

CATEGORIA - RELATO DE CASO

A IMPORTÂNCIA DA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA NA AVALIAÇÃO DA HEMORRAGIA DE ORIGEM OSCURA: RELATO DE CASO

Daniela Da Guarda Ribeiro¹, André Felipe Mendes Silva¹, Bruna Carvalho Soares Diório Paixão¹, Gabriela Silva Rangel¹, Letícia Luísa Mattos¹, Camila Bernardes Mendes de Oliveira¹

1-Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: Daniela Da Guarda Ribeiro; e-mail: danieladaguarda@hotmail.com

Introdução: aproximadamente 5% dos pacientes com hemorragia gastrointestinal não têm fonte detectada por endoscopia e colonoscopia, e em 75% desses o sangramento se encontra no intestino delgado. Nos que apresentam sangramento obscuro, angiectasias do intestino delgado são detectadas em 30%-60% dos exames. A hemorragia de origem obscura (HDO) é um desafio diagnóstico que foi facilitado com o uso da videocápsula endoscópica (VCE). A propriedade diagnóstica da VCE em pacientes que apresentam HDO varia de 45 a 70%, sendo superior a outras técnicas de imagem. Descrição do caso: M.M.N. 83 anos, sexo feminino, histórico de anemia ferropriva e pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Internada em 2016 com anemia importante: Hemoglobina (Hb) : 5,7 g/dl, Ferro sérico: 13 mcg/dL e Ferritina 5 ng/mL. Submetida à endoscopia digestiva alta: esofagite edematosa e gastrite enantematosa; colonoscopia: divertículos em todos os segmentos, sem sangramento; cintilografia: extravasamento vascular distal em íleo terminal. Em 2017, manifestou queda de Hb com demanda de hemotransfusão. No ano de 2018 apresentou melena e hematociteza com necessidade de transfusão. Solicitou-se exame de cápsula endoscópica que detectou hemorragia em cólon direito. Foi realizada colectomia direita que evidenciou grande divertículo colônico. Na análise anatomopatológica, foi descrita inflamação. A paciente evoluiu sem episódios de sangramento, estabilização da Hb e sangue oculto nas fezes negativo. Discussão: a HDO, por ter avaliação negativa através de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, faz com que seu diagnóstico possa ser tardio. A VCE é indicada nesses casos de origem sangrante desconhecida, bem como para avaliação da anemia ferropriva. No caso descrito, esse método foi crucial para estabelecer o diagnóstico do sítio da hemorragia. O uso da VCE na avaliação da HDO acarreta alguns riscos. Esse método está contra-indicado em pessoas com estenoses do intestino delgado, anomalias da deglutição ou obstrução intestinal. Além disso, esse exame apresenta como principal complicação a retenção da cápsula e algumas limitações como a não realização de biópsias e incapacidade terapêutica. Conclusão: o paciente com HDO deve ser investigado de forma completa, evitando-se exames desnecessários e diagnóstico tardio. A VCE é um método eficaz nos casos de HDO, ajudando no diagnóstico e norteador os exames complementares a serem feitos, bem como a melhor via de acesso.

ABORDAGEM DE UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA SALMONELOSE

Gabriela Ribeiro Gontijo¹, Aline Soares Gonzaga¹, José Alexandre da Cruz Neto¹, Eduardo Vilela¹

1-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: Gabriela Ribeiro Gontijo; e-mail: gabirg95@gmail.com

Introdução: salmonelose é uma infecção tipicamente intestinal, geralmente autolimitada. A ocorrência de manifestações extra intestinais dessa bactéria pode ocorrer em pacientes imunossuprimidos, caracterizando situações atípicas. Descrição do caso: paciente A.J.S., sexo masculino, 57 anos, hipertenso, diabético e doente renal crônico dialítico, foi admitido em um serviço de atenção quaternária com queixa de dispnéia, dor pleurítica, tosse e febre vespertina. Radiografia de tórax evidenciou extenso derrame pleural loculado à direita. Foi realizada toracocentese, análise de líquido pleural e pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR) no escarro. O líquido pleural coletado tratava-se de um empiema, do qual foi isolada a bactéria *Salmonella* spp multissensível. Escarros foram negativos para BAAR. Dois dias após a admissão, foi iniciada drenagem de tórax e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, posteriormente descalonada (meropenem seguido de ciprofloxacino). A tomografia de tórax mostrou redução do volume pleural à direita, atelectasia do parênquima e espessamento da pleura. Foi mantida conduta conservadora. Paciente teve alta 26 dias após admissão com antibioticoterapia oral (ciprofloxacino 500 mg, uma vez ao dia) e dreno em bolsa coletora para realização de seguimento ambulatorial. Discussão: a salmonelose extra intestinal é associada a fatores de risco como imunossupressão, cistite, pielonefrite e abscesso renal. A antibioticoterapia preferencial é fluoroquinolona ou cefalosporinas de terceira geração durante 14 dias. Em infecções sistêmicas, o tempo de tratamento deve ser individualizado. O empiema pleural causado por *Salmonella* spp é uma manifestação rara. A escolha inicial por antibióticos de amplo espectro se justifica pelo risco de bactérias multirresistentes. Após a cultura do material infectado, é possível o descalonamento de antibióticos. O tratamento prolongado foi realizado pelo risco de recidivas e infecção prolongada. Por último, é importante frisar que a antibioticoterapia adequada, associada a fisioterapia respiratória, permitiu a expansão pulmonar do paciente sem necessidade de intervenção cirúrgica, possibilitando uma recuperação mais rápida e alta precoce. Conclusão: o relato apresentado é um caso de sucesso de um tratamento conservador diante de uma manifestação rara de salmonelose. A discussão desse tipo de abordagem é importante para orientar profissionais de saúde que precisem adotar condutas semelhantes

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NA COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA DE PEQUENOS DUCTOS: RELATO DE CASO

Laura Gregório Pires¹, Nadia Eliza Ramos¹, Admilson Lemos da Costa Filho¹, Luciana Costa Faria¹

1-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: Laura Gregório Pires; e-mail: laura.gregorio.pires@gmail.com

INTRODUÇÃO Colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença colestática crônica rara, mais comum em homens e caracterizada por inflamação, fibrose e estenose das vias biliares. Geralmente, acomete vias biliares intra e extra-hepáticas, mas 20% dos pacientes apresentam acometimento somente intra-hepático e 5% apenas de ductos intralobulares e septais, o que caracteriza a CEP de pequenos ductos, definida pelo encontro de achados típicos à biópsia hepática e colangiopatia (CRNM) normal. DESCRIÇÃO DO CASO Paciente do sexo feminino, 64 anos, apresenta-se em centro de referência de hepatologia em 2015 com elevação de gama glutamil transferase (GGT) a 292U/L (limite superior da normalidade [LSN]: 50U/L) e fosfatase alcalina (FA) a 242U/L (LSN: 126U/L). Aspartato e alanina aminotransferases (AST e ALT) a 53U/L (LSN: 46U/L) e 44U/L (LSN: 69U/L), respectivamente. A propedêutica revelou ultrassonografia de abdome e CRNM sem alterações, sorologias para hepatites virais negativas, anticorpos anti-mitocôndria, anti-núcleo, anti-músculo liso, anti-LKM1 negativos, anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) positivo (1:80), cinética de ferro e dosagem de alfa1-antitripsina normais. A biópsia hepática evidenciou ductos biliares intermediários com fibrose concêntrica e parede permeada por células inflamatórias mononucleares. Prescreveu-se ácido ursodesoxicólico 600mg/dia e a paciente apresentou redução de GGT e FA. A paciente foi submetida a uma colonoscopia para avaliar a possível presença de doença inflamatória intestinal (DII), sem achados característicos. A hipótese diagnóstica principal foi CEP de pequenos ductos sem associação de DII. DISCUSSÃO Na idade e sexo da paciente, o diagnóstico de colangite biliar primária (CBP) seria mais comum que a CEP de pequenos ductos. No entanto, a negatividade do anticorpo anti-mitocôndria, positividade do ANCA e presença de fibrose periductular à biópsia hepática são mais sugestivas de CEP de pequenos ductos, sem DII associada. CONCLUSÃO O desafio do diagnóstico da CEP de pequenos ductos se encontra ausência de alterações na CRNM e no fato de que os achados característicos à biópsia hepática (fibrose periductular ou em casca de cebola) são raramente encontrados.

FPIES: DIAGNÓSTICO PRECOZE E RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL

Thage Cardoso Vecchi¹, Tainah de Souza Domingues¹, Vanessa Barbara Leite Pereira¹, Mariana América Gonçalves¹, Manuela Resende Costa Castro¹, Gabriele Cristine Teixeira Bitencourt Vecchi¹, Graziela Cristina Mattos Schettino¹

1-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: Thage Cardoso Vecchi; e-mail: thagev@gmail.com

Introdução: A síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) é uma forma rara e grave de alergia alimentar não mediada por imunoglobulina E (IgE). Acomete principalmente lactentes no primeiro ano de vida. Manifesta-se com vômitos e diarreia, levando a desidratação, distúrbio hidroeletrólítico e letargia no quadro agudo; e perda de peso e atraso no desenvolvimento na forma crônica. O diagnóstico baseia-se no quadro clínico que evoluiu com melhora após a retirada da proteína alergênica da dieta. O teste de provocação oral (TPO) com o alérgeno alimentar deve ser realizado para confirmar o diagnóstico de FPIES ou determinar a tolerância oral ao alimento, preferencialmente em ambiente hospitalar para abordagem imediata de sintomas ameaçadores à vida. **Descrição do caso:** J.K.S., feminino, lactente previamente hígida, sem intercorrências no período neonatal. Iniciou aos 4 meses de vida quadro recorrente de diarreia e vômitos, cerca de 15 episódios de fezes líquidas ou amolecidas ao dia, com muco e sangue. Os sintomas coincidiram com introdução de fórmula infantil e de papinha de frutas na alimentação complementar. Os episódios apresentavam repercussão clínica grave com prostração, ganho insuficiente de peso (desnutrição crônica grave), desidratação e distúrbio hidroeletrólítico. Encaminhada a este serviço aos 9 meses de idade com quadro provável de sepse. Os exames da admissão demonstravam hipopotassemia, acidose metabólica com déficit de bicarbonato, hipoalbuminemia, anemia ferropriva e hipovitaminose D. **Discussão:** Os distúrbios foram corrigidos durante internação e descartado a sepse. Realizado exames para pesquisa de erro inato do metabolismo, fibrose cística, imunodeficiências, doenças renais, que vieram negativos. Submetida à colonoscopia com biópsia que evidenciou colite crônica associada a infiltrado inflamatório com predomínio de eosinófilos. Realizado TPO e reiniciada diarreia sanguinolenta ao oferecer proteína do leite de vaca, soja, trigo e ovo na dieta. A recuperação clínica e nutricional ocorreu após instituída dieta elementar exclusiva por via oral. **Conclusões:** Diante desse caso, observa-se a importância do diagnóstico precoce da FPIES, uma vez que a terapia de exclusão dos alérgenos alimentares levará a remissão da doença e evolução para a tolerância oral, permitindo que a criança apresente recuperação nutricional e desenvolvimento adequado para a idade.

MIGRAÇÃO DE CLIPE “HEM-O-LOK” APÓS ESOFAGECTOMIA E RECONSTRUÇÃO COM TUBO GÁSTRICO: RELATO DE COMPLICAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA RARA

André Luís Vieira Drummond¹, Cainan Gloria Campinho¹, Leticia Utsch Araujo¹, Renato Gomes Campanati¹, Marco Antônio Gonçalves Rodrigues¹, Rodrigo Macedo Rosa¹

1-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: André Luís Vieira Drummond; e-mail: avieiradrummond@gmail.com

Introdução: Clipes de hemostasia feitos de polímero, como o “Hem-o-lok”, são utilizados em operações laparoscópicas, para ligadura de vasos e ductos. Eles apresentam vasta aplicabilidade e sua migração no pós-operatório é raramente observada, relatada em cerca de 50 casos na literatura. No caso clínico selecionado, observou-se tal complicação no pós-operatório de esofagectomia subtotal toracoscópica e esofagogastroplastia com tubo gástrico, no tratamento de carcinoma de células escamosas (CCE) do esôfago. A migração do clipe, empregado na ligadura da veia ázigos, foi descrita apenas uma vez na literatura consultada. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 64 anos, tabagista (90 anos-maço), foi submetido à radioquimioterapia, seguida de esofagectomia subtotal, devido diagnóstico de CCE no esôfago torácico médio. Foi feita a reconstrução com tubo gástrico, sem complicações per e pós-operatórias. Trinta e oito meses depois, paciente retornou com odinofagia e sensação de corpo estranho no esôfago, há cerca de 24 horas. Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou corpo estranho no tubo gástrico, com impactação alimentar. Durante a internação, realizou-se uma tomografia computadorizada do tórax, que não evidenciou presença do corpo estranho, coleções ou perfuração. Repetida a EDA, diagnosticou a presença de clipe “Hem-o-lok”, utilizado no procedimento cirúrgico prévio. A retirada do clipe foi exitosa, sem complicações e cessando os sintomas. **Discussão:** A migração pós-operatória de clipes de polímeros é uma complicação rara. Ela pode ocorrer de 11 dias a 20 anos após o procedimento, mais comum após cirurgias urológicas e colecistectomia. As principais repercussões incluem pancreatite aguda, fístulas biliares, litíase vesical e odinofagia. Os mecanismos, ainda não elucidados, podem estar relacionados com o número de clipes, úlcera de pressão, rejeição ou resposta inflamatória. O diagnóstico pode ser feito por exame de imagem ou endoscópico, observando o objeto na luz do órgão. Na maioria das vezes, não há suspeita prévia desta etiologia como causa da queixa do paciente, devido à raridade do quadro. **Conclusão:** A migração pós-operatória de clipes “Hem-o-lok”, mesmo que rara, deve ser considerada como complicação durante avaliação clínica de pacientes sintomáticos após operações laparoscópicas ou toracoscópicas que envolvam seu uso. O diagnóstico e o tratamento são de simples execução, e nos casos descritos, resultaram em evolução favorável.

PARACOCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA COM ACOMETIMENTO HEPÁTICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO PÂNCREAS-RIM

Pedro Campolina Nahass¹, Bruna Fernanda Deicke Mendes¹, Kaique Magno Scandian dos Santos¹, Thallys de Pádua Nascimento Santos¹, Poliana Fonseca Dutra Franco¹, Adelino de Melo Freire Júnior¹, Fernando Nonato de Carvalho Fagundes¹

1-Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondente: Pedro Campolina Nahass; e-mail: pedrocampolina05@hotmail.com

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose restrita à América Latina, de evolução insidiosa e causada por fungos de 2 principais espécies: *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*. É descrita como oportunista e existem poucos casos relatados na literatura médica em pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos. **Descrição do caso:** Homem, 40 anos, hipertenso, diabético e transplantado pâncreas-rim há 5 anos (em uso de imunossupressores), relatou em consulta ambulatorial diarreia sem elementos anormais e com consistência variável com 2 anos de evolução e perda ponderal não intencional de 10kg nos últimos 60 dias. Queixava, ainda, prostração e inapetência acentuadas nas 2 semanas anteriores, notadamente após problemas familiares. Exames físico e laboratoriais iniciais sem alterações. As hipóteses diagnósticas foram síndrome do intestino irritável e depressão. Foi prescrita Sertralina e solicitou-se ultrassom abdominal, radiografia de tórax e exame parasitológico de fezes. Paciente retornou após 1 mês sem melhora da diarreia e com perda ponderal progressiva, além do surgimento de icterícia e lesões cutâneas tipo pápulas não eritematosas e não pruriginosas em cabeça, face, tronco e membros. Optou-se pela internação hospitalar para propedêutica e na biópsia coletada durante colonoscopia foi identificando o *Paracoccidioides* sp. 1 semana após o início de Itraconazol 100mg BID p.o., o paciente cursou com pioras da icterícia e do hepatograma. Realizado screening para doenças hepáticas sem elucidação diagnóstica e, assim, foi realizada biópsia hepática que também visualizou *Paracoccidioides* sp. O tratamento foi trocado para Anfotericina B lipossomal 250mg MID (5mg/kg/dia) iv., sendo esta mantida por 16 dias com redução da icterícia, das lesões de pele e resolução da diarreia. Paciente teve alta hospitalar com Itraconazol p.o. para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A incidência de PCM em transplantados não é conhecida e são raros os relatos. Este caso mostra como a doença pode comprometer diversos órgãos e sistemas em pacientes imunossuprimidos com evoluções dramáticas. Em função da gravidade do caso, optou-se pelo tratamento com anfotericina B lipossomal para garantir doses elevadas de medicação ativa contra o fungo com menor risco de comprometimento da função do enxerto renal. **Conclusão:** O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da PCM em pacientes transplantados impedem que a doença tenha um desfecho desfavorável.

PÓLIPO COLÔNICO METASTÁTICO: UM RARO RELATO DE CASO

Júlia Harumi Watanabe Pena¹, Bianca Santuzzi Magalhaes Fernandes¹, Flávia Costa Teixeira Viana¹, Gabriela de Sousa Oliveira¹, Lícia Berberich Melo¹, Fernando Augusto de Vasconcellos Santos¹

1-Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Correspondente: Júlia Harumi Watanabe Pena; e-mail: juliahwp@hotmail.com

Introdução: O adenocarcinoma colônico (AC) apresenta alta incidência e capacidade de gerar metástases. Metade dos pacientes com AC apresentam metástase sincrônica ou metacrônica, sendo o fígado o sítio mais comum. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, procurou pronto atendimento alegando dor em andar superior do abdome de início súbito, progressivo e caráter contínuo. Foi submetida à tomografia computadorizada abdominal, evidenciando múltiplas lesões nodulares hepáticas compatíveis com metástases, e à investigação laboratorial por marcadores séricos tumorais, constatando elevação de antígeno carcinoembrionário. A biópsia percutânea de uma das lesões confirmou adenocarcinoma metastático de origem colônica. Foram também realizadas colonoscopia e endoscopia digestiva alta sem quaisquer alterações. A paciente foi submetida à colonoscopia com polipectomia há três anos e o pólipó ressecado havia sido constatado inicialmente, em protocolo anatomopatológico adequado, como benigno. Porém, à revisão de lâminas, identificou-se foco de adenocarcinoma. Realizou-se quimioterapia neoadjuvante, com redução acentuada de diâmetro das lesões hepáticas, complementada com hepatectomia robótica direita e enucleação de nódulos do lobo esquerdo. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e segue em acompanhamento oncológico. **Discussão:** A metástase hepática pelo AC pode ser assintomática ou associada a dor em hipocôndrio direito, febre, icterícia e ascite. A ocorrência da metástase hematogênica metacrônica, porém, é inesperada no caso relatado, pois, apesar de não ter sido submetida à colectomia prévia, o foco de adenocarcinoma não invasor havia sido integralmente removido pela polipectomia. Ademais, a ausência de alterações à colonoscopia corrobora com a inconsistente evolução da paciente, visto que os tumores hepáticos de origem colônica encontrados não possuíam sítio primário viável que justificasse a disseminação. A peculiaridade do caso deve-se ao diagnóstico de um tumor primário não mais existente de AC por meio da metástase hepática, três anos após polipectomia e adequado exame anatomopatológico, sem achados significativos em exames complementares atuais. **Conclusão:** O AC é uma afecção oncológica de alta incidência, sendo o fígado seu principal sítio de disseminação secundária. Recomenda-se colonoscopia na prevenção do carcinoma e a análise criteriosa do material ressecado nas polipectomias para a não ocorrência de falha diagnóstica.

RELATO DE CASO: TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM LEUCINOSE

Eduardo de Aquino Médici¹, Larissa Gonçalves Rezende¹, Vitor Ninomiya¹, Vera Lúcia Andrade de Aquino¹

1-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Correspondente: Eduardo de Aquino Médici; e-mail: eduardoamedici@gmail.com

Introdução. Leucinoze é uma doença genética recessiva autossômica caracterizada pelo aumento de concentração de aminoácidos de cadeia ramificada - leucina, isoleucina e valina (BCAA) - no plasma e na urina devido à deficiência no complexo desidrogenase alfa-cetoácido de cadeia ramificada mitocondrial. É uma doença pouco estudada no Brasil, mas que exige diagnóstico e início da dieta restritiva precoces para prevenção de déficits neurológicos e de perda de peso, sendo que crises agudas da doença podem evoluir para coma ou óbito (1,2,3). **Descrição do caso:** M.A.P.S., 1 ano e 8 meses, portador de leucinoze, inicia acompanhamento no Hospital Sírio Libanês para transplante hepático no dia 15/05/12, sendo listado após 15 dias com PELD 3 e transplantado no dia 31/10/12 via inter-vivos, sendo mãe a doadora. Procedimento sem intercorrências, recebendo alta no dia 17/11, com uso de Tacrolimu 1mg. Acompanhamento atual não indica rejeição ou sintomas de leucinoze. **Discussão.** A terapêutica inicial consiste em implementação imediata de medidas dietéticas, a fim de se reduzirem os metabólitos tóxicos e possibilitar o crescimento e desenvolvimento normais da criança; todavia, a variação das necessidades energéticas inter e intraindividuais, assim como o risco de agudizações torna necessário acompanhamento longitudinal do paciente. Durante este, podem ocorrer descompensações metabólicas de causas endógenas ou exógenas (1). Além deste tratamento, opções novas estão em estudos como o uso de L-Carnitina na prevenção de dano ao DNA causado na leucinoze, mas a mais proeminente é o transplante hepático, já que o fígado expressa aproximadamente 10% da atividade enzimática responsável pelo metabolismo de BCAA. As indicações de transplante hepático são o baixo controle metabólico e a baixa qualidade de vida, como as descompensações e a necessidade de internações frequentes. Após o transplante, o paciente vive como nas formas leves da doença. Embora não haja correção da patologia a nível genético com o transplante, em dietas de baixa ingestão proteica, o paciente não sofreria os efeitos da leucinoze (4,5,6,7,8). **Conclusão:** A leucinoze é uma doença grave, cujas repercussões podem ser letais quando não se realizam intervenções precoces. O caso relatado apresenta uma experiência bem sucedida de tratamento da leucinoze por meio de transplante hepático como uma alternativa terapêutica capaz de melhorar a qualidade de vida do paciente.

SUBOCCLUSÃO INTESTINAL CRÔNICA POR MIOMA PARASITA ACOMETENDO INTESTINO DELGADO E SIGMOIDE: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Carolina Corrêa Brandão de Abreu¹, Barbara cristina carneiro azevedo¹, Carolina Andrade Lopes¹, Carolina Filipin¹, Clarissa Teatini¹, Múcio Barata Diniz¹, Jorge Walker Vásquez Del Aguila¹

1-Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Correspondente: Carolina Corrêa Brandão; e-mail: carolinacorrea98@hotmail.com

INTRODUÇÃO Os miomas parasitas são uma apresentação rara de leiomiomas uterinos que invadem estruturas vizinhas e perdem o suprimento sanguíneo uterino. Nesse relato, descrevemos o caso de um mioma parasita espontâneo que infiltrou o intestino delgado e o sigmoide, causando subocclusão intestinal de longa data. **APRESENTAÇÃO DO CASO** Paciente do sexo feminino, 43 anos, com quadro de dor abdominal, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes há uma semana. Na tomografia computadorizada de pelve, foi identificado volumoso mioma uterino. Indicou-se histerectomia total, contudo, no perioperatório, identificou-se aderência de alças intestinais ao útero e massa extensa de fundo uterino com suspeita de sarcoma, sendo feita conversão para cirurgia oncológica radical com pan-histerectomia, enterectomia e sigmoidectomia em monobloco. A anatomia patológica mostrou leiomiomas submucosos, intramurais e subserosos sem alterações degenerativas e um volumoso leiomioma aderido à serosa do intestino delgado e de características benignas à microscopia. À imunohistoquímica, as células neoplásicas foram positivas para SMA (1A4), desmina e receptor de estrógeno e negativas para CD-34, DOG-1 e C-kit, eliminando-se a suspeita de sarcoma bem como de GIST (tumor estromal gastrointestinal). O diagnóstico foi de leiomioma do tipo uterino usual parasita da gordura mesentérica e da serosa intestinal. **DISCUSSÃO** Os leiomiomas uterinos são as neoplasias benignas mais comuns no sexo feminino, afetando cerca de 20-50% das mulheres em idade reprodutiva. Uma apresentação rara desse tumor, o mioma parasita, tem relação com intervenções cirúrgicas ginecológicas com morcelamento, sendo seu surgimento espontâneo um evento raro. Contudo, no caso em questão, não havia relato de cirurgias ginecológicas prévias, o que contrasta a hipótese de que os miomas parasitas dependem desse evento. Ademais, a clínica intestinal inesperada e o aspecto macroscópico sugestivo de malignidade também compõem aspectos raros de apresentação de leiomiomas. **CONCLUSÃO** Embora os leiomiomas uterinos sejam tumores muito comuns nas mulheres, os miomas parasitas, de histologia muito similar, são entidades consideravelmente mais raras. Pouco se sabe sobre essa apresentação atípica, sendo um importante diagnóstico diferencial para neoplasias tipo GIST e sarcomas que comprometam o sistema gastrointestinal. Assim, é necessário investigar mais a fundo esse grupo de neoplasias para otimizar sua prevenção e tratamento.