

(21354) - COLITE ULCEROSA AGUDA GRAVE: E QUANDO O VÍRUS EPSTEIN-BARR SE JUNTA A CLOSTRIDIODES DIFFICILE?

Francisca Côrte-Real¹; Ana Catarina Rego¹; Diogo Bernardo Moura¹; Margarida Flor De Lima¹; Miguel Almeida¹; José Renato Pereira¹; Nuno Nunes¹; Nuno Paz¹; Vitor Carneiro¹; Maria Antónia Duarte¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

O tratamento de primeira linha na colite ulcerosa aguda grave é a corticoterapia endovenosa. Em caso de refratariedade, está indicada a terapêutica com infliximab ou ciclosporina. No entanto, até 30% dos doentes podem necessitar de tratamento cirúrgico.

Apresentamos uma doente do sexo feminino, 47 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência por diarreia com sangue e muco (10 dejeções por dia, com diarreia noturna), associada a dor abdominal generalizada, tipo cólica, com dois meses de evolução, e perda ponderal de 5 Kg num mês. À admissão, a doente encontrava-se normotensa, taquicárdica (109 bpm) e febril (TT 38.7°C). Analiticamente, apresentava Hb 12.4 g/dL, leucócitos 134000/ìL, plaquetas 537000/ìL, albumina 2.2 g/dL, PCR 20.4 mg/dL, sem hiperlactacidemia.

Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica, que evidenciou dilatação do cólon, sobretudo do cólon transverso, acompanhado de espessamento da parede do cólon descendente. Na retossigmoidoscopia, toda a mucosa observada encontrava-se edemaciada, com hemorragia espontânea e múltiplas ulcerações, algumas destas profundas.

Tendo em conta os achados clínicos, a avaliação analítica e o resultado da retossigmoidoscopia e da TC, assumiu-se o diagnóstico de colite ulcerosa grave (score de Truelove & Witts grave e subscore de Mayo endoscópico 3). A doente iniciou corticoterapia endovenosa.

A pesquisa da toxina A e B e do antígeno de *Clostridioides difficile* foram positivos, tendo iniciado vancomicina, por indisponibilidade de fidaxomicina. As biópsias da retossigmoidoscopia confirmaram o diagnóstico de colite ulcerosa com acentuados sinais de atividade, verificando-se a presença do vírus Epstein-Barr (EBV) por hibridização *in situ*, compatível com infecção por EBV. O citomegalovírus (CMV) nas biópsias da retossigmoidoscopia foi excluído. A doente iniciou terapêutica com ganciclovir.

Ao terceiro dia de corticoterapia, por ausência de resposta, segundo o score de Oxford, iniciou infliximab. Após duas tomas, mantinha 7 dejeções diárias, com sangue, taquicardia e perfil hipotensivo, acompanhada de dilatação do cólon transversal (7.6 cm), pelo que foi realizada proctocolectomia total laparoscópica, com ileostomia tipo Brooke, em contexto de urgência.

Na peça operatória, as alterações microscópicas sugestivas de colite ulcerosa afetavam, predominantemente, o cólon transversal, descendente, sigmóide e reto, com menor expressão no cego e cólon ascendente. A doente encontra-se assintomática, num *follow-up* de dois meses.

A colite por EBV é extremamente rara em doentes que não se encontram sob terapêutica imunossupressora, como era o caso da doente apresentada.

A importância da pesquisa de CMV em doentes com colite ulcerosa é regularmente reconhecida, no entanto, a identificação de EBV na mucosa intestinal nem sempre é realizada.

Com este caso, pretendemos mostrar a importância da pesquisa de sobreinfecções em doentes com colite ulcerosa agudizada, como a CMV e *C.difficile*, mas também do EBV. Atualmente, o EBV está associado a exacerbação dos sintomas e a pior prognóstico, condicionando uma doença refratária, com maior necessidade de colectomia. Apresenta-se iconografia que evidencia a gravidade da doença.

Palavras-chave : Clostridioides difficile, Vírus Epstein-Barr, Colite ulcerosa aguda grave