

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

O Manuel com 15 anos de idade, autista e com cegueira congénita, foi observado na consulta de Gastroenterologia Pediátrica em Novembro de 2004 por apresentar quadro de rectorragias e diarreia com duração de cerca de uma semana.

A família referia que o doente tinha tendência para obstipação mas que no mês anterior à consulta passou a ter 3-4 dejectões diarreicas por dia, com muco e na última semana com sangue abundante; não era referido outro tipo de sintomas nomeadamente, vômitos, dores abdominais, proctalgia ou febre. Não havia igualmente história de traumatismo anal ou abdominal. Os seus antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. Ao exame objectivo era evidente palidez ligeira da pele e mucosas, ausência de icterícia ou lesões cutâneas. O torax não evidenciava alterações e a auscultação cardíaca e pulmonar eram normais. O abdómen não apresentava dismorfias e a palpação, embora não muito fácil, parecia indolor e sem tumefacções ou organomegalias. Não havia adenomegalias. No estudo analítico efectuado (hemograma, coagulação, bioquímica e imunologia), apresentava anemia hipocrómica e microcítica com ferro baixo, trombocitose, proteína C, V.S.G. e orosomucoide elevados, baixa dos valores de colesterol e triglicéridios e hipoproteinémia (45g/l) com baixa da albumina. Não foram efectuados exames microbiológicos das fezes por má colaboração do doente. A telerradiografia pulmonar era normal. A serologia para CMV era negativa.

Após complicada limpeza intestinal foi possível efectuar colonoscopia esquer-

da que mostrou aspecto compatível com colite ulcerosa com actividade moderada. As biópsias efectuadas no colon foram negativas para estudo microbiológico e a histologia revelou mucosa tipo cólico com processo inflamatório muito intenso, com denso componente celular constituído por neutrófilos linfócitos e plasmócitos, com atrofia do epitélio e múltiplos abscessos crípticos; aspectos estes compatíveis com o diagnóstico de colite ulcerosa.

O doente iniciou tratamento com prednisolona oral 40mg/dia, enemas de budesonido, ferro, polivitamínico e suplemento nutricional (Isosource). Verificou-se rápida melhoria clínica com desaparecimento das rectorragias e da diarreia e normalização dos parâmetros laboratoriais às 6 semanas. Seguiu-se a redução

progressiva da dose de prednisolona e sua substituição por mesalazina, ficando ao fim de três meses apenas com 4g/dia de mesalazina.

Um ano depois e sem aparente interrupção do tratamento, o doente volta a ter diarreia e rectorragias, efectuou novo exame endoscópico que mostrou o aspecto que a figura revela.

Como interpretar os achados endoscópicos apresentados?

- 1 – Aspecto sugestivo de polipose cólica familiar.
- 2 – Parasitose intestinal
- 3 – Pseudopólipos inflamatórios próprios da colite ulcerosa em evolução
- 4 – Desenvolvimento neoplásico em doente com colite ulcerosa evolutiva.



Figura 1

¹ Serviço de Gastroenterologia – Hospital Maria Pia

COMENTÁRIOS

A história clínica deste doente, o padrão laboratorial e histológico são muito sugestivos do diagnóstico de colite ulcerosa. A sua resposta ao tratamento é característica da situação clínica, o que também apoia o diagnóstico. Desconheço se existe alguma associação descrita do seu quadro de autismo e cegueira congénita com a doença intestinal.

O aspecto que mostramos na figura pode ser descrito como apresentando áreas de mucosa sensivelmente normal, a par de outras com inflamação pouco acentuada e múltiplos aspectos polipoides sésseis ou semipediculados constituídos por tecido pouco consistente e com características de tecido inflamatório. Este aspecto corresponde à presença

de pseudopólipos inflamatórios que se desenvolvem no decorrer da evolução da colite ulcerosa, geralmente ao fim de alguns anos de actividade.

A polipose cólica familiar caracteriza-se pela presença de múltiplos pequenos pólipos que cobrem de forma difusa toda a mucosa cólica e não têm aspecto inflamatório e o adenocarcinoma do colon que pode ocorrer como complicação da colite ulcerosa, ao fim de anos de evolução, geralmente depois dos dez anos, apresenta um aspecto vegetante com superfície irregular e muitas vezes ulcerado, muito diferente do que mostramos.

Em conclusão o aspecto que mostramos corresponde a **colite ulcerosa** em evolução com **múltiplos pseudopólipos inflamatórios** dispersos pela mucosa.

Nascer e Crescer 2006; 15(3): 136-137

BIBLIOGRAFIA

- Leslie M Higuchi and Athos Bousvaros , "Ulcerativa Colitis": Textbook of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, edited by Stefano Guandalini, Taylor and Francis, 2004, pag. 385-417.
- Hans Buller, Simon Shin, Barbara Kirschner, Joachin Kohn, James Markowitz, David Moore, Simojn Murch and Jan Taminiau. "Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Working Group Report of First Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 35:s151-s158, 2002