

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

DANILO HERINGER ALCURE QUARTO  
DIEGO DEMUNER ALMEIDA  
EDUARDO SONCIN DA SILVA

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DA DOENÇA DE  
CROHN NA GRANDE VITÓRIA**

VITÓRIA  
2014

DANILO HERINGER ALCURE QUARTO  
DIEGO DEMUNER ALMEIDA  
EDUARDO SONCIN DA SILVA

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DA DOENÇA DE  
CROHN NA GRANDE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM, como requisito  
parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Fabiano Quarto Martins

Co-orientador: Rossini Cipriano Gama

VITÓRIA  
2014

DANILO HERINGER ALCURE QUARTO  
DIEGO DEMUNER ALMEIDA  
EDUARDO SONCIN DA SILVA

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DA DOENÇA DE CROHN NA  
GRANDE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.: Fabiano Quarto Martins  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM  
Orientador

---

Prof.: Rossini Cipriano Gama  
Vitória Apart Hospital – VAH  
Co-orientador

---

Profa.: Ana Paula Hamer Sousa Clara  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM

Dedicamos este trabalho de conclusão de curso às nossas famílias e a todos os amigos que nos apoiaram durante a nossa formação médica. Vencemos mais uma etapa de nossas vidas e sabemos que não conseguimos sozinhos.

Agradecemos ao nosso orientador Fabiano Quarto Martins pelas orientações, conselhos e paciência durante a realização deste trabalho. Ao co-orientador Rossini Cipriano Gama e toda sua equipe pela atenção e total apoio na disponibilização dos dados.

Obrigado.

“Muitos médicos já são de opinião que existe algo além de bisturis e pílulas para curar seus pacientes.”

Bernie Siegel

## RESUMO

A Doença de Crohn (DC) se refere a uma manifestação inflamatória do trato digestório, que por sua vez, apresenta curso clínico variado, podendo constar com diarreia e até mesmo perfurações do órgão acometido. A doença é diagnosticada por meio de características clínicas, endoscópicas, radiológicas e histológicas específicas, no entanto, nenhum achado individual fornece o diagnóstico absoluto da doença, o que torna necessário um conjunto de evidências para tal. Visto isso, a maior parte destes pacientes evoluem com complicações da doença ao longo dos anos, como perfurações, fístulas, abscessos e estenose. O diagnóstico precoce da DC no paciente assintomático é um achado raro. Torna-se, portanto, extremamente importante conhecer o perfil da população da Grande Vitória que agravou, e quais as complicações mais prevalentes.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn; Doença Inflamatória Intestinal; Estenose; Fístula; Úlcera.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DC	Doença de Crohn
DFE	Doença Fibro-estenosante
DP	Doença Perfurante
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa de Misericórdia de Vitória



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVOS.....	11
<b>1.1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 METODOLOGIA.....	12
1.3.1 Tipos de estudo.....	12
1.3.2 Aprovação no comitê de ética.....	12
1.3.3 Revisão de prontuário.....	12
1.3.4 Revisão de literatura.....	12
1.3.5 Questões éticas.....	13
<b>2 DOENÇA DE CROHN.....</b>	<b>14</b>
2.1 DIAGNÓSTICO.....	17
2.2 TRATAMENTO.....	18
2.3 COMPLICAÇÕES.....	20
<b>2.3.1 Fístula.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 Estenose.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.3 Perfuração.....</b>	<b>30</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn caracteriza-se por focos de inflamação granulomatosa transmural, de padrão descontínuo, que podem afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal. (CARDOZO; SOBRADO, 2012) Pode-se apresentar com padrão inflamatório, estenosante e/ou fistulizante, tendo como principais complicações abscessos, perfurações, estenoses, fístulas e obstrução intestinal. A etiologia exata é desconhecida, mas sabe-se que resulta de interações de fatores ambientais, predisposição genética e imunidade própria da mucosa do indivíduo. (MILLS, 2011)

Essa doença parece tratar-se de um transtorno deletério ao longo da vida com alta morbidade. Tem distribuição uniforme entre os sexos e bimodal da idade, entre 15 a 30 anos e de 50 a 70 anos. (CARDOZO; SOBRADO, 2012) Nas últimas duas ou três décadas, mais de 80% dos pacientes com a doença de Crohn são diagnosticados antes dos 40 anos. Além disso, a maioria tem envolvimento principalmente do íleo e do cólon proximal, de acordo com achados nos métodos de imagem mais sensíveis e modernos existentes hoje. (FREEMAN, 2014)

O diagnóstico de doença de Crohn é feito em bases clínicas suplementadas com achados radiológicos, endoscópicos e exame histológico. Em alguns casos, sua avaliação deve ser repetida após um determinado tempo. Não existe um padrão ouro para o diagnóstico. (ASSCHE et al, 2010) (STRANGE et al, apud BAUMGART, 2009) Ao estabelecê-lo, deve-se excluir outras possibilidades envolvidas, como processos inflamatórios, vasculares, neoplásicos e infecciosos que podem causar outras enterites ou colites. (THIELMAN; GUERRANT, apud BAUMGART, 2009)

No que diz respeito a Doença de Crohn e suas complicações, como abscessos, fístulas, perfurações e estenoses, a abordagem cirúrgica apresenta substancial importância. Ao menos 50% dos pacientes são operados nos primeiros 10 anos de doença, e cerca de 70 a 80% recebem procedimento cirúrgico se for considerada toda a vida do indivíduo. (JUNIOR, 2006)

As indicações específicas para a cirurgia na doença de Crohn incluem a formação de estenose fibrótica causando obstrução parcial ou total intestinal, a formação de abscessos intra-abdominais, a formação de fístulas intra-abdominais, como enteroentérica, enterocólica, enterovesical, enterovaginal e enterocutânea. Na forma penetrante perianal pode levar a formação de fissuras, abscessos e fístulas anais ou retovaginais. (LARSON; PEMBERTON, apud BAUMGART, 2009)

A cirurgia de urgência está indicada para pacientes com complicações potencialmente fatais, como perfuração intestinal e hemorragia refratária ao tratamento clínico. (BERG et al, apud BAUMGART, 2009) Esta taxa de complicação é de 1 a 2,5%. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Descrever a frequência das principais complicações cirúrgicas durante a evolução da Doença de Crohn nos pacientes do serviço de Gastroenterologia de um hospital filantrópico, de Proctologia de um hospital particular e de uma clínica privada na região metropolitana da Grande Vitória.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Não possui.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Diante disso, optamos por fazer um estudo a partir da análise dos prontuários dos pacientes diagnosticados com Doença de Crohn atendidos nestes serviços. Uma vez que é de extrema importância avaliar quantos pacientes complicaram nestes serviços, bem como, quais foram as principais complicações para conhecer melhor o perfil da população local e, conseqüentemente, prestar uma assistência médica de melhor qualidade.

## 1.3 METODOLOGIA

### 1.3.1 Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo. Consiste em uma análise de prontuários de pacientes previamente diagnosticados com Doença de Crohn até o mês de dezembro de 2013.

### 1.3.2 Aprovação no comitê de ética

O projeto do presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos protocolado na Plataforma Brasil antes do seu início. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) desse projeto é 31015414.1.0000.5065.

### 1.3.3 Revisão de prontuário

Após a aprovação pelo CEP, os prontuários foram resgatados nos sistemas de armazenamento das instituições envolvidas. Foram analisados 74 prontuários de pacientes, sendo 20 prontuários no hospital filantrópico, 23 prontuários na clínica privada e 31 prontuários no hospital privado. Apesar de haver mais pacientes, muitos prontuários não foram encontrados.

### 1.3.4 Revisão da literatura

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na literatura nacional e internacional, buscando relatos de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises publicados, cujos termos foram: “Crohn’s disease”, “Inflammatory bowel disease”, “Surgery”, “Pathogenesis”, “Immune responses”. Os artigos selecionados estão disponíveis no banco de dados do PUBMED publicados nos últimos 15 anos.

### 1.3.5 Questões éticas

Neste trabalho há dispensa do TCLE, pois trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, do tipo relato de série de casos com coleta retrospectiva de dados de prontuários, onde os pesquisadores se comprometem com a preservação da privacidade dos paciente frente à contribuição que a pesquisa dará ao conhecimento científico e também a dificuldade de contato com os pacientes, que já não mais se encontram nos serviços.

## 2 DOENÇA DE CROHN

A enfermidade agora denominada Doença de Crohn não é uma afecção nova. Relatos sobre ela são encontrados desde a Grécia Antiga e Alexandria, quando era provavelmente confundida com enterocolites ocasionadas pelas doenças parasitárias. (QUILICI, 2002) Para seu reconhecimento definitivo como enfermidade clínica, foram relevantes, em sua forma ileal, três publicações: a primeira foi de T.K. Dalziel, cirurgião de Edimburgo, em 1913; a segunda foi de Eli Moschowitz e A.O. Wilenky, dos hospitais israelitas Monte Sinai (de Nova York) e Beth (de Boston), respectivamente, em 1923; finalmente, a de Crohn, Ginzburg e Oppenheimer do Hospital Monte Sinai, em 1932. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

Para a forma colônica, a mais importante publicação foi a de Lockhart-Mummery e Morson, do Hospital São Marcos de Londres, em 1960. Além disto, neste mesmo trabalho, foi definida a separação, como entidade diferente, da DC da Retocolite Ulcerativa, ao apresentarem descrição detalhada da natureza histológica e clínica do processo inflamatório de ambas, diferenciando seus achados, incluindo a doença segmentar e inflamação granulomatosa, característico da DC. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

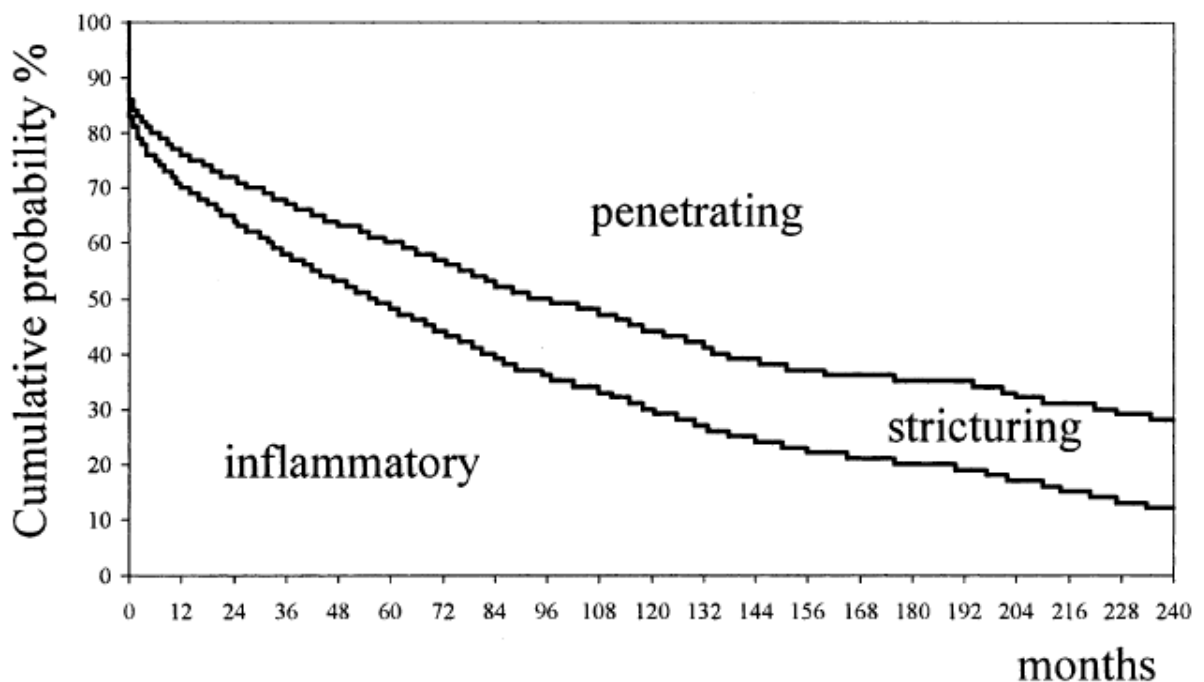
No Brasil, foi Berardinelli que, em 1943, publicou o primeiro caso de ileíte regional, 11 anos após o primeiro artigo de Crohn, Oppenheimer e Ginzburg. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

A Doença de Crohn consiste numa desordem inflamatória crônica do trato gastrointestinal, caracteristicamente recidivante e com progressão ao longo do tempo para complicações como estenose, fístulas e perfuração, conforme apresentado na figura 1. (COSNES et al, 2002)

A doença pode evoluir com crises intermitentes, alternadas com fases de remissão de duração variável, ou como uma forma de crônica progressiva e contínua. (CARODOZO; SOBRADO, 2012) Apresenta um padrão caracteristicamente descontínuo e transmural, sendo a inflamação de caráter granulomatoso. (MILLS et

al, 2011). Aparenta acometer tanto homens quanto mulheres em igual proporção, e tem apresentado aumento de sua incidência nas últimas décadas em todo o mundo. (PERYRIN-BIROULET et al, 2011)

Figura 1 – Evolução da Doença de Crohn



Fonte: COSNES et al, 2002

No entanto, sua etiologia exata ainda é desconhecida em função desse aspecto multifatorial (ASSCHE et al, 2010). Além disso, sabe-se também que alterações no sistema imunológico da mucosa do intestino estão relacionadas à atividade desordenada de células T, o que se relaciona à doença. Alguns gatilhos ambientais também têm sido vinculados à etiopatogenia, como, por exemplo, o local onde a pessoa habita, história familiar, tabagismo, dieta rica em açúcar e o desequilíbrio entre bactérias benéficas e nocivas no intestino. (LOFTUS, 2004) Entretanto, tema que tem sido motivo de debates nos últimos anos foi a presença do *Mycobacterium avium paratuberculosis* cultivado a partir de tecido intestinal de pessoas com doença de Crohn, mas há pouco consenso no que diz respeito a verdadeira ligação desta bactéria com o surgimento da doença. (GRANT, 2005)

As maiores incidências da doença são encontradas em países desenvolvidos, principalmente no norte da Europa, Reino Unido e América do Norte. (MAGRO; PROTELA, 2010) Na Europa as taxas de incidência variam de 0,7 a 9,8 novos casos para cada grupo de 100.000 pessoas por ano. Na América do Norte isso já muda para 3,6 a 15,6. (LOFTUS, 2004) Ademais, o diagnóstico da DC é muito comumente dado ao final da adolescência e início da idade adulta, embora estudos norte-americanos mostrem que o intervalo entre 33,4 a 45 anos seja o período principal de diagnóstico dessa afecção. (LOFTUS et al, 2002)

Atualmente, o Brasil é um país urbano, com 84% da população vivendo em cidades, chegando a 94% nas regiões sul e sudeste. As recentes mudanças ocorridas no Brasil durante as últimas décadas, com melhorias nas condições higiênicas e sanitárias, maior urbanização e mudanças da dieta tradicional para uma dieta mais industrializada, levou a um aumento do número de casos de Doença Inflamatória Intestinal. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

Os estudos epidemiológicos no Brasil são poucos e, de modo geral, restritos a determinadas regiões do país. Dados do Governo Federal mostram que a região Norte é a que apresenta o menor número de internações relacionadas à Doença Inflamatória Intestinal (1,16/100.000 habitantes/ano), seguidas pelas regiões Nordeste (2,17/100.000 habitantes/ano), Sudeste (2,42/100.000 habitantes/ano), Sul (3,07/100.000 habitantes/ano) e Centro-Oeste (3,32/100.000 habitantes/ano). No entanto, é provável que as regiões Sul e Sudeste estejam subestimadas devido à maior proporção de pacientes que são atendidos pelo sistema privado de saúde. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

A doença pode se manifestar em qualquer parte do sistema digestório, acometendo a mucosa desde a boca até o ânus. (MAGRO; FERNANDO, 2010) Está localizada no íleo terminal em 47% dos casos, 28% no cólon, 21% na região íleocolônica e 3% dos casos no trato gastrointestinal superior. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)



A DC essencialmente pode ser classificada em inflamatória (70% dos pacientes), fistulizante/penetrante (13% dos pacientes) e estenosante em 17% dos pacientes com diagnóstico (CARDOZO; SOBRADO, 2012).

A sintomatologia é variável, porém, comumente caracteriza-se por dor abdominal, diarreia, sangue e muco nas fezes, perda de peso, dor perineal e irritação nesta mesma região causada por fístula. Sintomas sistêmicos de mal estar, anorexia ou febre são comuns. Em geral, os pacientes com DC podem vir a apresentar várias formas clínicas da doença, todas elas de acordo com a localização das lesões, como, por exemplo, doença exclusiva no intestino delgado, doença na região íleocolônica, doença colônica, doença na região anorretal e, mais raramente, o acometimento do esôfago, estômago e duodeno. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

Já as manifestações extra intestinais, dentre elas as artrites, uveítes e *rash* cutâneo por exemplo, ocorrem em 30 a 65% dos portadores de DC. (TRAVIS et al, 2006) (CARDOZO; SOBRADO, 2012). Algumas dessas manifestações se correlacionam com atividade da doença intestinal, como artralguas e artrite periférica migratória, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, lesões orais e episclerite/uveíte. Assim, o tratamento intensivo da doença intestinal pode reverter o quadro clínico destas manifestações extra-intestinais. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

Mais recentemente ganhou reconhecimento aumentado sua associação com câncer colorretal, sendo verificado aumento da incidência desta neoplasia principalmente em pacientes com doença mais extensa em cólon, com idade do diagnóstico menor que 30 anos e história familiar presente. (TIMOTHY et al, 2008) Além disso, a doença também está associada ao surgimento de neoplasia maligna de intestino delgado. (ROON et al, 2007)

## 2.1 DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar a Doença de Crohn não há um exame padrão ouro. Leva-se em conta, então, uma série de fatores em combinação: avaliação clínica, endoscópica,

histológica, radiológica e bioquímica. (LENNARD-JONES, 1989) Sua diferenciação com Retocolite Ulcerativa se torna muitas vezes difícil, sendo que, em cerca de 10 a 15% dos diagnosticados inicialmente com DC acabam tendo seu diagnóstico mudado para Retocolite Ulcerativa durante o primeiro ano de avaliação. (TRAVIS et al, 2006)

Inicialmente deve-se excluir como causa da inflamação intestinal, uma possível infecção, isquemia, irradiação ou malignidade. Leva-se em consideração, então, uma combinação de três ou mais dos achados no exame clínico, investigação radiológica, endoscópica, e exame histológico de biópsias endoscópicas ou espécimes excisadas a seguir: lesões inflamatórias crônicas da cavidade oral, piloro ou duodeno, intestino delgado ou no ânus, uma distribuição da doença com padrão descontínuo (áreas de mucosa anormal separados por mucosa normal), inflamação transmural (fissuras, úlcera, abscesso ou fístula); fibrose (estenose); agregados linfóides ou úlceras aftóides; retenção de mucina colônica em biópsia na presença de atividade inflamatória; e presença de granulomas (do tipo não caseoso e não causada por corpos estranhos). Há, entretanto, alguns achados macroscópicos não evidenciados nesta classificação que também devem ser considerados, como, mucosa em aspecto de “pedras de calçamento” e espessamento da parede intestinal. Além disso, dentre os exames laboratoriais, os que sugerem com consistência associação com DC são anemia, trombocitose, níveis elevados de proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação elevada. (TRAVIS et al, 2006)

## 2.2 TRATAMENTO

O tratamento progrediu de uma abordagem predominantemente teórica para uma abordagem sustentada em evidências fisiopatológicas. Devido, então, a seu presumido aspecto autoimune, a condução terapêutica visa suprimi-lo. A escolha leva em conta não apenas a atividade e a extensão da doença, assim como a aceitabilidade por parte do paciente e a forma como a droga é disponibilizada ao mesmo. Atualmente o tratamento da Doença de Crohn consiste na utilização de certas drogas como 5-aminosalicilatos, corticosteroides e imunomoduladores,

incluindo terapia biológica. (EHTESHAMI-AFSHAR et. al, 2011) Azatioprina e 6-mercaptopurina são eficazes na indução de remissão e cicatrização de fístulas. Aminosalicilatos (mesalazina, sulfassalazina) podem reduzir a atividade da doença. Metotrexato aumenta as taxas de remissão e tem efeito poupador de corticosteróide. O infliximab e o adalimumab são eficazes na indução e manutenção da remissão da doença. (ASSCHE et al, 2010) Antibióticos e ciclosporina não apresentam benefício na indução de remissão da doença e mesalazina parece ser ineficaz na manutenção da remissão. (MILLS, 2011)

Tem sido demonstrado que a azatioprina é eficaz na manutenção da remissão, por si só ou após cirurgia, e tem efeito poupador de corticosteróide, entretanto, está associada a vários efeitos adversos a se considerar. Ciclosporina e corticosteróides orais usados isoladamente mostram-se ineficazes na manutenção da remissão após tratamento médico. Metotrexato e infliximab também podem manter a remissão em comparação com placebo. Parar de fumar reduz o risco de recaídas. Óleo de peixe e probióticos demonstraram-se ineficazes. (MILLS, 2011)

No âmbito cirúrgico, procedimentos mais conservadores para induzir remissão são preferíveis em detrimento das ressecções amplas, em vista da possibilidade de ocorrer Síndrome do Intestino Curto. Colectomia subtotal ou segmentar apresentam taxas de remissão semelhantes. E a ressecção videolaparoscópica deve sempre ser valorizada em vista do menor tempo de hospitalização pós-procedimento cirúrgico. (MILLS, 2011) Nas enterectomias realizadas devido a DC, seja por decorrências de fístulas, estenoses ou perfuração, a anastomose atualmente é realizada pela técnica laterolateral grampeada, preconizada por Yamamoto et al em 1999. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

No entanto, várias discussões são levantadas nos dias de hoje no que diz respeito à estratégia terapêutica, tendo-se em vista os novos medicamentos disponíveis o que caracterizou uma mudança dramática no manejo da doença nas últimas décadas. Duas abordagens são discutidas atualmente: *step-up* e *top-down*. A estratégia *top-down* visa a utilização precoce de terapia intensiva, ou seja, imunossupressores e/ou biológicos, buscando assim, oferecer ao paciente uma boa qualidade de vida já no

início da manifestação da doença e também a fim de se evitar consequências irreversíveis. (DEVLIN; PANACCIONE, 2010)

### 2.3 COMPLICAÇÕES

A DC não apresenta cura. É uma condição que se estende ao longo da vida do indivíduo trazendo inúmeros transtornos de cunho emocional, familiar e social. A doença causa incapacidade significativa, sendo que apenas 75% das pessoas acometidas são plenamente capazes de trabalhar no ano do diagnóstico, e 15% das pessoas são incapazes de manter atividade laborativa após 5 a 10 anos de doença. (CARTER et al, 2004) Grande parte dos indivíduos afetados pela doença necessitarão de abordagem cirúrgica, como dito anteriormente, nenhuma abordagem na DC é curativa, e intervenções cirúrgicas devem ser empregadas com considerações e de forma restrita, todavia, não devem ser vistas apenas como último recurso. Em algumas situações com acometimento ileocecal localizado e sintomático, o tratamento cirúrgico deve ser considerado como uma alternativa em potencial ao tratamento medicamentoso. Ao menos 50% dos pacientes são operados nos primeiros 10 anos de doença, e cerca de 70 a 80% recebem procedimento cirúrgico se for considerada toda a vida do indivíduo. (JUNIOR, 2006)

Assim como na doença de Crohn várias regiões do trato digestório podem estar acometidas, também existem diferentes apresentações da doença levando-se em conta o grau de inflamação. O acometimento pode ser mais leve, atingindo o lúmen sem complicações, ou pode ser mais grave, neste caso ocorrendo fístulas, perfurações, além de estenoses por fibrose decorrente de um estado de inflamação recorrente. (KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Por não existirem medicamentos que intervissem na história natural da doença até a algum tempo, a incidência de ressecções intestinais se manteve a mesma por anos. (VERMEIRA et al, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) Até mesmo os imunossuppressores, muito utilizados na manutenção da remissão da doença, não alteraram a necessidade de intervenção cirúrgica nos pacientes. (COSNES et al, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) No entanto, há evidências de que os biológicos, infliximabe e o

adalimumabe, podem reduzir o número de cirurgias na doença de Crohn durante sua evolução. Muito provavelmente por representar uma terapêutica clínica mais agressiva que interfere na história natural da doença e conseqüentemente nas complicações. (SCHNILTZLER et al, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

As indicações de cirurgia nos portadores de doença de Crohn são essencialmente duas: complicações da doença e intratabilidade clínica. Dentre as complicações agudas envolvidas com tratamento cirúrgico pode-se citar: oclusão intestinal, perfurações livres na cavidade com peritonite, abscessos pélvicos, perianais e abdominais, hemorragia, megacólon tóxico. Quando as complicações são de caráter crônico, as cirurgias são por consequência de fístulas, manifestações extra-intestinais, retardo no crescimento e neoplasias. (STRONG, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) No entanto, é importante lembrar que a intratabilidade clínica é a principal responsável pela abordagem cirúrgica e geralmente se dá pela dificuldade no controle dos sintomas com doses máximas de medicamento, presença de efeitos colaterais importantes e crises de agudização no decorrer do tratamento de manutenção. (HWANG; VARMA, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Sabe-se que quem recebe cirurgia para abscesso, fístula ou peritonite, apresenta risco aumentado para desenvolvimento de complicações de caráter penetrante. (GREENSTEIN et al, apud COSNES et al, 2011) Da mesma forma, quem faz uma apresentação de doença estenosante tende a ter maior recorrência por estenose. Sendo assim, definiu-se uma nova classificação, analisando-se três diferentes formas de comportamentos da doença de Crohn: doença penetrante, estenosante e não penetrante/não estenosante (ou inflamatória). (LOUIS et al, apud COSNES et al, 2011), (COSNES et al, apud COSNES et al, 2011) No decorrer dos primeiros anos de doença a doença inflamatória predomina, enquanto que, após 40 anos, a maior parte dos pacientes já experienciou complicações e acabam sendo classificados como apresentando doença penetrante, ou menos comumente, estenosante. (OUSSALAH et al, apud COSNES et al, 2011) Quando a doença acomete o intestino delgado é mais provável que no diagnóstico, ou durante os primeiros anos após o diagnóstico, o paciente apresente abscesso ou fístula, ou mesmo estenose com conseqüente desenvolvimento de fístula (OBERHUBER et al, apud COSNES et al,

2011), enquanto que na doença do cólon é mais comum uma apresentação de doença com menos complicações ou com um caráter inflamatório por muitos anos. Lesões estenosantes e penetrantes podem coexistir no mesmo indivíduo ou até mesmo no mesmo segmento intestinal. (COSNES et al, 2011)

### **2.3.1 Fístula**

Uma complicação relativamente comum na doença de Crohn é a fistula, inclusa na definição de doença penetrante. Ela ocorre quando o processo inflamatório evolui pela parede do segmento intestinal envolvido e se dissemina para fora da serosa das alças, traçando trajetos que culminam em órgãos adjacentes ou pele da parede abdominal. (KOTZE; ARAÚJO. 2010)

Quando a fístula acomete algum órgão abdominal ou outros segmentos do intestino ela é classificada como interna. Quando ela se exterioriza para pele recebe o nome de externa. (KOTZE; ARAÚJO. 2010) As fístulas internas entre os segmentos intestinais ocorrem em cerca de 35% dos pacientes portadores de DC, sendo muito comuns. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) As fístulas internas para bexiga (88% dos casos) seguidas de fístulas do íleo para o colón ascendente e em terceiro lugar as fístulas enterovesicais (ileovaginal) são os achados mais frequentes. (CARDOZO; SOBRADO, 2012)

As fístulas externas acometem 15% destes, como as fístulas enterocutâneas e as colocutâneas, e costumam não fechar com o uso de tratamento biológico, sendo necessário enterectomias. (STRONG, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) (CARDOZO; SOBRADO, 2012) No entanto, quando analisado de uma maneira geral, cerca de 15-20% dos pacientes portadores da doença apresentam ou já apresentaram doença fistulizante. (THIA et al, apud COSNES et al, 2011)

Antes de determinar o tratamento para a fístula uma boa avaliação deve ser feita por exames de imagem. A tomografia computadorizada de abdome com contraste oral, a ressonância magnética e o trânsito intestinal podem ter grande utilidade na avaliação do trato fistuloso. A tomografia computadorizada ou a ressonância

magnética são métodos de imagem com o mais alto grau de precisão para a detecção de envolvimento intestinal e lesões penetrantes na doença de Crohn. (ASSCHE et al, 2010) De uma forma geral, o tratamento desta complicação tem como embasamento a ressecção do segmento acometido e posterior sutura do órgão secundariamente inflamado. (KOTZE; ARAÚJO, 2010) É importante lembrar que a ressecção ampla intestinal é desnecessária e potencialmente danosa ao paciente. (HEUMAN et al, apud ASSCHE et al, 2010)

Algumas novidades com relação ao tratamento das fístulas nos últimos anos foi o estabelecimento da recomendação de sedenho nas fístulas complexas e o aconselhamento da terapêutica cirúrgica conjunta ao uso de antibióticos e azatioprina/mercaptopurina na doença de Crohn fistulizante com atividade luminal, sendo essa a primeira escolha. (ASSCHE et al, 2010)

Quando se pensa no manejo da fístula na doença de Crohn precisa-se ter em conta alguns pontos fundamentais para o sucesso terapêutico: local de origem da fístula e sua anatomia; seu caráter, se é inflamatório ou estenosante; identificar ou excluir presença de infecção; determinar afecção de outro órgão, e suas consequências na qualidade de vida; e status nutricional do paciente. (ASSCHE et al, 2010)

Na aproximação diagnóstica inicial, a ressonância magnética deve ser o procedimento inicial, pois é acurado e não invasivo, mas não é indicado de rotina nas fístulas simples. O exame sob anestesia é considerado padrão ouro quando em mãos de um cirurgião experiente. E a ultrassonografia requer perícia, mas pode ser equivalente à ressonância magnética se o exame for feito de forma adequada e sob anestesia, sendo que estenose retal deve ser excluída para sua realização. Na doença com apresentação em reto e sigmoide, a proctosigmoidoscopia deve ser usada rotineiramente na avaliação inicial. (ASSCHE et al, 2010)

As fístulas perianais são uma entidade que trazem uma piora substancial da qualidade de vida e são os achados mais frequentes nos portadores de doença de Crohn com acometimento perianal. (TAXONERA et al, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) Elas são notadas em 12% dos pacientes com doença ileal isolada, 15% com

doença ileocolônica, 41% com doença colônica e com reto poupado e 92% com doença colônica envolvendo reto. (HELLERS et al, apud ASSCHE et al, 2010) O tratamento atualmente encontra mais embasamento na terapia combinada, associando uso de biológicos mais cirurgia. Métodos como cola de fibrina e plugues de colágeno suíno também podem ser utilizados com algum sucesso. (TAXONERA et al, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) Fístulas anais simples devem ser investigadas quanto à sintomatologia, se assintomáticas, nada deve ser feito. Caso contrário, podem ser tratadas com fistulotomia e com marsupialização das bordas da ferida em pacientes com continência normal. Fistulotomias repetidas devem ser evitadas, pelo risco de incontinência fecal. (STEELE et al, apud LU; HUNT, 2013), (ASSCHE et al, 2010) Antibioticoterapia com metronidazol (750-1500mg/dia) ou ciprofloxacina (1000mg/dia) também devem ser usados. (ASSCHE et al, 2010) A fístula retovaginal pode ser tratada com retalhos de avanço, mas com menores taxas de sucesso do que nos pacientes sem doença de Crohn, ou especialmente com proctite. (JARRAR; CHURCH, apud LU; HUNT, 2013), (PINTO et al, apud LU; HUNT, 2013)

Já na abordagem das fístulas abdominais é necessário seguir alguns princípios: considerar a cirurgia laparoscópica como uma abordagem razoável no paciente complicado com doença de Crohn; como propedêutica pré-operatória a colonoscopia e a endoscopia digestiva alta são úteis, e a tomografia de abdome pode identificar doença luminal e extraluminal; a nutrição deve ser otimizada no pré-operatório; só intestino doente deve ser ressecado; margens de ressecção devem ser pequenas; e uso de corticoides ou abscesso podem aumentar substancialmente o número de deiscência de anastomose. (LU; HUNT, 2013)

Fístulas enteroentéricas se assintomáticas devem seguir sem intervenção. (STRONG, apud LU; HUNT, 2013) Nas enterocutâneas deve-se lembrar que em caso de sepse aguda o tratamento deve ser com ressuscitação com fluidos, antibióticos venosos e drenagem de grandes abscessos intra-abdominais. (ZERBIB et al, apud LU; HUNT, 2013) Uso de tomografia computadorizada pode ser útil para delinear a anatomia da fístula. (HUPRICH et al, apud LU; HUNT, 2013) E então é feito o tratamento, sendo o intestino doente e o trato fistuloso ressecados. A fístula duodenal é rara. É mais típico o duodeno ser alvo de uma fístula decorrente de



doença no íleo ou cólon. O intestino doente é ressecado e o duodeno pode ser reparado. (UCHINO et al, apud LU; HUNT, 2013) No trato urinário a complicação mais comum é a fístula ileovesical. (MANGANITIS et al, apud LU; HUNT, 2013) Lembrando-se que nessa ocasião sintomas como fecalúria e pneumatúria devem aventar essa possibilidade. (KOTZE; ARAÚJO, 2010) A tomografia computadorizada de abdome pode evidenciar ar no interior da bexiga e a uretrocistografia poderia ter utilidade. O tratamento pode ser feito com ressecção do íleo, na sua parte acometida, ressecção parcial da bexiga e sutura da mesma. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) A fístula enteroureteral é menos comum. (MANGANITIS et al, apud LU; HUNT, 2013)

De forma resumida, nas fístulas externas o tratamento cirúrgico acaba sendo a principal forma de tratamento, sendo a ressecção com anastomose o procedimento de escolha. É importante lembrar que em um terço dos casos é possível ter sucesso terapêutico com uso de biológicos. E quando as fístulas são internas, caso assintomáticas, é mais adequado não intervir. (KOTZE; ARAÚJO, 2010)

No pós-operatório as taxas de recorrência variam de acordo com o parâmetro utilizado, seja ele cirúrgico, radiológico, endoscópico ou clínico. Considerando-se o acompanhamento endoscópico (o mais fidedigno para avaliar recorrência), a recorrência pós-operatória é de cerca de 65-90% dentro de 12 meses, e 80-100% em 3 anos da operação. (ASSCHE et al, 2010) Além disso, 16%, 28%, e 35% dos doentes necessitam de uma segunda cirurgia em 5, 10, e 15 anos após a primeira cirurgia, respectivamente. (PEYRIN-BIROULET et al, apud LU; HUNT, 2013), (DHILLON et al, apud LU; HUNT, 2013) Sabe-se também que tão logo quanto em 8 dias após a cirurgia, uma lesão primária pode se desenvolver no foco inflamatório sobre a anastomose, (D'HAENS et al, apud COSNES et al, 2011) sendo que 3 meses depois, 66% dos pacientes já apresentam úlceras aftosas, que podem evoluir em extensão de forma superficial ou profunda, podendo deflagrar depois um quadro estenosante. (RUTGEERTS et al, apud COSNES et al, 2011) A estenose pode associar-se a fístula, esta podendo ser desencadeada por aquela ou por uma área de inflamação acentuada. (OBERHUBER et al, apud COSNES et al, 2011)

### **2.3.2 Estenose**

As estenoses intestinais são complicações comuns na DC, ocorrendo em cerca de 30% dos casos. (FERLITSCH et al, 2006) Resultam de inflamações recorrentes, com consequente fibrose no local acometido. Podem ocorrer em segmentos não operados previamente (alças virgens de cirurgia) ou em anastomoses intestinais prévias. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Podem ainda, de acordo com seu número e comprimento, ser classificadas em únicas ou múltiplas; curtas ou longas. Geralmente apresentam dilatação intestinal a montante, aspecto facilmente identificável nos exames contrastados de trânsito intestinal ou tomografia computadorizada de abdome. Podem ser assintomáticas, e em graus mais avançados podem ocasionar cólicas abdominais recorrentes e até fistulizações secundárias para outros órgãos ou para a pele. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

O tratamento das estenoses do intestino delgado é indicado quando há sintomatologia evidente, sem melhora com medicamentos. Ressecções dos segmentos estenosados podem ser realizadas, porém são contraindicadas, nos casos de multiplicidade, por risco aumentado de desenvolvimento da síndrome do intestino curto. Por este motivo, formas alternativas de tratamento foram buscadas com o intuito de se conservar o maior comprimento possível de intestino, para melhor absorção de nutrientes e manutenção do estado nutricional dos pacientes. Em casos onde ressecções de áreas fistulizadas da doença são aventadas, é relativamente frequente o encontro de outras áreas do jejuno ou do íleo terminal com estenoses latentes. Nesta situação, a ressecção dos segmentos com maior atividade inflamatória e fistulização deve ser associada a procedimentos conservadores para o tratamento destas lesões secundárias. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Como a DC é altamente recidivante, novas áreas de inflamação e estenose podem ocorrer, o que limita as ressecções de múltiplos sítios pelo risco de Síndrome do Intestino Curto e necessidade de nutrição parenteral domiciliar. Por este motivo, as plastias de estenose (enteroplastias) e as dilatações endoscópicas são métodos

cada vez mais utilizados para o tratamento destes pacientes. As primeiras plastias de estenose foram descritas inicialmente para correção de áreas afiladas de intestino acometido por tuberculose intestinal. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Posteriormente, a DC passou a ser a principal indicação deste procedimento. Na dependência do comprimento da estenose, dois procedimentos são aventados: a plastia à Heineke-Mikulicz para segmentos mais curtos, e a técnica de Finney para segmentos estenosados mais longos. (STRONG, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010 )

Na plastia de estenoses mais curtas, uma abertura longitudinal, no sentido da estenose, deve ser feita. A sutura intestinal deve ser realizada de forma transversal, com pontos separados, criando-se uma abertura na área estenosada. Apesar da realização da sutura sobre o tecido inflamatório, deiscências e fístulas são complicações relativamente raras. Nas estenoses mais longas, definidas como maiores que 10 cm, por limitações técnicas, não há possibilidade de se utilizar esta técnica, pelo alto risco de deiscência e angulação excessiva resultante. (TRAVIS et al, 2006) Nestes casos, a técnica de Finney é indicada. Realiza-se uma abertura igualmente longitudinal no segmento acometido. Dobra-se a alça lateralmente, em forma de “U” invertido, e realiza-se uma sutura látero-lateral com pontos separados, nas bordas mesentérica e antimesentérica do segmento. Como consequência, cria-se dilatação maior, mantendo-se a área de absorção do segmento. Outros tipos de plastias podem ser aventados em estenoses mais longas, de localização íleo-cecal. Uma plastia extensa com anastomose íleo-cólica látero-lateral pode ser uma alternativa à ressecção, e é descrita por alguns autores, associada ou não a ressecções segmentares. Não se recomenda plastias de estenoses sobre o cólon, pelo risco de neoplasia nestes segmentos, entre outros motivos. (TRAVIS et al, 2006)

Os resultados das plastias das estenoses de intestino delgado são interessantes na análise da literatura. Em seguimento médio de três anos, os índices de fístula e deiscência das anastomoses variam de 0 a 8%, e a mortalidade é nula na maioria das séries descritas. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

Como as estenoses são altamente recorrentes, pela persistência dos tecidos inflamatórios, as taxas de reoperação destes pacientes variam entre 8 e 44%. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) Estas podem ser necessárias nos mesmos locais previamente suturados, ou em novas áreas de desenvolvimento da doença. Outra forma interessante de se tratar as estenoses intestinais na DC é a dilatação endoscópica por balão hidrostático.

Nos últimos anos, dilatação endoscópica com balão tem oferecido uma alternativa terapêutica à cirurgia. A última revisão sistemática estimou taxas de sucesso de cerca de 86%, e que a longo prazo eficácia clínica obtida foi de 58%. (ENDO et al, 2013) Com o desenvolvimento das técnicas de enteroscopia por duplo-balão, todos os segmentos do tubo digestório são acessíveis à endoscopia. Portanto, estenoses de intestino delgado podem ser tratadas por esta promissora alternativa. Salienta-se que o principal critério para indicação de dilatação endoscópica com balão é o curto comprimento da estenose. Alguns autores atestam que 10 cm de comprimento é o limite máximo para se tentar este método. (FERLITSCH et al, 2006) Portanto, trata-se de uma forma de tratamento para estenoses mais curtas. Sua aplicação igualmente é bem indicada nas estenoses de anastomoses prévias com recidiva da doença. Após a identificação da estenose, passa-se um balão de calibre variável no canal de biópsia do endoscópio através da inflamação. A seguir, injeta-se o volume necessário de solução salina para que o balão distenda e aplique uma força radial pela estenose, aumentando assim o seu calibre. É comum a ocorrência de sangramento após a dilatação, e a possibilidade de perfuração é sempre aventada. Ferlitsch et al. (2006) descreveram sua experiência com a dilatação endoscópica em 46 pacientes portadores de DC estenosante. Destes, 15% não obtiveram sucesso no tratamento (falha no método), e pelo menos uma dilatação foi realizada em 36 casos. A maioria dos pacientes era portadora de estenoses de anastomoses íleocólicas prévias (59%). Após seguimento médio de 21 meses, 62% dos pacientes necessitaram de algum tipo de reintervenção (metade destes por nova dilatação). Após 36 meses, 75% dos pacientes conseguiram evitar cirurgia para ressecção dos segmentos acometidos.

Em outro estudo, Ajlouni et al. (2007) apresentaram os resultados de dilatações endoscópicas em 37 pacientes. Em um seguimento médio de 20 meses, 21 pacientes apresentaram dilatação única, sem necessidade de reintervenção. Perfuração do local da estenose ocorreu em apenas um caso. Observa-se, portanto, que os resultados com dilatações endoscópicas de estenoses são promissores. Salienta-se que a maioria dos estudos sobre o tema são retrospectivos, e apresentam tempo de seguimento não superior a 3 anos.

Em longo prazo, o índice de recidiva das estenoses deve ser maior, assim como a necessidade de novos procedimentos. Não há estudos controlados que compararam a dilatação endoscópica com plastias cirúrgicas de estenoses publicadas na literatura. Recentemente, alguns trabalhos salientaram a possibilidade de tratamento das estenoses do intestino delgado ligadas à DC através de infusões de infliximabe. Pallota et al. (2008), em um estudo retrospectivo descritivo de 20 pacientes, observaram resolução completa das estenoses, mensuradas por ultrassonografia com contraste oral, em 8 casos. Nos pacientes que não tiveram resolução do quadro, os autores relataram que não houve piora dos sintomas ou redução do calibre dos segmentos acometidos, nem o desenvolvimento de novas estenoses.

No final da década de 90, com as primeiras publicações sobre a eficácia do infliximabe, atenção especial era dirigida a pacientes em uso de terapia biológica com estenoses. Achava-se que, pela fibrose causada pela cicatrização das lesões, poderia haver piora do quadro com ocorrência de oclusão intestinal. Com o tempo, pode-se perceber que esta preocupação não era justificada. Em um estudo com mais de 3000 pacientes em uso de infliximabe, em avaliação contínua (registro TREAT), observou-se que a infusão do infliximabe isoladamente não foi considerada um fator de risco para a ocorrência de estenose ou oclusão intestinal. Neste estudo, o uso de corticóides, maior durabilidade da doença e doença ileal isolada foram considerados critérios de piora de estenoses e evolução para oclusão intestinal aguda. (LICHTENSTEIN et al, 2006)

Com todos estes dados, a escolha do tratamento ideal para as estenoses de intestino delgado ligadas à DC deve ser individualizada. Um adequado estudo com

exames de imagem e uma minuciosa análise do número de estenoses e do comprimento destas deve ser esclarecida. Operações com ressecções prévias e o estado geral dos pacientes devem ser dados levantados. A experiência do cirurgião, bem como a disponibilidade dos métodos de tratamento e as drogas disponíveis são fatores fundamentais na decisão a ser tomada frente a este tipo de complicação da doença.

### **2.3.3 Perfuração**

A perfuração livre de segmentos intestinais com desenvolvimento de peritonite é uma complicação rara em portadores da DC. Ocorre entre 1,5 a 2,4% dos casos, em grandes séries de pacientes operados documentadas. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010) A perfuração é consequência do processo inflamatório agudo ou crônico do intestino, que se instala em sua parede. Pode ser contida ou bloqueada por alças intestinais, omento, bexiga ou outras vísceras. Em consequência ao bloqueio, a peritonite quase sempre é localizada, com formação de abscessos possivelmente tratáveis com antibióticos e punções dirigidas. Sua ocorrência parece ser maior no intestino delgado do que no cólon, e comumente ocorre nas proximidades de áreas com estenose. Perfuração peritoneal livre em doenças inflamatórias intestinais é uma condição rara, com poucos casos relatados na literatura. É considerado um caso grave e uma das indicações para a intervenção cirúrgica. (NIVATVONGS; GORDON, apud KOTZE; ARAÚJO, 2010)

O diagnóstico precoce da perfuração do intestino é importante e determina a taxa de sobrevivência. Apenas 20% dos pacientes com DC e perfuração intestinal têm pneumoperitônio no raio-X do abdômen e/ou em radiografia de tórax. Assim, se um médico continua a suspeitar desta complicação em um paciente com DC, uma tomografia computadorizada (TC) do abdome deve ser realizada. A presença de gás ou contraste oral fora do lúmen intestinal pode confirmar o diagnóstico de perfuração intestinal. A presença de espessamento intestinal, de áreas de estenose, de fístulas internas e de úlceras profundas são características encontradas na DC. (LEAL et al, 2012)

Em uma pequena perfuração intestinal, uma tomografia computadorizada pode ter uma precisão de mais de 80% para determinar a sua localização. Usualmente há perfurações na porção mesentérica das alças intestinais para o retroperitônio, com formação de abscessos que podem romper para a cavidade livre. Nestas situações, com quadros de abdome agudo instalados, recomenda-se intervenção cirúrgica imediata, com ressecção do segmento acometido. No tratamento da perfuração aguda é necessário proceder à ressecção econômica do segmento acometido seguida de reconstrução primária do trânsito intestinal mediante vários tipos de anastomoses ou adotar conduta em dois tempos mediante o emprego de ostomias. (LEAL et al, 2012)

A decisão de se realizar ou não uma anastomose deve ser baseada nas condições locais (grau de contaminação da cavidade, aspecto das bocas a serem anastomosadas e na presença ou não de obstrução distal, alças intestinais envolvidas em intenso processo inflamatório, múltiplas estenoses) e nas condições gerais do paciente (estabilidade hemodinâmica, uso prévio de corticóides e estado nutricional). A ressecção intestinal acompanhada de ileostomia terminal à montante, ou de estoma em alça, é uma conduta segura e com reduzido grau de mortalidade. É realizada de acordo com o local mais fácil para exteriorização provisoriamente. A ileostomia terminal é necessária após a ressecção de um seguimento do intestino delgado na qual a reparação com anastomoses primárias apresenta riscos. (LEAL et al, 2012)

Ikeuchi et al. (2008) estudaram 126 pacientes da literatura japonesa com perfurações livres na cavidade abdominal e DC. Destes, 102 apresentavam perfurações no íleo, 7 no jejuno, apenas 12 no cólon e 13 pacientes apresentavam perfurações múltiplas. Chama a atenção neste estudo o fato de que a incidência de perfuração livre foi de 9,4%, mais alta do que na população ocidental. Uma provável justificativa para este fato é a ocorrência de fenótipos diferentes da DC no Japão. Nesta série de casos, não se associou a ocorrência desta grave complicação com o uso de corticóides ou mesalazina. (IKEUCHI; YAMAMURA, 2002) Já Albuquerque et al. (2008) estudaram 45 pacientes submetidos a operações abdominais para DC, e

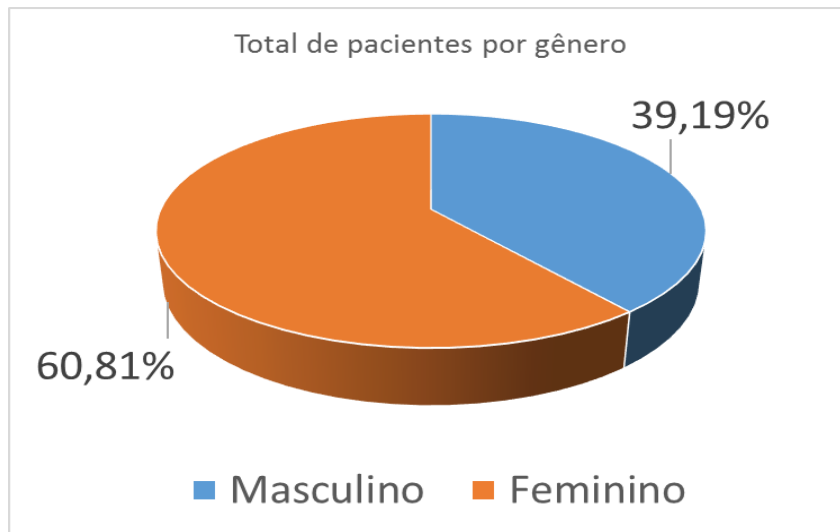
encontraram 11 casos de perfuração livre na cavidade. Este foi considerada um fator de risco na ocorrência de múltiplos procedimentos cirúrgicos nesta série de casos.



### 3 RESULTADOS

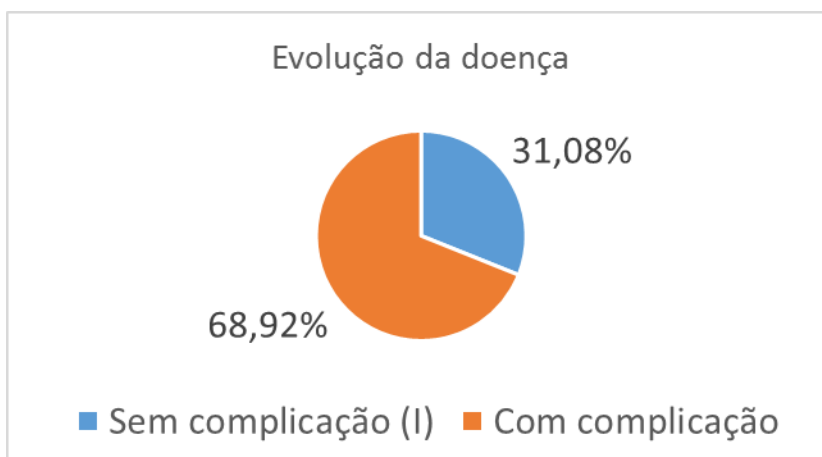
Foram analisados 74 pacientes ao todo, sendo 39,19% (29/74) do sexo masculino e 60,81% (45/74) são do sexo feminino (Gráfico 1). A média da idade dos pacientes foi de 43 anos, variando entre 8 a 85 anos, e a média da idade do diagnóstico foi de 33 anos, variando entre 8 a 83 anos.

Gráfico 1 – Total de pacientes por gênero



De todos os pacientes analisados, 31,08% (23/74) destes evoluíram apenas com manifestações inflamatórias. Entretanto, 68,92% (51/74), apresentaram alguma complicação durante a evolução da doença (Gráfico 2).

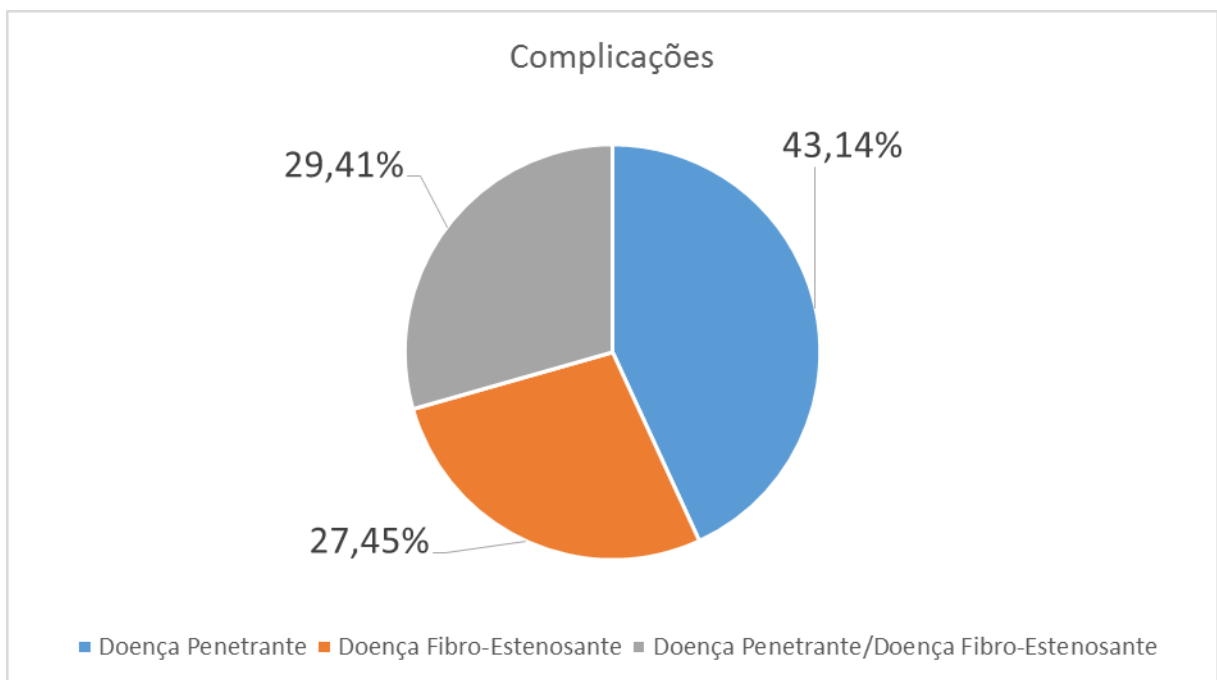
Gráfico 2 – Evolução da doença



As principais complicações encontradas nos pacientes foram fístula, perfuração e estenose. As fístulas e perfurações foram agrupadas como Doença Penetrante (DP) e as estenoses foram agrupadas como Doença Fibro-Estenosante (DFE). Entretanto, alguns pacientes apresentaram duas ou três complicações ao longo de sua doença, sendo, então, agrupados como Doença Penetrante/Doença Fibro-Estenosante (DP/DFE).

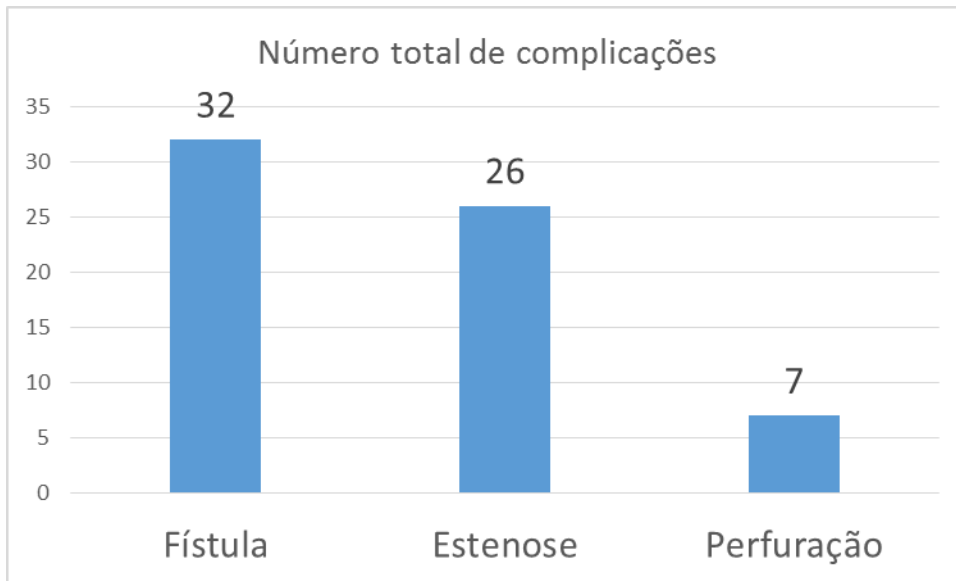
Do total das complicações, 43,14% (22/51) dos pacientes evoluíram com DP. Já a DFE correspondeu a 27,45% (14/51) do total das complicações. Enquanto, 29,41% (15/51) dos pacientes apresentaram ambas as complicações, DP/DFE (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Complicações



Ao analisar separadamente as complicações, nos 74 pacientes analisados foram encontrados 32 pacientes com fístula, 26 com estenose e 7 com perfuração ao longo da doença (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Número total de complicações



## 4 CONCLUSÃO

A DC é uma doença inflamatória que pode acometer todo o trato gastrointestinal, o que resulta em curso clínico variado. Por não apresentar um método de diagnóstico específico, a DC é diagnosticada muitas vezes em fase avançada de sintomas, já apresentando quadros de fístulas, estenoses, perfurações e abscessos.

O estudo em questão permitiu concluir que a DC acometeu preferencialmente sexo feminino nesta população. Pode-se concluir também que a maioria dos pacientes (68,92%) tiveram alguma das complicações estudadas, estando a DP como a principal complicação encontrada (43,14%). Já a DP/DFE e a DFE estão em segundo e terceiro lugar, respectivamente, na ordem de incidência.

É importante ressaltar que, separadamente, a principal complicação encontrada foi a fístula, estando presente em 32 dos 74 pacientes estudados. Seguida por estenose (em 26 pacientes) e perfuração (em 7 pacientes), respectivamente.

A DC causa um impacto significativo na qualidade de vida do portador, pois além de todos os agravantes e privações físicas a que o indivíduo é submetido, podem ocorrer também alterações psicológicas, pois trata-se de uma patologia que tem diversas repercussões na vida social do indivíduo.

Os fatores que mais influenciam as alterações na vida do portador estão ligados à mudança nos hábitos de vida, costumes e comportamentos, incluindo a alimentação, o componente emocional, o fato de se tratar de uma doença crônica, às mudanças físicas, e em alguns casos, hábitos mais saudáveis por medo das consequências.

Os portadores da DC apresentam muitos medos e anseios, incluindo as complicações alimentares, já que os hábitos devem ser mudados para prevenir os sintomas, receio de transmitir a doença aos descendentes, medo de sentir dores e de piorar o quadro clínico, medo de alterações no relacionamento familiar, companheiros e filhos e a falta de liberdade causada pela doença.

O portador da DC necessita não só de cuidados para o corpo (tratamento medicamentoso e cirúrgico), mas também de ser visto nos aspectos psicossociais, dentro daquilo que ele próprio julga ser uma necessidade particular, incluindo atenção, apoio, carinho e compreensão.

Os resultados obtidos estão de acordo com os dados encontrados na literatura. Entretanto, são necessários estudos mais aprofundados com a população em questão. Este estudo em questão é transversal e não se pode avaliar a real evolução da doença desses pacientes e suas complicações, mas pode-se considerar o elevado índice de complicações o que faz com que esses pacientes necessitem de acompanhamento médico rigoroso, com otimização terapêutica e busca ativa das complicações.

## REFERÊNCIAS

AJLOUNI, Y.; ISER, J.H.; GIBSON, P.R. **Endoscopic balloon dilatation of intestinal strictures in Crohn's disease: safe alternative to surgery.** J Gastroenterol Hepatol, v.22 p. 486-90, 2007.

ALBUQUERQUE, I. C. et al. **Doença de Crohn: Fatores de risco para recidiva no pós-operatório.** Rev bras Coloproct, v.28, p. 036-039, 2008.

BAUMGART, D. C. **The Diagnosis and Treatment of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis.** Dtsch Arztebl Int, v.106, p. 123–133, 2009.

BERG D.F. et al. **Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease.** Am J Surg, v.184, p. 45–51, 2002.

CARTER, M.J.; LOBO, A.J.; TRAVIS, S. P. **Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults.** Gut, v. 53, p. V1–V16, 2004.

CORINNE, J.C.; ROUSSEAU, G.; CORTOT, P. S. A. **Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases.** Gastroenterology, v. 140, p. 1785–1794, 2011.

COSNES, J. et al. **Impact of the increasing use of immunosuppressants in Crohn's disease on the need for intestinal surgery.** Gut, v.54, p. 237-41, 2005.

COSNES, J. et al. **Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease.** Inflamm Bowel Dis, v.8, p. 244-50, 2002.

D'HAENS, G.R. et al. **Early lesions of recurrent Crohn's disease caused by infusion of intestinal contents in excluded ileum.** Gastroenterology, v.114, 262–267, 1998.

DEVLIN, S. M.; PANACCIONE, R. **Evolving inflammatory bowel disease treatment paradigms: top-down versus step-up.** Med Clin North Am, v.94, p. 1–18, 2010.

DHILLON, S.L. et al. **The national history of adult Crohn's disease in a population-based cohort from Olmstead County, Minnesota.** Am J Gastroenterol, v.105, p. 289–97, 2010.

DIAS, C. C. et al. **Clinical prognostic factors for disabling Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis.** World J Gastroenterol, v. 19, p. 3866-71, 2013.

EHTESHAMI-AFSHAR, S. et al. **A systematic review and meta-analysis of the effects of infliximab on the rate of colectomy and post-operative complications in patients with inflammatory bowel disease.** Arch Med Sci, v.7, p. 1000-12, 2011.

ENDO, K. et al. **Short and long-term outcomes of endoscopic balloon dilatation for Crohn's disease strictures.** World J Gastroenterol, v.19, p. 86-91, 2013.

EUROPEAN CROHN'S AND COLITIS ORGANIZATION. **Crohn's Disease guidelines.** ECCO, 2012.

FERLITSCH, A. et al. **Safety and efficacy of endoscopic balloon dilatation for treatment of Crohn's disease strictures.** Endoscopy, v. 38, p; 483-487, 2006.

FREEMAN, H. J. **Application of the Vienna Classification for Crohn's disease to a single clinician database of 877 patients.** Can J Gastroenterol, v.15, p. 89–93, 2001.

FREEMAN, H. J.. **Application of the Montreal classification for Crohn's disease to a single clinician database of 1015 patients.** Can J Gastroenterol, v.21, 363–366, 2007.

FREEMAN, H. J.. **Natural history and long-term clinical course of Crohn's disease.** World J Gastroenterol, v. 20, p. 31–36, 2014.

GRANT, I. R. **Zoonotic potential of Mycobacterium aviumssp. paratuberculosis: the current position.** J Appl Microbiol, v.98, p. 1282–1293, 2005.

GREENSTEIN, A.J. et al. **Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms.** Gut, v.29, p. 588–592, 1988.

HELLERS, G. et al. **Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease.** Gut, v.21, p. 525–7, 1980.

HEUMAN, R., et al. **The influence of disease at the margin of resection on the outcome of Crohn's disease.** Br J Surg, v.70, p. 519–21, 1983.

HOFFMANN J.C. et al. **S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn.** Z Gastroenterol, v.46, p. 1094–1146, 2008.

HUPRICH, J.E. et al. **ACR appropriateness criteria on Crohn's disease.** J Am Coll Radiol, v.7, p. 94–102, 2010.

HWANG, J.M.; VARMA MG. **Surgery for inflammatory bowel disease.** World J Gastroenterol, v.14, p. 2678-2690, 2008.

IKEUCHI, H.; YAMAMURA, T. **Free perforation in Crohn's disease: review of the Japanese literature.** J Gastroenterol, v.37, p. 1020–1027, 2002.

ITZKOWITZ S.H.; PRESENT D.H.; **Consensus conference: Colorectal cancer screening and surveillance in inflammatory bowel disease.** Inflamm Bowel Dis, v.11, p. 314–321, 2005.

JAFFE, T.A. et al. **Radiation doses from small-bowel followthrough and abdominopelvic MDCT in Crohn's disease.** Am J Roentgenol, v.189, p. 1015-22, 2007.

JARRAR, A.; CHURCH J. **Advancement flap repair: a good option for complex anorectal fistulas.** Dis Colon Rectum, v.54, p.1537–41, 2011.

KAWALEC, P. et al. **Tumor necrosis factor- $\alpha$  antibodies (infliximab, adalimumab and certolizumab) in Crohn's disease: systematic review and meta-analysis.** Arch Med Sci, v.9, p. 765–779, 2013.

KOTZE, P. G.; ARAÚJO, S. E. A. **Tratamento cirúrgico da doença de crohn.** In: CURY, D. M. A. **Doenças inflamatórias intestinais: retocolite ulcerativa e Deonça de Crohn.** Rio De Janeiro, 2010. p. 171-86.



LARSON D.W.; PEMBERTON J.H.; **Current concepts and controversies in surgery for IBD.** *Gastroenterology*, v.126, p. 1611–1619, 2004.

LENNARD-JONES, J. E. **Classification of inflammatory bowel disease.** *Scand J Gastroenterol*, v. 170, p. 2-6, 1989.

LICHTENSTEIN, G. R. et al. **Factors associated with the development of intestinal strictures or obstructions in patients with Crohn's disease.** *Am J Gastroenterol*, v. 101, p. 1030-1038, 2006.

LOFTUS JR, E. V. **Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences.** *Gastroenterology*, v.126, p. 1504–1517, 2004.

LOFTUS JR, E. V. **Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences.** *Gastroenterology*, v.126, p. 1504–1517, 2004.

LOFTUS JR, E. V.; SCHOENFELD, P.; SANDBORN, W.J. **The epidemiology and natural history of Crohn's disease in population-based patient cohorts from North America: a systematic review.** *Aliment Pharmacol Ther*, v.16, p. 51–60, 2002.

LOFTUS, E.V. Jr. **Crohn's disease: why the disparity in mortality?** *Gut*, v.55, p.447–449, 2006.

LOUIS, E. et al. **Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease.** *Gut*, v.49, p. 777–782, 2001.

LU, K. C.; HUNT, S. R. **Surgical Management of Crohn's Disease.** *Surg Clin North Am*, v.93, p.167-85, 2013

MAGRO, F.; PÓRTELA, F. **Management of inflammatory bowel disease with infliximab and other anti-tumor necrosis factor alpha therapies.** *Biodrugs*, v.24, p. 3-14, 2010.

MANGANOTIS, A. N.; BANNER, M. P.; MALKOWICZ, S. B. **Urologic complications of Crohn's disease.** *Surg Clin North Am*, v.81, p. 197–215, 2001.

MILLS, S. C.; ROON, A. C.; ORCHARD, T. R. **Crohn's disease**. *Am Fam Physician*, v.83, p. 1479-1481, 2011.

NIVATVONGS, S.; GORDON, P. H. **Crohn's disease**. In: GORDON, P. H.; NIVATVONGS, S. **Principles and practice of surgery of the colon, rectum and anus**. 3a. ed. New York: Taylor & Francis, 2007, p.819-908.

OBERHUBER, G. et al. **Significant association of strictures and internal fistula formation in Crohn's disease**. *Virchows Arch*, v.437, p. 293–297, 2000.

OUSSALAH, A. et al. **Predictors of infliximab failure after azathioprine withdrawal in Crohn's disease treated with combination therapy**. *Am J Gastroenterol*, v.105, p. 1142–1149, 2010.

PALLOTA, N. et al. **Effect of infliximab on small bowel stenoses in patients with Crohn's disease**. *World J Gastroenterol*, v.14, p. 1885-1890, 2008.

PEYRIN-BIROULET, L. et al. **The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts**. *Am J Gastroenterol*, v.105, p. 289–297, 2010.

PEYRIN-BIROULET, L. et al. **Postoperative recurrence of Crohn's disease in a population-based cohort**. *Gastroenterology*, v.138, p. 198–9, 2010.

PINTO, R.A. et al. **Are there predictors of outcome following rectovaginal fistula repair?** *Dis Colon Rectum*, v.53, p. 1240–47, 2010.

PORITZ, L.S. et al. **Surgical management of entero and colocutaneous fistulae in Crohn's disease: 17 years' experience**. *Int J Colorectal Dis*, v.19, 481–85, 2004.

RUTGEERTS, P. et al. **Predictability of the postoperative course of Crohn's disease**. *Gastroenterology*, v.99, p. 956–963, 1990.

SCHNITZLER, F. et al. **Long-term outcome of treatment with infliximab in 614 patients with Crohn's disease: results from a single-centre cohort**. *Gut*, v.58, p. 492–500, 2009.

SILVERBERG M. S. et al. **Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology.** Can J Gastroenterol, v.19, p. 5–36, 2006.

SOBRADO, C. W.; CARDOZO, W. S. **Doença Inflamatória Intestinal. 1a. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2012.**

STANGE, E. F. et al. **European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis.** Gut, v.55, p; i1–i15, 2006.

STANGE, E. F. et al. **European evidence based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis.** J Crohn's Colitis, v.2, p. 1–23, 2008.

STEELE, S.R. et al. **Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano.** Dis Colon Rectum, v.54, p. 1465–74, 2011.

STRONG, S.A. **Crohn's disease: surgical management.** In: BECK, D.E. et al. **The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.** New York: Springer Sciences Business Media LLC, 2011. p. 499–516.

STRONG, S.A. **Surgery for Crohn's disease.** In: WOLFF, B.G. et al. **The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.** 1. ed. New York: Springer Science, 2007, p. 584-600.

TAXONERA, C.; SCHWARTZ, D. A.; GARCÍA-OLMO, D. **Emerging treatments for complex perianal fistula in Crohn's disease.** World J Gastroentero, v.15, p. 4263-4272, 2009.

THIA, K.T. et al. **An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia.** Am J Gastroenterol, v.103, p.3167–3182, 2008.

THIA, K. T. et al. **Risk Factors Associated with progression to intestinal complications of Crohn's disease in a Population-based cohort.** Gastroenterology, v. 134 p. 1147–55, 2010.

THIELMAN N.M.; GUERRANT R.L.; **Clinical practice. Acute infectious diarrhea.** N Engl J Med, v. 350, p. 38–47, 2004.

TRAVIS, S.P.L. et al. **European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management.** Gut, v.55, p. i16-i35, 2006.

UCHINO, M. et al. **Clinical features and management of duodenal fistula in patients with Crohn's disease.** Hepatogastroenterology, v.59, p. 171–74, 2012.

VERMEIRE, S.; VAN ASSCHE, G.; RUTGEERTS, P. **Review article: altering the natural history of Crohn's disease – evidence for and against current therapies.** Aliment Pharmacol Ther, v.25, p. 3-12, 2006.

VON ROON, A.C. et al. **The risk of cancer in Crohn's disease.** Dis Colon Rectum, v.50, p. 839–855, 2007.

WOLTERS, F.L.; RUSSEL, M.G.; STOCKBRUGGER, R.W. **Systematic review: has disease outcome in Crohn's disease changed during the last four decades?** Aliment Pharmacol Ther, v.20, p. 483–496, 2004.

ZERBIB, P. et al. **Pre-operative management is associated with low rate of post-operative morbidity in penetrating Crohn's disease.** Aliment Pharmacol Ther, v.32, p. 459-65, 2010.

ZISMAN, T. L.; RUBIN, D. T. **Colorectal cancer and dysplasia in inflammatory bowel disease.** World J Gastroenterol, v.14, p. 2662–69, 2008.