

## Caso Endoscópico

Fernando Pereira<sup>1</sup>

O caso de hoje refere-se a um adolescente de 15 anos, de raça caucasiana, autista e invisual, filho de pais saudáveis e não consanguíneos, residente no Minho e que foi enviado à consulta de Gastroenterologia por apresentar rectorragias.

O doente, com passado de obstipação funcional, começou a apresentar sangue nas fezes em pequena quantidade, cerca de um mês antes da consulta. A quantidade de sangue foi aumentando progressivamente e na última semana instalou-se quadro de diarreia abundante com muco e sangue.

Apesar das dificuldades de comunicação não parecia haver outros sintomas para além de acentuada perda de apetite referida pelos pais.

Era um adolescente com bom desenvolvimento estatura-ponderal, com ligeira palidez das mucosas e da pele, sem outras alterações ao exame objectivo, embora não tenha sido possível efectuar o exame proctológico por não colaboração do doente. Os sinais vitais eram normais.

Efectuou estudo analítico que evidenciou a presença de anemia (Hg-9,8gr/dl) hipocrómica e microcítica com ferro sérico diminuído e ferritina elevada (150gr/l), leucocitose (17500 mmc) com fórmula leucocitária equilibrada, VSG 50mm na 1ªh, PCR-11,3mg/dl e Orosomucoide 248mg/dl. As proteínas tinham um valor

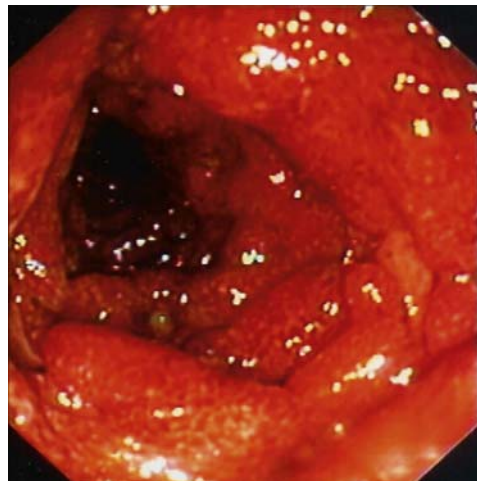
de 54gr/l com 43,5% de albumina. A função renal e hepática eram normais bem como o estudo da coagulação. O exame bacteriológico e o parasitológico de fezes foram negativos. O exame radiológico do tórax era normal.

O doente foi submetido a observação proctológica e colonoscopia sob anestesia geral, verificando-se ausência de lesões anais ou perianais e apresentando as alterações da mucosa do cólon que mostramos na figura. Foram efectuadas múltiplas biópsias para exame microbiológico e anatomo-patológico, sendo as primeiras negativas e mostrando as

segundas, intenso infiltrado inflamatório, constituído por polimorfonucleares neutrófilos, linfócitos e plasmócitos, atrofia do epitélio das criptas glandulares e múltiplos microabscessos crípticos. Não foram observados granulomas.

Em face deste quadro qual lhe parece ser o diagnóstico mais adequado:

- 1 - Enterocolite necrosante
- 2 - Colite ulcerosa aguda
- 3 - Colite amibiana
- 4 - Colite alérgica.



<sup>1</sup>Serviço de Gastroenterologia  
Hospital de Crianças Maria Pia

## COMENTÁRIOS

A imagem endoscópica que mostramos na figura foi obtida no cólon sigmoide mas é representativa do aspecto de todo o cólon do nosso doente. Nela observamos intenso processo inflamatório do intestino grosso, com edema acentuado, congestão intensa, ulceração superficial e focos hemorrágicos. Estas lesões atingiam de forma difusa o recto e cólon.

Estes aspectos endoscópicos são muito sugestivos de quadro de colite ulcerosa aguda. A enterocolite necrosante é em geral uma doença com atingimento segmentar do intestino e mais frequente no período neonatal e não neste grupo etário. A colite amibiana, é uma doença inflamatória geralmente segmentar com úlceras de maiores dimensões e associada à permanência em zonas endémicas

da doença o que não é o caso do nosso doente. A colite alérgica é também uma doença de idades mais jovens, tem geralmente carácter mais segmentar, geralmente distal e atinge especialmente as áreas de implantação dos folículos linfóides do colon e recto.

Se ao aspecto endoscópico acrescentarmos a negatividade dos exames microbiológicos e as características histológicas observadas nas biópsias o diagnóstico mais provável é o de **colite ulcerosa aguda**.

Com este diagnóstico o doente iniciou tratamento com prednisolona 40mg/dia oral, dieta hiperproteica, ferro oral e polivitamínico, verificando-se melhoria progressiva do seu quadro clínico e laboratorial com total normalização ao fim de seis semanas. O tratamento de manutenção foi feito com ácido 5-aminosalicílico.

Nascer e Crescer 2007; 16(3): 142-143

## BIBLIOGRAFIA

1. Inflammatory Bowel Disease Working Group of ESPGHAN. "Inflammatory bowel disease in children and Adolescents: recommendations for diagnosis – the Porto criteria. JPGN 2005; 41:1-7
2. Working Group of The North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and Crohn and Cilitis Foundation of America. Differentiating Ulcerative Cilitis from Crohn Disease in Children and Young Adults. JPGN 2007; 44:653-674