

O DIFÍCIL MANEJO DA PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL CRÔNICA

Neiva AB, Camargos KV, Rezende CD, Ribeiro ACF, Couto OFM

Relato de caso: Pseudo-obstrução intestinal crônica. **Introdução:** A pseudo-obstrução intestinal crônica é uma síndrome caracterizada por obstrução ao trânsito intestinal (de delgado ou cólon) na ausência de fator mecânico. A etiologia desta desordem pode estar tanto no sistema nervoso entérico ou extrínseco, ou ainda na musculatura. As manifestações clínicas mais comuns são: distensão e dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação, pirose, empachamento e saciedade precoce. A propedêutica engloba exames de imagem, pesquisa de distúrbios hidroeletrólíticos, estudo manométrico, biópsia intestinal, testes autonômicos, entre outros. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. Relatamos o caso de uma paciente de 72 anos, obesa, portadora de hipertensão, diabetes, insuficiência renal crônica dialítica, admitida no H. Vera Cruz com relato de constipação intestinal, distensão abdominal com 15 dias de evolução. Há 1 semana apresentando diarreia líquida, sem elementos anormais. Ao exame apresentava-se com abdome distendido, RH presente, com som metálico, peristaltismo visível. Propedêutica fecal com evidência de toxina A do clostridium positiva, sendo tratado durante 14 dias com Metronidazol. TC de abdome com distensão de todo intestino grosso, com ceco apresentando 9.5cm de diâmetro, ausência de fatores obstrutivos mecânicos. Submetida a colonoscopia descompressiva por duas vezes com pouca melhora da distensão abdominal, sendo necessário, posteriormente, a realização de ileostomia na tentativa de melhora. Mesmo após procedimento cirúrgico, paciente mantém internações frequentes por distensão abdominal, aliviadas com colonoscopia descompressiva e clister via ileostomia. **Objetivo:** Abordar a dificuldade de condução da Pseudo-Obstrução intestinal crônica. **Conclusão:** O manejo da pseudo-obstrução intestinal crônica é laborioso. Na maioria das vezes não se consegue diagnosticar a causa e atenção especial deve ser dada às doenças secundárias (psicológicas, complicações infecciosas) que são comuns.

PIODERMA GANGRENOSO PERINEAL ASSOCIADO A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

André ACP, Bechara CS, Deoti B, Silva TB, Luz MMP, Lacerda Filho A, Silva RG

Introdução: O pioderma gangrenoso é uma dermatose cutânea rara, não infecciosa e não neoplásica. Está associado a condições sistêmicas como doença inflamatória intestinal, artrites e neoplasias hematológicas em 50% a 70% dos casos. Vários estudos têm sugerido que o desenvolvimento do pioderma gangrenoso está associado com a atividade da retocolite ulcerativa e Doença de Crohn. Nosso objetivo foi relatar o caso de um paciente com diagnóstico de pioderma gangrenoso associado à Doença de Crohn. **Relato de caso:** Paciente, 23 anos, sexo masculino, com história de lesões ulcerosas e dolorosas em região inguino-crural há cerca de um ano. Não apresentava diarreia ou dor abdominal. Durante esse período, permaneceu sem diagnóstico e recebeu vasta terapêutica, sem melhora das lesões. A sorologia e as culturas para pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis foram negativas. Foi submetido à biópsia das lesões que evidenciou úlcera crônica em atividade, com inflamação neutrofílica e sem sinais de neoplasia ou processo infeccioso. A colonoscopia evidenciou lesão inflamatória em íleo terminal. Foi então aventada a hipótese diagnóstica de pioderma gangrenoso associado à Doença de Crohn. Iniciou-se tratamento com azatioprina e infliximab, com resolução do quadro clínico. **Conclusão:** O pioderma gangrenoso é afecção dermatológica cujo diagnóstico é baseado em evidências clínicas e confirmado após exclusão de outras doenças ulceradas da pele. Pacientes com lesões de pele assemelhando a pioderma gangrenoso na região perianal podem se beneficiar da colonoscopia apesar de sintomas intestinais ausentes.

ADIASPIROMICOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

André ACP, Buzatti KCLR, Luz MMP, Lacerda Filho A, Silva RG, Aldeman NLS, Cabral MMDA

Introdução: Adiaspiromicose é uma infecção pulmonar fúngica rara, causada pelo fungo *Chrysosporium parvum* var *crecens*. A doença foi primeiramente descrita em roedores no Arizona por Emmons and Ashburn em 1942, e o primeiro caso em humanos foi publicado na França, em 1964. A infecção ocorre pela aspiração dos esporos (conídios) e a gravidade da doença depende da quantidade de esporos inalados. Lesões extrapulmonares causadas pela adiaspiromicose são mais raras, e já foram descritas na pele, peritônio, córnea e osso. Nosso objetivo é descrever um caso de adiaspiromicose intestinal sintomática. **Relato de Caso:** TMSG, sexo feminino, 23 anos, com diagnóstico de aplasia de medula grave, foi admitida no pronto atendimento de HC-UFMG com quadro de obstrução intestinal parcial. Após correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e início de antibioticoterapia houve melhora parcial do quadro, e posterior retorno dos sintomas. Diante da indefinição diagnóstica foi submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou área de estenose fibrótica em íleo terminal e mesentério adjacente com infiltração nodular endurecida, que foram ressecados. O estudo anátomo patológico evidenciou adiaspiromicose intestinal. Foi iniciado tratamento com anfotericina B. Evoluiu com melhora do quadro de obstrução no pós-operatório imediato, mas devido à gravidade da doença de base, faleceu 17 dias após o tratamento cirúrgico. **Conclusão:** Lesões extrapulmonares da adiaspiromicose são raras e acredita-se que são decorrentes de disseminação hematogênica do fungo. O acometimento intestinal pelo fungo *Chrysosporium parvum* var *crecens* deve ser uma hipótese diagnóstica em casos de lesão estenosantes semelhantes a doença de Crohn em pacientes imunossuprimidos.

ILEOCOLECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN

Bechara CS, André ACP, Fonseca LM, Hanan B, Luz MMP, Lacerda Filho A, Silva RG

Introdução: A Doença de Crohn (CD) é doença inflamatória crônica do intestino que envolve mais comumente o íleo terminal e cólon (55 por cento). O tratamento cirúrgico é necessário em cerca de 70 por cento dos pacientes. Múltiplos procedimentos e operações de repetição são necessários em 30-70 por cento de todos os pacientes. A laparoscopia ganhou ampla aceitação na cirurgia gastrointestinal com vantagens potenciais de retorno mais rápido às atividades normais, dieta mais precoce, redução da permanência hospitalar, redução da dor pós-operatória, melhor cosmesis e seu uso já é aceito em doenças benignas e malignas colorretais. A laparoscopia na Doença de Crohn apresenta alguns desafios relacionados, principalmente, às alterações inflamatórias do mesentério e à dificuldade de avaliação da extensão da doença. A perda da capacidade tátil, além da existência de aderências, fístulas e abscessos são responsáveis por essa suposta limitação. **Objetivo:** Apresentação de dois vídeos de pacientes com Doença de Crohn estenosante do íleo terminal submetidos a ileocolotomia laparoscópica, mostrando passos cirúrgicos essenciais em toda operação para doença de Crohn do íleo terminal. **Conclusão:** A ileocolotomia na Doença de Crohn é factível e apresenta os benefícios já conhecidos da laparoscopia.