

# Perfuração intestinal como complicação da Doença de Crohn: relato de caso

## *Bowel perforation as Crohn's disease complication: case report*

Bruno Medeiros Fernandes<sup>1</sup>, Claudia Caroline Barbosa Pfannes<sup>1</sup>, Gil Pereira Neto<sup>1</sup>, Gilberto Moreira de Figueiredo Neto<sup>1</sup>, Heveline Ribeiro Casalecchi<sup>1</sup>, Joana Angélica Vaz de Melo<sup>1</sup>, Juliana Queiroz de Andrade<sup>1</sup>, Laila Bittar Lanna<sup>1</sup>, Sílvia Nathália Bueno Silva<sup>1</sup>, Wilson Luiz Abrantes<sup>2</sup>

### RESUMO

A doença de Crohn é afecção gastrointestinal inflamatória crônica e recidivante, de causa desconhecida, que resulta da ativação anormal e persistente da mucosa em resposta a antígenos da microbiota bacteriana intraluminal normal. Suas manifestações clínicas são muito variáveis e inespecíficas, atrasando a procura por atendimento médico pelo paciente. Em muitos casos o diagnóstico é tardio, após complicações da doença, que geralmente são tratadas cirurgicamente, como descrito neste relato de caso.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn; Doença de Crohn/complicações; Doença Crônica.

### ABSTRACT

*Crohn's disease is a chronic and relapsing inflammatory disease of the bowel, of unknown cause, that results from abnormal activation and persistente mucosal antigens in response to normal luminal bacterial flora. Its clinical manifestations are variable and nonspecific slowing demand for medical care by the patient. In many cases the diagnosis is made late, after complications of the disease, that usually are treated surgically, as described in this case report.*

**Key words:** Crohn's Disease; Crohn's Disease/complications; Chronic Disease.

## INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é doença inflamatória transmural e recidivante do trato gastrointestinal, que pode acometer de maneira descontínua qualquer segmento do tubo digestório, da boca ao ânus, com formas distintas de manifestações em cada indivíduo (luminal, penetrante ou fistulizante).<sup>1</sup> A DC associa-se a alguns fatores de risco, como etnia (mais comum em judeus), idade (incidência maior entre 15 e 40 anos, e 50 aos 80 anos), história familiar e tabagismo. Estima-se que pelo menos 70% dos pacientes necessitarão de alguma forma de tratamento cirúrgico no decorrer da vida. Este relato objetiva mostrar como o diagnóstico da DC pode ser adiado devido à variedade da sintomatologia, sendo muitas vezes, feito após complicações que geralmente são tratadas cirurgicamente, por técnicas distintas.

*Instituição:*  
Hospital Universitário Risoleta Neves  
Belo Horizonte, MG – Brasil

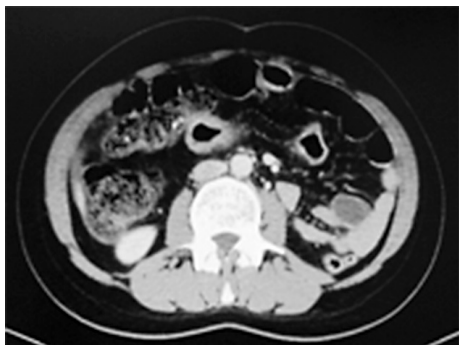
*Endereço para correspondência:*  
Laila Bittar Lanna  
Rua dos Goitacases, 52, apto 301  
Bairro: Centro  
CEP: 30190-050  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
E-mail: lailabittar@hotmail.com

## RELATO DE CASO

FFF, 33 anos, feminino, natural e residente em Belo Horizonte (MG) foi admitida no Hospital Risoleta Torentino Neves (HRTN) em 02/02/2012 com dor abdo-

minal intensa, localizada principalmente em fossa ilíaca esquerda, com importante distensão abdominal. Relatou piora da dor ao tossir, ao fazer inspirações profundas e ao fazer movimentos adotando postura antálgica. Negou febre, náuseas e vômitos. Apresentava-se afebril, taquipneica (frequência respiratória de 24 irpm), taquicárdica (frequência cardíaca de 110 bpm), abdômen distendido, doloroso à palpação na fossa ilíaca esquerda, com sinais de irritação peritoneal.

Foi realizada tomografia computadorizada (TC), que evidenciou uma alça muito distendida, de localização supramesocólica, apresentando focos gasosos extraluminais justaparietais, bem como de permeio à gordura mesentérica, associada a borramento da gordura adjacente, provavelmente relacionada ao delgado. Observou-se também espessamento parietal difuso do íleo terminal, com distensão à montante, associado a sinais inflamatórios da gordura perivisceral, sendo considerada a possibilidade de doença inflamatória intestinal com perfuração de alça provavelmente em borda mesentérica. (Figura 1). Foi diagnosticado abdômen agudo cirúrgico e indicada laparotomia exploradora de urgência.



**Figura 1** - Tomografia computadorizada evidenciando pneumoperitônio, alças distendidas e borramento da gordura mesentérica.

Durante a cirurgia foram encontradas quatro perfurações em borda antimesentérica de íleo terminal, sendo realizada enterectomia segmentar (30 cm) com confecção de ileostomia em cano de espingarda. Foram notadas, ainda, estenoses no íleo com serosa com aspecto granuloso similar ao encontrado nas doenças inflamatórias intestinais. O segmento extraído foi enviado para exame anatomopatológico, tendo concluído tratar-se de enterite crônica em atividade, ulcerativa, com fissuras e estenoses segmentares (alterações sugestivas de doença de Crohn em

atividade) e peritonite aguda fibrino-purulenta, compatível com perfuração (Figura 2).



**Figura 2** - Perfurações em intestino delgado durante o ato cirúrgico.

Foto gentilmente cedida pelo Dr. Michael.

A história pregressa da paciente era de alterações de hábito intestinal, com vários episódios nos últimos anos de dor abdominal em cólica, diarreia e importante distensão abdominal, porém nunca procurou assistência médica por considerá-la de pouca importância. Evoluiu bem, sem queixas e afebril, tolerando bem a dieta líquida, com ileostomia funcional. Recebeu alta no quarto dia de pós-operatório.

## DISCUSSÃO

As manifestações da DC são muito variáveis. A sintomatologia que desencadeia pode perdurar por muitos anos sem estabelecimento diagnóstico. São manifestações principais a fadiga, dor abdominal, diarreia prolongada, perda de peso e febre, com ou sem sangramentos graves. A indicação cirúrgica ocorre quando há instabilidade clínica ou alguma complicação gastrointestinal.

As complicações agudas da DC que levam o paciente à necessidade de tratamento cirúrgico são: abscessos abdominais, abscessos anais, oclusão intestinal, perfurações livres na cavidade com peritonite, megacólon tóxico e hemorragia. A perfuração intestinal na DC localiza-se, em 90% dos casos, no íleo e na face antimesentérica. Seu mecanismo parece ser por infarto, seguindo a obstrução e talvez o uso de corticoide. A mortalidade pode atingir 10,8%.

Essas complicações agudas podem representar a primeira manifestação da DC, antes mesmo de seu diagnóstico de certeza.<sup>1</sup> As técnicas cirúrgicas passíveis de realização, com suas eficácias comprovadas, são a anastomose primária, ileostomia terminal e ileostomia em alça, sendo escolhida a melhor técnica para o paciente no momento do ato cirúrgico.

A DC representa grande sofrimento por anos, com restrições pessoais e sociais, em que as manifes-

tações digestivas tornam a vida restrita ao ambiente familiar. É preciso atenção em relação às queixas e ao diagnóstico diferencial que incluem deficiências de lactase e de dissacaridases, distúrbios hormonais, doenças granulomatosas infecciosas ou não, e até neoplasias. A evolução para formas variadas de abdômen agudo a tornam de vigilância constante e risco de necessidade de cirurgia de urgência.

## REFERÊNCIAS

1. Kotze PG, Araújo SEA. Tratamento cirúrgico da Doença de Crohn. In: Cury D, Moss A, organizadores. Doenças inflamatórias intestinais: reto colite ulcerativa e Doença de Crohn. Rio de Janeiro; Rubio; 2010. p. 171-86.
2. Burgmann T, Clara I, Graff L, *et al.* The manitoba inflammatory bowel disease cohort study: prolonged symptoms before diagnosis—how much is irritable bowel syndrome? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006; 4:614.
3. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Practice parameters committee of american college of gastroenterology: management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104:465.
4. Loftus Junior EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology.* 2004; 126:1504.
5. Greenstein AJ, Mann BA, Sachar DB. Free perforation in crohn's disease: i. a survey of 99 cases. *Am J Gastroenterol.* 1985; 80(9):682-9
6. Nguyen GC, Nugent Z, Shaw S, Bernstein CN. Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care. *Gastroenterology.* 2011; 14(1):90-7.
7. Brasileiro Filho G. *Bogliolo Patologia.* 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2006.