

DOENÇA DE CROHN COMPLICADA POR FÍSTULA: RELATO DE CASO

CROHN'S DISEASE COMPLICATED BY FISTULA: CASE REPORT

REBECA ROMEIRO **CALIXTO**. Médica Residente em Cirurgia Geral do HONPAR.

CYNTHIA NEVES DE **VASCONCELOS**. Médica Cirurgiã e Preceptora de Cirurgia Geral do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

A doença de Crohn é uma inflamação intestinal crônica que pode acometer qualquer porção do trato digestivo e pode ser complicada pela obstrução intestinal ou pela perfuração localizada com formação de fístula. Estas complicações podem ser tratadas cirurgicamente. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de Doença de Crohn em uma paciente do sexo feminino, cuja apresentação inicial apresentava forte diagnóstico diferencial com apendicite e que evoluiu, apesar do tratamento clínico com fístula enterocutânea.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Crohn. Fístula enterocutânea. Doença inflamatória intestinal.

ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic bowel inflammation that may involve any site of the digestive tract and can be complicated by intestinal obstruction or localized perforation with formation of a fistula. These complications may be treated surgically. The present study has the goal to report a Crohn's disease on a female patient, whose initial presentation could be appendicitis, and that evolved, despite of the clinical treatment with enterocutaneous fistula.

KEYWORDS: Crohn's disease. Enterocutaneous fistula. Inflammatory bowel disease.

INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de caráter crônico. Sua causa ainda permanece desconhecida, porém sabe-se que existem diversos fatores ambientais e genéticos envolvidos. As apresentações clínicas mais comuns são dor abdominal, diarreia e perda de peso (CROHN et al., 1932; GEDIIB, 2010).

Pode envolver qualquer parte do trato digestivo, mas aproximadamente 46% dos pacientes tem doença ileocólica, 33% apenas ileal, 19% apenas no cólon e somente 4% no trato digestivo superior (LICHTENSTEIN, 2000; MCKENZIE, 2015). A doença de Crohn é a doença cirúrgica primária que mais comumente afeta o intestino delgado, com uma incidência anual de 3-7 casos por 100.000 habitantes. Acomete primariamente adultos jovens na segunda e

terceira décadas de vida. A DC é observada quase igualmente em homens e mulheres, com uma proporção de 1:1,2 (POLLI, 2007; RABELO et al., 2008).

O diagnóstico deve ser considerado em pacientes com episódios crônicos, recorrentes de dor abdominal, diarreia e perda de peso. A biópsia da área afetada é a chave para o diagnóstico e pode ser realizada através de colonoscopia. A tomografia computadorizada pode ser útil principalmente para diagnosticar as complicações extramurais da doença. As principais características macroscópicas são áreas multiplamente acometidas, separadas e delineadas, resultando em lesões salteadas. A aparência de “pedra de calçamento” da mucosa é causada pela intersecção de úlceras longitudinais e transversais (MCKENZIE; EVERS, 2015).

Não existe cura para Doença de Crohn, mas existem medidas clínicas e cirúrgicas que podem ser realizadas para aliviar as exacerbações agudas e tratar as complicações da doença. As drogas utilizadas para indução e manutenção da remissão incluem aminossalicilatos (sulfassalazina, mesalamina), corticoesteróides, agentes imunossupressores (azatioprina, 6-mercaptopurina e metotrexato), infliximabe e antibióticos. A doença de Crohn pode ser complicada pela obstrução intestinal ou pela perfuração localizada com formação de fístula. O prognóstico da doença é bom independentemente do tipo de terapia utilizada (MCKENZIE; EVERS, 2015; RABELO et al., 2008).

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de Doença de Crohn em íleo terminal com presença de fístula e necessidade de intervenção cirúrgica em uma paciente do sexo feminino de 22 anos, atendida no Hospital Norte Paranaense – Arapongas/PR – em 2015.

RELATO DE CASO

Paciente J.P., sexo feminino, 22 anos, natural e procedente de Pitangueiras/PR. Procurou serviço médico em junho de 2015 com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 3 dias, apresentando piora progressiva sem outros comemorativos. Ao exame físico apresentava sinais de irritação peritoneal localizada em fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais sem alterações. Realizado USG de abdome, caracterizando mínima quantidade de líquido em fundo de saco, porém apêndice não caracterizado. Realizado TC de pelve, na qual foi identificado espessamento parietal segmentar de íleo terminal, 4,2cm até válvula ileocecal e borramento de planos adiposos adjacentes.

O paciente foi submetido à videolaparoscopia, identificando líquido livre e quadro de ileíte, optado por realizar apendicectomia. Após a alta hospitalar, mantido acompanhamento ambulatorial, realizado colonoscopia em outubro, identificando lesão de aspecto ulceroinfiltrativo em topografia de válvula ileocecal de aproximadamente 2cm, com edema e enantema adjacentes. Biopsia apresentando infiltração de padrão inespecífico, sem granulomas. Optado por iniciar terapia com antiinflamatório esteroidal e aminossalicilato.

Em abril de 2016, retorna ao pronto socorro mantendo queixa de dor abdominal porém com piora há 1 semana de intensidade e náuseas, vômitos e inapetência associada. Ao exame físico identificado massa palpável em quadrante inferior direito. Realizado tomografia computadorizada que identificou espessamento concêntrico com realce mucoso e alteração inflamatória da gordura adjacente compatível com ileíte, além de imagem

sugestiva de trajeto fistuloso entre o íleo terminal e a tela subcutânea da região paramediana direita. Iniciado tratamento com antibioticoterapia (ciprofloxacino e metronidazol), prednisona e mesalazina. Apresenta melhora inicial do quadro clínico, porém evolui com piora da dor, náuseas, febre e aumento da massa palpável.

Frente a piora do quadro, realizado laparotomia exploradora, identificando presença de espessamento em íleo terminal com fístula enterocutânea. Realizado enterectomia e colectomia direita com ileotransverso anastomose, recebendo alta no quinto dia de pós-operatório. Relatório anatomo-patológico identificou segmento de íleo e cólon direito apresentando reação inflamatória com fibrose transmural e granulomas, compatível com Doença de Crohn ativa sem displasia, apresentando perfuração.

DISCUSSÃO

De acordo com o Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEBIID), a doença de Crohn é diagnosticada usualmente entre 20 e 30 anos, sem diferença entre sexo masculino ou feminino⁵. A paciente em questão tinha 22 anos no diagnóstico. O quadro clínico inicial foi de ileíte terminal aguda, que ocorre em aproximadamente 33% dos pacientes. Seu principal diagnóstico diferencial é a apendicite. Mesmo quando ocorre a indicação cirúrgica e não há apendicite associada a ileíte, deve-se realizar apendicectomia, principalmente para eliminar o apêndice como fonte de dor abdominal.

A paciente em questão apresentou quadro fístula enterocutânea em fossa ilíaca direita na evolução, mesmo com tratamento clínico adequado. As fístulas ocorrem em 20-40% dos pacientes com Doença de Crohn, sendo que o tipo mais comum é a fístula enterocutânea, especialmente as fístulas perianais. O tratamento da fístula pode ser clínico ou cirúrgico, com uma probabilidade de cirurgia de 85%, sendo necessária a ressecção completa do segmento comprometido. Nos casos de desnutrição severa e sepse abdominal, deve-se evitar realizar anastomose primária. Um paciente com doença de Crohn por 20 anos tem a possibilidade cumulativa de necessidade de intervenção cirúrgica de 78%. A recorrência da doença é detectada em 70% dos pacientes em 1 ano após a cirurgia e em 85% após 3 anos. A reabordagem é necessária em 40% dos pacientes em um período de 20 anos (GEBIID, 2010).

A evolução da doença costuma ser benigna, apesar da necessidade de tratamento clínico prolongado. As medicações são utilizadas na indução de remissão e na manutenção. Os corticoesteróides são efetivos na indução da remissão clínica (70-90%), de preferência por curto espaço de tempo, não sendo eficaz no tratamento de fístulas. O Ácido-5-aminossalicílico é efetivo na indução e manutenção da remissão da doença, porém sem efeito comprovado para tratamento de fístulas. Tem efeito menor que corticoesteróides para indução de remissão. Os antibióticos necessitam de atividade contra bactérias Gram negativas e anaeróbios e são úteis no tratamento de fístulas enterocutâneas, doença perianal e doença colônica ativa. Outras medicações tem sido utilizadas no tratamento da doença de Crohn. Os imunomoduladores (Azatioprina, 6-mercaptopurina), tem boa eficácia no tratamento de fístula. Seu fechamento completo ocorre em 30% dos pacientes, com resposta parcial em 25%. Pode ser utilizada na manutenção da remissão e no desmame de

corticóides em pacientes corticodependentes. Terapias biológicas como Infiximab, que é um anticorpo monoclonal para TNF alfa. A medicação é eficaz no tratamento de fístula enterocutânea, obtendo até 55% de chance de fechamento), porém com terapia prolongada de 3 meses e alto custo (GEBID, 2010; MCKENZIE, EVERS, 2015).

CONCLUSÃO

A Doença de Crohn não tem cura. Os pacientes diagnosticados necessitam de acompanhamento para tratamento adequado. As opções de terapia são diversas e suas indicações dependem do contexto do paciente e presença de complicações. Por esse motivo deve-se avaliar a gravidade da doença e sua evolução, discutindo sempre os riscos e benefícios de cada tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

CROHN, B.B.; GINZBURG, L.; OPPENHEIMER, G.D. Regional ileitis. **J Am Med Assoc.** v. (99):1323-9, 1932.

GEDIIB - Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil. Consenso Brasileiro sobre a doença inflamatória intestinal. **Arq Gastroenterol.** v.7(3):313-25, 2010.

LICHTENSTEIN GR. Treatment of Fistulizing Crohn's Disease. **Gastroenterology.** v.119(4):1132-1147, 2000.

MCKENZIE, S.; EVERS, B.M. Inflammatory Bowel Disease. In: Sabiston Textbook of Surgery. 19. Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2015.

POLI, D.D. **Impacto na raça e ancestralidade na apresentação e evolução da doença de Crohn no Brasil.** São Paulo: Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Disponível em: http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=87A57C462908&lang=pt-br, 2007.

RABELO, A. et al. Da classificação de Viena para a nova classificação de Montreal: caracterização fenotípica e evolução clínica da doença de crohn. **J Port Gastroenterol.** v. (18):15-21, 2008.