

**EP-167 - ENCERRAMENTO DE FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA APÓS TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DISSEMINADA EM DOENTE COM DOENÇA DE CROHN – DESAFIOS NA ERA DOS BIOLÓGICOS**

Jc Silva<sup>1</sup>; A Rodrigues<sup>1</sup>; Ap Silva<sup>1</sup>; J Rodrigues<sup>1</sup>; M Sousa<sup>1</sup>; C Gomes<sup>1</sup>; J Carvalho<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Apresenta-se o caso de homem de 46 anos, com Doença de Crohn (DC), ileocólica de comportamento penetrante (Montreal-A2L3B3p). Trata-se de um doente refractário a imunossupressor, com reacção alérgica grave a infliximab que motivou a sua suspensão. Proposto para tratamento cirúrgico em 2010. Cirurgia dificultada por esplenomegalia maciça, pelo que foi submetido a esplenectomia. Ressecção ileocecal (70cm de ileon distal) numa segunda intervenção. Histologia da peça operatória compatível com DC. Tentada terceira cirurgia para reconstituição do trânsito, não conseguida por aderências, mantendo colostomia.

Iniciou posteriormente tratamento com Adalimumab 40mg a cada 2 semanas. Em 2013 por evidência de tuberculose (TB) pulmonar suspendeu anti-TNF e cumpriu 9 meses de tratamento com tuberculostáticos em *full dose*, retomando adalimumab após resolução do quadro.

Cerca de 3 anos após (Outubro/2016) aparecimento de fístula enterocutânea em cicatriz de laparotomia prévia. Intensificou-se terapêutica para adalimumab 40mg/semana.

Em Outubro/2017 recorre ao SU por quadro de febre, aumento de drenagem pela fístula enterocutânea e adenopatia inguinal de novo. Cerca de 2 semanas antes tinha sido avaliado por Pneumologia que excluiu TB ativa. Analiticamente apresentava PCR-14,42mg/dL. TAC revelou derrame pericárdico de muito acentuado volume e derrame pleural de pequeno volume à direita. Submetido a toracocentese, pericardiocentese e biopsia da adenopatia inguinal cujo estudo confirma o diagnóstico de TB disseminada. Cumpriu tratamento com antituberculostáticos, verificando-se melhoria da disfunção respiratória e cardíaca. Verificou-se ainda encerramento da fístula enterocutânea.

O presente caso é exemplificativo dos desafios no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) com biológicos, e das limitações dos rastreios de TB latente. Acresce em complexidade o facto de ter havido encerramento da fístula enterocutânea após tratamento com tuberculostáticos, tornando a distinção entre complicações de DII e TB difícil.