

P163

RELATO DE CASO: TUBERCULOSE INTESTINAL

Alexandre Venancio Souza, Alexandre Venancio Pastro, Tatiana Riccetto Canavezzi Marques Bispo, Barbara Ichiyama Mattos, Raphael Carvalho Biscaro, Maria Clara Ferreira Vivi, Priscilla de Campos Toledo

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: Nos casos de tuberculose pulmonar ativa, o envolvimento abdominal pode se instalar por disseminação hematogênica, linfática ou por contiguidade. A afinidade do *Mycobacterium tuberculosis* pela região ileocecal é relacionada à estase e abundância do tecido linfóide nessa região. O organismo penetra na mucosa até tecido linfóide da submucosa, onde inicia reação inflamatória com subsequente linfangite, endarterite, formação de granuloma, necrose caseosa, ulceração da mucosa e cicatrização.

Relato de caso: M.G.R., 59 anos, portadora de artrite reumatoide, procura atendimento por queixa de febre noturna há 2 meses associada a sudorese intensa, perda ponderal de 5 kg neste período, dor ventilatória dependente e tosse secretiva, além de dor abdominal difusa de moderada intensidade, tipo cólica. Abdome distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação profunda em região periumbilical e em flanco direito, além de fígado palpável a 6 cm do rebordo costal e presença de ascite. Indicada laparotomia devido suspeita de abdome agudo obstrutivo por neoplasia. Encontrado líquido amarelo citrino associado a sinais de carcinomatose peritoneal, além de massa em região de colon transversal, acometendo até raiz de mesocólon; lesão em ceco, com bloqueio pélvico, acometendo alças de delgado e distensão do cólon direito e transversal. Realizada hemicolectomia direita ampliada com ileostomia terminal devido a presença de lesão infiltrativa de aspecto neoplásico. Análise revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose envolvendo cólon direito, peritônio, mesocólon e linfonodos sem sinais de malignidade. Em acompanhamento clínico com equipe de infectologia para tratamento da tuberculose.

Discussão: A tuberculose abdominal compreende cerca de 5% de todos os casos de tuberculose, estando a porção ileocecal envolvida em 64% dos casos. Os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia incluem cirrose, infecção pelo HIV, diabetes mellitus, malignidade subjacente, tratamento com agentes do fator de necrose tumoral (anti TNF) e uso de diálise peritoneal. Em nosso relato, a paciente com diagnóstico de artrite reumatoide, fez uso de Adalimumabe (anti-TNF). O relato de um caso de tuberculose intestinal como esse se justifica ao demonstrar que tal patologia deve ser cogitada apesar da inespecificidade de sinais e sintomas, principalmente por se tratar de um país com epidemiologia tão favorável.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.083>

P164

REPERCUSSÕES DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO MEGACÓLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO

Amanda Cristina de Souza^{a,b}, Getúlio Coelho de Oliveira^{a,b}, Paulo Roberto Pereira de Assis^{a,b}, Ana Luiza Alves Nicoletti^{a,b}, Ana Carolina Gomes Siqueira^{a,b}, Matheus Moreno de Oliveira^{a,b}, Jéssica Danicki Prado Fernandes^{a,b}

^a Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Regional de Planaltina, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O megacólon chagásico, com pico de incidência entre 40 a 50 anos, é uma das manifestações crônicas da doença de Chagas. Com o objetivo de evitar complicações, como fecaloma, úlcera estercorácea, volvos e obstrução intestinal, e para melhorar os sintomas e qualidade de vida do paciente, o tratamento cirúrgico é o indicado nos casos em que o seguimento clínico é insuficiente.

Descrição do caso: Paciente de 75 anos, natural do interior do Goiás, sexo feminino, com doença de Chagas diagnosticada há 5 anos. Há 3 anos, procura o hospital com queixa de constipação intestinal e dor abdominal em cólica. Foi realizado a radiografia de abdome, a qual constatou distensão de alças abdominais, corroborando com diagnóstico de megacólon chagásico. Paciente se recusou a ser encaminhada para a Cirurgia Geral e solicitou alta hospitalar. Desde 2014, ficou internada por três vezes, tendo indicação cirúrgica, a qual não foi autorizada pela paciente e seus familiares, prosseguindo com tratamento conservador (clister). Em 2018, paciente procurou atendimento médico devido à piora da obstipação intestinal. Negou novamente a indicação de cirurgia e teve alta por evasão. Em menos de um mês, evoluiu com dor abdominal intensa e hipertimpanismo difusos. Paciente afirmou que os métodos conservadores não eram mais eficazes. Ao exame físico, apresentava abdome distendido com sinal de Von Wahl, ruídos hidroaéreos diminuídos e dor a palpação superficial do abdome. Os resultados dos exames laboratoriais de admissão mostraram ureia de 212 mg/dL e creatinina de 4,2 mg/dL. Paciente apresentou rebaixamento do estado geral e obnubilação.

Discussão e conclusão: A cirurgia é a primeira escolha de tratamento para o megacólon chagásico nos casos em que o manejo clínico não apresenta mais resultados. Preferencialmente, esta deve ser feita de forma eletiva, de modo a individualizar a técnica cirúrgica de acordo com cada paciente. Postergando essa conduta, há piora do quadro clínico e surgimento das complicações (volvo, úlcera, necrose e obstrução intestinal), as quais são indicações para cirurgias de urgência/emergência, com piora da morbimortalidade. Nesse contexto, a conscientização do paciente a respeito do tratamento precoce é de suma importância.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.084>