

I. INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) pode atingir qualquer região do tubo digestivo. Contudo, as manifestações clínicas nem sempre refletem a severidade e extensão da doença.

II. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Sexo masculino, 58 anos; IMC 21 Kg/m²
- Exsudação purulenta perianal com 5 anos de evolução
- Assintomático do ponto de vista abdominal

IV. INVESTIGAÇÃO

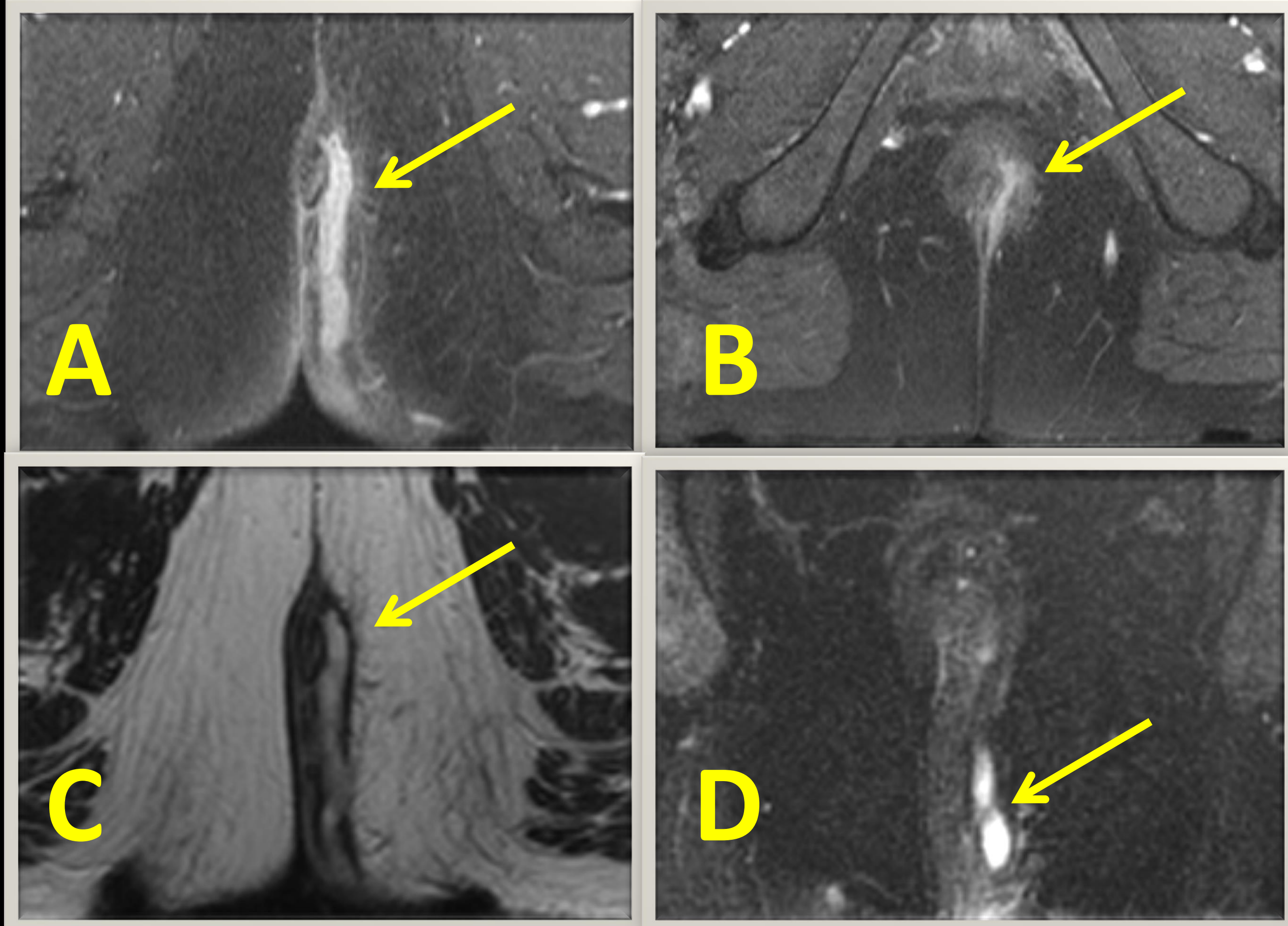
- Hemograma e bioquímica normais, PCR 6mg/L, VS 35mm. Serologias virais e prova tuberculínica negativas.

III. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Hemorragia por úlcera duodenal aos 15 anos
- **DC diagnosticada aos 44 anos** - laparotomia urgente por oclusão intestinal, com múltiplas resseções segmentares do intestino delgado → **Sem follow-up**

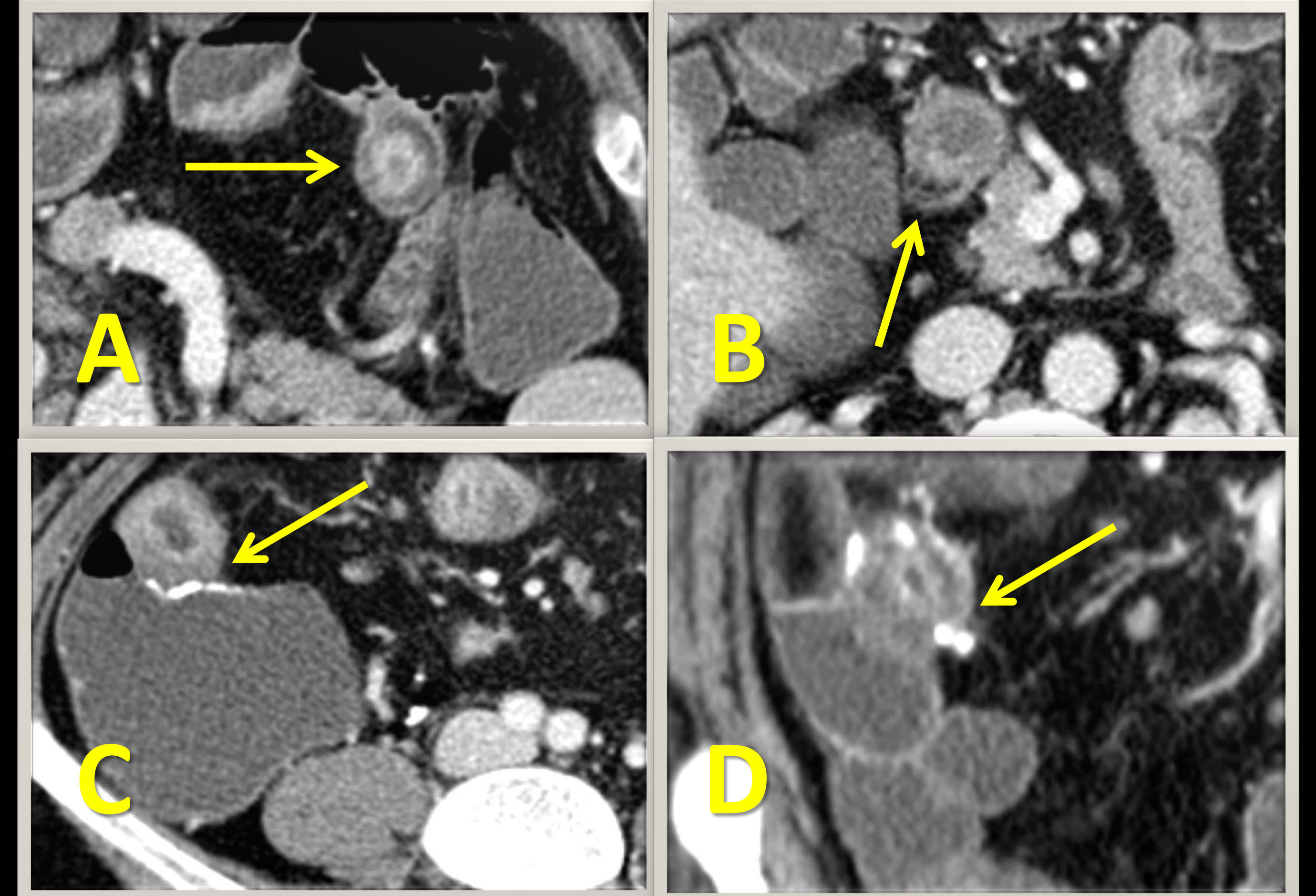
IMAGIOLOGIA

RMN Pélvica - doença perianal complexa, com vários trajetos fistulosos.



A- Fístula subcutânea, com 1 orifício na região glútea e 2 orifícios na região anal (T1 axial, sat). **B-** Fístula interesfíncteriana baixa (T1 axial, sat). **C-** Fístula subcutânea = A (T2 axial, s/ sat). **D-** Fístula subcutânea (T2 coronal, sat).

EnteroTC - Anastomoses a nível jejunal, ileal e ileo-cólico.



A- Segmentos de jejuno com proliferação adiposa parietal submucosa e diminuição do calibre. **B-** Proliferação adiposa duodenal (1ª porção). **C,D-** Espessamento de anastomose íleo-cólica. (C - corte axial, D - corte coronal).

ILEOCOLONOSCOPIA

Anastomose ileocólica com ulcerações serpiginosas, estenosada, infranqueável, que permite ver úlcera ileal extensa. Sem doença cólica ou rectal.

Histologia - Colite aguda ulcerada inespecífica.

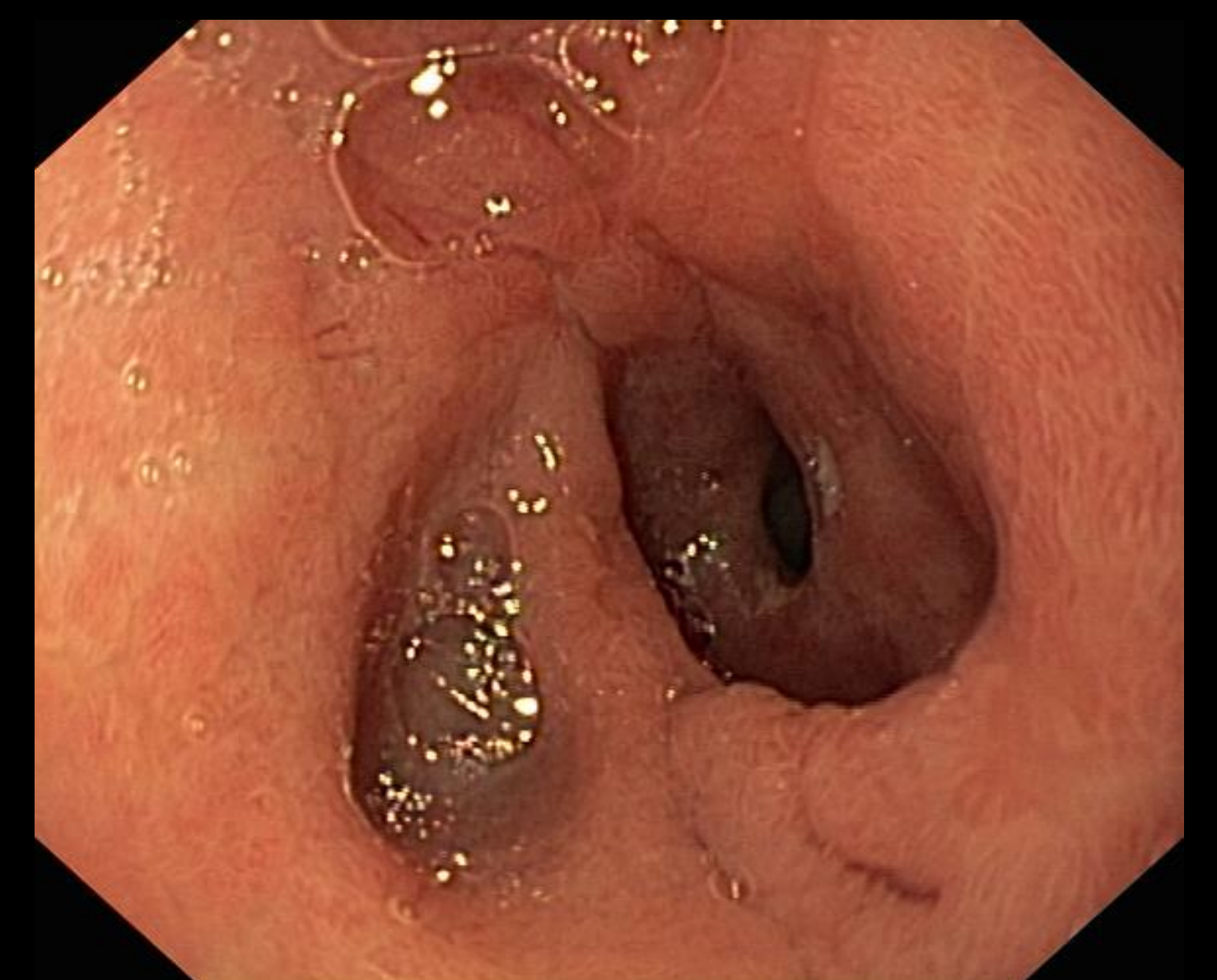


ENDOSCOPIA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Deformação antro-piloro-bulbar com ulceras serpiginosas e patência do piloro. Estenose franqueável do vértice - provável DC piloro-bulbar. Congestão gástrica difusa.

Histologia - Gastrite crónica. Hp (-). Píloro e Duodeno - Inflamação crónica linfoplasmocitária.



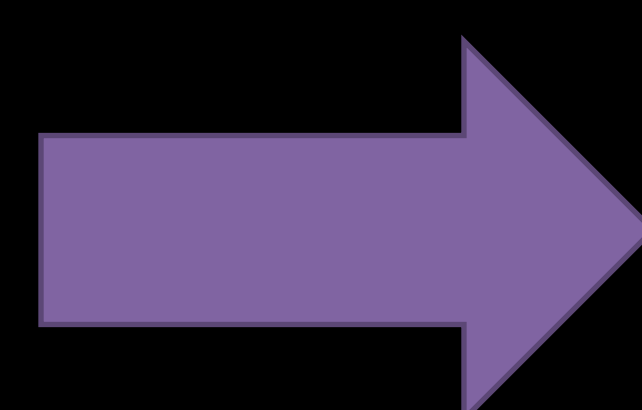
Exame Proctológico sob Sedação Profunda - 2 fístulas submucosas e três fístulas interesfíncterianas, uma delas com orifício externo na base do escroto.

V. DIAGNÓSTICO

Doença de Crohn A3 L1+L4 B2+p, ativa

VI. TRATAMENTO

- Colocação de *setons* de seda nas fistulas perianais
- Terapêutica imunossupressora combinada **anti-TNF + metotrexato IM**



- Melhoria clínica em apenas 2 semanas → **hipersensibilidade** ao fio de seda

VIII. CONCLUSÃO

- Os autores realçam a possibilidade de **DC extensa com fraca expressão clínica e laboratorial**, sendo recomendável uma investigação sistematizada da doença.
- Salientam ainda que uma aparente refratariedade da doença perianal à terapêutica imunossupressora pode ter subjacente uma etiologia alérgica.