



19º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
Gastroenterologia e  
Hepatologia Pediátricas  
17º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
Nutrologia Pediátrica  
2º SIMPÓSIO DE  
Suporte Nutricional  
Pediátrico  
São Luís - MA

05 A 07 DE  
JUNHO DE 2024

Centro de Convenções Senac  
Rua do Passeio, 495 - Centro - São Luís - MA, 65015-350



## Trabalhos Científicos

**Título:** Enteropatia Auto-Imune Como Diagnóstico Diferencial De Atrofia Vilositária Em Adolescente Com Imunodeficiência

**Autores:** MARINA SIMÕES MOREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ROBERTA FERREIRA TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), PAULA VALLADARES GUERRA RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GRAZIELA CRISTINA MATTOS SCHETTINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), SIMONE DINIZ CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LIDIANE DE ARAUJO LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANA LUIZA SILVEIRA AMEDEE PERET (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), IGOR BRAGA VIEIRA BAIÃO SALGADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANA CLARA ANDRADE LANDEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

**Resumo:** A principal causa de atrofia vilositária é a doença celíaca. Quando deparamos com essa condição e presença de sorologia negativa, há um desafio diagnóstico. "Paciente sexo masculino, apresentava quadro de dor abdominal, diarreia e episódios de hematoquezia desde os 13 anos. Realizou colonoscopia que evidenciou pancolite e ileíte moderadas e iniciado tratamento para doença de Crohn. Fez uso de azatioprina e mesalazina por 3 meses e prednisona por 2 anos. Permaneceu estável em uso de corticoterapia, com piora importante após suspensão. Foi internado no serviço aos 17 anos, com queixa de dor abdominal, diarreia crônica e desnutrição grave com perda de 5kg em 3 meses. Na internação foi submetido à diversos exames propedêuticos: colonoscopia e enterotomografia normais; biópsia de endoscopia com duodenite crônica com atrofia vilositária acentuada (Marsh IIIC), além de pangastrite crônica discreta, com metaplasia intestinal e atrofia discreta no corpo; dosagens de IgA, IgM e IgG reduzidas, impossibilitando avaliação sorológica de doença celíaca. Suspenso glúten na ocasião, iniciado terapia nutricional, com uso de nutrição parenteral. Foi realizada nova endoscopia após 6 meses de suspensão, sem transgressão de dieta, mantendo atrofia em mesmo grau, além redução relativa de células de Panet e caliciformes em jejuno, com alterações sugestivas de enteropatia auto-imune. Resultado de pesquisa de HLA DQ2 e DQ8 negativos. Foi reiniciada prednisona e retornado glúten. Atualmente mantém melhora nutricional, sem quadros de diarreia ou dor abdominal." "Quando nos deparamos com um paciente apresentando atrofia e sorologia negativa para doença celíaca temos que avaliar diagnósticos diferenciais, dentre eles a doença celíaca soronegativa, a enteropatia autoimune, a imunodeficiência comum variável, giardíase, linfomas, dentre outras. A resposta do paciente à dieta de exclusão do glúten, a avaliação dos HLA DQ2 e DQ8, a presença de autoanticorpos anti-enterócito IgG e IgA e as características da biópsia podem ser essenciais. No caso acima, temos uma genética negativa, ausência de resposta histológica adequada à dieta de exclusão do glúten e uma histologia sugestiva de enteropatia autoimune. Não é possível a dosagem de anticorpos anti-enterócito nesse caso devido imunodeficiência associada. A biópsia não era sugestiva de linfoma por presença de linfócitos em quantidade menor que esperado para essa condição e ausência de linfócitos atípicos. Também não era sugestiva de imunodeficiência comum variável devido ao número aumentado de plasmócitos na amostra. Também foi realizado tratamento empírico para giardíase, sem resposta. Sendo assim, o diagnóstico mais provável, com biópsia compatível era a de enteropatia auto-imune, sendo iniciado tratamento, com boa resposta até o momento.