

Doença de Crohn penetrante: um relato de caso

Universidade Santo Amaro - Hospital Geral do Grajaú

Santos, A. P. N.¹; Paiva, N. R.¹; Santos, N. G. P.¹; Moura, G. M. M.¹; Ilias, E. J.²; Ketzer, B. M.³; Garcia, D. F. A.⁴; Andrikopoulos, Y.B.⁵

1. Estudante de medicina da Universidade de Santo Amaro.
2. Doutorado em medicina pela faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo e Chefe da cadeira de Cirurgia Geral da Universidade de Santo Amaro.
3. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral do Grajaú e professor assistente da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro.
4. Médico preceptor assistente da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro.
5. Médico da equipe de cirurgia geral do Hospital Geral do Grajaú.

Introdução

A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade gastrointestinal inflamatória crônica, recidivante, com causa desconhecida, caráter transmural, e que pode atingir qualquer parte do sistema gastrointestinal, sendo a principal localização íleo terminal¹. Suas manifestações clínicas são variadas e inespecíficas podendo ter complicações sistêmicas e afetando significativamente a qualidade de vida do paciente².

Objetivo

Relatar um caso clínico de DC complicada por fístula entérica complexa, descrevendo a conduta adotada e evolução do paciente atendido no Hospital Geral do Grajaú (HGG), São Paulo – SP.

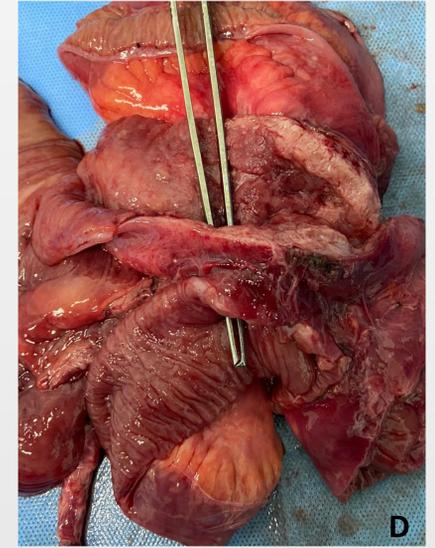
Metodologia

Foram realizadas buscas nas bases de dados Medline/Pubmed, Embase e Cochrane utilizando como descritores: Inflamação, Fístula, Estenose, Doença de Crohn e Mikulicz. Além disso, houve uma análise detalhada da internação e cirurgia descritos no prontuário eletrônico do paciente no sistema do Hospital Geral do Grajaú.

Relato de Caso

C.S.N., masculino, 44 anos, tabagista, procurou o serviço de urgência em 2016 por quadro de abscesso retro-retal, sendo realizada drenagem cirúrgica. Em 2019 compareceu ao ambulatório com queixa de saída de secreção em região perianal. Solicitou-se uma colonoscopia, evidenciando pólipos séssil em sigmóide. Realizada a TC de abdome e pelve, demonstrando coleção líquida, com gás na região pré-sacral e sinais de retração de alças entéricas pré-sacral à direita, levando à hipótese diagnóstica de fístula enterocutânea e a programação da abordagem cirúrgica.

Na laparotomia exploratória, foram identificados dois linfonodos aumentados em região de mesentério, sendo encontradas lesões puntiformes, hiperemiadas em parede do intestino delgado, a partir de 50 cm do ângulo Treitz até válvula ileocecal. Evidenciou-se três áreas de estenose em íleo terminal, além de fístula interna enteroentérica a 30 cm da válvula ileocecal. Aderência inflamatória do íleo terminal com cúpula vesical e mesossigmóide.



C e D - Presença de fístulas enteroentéricas, padrão de “pedra de calçamento” e espessamento da mucosa intestinal visualizadas na abordagem cirúrgica.

Ao final do procedimento, foi feita uma ileocolostomia direita, com exérese de 60cm de delgado. Devido à presença de doença perianal, com sufusões hemorrágicas e fístula anorretal complexa, e da extensa área de atividade da DC, com mais de 100 cm de comprometimento em delgado, foi optado por ileocolostomia a Mikulicz I, devido à alta morbimortalidade inerente à deiscência anastomótica. Neste contexto, a anastomose não pode ser realizada durante a cirurgia, já que a chance de deiscência é elevada.

Discussão

A confirmação diagnóstica da DC, além da análise laboratorial, é apoiada pelos exames de imagem, que incluem a colonoscopia, a Tomografia Computadorizada (TC), a Ressonância Magnética (RM) e a Enterografia por Tomografia Computadorizada (Entero-TC) com o uso de contraste via oral, sendo esta a mais utilizada³. Tal técnica permite avaliar os segmentos intestinais e possíveis complicações, como fístulas, abscessos, estenoses, além de avaliar a atividade da doença^{4,5}. Apesar da eficácia dos métodos diagnósticos de imagem nas doenças inflamatórias intestinais, o caso evidencia que em quadros complicados da DC o diagnóstico é concluído no centro cirúrgico, pois a TC não apresenta as alterações que foram identificadas no intraoperatório. Sendo assim, a confirmação veio com a realização da cirurgia e, posteriormente, com a avaliação anátomo-patológica.

Conclusão

Apesar da eficácia diagnóstica da tomografia computadorizada contrastada de abdome e pelve nas doenças inflamatórias intestinais, o caso evidencia que exames mais específicos e a avaliação anatomopatológica são fundamentais para a confirmação da doença e a instituição do tratamento adequado, evitando quadros arrastados e complicações.

Referências



A e B - Peça anatômica de cólon direito, com espessamento da mucosa intestinal e da válvula ileocecal, com retirada de apêndice que encontrava-se aderido na parede pélvica.