

CASO CLÍNICO - DOENÇA DE CROHN ILEOCECAL ASSOCIADO À FÍSTULA ÍLEO-PSOAS-CUTÂNEA

ANDRÉ DA L. MOREIRA

ANA TEREZA P. CARVALHO

FLÁVIO ABBY

BÁRBARA ESBERARD

FRANCISCO LOPES-PAULO

RELATO DE CASO

Apresentamos uma paciente do sexo feminino, parda, natural do Rio de Janeiro, com o diagnóstico de doença de Crohn (DC) realizado em 1999, apresentando, porém, os sintomas de diarreia e dor abdominal desde 1997. A paciente negava outras comorbidades e manifestações extra-intestinais da DC. Além disso, não apresentava doença perianal e sua história familiar era negativa para doença inflamatória intestinal. A paciente fez uso prévio de prednisona e mesalazina. Uma colonoscopia de 2005 demonstrava remissão endoscópica associada à remissão clínica.

Em dezembro de 2007, a paciente foi internada com o diagnóstico de uma fístula enterocutânea na região inguinal direita, associada a pequeno abscesso de psoas sem condições técnicas de drenagem percutânea guiada por imagem. Iniciou-se tratamento clínico com antibióticos venosos (ciprofloxacina e metronidazol) com posterior resolução do quadro infeccioso e alta hospitalar.

Em fevereiro de 2008, a paciente iniciou tratamento clínico com infliximabe (dose de indução, 5mg/kg – 0,2,6 semanas), ocorrendo o fechamento da fístula enterocutânea após a primeira dose desse medicamento. Em maio deste mesmo ano, a paciente engravidou e o infliximabe foi interrompido, ficando assintomática até o termo da gestação. Ela realizou uma cesariana em fevereiro de 2009 e retornou o infliximabe com uma dose de reindução.

Em janeiro de 2011, apresentou dor lombar, febre e retorno da drenagem da fístula enterocutânea. A paciente foi novamente internada e os exames de admissão mostraram leucocitose e PCR elevada. Uma tomografia de abdome e pelve evidenciou uma complexa coleção multiloculada em retroperitônio associado a gás no psoas à direita, fístula entero-cutânea e hidronefrose à direita (Figura 1). Novamente, a coleção intra-abdominal não apresentava condições técnicas de drenagem percutânea.

A conduta intra-hospitalar inicial realizada incluiu: dieta oral zero, antibioticoterapia

sistêmica, e colocação de um cateter duplo “J” em ureter direito pelo Serviço de Urologia. A paciente evoluiu com melhora da dor lombar, sem febre e diminuição do débito da fístula após uma semana. A TC de abdome e pelve de controle, realizado com contraste venoso, evidenciou um trajeto fistuloso do íleo terminal para o retroperitônio e região inguinal direita, com melhora das coleções, porém com persistência de gás no psoas e resolução da hidronefrose à direita. (Figura 2)

Nesse momento, a intervenção cirúrgica foi indicada e a paciente foi submetida a laparotomia exploradora e ileocectomia com anastomose primária laterolateral grampeada e ileostomia em alça de proteção associado a reparo da fistula enterocutânea. A evolução pós-operatória ocorreu sem intercorrências e a paciente teve alta hospital após 7 dias. Após três meses da cirurgia, a paciente realizou o fechamento da ileostomia e reconstrução do

trânsito intestinal sem complicações.

No acompanhamento pós-operatório, optamos por tratamento profilático com infliximabe e azatioprina, com o objetivo de diminuir as chances de recidiva da DC. A paciente foi então submetida a videocolonoscopia seis meses após a cirurgia e não foram encontrados sinais de recidiva endoscópica na área da anastomose ileocólica. A evolução após 20 meses da ressecção intestinal tem sido muito boa, sem sinais ou sintomas de recidiva clínica.

DISCUSSÃO

Alguns comentários são importantes nesse caso, especialmente sobre temas ainda controversos na literatura. Primeiro, gostaria de discutir o tratamento do abscesso abdominal espontâneo na doença de Crohn. Acredita-se que a melhor estratégia seja “esfriar” o processo e operar em segundo tempo para minimizar as complicações intra-operatórias e pós-opera-



Figura 1: TC de abdome e pelve sem contraste venoso: complexa coleção multiloculada em retroperitônio associado a gás no psoas à direita e fistula entero-cutânea e hidronefrose à direita.

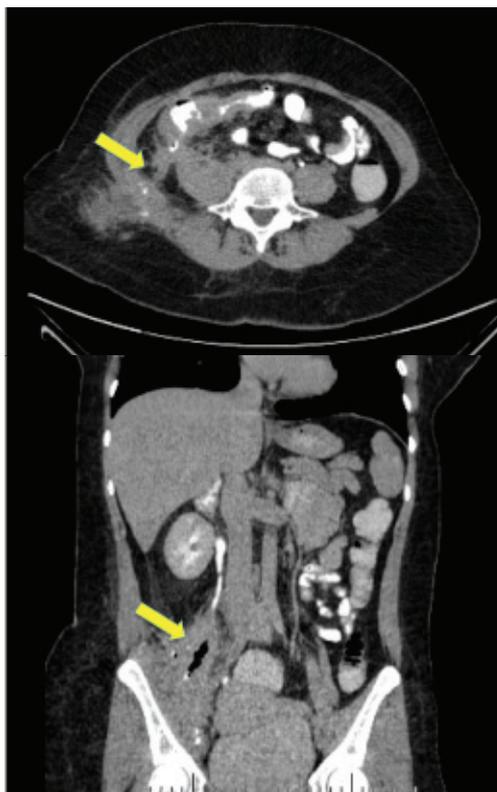


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste venoso e oral: trajeto fistuloso do íleo terminal para retroperitônio e região inguinal direita e presença de gás no músculo psoas à direita.

tórias. Nesses casos, devemos tentar drenar os abscessos intra-abdominais por punção percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia computadorizada). A cirurgia pode então ser marcada de forma eletiva, em média, de 4 a 6 semanas após a resolução da sepse de origem na infecção intra-abdominal. Entretanto, nem sempre é possível, tecnicamente, realizar essa drenagem, principalmente quando temos abscessos multi-loculados, múltiplos ou entre alças intestinais e intramesentéricos. Em alguns casos, onde o abscesso é pequeno (<5cm), podemos optar pelo tratamento clínico com antibioticoterapia sistêmica e repouso intestinal com chances de sucesso. A conduta conservadora, sem intervenção cirúrgica subsequente é arriscada e dificilmente teremos um paciente assintomático por muito tempo e o risco do quadro séptico retornar de forma mais grave persiste. A conduta de drenagem percutânea dos abscessos intraperitoniais e operação eletiva, quando possível, pode trazer benefícios tanto em relação à qualidade de vida do paciente como no custo final do tratamento.¹

Quando temos uma fistula enterocutânea associada, a situação fica mais complexa. Alguns estudos sugerem o uso de terapia biológica no tratamento destas fistulas. Porém, os estudos incluem, em sua grande maioria, fistulas perianais e seus resultados não devem ser transportados para o universo das fistulas abdominais.^{2,3} Ainda necessitamos de estudos envolvendo o uso de terapia biológica e fistulas abdominais com uma amostra maior de pacientes. Essa estratégia não parece ser eficaz no tratamento da doença fistulizante abdominal, submetendo os pacientes a um maior risco de complicações clínicas e cirúrgicas.

Em relação ao uso da derivação intestinal nas ressecções da doença de Crohn, algumas considerações são importantes. Derivar ou não derivar o paciente em vigência de terapia biológica continua sendo um assunto controverso na literatura. Alguns trabalhos sugerem que o uso de biológicos não está associado a um maior risco de complicações sépticas abdominais no

pós-operatório.⁴ Por outro lado, em um estudo envolvendo apenas ressecções ileocólicas em pacientes recebendo terapia biológica até 3 meses antes da cirurgia, houve um aumento das complicações infecciosas pós-operatórias.⁵ Porém, não sabemos se as complicações têm uma relação de causa e efeito com a terapia biológica ou se os pacientes em uso de terapia anti-TNF são uma amostra mais grave da doença e portanto, apresentam um maior risco de complicações cirúrgicas independente do uso dessa medicação. Na verdade, temos evidências para acreditar que o risco de deiscência de anastomose ou abscesso intra-abdominal pós-operatório é maior em pacientes com uso de corticoesteróides, desnutrição (albumina <3,0) presença de fistulas e abscessos espontâneos. Esse risco é ainda mais elevado quando mais de um fator está presente, sugerindo um maior uso de derivação intestinal nesse grupo de pacientes.⁶

Em relação à profilaxia medicamentosa da recidiva pós cirúrgica na DC, a literatura sugere a estratificação dos pacientes em risco baixo, moderado e alto. Os pacientes com doença fistulizante grave, como dessa paciente apresentada, são classificados como de alto risco para recidiva da DC e o uso de terapia biológica é recomendada, inicialmente associada a azatioprina. Além disso, o emprego da videocolonosopia nos primeiros 6-12 meses após a cirurgia pode ajustar a melhor terapia profilática conforme os achados relacionados ao grau de inflamação, segundo o escore endoscópico de Rutgeerts.⁷

REFERÊNCIAS

1. da Luz Moreira A, Stocchi L, Tan E, et al. Outcomes of Crohn's disease presenting with abdominopelvic abscess. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:906-12.
2. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med*. 1999;340:1398-405.
3. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2004;350:876-85.
4. Colombel JF, Loftus EV Jr., Tremaine WJ. Early postoperative complications are not

- increased in patients with Crohn's disease treated perioperatively with infliximab or immunosuppressive therapy. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:878-83.
5. Appau KA, Fazio VW, Shen B, et al. Use of infliximab within 3 months of ileocolonic resection is associated with adverse postoperative outcomes in Crohn's patients. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:1738-44.
 6. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Risk factors for intra-abdominal sepsis after surgery in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:1141-5.
 7. Schwartz M, Regueiro M. Prevention and treatment of postoperative Crohn's disease recurrence: an update for a new decade. *Curr Gastroenterol Rep.* 2011 Feb;13(1):95-100.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

Professora Associada da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Chefe do ambulatório de DII - HUPE-UERJ;

Doutora em Clínica Médica - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Av. Nossa Senhora de Copacabana 540-sala 808

Rio de Janeiro - RJ, CEP 22020-001

Telefone: 21 2255-1968; 21 2257-9208.

Email: atpugas@yahoo.com.br

ARTIGO 1: ETIOPATOGENIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

BARBARA C. ESBERARD

Médica da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Mestranda - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

R. Mariz e Barros, 288 - Niterói - RJ

Telefone: 55 21 2711-1061

E-mail: besberard@hotmail.com

ARTIGO 2: DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

MARIANA G. CABRAL

Médica Residente em Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

FLÁVIO ABBY

Médico do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal - HUPE-UERJ;

Titular em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Disciplina de Gastroenterologia /DII.

Boulevard 28 de setembro, 77, Vila Isabel

Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 55 21 2868-8258

E-mail: marianagcabral@yahoo.com.br

ARTIGO 3: MANIFESTAÇÕES EXTRAIÑTESTIAIS DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

ANA BRAUNSTEIN GRINMAN

Médica do Serviço de Gastroenterologia
HFSE-RJ;

Chefe do Ambulatório de DII - HFSE-RJ;

Mestre em Gastroenterologia
PGCM-FCM - UERJ.

Endereço para correspondência:
E-mail: anagrinman@oi.com.br

ARTIGO 4: TRATAMENTO CONVENCIONAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

RENATA DE SÁ BRITO FRÓES

Mestranda - PGCM-FCM - UERJ.

Especialista em Gastroenterologia pela Federação
Brasileira de Gastroenterologia (FBG);

Especialista em Endoscopia Digestiva pela
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
(SOBED).

Endereço para correspondência:
R. Jornalista Henrique Cordeiro 120, 1706, bl2
Barra da Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP 22631-450
Telefone: 55 21 9183-7070
E-mail: refroes@gmail.com

ARTIGO 5: TERAPIA BIOLÓGICA.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).

ARTIGO 6: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

Médico da Disciplina de Coloproctologia - HUPE-
UERJ;

Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Endereço para correspondência:
Praça Serzedelo Correa, 15/1007 - Copacabana
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22040-050
Telefone: 55 21 2547-0801
E-mail: andre luzmoreira@yahoo.com.br

ARTIGO 7: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

ARTIGO 8: TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

CRISTINA F. DIESTEL

Nutricionista do Ambulatório de Doenças
Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ;

Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas -
UERJ.

MARIANA C. DOS SANTOS

Residente de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

MARCELA D. ROMI

Residentes de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua General Roca n.º 472/401 - Tijuca - RJ/RJ -
CEP 20521-070
Telefone: 55 21 8820-8858
E-mail: crisdiestel@hotmail.com

ARTIGO 9: INTER-RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTITE E A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

JULIANA S. B. MENEGAT

Professora da Disciplina de Periodontia - FOUERJ;
Doutoranda em Periodontia - FOUERJ.

ROBERTA R. PEDREIRA

Oficial de Carreira Dentista - PMERJ;
Mestre em Periodontia - FOUERJ.

RICARDO G. FISCHER

Professor Titular da Disciplina de Periodontia -
FOUERJ;
Vice-Diretor - FOUERJ;
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

CARLOS MARCELO S. FIGUEREDO

Procientista - UERJ.
Pesquisador do Departamento de Periodontia do
Instituto Karolinska (Estocolmo)
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

Endereço para correspondência:
Faculdade de Odontologia Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.
Av. Boulevard 28 de setembro, 157 – Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-530
Telefone: 21 2587-6382 / 9996-5530
E-mail: jmenegat@hotmail.com

ARTIGO 10: CASO CLÍNICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

FOTOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DII DO HUPE-UERJ.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).