



Trabalhos Científicos

Título: Considerar Doença Inflamatória Intestinal No Diagnóstico Diferencial De Febre De Origem Indeterminada

Autores: BEATRIZ DAMASCENO ARCELINO DO CEARÁ (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); MARIA APARECIDA GADIANI FERRARINI (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); DAIANNY SILVEIRA BARBOSA (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); MARYARA NUNES DE SOUZA ZERAICK (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); ANA ESTER PEREIRA PEIXOTO (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); TAMIRES BERNARDES MIRANDA (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); SILVIO KAZUO OGATA (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); RODRIGO STREHL MACHADO (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); MAISSARA OBARA VENTURIERI (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); JULIANA TIEMI SAITO (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); LETÍCIA HELENA CALDA LOPES (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP); VERA LUCIA SDEPANIAN (DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP)

Resumo: Relato de caso de paciente com história de febre vespertina intermitente há 1 ano com perda de peso, constipação e dor abdominal, atendido no Pronto Socorro do Hospital São Paulo, e atualmente em acompanhamento na Gastroenterologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). D.J.P.P., 13 anos, masculino, natural/residente de Guarulhos-SP. História de febre até 38,5°C há 1 ano, intermitente, 6x/semana, noturna, com sudorese profusa, inapetência, hiporexia, náuseas, perda de 6kg e dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita, sem despertar noturno, melhora parcial com decúbito ventral e analgésicos comuns, associada a vômitos e calafrios. Apresentava mudança do padrão evacuatório desde o início dos sintomas: 2x/semana, fezes grosso calibre, com rachaduras e esforço. Dois episódios prévios de sangue vivo misturado às fezes e úlceras orais dolorosas. Ao exame: emagrecido (24kg), sem linfonodomegalias, descorado 3+, abdome doloroso em hipocôndrio direito e epigástrio, inspeção anal: plicoma e fissura às 11h. Exames laboratoriais: anemia (Hb 8,5), leucócitos 5410, sem desvios e plaquetose (500 mil), albumina 2,9, PCR 125, sorologias citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose, HIV, hepatites normais, hemocultura/urocultura negativas, PPD e Rx tórax normais. Endoscopia digestiva alta (a), colonoscopia (b) e tomografia de abdome (c) evidenciaram, respectivamente: a. duodenite erosiva; b. úlceras aftóides em todo o cólon, entremeadas por mucosa normal, vasos visíveis na submucosa, pólipos sésseis em cólon transverso, e à microscopia presença de colite crônica em atividade em todo cólon, ausência de granulomas/parasitas; c. espessamento difuso das paredes ileais, com densificação do plano adiposo adjacente, inferindo processo inflamatório (ileíte) com pequena quantidade de líquido livre na fossa ilíaca direita e ausência de estenoses. Após resultados de exames, feito diagnóstico de doença de Crohn grave. Recebeu dieta polimérica exclusiva, está em uso de Infliximabe e Azatioprina, assintomático, com normalização dos exames laboratoriais e ganho de peso progressivo. Em conclusão, diante de um quadro de febre origem indeterminada, além das causas infecciosas e neoplásicas, a doença inflamatória intestinal deve ser considerada, investigada, e se confirmada, tratada, o que modificará o curso de uma doença grave.