

Doença de Crohn Duodenal: Relato de Caso

Lara de Souza Azevedo Goulart Amaro¹, Júlia Barreto Mesquita¹, Milena Ribeiro Rangel¹, Juliana de Souza Mattos¹, Carlos Pires de Moraes Junior², Enilton Monteiro Machado³

¹Acadêmica do 9º período da Faculdade de Medicina de Campos

² Médico formado pela Faculdade de Medicina de Campos

³ Professor doutor da Faculdade de Medicina de Campos

Resumo

A doença de Crohn é uma inflamação crônica intestinal que pode envolver qualquer local do trato digestivo. Sua etiopatogenia ainda não é conhecida. Em apenas 4% dos pacientes com DC, o duodeno é afetado. Os dois maiores desafios da doença de Crohn são o diagnóstico e o tratamento. O prognóstico da DC é geralmente bom independente do tipo de tratamento utilizado. Essas evidências nos despertaram o interesse em relatar, um caso de doença de Crohn duodenal em um paciente do sexo masculino, de 35 anos, não tabagista, com diagnóstico de doença de Crohn duodenal há 2 anos, com o objetivo de alertar sobre a importância de um diagnóstico precoce. Este paciente apresentou-se com dor abdominal e diarreia frequente não mucosanguinolenta. O paciente permanece em tratamento com a doença em remissão. De fato, o conhecimento sobre esta doença, sua detecção precoce, seu tratamento adequado são determinantes para o melhor prognóstico.

Palavras-chave: doença de Crohn; duodeno; doença inflamatória intestinal

Abstract

Crohn's disease is a chronic intestinal inflammation that may involve any site of the digestive tract. Its pathogenesis is not yet known. In only 4% of patients with CD, the duodenum is affected. The two biggest challenges of Crohn's disease are diagnosed and treatment. The prognosis is generally good DC regardless of the type of treatment used. These evidences aroused our interest to report a case of duodenal Crohn's disease in a male patient, aged 35, a nonsmoker diagnosed with duodenal Crohn's disease 2 years ago, aiming to warn about the importance of an early diagnosis. This patient presented with abdominal pain and frequent diarrhea mucosanguinolenta not. The patient remains on treatment with disease in remission. In fact, the knowledge about this disease, its early detection, adequate treatment are crucial for a better prognosis.

Keywords: Crohn's disease; duodenum; inflammatory bowel disease

Introdução

A doença de Crohn (DC) é uma condição de inflamação crônica intestinal envolvendo potencialmente qualquer local do trato digestivo da boca ao ânus. De origem desconhecida apesar de fatores genéticos e ambientais estarem envolvidos, tem uma maior propensão para o intestino delgado distal e intestino grosso proximal (SANDS et al., 2010).

Essa doença pode envolver qualquer parte do trato digestivo, mas 50% dos pacientes têm doenças ileocólicas, 30% têm apenas doença ileal, e 20% têm a doença apenas no cólon. Em apenas 4% dos pacientes com DC, o duodeno é afetado (POLI, 2007; GOURTSOVIANNIS et al., 2008).

Em 1937, Gottlieb relatou o envolvimento gastroduodenal e o classificou como raro, com incidência de 0,5 a 13% em estudos retrospectivos de pacientes sintomáticos com doença ilio cólica submetidos a endoscopia digestiva alta ou seriografia (ABRAHÃO et al., 2001).

A DC é observada quase que igualmente em homens e mulheres, com uma proporção de 1:1,2. A predominância do sexo feminino, sugere que fatores hormonais podem desempenhar um papel importante na expressão da doença. (REYNOLDS, 2001; LOFTUS, 2004)

A idade de apresentação varia, e os casos são relatados em adultos e crianças. A idade média de apresentação é a terceira e quarta décadas (KEFALAS, 2003).

As principais características da DC são áreas múltiplamente acometidas, separadas e delineadas, resultando em lesões em salto. Essas características podem ajudar na diferenciação da RCU (TURNER, 2010).

A aparência de "pedra de calçamento" da mucosa é causada pela interseção de úlceras longitudinais e transversais, onde as áreas de "pedra" representam a mucosa normal. A biópsia da área afetada é a chave para o diagnóstico. (LICHTENSTEIN, 2009).

A colonoscopia é utilizada para confirmação de suspeita clínica e para obtenção de biópsia. Para avaliar a extensão da doença, a endoscopia é o método mais sensível comparado com exames contrastados. A biópsia realizada com a colonoscopia pode determinar a presença e a intensidade da inflamação no colo. O estudo histológico das biópsias obtidas possibilita a comprovação diagnóstica. (ALVES, 1990; AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, 1998)

O diagnóstico diferencial da DC se faz com doença péptica, carcinoma gástrico e de duodeno, linfoma, pancreatite aguda, infecções granulomatosas, entre outras (ABRAHÃO et al., 2001; SANDS et al., 2010).

As principais complicações da DC são a obstrução da saída gástrica devido a formação de estenose gastroduodenal, fistulas entre o estômago e o duodeno (PICHNEY et al., 1992).

O tratamento da DC exige habilidades clínicas e cirúrgicas. A abordagem clínica é feita com aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e

imunossupressores e o objetivo é a remissão clínica, a melhora da qualidade de vida e a manutenção da remissão. A abordagem cirúrgica se faz necessária no tratamento de obstruções, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento clínico (SANDER et al, 2010).

O prognóstico da DC é geralmente bom independente do tipo de tratamento utilizado (KEFALAS, 2003).

Pacientes com DC apresentam uma taxa de mortalidade elevada, cerca de 1,3 a 1,5 vezes maior do que a população em geral. Essa alta mortalidade é mais notável nos primeiros anos após o diagnóstico e é mais comumente relacionada a complicações da doença (LICHTENSTEIN, 2009).

Objetivos

Objetiva-se, então, descrever um caso de Doença de Crohn Duodenal em um paciente adulto, apresentando suas manifestações clínicas, características laboratoriais e tratamento e revisar os textos publicados na literatura sobre Doença de Crohn Duodenal. Com isso, facilitar o diagnóstico precoce.

Métodos

O presente estudo consiste em um estudo descritivo de um paciente adulto jovem com doença de Crohn duodenal residente em Itaperuna - RJ. Os dados clínicos foram descritos de acordo com informações do prontuário médico que estão em posse do paciente, não revelando diretamente a identidade do paciente ou médico envolvido. O caso foi documentado através de exames laboratoriais, os quais foram relatados de forma detalhada.

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma busca na base de dados LILACS com análise dos artigos selecionados sobre Doença de Crohn e Doença de Crohn Duodenal.

Relato de Caso

Paciente R. L. S. do sexo masculino, 35 anos, solteiro, natural e residente de Itaperuna - RJ, procurou assistência médica no fim de Janeiro de 2011 com queixa de dor em aperto no epigástrico que não melhorava com uso de remédios ou alimentação, diarreia não mucosanguinolenta com frequência de 5 vezes por dia, principalmente pela manhã e a noite. O hemograma do dia 10/02/2011 apresentava eritrograma e leucograma normais.

O resultado da endoscopia digestiva alta realizada no dia 12/02/2011 demonstrou laringe, esôfago, estômago e piloro normais mas presença, na segunda porção duodenal, de várias erosões com fibrina em seu centro e acentuado enantema, intercalado com mucosa íntegra. Perda da nitidez dos pregueamentos. Foi realizado biópsia para anatomopatológico que indicou duodenite crônica, moderada, com infiltrado linfoplasmocitário na

lâmina própria. Há áreas de exulceração.

O trânsito de delgado realizado no dia 02/03/2011 demonstrou alças jejunais e ileais de topografia, calibre e estruturas normais e um íleo terminar sem alterações.

Iniciou o tratamento com Prednisolona em dose de 20 mg durante 30 dias, meio comprimido por dia. Atualmente ele segue o tratamento com Lansoprazol de 30 mg, uma vez ao dia pela manhã, Mesalazina de 500 mg, 2 comprimidos pela manhã, 1 comprimido a tarde e 1 comprimido a noite.

Discussão

A DC é comumente diagnosticada entre a 3ª e 4ª décadas de vida, apesar de poder afetar qualquer faixa etária. Em relação ao gênero, o risco de desenvolver DC é muito semelhante em ambos os sexos, com ligeiro predomínio do sexo feminino (REYNOLDS et al., 2001; LOFTUS, 2004; SANDER et al., 2010). O doente em estudo, do sexo masculino, tinha 35 anos na altura do diagnóstico.

Um dos fatores que aumenta o risco de desenvolver DC é a existência de familiares em primeiro grau com a doença, especialmente irmãos. O risco entre os parentes de primeiro grau é de 14 a 15 vezes maior do que a população em geral. Por outro lado a DC foi associada a um nível socioeconômico elevado. O que pode justificar o maior número de casos de DC nos países com melhores condições econômicas. (SONNENBERG, 1990; SANDS et al., 2010).

Dos fatores externos que parecem contribuir para a manifestação da doença, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), são considerados não só um fator precipitante de novos casos, como potenciais responsáveis pelas exacerbações. O tabagismo é o fator ambiental com maior ligação às DII. Fumar está associado a um risco aumentado de doença de Crohn. Atuais e antigos fumantes são mais propensos a desenvolver a doença de Crohn do que aqueles que nunca fumaram (SILVERSTEIN et al., 1989; CARBONNEL et al., 2009).

O doente aqui estudado tinha um nível socioeconômico médio/alto, não tinha nenhum caso familiar de DC, não fazia o uso de AINE's e não era fumante.

O sintoma mais frequente entre pacientes com DC é a diarreia e dor abdominal em cólica, (GOURTSOVIANNIS et al., 2008) que o doente em estudo relatava desde a apresentação.

As estenoses são outra complicação característica da DC. São representativas de um longo período de inflamação, podendo ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo (PICHNEY et al., 1992). O paciente em estudo parece até ao momento ter doença apenas com comportamento fistulizante, uma vez que ainda não foram observadas características sugestivas de doença estenosante.

É estimado que 6 a 25% de todos os pacientes com doença de Crohn, desenvolvam manifestações extra-intestinais (SANDS et al., 2010). O doente em questão até ao momento não desenvolveu qualquer manifestação extra-intestinal.

É importante na presença de diarreia e febre, descartar uma gastroenterite infecciosa. Apesar destes e outros diagnósticos diferenciais, necessitarem de ser sempre descartado, o principal diagnóstico diferencial é com colite ulcerativa (VULCELIC, 2009). O doente aqui apresentado é exemplo de que pode ser fácil estabelecer o diagnóstico de DC, quando o clínico pensa nesta entidade como uma possibilidade.

Depois de ter sido suspeitado como possível caso de DC pelos sintomas apresentados e exame físico, o diagnóstico do caso estudado foi confirmado pelos achados endoscópicos e histológicos obtidos através da biópsia.

A marca histológica da DC são áreas de inflamação intestinal focal, quase sempre revelando um infiltrado inflamatório crônico. Na colonoscopia podem ser visíveis úlceras aftosas, que geralmente, se encontram rodeadas por um halo de eritema (ALVES, 1990; AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, 1998; ABRAHÃO et al., 2001). A endoscopia e análise histológica dos segmentos afetados, realizadas pelo paciente, foram confirmatórios no diagnóstico da doença, já suspeitada pela observação clínica. Foi possível avistamento de várias erosões na segunda porção do duodenal e acentuado enantema, intercalado com mucosa íntegra.

Geralmente, a avaliação radiológica em pacientes com DC inclui o exame de trânsito intestinal, pois 70% dos pacientes possuem envolvimento do delgado (TIFERES et al., 2012). O doente em questão apresentou um trânsito de delgado normal.

Segundo o algoritmo de tratamento da DC de 2009, pacientes com doença ligeira a moderada são tratados com aminosalicilatos ou corticóides de ação local (budesonida); doentes com doença moderada a severa são tratados com corticoterapia sistêmica; doentes refratários à corticoterapia têm indicação para agentes biológicos e doentes que não respondem tem indicação cirúrgica (HANAUER, 2009). O paciente em estudo iniciou o tratamento com prednisolona em altas doses. E, após 2 anos do diagnóstico, mantém o tratamento com lansoprazol e mesalazina.

O risco de recorrência é mais elevado no primeiro ano após o diagnóstico com alguns pacientes a ter um percurso de recidivas crônicas (LICHTENSTEIN, 2009). Até o presente momento, o paciente mantém a doença em remissão.

Conclusão

Apesar de continuar a evoluir a capacidade para diagnosticar, avaliar e acompanhar os doentes com DC, esta continua a ser um desafio muito complexo. A

terapêutica vem evoluindo no sentido de alterar a história natural da doença, almejando uma qualidade de vida tão normal quanto possível. Um desafio para o futuro será

descobrir meios que possibilitem a detecção da DC numa fase subclínica, permitindo atuar tão precocemente que o doente não venha a desenvolver sintomatologia.

Referências

1. Abrahão Jr LJ, Abrahão LJ, Vargas CJ, Chagas V, Fogaça H. Doença de Crohn Gastroduodenal : relato de quatro casos e revisão da literatura. **Arq. Gastroenterol.** vol.38 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2001
2. Alves PRA. Contribuição do estudo colonoscópico nas doenças inflamatórias do cólon. **Análise dos índices histológicos e imunohistoquímicos**[Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;1990. 104p
3. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of colonoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease. **Gastrointest Endosc** 1998;48:689-90.
4. Carbonnel F., Cosnes J., Jantchou P., Monnet E. Environmental risk factors in Crohn's disease and ulcerative colitis: an update. **Gastroentérologie Clinique et Biologique**. 2009. 33, suppl 3, S145-S157.
5. Gourtsoyiannis N, Papanikolaou N, Daskalogiannaki M. The duodenum and small intestine. In: Adam A, Dixon AK, eds. **Grainger & Allison's Diagnostic Radiology**. 5th ed. Philadelphia, Pa: Churchill LivingstoneElsevier; 2008: chap 32.
6. Hanauer SB. Medical management of Crohn's disease: treatment algorithms. 2009. **Digestive Diseases**; 27: 536-541.
7. Kefalakes, H., et al., Exacerbation of inflammatory bowel diseases associated with the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: myth or reality? **Eur J Clin Pharmacol**, 2009. 65(10): p. 963-70.
8. Kefalas C. Gastroduodenal Crohn's disease. **Baylor University Medical Proc** 2003;16:147-151
9. Lichtenstein GR. Inflammatory Bowel Disease. In: Goldman, Lee; Ausiello, D. A. **Cecil medicina**. 23. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier Saunders, c2009. 2v. 913-920
10. Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. **Gastroenterology**. 2004; 126: 1504-1517.
11. Pichney LS, Fantry GT, Graham SM. Gastrocolic and duodenocolic fistulas in Crohn's disease. **J Clin Gastroenterol** 1992;15:205-211.
12. Poli DD. Impacto na raça e ancestralidade na apresentação e evolução da doença de Crohn no Brasil. 2007. 51f. Monografia (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
13. Reynolds HL Jr, Stellato TA. Crohn's disease of the foregut. **Surg Clin North Am** 2001;81:117-135.
14. Sander G. B., Francesconi C. F. M., Krug B. C., Amaral K. M.; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de doença de Crohn. Brasília: Ministério da Saúde, 2010
15. Sands BE, Siegel Ca. Crohn's disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brant, LJ, eds. **Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease**. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:chap 111. 1941-1973
16. Sonnenberg A. Occupational distribution of inflammatory bowel disease among German employees. **Gut**. 1990; 31: 1037-1040.
17. Tiferes DA, Caiado AHM, Resende MC, Ogawa RE. Diagnóstico Radiológico na Doença Inflamatória Intestinal. In: Cardozo WS, Sobrado CW. **Doença Inflamatória Intestinal**. Barueri: Manole; 2012. P. 165
18. Turner JR. O Trato Gastrointestinal. In: Kumar, Vinay et al. **Robbins e Cotran patologia: bases patológicas das doenças**. 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2010. xx, 1458 p 818-819
19. Vucelic B (2009) Inflammatory bowel diseases: controversies in the use of diagnostic procedures. **Dig Dis**; 27(3):269-77.