

(21208) - COLITE ULCEROSA COM SOBREINFEÇÃO POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE REFRATÁRIA A TERAPÊUTICA – QUANDO O DIFÍCIL NÃO ESTÁ SÓ NO NOME

Fábio Pereira Correia¹; Sofia Bragança¹; Joana Carvalho Branco¹;
Luís Carvalho Lourenço¹; Liliana Santos¹; Ana Maria Oliveira¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de uma mulher de 29 anos com o diagnóstico de colite ulcerosa (CU) esquerda desde 2021, em remissão sob terapêutica com salicilatos, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de diarreia com sangue (6 dejeções/dia). Realizou rectossigmoidoscopia que mostrava mucosa com apagamento do padrão vascular, edema, hiperémia e microerosões dispersas – subscore endoscópico de Mayo 2. Analiticamente sem alterações de relevo e pesquisa de antígeno de *Clostridioides difficile* positiva, mas toxina e PCR negativas. Assumida CU agudizada de gravidade moderada segundo critérios de TrueLove&Witts, tendo tido alta para consulta após otimização da dose de salicilatos. As biópsias realizadas mostravam aspetos compatíveis com colite ulcerosa em fase ativa, sem evidência de infeção por Citomegalovírus. Por persistência das queixas, a doente recorreu novamente ao SU ao fim de três dias, tendo repetido pesquisa de antígeno e toxina de *C. difficile* que foram positivas. Iniciou terapêutica com vancomicina oral, que cumpriu durante 10 dias, com normalização das características das fezes. Quatro dias após o fim da terapêutica, houve recorrência do quadro e novo isolamento de *C. difficile* (1ª recorrência). Nesta fase optou-se por tratamento com 10 dias de fidaxomicina e otimização da terapêutica da CU com budesonida MMX e enemas de budesonida, tendo-se verificado a resolução das queixas. Uma semana após a alta, a doente desenvolveu novo quadro de diarreia com sangue com mais de 8 dejeções/dia. Os achados na rectossigmoidoscopia eram sobreponíveis à anterior. A pesquisa de antígeno e toxina de *C. difficile* foi novamente positiva (2ª recorrência). Foi iniciada terapêutica com vancomicina oral em esquema *tapered and pulsed*, contudo sem resposta clínica. Assumindo-se refratariedade à terapêutica, optou-se por realização de transplante de microbiota fecal com instilação de fezes por via retrógrada. Verificou-se uma melhoria rápida após o procedimento, com normalização das características das fezes nas 48h após

transplante. Teve alta ao 3º dia após transplante sob terapêutica com salicilatos e budesonida. Três semanas depois, a doente apresentou a 3ª recorrência de *C. difficile*, motivo pelo qual foi submetida a 2º transplante de microbiota fecal. No procedimento endoscópico, observou-se uma mucosa do cólon com alterações compatíveis com um subscore de Mayo 2 (microerosões). Mais uma vez, a melhoria foi apenas temporária sendo que após 6 dias, a doente apresentava diarreia sanguinolenta e pesquisa de antigénio e toxina de *C. difficile* positivas. Após discussão em reunião de DII foi decidido o início de corticoterapia sistémica simultaneamente a novo ciclo de fidaxomicina. A doente evolui favoravelmente, não havendo recidiva de queixas no *follow-up* a 1 mês.

O tratamento da infeção por *C. difficile* nos doentes com doença inflamatória intestinal (DII) pode ser bastante desafiante. As múltiplas recorrências da infeção motivaram a utilização de vários esquemas de antibioterapia e de dois transplantes de microbiota fecal, cuja eficácia é menor em doentes com DII. A decisão da utilização de terapêutica imunossupressora foi bem ponderada tendo em conta que essas terapêuticas também aumentam o risco da infeção por *C. difficile*. Este caso pretende demonstrar o quão essencial é o controlo da atividade inflamatória na DII como coadjuvante do tratamento da infeção por *C. difficile* neste grupo de doentes.

Palavras-chave : Colite Ulcerosa, Clostridioides difficile, Transplante de microbiota fecal