

7 UM DESAFIO CLÍNICO E TERAPÊUTICO

Túlio, M.1, Chapim I.1, Moneti V.2, Nascimento C.3, Bana T.1, Chagas C.1

Homem de 38anos, história de Fistulectomia anal (1999) e diarreia intermitente com 14anos de evolução, estudo inconclusivo (2004 e 2011). Em 2012 diagnóstico de Doença de Crohn (A2, L3+L4, B2p) com envolvimento duodenal, ileocólico e perianal (endoscopia alta/baixa com biópsia, TC abdominal e Entero-RM). Inicia corticoterapia por quadro suboclusivo recorrente e Adalimumab a 01/02/2014, com boa resposta clínica. Recorre pela primeira vez à nossa instituição dois meses após início de Anti-TNF, por febre vespertina com 3 semanas de evolução, suores noturnos, emagrecimento e anemia. Da investigação exaustiva efetuada salienta-se: Hb 7,9g/dl, VS 66mm/h, PCR 27mg/dl, VIH negativo, exame microbiológico, micobacteriológico e micológico negativos no sangue periférico, urina e lavado broncoalvelolar, TC Tóraco-abdómino-pélvico sem alterações pulmonares, espessamento segmentar do delgado, adenopatias mesentéricas, sem coleções, Mantoux anérgico, Rectosigmoidoscopia orifício externo de fistula sem drenagem, RM pélvica trajeto fistuloso transfincteriano com 62mm, sem coleções. Efectuada punção medular, com análise PCR do *Mycobacterium tuberculosis* no sangue medular positiva permitindo o diagnóstico de Tuberculose disseminada. Iniciada terapêutica com anti-bacilares (HZRE), com boa resposta. Paragem do anti TNF e desmame lento da corticoterapia após início de azatioprina. Após três semanas abscesso perianal, sendo submetido com sucesso a drenagem cirúrgica, colocação de sedenho e antibioterapia. Ao 4º mês de terapêutica antibacilar, novo quadro suboclusivo agora com aparecimento de fístula enterocutânea e abscesso (ecografia/RM) submetido a remoção de ansas de íleon e de trajeto fistuloso, com anastomose primária. Histologia compatível com Doença de Crohn em atividade (granulomas mas PCR *Mycobacterium* negativa). Após completar 9 meses de anti-bacilares reiniciou Anti-TNF encontrando-se atualmente em remissão clínica. Conclusão: Um elevado índice de suspeição e investigação exaustiva permitiram o diagnóstico de tuberculose após início de TNF. Uma abordagem multidisciplinar foi fundamental no diagnóstico e manejo clínico com sucesso numa associação de doenças complexas e graves. Apresenta-se iconografia seriada imagiológica, endoscópica e histológica.

Serviço de Gastrenterologia¹, Serviço de Infeciologia², Serviço de Cirurgia³ do Hospital Egas Moniz – Centro Hospital Lisboa Ocidental