

# MOLÉSTIA DE CROHN: EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Paulo Piratininga Jatobá<sup>1</sup>  
Lister Aparecido de Assis<sup>1</sup>  
Carlos Di Tommaso<sup>2</sup>  
Edgar Figueiredo Bartholomei<sup>2</sup>

## RESUMO

*Os autores relatam os procedimentos clínicos e cirúrgicos de 32 casos de moléstia de Crohn, nos últimos cinco anos. Observaram prevalência dos adultos jovens. O diagnóstico se baseou nos quadros clínicos e radiológicos bem como histopatológico. O tratamento clínico foi instituído a todos os doentes e o tratamento cirúrgico em 18 doentes. No tratamento clínico deu-se preferência ao uso da sulfasalazina e do metronidazol. Após seguir cinco critérios indicou o tratamento cirúrgico dando preferência à hemicolectomia direita. A evolução tem sido bem favorável neste seguimento recente, principalmente quando se efetuou o tratamento cirúrgico.*

Há algum tempo estamos vivenciando a moléstia de Crohn (M.C.) no Hospital Santa Catarina de São Paulo. Frente à relativa freqüência de casos encontrados na atividade médica diária, resolvemos publicar somente os últimos 32 casos.

A literatura nacional registra alguns casos<sup>1, 3, 7, 8, 12</sup>; mas, é na literatura internacional que vamos encontrar publicações mais numerosas a este respeito.

Desde os trabalhos iniciais de Crohn e cols. em 1932 relatando esta doença do íleo terminal, seguiram-se as comunicações de Colp (1943), bem como as de Crohn e Ronenak que relataram vários casos de incidência desta moléstia. Em nosso meio, o primeiro caso relatado de moléstia

de Crohn foi o de Godoy e Habr Gama, em 1965. Em nosso trabalho mostraremos a moléstia de Crohn no íleo e no cólon, de forma isolada ou associada considerando-se os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados além do seu estudo evolutivo.

## PACIENTES E MÉTODO

Foram levantados os casos de doentes tratados de M.C. nos últimos cinco anos, sendo 14 (43,7%) do sexo masculino e 18 (56,2%) do sexo feminino, perfazendo um total de 32 casos.

Estes doentes foram acompanhados em ambulatório ou consultório e, quando em razão de algum motivo impeditivo, foram internados.

A faixa etária variou dos 17 anos aos 61 anos, sendo que a predominância se deu entre a terceira e quarta década conforme demonstra a tabela abaixo:

Assinala a literatura médica que a M.C. ocorre com uma freqüência aproximadamente igual em ambos os sexos, evidenciada também pela nossa casuística.

A doença pode surgir em qualquer idade, desde a infância até uma idade mais avançada, sendo

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia   |
| 2 | Membro Associado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia |

Tabela 1 – Distribuição etária

Idade (anos)	N.º de casos	%
< 20	3	9,3
20 – 30	10	31,2
31 – 40	13	40,6
41 – 50	3	9,3
51 – 60	2	6,2
> 60	1	3,1

que a maioria dos casos aparecem nos primeiros anos da idade adulta. A casuística deste trabalho mostrou uma maior proporção de casos entre 20 e 40 anos de idade, num total de 23 casos (71,8%).

Quanto ao tempo de permanência hospitalar onde se instituiu o tratamento clínico e ou cirúrgico tivemos uma acentuada predominância em torno de 25 dias (56,2%) conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Tempo de internação

Tempo (dias)	N.º de casos	%
10	8	25
11 – 20	3	9,3
21 – 30	18	56,2
31 – 80	3	9,3

Apenas em dois casos tivemos cinco dias de internação e um caso de 80 dias de permanência hospitalar. Este paciente submeteu-se a uma colectomia total com ileorretoanastomose, evoluindo com deiscência da anastomose e fístula estercoral, necessitando o emprego da nutrição parenteral durante 23 dias.

Muitos dos doentes apresentaram um quadro de emagrecimento, hipoproteïnemia, às vezes com febre e diarreia, e cujo estado geral combalido nos conduziu a prescrição de um tratamento de suporte efetivo, na tentativa de melhorar o estado geral do doente.

Estes foram sem dúvida os motivos que determinaram um maior tempo de internação hospitalar da maioria desses pacientes. Nas vezes em que houve indicação de tratamento cirúrgico o tratamento pré-operatório visando a melhoria do estado geral do doente demandou cerca de 1 a 2 semanas, de maneira que os doentes operados permaneceram internados cerca de 3 a 4 semanas, num total de 21 doentes (65,5%).

## Diagnóstico

O diagnóstico foi estabelecido pelo exame clínico, pelo estudo radiológico, quer seja através

da observação do trânsito intestinal pelo enema opaco, como também pela realização do exame proctológico detalhado, através da observação pelo retossigmoidoscópio com ou sem biópsia e pelo colonoscópio com ou sem biópsia.

O aspecto característico do edema de mucosa leva, algumas vezes, a diminuição da luz do órgão. A friabilidade da parede colônica, assim como a presença de fissuras longitudinais e o acalciamento da mucosa, também foram observados.

No transcorrer do estudo mostraremos com maior riqueza de detalhes os elementos que nos conduziram ao diagnóstico.

O quadro clínico apresentou vários sinais e sintomas, predominando o surgimento de diarreia, dor abdominal, febre e inapetência, conforme nos revela em ordem decrescente de aparecimento a Tabela 3.

Tabela 3 – Quadro clínico

Sintomas e sinais	N.º de casos	%
Diarreia	22	68,7
Dor em cólica	20	62,4
Febre	20	62,4
Inapetência	18	56,2
Mal-estar geral	18	56,2
Emagrecimento	14	43,7
Náuseas	8	25
Vômitos	8	25
Tumor palpável	8	25
Meteorismo	6	18,7
Fístula ou fissura anal	5	15,6
Enterorragia	4	12,5
Dermatomiosite	3	9,6
Melena	2	6,2
Suboclusão intestinal	2	6,2

O quadro clínico da M.C. apresentou-se com diarreia, enterorragia, queda do estado geral e dor abdominal. Na recidiva *colite aguda* os pacientes apresentaram-se com febre, mal-estar, vômitos e emagrecimento. Esta situação de estado agudo nos levou à internação para um tratamento mais intensivo. Dois doentes com quadro de suboclusão intestinal levaram à internação e à realização de cirurgia em caráter de emergência. Os casos de tumor palpável se deveram à presença de bloqueios entre as alças nos locais de fístula entérica.

A dermatomiosite apresentou uma sensível melhoria após a ressecção do cólon em dois casos, sendo estes em duas mulheres com quadro difuso e grave do M.C. estendendo-se a todo o cólon.

Dos portadores de fístulas perianais chama desde logo a atenção para os dois casos de cura

verificada após a ressecção das lesões desta moléstia no intestino, ao lado de um caso que mesmo após a realização da ressecção dessas lesões o processo persistiu em franca evolução.

No que concerne aos exames laboratoriais realizados de rotina, o que se observa é que a maioria dos doentes apresentou o hemograma e o exame de urina tipo I, com resultados normais, sendo encontrada leucocitose e leucocitúria em 12 casos (37,5%), conforme o observado na

**Tabela 4.**

**Tabela 4 – Exames laboratoriais**

Exames		N.º de casos	%
Hemograma	normal	12	35,5
	anemia	9	28,1
	leucocitose	12	37,5
Urina	normal	18	56,2
	hematúria	8	25
	leucocitúria	12	37,5
Glicemia	normal	18	57,2
	aumentada	4	12,5
	n/pesquisada	10	31,2
Proteínas	normal	12	37,5
	diminuída	9	28,1
	n/pesquisada	10	31,2

Os exames laboratoriais mostram que a hipoproteinemia aparece em nove casos, isto é, em quase 50% dos doentes pesquisados. Esse fator associado com alteração do hemograma e da urina tipo I mostra como essa patologia altera as condições clínicas e laboratoriais do doente.

O exame radiológico é precioso para a leitura do diagnóstico, chegando alguns autores, como Gomes Couto, afirmar que o exame radiológico e a biópsia serem suficientes para se chegar a uma certeza de diagnóstico. No estudo de nossos doentes fizemos trânsito intestinal em cerca de 31 pacientes, sendo que destes, apenas nove (28,1%) mostraram-se normais e nove (28,1%) evidenciaram a presença de estenose do íleo terminal, detalhes estes encontrados na **Tabela 5.**

O enema opaco foi realizado em 31 doentes, sendo que desta pesquisa encontramos oito (18,7%) casos considerados normais, oito (18,7%) com estenose do cólon direito, além de aspectos radiológicos com alternância de região normal com patológica, sinal de rigidez de alça etc.

Baseado no quadro clínico e laboratorial de alguns doentes realizamos a urografia excretora

em oito doentes, sendo que cinco (15,6%) apresentaram resultado normal, dois (6,2%) apresentaram deslocamento da bexiga por massa tumoral contígua e um caso com exclusão renal bilateral, atribuída à presença de fibrose retroperitoneal conduzindo o doente ao tratamento por hemodiálise, face a presença de insuficiência renal.

**Tabela 5 – Exame radiológico**

Exame	Observado	N.º de casos	%
Enema opaco	Normal	8	18,7
	Estenose de cólon direito	8	18,7
	Estenose de retossigmoides	5	15,6
	Perda das haustrações	3	9,3
	Diminuição de calibre	3	9,3
Trânsito intestinal	Falha de enchimento de todo cólon	2	6,2
	Trajetos fistulosos para pele	2	6,2
	Normal	9	28,1
	Estenose de íleo terminal	9	28,1
	Dilatação de alças jejunais	3	9,3
Urografia excretora	Fístula enterocólica	3	9,3
	Fístula enteroentérica	3	9,3
	Fístula enterocutânea	2	6,2
	Não pesquisado	1	3,1
Urografia excretora	Normal	5	15,6
	Massa na pequena pélvis	2	6,2
	Exclusão renal bilateral	1	3,1
	Não pesquisado	24	78

**TRATAMENTO**

Sabemos que a M.C. apresenta três tipos de evolução clínica:

1. Melhoria clínica com normalização de exames, quadro não muito comum;
2. Progressão clínica mas com estabilização das lesões iniciais;
3. Lesão progressiva e contínua. Baseado nesses fatos todos os doentes foram tratados clinicamente e, posteriormente, caso não tivesse havido melhoria, foram tratados cirurgicamente, e cujos critérios por nós adotados, serão oportunamente focalizados no decurso deste trabalho.

O tratamento exclusivamente clínico foi instituído em cerca de 10 doentes (16,2%), sendo que os outros 18 doentes (56,2%) iniciaram o tratamento clínico, mas apresentaram uma evolução clínica que exigiu posteriormente a realização de procedimento cirúrgico. Em quatro doentes

(12,5%) face a situação clínica apresentada, obrigaram a realização de tratamento cirúrgico de imediato, pois dois pacientes apresentaram um quadro de suboclusão intestinal, um com uma enterorragia severa levando a prática da cirurgia em 72 horas, e uma última paciente cujo quadro clínico de emagrecimento, diarreia e vômito indicou a cirurgia de imediato apesar de ter se submetido a tratamento anterior em outro serviço durante dois meses.

O tratamento clínico baseou-se fundamentalmente na ministração de uma dieta pobre em resíduos e gordura, porém rica em proteínas.

O tratamento sintomático foi realizado com a prescrição de antiespasmódicos, antidiarréicos e na vigência de um quadro agudo, foram utilizados antibióticos de largo espectro. Desse modo, usamos as ampicilinas em cinco doentes (15,6%) e a quemicetina em outros quatro (12,5%).

Usamos em todos os doentes o tratamento com Sulfasalazina, tanto nos tratamentos exclusivamente clínicos como no pós-operatório dos tratamentos cirúrgicos, prescrevendo de modo sistemático 1g por dia via oral durante pelo menos seis meses. Embora não se tendo conhecimento de nenhum trabalho mostrando medicamentos que poderiam evitar recidivas, achamos prudente o uso deste medicamento, pelo menos nos períodos de pós-operatórios e nas remissões de quadros agudos.

O metronidazol foi usado no período de pós-operatórios, bem como no pré-operatório para o preparo do cólon.

Empregamos sistematicamente de 750 mg a 1g por dia, por via oral. O tratamento com metronidazol em doentes clínicos só tem sido usado por nós em casos de complicações, como sejam, os quadros agudos, fístula perianal e diarreia intensa.

Em tratamentos clínicos prolongados temos usado a prednisona na dosagem de 10 mg ao dia, durante sete dias e após regressão, 2,5 mg por semana; os efeitos deste medicamento nos pareceram vantajosos principalmente nos casos de recidiva aguda ou quadros de comprometimento apenas do intestino delgado.

Nos últimos anos, temos usado o BCG por via oral, como estimulante imunológico, embora ainda não se tenha certeza da relação imunitária e as alterações próprias da M.C. A sistematização usada por nós foi de 500 mg ao dia, em dias alternados, durante pelo menos seis meses consecutivos.

Finalmente, devemos relatar o uso da nutrição parenteral total, feito numa paciente, durante 23 dias.

Esta paciente apresentou uma colectomia esquerda, submetida posteriormente a uma ileostomia devido a presença de fístula enterocutânea tendo sido submetida, ao final, a uma colectomia total com ileorretoanastomose.

Esta paciente vem sendo acompanhada desde a cirurgia efetuada em janeiro de 1979, até a data de hoje, apresentando-se bem, sem nenhum outro quadro de recidiva.

No estudo da sua localização no aparelho digestivo onde houve comprometimento desta patologia, pudemos observar que em 17 doentes (53,1%) houve comprometimento dos intestinos delgado e grosso. Em oito doentes (25%), observou-se comprometimento somente do intestino delgado: comprometimento único de intestino grosso observou-se em sete doentes (21,8%).

Observamos o comprometimento de reto e do ânus em 10 doentes (31,2%), sendo que destes, dois casos evoluíram com o surgimento de fístula perianal, pacientes estes doentes operados anteriormente. Em um destes casos, já por várias vezes foi proposta a amputação do reto, tendo o doente recusado a realização deste tipo de cirurgia.

Num outro doente portador da cirurgia de Hartmann foi praticada a amputação do coto retal.

O tratamento cirúrgico seletivo visa a ressecção do segmento intestinal comprometido procurando, se possível, diminuir o aparecimento de recidivas. As recidivas segundo Farmer e Marshak, oscilam entre 30% e 60%, mesmo que o tratamento cirúrgico remova com certa margem de segurança o segmento intestinal macroscopicamente comprometido.

Essa recidiva é maior quando o paciente é portador de patologias anorretocólicas e enterocólicas.

O tratamento cirúrgico foi instituído em 22 casos (68,7%), sendo que em quatro casos (12,5%) foram praticamente operados de emergência como já citamos, sendo que os demais, no total de 18 casos (56,2%), foram operados eletivamente. Os critérios de indicação para a realização do tratamento cirúrgico foram os seguintes:

1. Perfuração intestinal;
2. Obstrução intestinal;
3. Fístulas entéricas ou perianal;
4. Sangramento abundante ou recorrente e
5. Intratabilidade.

Nos casos observados neste estudo tivemos que praticar exérese de fleo terminal e hemicolecotomia direita em oito doentes (18,7%) por comprometimento de fleo terminal e cólon direito; destes, dois doentes apresentavam também fístula perianal tendo sido praticada a fistulectomia. A exérese

se de fleo terminal foi praticada em seis doentes (18,7%). A colostomia com drenagem de abscessos em dois doentes (6,2%), os quais deverão ser submetidos a uma cirurgia mais extensa, em futuro próximo.

A colostomia de um doente foi mantida porque o reto apresentava-se afetado pela M.C., motivo pelo qual foi amputado.

Os procedimentos cirúrgicos efetuados estão discriminados na tabela abaixo:

**Tabela 6 — Tratamento cirúrgico**

Procedimento	Nº de doentes	%
Colectomia total com ileorretoanastomose	4	12,5
Exérese de fleo terminal e hemicolectomia direita	6	18,7
Exérese de fleo terminal e hemicolectomia direita + fistulectomia	2	6,2
Sigmoidectomia + enterectomia	1	3,1
Colostomia + drenagem abscesso	2	6,2
Amputação do coto retal	1	3,1
Fistulectomia	2	6,2

Convém salientarmos o quanto é benéfico para a recuperação do estado clínico do paciente a retirada cirúrgica do segmento comprometido. Já na primeira semana de evolução pós-operatória imediata, os benefícios que o doente adquire com a cirurgia são deveras gratificantes. Em alguns destes pacientes a melhoria tem perdurado por vários anos.

### Evolução

Os resultados cirúrgicos, quando avaliados a longo prazo, são ainda decepcionantes, pois segundo *Tacla* e *Tuelove*, cerca de 50 a 60% destes pacientes apresentaram o reaparecimento da moléstia, 25% dos quais necessitaram de outra intervenção.

Sabemos que as recidivas podem surgir precocemente mas também a aumentar com o decorrer dos anos.

Em nosso material de estudo obtivemos evoluções consideradas boas em cerca de 15 doentes (46,8%); esta cifra é considerada *a priori*, porém deveremos salientar que a maioria dos doentes operados o foram nestes últimos dois anos e assim sendo, esta precocidade é o fator de maior influência nos resultados desta evolução.

Em sete doentes (21,8%) foi perdido, pois não mais retornaram ao nosso serviço.

A recidiva do quadro ocorreu em quatro doentes (12,5%); todavia todos vêm sendo acom-

panhados até o presente momento, tendo tido necessidade de submeterem-se a tratamento cirúrgico.

As fístulas enterocutâneas apareceram em dois doentes (6,2%), sendo que em um dos doentes surgiu no local da ileorretoanastomose e cuja resolução se deu clinicamente apenas, com apoio de nutrição parenteral prolongada, durante 23 dias. Fístula perianal surgiu em dois doentes (6,2%).

Suboclusão intestinal pós-cirúrgica ocorreu em uma doente que, tratada clinicamente, apresentou uma resolução favorável.

Deveremos ainda salientar a complicação surgida em um doente que após ser submetido a amputação do coto retal em 1980, evoluiu com quadro de insuficiência renal aguda, tendo sido submetido a tratamento pela hemodiálise. Esta complicação foi atribuída a uma fibrose retroperitoneal, levando ao comprometimento dos rins.

Outro fato a ser comentado é com relação à gestação, pois a M.C. não parece exercer nenhuma influência, apesar da existência de alguns trabalhos conflitantes a este respeito; em nossa amostra de 32 casos tivemos três mulheres que tiveram gestações normais, inclusive o de uma senhora que teve parto trigemelar, sem a constatação de qualquer alteração para o lado das doentes e dos recém-natos.

### CONCLUSÃO

Não existe evidência de uma relação entre a intensidade do quadro clínico e a extensão das lesões. O tratamento clínico deve ser sempre o de escolha, mas quando indicado o tratamento cirúrgico a curto e médio prazo tem demonstrado ser de excelente valia.

O tratamento medicamentoso ainda é o mais importante, sendo fundamental o emprego da sulfasalazina num seguimento normal, reservando-se o uso do metronidazol e da prednisona para os casos de reagudizações ou de complicações.

O tratamento clínico tem sido considerado o de primeira escolha para as recidivas, reservando-se as cirurgias para os casos de indicação precisa.

Em nossa casuística, utilizamos o debridamento de fístulas perianais em duas oportunidades.

As complicações tendem a aparecer principalmente em doentes com maior tempo de evolução da doença. Ainda não se dispõe de qualquer tratamento que previna as recidivas desta patologia, apesar de se ter observado uma melhoria na qualidade de vida após o uso do BCG; contudo,

nada poderá ser afirmado com base estatística, o que poderá ocorrer num futuro próximo.

Quanto ao sexo não se constatou uma maior predominância para um sexo determinado.

Com relação à idade os números revelam que o adulto jovem é o mais acometido pela M.C.

O diagnóstico baseou-se no quadro clínico e no resultado do exame radiológico, além da retosigmoidoscopia ou colonoscopia que desempenham um importante papel na comprovação diagnóstica. Deverá ser ressaltado o valor do estudo histopatológico pós-biópsia, principalmente quando na presença de alguns casos, em que o quadro clínico e radiológico assemelham-se à retocolite ulcerativa.

No que se refere ao tratamento cirúrgico tem sido dada preferência à ressecção do segmento comprometido, dentro de uma margem de segurança macroscópica de 20 a 25 cm, em detrimento das cirurgias mais ampliadas pois estas levam ao aparecimento da síndrome de má absorção por ressecção extensa do delgado.

O cirurgião além de ser econômico na extensão da ressecção deve adiar o máximo de tempo que puder quanto à indicação cirúrgica, sem contudo acarretar maiores prejuízos para o paciente.

#### SUMMARY

*The authors report the clinical and surgical procedures of 32 cases of Crohn's disease in the last five years. They have observed that there was some predominance in young adults. The diagnosis was based in the clinical and radiologic square as well as histology. The clinical treatment was given to all the patients and surgical treatment to*

*18 cases. Preference was given to the use of Sulfasalazina and Metronidazol. After following five criteria the surgical treatment was indicated giving priority to right colectomy. The evolution has been very favourable in this recent sequence, mainly when the surgical treatment took place.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETTARELLO A & ZEITUME JMR – Doença de Crohn. JBM, 42: 11-25, 1982.
2. BRAHME F & LINDSTROM C – Gastroenterology, 69: 342, 1975.
3. CROHN BB, GINSBURG L & OPPENHEIMER GD – Regional ileitis; pathological and clinical entity. JAMA, 99, 1932.
4. DONNELLY BJ, DELANEY PV & HEALY TM – GUT, 18, 1977.
5. FAZIO VW – Regional Enteritis; indications for surgery and operative strategy. Surg C.N. Am, 63(1), 1983.
6. FARMER RG, HAWK WA & TURNBULL Jr RB – Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases. Gastroenterology, 68: 627, 1975.
7. GAMA AH – Moléstia de Crohn, in clínica cirúrgica, Corrêa Netto, A., 4: 327, 1966.
8. GODOY AC, MAURO SL, HABR AH, FRANCA LCM & ALMEIDA AL – Moléstia de Crohn primária do intestino grosso. Rev Paul Med, 66: 237, 1965.
9. D'ANEROT G – Fertility, sterility and pregnancy in chronic inflammatory bowel disease. Scand D. Gastroenterology, 17: 1-4, 1982.
10. LOCKHART-MUMMERY HE – Crohn's disease of the large bowel. Br D Surg, 59: 823, 1972.
11. MARSHAK RH & LINDNER AE – Granulomatous ileocolitis. GUT, 7: 258, 1966.
12. TACLA M, PINOTTI HW, PONTES JT & BETARELLO A – Doença de Crohn do cólon. Rev AA Med Brasil, 22: 7, 1976.
13. TEDESCO FJ & MOORE – Infections disease mimicking Inflammatory bowel disease. Am Surg, 48: 243-9, 1982.
14. TOLEDO DA & ELIA CCS – Doença de Crohn, casuística do Hospital Universitário da U.F.R.D.-A.C. Gastro, 3(3): 9-16, 1984.
15. TRUELOVE SC & PENA AS – Course and prognosis of Crohn's disease. GUT, 17: 192, 1976.