caso: Trata-se de uma mulher de 59 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor na fossa ilíaca direita com 3 dias. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e a TAC abdomino-pélvica identificou aumento do calibre do apêndice sobretudo na ponta. Após a apendicectomia de McBurney, a anatomia patológica revelou apendicite transmural com pólipos sésseis serreados na ponta do apêndice.

Discussão/Conclusões: A via das lesões serreadas representa uma alternativa mais complexa que a sequência adenoma-carcinoma. Embora a mucosa do apêndice seja semelhante à do cólon, existem várias diferenças histológicas e funcionais.

Até 4,1% dos doentes com neoplasia colo-rectal, apresentam patologia síncrona do apêndice. A colonoscopia não permite um rastreio adequado do apêndice, justificando apendicectomia profiláctica em doentes operados por patologia maligna colo-rectal.

Em 2875 apendicectomias realizadas nesta instituição, verificou-se uma incidência de adenomas serreados de 0,45%.

A história natural dos ASS não está bem definida, sugerindo-se um *follow-up* semelhante aos adenomas de alto risco.