

Relato de Caso: Doença de Crohn complicada

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crônica que pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal luminal desde a cavidade oral até a área perianal. A natureza transmural da inflamação resulta em estenoses fibróticas, as quais levam à episódios recorrentes de dor abdominal e obstrução do intestino delgado ou, menos comumente, obstrução do cólon (1). A intervenção cirúrgica é necessária em casos de obstrução intestinal, abscessos ou fístulas, assim como na refratariedade da doença. O risco de ressecção intestinal cirúrgica na DC em 10 anos é de 46,6% (2), incidência que vem diminuindo. A intervenção leva a remissão clínica da doença temporariamente. O conteúdo intestinal, incluindo sais biliares, enzimas digestivas, bactérias e antígenos dietéticos, pode desencadear a recorrência pós-operatória da DC no íleo terminal proximal à anastomose ileocolônica nos primeiros dias após a cirurgia. Por isso, o seguimento médico deve ser iniciado logo após procedimento cirúrgico, e continuado indefinidamente (3,4).

Relato de Caso: EAPS, 28 anos, sexo masculino, fora admitido no pronto socorro do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel com quadro clínico de dor

abdominal difusa associado à hiporexia, náuseas, vômitos, parada na eliminação de gases e fezes há 15 dias. Referia, ainda, perda de 15 kg nos últimos três meses, apresentava-se em estado geral grave. Tendo o relato de colonoscopia com biópsia, apresentando ileíte, colite e perfurações. Ao exame físico, abdome distendido, em tábua, com peritonite difusa e timpânico em loja hepática. Fora indicada laparotomia exploradora, apresentando no inventário da cavidade: grande quantidade de gás em todo abdome; aproximadamente 5,5 litros de fezes; e lesão com mais de 50% da circunferência em íleo terminal a aproximadamente 50 cm da válvula ileocecal. Paciente fora submetido a ileocelectomia direita com isolamento e ligadura de artéria cólica direita; confecção de ileostomia e fístula mucosa. Após duas semanas o paciente evoluiu com piora do estado geral e retorno da dor abdominal, apresentando um novo quadro de peritonite. Realizada nova laparotomia, sendo encontrado abscesso subfrênico moderado; abscesso pélvico; perfuração em cólon transverso; e peritonite fecal. Foi realizado drenagem do abscesso subfrênico e pélvico; colectomia parcial do cólon transverso e enterectomia de íleo terminal. Depois da segunda cirurgia o paciente evoluiu sem maiores complicações.

Discussão: A ressecção cirúrgica do íleo terminal é uma abordagem bem estabelecida, no caso acima a complexidade e o longo período de evolução sem uma linha de tratamento adequada, indicaram um quadro já avançado e complicado, o que demandou intervenção cirúrgica imediata (5). Outras formas de intervenção, como a dilatação endoscópica e estenoplastia podem ser alternativas, porém em um contexto de estenoses menores e sem complicações, segundo Fleshner Phillip et al (2020). Além disso, 24,2% dos pacientes com DC se submetem à reintervenção cirúrgica após primeira intervenção (7), e de acordo com Werbin Nahum et al (2003), em 1 a 15,6% dos pacientes submetidos à cirurgia para a DC, a perfuração intestinal foi a principal indicação, o que se mostra consonante com o relato de caso descrito. Arelado à perfuração, o abscesso também é causa recorrente da DC complicada. O manejo da DC e das suas complicações ainda é um desafio, o qual vale a pena ser discutido e abordado.

Referências: Peppercorn, M. A.; Kane, S. V.; Manifestações clínicas, diagnóstico e prognóstico da doença de Crohn em adultos.

Frolkis, A. D; et al; O risco de cirurgia para doenças inflamatórias intestinais diminuiu ao longo do tempo: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos de base populacional. 2013, Alberta. Penner, R. M.; Tandon, P.; Tratamento da doença de Crohn após ressecção cirúrgica.

Antas, L. D. O.¹; Mota, H. J. D.; Oliveira, A. J. F. D.¹; Motta, G. M.³; Araujo, I. V. D. D. ¹Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal - RN. ² Universidade Potiguar, Natal - RN. E-mail para contato: leticiaoliveiraantas@gmail.com