



Relato de caso: jovem com doença de Crohn perianal

JÚLIA RIBEIRO BORGES¹, JACQUELINE JÉSSICA DE MARCHI¹, VITÓRIA PAGLIONE BALESTERO DE LIMA¹, CAROLINNE BEATRIZ ALVES¹, MARIA OLIVIA DA SILVA², VIVYAN VANESSA DE LIRA ISIDRO³ e JOANNA MARIA ALVES MORAIS¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE- UNIVAG BRASILEIRA, VÁRZEA GRANDE - MT - BRASIL.

3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE BRASILEIRA, SANTO AMARO - PE - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) caracterizam-se por um processo inflamatório gastrointestinal, devido a resposta imunológica inapropriada a antígenos das bactérias da microbiota em indivíduos geneticamente suscetíveis. Podem ser: Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC), tendo uma terceira classificação: Colite indeterminada. Os quadros clínicos são semelhantes e a diferenciação ocorre pelos achados radiológicos, endoscópicos, histológicos e laboratoriais. Cerca de 10% dos pacientes diagnosticados inicialmente com RCU são “reclassificados” para DC. É essencial o paciente ser assistido por um médico que seja especialista em DII, compreenda a evolução da doença. Além do acompanhamento do paciente regularmente para evitar complicações.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 34 anos, branco, procedente de Cuiabá-MT, relatou que em 2015, iniciou diarreia sanguinolenta (BRISTOL 7), tenesmo, desconforto anal, náuseas e vômitos. Realizou colonoscopia que foi constatadas úlceras em reto. Sendo diagnosticado, com RCU (padrão retite). Iniciou tratamento com Mesalazina via retal (500 mg/dia). Devido a exacerbação do quadro em 2017, optou por iniciar Humira 40 mg SC (dose de ataque) + 3 meses de manutenção (14/14 dias), após 4 meses de tratamento paciente não adaptou a medicação. Prescrito então Mesalazina 1g/dia retal e 4g/dia via oral. Com artralgia no joelho esquerdo e dor sacral, associou-se metotrexato (6 cp/semana). Em Nov/19, apresentava-se em remissão sustentada da doença (calprotectina fecal (116 mg/kg). Em 21/06/20, teve diarreia sanguinolenta, frequência de 7 a 15 vezes/dia, dor perianal, sem febre. Ressonância magnética (RM) anuperineal (24/06/20): sinais de abscesso no canal anal de volume estimado em 10mL. Dia 24/06/20 realizou drenagem do abscesso e iniciou antibioticoterapia (Cipro e Metro). Para acompanhamento (27/06/20), dosou Calprotectina fecal, obtendo 1319mg/kg. Tendo a possibilidade de Síndrome de Fournier, administrou Ertapenem.

Diante disso, definiu-se o diagnóstico de DC perianal e optou por tratamento com imunobiológico, Remicade (0,5 mg/kg/dia) - até presente momento, realizou as doses de indução. Em nova RM de pelve para acompanhamento, indicou evolução do abscesso para fístula em ferradura e intenso processo inflamatório. Assim, optou-se por realizar curetagem e colocação de sedenho na fístula perianal (24/07/20), associando sessões na câmara hiperbárica e papaína.



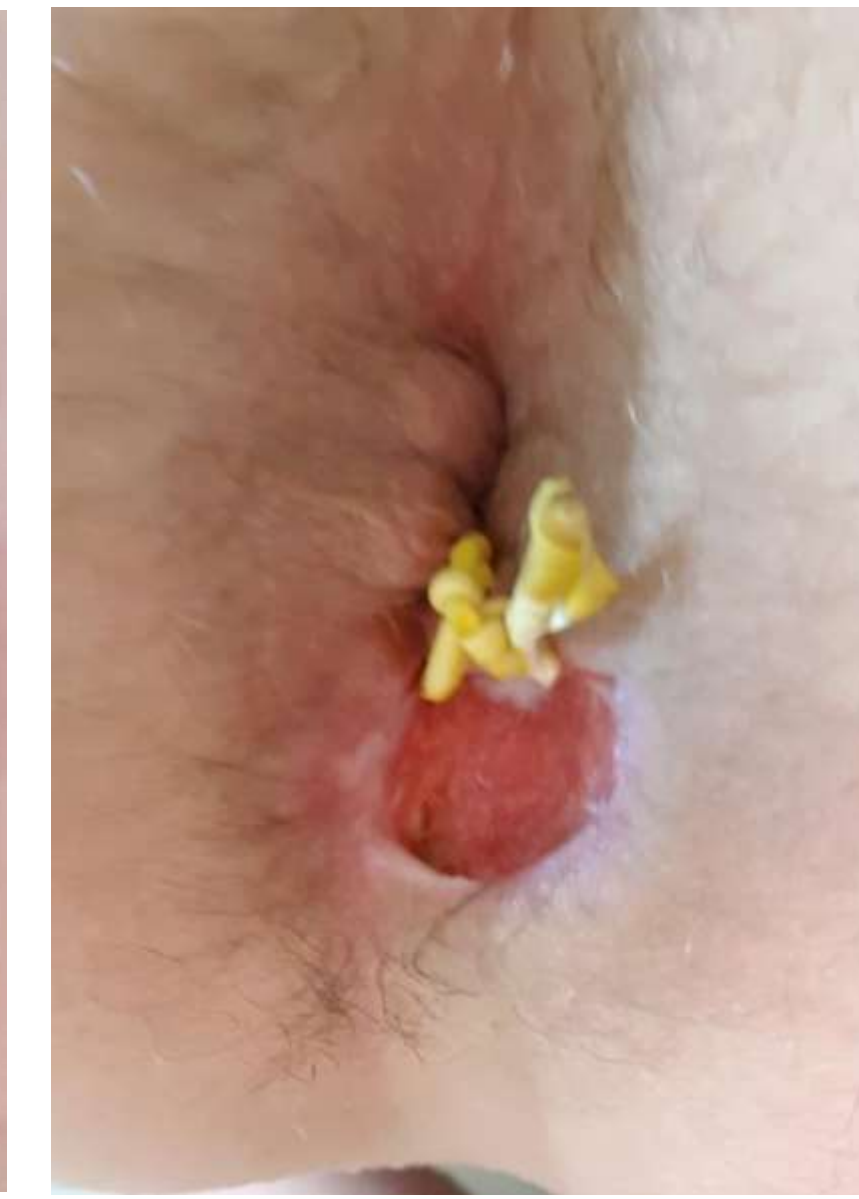
08/07/2020:
Pré operatório.



24/07/2020:
No dia da
cirurgia.



11/08/2020:
18º dia de pós
operatório.



10/09/2020:
48º dia de pós
operatório.

DISCUSSÃO

A administração de imunobiológicos no tratamento das DII, mostrou redução do risco de complicações e melhor qualidade de vida. Acredita-se que o Infliximabe, agente anti-TNF, seja benéfico para induzir remissão sustentada. Nesse relato, o paciente evoluiu com DC perianal, justificando a necessidade do uso precoce do agente anti-TNF, pois é a droga de primeira escolha, responsável por induzir a cicatrização da mucosa intestinal e evitar complicações. Se ele tivesse mantido o Humira, será que a doença teria evoluído para cirurgia?

REFERÊNCIAS:1-Arantes JAV, Santos CHM, Delfino BM, Silva BA, et al. Epidemiological profile and clinical characteristics of patients with intestinal inflammatory disease. J. Coloproctology (Rio J). 2017; 37(4): 273-278

2-FERRAZ, F.B. Panorama geral sobre Doenças Inflamatórias Intestinais: imunidade e susceptibilidade da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. J. Health Sci 2016; 18(2): 139-43

3-Lamb CA, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut British Society of Gastroenterology. 2019.

4-Malheiros APR, Teixeira MG, Neto AS, Filho ES, Rodrigues LCO, Thierry R, Nahas S, Cecconelo I. Tratamento da Doença de Crohn com Infliximabe: Primeira opção? Arq Bras Cir Dig 2009; 22(2):101-4

5-Melmed GY, Elashoff R, Chen GC, et al. Prevendo uma mudança no diagnóstico da colite ulcerosa para a doença de Crohn: um estudo aninhado de controle de caso. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007; 5 (5): 602

6-Teixeira FV, Saad-Hossn R, Carpi MR, Teixeira ACA, JÚNIO PT. Infliximabe no Tratamento Inicial da Retocolite Ulcerativa Moderada e Grave/ Terapia Top Down: Relato Preliminar. Rev bras Coloproct. 2008; 28 (3).