

### (21243) - BAD(ASS) - DOENÇA DE CROHN PERIANAL SEVERA REFRATÁRIA

Catarina Corrêa Figueira<sup>1</sup>; Pedro Miranda<sup>1</sup>; Pedro Azevedo<sup>1</sup>; Catarina Gomes<sup>1</sup>; Mariana Sousa<sup>1</sup>; Joana Torres<sup>1</sup>; Rita Garrido<sup>1</sup>

1 - Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O tratamento da Doença de Crohn (DC) perianal complexa requer a adequada conjugação da terapêutica médica e cirúrgica. Classicamente, a DC perianal apresenta resultados favoráveis à terapêutica com agentes anti-TNF, contudo, os casos de refratariedade ou intolerância mantêm-se como um desafio. O Upadacitinib é uma alternativa recentemente aprovada para DC ativa moderada a grave com resposta inadequada ou intolerância a outros biológicos.

**Objetivos:** Descrição e discussão de um caso de DC perianal severa com resposta clínica favorável à adição de Upadacitinib à terapêutica multidisciplinar.

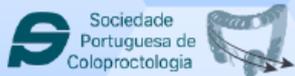
**Material e Métodos:** Descreve-se um caso clínico, observado em contexto de urgência e seguido em internamento e consulta, segundo as guidelines CARE.

**Resultados:** Homem, 25 anos, com antecedentes pessoais de obesidade (IMC 32Kg/m<sup>2</sup>) e DC. Sem antecedentes de tabagismos ou antecedentes familiares de doença inflamatória intestinal (DII) ou doença autoimune. Diagnóstico de DC aos 12 anos, na sequência de retorragias. Doença perianal complexa *ab initio* com necessidade de fistulotomia parcial e sedanho, inicialmente tratado com Azatioprina e antibioterapia. Em 2014, iniciou Infliximab (5mg/Kg), que cumpriu, com boa resposta, até 2018 por perda de resposta por imunogenicidade (anticorpos anti- Infliximab), iniciando Adalimumab e Azatioprina, com fraca resposta. Em 2019, por doença perianal refratária, submetido a colostomia derivativa laparoscópica, mantendo terapêutica com Adalimumab, altura em que perde seguimento hospitalar. Em Janeiro de 2023, observado no Serviço de Urgência por dor perineal e exsudado purulento associado a extensas feridas do períneo, escroto, base do pénis e coxa esquerda. Analiticamente, anemia microcítica hipocrómica (Hb 11,3g/dL), sem elevação dos parâmetros inflamatórios. A tomografia computadorizada identificou trajeto fistuloso crónico anterior

no canal anal, progredindo anteriormente na gordura perinealesquerda, ramificando-se junto ao escroto para a base do pênis, escroto esquerdo e coxa esquerda, sem abscesso drenável. Procedeu-se ao exame proctológico sob anestesia geral, observando-se múltiplas úlceras ao longo do períneo, base do pênis e corpo peniano direito. Anuscopia evidencia orifício interno com 1cm às 10h e abundante tecido de granulação aolongo do canal anal e reto baixo. A ressonância magnética relevou trajeto fistuloso transesfincteriano a 2cm da margem anal. A histologia revelou aspetos compatíveis com hidradenite supurativa, que a Dermatologia excluiu clinicamente. As biópsias do sigmóide revelaram DCquiescente. Durante o internamento, procedeu-se a lavagem das locas com colocação de penso de vácuo e, após discussão multidisciplinar com Centro de Referência, iniciou terapêutica *off-label* com Upadacitinib com melhoria sintomática e analítica. Posteriormente, submetido a encerramento da região escrotal e base do pênis e reconstrução da face interna dacoxa esquerda com enxerto cutâneo autólogo pela Cirurgia Plástica. Teve alta ao 73º dia, clinicamente bem, com boa evolução cicatricial e enxerto cutâneo parcialmente integrado.

**Discussão:** A variante perianal da DC afeta até 40% dos doentes, podendo, em cerca de 10% dos casos, ser a manifestação inicial. A abordagem terapêutica depende da complexidade da fístula, sendo o objetivo o controlo sintomático, cicatrização e preservação da função esfinteriana. O pilar da terapêutica da manifestação perianal é o controlo da DC após avaliação da atividade e severidade da mesma. O risco de DC moderada a severa associa-se com: idade de diagnóstico (<30 anos), tabagismo, doença perianal, necessidade de ressecção intestinal ou manifestações extraintestinais. A terapêutica preferencial nestes doentes é a indução com a combinação de imunomoduladores e agentes anti-TNF, como o Infliximab e Adalimumab, e a manutenção apenas com o biológico. Tal como no doente descrito, o desenvolvimento de anticorpos anti-biológico, com o Infliximab, ou a ausência de efeito na patologia perianal, com o Adalimumab, são fatores limitantes. O Upadacitinib é uma alternativa aprovada para DC ativa moderada a grave com resposta inadequada ou intolerância a outros biológicos. Após exclusão de diagnósticos diferenciais e discussão multidisciplinar com um Centro de Referência, a sua utilização *off-label* foi benéfica no controlo sintomático e cicatrizaçãoda doença perianal.

**Conclusões:** A doença perianal refratária permanece um desafio diagnóstico, requerendo uma avaliação multidisciplinar cuidada. Este caso ilustra a dificuldade da gestão da Doença Inflamatória Intestinal, nomeadamente da DC com afeção perianal complexa e extensa, no qual a multidisciplinariedade e a utilização de estratégias terapêuticas complementares é essencial ao sucesso. Como no caso descrito, após falência de terapêutica com outros biológicos, Upadacitinib pode ser uma opção na DC perianal refratária.



# XXXI

## CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

23 E 24 DE NOVEMBRO  
EUROSTARS OASIS PLAZA  
FIGUEIRA DA FOZ

**Palavras-chave : Doença de Crohn Perianal Refratária, Doença Inflamatória Intestinal,  
Upadacitinib**