

RELATO DE CASO – DOENÇA DE CROHN: DA BOCA AO ÂNUS

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

Resumo: a Doença De Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crônica, transmural, de etiologia não inteiramente compreendida, que pode acometer todo o tubo digestivo, da boca ao ânus. É localizada mais frequentemente no segmento ileocólico, sendo o envolvimento gastroduodenal considerado raro (0,5% a 13%). As lesões são habitualmente segmentares e assimétricas (lesões salteadas), com tendência à recorrência, mesmo após ressecções cirúrgicas. Relata-se aqui o caso de uma jovem de 19 anos que, há 3 anos, passou a manifestar dispepsia, dores abdominais, diarreia, emagrecimento, e posteriormente, enterorragia volumosa. Já nessa época, os exames endoscópicos revelavam acometimento de esôfago, estômago, íleo terminal e cólon. A biópsia confirmou processo granulomatoso característico da doença de crohn. O caso é destacado pelo fato de todos os segmentos estudados do tubo digestivo estarem acometidos simultaneamente. A resposta ao tratamento com salicilatos, corticóide e azatioprina foi insatisfatória, sendo proposto tratamento com adalimumabe. **Palavras chave:** Crohn, esôfago, estômago.

LINFOMA DE GRANDES CELULAS B SE APRESENTANDO COMO PANCREATITE AGUDA: ENVOLVIMENTO PANCREÁTICO SECUNDÁRIO

Souza ALG, Fonseca S, Mundim ILC, Dias ACM, Castro Jr RA, Almeida MF, Abreu AOR

Homem, 35 anos, iniciou com dor em hipocôndrio D e andar superior do abdome, colestase e hiperamilasemia. Suspeitado de pancreatite biliar. Ultra-som de abdome mostrou importante dilatação das vias biliares e a Tomografia Contrastada (TC) revelou duas formações nodulares hipodensas sem realce pelo meio de contraste medindo 20 e 15 mm em cabeça do pâncreas associada a moderada dilatação de ductos biliares. A Colangiorrressonância mostrou lesão extrínseca ao nível do hilo hepático provocando compressão do colédoco e ducto cístico e falha de enchimento da vesícula, sugestivo de neoplasia pancreática. TC de tórax visualizou grande massa em mediastino infiltrando parênquima pulmonar e pericárdio e trombose vascular. Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada identificou papila duodenal anatômica, estenose do colédoco distal e importante dilatação a montante. Realizada papilotomia e passagem de prótese para drenagem da via biliar. A biópsia da massa mediastinal foi sugestiva de infiltração neoplásica com histogênese indefinida. Imunohistoquímica mostrou tratar de linfoma de grandes células B mediastinal CD 20+ (Linfoma não Hodgkin difuso de células B tipo mediastinal). O paciente iniciou quimioterapia sistêmica e radioterapia mediastinal com boa resposta. 50% dos pacientes com linfoma não Hodgkin tem acometimento extra nodal e o TGI é o sítio mais comumente envolvido, especialmente o estômago e o intestino. Envolvimento secundário do pâncreas é infrequente com estimativa de 0,2% de casos. O linfoma pancreático também é incomum, aproximadamente 2%. Relatos de pancreatite aguda como primeira manifestação são raros. O diagnóstico diferencial entre linfoma e carcinoma é imperativo, pois o prognóstico é significativamente diferente. Os sintomas são inespecíficos e incluem dor(83%) e massa abdominal(58%), icterícia(37%), pancreatite aguda(12%). Exames de imagem são importantes para o diagnóstico e estadiamento. A quimioterapia é o tratamento padrão com boa resposta. **Palavras chaves:** pancreatite, linfoma não Hodgkin, colestase

ADENOMA DE PAPILA DUODENAL MAIOR E TUMOR CARCINÓIDE PAPILA MENOR: RELATO DE CASO

Oliveira RM, Sant FAV, Borges GM, Oliveira JS, Silva PV, Soares DC, 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. Colangiorrressonância 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, colangiorrressonância e endoscopia digestiva alta. O tratamento pode ser a ressecção por via endoscópica, excisão cirúrgica local –ampulectomia ou duodenopancreatectomia. No caso relato, a operação transduodenal foi satisfatória, obtendo ressecção da lesão com margens livres.

LINFANGECTASIA INTESTINAL PRIMÁRIA (LIP): APRESENTAÇÃO DE SÉRIE DE CASOS COM DIFERENTES ASPECTOS CLÍNICOS E ABORDAGEM TERAPÊUTICA ACOMPANHADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA (AMBULATÓRIO DE INTESTINO – HC/UFGM).

Castilho AFS, Penna FGC, Oliveira CG, Carvalho VOB, Vilela EG, Correia MITD, Ferrari MLA

Introdução: Linfangiectasia intestinal primária é doença rara, caracterizada por dilatação de vasos linfáticos, com extravazamento de linfa para o lume intestinal, que se manifesta por enteropatia perdedora de proteína e síndrome de má-absorção intestinal. O objetivo do estudo é relatar 5 casos com evoluções diferentes, acompanhados em centro especializado. NGS, feminino, 45 anos. Internações sucessivas por hipoproteïnemia, diarreia e anasarca. Diagnóstico de LIP aos 20 anos por linfografia. Tratada com dieta hiperproteica, hipolipídica, com triglicérides de cadeia média (TCM). Evoluiu com necessidade de internações recorrentes para suporte nutricional com nutrição parenteral total (NPT). Apresentou hiperglicemia e dislipidemia, o que motivou o suporte nutricional com solução periférica de aminoácidos a 10% (SPA 10%), com boa resposta. A introdução do octreotida de liberação lenta foi acompanhada de melhor controle da doença. SAGF, feminino, 45 anos. História de diarreia desde a infância. LIP diagnosticada aos 28 anos por biópsia jejunal e linfografia. Paciente mantém-se bem controlada com dieta hipolipídica e hiperproteica, com TCM. PCS, masculino, 49 anos. Diarreia, perda de peso e serosites (derrame pleural e ascite). Diagnóstico de LIP, por biópsia jejunal, há 4 anos. Má aderência à dieta hipolipídica e hiperproteica com TCM. Várias internações devido à hipoalbuminemia. Apresentou dislipidemia e trombose venosa profunda (veias jugular e subclávia). Mantem anticoagulação, octreotida, orientação dietética e quando necessária reposição nutricional com SPA 10%. Controle insatisfatório da doença. LZV, feminino, 44 anos. Diagnóstico de LIP em 1991 por biópsia jejunal. Várias internações devido à hipoproteïnemia para NPT. Evoluiu com obstrução intestinal devido à estenose ileal, confirmada por trânsito intestinal e enteroscopia. Submetida a ileocelectomia com ressecção 67cm de íleo terminal. A biópsia confirmou área de linfangiectasia intestinal. Boa evolução após a cirurgia, com manutenção de níveis normais da albumina sérica. MMOA, masculino, 22 anos. Diagnóstico de LIP aos 8 anos por biópsia jejunal. Evoluiu com ascite, anasarca, oligúria, diarreia crônica e hipoproteïnemia. Boa resposta ao suporte nutricional com NPT. Bom controle da doença com dieta hipolipídica e hiperproteica com TCM. **Discussão:** A LIP é doença crônica de difícil abordagem terapêutica e com repercussão significativa na qualidade de vida dos pacientes. O presente relato retrata o espectro de gravidade e diferentes esquemas terapêuticos que incluem desde orientação dietética a procedimento cirúrgico.

A PARTE SUBMERSA DO ICEBERG CELÍACO – SÉRIE DE CASOS

Delgado AA, Scoralick ALB, Campos JD

Introdução: A Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia, precipitada pela ingestão de glúten, em indivíduos geneticamente predispostos. Acomete todas as idades, etnias e sexos (predomínio do sexo feminino). A prevalência é de 1:100-300, sendo que p/ cada caso diagnosticado existem de 5 a 13 não diagnosticados (modelo do iceberg celíaco). As apresentações clínicas são: clássica, atípica (digestiva e/ou extra-digestiva), latente e silenciosa. O diagnóstico é realizado através da tríade: clínica + sorologia + biópsia duodenal. O tratamento é a exclusão do glúten da dieta. **Objetivo:** Apresentar, em série de 13 casos, formas não clássicas de apresentação clínica da DC, destacando a necessidade da elevação do grau de suspeição clínica p/ DC. **Série de Casos:** Dos 13 pacientes, eram 11 mulheres e 2 homens. A média de idade, ao diagnóstico, foi de 37 anos (21-47). As formas de apresentação observadas foram: atípica digestiva (5), c/ predomínio de sintomas dispépticos; atípica extra-digestiva (4), manifestada por anemia e osteopenia; atípica digestiva e extra-digestiva (4), cursando com dispêpsia, constipação, meteorismo, anemia, dermatite herpetiforme e infertilidade. Em 12 pacientes a sorologia p/ DC foi positiva (anti-gliadina, anti-endomísio e anti-transglutaminase). Em 1 paciente apenas a sorologia para anti-gliadina foi positiva. As biópsias duodenais dos pacientes, segundo a Classificação de Marsh, evidenciaram: aumento de linfócitos intra-epiteliais (I) em 1 paciente; atrofia parcial de vilos (III-A) em 3 pacientes; atrofia subtotal de vilos (III-B) em 2 pacientes; atrofia total de vilos (III-C) em 6 pacientes. Uma paciente ainda não havia realizado biópsia duodenal. **Conclusão:** A DC manifesta-se, mais frequentemente, através de suas formas não clássicas. O reconhecimento precoce das apresentações mais sutis da DC (parte submersa do iceberg) é fundamental na prática clínica do gastroenterologista para melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILÍFERA DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO

Adami AF, Amaro TA

O tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas, também conhecido com Tumor de Frantz, é uma neoplasia rara, que afeta principalmente mulheres jovens, com prognóstico relativamente favorável e com baixo potencial de malignidade. Apresenta sintomas clínicos inespecíficos, o que representa um desafio diagnóstico. Descrevemos o caso de paciente do sexo feminino, 11 anos, com queixas de desconforto abdominal e dispêpsia há cerca de 2 meses, negava perda ponderal e o exame físico não demonstrou alterações. Os exames laboratoriais como amilase e enzimas hepáticas e os marcadores tumorais CA19-9 e CEA eram normais. O USG de abdome sugeriu imagem de configuração ovalada em cabeça de pâncreas e tomografia de abdome evidenciou imagem nodular hipodensa na mesma região, de natureza indeterminada. Prosseguiu-se a investigação diagnóstica com a realização de ecoendoscopia que revelou área nodular sólida de cabeça de pâncreas e anatomopatológico do material da punção ecoguiada sugeriu tratar-se de neoplasia de padrão neuroendócrino. Optou-se pela abordagem cirúrgica com realização de enucleação do tumor. Posterior avaliação anatomopatológica e imunohistoquímica revelou tratar-se de tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas, com expressão para CD-10, receptores de progesterona e vimentina (V-9). A paciente evoluiu bem durante seguimento anual. Concluímos tratar-se de neoplasia de difícil diagnóstico, porém sua detecção e ressecção completa relacionam-se ao bom prognóstico. **Descritores:** neoplasia de pâncreas, tumor de Frantz, pancreatectomia.