

(21333) - DOENÇA DE CROHN PERIANAL – EXUBERANTE FORMA INICIAL DE APRESENTAÇÃO

Filipa Corte-Real¹; Milene Sá¹; Fernando Valério¹; Jorge Pereira¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução

As manifestações perianais mais importantes da Doença de Crohn (DC) são as fistulas perianais (FP) e os abscessos perianais. As FP podem ser simples ou complexas, podendo criar verdadeiros desafios terapêuticos. O envolvimento colorretal e a doença estenosante são fatores de risco para FP. O planeamento cirúrgico baseia-se no estudo com ecografia endoanal, TC, RMN e retossigmoidoscopia (RSC) para uma adequada caracterização da fístula e culmina na observação intra-operatória sob anestesia. A apresentação inicial da doença de Crohn perianal (DCP) pode ser grave e cursar com sépsis perianal (SP). A colocação de *loose seton* nas FP complexas ajuda a controlar a SP, permitindo a cicatrização faseada das mesmas com o tratamento médico.

Objetivo

Abordagem da FP complexa no contexto de uma DC não diagnosticada

Material e Métodos

Caso clínico de doente com FP complexa com DC não diagnosticada

Resultados

Homem, 54 anos com antecedentes de várias drenagens cirúrgicas de AP. Recorreu ao SU por quadro de proctalgia e drenagem purulenta perianal. Apresentava-se apirético e hemodinamicamente estável. Região perianal com tecido de granulação exuberante e endurecimento nadegueiro bilateral sem flutuação. Presença de vários orifícios externos (OE), um deles na base do pénis. Analiticamente com elevação ligeira de parâmetros inflamatórios. Realizou TC – vários trajetos fistulosos na região anal, com trajeto para o espaço supra-elevador à direita e região peniana. Internado para completar estudo, tendo iniciado piperacilina + tazobactam e clindamicina com

evolução local favorável. Realizou RMN – FP complexa sobressaindo trajeto interesfincteriano em ferradura a 3cm da margem anal (MA) com orifícios internos (OI) às 1h, 6h, 11h e 12h; trajeto transesfincteriano descendente com 5cm. Coleção de 34x16mm na fossa ísquioanal e coleção de 21x12mm na raiz do pénis. Realizou colonoscopia – biópsia de erosões desde os 35cm da MA até ao reto proximal e de áreas de ulceração da mucosa nos últimos 10cm até à MA. As biópsias revelaram mucosa colorretal com aspeto inflamatório crónico, com atividade e ulceração, sugestiva de DC. Positivo para Gonorreia. Submetido a exame anorretal sob anestesia geral e colocação de 4 *loose seton* (OE à 1h, 9h, 10h, 11h); fistulotomia de trajeto nadegueiro subcutâneo às 10h. Pós-operatório sem incidentes. Encontra-se em seguimento em consulta de Gastroenterologia e Cirurgia, tendo iniciado tratamento dirigido para Gonorreia, apresentando-se clinicamente melhor com orifício externo no pénis encerrado.

Discussão/Conclusão

A DCP cursa habitualmente com má qualidade de vida. A combinação de tratamento cirúrgico e médico parece ter melhores resultados e assenta numa abordagem multidisciplinar. Os objetivos são a cicatrização da fístula, o controlo da sintomatologia e a preservação da continência fecal. A intervenção cirúrgica deve ser individualizada. A presença de doença luminal ativa, cirurgia anal prévia, o envolvimento retal e o subtipo estenosante associam-se a piores resultados. A DCP pode evoluir para carcinoma anorretal se não tratada.

Palavras-chave : Fístula perianal, Coloproctologia, Doença de Crohn