



XXX REUNIÃO DO NGHD
Évora



MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES INTRA- ABDOMINAIS DA DOENÇA DE CROHN NUM ÚNICO CASO

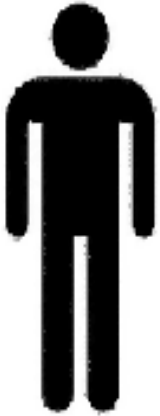
– Casos Clínicos de Doença Inflamatória Intestinal –

Novembro | 2015

Marta Patita, Ramos L, Barosa R, Vieira A, Freitas J

Serviço de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta

CASO CLÍNICO



- Sexo masculino
- 25 anos
- Assistente técnico
- Antecedentes pessoais patológicos e familiares irrelevantes
- Sem medicação habitual, hábitos tabágicos ou alcoólicos

SU →

- **DIARREIA** sem sangue e com muco – **3 MESES DE EVOLUÇÃO**
- **FEBRE** flutuante
- **PERDA PONDERAL** > 10% peso corporal
- **PNEUMATÚRIA** e **HEMATÚRIA**
- **DOR LOMBAR** e **COXOFEMURAL**

▪ EXAME OBJECTIVO

- Orientado, colaborante
- Emagrecido
- Pele e mucosas coradas e hidratadas
- TA 130/80 mmHg, FC **118bpm**, apirético
- Auscultação pulmonar sem alterações
- Abdómen mole e depressível, **doloroso à palpação profunda dos quadrantes inferiores**, sem reação peritoneal, com **empastamento na FID**
- Sem dor à percussão das apófises espinhosas e da palpação das sacroilíacas
- Exame proctológico sem alterações

AVALIAÇÃO ANALÍTICA

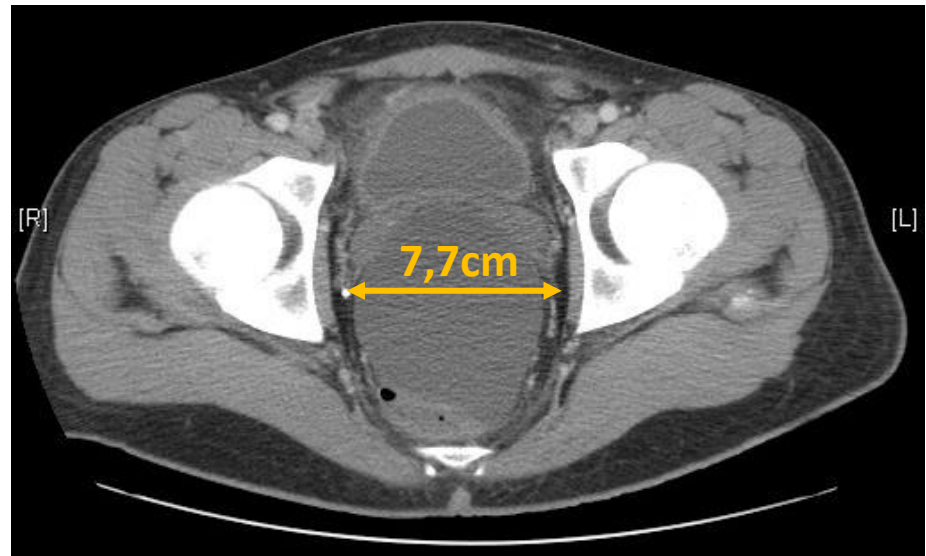
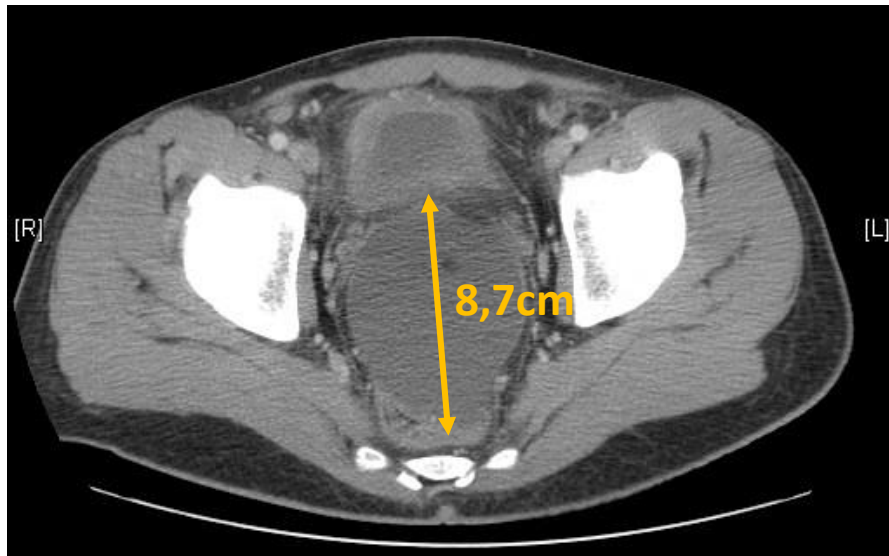
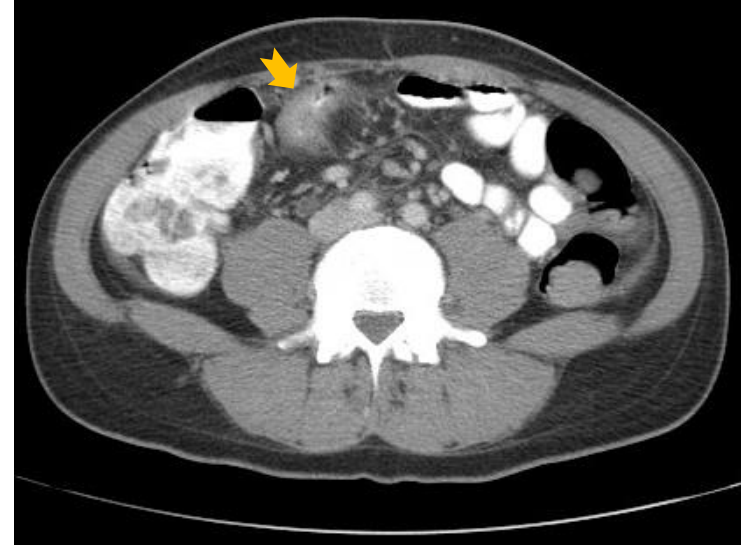
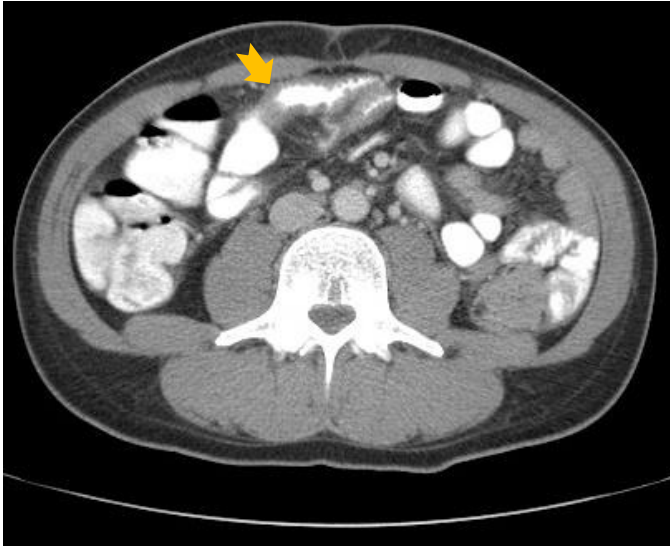
Hemoglobina (g/L)	117	[115 – 180]
VGM (fL)	90.9	[76 – 96]
HGM (pg)	29,6	[27 – 32]
Plaquetas (10^9/L)	1005	[130 – 400]
Leucócitos (10^9/L)	17,1	[4 – 11]
Neutrófilos (%)	84,4	[40 – 70]
Linfócitos (%)	5,3	[19 – 48]
Monócitos (%)	9,4	[3,4 – 9]

Ureia (mg/dL)	18	[15 – 45]
Creatinina (mg/dL)	0,7	[0,7 – 1,2]
Sódio (mmol/L)	128	[135 – 145]
Potássio (mmol/L)	4,8	[3,5 – 4,5]
AST (UI/L)	30	[<40]
ALT (UI/L)	37	[<50]
LDH (UI/L)	466	[240 – 480]
PCR (mg/dL)	7,4	[<0,2]

Exame sumário de urina

Densidade e pH	1015 / 6,5	Eritrócitos	10/uL
Leucócitos	25/uL	Proteínas	25 mg/dL
Nitritos	Negativo	Sedimento	1-5 GB e GV/campo 400x

■ TC- ABDOMINAL





- ANTIBIOTERAPIA COM CIPROFLOXACINA E METRONIDAZOL
- INVESTIGAÇÃO ADICIONAL

VS (mm 1ª hora)	81	[< 8]
Ferritina (ng/mL)	568	[30–200]
Transferrina (mg/dL)	163	[200 – 360]
Folato (ng/mL)	3	[4,6 – 34,8]
Vit B12 (pg/mL)	240	[197 – 866]

Ex. microbiológicos fezes	Negativo
---------------------------	----------

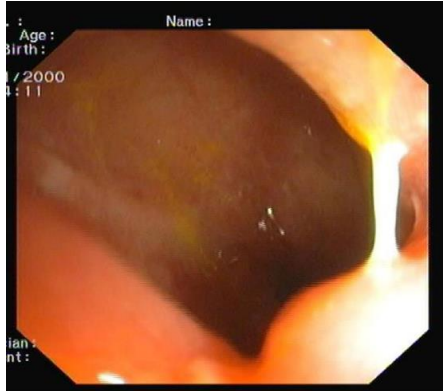
Hemoculturas	Negativas
UROCULTURA	<i>E.Coli</i>
Ciprofloxacina	R

Ac Anti-HIV 1,2	Negativos
Mantoux	Negativo

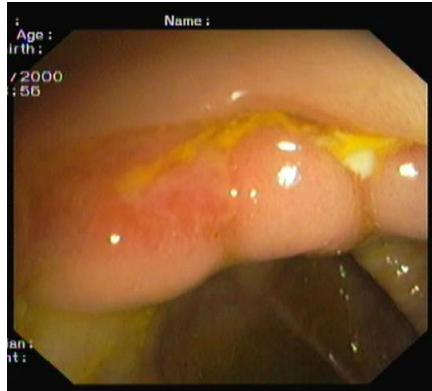
Ac Anti HAV IgG	Positivo
Ac Anti –Hbs	5,44 mUI/mL
Ac Anti- Hbc	Negativo
Ag Hbs	Negativo
Ac Anti-HCV	Negativo
Ac- EBV-VCA IgG / IgM	Positivo/Negativo

- SUSPENDEU CIPROFLOXACINA
- INICIOU CEFUROXIMA
- REPOSIÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO

■ COLONOSCOPIA



íleon terminal



válvula ileocecal



mucosa congestionada



erosão linear - cicatricial



sigmóide



Fissura anal

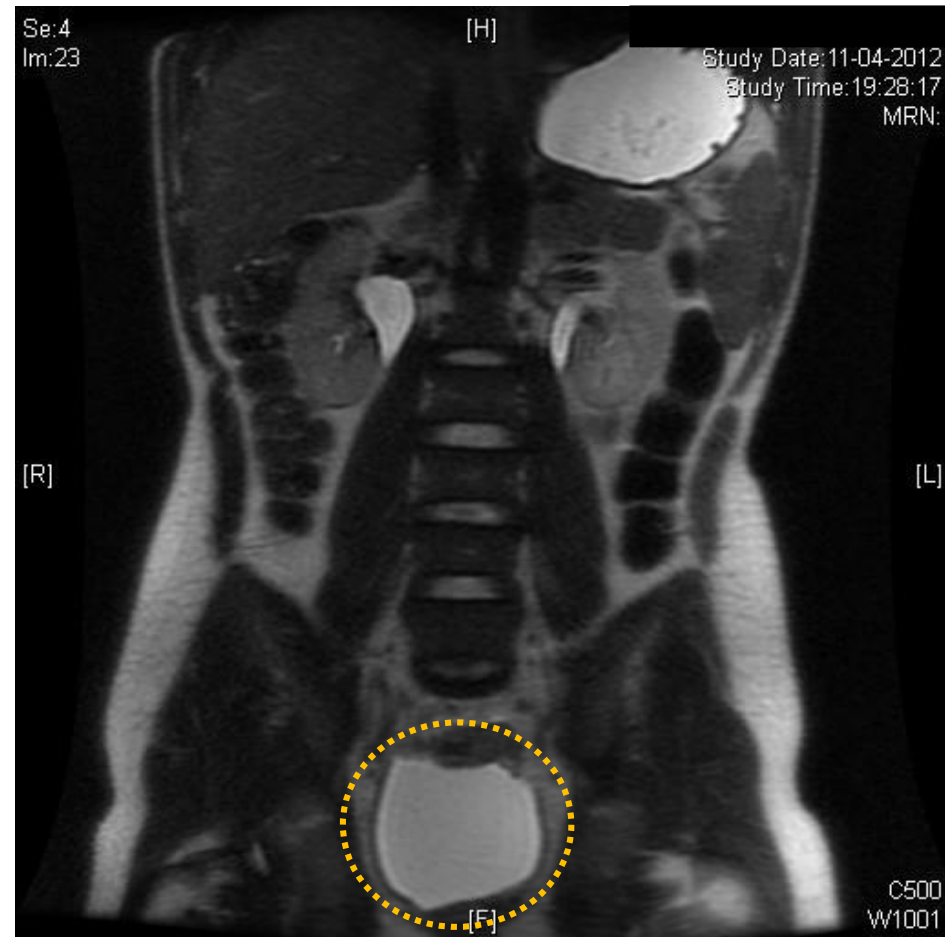
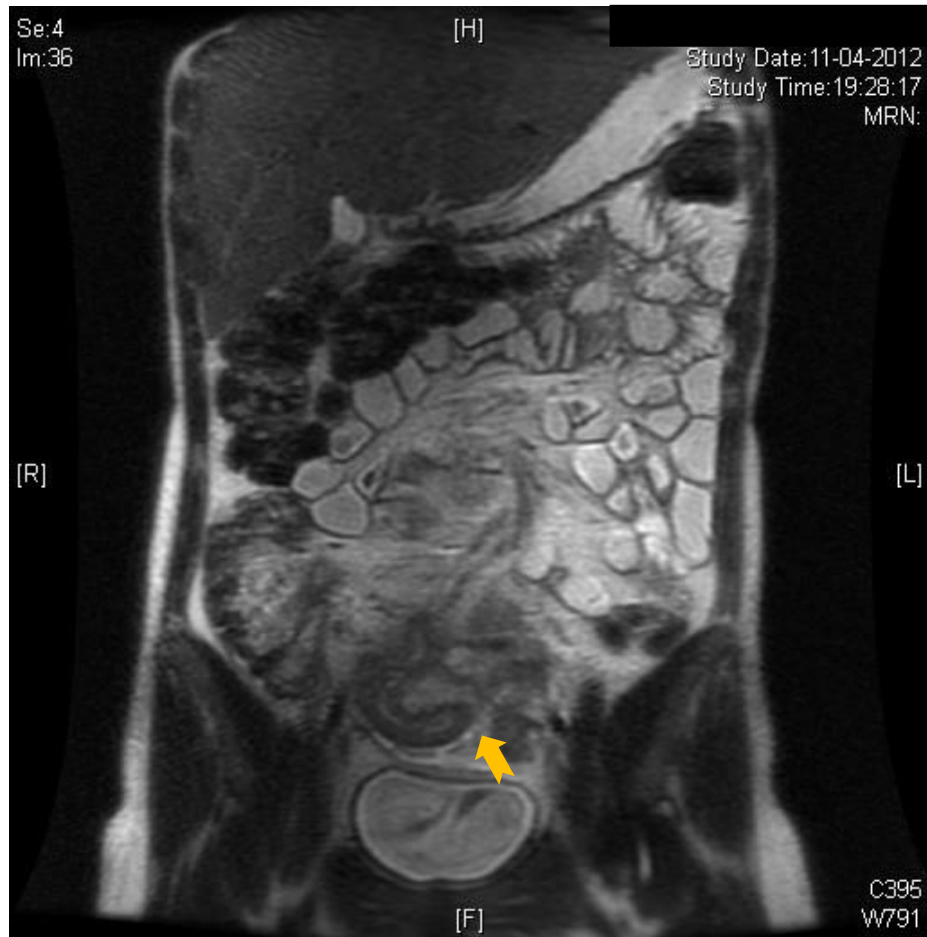
- Erosões e ulcerações aftóides do íleon terminal
- Ulceração válvula ileocecal
- Mucosa congestionada entre 20-30cm – não identificado orifício fistuloso



- Ileíte crónica moderada, sem atividade
- Colite crónica intensa, atividade focal e alterações regenerativas

**Sugestivo de
Doença de
Crohn**

■ ENTERO RM



DOENÇA DE CROHN

- Localização Ileo-cólica (L3)
- Comportamento penetrante (B3)



- Iniciou metilprednisolona e manteve antibióticos

- Evolução clínica e analítica favorável

		D1	D6	D12	D18
○ 2-3 dejeções/dia ○ Melhoria dor abdominal ○ Apirexia ○ UC - negativa	Hemoglobina (g/L)	117	128	104	111
	Plaquetas (10^9/L)	1005	1010	695	686
	Leucócitos (10^9/L)	17,1	15,1	10,4	13,3
	Neutrófilos (%)	84,4	91,1	91,5	92,2
	PCR (mg/dL)	7,4	5,7	2,7	1,7

DISCUSSÃO MULTIDISCIPLINAR

- ALTA

- Prednisolona
 - Metronidazol + Cefuroxima
 - Analgesia



Reavaliação clínica em três dias
Vigiar evolução da coleção

CASO CLÍNICO

ALTA

2 DIAS

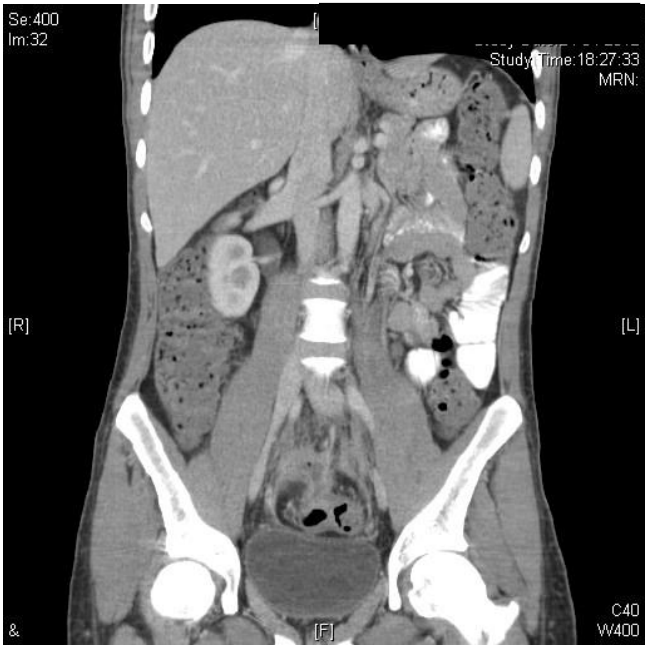
Febre (38,7°C)
Disúria
1 Dej/dia



RE - INTERNAMENTO

Hemoglobina (g/L)	103
Plaquetas (10^9/L)	541
Leucócitos (10^9/L)	7,2
Neutrófilos (%)	74
PCR (mg/dL)	3

UC: *Enterococcus faecium*
[Nitrofurantoína S]



Reavaliação por TC-abdominal e pélvica



- **Qual a abordagem terapêutica para este doente?**
 1. Apesar da dificuldade técnica, tentar drenagem por via percutânea
 2. Realizar cirurgia imediatamente
 3. Manter apenas antibioterapia e vigilância
 4. Drenagem da coleção por via transrectal

CASO CLÍNICO

■ DRENAGEM POR ECOENDOSCOPIA



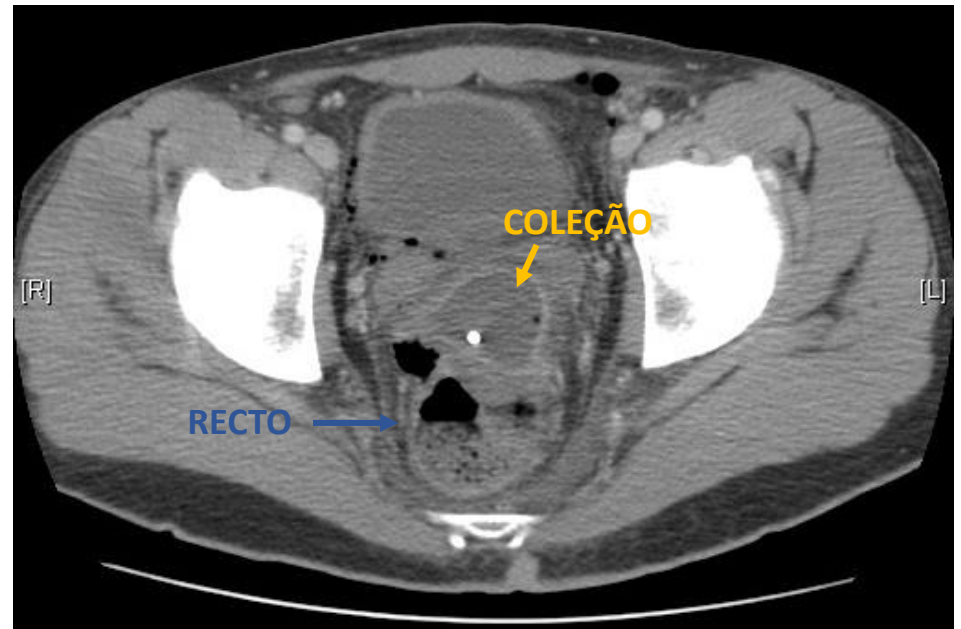
CASO CLÍNICO

- Exame microbiológico do líquido

Enterococcus faecalis

Vancomicina	S
-------------	---

- TC abdominal de controlo pós-drenagem [5 dias]



Melhoria clínica

Repetiu UC – **Negativa**

Expulsão espontânea do dreno

Avaliação por Cirurgia Geral



ALTA



- **Qual a abordagem terapêutica para este doente?**
 1. Iniciar azatioprina + manter antibióticos
 2. Iniciar azatioprina + terapêutica anti-TNF + manter antibióticos
 3. Programar cirurgia sem iniciar imunossupressão
 4. Aumentar a dose de prednisolona

- Início azatioprina 2 mg/Kg/dia (ainda durante o internamento) + antibióticos
- Recusou terapêutica com Infliximab
- Desmame de corticoterapia
- Programação de cirurgia

– Reavaliação em consulta –

CASO CLÍNICO

INTERNAMENTO ELETIVO PARA CIRURGIA

3 MESES APÓS INÍCIO DO QUADRO

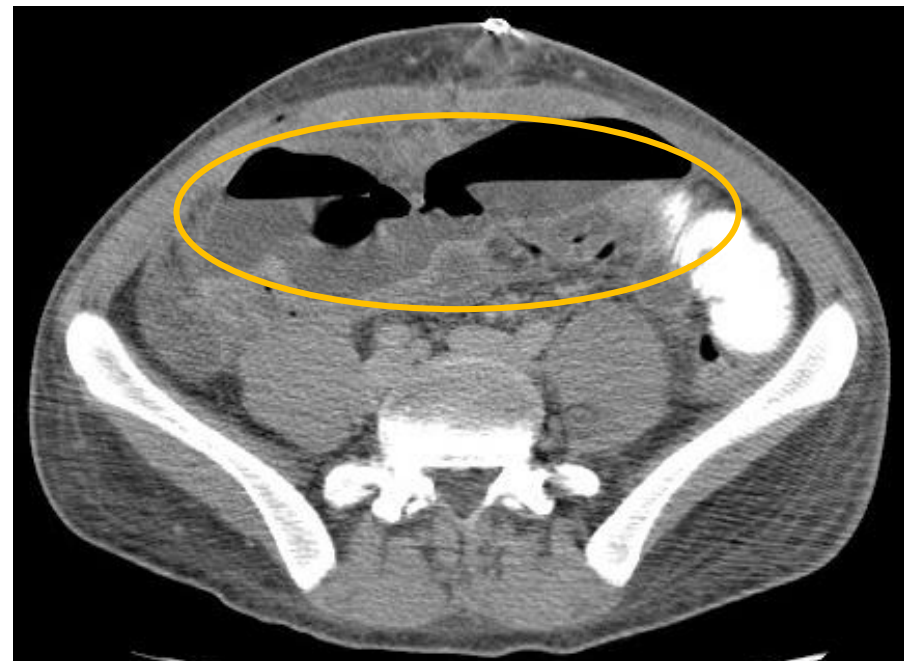
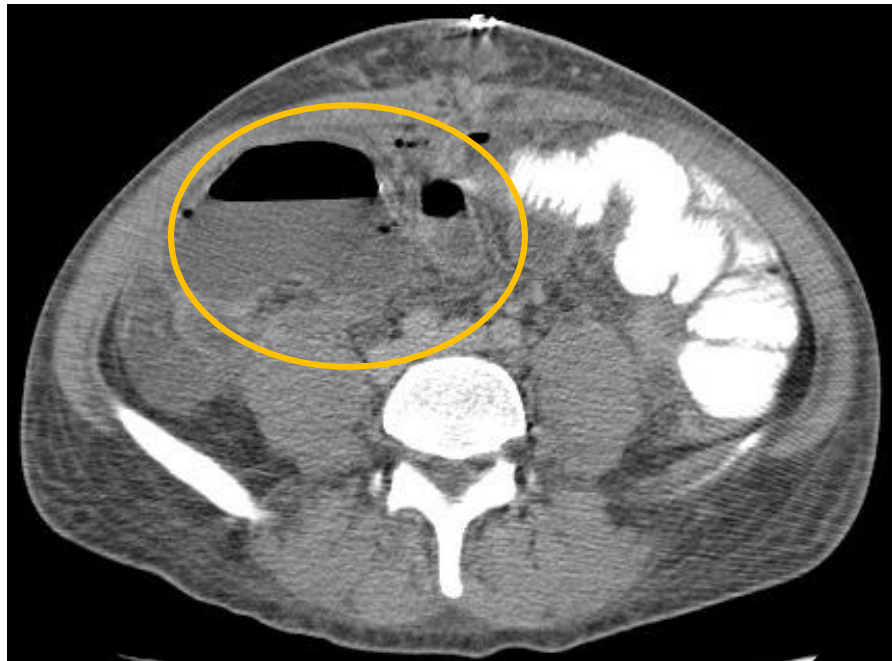
Ileocelectomia direita
Excisão de trajecto fistuloso e cistectomia parcial

D10 pós-operatório



Deiscência da anastomose

TC ABDOMINAL



CASO CLÍNICO

▪ Antibioterapia e drenagem guiada por TC



EVOLUÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA FAVORÁVEL

D16

Reavaliação por TC-abdominal

ALTA

- Azatioprina e antibioterapia
- Reavaliação em consulta de Cirurgia Geral e Gastrenterologia

Abr 2012

Jul 2012

Cirurgia

Ago - Out 2012

Boa evolução clínica e imagiológica

[2013]

Assintomático
PCR negativa

Azatiopina 2mg/Kg
Ferro e Ácido fólico

Colonoscopia

“...Anastomose ileocólica com mucosa edemaciada, congestionada, com úlcera de 15 mm (Índice endoscópico Rutgeerts i4)...”



“...Inflamação crônica com atividade inflamatória...”



anastomose



- **Perante o doente clinicamente assintomático, sem alterações analíticas e com as alterações descritas na colonoscopia qual a atitude mais correta?**
 1. Aumentar dose de Azatioprina
 2. Iniciar terapêutica com Anti-TNF e manter Azatioprina
 3. Iniciar ciclo de corticoterapia
 4. Manter terapêutica instituída e vigiar endoscopicamente

Iniciou ADALIMUMAB 40mg 2/2 semanas

Manter Azatioprina 2mg/Kg/dia

Clinicamente assintomático
Analiticamente sem alterações

Reavaliação endoscópica aos 12 meses de terapêutica biológica

- Rutgeerts i1 – ulceração anastomose
- Eritema e apagamento padrão vascular dos 15cm à margem anal



DC sem sinais de atividade

- Representação múltiplas **COMPLICAÇÕES INTRA-ABDOMINAIS** da doença de Crohn
 - **Múltiplas fístulas entero-entéricas**
 - **Abcessos intra-abdominais**
 - **Coleção retrovesical com fístula entero-vesical**
- Complexidade da **ABORDAGEM** de abcessos e coleções abdominais
 - **Uso prolongado de antibióticos**
 - **Drenagem cirúrgica vs percutânea**
 - **Papel da EUS na drenagem transrectal de lesões pélvicas**



XXX REUNIÃO DO NGHD
Évora



MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES INTRA- ABDOMINAIS DA DOENÇA DE CROHN NUM ÚNICO CASO

– Casos Clínicos de Doença Inflamatória Intestinal –

Novembro | 2015

Marta Patita, Ramos L, Barosa R, Vieira A, Freitas J

Serviço de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta