

106 COLITE AMEBIANA: UMA FACE INUSUAL DA COLITE INFECIOSA

Gravito-Soares E(1), Gravito-Soares M(1), Ferreira AM(1), Almeida N(1), Tomé L(1), Oliveira R(2), Sofia C(1)

INTRODUÇÃO: A amebíase intestinal é causada pelo parasita protozoário *Entamoeba histolytica*. Pode manifestar-se por clínica gastrointestinal ou doença extra-gastrointestinal. É rara nos países ocidentais, usualmente observada em viajantes ou imigrantes.

CASO CLÍNICO: Homem, 52 anos. Quadro clínico de diarreia sanguinolenta, dor abdominal nos quadrantes inferiores e febre, com 5 dias de evolução. Professor em Angola e história de colite infecciosa 2 meses antes da recorrência, medicada com Metronidazol 500mg 8/8horas 1 semana. Colonoscopia total com mucosa eritematosa, congestiva e múltiplas úlceras, algumas com aspeto endoscópico de botão de camisa ('flask-shaped ulcers') em todo o cólon e reto, com predomínio no colon proximal e cego. Efetuadas biopsias que revelaram microrganismos arredondados com citoplasma microgranular/reticular eosinofílico, envolvido por intenso infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e de polimorfonucleares neutrófilos, diagnóstico de colite amebiana. Presença de quistos e antigénio fecal de *Entamoeba histolytica* nas fezes. Efetuada terapêutica com Metronidazol 500mg 8/8h 10dias e posteriormente Paromomicina 250mg 8/8h 7dias. Realizou ainda TC toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) para exclusão de doença invasiva, tendo revelado espessamento cólico difuso e uma lesão mediastínica a envolver o brônquio principal direito com extensão até ao hilo pulmonar, densidade de tecidos moles com áreas hipodensas, podendo corresponder a adenomegalias necrosadas, sem outras alterações. Boa evolução clínica, com coproculturas e colonoscopia após 3 meses negativas. Biopsias trans-brônquicas inconclusivas e TC-TAP de controlo aos 6 meses sem espessamento cólico, mantendo lesão mediastínica inalterada, ficando-se na dúvida quanto a implante amebiano/natureza vascular. Proposto para mediastinoscopia, que o doente recusou. Assintomático, sem recidiva do quadro gastrointestinal, para um follow-up de 9 meses.

CONCLUSÃO: Reporta-se um caso clínico de colite infecciosa de etiologia pouco habitual a *Entamoeba histolytica*. Destaca-se a importância da história clínica, contexto epidemiológico, diagnóstico definitivo para terapêutica apropriada (necessidade de antibioterapia suplementar para erradicação dos quistos intraluminais) e alterações endoscópicas singulares. Documenta-se iconografia endoscópica, imagiológica e histológica.

(1)Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (2)Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.