

ESOFAGITE DE REPETIÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE PORTADOR DE HIV COM CD4 MAIOR QUE 50

Camargos KV, Lopes MM, Nishi MP, Pereira FSM, Vasconcelos JPS, Campos JPR

História clínica: O citomegalovírus (CMV) é encontrado em quase todos os pacientes com infecção pelo HIV, sendo transmitido pelas mesmas vias do HIV, infectando células de forma latente e reativando quando ocorre defeito da imunidade do hospedeiro. Os pacientes que desenvolvem doença estão gravemente imunossuprimidos, com contagem de CD4 menor do que 50. Relatamos um caso de um paciente, do sexo masculino, 45 anos, HIV positivo, em uso irregular de antirretrovirais, apresentando CD4 de 348 e carga viral de 119661, com história de várias internações devido esofagite por CMV. Conduta: O paciente foi internado mais uma vez para a realização de EDA, a qual demonstrou ulceração no esôfago médio distal compatível com CMV. Foi, então, iniciado tratamento com ganciclovir. **Evolução:** O paciente evoluiu com melhora do estado geral e da odinofagia. **Motivo principal do relato:** esofagite por CMV em paciente com CD4 maior que 50. **Palavras-chave:** esofagite, citomegalovirus, HIV

GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA – RELATO DE CASO

Ferreira ASM, Oliveira LL, Franco JMM, Mendes GS, Langoni DRP, Seabra VG, Ferreira CA

Relato de Caso: A gastroenterite eosinofílica é uma doença rara, de difícil diagnóstico, caracterizada por infiltração eosinofílica focal ou difusa do trato gastrointestinal. Sua apresentação depende do sítio acometido e da camada da parede envolvida. O diagnóstico baseia-se na presença de sintomas, evidência histológica de infiltrado eosinofílico ou achados característicos em exames de imagem, associados à eosinofilia periférica, e após exclusão de outras doenças que a justifiquem. Trata-se da paciente do sexo feminino, 21 anos, com história de dor abdominal difusa, de dois meses de evolução, caráter intermitente, associada a diarreia, hiporexia e náusea. Evoluiu com ascite de moderado volume. Na cidade de origem recebeu tratamento anti-parasitário com tiabendazol e nitazoxamida. O sangue periférico apresentava leucocitose ($18100/\text{mm}^3$), com eosinofilia (49%) e o líquido ascítico havia 460 células/ mm^3 , com 81% de eosinófilos. Ultrassom e tomografia de abdome evidenciaram ascite e espessamento segmentar de alças ileais. A presença de sintomas gastrointestinais inespecíficos, associados à eosinofilia periférica, espessamento do íleo e ascite com alto teor de eosinófilos permitiam inferir o diagnóstico de gastroenterite eosinofílica. A não resposta ao tratamento anti parasitário prévio e a exclusão de outras causas, reforçaram a impressão diagnóstica. Uma semana após iniciada a corticoterapia, evoluiu com redução rápida da ascite e, após dois meses, apresentava-se completamente assintomática, sem eosinofilia periférica. Os distúrbios eosinofílicos primários do trato Gastrointestinal correspondem a um grupo de doenças de ocorrência subestimada, amplo espectro clínico e diagnóstico difícil. Estudos são necessários para melhorar conhecimento de sua patogênese e história natural. **Palavras-chave:** gastroenterite; eosinofílica; eosinófilos

ABSCESO ESPLÊNICO ASSÉPTICO ASSOCIADO À DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO

Gomes CGO, Nobre Jr VA, Ferrari MLA, Vieira CM, Carvalho VOB

Introdução: as manifestações extra-intestinais da doença inflamatória intestinal (DII) envolvem principalmente a pele, as articulações e os olhos, porém, qualquer órgão pode ser acometido. Este trabalho descreve o caso de uma paciente com pancolite e abscesso esplênico asséptico (AEA), uma rara manifestação extra-intestinal da DII, contudo, de incidência emergente. **Relato:** trata-se de A.P.C.M., 24 anos, natural e procedente de Belo Horizonte, previamente hígida, admitida no Hospital das Clínicas da UFMG com história de diarreia crônica há 3 anos, com eliminação de muco e sangue, evoluindo com febre, icterícia e distensão abdominal. Os exames iniciais mostraram leucocitose com desvio, PCR e enzimas canaliculares muito elevadas, e hiperbilirrubinemia direta. Ao US e à TC de abdome, observou-se esplenomegalia com nodularidade difusa. O ecocardiograma mostrou-se normal. A colonoscopia evidenciou processo inflamatório ativo e difuso da mucosa colônica e do íleo terminal, confirmado pelo exame histopatológico: infiltrado grânulo-mononuclear da lâmina própria e submucosa, granulomas e microabscessos de criptas. Após início da corticoterapia, a paciente intercorreu com quadro de choque séptico, sendo então submetida à punção esplênica guiada pelo US. A biópsia do aspirado mostrou-se compatível com abscesso, contudo, com cultura negativa para bactérias, micobactérias e fungos. Diante da piora clínica, foi submetida à esplenectomia. À macroscopia da peça cirúrgica, foram observados inúmeros nódulos amarelados no parênquima. A biópsia confirmou a presença de AEA. No pós-operatório, manteve hiperbilirrubinemia persistente, apesar da melhora clínica. A colangiorressonância evidenciou aspecto típico de colangite esclerosante primária. Depois de 3 meses, a paciente recebeu alta hospitalar, e está em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O AEA é uma complicação potencialmente fatal da DII. O tratamento cirúrgico é uma alternativa quando não há resposta à corticoterapia.

USO DO INFLIXIMAB NO TRATAMENTO DO PiodERMA GANGRENOSO

Seabra VG, Ferreira ASM, Langoni DRP, Gomes LL, Mendes GS, Franco JMM, Lima CAF

Resumo: O Pioderma Gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara, de etiologia e patogênese incertas e tem associação com doenças sistêmicas em mais de 50% dos casos. Pode ocorrer após trauma ou injúria tecidual, especialmente por procedimentos cirúrgicos, levando à formação de uma grande úlcera que progride rapidamente na ausência de terapia adequada. Relata-se aqui o caso de um paciente de 65 anos, do sexo masculino, portador de Doença de Crohn, assintomático há 20 anos e com manifestação de Pioderma Gangrenoso há 15 anos após retirada de uma lesão dermatológica no dorso. Submetido, recentemente, a herniorrafia umbilical e inguinal bilateral, evoluiu no pós-operatório com a formação de grandes úlceras nos sítios das incisões cirúrgicas que tiveram aumento rápido e progressivo. Estas feridas apresentavam inflamação intensa e bordas necróticas, além de dor de forte intensidade e necessidade de altas doses de opióide venoso para aliviá-la. Não houve resposta à terapia inicial com corticóide venoso, antimicrobianos e cuidados locais com as feridas. O paciente somente apresentou melhora após pulsoterapia com metilprednisolona, seguida de tratamento com imunossupressor (azatioprina) e biológico (infiximab). Houve melhora progressiva da dor e cicatrização das úlceras. O infiximab foi suspenso após doze meses e o tratamento de manutenção está sendo realizado com a azatioprina. Em nenhum momento houve sinais de atividade inflamatória intestinal da Doença de Crohn. O caso é destacado pela raridade, gravidade e atesta a eficácia do tratamento biológico associado ao imunossupressor. **Palavras chave:** Pioderma Gangrenoso, Crohn, Infiximab

TROMBOSE VENOSA MESENTÉRICA AGUDA EXTENSA: RELATO DE CASO COM BOA EVOLUÇÃO

Fonseca S, Mundim ILC, Dias ACM, Castro Jr RA, Almeida MF, Ruas AO, Lanna RP

Homem, 60 anos, tabagista pesado, sem outras comorbidades, admitido com relato de dor abdominal difusa iniciada há 3 dias sem outros comemorativos. Ao exame físico, abdome discretamente distendido, doloroso difusamente, sem defesa. Tomografia Contrastada de Abdome mostrou trombose aguda totalmente oclusiva de veias porta, esplênica, mesentérica superior e inferior. Iniciada anticoagulação plena com heparina não fracionada. Paciente evoluiu com piora da dor e da distensão abdominal. Neste momento foi discutido manter a heparinização ou realizar trombólise, sendo optado por mantê-lo anticoagulado e iniciar nutrição parenteral total (NPT). Evoluiu com síndrome de compartimento necessitando realizar laparotomia descompressiva. Permaneceu laparostomizado por 8 dias mantendo bom aspecto das alças intestinais. A NPT foi suspensa e progredida dieta enteral lentamente devido a queixa de discreta dor abdominal. Evacuações de aspecto habitual. Está em acompanhamento ambulatorial com controle da anticoagulação. A isquemia mesentérica aguda se refere a súbita redução do fluxo venoso ou arterial dos vasos mesentéricos, seja por fenômeno obstrutivo oclusivo ou não oclusivo. A obstrução venosa é mais comumente devida a trombose. As conseqüências podem ser graves como sepse, infarto intestinal e morte. O diagnóstico necessita ser rápido para permitir terapêutica adequada. Fatores de risco incluem trombofilias, hipertensão porta, vasculites, infecção e inflamação abdominal, trauma, câncer. O quadro clínico predomina com dor abdominal intensa desproporcional aos achados do exame físico do abdome, que pode ser normal ou pouco doloroso. O diagnóstico é confirmado por angiografia ou angiotomografia. O tratamento empregado na fase aguda é a anticoagulação com heparina e anticoagulante oral por tempo prolongado. A trombólise por cateter de angiografia tem sido proposta de forma incipiente. O tratamento cirúrgico é reservado para os casos com sofrimento da alça intestinal. **Palavras chaves:** trombose, venosa, mesentérica.

COLITE MICROSCÓPICA

Rezende CD, Rocha HCS, Varela LM, Neiva AB, Ribeiro ACF

Resumo: Colite Microscópica Introdução: Colite microscópica é caracterizada por diarreia crônica aquosa, sem sangramento e geralmente ocorre em mulheres de meia idade. O cólon encontra-se normal à colonoscopia ou enema. O diagnóstico é realizado por biópsia da mucosa do cólon. **Objetivo:** Alertar profissionais de saúde quanto ao diagnóstico desta patologia. **Relato do caso:** Paciente, sexo feminino, 75 anos, portadora de Hipertensão Arterial, Diabete Melito e hipotireoidismo admitida no Hospital Vera Cruz, com quadro de diarreia aquosa. Referia quadro há 02 meses, de cinco a sete evacuações ao dia, líquidas, sem sangue ou muco. Acompanhada de astenia, cólica abdominal difusa e perda ponderal discreta. Pesquisa nas fezes de leucócitos, parasitas e clostridium foram negativas. Colonoscopia com doença diverticular difusa do cólon e colite crônica inespecífica leve à biópsia. Realizada nova retossigmoidoscopia com múltiplas biópsias e revisão da lâmina da colonoscopia que demonstraram colite crônica leve inespecífica, congestão vascular, edema, focos de hemorragia e infiltrado mono e polimorfonuclear na lâmina própria com eosinofilia. Diagnosticado colite microscópica e iniciado tratamento com mesalazina 2,4 g ao dia. Evoluiu com melhora clínica significativa. **Conclusão:** Colite microscópica é um diagnóstico diferencial importante em mulheres de meia idade com diarreia aquosa. Patologia que vem aumentando incidência e com boa resposta ao tratamento clínico. **Palavras-chave:** diarreia aquosa, colite microscópica.

HIPERINFECÇÃO POR ESTRONGILÓIDES

Souza BAS, Mendes CMC

Hiperinfecção por *S. stercoralis* é uma síndrome de auto-infecção acelerada relacionada a estados de imunossupressão como os que ocorrem na síndrome da imunodeficiência aguda (SIDA), nas neoplasias hematológicas e nos tratamentos imunossupressores. Ao contrário da estrogiloidíase disseminada não ocorre a migração de larvas para órgãos além do trato gastro-intestinal e do trato respiratório. O trabalho tem como objetivo a apresentação de caso clínico de paciente de 33 anos pós transplante tardio de pâncreas-rim em uso de terapia imunossupressora evoluindo com síndrome disabsortiva, semi-obstrução intestinal e sepse grave. Recebeu tratamento com ivermectina por 21 dias, evoluindo com boa resposta clínica. O objetivo é salientar que apesar de se tratar de infecção parasitária freqüentemente leve, em pacientes imunodeprimidos pode apresentar-se de forma grave. Devendo -se suspeitar deste agente em pacientes que vivem em áreas endêmicas, sendo o diagnóstico estabelecido muitas vezes, através da pesquisa da larva do *Strongyloides stercoralis*.

LIPOMA GÁSTRICO: UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Oliveira RM, Santos FAV, Martins DR, Borges GM, Oliveira JS, Freitas SP, Miranda D

Introdução: Lipomas gastrointestinais são tumores benignos raros, com crescimento indolente e geralmente assintomáticos. Sua localização mais comum é o Cólon. Os lipomas gástricos correspondem a 2 - 3% dos tumores benignos do estômago, localizando-se principalmente no antro (75%), sendo restritos à submucosa em 95% das vezes. A apresentação clínica varia conforme o tamanho do tumor, sendo que aqueles menores que 4 cm normalmente são assintomáticos. O sangramento é o sintoma mais frequente (53%), ocorrendo devido à ulceração isquêmica da mucosa sobrejacente. Outras manifestações são dor abdominal, dispepsia e obstrução gástrica. Seu principal diagnóstico diferencial são os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST). A propedêutica por métodos de imagem e a endoscopia digestiva alta são complementares no diagnóstico. A tomografia apresenta alta especificidade, contudo não apresenta boa acurácia na definição do grau de acometimento na parede gástrica. O ultrassom endoscópico fornece informações mais acuradas sobre localização, tamanho e formato da lesão. Seu diagnóstico pode ser confirmado pela biópsia endoscópica. A escolha da sua modalidade de tratamento é controversa, sendo a ressecção cirúrgica o padrão ouro em tumores sintomáticos extensos. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, admitida na unidade de urgência com quadro de dor epigástrica associada a hematêmese e melena. Submetida a endoscopia digestiva alta em caráter de urgência, sendo identificada volumosa lesão em antro gástrico, ulcerada e com sinais de sangramento recente. Tomografia computadorizada abdominal revelou lesão sólida em terço distal do estômago, bem delimitada, sem invasão de órgãos contíguos, sugerindo GIST. A biópsia endoscópica foi inconclusiva e a paciente foi submetida a gastrectomia distal, sem linfadenectomia, e anastomose a Billroth I. Apresentou boa evolução pós-operatória. O resultado da avaliação histológica foi lipoma gástrico.

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÂNCREAS - TUMOR DE FRANTZ – RELATO DE CASO

Oliveira RM, Santos FAV, Borges GM, Silva PV, Garcia IF, Eto YX, Protti TO

Introdução: Adenomas duodenais são lesões raras, cuja incidência varia de 0,04% a 0,12%. A faixa etária mais acometida está entre os 60 e 80 anos de idade, com proporção equivalente entre os sexos. Apesar de ser benigno, pode haver transformação maligna. Os sintomas são inespecíficos, geralmente associados a obstrução ampular, podendo ocorrer icterícia flutuante, dor inespecífica no epigastro e perda ponderal. **Relato de Caso:** Paciente Z.M.P.N., 61 anos, sexo feminino, assintomática. Há 2 anos com elevação de fosfatase alcalina e transaminases séricas. Exame físico sem alterações relevantes. Ultrassom abdominal e colonoscopia sem alterações. Colangiorressonância evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas. À endoscopia digestiva alta observou-se grande lesão polipóide em 2ª porção duodenal, compatível com adenoma de papila, confirmado histologicamente. Realizada colecistectomia, duodenotomia longitudinal, e ampulectomia. Foi necessária papilectomia menor devido ao achado per-operatório de nódulo em papila menor. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Anatomopatológico mostrou tumor carcinóide em papila menor e adenoma tubuloviloso com área de adenocarcinoma intramucoso, focal, com margens livres, em papila maior. **Conclusão:** As manifestações clínicas da doença são inespecíficas. O diagnóstico usualmente é feito por alterações ao ultrassom abdominal, colangiorressonância e endoscopia digestiva alta. O tratamento pode ser a ressecção por via endoscópica, excisão cirúrgica local –ampulectomia ou duodenopancreatocetomia. No caso relato, a operação transduodenal foi satisfatória, obtendo ressecção da lesão com margens livres.

PANICULITE ENZIMÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICA: UM RELATO DE CASO

Moraes JS, Magalhães MF, Santos RML, Ramos AFP, Rodrigues MNF, Rubinstein FOT, Silva GSC

Palavras-chave: paniculite, lipase, síndrome paraneoplásica

M. S. A, 55 anos, previamente hígido, iniciou há 2 meses com quadro de astenia, hiporexia, febre, emagrecimento importante associado ao aparecimento de lesões eritemato-nodulares dolorosas e artralgia/artrite em membros inferiores. Estas lesões evoluíram com disseminação para tronco e membros superiores. Ex-tabagista (12 anos/maço) e etilista social. História familiar positiva para câncer pancreático. Exames laboratoriais com padrão de inflamação e lipase igual a 7960. À tomografia de abdome apresentava duas massas hepáticas volumosas em segmentos III e IVB com características neoplásicas, linfonodomegalias perirretais e em cadeias ilíacas externas bilaterais e múltiplas imagens nodulares no subcutâneo da parede abdominal anterior, posterior e regiões glúteas; sem alterações no pâncreas. Biópsia da massa hepática sugeria carcinoma hepatocelular trabecular ou tumor neuroendócrino. Foi realizada imunohistoquímica para esclarecimento histopatológico, porém a mesma era inconclusiva pois sugeria carcinoma pouco diferenciado pseudoacinar padrão sólido: Tumor acinar pancreático? Colangiocarcinoma? Também foi realizada a biópsia das lesões cutâneas compatível com paniculite lobular com necrose adiposa tipo enzimática (pancreática). Diante disso, foi realizada colangiografia magnética que não evidenciou lesões sugestivas de neoplasia pancreática, apenas compressão extrínseca sobre o parênquima pancreático. Também foi realizado rastreio do trato gastrointestinal que não evidenciou alterações sugestivas de neoplasia. No decorrer da internação, paciente evoluiu com restrição ao leito (devido às lesões cutâneas bastante dolorosas e poliartrite), caquexia, piora do estado geral e desfecho com o óbito. Foi definido com principal hipótese diagnóstica colangiocarcinoma avançado de comportamento bastante agressivo associado à síndrome paraneoplásica (paniculite cutânea e poliartrite).

PSEUDOLIPOMATOSE EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE DOIS CASOS

Adami AF, Amaro TA

A Pseudolipomatose Intestinal (PLI) é uma condição rara, em geral benigna, caracterizada histologicamente pela presença de pequenas vesículas com conteúdo gasoso localizadas na lâmina própria da parede do intestino delgado ou grosso. De etiopatogenia obscura, possíveis causas exploradas são relacionadas à injúria da mucosa colônica secundária a microorganismos, isquemia e doença inflamatória intestinal ou à situações que elevam a pressão intraluminal como a obstrução intestinal, íleo e iatrogenicamente através de procedimentos endoscópicos. Descrevemos dois casos: primeiramente o de paciente do sexo masculino, 89 anos, com queixas de diarreia crônica de início há cerca de 8 meses, acompanhado de episódios de hematoquezia e perda ponderal. Apresentava anemia hipocrômica e microcítica nos exames laboratoriais, sem outras alterações significativas. Foi submetido a colonoscopia que evidenciou lesões aftóides superficiais no cólon ascendente, com enantema e placas de coloração amarelo-esbranquiçada, elevadas e levemente aderentes. No reto observou-se enantema com áreas de sufusões hemorrágicas. O caso seguinte refere-se a paciente do sexo feminino, 56 anos, portadora de retocolite ulcerativa com diagnóstico há 4 anos, em uso de mesalazina, submetida a colonoscopia por ausência de melhora clínica. O exame evidenciou pancolite severa em atividade, com placas de coloração amarelo-esbranquiçada e aderentes. A pesquisa de toxina para *Clostridium difficile* em ambos os casos resultou-se negativa e posterior avaliação anatomopatológica concluiu tratar-se de pseudolipomatose intestinal relacionada à colite crônica inespecífica. Optou-se no primeiro caso por tratamento medicamentoso com aminossalicilatos e no segundo relato pela otimização da dose de mesalazina com introdução de corticoterapia. Os pacientes evoluíram assintomáticos durante o seguimento ambulatorial. Concluímos que a pseudolipomatose intestinal representou achado incidental e o tratamento conservador é a opção por tratar-se de lesão benigna que pode desaparecer sem deixar seqüelas. **Descritores:** lipomatose, colonoscopia/eventos adversos, pseudolipomatose.

ABDOME AGUDO DE ETIOLOGIA ATÍPICA: PANICULITE MESENTÉRICA – RELATO DE CASO

Adami AF, Amaro TA

A paniculite mesentérica representa um processo inflamatório que envolve o tecido adiposo do mesentério, de ocorrência rara e etiologia desconhecida. As manifestações clínicas são variadas e inespecíficas, podendo cursar com dor abdominal, náuseas e diarreia. O diagnóstico exige elevado grau de suspeição e pode ser presumido pelos estudos de imagem. A abordagem terapêutica é empírica e o prognóstico é favorável. Apresentamos o acometimento de paciente do sexo feminino, 46 anos, que deu entrada no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá com quadro de dor abdominal difusa, do tipo cólica, de forte intensidade, acompanhada de distensão abdominal, náuseas e vômitos. Relatava também alternância do hábito intestinal de início há sete meses antes da internação. O diagnóstico foi confirmado por exame tomográfico sugestivo e exclusão dos diagnósticos diferenciais prováveis. Concluímos que a paniculite mesentérica, apesar de rara, deve ser considerada em quadro de abdome agudo no qual o diagnóstico não é evidente. Também notamos que seu diagnóstico é difícil, sendo a tomografia computadorizada o melhor exame de que dispomos no momento, e que, por se tratar de patologia benigna de curso auto-limitado, pode ser tratada clinicamente, sem necessidade de cirurgia. **Descritores:** paniculite mesentérica, dor abdominal, tecido adiposo.