

(21239) - SÉRIE DE CASOS: PROCTITE INFECIOSA - UMA ENTIDADE MIMETIZADORA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Ana Rute Gomes¹; Caroline Soares¹; Ângela Domingues¹; Cláudio Rodrigues¹; Sofia Ventura¹; Diana Martins¹; Ricardo Cardoso¹; Ricardo Araújo¹; António Castanheira¹; Américo Silva¹

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução:

A proctite infecciosa é uma entidade com incidência crescente, sobretudo em grupos de risco - homens que fazem sexo com homens. Os sintomas iniciais, incluindo retorragias e proctalgia, podem ser semelhantes aos de outras causas de proctite, nomeadamente doença inflamatória intestinal (DII). Os autores apresentam quatro casos de proctite infecciosa que inicialmente foram enviados à consulta por suspeita de DII.

Objetivo:

Pretende-se salientar a importância de considerar a proctite infecciosa como diagnóstico diferencial de DII.

Resumo do caso:

Caso 1: Um homem de 46 anos foi referenciado à consulta por retorragia, proctalgia e falsas vontades. Associadamente, história de abscesso perianal. Negadas relações sexuais anais. A retossigmoidoscopia revelou pregas congestivas e erosionadas desde a linha pectínea até aos 10 cm; histologia com abundante infiltrado inflamatório polimorfo. Microbiologia positiva para Chlamydia trachomatis estirpe Linfogranuloma venéreo (LGV). Cumpriu tratamento com Doxiciclina. Realizado tratamento aos contactos de risco. À reavaliação, melhoria clínica parcial, referindo episódios de incontinência fecal. Endoscopicamente, padrão vascular submucoso parcialmente mantido, presença de áreas de mucosa eritematosa com ponteado esbranquiçado aderente. Histologia a sugerir inflamação crónica erosiva; microbiologia negativa. Analiticamente, anticorpos totais para Treponema pallidum reativos, RPR não reativo. Optou-se pelo tratamento com Penicilina G. Posteriormente, assintomático do ponto

de vista proctológico.

Caso 2: Um homem de 21 anos foi referenciado à consulta por retorragias recorrentes mas esporádicas. Associadamente, tenesmo. Realizou colonoscopia no exterior com descrição de mucosa irregular, friável e ulcerada desde o reto justa-anal até aos 10 cm; histologicamente arquitetura glandular distorcida, presença de edema com infiltrado linfoplasmocitário, frequentes neutrófilos e abscessos crípticos. Quando questionado, referiu sexo anal recetivo e úlcera peniana passada. Repetiu retossigmoidoscopia que revelou mucosa justa anal irregular, congestiva e friável, com presença de pseudopólipos; reto alto e sigmóide sem lesões, padrão vascular submucoso preservado. Histologicamente, infiltrado inflamatório crónico misto com agregados e erosões; arquitetura glandular preservada. Microbiologia positiva para CMV mas estudo-imunoistoquímico negativo. Analiticamente, serologias sem alterações. Realizado tratamento empírico com Ceftriaxone e Doxiciclina, com posterior melhoria clínica e endoscópica.

Caso 3: Um homem de 35 anos apresenta-se na consulta com dejeções diarreicas, mucorragias e falsas vontades. Antecedentes de infeção por HIV sob adequado controlo virológico e imunológico. O doente negava relações sexuais anais. Realizada rectossigmoidoscopia que mostrou obliteração total do padrão vascular submucoso, com mucosa eritematosa desde a margem anal até aos 15 cm, efetuadas biópsias para histologia e zaragatoa anorretal para estudo microbiológico. Analiticamente, apresentava PCR positiva para Chlamydia trachomatis estirpe LGV e PCR positiva para Neisseria Gonorrhoeae, sendo medicado com Doxiciclina e Ceftriaxone, com melhoria das queixas. Na retossigmoidoscopia de controlo, presença de mucosa exulcerada com pontos de reepitelização atingindo 50% da circunferência luminal posterior do reto distal, sugestiva de proctite persistente. Microbiologia positiva para Neisseria Gonorrhoeae, pelo que realizou nova toma de ceftriaxone.

Caso 4: Um homem de 35 anos com antecedentes de infeção HIV com carga vírica indetectável é referenciado à consulta por proctalgia, retorragias e mucorragia. Realizou colonoscopia no exterior com relato de hiperemia e múltiplas lesões aftóides aos 25 cm do cólon sigmóide; histologia com ulceração e abundante infiltrado inflamatório polimórfico com microabscessos crípticos. Quando questionado, referiu prática de sexo anal recetivo. Realizada retossigmoidoscopia que revelou erosões até aos 40 cm da margem anal; histologicamente distorção moderada da arquitetura glandular e inflamação crónica em atividade, presença de abscessos crípticos. Microbiologia positiva para Chlamydia trachomatis estirpe LGV, sendo medicado com Doxiciclina. À reavaliação, clinicamente assintomático do ponto de vista proctológico.

Relevância: Na abordagem de doentes com queixas proctológicas sugestivas de proctite ulcerosa, o gastroenterologista deve ter elevada suspeição clínica para a proctite infecciosa - uma entidade com relevância no contexto de saúde pública.

Palavras-chave : proctite, proctite infecciosa, doença inflamatória intestinal