

# **GASTROENTEROLOGIA**

## ABCESSO ESPLÊNICO – RELATO DE CASO

Laura Coimbra Teixeira<sup>1</sup>, Breno Faria Araújo<sup>1</sup>, Bruno de Oliveira Barros<sup>2</sup>, Bruno de Freitas Belezia<sup>2</sup>, Mariana Mesquita Zschaber<sup>3</sup>, Mirsail Gabriel Da Silva Neto<sup>1</sup>

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 2. Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 3. Faculdade de Medicina de Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Laura Coimbra Teixeira E-mail: coimbralaura@hotmail.com

Palavras-chave: Esplenopatias. Esplenectomia. Abscesso Abdominal.

**Introdução:** O abscesso esplênico é uma coleção infecciosa, rara, que acomete preferencialmente homens de meia idade. O quadro clínico é geralmente inespecífico e a tomografia computadorizada (TC) tem altas sensibilidade e especificidade. O tratamento consiste, geralmente, na drenagem cirúrgica ou percutânea e antibioticoterapia. **Objetivo:** Relatar caso de abdome agudo em paciente com abscesso esplênico e breve revisão de literatura. **Método:** Informações obtidas por revisão de prontuário, anamnese, exame físico e registro fotográfico de peça cirúrgica. **Relato de Caso:** W.O.P., 35 anos, atendido com dor em flanco e ombro esquerdos, desde trauma abdominal há 1 ano. Relata hiporexia, evacuação fisiológica, mas nega vômitos e perda ponderal. Ultrassom de Abdome evidenciou imagem heterogênea esplênica. A TC mostrou coleção esplênica de moderada quantidade. À revisão laboratorial, leucocitose de 12.490 e PCR 77,3. No intra-operatório visualizou-se loja de abscesso retro-esplênico, optando-se por esplenectomia. Paciente recebeu alta hospitalar com antibioticoterapia. **Discussão:** O abscesso esplênico é raro, com incidência de 0,14 a 0,7% e a endocardite infecciosa é o principal desencadeante. A fisiopatologia baseia-se em três mecanismos: disseminação hematogênica, alteração estrutural do baço e infecção por contiguidade. Estudos mostram a *Escherichia coli* como o germe mais comum. A clínica geralmente é inespecífica, dificultando o diagnóstico, mas são frequentes febre persistente e dor no quadrante superior esquerdo do abdome. O abscesso esplênico normalmente é visto na TC como uma imagem hipodensa com discreta captação de contraste periférico. O tratamento desse abscesso não é consensual, mas a escolha é drenagem cirúrgica ou percutânea associada à antibioticoterapia por 3 a 4 semanas. A esplenectomia continua a ser debatida sendo, por vezes, o único meio eficaz para prevenir sua recorrência. **Conclusão:** Portanto, apesar da baixa incidência, o abscesso esplênico deve ser incluído no rol de diagnósticos diferenciais do abdome agudo. A TC é o exame de referência, direcionando a terapêutica, que deve ser conduzida de forma individualizada.

## AValiação DO GRUPO DE PROTEÍNAS 1 DE ALTA MOBILIDADE E INTERLEUCINA 6 COMO BIOMARCADORES NOS DESFECHOS DA HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICOSA EM CIRRÓTICOS

Camilla dos Santos Pinheiro<sup>1</sup>, Luísa Gueiros Maia<sup>1</sup>, Raquel de Almeida Torga Rodrigues<sup>1</sup>, Daniel Rodrigues Teixeira<sup>1</sup>, Lauro Damasceno de Carvalho Faria<sup>1</sup>, Eduardo Garcia Vilela<sup>1</sup>.

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Autor Correspondente: Camilla dos Santos Pinheiro. Telefone: (31)99748-2561; e-mail: camilla.pinheiro@yahoo.com.br

Palavras-chave: cirrose. hemorragia digestiva. HMG1. IL-6

**Introdução:** a hemorragia digestiva varicosa é complicação da doença hepática crônica avançada. Neste contexto, ocorre maior síntese de mediadores inflamatórios, como grupo de proteínas 1 de alta mobilidade (HMG1) e interleucina 6 (IL-6) que estão envolvidos nos processos fisiopatológicos. **Objetivos:** estudar o papel da HMG1 e IL-6 como biomarcadores nos desfechos da hemorragia varicosa. **Métodos:** foram incluídos 50 adultos de ambos os sexos, internados no HCUFMG, com diagnóstico de cirrose e hemorragia varicosa. Os dados foram coletados à admissão para avaliar preditores de injúria renal aguda (IRA), infecção e mortalidade. **Resultados:** a média de idade foi de 52,8±10,8 anos, com 66% do sexo masculino. O etilismo foi a causa mais comum de DHCA (36% dos casos). 21 (42%) pacientes eram Child-Pugh C, 21 (42%) B e 8 (16%) A. A média do MELD foi 16,46±5,98. A média do nível sérico do HMG1 foi de 2872,36pg/mL±2491,94 e a mediana do nível sérico de IL-6 foi de 47,26pg/mL (0-1102,4). IRA ocorreu em 14 (28%) pacientes, infecções em 13 (26%) e 7 (14%) evoluíram para o óbito. Na análise multivariada, as variáveis associadas aos desfechos IRA e infecção foram MELD e HMG1. Na IRA, o nível sérico de HMG1 com melhor rendimento na curva ROC foi 3317,9pg/mL e a área sob a curva foi de 0,799. No desfecho infecção, os valores de HMG1 e IL-6 que apresentaram melhor rendimento foram 3317,9pg/mL e 72,9pg/mL respectivamente. A área sob a curva foi de 0,848 para a HMG1 e de 0,859 para a IL-6. Para a mortalidade, os pontos de corte foram 2668pg/mL para a HMG1 e 84,5pg/mL para IL-6. A área sob a curva foi de 0,794 para a HMG1 e de 0,848 para a IL-6. **Conclusão:** HMG1 foi bom preditor de ocorrência de IRA, relacionando-se a este desfecho na análise multivariada. Em relação ao desfecho infecção, tanto HMG1 quanto IL-6 comportaram como bons preditores e HMG1 também comportou-se como variável independente na regressão multivariada. Quanto à mortalidade, o rendimento de IL-6 foi superior ao HMG1, mas não foram variáveis independentes para este desfecho. A presença de infecção aumentou mortalidade em 42%. Já o MELD, se comportou como variável independente para os desfechos IRA e infecção, contudo, precisa ser melhor estudado e validado nestas circunstâncias.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOMA INTESTINAL EM PACIENTE COM DIARREIA CRÔNICA

Marco Túlio Ferreira Gondin Guimarães<sup>1</sup>, Ana Carolina Ferreira Gondin Guimarães<sup>2</sup>, Jeniffer Araújo Ribeiro<sup>3</sup>, Maria Luíza Terra Santos Alves<sup>3</sup>.

1. Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

2. Hospital das Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

3. Hospital Universitário Clemente de Faria, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Marco Túlio Ferreira Gondin Guimarães. E-mail: marco.gondin@gmail.com

Palavras-chave: Diarreia. Neoplasias. Linfoma

**INTRODUÇÃO:** A investigação da diarreia crônica necessita de uma história detalhada e exames complementares, visto que são várias as possibilidades diagnósticas. **OBJETIVO:** Enfatizar o amplo diagnóstico diferencial na diarreia crônica. **MÉTODO:** Trata-se de relato de caso de paciente diagnosticado com linfoma intestinal após extensa propedêutica. **RESULTADO (APRESENTAÇÃO DO CASO):** MSL, masculino, 59 anos, natural de Montes Claros-MG, procurou atendimento médico com queixa de astenia e diarreia aquosa (4 episódios por dia) sem evidência de muco, pus ou sangue, iniciadas há 8 meses. Referia perda ponderal de 30 kg desde o início do quadro e negava febre. Estava em uso de prednisona e mesalazina devido a suspeita de Doença de Crohn, porém sem melhora. Ao exame físico, encontrava-se levemente desidratado, emagrecido e palpação dolorosa em hemiabdomen esquerdo. Na avaliação complementar, as sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C, doença celíaca foram não reagentes. A pesquisa de sangue oculto, leucócitos e coprocultura mostraram-se negativas. Em estudo por imagem, a ultrassonografia revelou espessamento parietal de alça de delgado, localizado em mesográstrio a esquerda. A colonoscopia apontou processo inflamatório crônico inespecífico em íleo distal, cólon ascendente/ângulo hepático, cólon esquerdo e reto. Laudo da enterotomografia denunciou dilatação difusa de alças de delgado com níveis hidroaéreos, destacando-se segmento espessado ao nível de hipocôndrio esquerdo; densificação adiposa difusa. Realizado tratamento empírico para tuberculose intestinal com esquema padrão, não obtendo sucesso. Foi realizada laparoscopia, e anatomopatológico de jejuno revelou tecido fibroconjuntivo com infiltrado de células linfóides atípicas, sugerindo doença linfoproliferativa. Prosseguiu-se com imunistoquímica, entretanto seu resultado ainda é aguardado. Paciente não passou por terapia específica e evoluiu a óbito. **CONCLUSÃO:** Deve-se recordar as diversas patologias que cursam com diarreia crônica, uma vez que o reconhecimento precoce de sua causa tem impacto na evolução e desfecho do quadro.

## DOENÇA CELÍACA E DERMATITE HERPETIFORME : RELATO DE CASO

CYNTHIA PAVELISK IWASHIMA<sup>1</sup>, ARTHUR DE ALVARENGA MAFRA BAPTISTA VAZ<sup>1</sup>, ARTHUR HAMACEK DE CARVALHO<sup>1</sup>, CAROLINA SILVA VIEITES<sup>1</sup>, JOSÉ EUGENIO DUTRA CÂMARA FILHO<sup>1</sup>.

1. Faculdade de Medicina de Barbacena/MG

Autor Correspondente: Cynthia Pavelisk Iwashima. E-mail: cynthia\_iwashima@hotmail.com

PALAVRAS CHAVE: Dermatite herpetiforme. doença celíaca. glúten.

**INTRODUÇÃO:** A intolerância alimentar está frequentemente associada a dermatites. Uma forma relevante é a dermatite herpetiforme, doença benigna caracterizada pela formação de lesões cutâneas pruriginosas relacionadas à doença celíaca. **CASO CLÍNICO:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, leucodermo, motorista particular e natural de Barbacena/MG, buscou atendimento em unidade básica de saúde queixando o aparecimento de lesões pápulo-eritematosas pruriginosas em ambas regiões glúteas e laterais das coxas que disseminaram difusamente para todo o corpo. O quadro tinha 4 anos de evolução. Negava alterações do trato gastrointestinal, histórico de cirurgias prévias, alergias ou doenças recentes. Foram solicitados exames laboratoriais e biópsia das lesões para averiguação e encaminhamento para a dermatologia e gastroenterologia. **OBJETIVO:** Relatar caso de paciente portador de dermatite herpetiforme como manifestação inicial da doença celíaca. **MÉTODOS:** Revisão do prontuário médico, exames de imagem, exames laboratoriais e histológico. **RESULTADOS:** A biópsia cutânea constatou dermatose bolhosa sub-epidérmica com neutrófilos e eosinófilos. Em consulta com dermatologista, foi feito o diagnóstico de dermatite herpetiforme bolhosa e dermatite atópica. Iniciou-se tratamento com dapsona 100mg e orientações dietéticas. No serviço de gastroenterologia, foram solicitados: Antitransglutaminase tecidual IgA, AntigliadinalgA e AntigliadinalgG que se encontravam aumentados. O teste AntiendomísiolgA não reagente, sugerindo que não houve progressão para atrofia de vilosidades. O IgE específico para o trigo estava positivo, com grau de sensibilização moderado e grau 2. A endoscopia digestiva alta evidenciou discreta redução do pregueamento duodenal descendente, onde foi coletado material para biópsia, a qual evidenciou uma duodenite crônica com hipotrofia vilositária e linfocitose intraepitelial, consistentes com Doença Celíaca Marsh IIIa. A biópsia de duodeno é considerada padrão ouro para diagnóstico da doença celíaca. Após a retirada do glúten da dieta, houve melhora integral das lesões dermatológicas. **CONCLUSÃO:** É de extrema importância investigar a intolerância alimentar e suas patologias conexas diante de um quadro dermatológico atópico como a dermatite herpetiforme.

## DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO COM ESTENOSE GRAVE EM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO - RELATO DE CASO

Cássia Rafaela Leão de Brito<sup>1</sup>, Daniel Ramos e Figueiredo<sup>1</sup>, Nayara Azevedo Pires<sup>1</sup>, Rodrigo Cambraia Marques<sup>1</sup>, João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso<sup>1</sup>, Marisa Fonseca Magalhães<sup>1</sup>.

1. Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG. Autor correspondente: Cássia Rafaela Leão de Brito. E-mail: crleabrito@gmail.com

Palavras-chave: Estenose esofágica. Refluxo gastroesofágico. Esquizofrenia

**Introdução:** A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) consiste em sintomas ou complicações resultantes do refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago ou outras estruturas. Pode se apresentar como esofagite erosiva, doença do refluxo não erosiva e Esôfago de Barrett. Trata-se de uma das doenças mais prevalentes do mundo e compromete significativamente a qualidade de vida. **Caso clínico:** GCL, homem, 47 anos, diabético e esquizofrênico, admissão hospitalar por disfagia progressiva iniciada há um ano e vômitos pós-alimentares. Apresentava-se emagrecido e com desnutrição grave. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou esofagite erosiva acentuada grau D de Los Angeles com estenose de 3 mm, impedindo a progressão do aparelho. Anatomopatológico com esofagite ulcerada. Tomografia de tórax com espessamento parietal do esôfago distal e estenose luminal. Prescrita dieta líquida restrita e Omeprazol em dose dobrada por 10 dias. Pouco cooperativo, transgredindo dieta. Realizada segunda EDA ainda com esofagite grave, mucosa esofágica espessa e óstio da estenose de 6mm. Mantido tratamento clínico. No momento em acompanhamento ambulatorial submetidos a dilatações endoscópicas com boa resposta. **Discussão:** O diagnóstico da DRGE é eminentemente clínico. Os sintomas típicos são pirose e regurgitação. Manifestações como disfagia, náusea, vômitos, soluços, tosse e rouquidão também podem ocorrer. A esofagite erosiva apresenta maior risco de estenose. O tratamento depende da adesão do paciente e consiste em mudanças no estilo de vida e terapia farmacológica, com destaque para os inibidores de bomba de prótons. Distúrbios psiquiátricos têm papel importante nas patologias gástricas. O tratamento psiquiátrico pode precipitar sintomas da DRGE devido efeito reverso na motilidade esofágica. **Conclusão:** Esquizofrênicos portadores de DRGE podem manifestar dificuldade em verbalizar sintomas e apresentar sensibilidade reduzida à dor, além de maior propensão ao uso de álcool e tabaco e dificuldade na adesão ao tratamento. Por se tratar de diagnóstico clínico, este torna-se dificultado e dependente muitas vezes da confirmação com o exame endoscópico e/ou phmetria.

Referências

1- Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150:1257-1261.

2- Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterology* 2002;97:2290-2299.

3- Drossman DA. Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med*. 1998;60:258-267.

## ENDOMETRIOSE INTESTINAL: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Juliana Cordeiro Carvalho<sup>1</sup>, Kênia Tâmara Martins Viana<sup>1</sup>, Larissa Alvim Mendes<sup>1</sup>, Patrícia da Mata Huebra<sup>1</sup>, Rafaela Lima Camargo<sup>1</sup>, Raquel Sena Pontes Grapiuna<sup>1</sup>, Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges<sup>1</sup>, Renata Alvim Mendes<sup>2</sup>

1. Acadêmicas do curso de Medicina, UniFACIG, Manhuaçu/MG, julianacordeiro\_capri@hotmail.com, 038992356111

2. Médica especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital César Leite – Manhuaçu – MG e Endoscopia pela SUPREMA – Juiz de Fora – MG

Autor Correspondente: Juliana Cordeiro Carvalho. Telefone: 038992356111. E-mail: julianacordeiro\_capri@hotmail.com;

Palavras-chave: Endometriose. Endometriose intestinal. Endometriose profunda.

**Introdução:** A endometriose intestinal corresponde a existência de tecido similar ao endométrio, funcionante, na região intestinal, sendo mais comum no reto e retossigmoide. Cerca de 9,5% das mulheres com endometriose vão ter acometimento intestinal, manifestando-se, principalmente, com dismenorrea e dispnéuria. Além disso, o acometimento intestinal pode ocasionar dor durante a defecação, constipação ou diarreia e hematoquezia. **Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo descrever os principais aspectos clínico-epidemiológicos dessa patologia, bem como diagnóstico e tratamento atuais. **Métodos:** Foram encontrados 399 artigos, nas línguas portuguesa e inglesa, publicados nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO entre os anos de 2007 a 2018. Utilizou-se os seguintes termos de pesquisa: “endometriose intestinal”, “endometriose” e “aspectos epidemiológicos da endometriose”. Foram incluídos 15 artigos publicados a partir de 2007 que abordaram a temática proposta e retirados aqueles que retratavam outros tipos de endometriose, assim como as referências duplicadas em cada base de dados. **Resultados:** Foi observado um predomínio da endometriose intestinal em mulheres caucasianas, na faixa etária dos 30 anos de idade e nulíparas. Dentre os sintomas relatados, destacou-se a dismenorrea em 62% dos casos, seguida de infertilidade e dor pélvica crônica. A ultrassonografia transretal com preparo adequado é o exame de primeira escolha para o diagnóstico e o tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, de acordo com a gravidade dos sintomas e a extensão da doença. **Conclusão:** A partir da análise dos estudos concluiu-se que a endometriose intestinal é, muitas vezes, subdiagnosticada por apresentar sintomas inespecíficos. Além disso, essa patologia requer mais estudos acerca da sua etiologia e formas de prevenção. Dessa maneira, uma maior compreensão da doença auxiliará em um diagnóstico precoce e na melhor indicação de tratamento.

## EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA DE INFECÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DIARREIA ASSOCIADA A ANTIBIÓTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO BRASIL

Fernando Antônio Castro Carvalho; Eduardo Garcia Vilela; Guilherme Grossi Lopes Cançado; Rodrigo Otávio Silveira Silva; Maja Rupnik; Francisco Carlos Faria Lobato; Amanda Pontes Nader; Bruna Araújo Martins Resende; Joana Starling de Carvalho; Gabriela Miana de Mattos Paixão  
Autor correspondente: Fernando Antônio Castro Carvalho. E-mail: fernandoacarrovalho@hotmail.com  
Palavras-chave: Diarreia. Infecções por Clostridium.

**INTRODUÇÃO:** Diarreia associada a antibiótico (DAA) é definida como diarreia inexplicada em contexto de uso recente de antibióticos. Infecção por Clostridium difficile (ICD) responde por 10-33% dos casos de DAA e pela maioria dos casos de colite grave associada ao uso de antibióticos. **OBJETIVOS:** O objetivo do presente estudo é comparar características clínicas de pacientes hospitalizados que receberam antibioticoterapia e desenvolveram ICD com aqueles receberam antibioticoterapia e desenvolveram diarreia não relacionada ao C. difficile, assim como identificar outros patógenos menos frequentemente relacionados a DAA. Além disso, foi realizada pesquisa de ribotipagem de C. difficile desses pacientes. **MÉTODOS:** Coorte que acompanhou pacientes com 18 anos ou mais, internados nas H. Clínicas da UFMG, entre janeiro de 2011 a dezembro de 2015, que receberam antibióticos sistêmicos nos últimos 3 meses, apresentando-se com diarreia aguda após 72 horas de internação. Todos os pacientes foram seguidos da admissão até a alta para avaliar ocorrência de diarreia nosocomial. Um total de 154 amostras de fezes foram inicialmente obtidas de pacientes com DAA após assinatura de termo de consentimento. Foram excluídos 44 pacientes devido a informações incompletas. Amostras de fezes de 110 pacientes foram usadas para cultura toxigênica em que todas as colônias de morfologia sugestiva foram submetidas a protocolo de PCR para identificação de genes codificadores de toxinas A e B (tcdA e tcdB) e toxina binária (cdtB). Todas as amostras positivas para C. difficile toxigênico foram testadas para a presença de toxinas A e B por um kit de ensaio imunoenzimático para toxinas A/B. Em algumas amostras foi realizada a ribotipagem. **RESULTADOS:** A prevalência de ICD entre pacientes com DAA foi de 31,8%. Diarreia por C. difficile foi associada com gravidade das comorbidades de base (OR 1,21, 95%, IC 1,04-1,4) e com número de antibióticos usado durante internação (OR 1,43, 95%, IC 1,07-1,92). Diabetes mellitus foi associado com maior risco de óbito em pacientes com DAA (OR 6,38, 95%, 1,33-30,7). Os ribotipos de C. difficile mais encontrados foram 014/020 e 106 (20,6% cada). **CONCLUSÃO:** Os resultados indicam que a gravidade das comorbidades, assim como o número de antibióticos usados durante a internação são fatores preditores para diarreia nosocomial pelo C. difficile. Diabetes foi associado com alta mortalidade entre pacientes com DAA. Existe uma grande diversidade de ribotipos de C. difficile em nosso estudo, porém não foram identificadas nenhuma das cepas hipervirulentas.

## ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Noele de Souza Leão e Silva<sup>1</sup>, Mara Virgínia Lellis Marçal<sup>1</sup>  
1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.  
Autor correspondente: Noele de Souza Leão e Silva  
E-mail: nslsmed@gmail.com; (37) 99955 7597  
Palavras-chave: Esofagite Eosinofílica. Transtornos de Deglutição.

**INTRODUÇÃO:** A esofagite eosinofílica (EEO) é uma entidade que vem ganhando importância clínica à medida que aumentam as taxas de detecção de casos. O diagnóstico da doença pode ser desafiador, uma vez que é caracterizada por quadro clínico inespecífico que pode fazer parte do espectro de outras patologias em que há eosinofilia esofágica, como na doença do refluxo gastroesofágico. Nessa casuística, foram estudados 15 casos de esofagite eosinofílica na cidade de Uberaba – Minas Gerais, no âmbito ambulatorial. **OBJETIVO:** Relatar perfil clínico de 15 casos de EEO. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico transversal, a partir da coleta de dados de prontuários médicos. **RESULTADOS:** Dos 15 casos avaliados, 53% e 47% são do sexo feminino e masculino, respectivamente. A média de idade na qual foi realizado o diagnóstico foi de 25,3 anos. Os sintomas mais referidos foram disfagia para sólidos (n: 11; 73%), seguido de impactação alimentar (n: 7; 46,7%), pirose (n: 7; 46,7%), regurgitação (n: 7; 46,7%), dor abdominal superior (n: 5; 33%) e dor torácica (n: 4; 26,7%). 10 pacientes (67%) receberam diagnóstico prévio de condições atópicas, como rinite, dermatite atópica e asma brônquica. À avaliação endoscópica, os achados macroscópicos de relevância foram estrias longitudinais (n: 12; 80%), placas esbranquiçadas (n: 10; 66,7%), traqueização do esôfago (n: 7; 46,7%) e estenose de esôfago (n: 2; 13,3%). Houve relato de uso prévio de inibidor de bomba de prótons (IBP) em 40% (n: 6) dos casos. O tratamento foi realizado com IBP em dose dupla e corticoide tóxico (fluticasona ou budesonida) em 64% (n: 7) dos casos, apenas com IBP em 27% (n:4), apenas com corticoide em 7% (n: 1), restrição alimentar em 20% (n: 3) e em 27% dos casos (n: 3) não foi instituído tratamento devido à perda de seguimento ambulatorial. Em 6 casos (40%) houve recorrência dos sintomas. O tempo médio de seguimento ambulatorial foi de três anos. **CONCLUSÃO:** A esofagite eosinofílica foi ligeiramente mais prevalente em pacientes do sexo feminino, apesar de ser mais frequente em homens de acordo com outros estudos, e na segunda década de vida. Disfagia para sólidos e impactação alimentar foram sintomas frequentes, semelhante ao que é descrito na literatura mundial. Houve associação significativa com desordens alérgicas, o que corrobora dados científicos prévios.

## FORMA ATÍPICA DE APRESENTAÇÃO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE: ACOMETIMENTO GÁSTRICO E INTESTINAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Rita de Cássia Santana do Amaral<sup>1</sup>, Daniella Moreira Santos<sup>1</sup>, Livia Vilella Costa<sup>1</sup>, Ana Flávia Passos Ramos<sup>1</sup>, Paula Campolina Campos Ferreira<sup>1</sup>  
1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – MG  
Autor correspondente: Rita de Cássia Santana do Amaral. E-mail: ritadecassissamaral@gmail.com  
Palavras-chave: Paracoccidioidomicose. Cólon. Digestivo

**INTRODUÇÃO:** Paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença granulomatosa fúngica sistêmica causada pelo fungo Paracoccidioides brasiliensis sendo a mais prevalente na América Latina. Acomete sobretudo moradores de áreas rurais e sexo masculino (5:1). Na maioria dos casos afeta os pulmões sendo raro a infecção do trato gastrointestinal (TGI). **RELATO DE CASO:** Feminino, 42 anos, apresentou-se em com dor abdominal, alteração de hábito intestinal com fezes de consistência amolecidas com elementos anormais (sangue, muco e restos alimentares), acólicas, tenesmo, além do desenvolvimento de fissura anal. Tomografia computadorizada de abdome mostrou linfonodomegalia abdominal e retroperitoneal sugerindo com doença linfoproliferativa. Endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada em fundo gástrico, com biópsia compatível com PCM. Colonoscopia com pancolite e ileíte erosivas ambas de leve intensidade, cuja biópsia também diagnosticou PCM intestinal. Optado por tratamento com sulfametoxazol+trimetoprima 400+80 mg, 2 vezes ao dia, com resposta significativa da diarreia. Atualmente, encontra-se em acompanhamento ambulatorial com Infectologia e Gastroenterologia em investigação de doença inflamatória intestinal. **DISCUSSÃO:** Todos os segmentos do TGI, da boca ao ânus, podem ser afetados pelo P. brasiliensis, porém são mais frequentes em locais ricos em tecidos linfóides, como o íleo terminal, apêndice e hemicílon direito. As lesões de esôfago, estômago e duodeno são bastante raras. Os sintomas são muitas vezes inespecíficos, como náuseas, vômitos, distensão abdominal e diarreia crônica. Em casos menos frequentes, com doença intestinal, pode haver distensão de alças, edema, nódulos com ulceração central e linfonodomegalia abdominal. Pode se manifestar de forma segmentar ou difusa, com tendência a seguir do íleo terminal para o reto, ao contrário da retocolite. Diagnósticos diferenciais incluem neoplasias, linfomas, tuberculose e doença de Crohn. O tratamento de escolha indicado é com itraconazol por 6 meses, sendo o sulfametoxazol+trimetoprima uma alternativa, contudo, com tempo de tratamento de até 24 meses. **CONCLUSÃO:** A paciente apresentou manifestação atípica da PCM, visto a maioria dos casos de acometimento do TGI são assintomáticos. Além disto, cursou doença gástrica associada, o que é raro.

## HÉRNIA OBTURATÓRIA: UM CASO RARO DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA

Luiza Soares Moreira<sup>1</sup>, Aloísio Cardoso Júnior<sup>2</sup>, Igor Saint'Clair de Castro Doco<sup>2</sup>, Sofia Guerra Machado<sup>1</sup>, Ana Laura Silva Costa<sup>1</sup>

1. Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS. Belo Horizonte (MG) 2. Hospital Regional Professor Osvaldo Franco. Betim (MG)

Autor correspondente: Luiza Soares Moreira. E-mail: luizasoaresmoreira@gmail.com.

Palavras-chave: Hérnia obturatória. Dor abdominal crônica.

**INTRODUÇÃO:** As hérnias obturatórias são protusões do conteúdo abdominal que ocorrem devido à fraqueza da membrana que reveste o forame obturatório. O conteúdo herniado normalmente é formado pelo intestino delgado, principalmente, pelo íleo. Na maioria dos casos, estão relacionadas a quadros de obstrução intestinal sem causa definida. Tomografia computadorizada (TC) abdominal é considerada o exame padrão ouro para diagnóstico. O tratamento cirúrgico é a opção terapêutica mais indicada. **OBJETIVO:** Apresentar caso de paciente com dor abdominal crônica, associada à lombalgia com irradiação para coxa esquerda. **MÉTODOS:** Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 55 anos, em acompanhamento ambulatorial para quadro de dor abdominal crônica, associada à lombalgia com irradiação para coxa esquerda, tratada por analgésicos há vários anos. Em 2007, apresentou quadro de obstrução intestinal sendo abordada cirurgicamente. Em dezembro de 2018, foi admitida no Hospital Público Regional de Betim para propedêutica da dor abdominal crônica, com piora da intensidade nos últimos 20 dias. À TC abdominal, identificado conteúdo herniado pelo forame obturatório esquerdo. Realizada correção cirúrgica por via convencional. Paciente recebeu alta no 5º DPO, sem interferências. **RESULTADOS:** O quadro clínico pode incluir sintomas obstrutivos, bem como dor abdominal sem localização específica. Alterações laboratoriais como leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios podem estar presentes quando ocorre estrangulamento do conteúdo herniado. Um achado típico da patologia é a dor na região do quadril, irradiando para o membro inferior, devido à compressão do nervo obturatório (sinal de Howship-Romberg). No exame físico é possível palpar uma nodulação entre o músculo pectíneo e os músculos adutores longos. **CONCLUSÃO:** Presente caso alerta que apesar da baixa incidência e sintomatologia inespecífica, as hérnias obturatórias devem ser incluídas nos diagnósticos diferenciais de quadros de dor abdominal crônica, associada a lombalgia com irradiação para coxa e de abdome agudo obstrutivo.

## MANEJO DA ASPERGILOSE EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA

Cibele Teixeira Tondo Monteiro<sup>1</sup>, Carolina de Paula Guimarães Baía<sup>1</sup>, Débora Ferreira Franco Gomide<sup>1</sup>, Martin Kenichi Yuami<sup>1</sup>, Carolina Rodrigues Dias Carmo<sup>1</sup>, Livia Quintanilha Santos<sup>1</sup>, Stefano Imbelloni Hosken Manzolaro<sup>1</sup>, Pérola Gonçalves Fernandes<sup>1</sup>.

1. Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte/MG.

Autor Correspondente: Cibele Teixeira Tondo Monteiro. E-mail: cibeletondo@hotmail.com

Palavras-chave: Retocolite Ulcerativa. Corticoterapia. Vedolizumabe. Aspergilose Pulmonar.

**Introdução:** O tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) foi revolucionado com a imunomodulação, com isso, as infecções oportunistas tornaram-se uma preocupação nos pacientes com DII. **Objetivo:** Relatar um caso de retocolite ulcerativa (RCU) associada a aspergilose pulmonar após uso prolongado de corticoide. **Métodos:** Paciente feminina, 76 anos, com diagnóstico em agosto de 2016 de RCU padrão de colite distal que iniciou uso de mesalazina oral, retal e corticoterapia. Após um ano de tratamento teve piora do quadro com dez episódios de diarreia por dia, sanguinolentas e perda de dez quilos em seis meses. Usou sulfassalazina sem melhora. Internada em agosto de 2017 com vários episódios de diarreia sanguinolenta, anemia e fraqueza. Feita colonoscopia com presença de enantema difuso, mucosa com perda do padrão vascular submucoso e perda de haustrações. No sigmóide e reto havia intenso processo inflamatório, enantema com úlceras e pseudopólipos, além de calprotectina fecal, PCR e VHS elevados. Foram iniciados hidrocortisona venosa por uma semana e azatioprina, mantendo uso de mesalazina oral e retal sem resposta satisfatória. Foram solicitadas tomografias para exclusão de diagnósticos diferenciais com evidência de formações nodulares escavadas heterogêneas no hemitórax direito. Feito broncoscopia com achado de galactomanana positivo confirmando diagnóstico de aspergilose pulmonar sendo iniciado tratamento com Voriconazol. Devido à infecção pulmonar grave tornou-se proibitivo o uso de corticoide e azatioprina. Neste momento foi iniciado Vedolizumabe por ser antagonista seletivo da integrina do intestino sem atividade imunossupressora sistêmica. **Resultados:** Melhora clínica significativa com redução das evacuações e das lesões pulmonares. **Conclusão:** É importante a monitorização de pacientes em uso prolongado de corticóides, sendo a escolha da medicação adequada a peça chave para boa evolução clínica. Aqui, a escolha do Vedolizumabe se mostrou acertiva, já que não apresenta atividade imunossupressora sistêmica.

## MEDICINA EXCESSIVA: O QUE NÃO FAZER NA PANCREATITE AGUDA

Rafaela Dias Lisboa<sup>1</sup>, Ana Carolina Madureira Nunes<sup>1</sup>, Ana Paula Coelho Galvão<sup>1</sup>, Bruna Carolina Horta<sup>1</sup>, Caroline Rodrigues Velten<sup>1</sup>, Isabela Silva Loureiro<sup>1</sup>, Guilherme Santiago Mendes<sup>2</sup>, Damares Cristina Andrade Roque Sousa<sup>1</sup>

1. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais, Brasil.

2. Professor da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Rafaela Dias Lisboa. E-mail: rafaeladlisboa@gmail.com

Palavras-chave: Medicina excessiva. Pancreatite aguda.

**Introdução:** O excesso de intervenções diagnósticas e terapêuticas tem sido danoso ao sistema e à saúde das pessoas. **Objetivo:** Avaliar condutas desnecessárias empregadas no diagnóstico e tratamento da pancreatite aguda (PA). **Metodologia:** Foi feita revisão da literatura e análise de dados de 156 pacientes com PA internados no Hospital dos Servidores Públicos de Minas Gerais entre 2014 e 2017. **Resultados:** O diagnóstico da PA é clínico e laboratorial, considerando-se como referência a elevação sérica de amilase ou lipase acima de três vezes. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é necessária apenas nos casos de dúvida diagnóstica. A principal indicação de TC, com contraste venoso, é para confirmação de necrose em pacientes que cursam com formas graves, conforme os critérios de Atlanta 2013. Dentre os 156 pacientes analisados, foram realizadas 142 TCs, embora apenas 10 tivessem apresentado formas graves. Outra conduta excessiva costuma ser a dosagem seriada de amilase/lipase e aplicação dos critérios de Ranson para orientar a condução do caso e estimar o prognóstico, assim como a utilização de antibióticos para profilaxia de infecção de necrose pancreática. **Discussão:** A análise da casuística identificou excesso de TC para diagnóstico e manejo dos casos de PA. Isso caracteriza exposição desnecessária de muitos pacientes à radiação, custo alto e dispensável para o hospital. Da mesma forma, é bem definido pela literatura que a repetição de exames laboratoriais para fazer curva de enzimas e compor escore de Ranson, além de uso profilático de antibióticos, não são úteis para a condução dos casos. **Conclusão:** Conforme a amostra estudada, 93,6% dos casos de PA cursaram com formas leves ou moderadas e o emprego de TC foi excessivo. A PA é uma doença de diagnóstico simples, as formas graves são pouco frequentes e a realização de exames laboratoriais seriados não agrega nenhum valor ao paciente. A boa percepção clínica, com atenção especial aos sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), é suficiente para conduzir bem a maioria dos casos, com demanda de poucos recursos complementares.

## MESOTELIOMA PERITONEAL BENIGNO: RELATO DE CASO

Abadia Gilda Buso Matoso<sup>1</sup>, Juliana Salomão Daud Melo<sup>1</sup>, Fernanda Arantes Mendonça Toledo Almeida<sup>1</sup>, Ligia Paiva, Patrícia Munhoz Margonari<sup>1</sup>, Tainá Mendes Bertolin<sup>1</sup>

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia

Autor correspondente: Abadia Gilda Buso Matoso. E-mail: agbuso@yahoo.com.br

Palavras-chave: Mesotelioma Cístico. Neoplasias peritoneais.

**Introdução:** Mesotelioma é uma neoplasia maligna rara das membranas serosas, cujo principal fator de risco é a exposição ao asbesto. A pleura é o local mais comum, doença peritoneal exclusiva ocorre em 10 a 20% dos casos. O mesotelioma peritoneal benigno (MPB) é mais infrequente - menos de 200 casos relatados no mundo até 2017, afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva (83%). **Relato de caso:** Mulher, 69 anos, com dor forte diária em flanco direito há 6 meses, que irradiava para dorso, em aperto, melhorava com analgésicos potentes, hiporexia e perda ponderal de 4kg. **História de hipotireoidismo, dislipidemia, apendicectomia e cesárea prévias.** Ao exame dor abdominal à palpação em hipogástrio e flanco direito com massa móvel de 6 cm. Ultrassonografia e tomografia identificaram formação cística de paredes finas, dimensões 7,8x7x7,9 cm, em íntimo contato com alças do delgado. Submetida à videolaparoscopia com minilaparotomia, exérese de cisto em fossa ilíaca direita, entre íleo terminal e parede abdominal. Exame anatomopatológico evidenciou estrutura cística íntegra pesando 260g e medindo 10x8x7 cm, de superfície externa e interna lisas e finas, contendo líquido transparente. Compatível com mesotelioma cístico benigno na avaliação morfológica e imuno-histoquímica. **Paciente negou exposição ao asbesto.** **Discussão:** O MPB apresenta-se principalmente com lesões multicísticas, tendo poucos casos descritos de lesões uniloculadas. Sua etiopatogenia ainda é obscura, questiona-se o papel de doenças inflamatórias intestinais, cirurgias abdominais prévias, más formações congênitas e indução hormonal. Quanto ao tratamento do MPB, devido à raridade da doença, não existem diretrizes baseadas em evidências. Embora a incidência de recorrência local seja elevada após ressecção cirúrgica (quase 50%), MPB apresenta um potencial extremamente baixo de malignização - apenas 2 casos foram descritos na literatura. Devido à elevada taxa de recorrência, recomenda-se acompanhamento a longo prazo. **Conclusão:** Esse é um caso raro de MPB de apresentação unilocular. Sua patogênese permanece controversa, inclusive no caso descrito. Diagnóstico, tratamento e seguimento da doença são desafiadores devido à raridade da doença e à escassez de dados na literatura.

## OBSTRUÇÃO DUODENAL POR SÍNDROME DE WILKIE: RELATO DE CASO

Júlia Harumi Watanabe Pena<sup>1</sup>, Brendow Miranda Perdigão<sup>1</sup>, Cláudio de Oliveira Chiari Campolina<sup>1</sup>, Flávia Costa Teixeira Viana<sup>1</sup>, Lucas Oliveira e Souza<sup>1</sup>, Vitor Andrade Freitas Menezes<sup>1</sup>, Bianca Santuzzi Magalhães Fernandes<sup>1</sup>

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Júlia Harumi Watanabe Pena. E-mail: juliahwp@hotmail.com

Palavras-chave: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Obstrução Duodenal. Laparoscopia.

**Introdução:** A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS) ou Síndrome de Wilkie é uma causa rara de obstrução da terceira porção do duodeno devido à redução do ângulo entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a aorta. Normalmente, o ângulo aortomesentérico (AAM) varia de 38° a 65°, valor que se encontra reduzido na SAMS. Ademais, a distância entre a aorta e a AMS mostra-se também reduzida, corroborando para a compressão duodenal. **Objetivo:** Relatar caso raro de obstrução duodenal causada por SAMS. **Método:** Estudo do prontuário e dos exames radiológicos de uma paciente. **Resultados:** Paciente B.A.F, sexo feminino, 22 anos, admitida com queixa de dor em região epigástrica, hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca direitos há um mês, com piora pós-prandial e melhora após uso de tramadol, acompanhada de náuseas, vômitos, diarreia e hiporexia. Foi submetida a ressecção de microadenoma hipofisário em 2017, com posterior emagrecimento acentuado. Ao exame físico, observou-se distensão abdominal e dor à palpação superficial e profunda nas regiões epigástrica e hipocôndrio direito. A investigação laboratorial indicou nível sérico de lipase aumentado (445 UI/L). Foi realizada tomografia de abdômen com contraste, que revelou redução do AAM (25°), preservação da distância entre aorta e AMS (4mm), além de estômago e duodeno com distensão líquida a montante. A história clínica da paciente e os exames complementares foram sugestivos de SAMS. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, optando-se por uma duodenojejunostomia látero-lateral videolaparoscópica. A evolução no período pós-operatório mostrou dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia, sendo necessária nutrição parenteral periférica durante sete dias. Houve melhora da aceitação da dieta progressivamente, recebendo alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. **Conclusão:** O relato de caso e as bibliografias utilizadas elucidam aspectos importantes da Síndrome de Wilkie, como a dificuldade diagnóstica devido aos sintomas inespecíficos e a necessidade de averiguar a história pregressa em busca da gênese da afecção. O manejo adequado é essencial para garantir a qualidade de vida dos pacientes.

## OS FATORES ASSOCIADOS À CARCINOGENESE NA RETCOLITE ULCERATIVA

Victor Gabriel Oliveira Pessoa<sup>1</sup>; Sílvia Ferreira Araújo<sup>2</sup>; Pedro Henrique Viana Silva<sup>1</sup>; Henrique Lopes Vieira Santos<sup>1</sup>

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH, Vespasiano/MG; <sup>2</sup>Médica Gastroenterologista e Endoscopista do Hospital Governador Israel Pinheiro/IPSEMG, Belo Horizonte/MG

Autor Correspondente: Victor Gabriel Oliveira Pessoa. Telefone: (31) 98825-3325. E-mail: olivessoavic1@gmail.com

Palavras-chave: Retocolite Ulcerativa. Colite Ulcerativa. Carcinogênese.

**Introdução:** A Retocolite Ulcerativa (RCU) corresponde à uma doença inflamatória intestinal caracterizada por episódios recorrentes de inflamação da mucosa, e até mesmo da submucosa, do cólon. Cerca de 30.000 novos casos são diagnosticados a cada ano, sendo homens e mulheres igualmente afetados. Sua etiologia permanece pouco esclarecida e resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais. A inflamação crônica da mucosa possui várias consequências potenciais, dentre elas o desenvolvimento do Câncer Colorretal (CCR), de Pólipos Adenomatosos e de Pseudopólipos. Os Pseudopólipos são lesões não neoplásicas provenientes dos processos de inflamação, ulceração e cura excessivos na mucosa intestinal, e sua presença não determina fator de risco neoplásico adicional, mas pode dificultar a adequada análise da mucosa. Quanto mais intenso e extenso for o processo inflamatório, maior a chance de aparecimento de lesões colônicas neoplásicas, recomendando-se assim o monitoramento endoscópico regular. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de CCR na RCU são: presença de pancolite com inflamação, displasia ou estenose em exame anterior ou colangite esclerosante primária associada. **Objetivos:** Analisar a relação entre o RCU e o risco de desenvolvimento de CCR na presença de mucosa inflamada e com pseudopólipos. **Métodos:** Revisão narrativa estruturada na base de dados Pubmed. Foram encontrados 24 artigos, dos quais 07 selecionados para leitura crítica do resumo por serem mais recentes. **Resultados e conclusões:** Não há associação entre o desenvolvimento de CCR e a presença isolada de Pseudopólipos. Além disso, apenas dois casos na literatura relatam a transformação maligna dessas lesões, que ainda permanecem como entidades desafiadoras devido à difícil distinção para os adenomas neoplásicos. Ainda assim, sua presença indica um importante processo inflamatório prévio, que está de fato associado ao desenvolvimento de CCR.

## PATOGENICIDADE DA HELICOBACTER PYLORI

Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges<sup>1</sup>, Juliana Cordeiro Carvalho<sup>1</sup>, Kênia Tamara Martins Viana<sup>1</sup>, Larissa Alvim Mendes<sup>1</sup>, Patrícia da Mata Huebra<sup>1</sup>, Rafaela Lima Camargo<sup>1</sup>, Rafaela Ferreira Gomes<sup>1</sup>, Renata Alvim Mendes<sup>2</sup>.

1. Centro Universitário UniFACIG, Manhuaçu-MG. 2. Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora-MG.

Autor correspondente: Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges. E-mail: yolandaschettino@hotmail.com

Palavras-chave: *Helicobacter pylori*. Gastrite. Mucosa gástrica.

**INTRODUÇÃO:** A bactéria *Helicobacter pylori* faz parte da microbiota gastrointestinal de aproximadamente metade da população mundial, sendo, em muitos casos, inofensiva a saúde. Apesar disso, há relato de inúmeros casos onde a presença da bactéria pode levar a um maior risco de câncer ou a outras patologias graves, como as úlceras pépticas (LADEIRA, SALVADORI e RODRIGUES, 2003). **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é descrever de forma simplificada quais são as principais características morfológicas da *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), e as patologias que sua presença potencializa. **MÉTODO:** Foram selecionados 10 artigos para coleta de dados, do PUBMED e SCIELO no período de 15 a 30 de junho de 2019, com os termos descritivos “*Helicobacter pylori*”, “microbiologia da *H. pylori*” e “patogênese da *H. pylori*”, escritos em língua portuguesa e inglesa, no período de período de 2000 a 2019. **RESULTADO:** A bactéria *H. pylori* é um bacilo gram-negativo, de forma curva ou espiralar, cuja extensão varia de 0,5 a 1µm de largura e 2,5 a 5µm de comprimento; possui de 4 a 6 flagelos revestidos partindo de um único pólo, sendo que cada um possui aproximadamente 30 µm de comprimento e 2,5 nm de espessura (GUIMARÃES, CORVELO e BARELO, 2008). A infecção pelo *H. pylori* induz inflamação permanente na membrana mucosa do estômago com diferentes lesões orgânicas em humanos, tais como câncer gástrico, úlcera péptica e gastrite crônica. O que determina essas diferentes patologias são a distribuição e intensidade da inflamação induzida pelo *H. pylori* na mucosa gástrica (GUIMARÃES, CORVELO e BARELO, 2008). **CONCLUSÃO:** Concluímos que o *H. pylori* tem alta patogenicidade quando associado a úlceras e inflamações, principalmente se não tratado. Isso ocorre devido as substâncias por ele produzidas e liberadas, como as proteases A. Além disso, seu formato espiralar facilita o deslocamento pela mucosa gástrica.

### REFERÊNCIAS

Allen Lee-AnnH, Schlesinger LS, Kang B. Virulent Strains of *Helicobacter pylori* Demonstrate Delayed Phagocytosis and Stimulate Homotypic Phagosome Fusion in Macrophages. *The Journal of experimental medicine* [online]. 2000; 191(115) [capturado 18 jun. 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2195807/>.

Barbosa JÁ, Schinonni MI. *Helicobacter Pylori*: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas* [online]. 2011; 10(3) [capturado 17 jun. 2019]; Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5710/1/5886-16316-1-PB%5B1%5D.pdf>.

Chmiela M, Karwowska Z, Gonciarz W, Allushi B, Staczek P. Host pathogen interactions in *Helicobacter pylori* related gastric cancer. *World journal of gastroenterology* [online]. 2017; 23(9) [capturado 17 jun. 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340805/>.

Coelho LGV, Marinho JR, Genta R, Ribeiro LT, Passos MCF, et al. IVth Brazilian Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2018; 55(2): 97-121.

Hagymási K, Tulassay Z. *Helicobacter pylori* infection: New pathogenetic and clinical aspects. *World journal of gastroenterology* [online]. 2014. 20(21) [capturado 16 jun. 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047324/>.

Guimarães J, Corvelo TC, Barile KA. *Helicobacter pylori*: fatores relacionados à sua patogênese. *Revista Paraense de Medicina* [online]. 2008; 22(1) [capturado 16 jun. 2019]; Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v22n1/v22n1a05.pdf>.

Ladeira MSP, Salvadosi DMF, Rodrigues MAM. Biopatologia do *Helicobacter pylori*. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* [online]. 2003; 39(4) [capturado 17 jun. 2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v39n4/18547.pdf>.

Lamb A, Chen Lin-Feng. Role of the *Helicobacter pylori*-induced inflammatory response in the development of gastric cancer. *Journal of cellular biochemistry* [online]. 2012; 114(3) [capturado 16 jun. 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3909030/>.

Posselt G, Backert S, Wessler S. The functional interplay of *Helicobacter pylori* factors with gastric epithelial cells induces a multi-step process in pathogenesis. *Cell communication and signaling* [online]. 2013; 11(7) [capturado 18 jun. 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3851490/>.

Thomazini CM, Pinheiro NA, Pardini MI, Naresse LE, Rodrigues MAM. Infecção por *Helicobacter pylori* e câncer gástrico: frequência de cepas patogênicas *cagA* e *vacA* em pacientes com câncer gástrico. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* [online]. 2006; 42(1) [capturado 17 jun. 2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v42n1/29913.pdf>.

## POLIPOSE GASTROINTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Daniel Ramos e Figueiredo<sup>1</sup>, Cássia Rafaela Leão de Brito<sup>1</sup>, Fernanda Ferreira Marques<sup>1</sup>, Paula Campolina Campos Ferreira<sup>1</sup>, João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso<sup>1</sup>, Ana Flávia Passos Ramos<sup>1</sup>.

1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Daniel Ramos e Figueiredo. E-mail: daniel.rf.90@gmail.com

Palavras-chave: Estômago. Polipose Intestinal. Hemorragia Gastrointestinal.

**Introdução:** Pólipos gástricos são lesões sésseis ou pedunculadas que se originam no epitélio ou submucosas gástricas e se projetam para o lúmen do estômago. São raros, geralmente assintomáticos e mais de 90% são encontrados de forma incidental. Caso clínico: Paciente masculino, 54 anos, previamente hígido, com quadro de diarreia crônica com muco e perda ponderal anormal. Solicitada propedêutica para investigação. Ultrassonografia de abdome evidenciou pólipos vesiculares e colonoscopia demonstrou presença de incontáveis lesões polipoides em todo cólon histologicamente definidos como pólipos hiperplásicos. Evoluiu com melena e repercussão hematemática, sendo internado em abril de 2018 para propedêutica e terapêutica. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que demonstrou presença de múltiplos pólipos gástricos e área focal de sangramento, controlado com infusão de adrenalina. Recorreu com melena e hematoquezia sendo realizada nova EDA tendo sido encontrado sangramento extenso sem possibilidade de identificação da fonte. Diante da intratabilidade foi realizada gastrectomia total com posterior evolução para óbito no pós-operatório. **Discussão:** Pólipos gástricos apresentam-se como lesões não neoplásicas, sob a forma de pólipos hiperplásicos, inflamatórios e hamartomatosos ou lesões neoplásicas, como os adenomas, carcinomas e carcinoides. O diagnóstico diferencial envolve síndromes como a polipose juvenil, polipose adenomatosa familiar, Gardner e Peutz-Jeghers. A polipose gástrica pode apresentar-se com ferropenia secundária ao sangramento gastrointestinal, hipoproteinemia, hipergastrinemia e obstrução gástrica. Entretanto em alguns casos pode se manifestar com sangramento agudo de grande monta. O diagnóstico por EDA com realização de biópsia permite a diferenciação dos tipos de pólipos. **Conclusão:** O diagnóstico endoscópico e histopatológico é importante para definição do tipo de tratamento e seguimento clínico. Os diagnósticos diferenciais devem ser considerados, pois algumas síndromes são de caráter hereditário e demandam uma maior vigilância por parte do paciente, assim como a investigação dos familiares. É importante ainda realização de colonoscopia para pesquisa de pólipos colônicos concomitantes.

### Referências:

Archimandritis A, Spiliadis C, Tzivras M, Vamvakousis B, Davaris P, Manika Z, et al. Gastric epithelial polyps: a retrospective endoscopic study of 12974 symptomatic patients. *Ital J Gastroenterol*. 1996 Sep;28(7):387-90.

Morais DJ, Yamanaka A, Zeitune JM, Andreollo NA. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies. *Arq Gastroenterol*. 2007 Jan-Mar;44(1):14-7.

Al-Haddad M, Ward EM, Bouras EP, Raimondo M. Hyperplastic polyps of the gastric antrum in patients with gastrointestinal blood loss. *Dig Dis Sci*. 2007 Jan;52(1):105-9.

Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, Walker MM, Warren B, British Society of Gastroenterology. The management of gastric polyps. *Gut*. 2010 Sep;59(9):1270-6.

## RELATO DE CASO: TUBERCULOSE GANGLIONAR EM PACIENTE EM TRATAMENTO COM ANTI-TNF

Autores: Sílvia Diniz Vilela Figueiredo<sup>1</sup>, Eduardo Delfino Hardy Sabino<sup>2</sup>, Francisco Guilherme Cancela Penna<sup>2</sup>, Marina Batista da Cunha Vargas<sup>2</sup>, Sílvia Ferreira Araujo<sup>2</sup>

1. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG 2. Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG

Autor correspondente: Sílvia Diniz Vilela Figueiredo. E-mail: silviadvfigueiredo@hotmail.com - Tel (31) 3221-8388/99744-8388

Palavras-chaves: Tuberculose. Retocolite Ulcerativa

**Introdução:** As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são doenças crônicas cujo tratamento baseia-se no uso de imunossuppressores e na terapia imunobiológica. O rastreamento de infecção latente pela *Mycobacterium tuberculosis* é mandatório antes do início de imunobiológico. Apesar disso, casos de tuberculose continuam sendo identificados, fazendo-se necessária a discussão sobre rastreamento e manejo dessa infecção durante o tratamento das DII. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com Retocolite Ulcerativa em tratamento com anti-TNF que evoluiu com tuberculose ganglionar e discutir as lacunas do rastreamento da tuberculose. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 73 anos, portadora de RCU, mantendo atividade clínica apesar do tratamento com Mesalazina. Apresentou internação devido a atividade da doença, com taquicardia, febre, anemia, leucocitose, aumento de PCR. Considerando tratar-se de RCU grave, foi iniciada corticoterapia venosa e solicitado rastreamento infeccioso, incluindo PPD e RX de tórax. Diante do rastreamento infeccioso negativo, foi iniciada terapia imunobiológica (Infliximabe) para remissão de doença. Após alta hospitalar, mantido o tratamento com terapia combinada com Infliximabe e Azatioprina. Após um ano de remissão, a paciente iniciou com hiporexia, astenia e calafrios vespertinos. Notado aumento de cadeia linfonodal cervical. O PPD foi novamente negativo. Suspensos Azatioprina e Infliximabe após hipótese de tuberculose. A paciente foi encaminhada para biópsia de lesão cervical, o anatomopatológico confirmou o diagnóstico de tuberculose. Realizado tratamento por 6 meses com RIPE sem intercorrências. Finalizado o tratamento da tuberculose ganglionar, mantido tratamento de manutenção da remissão apenas com o Infliximabe. **Conclusão:** O caso exemplifica como o rastreamento de tuberculose atualmente aplicado se mostra limitado para prever o risco de reativação do bacilo. As estratégias de re-rastreamento, associação de métodos ou ampliação de screening para usuários de terapia imunossupressora representam cenários promissores, mas que ainda carecem de respaldo científico. Torna-se evidente que novas estratégias de prevenção da ILTB devem ser consideradas, uma vez que a reativação da infecção pelo *M. tuberculosis* pode ser grave.

## TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN REFROTÁRIA GRAVE: UM RELATO DE CASO

Pérola Gonçalves Fernandes<sup>1</sup>, Cibele Teixeira Tondo Monteiro<sup>1</sup>, Carolina de Paula Guimarães Baía<sup>1</sup>, Débora Ferreira Franco Gomide<sup>1</sup>, Martin Kenichi Yuami<sup>1</sup>, Carolina Rodrigues Dias Carmo<sup>1</sup>, Livia Quintanilha Santos<sup>1</sup>, Stefano Imbelloni Hosken Manzolaro<sup>1</sup>.

1. Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Pérola Gonçalves Fernandes. E-mail: perola.goncalves@hotmail.com

Palavras-chave: Doença de Crohn. Corticoterapia. Biológicos. Transplante de Medula Óssea.

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Crohn (DC) é uma doença crônica e progressiva com elevada morbidade. A terapia biológica revolucionou a história da DC, porém casos que não respondem a este tratamento são um desafio. O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma opção terapêutica ainda experimental na DC e possui estudos com resultados positivos em alguns casos de doença refratária. **OBJETIVO:** Relatar o caso de TCTH autólogo em paciente com DC refratária grave. **MÉTODOS:** Homem, 23 anos, com DC ileocolônica extensa e grave desde os 15 anos, inicialmente tratado com Azatioprina e Prednisona. Apresentou pancreatite e febre resolvida com a suspensão de Azatioprina sendo iniciado Infliximabe (IFX). Tentou-se associar 6-mercaptopurina sem sucesso. Manteve controle da doença por poucos meses com o IFX e evoluiu com sinais de atividade da doença, mesmo com otimização da dose. Usou em dose otimizada, Vedolizumabe e Ustekinumabe sem resposta. Diante da refratariedade aos tratamentos foi proposto a ileocectomia com ileostomia definitiva ou o TCTH sendo este último o escolhido pelo paciente. **RESULTADOS:** Paciente submetido a TCTH autólogo em outubro de 2018. No momento sem medicações, com 3-4 evacuações ao dia. Apresentou esofagite herpética e infecção por *Clostridium difficile* já resolvidas. Atualmente com calprotectina elevada e colonoscopia com pequenas úlceras no reto. Aguarda avaliação do serviço de TCTH para avaliar possibilidade de reiniciar novo tratamento. **CONCLUSÃO:** A terapia biológica mudou a condução de pacientes com DC, porém pode causar efeitos colaterais sérios e possui altos índices de não-resposta. O TCTH autólogo é viável na DC refratária, mas seu prognóstico ainda é indeterminado. O TCTH deve ser recomendado somente após avaliação dos riscos e benefícios para o paciente.

## TUMOR DESMOIDE: RELATO DE CASO

Priscila Dias Silva<sup>1</sup>, Diego Rolando Torrico Moscoso<sup>1</sup>, Sergio Bernardo Torrico Moscoso<sup>1</sup>, Amanda Cristina Torres Martins Bicalho<sup>1</sup>, David Andrés Bravo Martínez<sup>1</sup>, Rodrigo Ralemadhá Gonçalves Rodrigues<sup>2</sup>, Marcelo Carvalho Gissoni<sup>1</sup>, Nathalia Nascentes Coelho Dos Santos Omer<sup>1</sup>.

1. Complexo Hospitalar São Francisco de Assis - MG; 2. Hospital Vila da Serra - MG.

Autor correspondente: Priscila Dias Silva. E-mail: pripridsilva@hotmail.com; Telefone: (31) 999108287

Palavras-chave: Fibromatose abdominal. Neoplasias abdominais. Fibroblastos

**Introdução:** O tumor desmoide é originário dos fibroblastos dos tecidos músculo-aponeuróticos, tem uma alta capacidade de crescimento local, causando deformidades nos órgãos adjacentes, dor e, eventualmente, disfunção orgânica. **Objetivo:** Relatar o caso de uma mulher com diagnóstico de tumor desmoide em retroperitônio. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, observacional, de um relato de caso referente a uma paciente atendida no ambulatório de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, localizado em Belo Horizonte-MG. **Relato de caso:** EADS, sexo feminino, 40 anos, com quadro de dor lombar a esquerda, irradiando para membro inferior esquerdo e massa palpável de consistência endurecida e aderida à crista ilíaca. Realizada colonoscopia que foi incompleta devido a compressão extrínseca importante com a biópsia constatando fibromatose do tipo desmoide. Ressonância magnética evidenciou lesão expansiva, infiltrativa, de alta agressividade, envolvendo várias estruturas. Optado pela citorredução cirúrgica devido sintomatologia dolorosa em ascensão. Durante ato cirúrgico, identificada de tumoração de parede abdominal invadindo crista ilíaca esquerda e cavidade abdominal, feita ressecção parcial de tumor até área de invasão óssea com irrecorrência. O cólon descendente, assim como demais órgãos abdominais estavam livres e preservados. O estudo anatomopatológico da lesão confirmou tumor desmoide. **Discussão:** O tumor desmoide corresponde a menos de 3% de todos os tumores de tecidos moles, são em sua maioria de crescimento lento, não metastatizantes e localmente agressivos. Os sinais e sintomas dependem da localização do tumor, da extensão, do tamanho da massa e da velocidade de crescimento da lesão. A ressecção local é o tratamento de escolha. Anti-inflamatórios não-hormonais e moduladores dos receptores de estrogênio são considerados primeira linha no tratamento farmacológico. **Conclusão:** O quadro de massa abdominal possui inúmeras etiologias. Destaca-se a importância de reconhecer as características do tumor desmoide para diagnóstico precoce.



## UMA CAUSA INCOMUM DE SINTOMAS DISPÉPTICOS EM UMA MULHER JOVEM: CISTO DE DUPLICAÇÃO GÁSTRICA

Bárbara Couto Cifuentes Gonçalves<sup>1</sup>, Fernanda Ferreira Marques<sup>1</sup>, Paula Campolina Campos Ferreira<sup>1</sup>, Daniel Ramos e Figueiredo<sup>1</sup>, Eduardo Nacur Silva<sup>1</sup>, Ana Flávia Passos Ramos<sup>1</sup>.

1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Bárbara Couto Cifuentes Gonçalves. E-mail: barbaraccifuentes@gmail.com

Palavras-chave: Gástrico. Cistos. Vômito. Transtornos de Deglutição.

**INTRODUÇÃO:** Cistos de duplicação gástrica (CDG) são anomalias congênicas benignas raras, presentes geralmente na grande curvatura gástrica e decorrentes de alterações no desenvolvimento embrionário. Consistem em estrutura tubular em íntimo contato com o estômago, com camada muscular e vascularização própria. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 28 anos, sem comorbidades, com vômitos repetidos e dor em andar superior do abdome, de evolução crônica. Massa palpável em quadrante superior direito do abdome. A tomografia evidenciou lesão de 427 cm<sup>3</sup> sub-hepática, comprimindo antro e região pré-pilórica. A endoscopia mostrou massa subepitelial, e compressão do antro gástrico. Aventada a hipótese de CDG, tendo “gastrointestinal stromal tumor” (GIST) como diagnóstico diferencial. Foi submetida à laparotomia, com achado de lesão cística em parede gástrica posterior, sem comunicação com seu lúmen. O anatomopatológico confirmou CDG, pelo encontro de estrutura tubular, com paredes fibromusculares, revestida internamente de mucosa gástrica e sem atipias. A paciente evoluiu com melhora dos sintomas. **DISCUSSÃO:** Cistos de duplicação são raros em adultos. Podem ser encontrados em todo o trato digestivo, sendo mais frequentes no íleo e menos comuns no estômago (150 casos reportados na literatura desde 1911). Sintomas são incomuns e inespecíficos. Podem incluir dor abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso. Na maioria dos casos, CDG são diagnosticados depois de achado incidental em exames de imagem. O ultrassom endoscópico (EUS) vem se firmando como um método diagnóstico, por permitir diferenciar entre componentes sólidos e císticos, e definir a localização dos cistos em relação às estruturas adjacentes. Complicações são raras e incluem disfagia, hemorragia digestiva alta, obstrução pilórica, pancreatite aguda, úlcera péptica, perfuração e formação de fístulas. Transformação maligna ocorre em menos de 10% dos casos relatados. O tratamento de lesões sintomáticas é tradicionalmente cirúrgico, mas há controvérsias no manejo de lesões assintomáticas, já que a história natural e os fatores de risco associados à transformação maligna permanecem incertos. **CONCLUSÃO:** Embora o CDG tenha baixa prevalência, este deve ser considerado como diagnóstico diferencial na investigação de pacientes dispépticos que se apresentem com lesão suspeita de neoplasia do trato digestivo. O advento do EUS pode auxiliar no diagnóstico e possibilitar o manejo conservador nos pacientes assintomáticos.

### REFERÊNCIAS:

- Gross RE. The surgery of infancy and childhood: its principles and techniques. Philadelphia: Saunders; 1953.
- Geller A, Wang KK, DiMagno EP. Diagnosis of foregut duplication cysts by endoscopic ultrasonography. *Gastroenterology*. 1995 Sep;109(3):838-42.
- Woolfolk GM, McClave SA, Jones WF, Oukrop RB, Mark MD. Use of endoscopic ultrasound to guide the diagnosis and endoscopic management of a large gastric duplication cyst. *Gastrointest Endosc*. 1998 Jan;47(1):76-9.
- Faigel DO, Burke A, Ginsberg GG, Stotland BR, Kadish SL, Kochman ML. The role of endoscopic ultrasound in the evaluation and management of foregut duplications. *Gastrointest Endosc*. 1997 Jan;45(1):99-103.
- Coit DG, Mies C. Adenocarcinoma arising within a gastric duplication cyst. *J Surg Oncol*. 1992 Aug;50(4):274-7.