

## **(21202) - PERFURAÇÃO CÓLICA NA DOENÇA DE CROHN – UM CASO RARO DE CIRURGIA EMERGENTE**

Daniela Martins<sup>1</sup>; Rita Marques<sup>1</sup>; Margarida Dupont<sup>1</sup>; Gonçalo Guidi<sup>1</sup>; João Carvas<sup>1</sup>; Ricardo Pereira<sup>1</sup>; Cátia Ferreira<sup>1</sup>; Pedro Costa<sup>1</sup>; João Pinto-De-Sousa<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

**INTRODUÇÃO** A doença inflamatória intestinal (DII) é uma condição crónica que afeta o trato gastrointestinal, sendo a colite ulcerosa (CU) e a doença de Crohn (DC) as duas principais entidades. A DC pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal e todas as camadas da parede intestinal. A classificação de Montreal permite categorizar a DC de acordo com a idade, localização e comportamento. As complicações locais mais comuns são fístulas, estenoses, hemorragia ou abscessos. A perfuração de víscera oca é rara, ocorrendo em 1-3% dos casos, e constitui indicação para cirurgia urgente, como o caso que se segue.

**CASO CLÍNICO** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 27 anos, ECOG 0, com antecedentes de DC, fenótipo A2, L3, B1 pela classificação de Montreal. História de internamento, no mês prévio, por agudização da DC resolvido conservadoramente e com ajuste da medicação imunossupressora. Recorre ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal generalizada e vômitos, com um dia de evolução. Negava febre, alterações do trânsito intestinal ou outras queixas. Medicada com upadacitinib, lepicortinolo, ácido acetilsalicílico e ácido fólico, sem outros antecedentes relevantes. À apresentação no SU, de fenótipo “cushingoide”, encontrava-se com palidez mucocutânea, sudorética, normotensa, taquicárdica e apirética. O abdómen estava distendido, com dor e defesa generalizadas à palpação. Analiticamente, apresentava hiperlactacidémia e elevação dos parâmetros inflamatórios, com hemoglobina normal. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica que revelou focos de pneumoperitoneu e coleções abcedadas na fossa ilíaca direita (48 x 65 mm e 46 x 37 mm), levantando a suspeita de agudização de DC com perfuração de víscera oca. Perante estes achados, de choque séptico com ponto de partida em perfuração intestinal, foi

decidida laparotomia exploradora emergente. No intra-operatório identificou-se peritonite purulenta em todos os quadrantes do abdómen com peritonite fecal contida, na região pélvica. Foram identificados inúmeros abscessos inter-ansas e perfuração do cólon sigmoide distal, tamponada, sem evidência de fistulização. Realizou-se drenagem de abscessos e operação de Hartmann. O pós-operatório complicou com abscesso pélvico com necessidade de drenagem percutânea e antibioterapia, sem outras intercorrências. O exame anatomopatológico foi compatível com DC agudizada e perfuração cólica.

**DISCUSSÃO CONCLUSÃO** Embora rara, a perfuração intestinal no contexto de DC pode ocorrer, devendo ser suspeitada perante sintomas como distensão e dor abdominal intensa. O mecanismo da perfuração não é totalmente conhecido podendo dever-se à dilatação intestinal com aumento de pressão intraluminal, acima de uma área estenótica. No caso de doença não estenosante, como o apresentado, existe ainda a hipótese de isquemia, pela presença de alterações inflamatórias nos vasos sanguíneos associadas à enterite e/ou colite, levando à perfuração intestinal. No caso de perfuração, a laparotomia é fundamental na identificação do local da perfuração bem como resseção do segmento afetado.

**Palavras-chave : Doença de Crohn; Perfuração Intestinal, Cirurgia Emergente**