

EP-031 - OCLUSÃO INTESTINAL – UMA CAUSA INESPERADA

Joyce Chivia¹; Teresa Costa²; Miguel Borges³; Pedro Figueiredo⁴; Cristina Chagas⁴

1 - Serviço de Gastreenterologia Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Anatomia Patológica Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 3 - Serviço de Cirurgia Geral Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 4 - Serviço de Gastreenterologia Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Mulher de 36 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Foi admitida com história de dor abdominal, vômitos e obstipação com uma semana de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência uma semana antes, com quadro de diarreia, vômitos, dor abdominal e perda ponderal de 4 Kgs, sem febre, obteve alta com o diagnóstico de gastroenterite e medicada com antibióticos e antieméticos. Ao exame de físico abdómem distendido e timpanizado, sem sinais de irritação peritoneais. Analiticamente de relevante PCR elevada de 7,5 mg/dL. Para investigação etiológica realizou, RX do abdómen que revelou múltiplos níveis de hidroaéreos, a TC abdominal espessamento do íleo terminal e linfonodomegalias dilatadas do delgado, locorreional e mesentérica, além de líquido livre no mesentério, na goteira parietocólica e na cavidade pélvica. Esses achados foram sugestivos de doença de Crohn ileal com obstrução do intestino delgado, iniciou metilprednisolona. Sem melhoria clínica, foi submetida à ileocolonoscopia, que mostrou cego deformado e segmento curto do íleo edematoso, sem erosões ou úlceras, as biópsias foram inconclusivas. Foi agendada uma ressecção intestinal. A histologia da peça cirúrgica revelou espessamento do íleo terminal e das paredes cecais, múltiplos focos de glândulas endometriais com baixa atividade proliferativa ao longo da muscular própria, correspondendo à endometriose ileocecal. Os autores apresentam o caso pela raridade do mesmo.