

Doença de Crohn Metastática para Axila

Metastatic Crohn's Disease to the Axilla

FLÁVIA BALSAMO¹; JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA²⁻³; WLADIMYR DIAS MORENO³⁻⁴;
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA⁵

¹ Médica Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - SP; ² Ex-residente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - SP; ³ Médico Coloproctologista do Hospital Monte Sinai - Juiz de fora - MG; ⁴ Médico Coloproctologista da Clínica Gastro Center de Cuiabá - MT; ⁵ Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - SP - Brasil.

BALSAMO F; FRAGA JBP; MORENO WD; FORMIGA GJS. Doença de Crohn Metastática para Axila. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(1): 089-092.

RESUMO: Relata-se um caso de doença de Crohn com manifestação cutânea axilar extremamente rara, bem como suas peculiaridades em relação ao diagnóstico e tratamento.

Descritores: doença de Crohn; manifestações cutâneas.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn é uma entidade crônica, multisistêmica e que ocasiona distúrbios inflamatórios de etiologia obscura, podendo comprometer qualquer parte do trato gastrointestinal da boca até o ânus.¹⁻⁷

Há manifestações extra-intestinais que acometem cerca de 25 a 30% dos pacientes e que são mais comuns naqueles com doença do cólon, em relação aos que apresentam doença do intestino delgado.^{3,6,8,9}

Estas manifestações podem acometer a pele, as articulações, o trato biliar, os olhos, entre outras menos comuns. É frequente que vários órgãos sejam afetados simultaneamente. O curso das manifestações extra-intestinais segue geralmente o de sua enfermidade intestinal, tanto nas crises, remissões, como na resposta terapêutica. Em algumas raras ocasiões, as manifestações extra-intestinais da doença de Crohn apresentam-se com maior severidade e precedem o quadro clínico, sendo indispensável considerar diagnósticos diferenciais.^{3,4,6}

O termo “doença de Crohn metastática”, descrito inicialmente por Parks, em 1965, é uma rara manifestação da doença de Crohn que se caracteriza por

alterações específicas e com substrato histopatológico semelhante ao encontrado na parede intestinal, porém localizada à distância do trato gastrointestinal.^{4,5,7-14}

O objetivo deste relato é demonstrar doença de Crohn em região axilar sem o acometimento intestinal simultâneo.

RELATO DO CASO

S.A.B., 22 anos, feminino, branca, estudante, natural e procedente de São Paulo, S.P.

Desde fevereiro de 1996 com manifestação de fístula anorretal, porém com associação de ulcerações atípicas perianais, principalmente na região anterior. Evoluiu com fístula reto-vaginal e ulcerações de sulco infraglúteo e, em março de 1996, foi submetida à drenagem de abscesso anorretal submucoso e fistulotomia anorretal, cuja análise anátomo-patológica demonstrou processo inflamatório granulomatoso sem caseificação (Figura 1).

O inventário sobre o hábito intestinal revelou regularidade do mesmo com consistência normal das fezes e sem associação de dores abdominais ou febre. Não foi evidenciada atividade da doença no trato

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP - Brasil.

Recebido em 21/06/2006

Aceito para publicação em 11/12/2006

gastrointestinal desde o início do tratamento, quer por parâmetros clínicos ou exames subsidiários, como a colonoscopia de junho de 1996 que revelou normalidade da mucosa intestinal até o íleo terminal. Permaneceu em tratamento com metronidazol 1,2g/dia, oligossintomática, até agosto do mesmo ano, quando então iniciou o aparecimento de lesões eritematosas, ulceradas, abscedadas e fistulizadas em região axilar direita (Figura 2)

Foi submetida inicialmente a tratamento cirúrgico com drenagem higiênica das lesões axilares e o resultado das biópsias revelou reação granulomatosa não caseosa de células gigantes.

Em acompanhamento ambulatorial, o controle clínico das lesões foi realizado com infiltração local com corticosteróide (metilprednisolona) mensalmente, associado à terapia sistêmica com ciprofloxacino 1g/dia e corticosteróides tópicos (Dexametasona e Betametasona).

Em julho de 1997, foi submetida a fistulotomia anorretal com boa evolução, mas apresentou abscesso

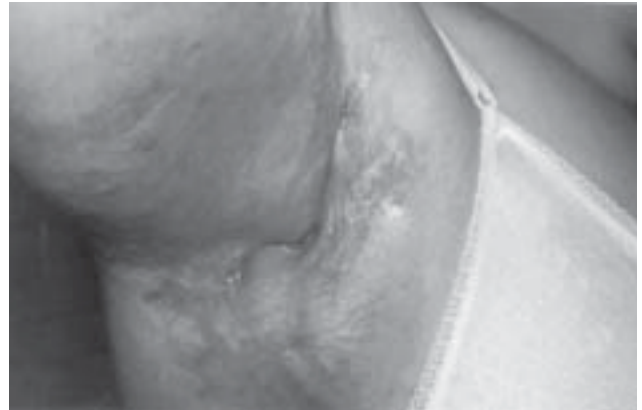
em axila esquerda, sendo drenado cirurgicamente, cujo anátomo-patológico demonstrou etiologia semelhante à apresentada em axila direita (Figuras 3 e 4).

Evoluiu com períodos de remissão e recrudescimento da doença, tanto em região axilar como perianal, vulvar e pubiana, alternando períodos de adesão e abandono ao tratamento. Manteve-se assintomática em relação ao trato gastrointestinal, porém demonstrou grande labilidade emocional e psicológica e relatou prejuízo da esfera social.

As lesões axilares apresentaram aumento de secreção sero-purulenta e odor fétido a partir do início de 2000, quando foi introduzida a azatioprina na dosagem de 100 mg/dia com melhora progressiva e diminuição da dosagem de corticosteróides. A paciente abandonou o tratamento ambulatorial no período compreendido desde o final de 2001 até abril de 2003, quando retornou com as mesmas queixas, tendo sido introduzida a corticoterapia sistêmica com prednisona 40 mg/dia e ciprofloxacino 1g/dia. A azatioprina foi



Figura 1 - Manifestação perineal (inicial).



Figuras 3 e 4 - Regiões axilares direita e esquerda respectivamente.



Figura 2 - Região axilar direita.

reintroduzida (100 mg/dia) em outubro de 2004 e foi iniciada a redução progressiva da corticoterapia sistêmica com melhora das queixas e manutenção da remissão clínica.

DISCUSSÃO

A doença de Crohn metastática é uma afecção rara e pouco relatada na literatura.¹¹ A maioria dos casos é caracterizada por lesões cutâneas ulceradas que ocorrem em membros e dobras, o que pode dificultar ainda mais a cicatrização.^{11,13}

Freqüentemente as lesões de pele antecedem a manifestação intestinal.^{11,12} Entretanto, alguns raros relatos descrevem estas manifestações sem a presença de doença ativa no trato gastrointestinal (TGI).^{6,11} O diagnóstico é confirmado pela biópsia com presença de granulomas não caseosos no exame anátomo-patológico.^{8,12}

As lesões apresentam grande variabilidade clínica, podendo ocorrer na forma de úlceras, pápulas, nódulos, placas ou crostas e podem afetar qualquer território cutâneo, sendo mais encontradas nas extremidades, zonas de pregas e genitais.^{5,15,16}

A etiopatogenia das metástases cutâneas de Crohn ainda não foi elucidada.⁵ Atualmente considera-se que a patogênese da maior parte das manifestações extra-intestinais está relacionada com a auto-imunidade e produção de citocinas, ou depósitos de

imunocomplexos, existindo grande associação com outras doenças auto-imunes.³ A hipótese de um antígeno circulante que seria depositado na pele e que deflagraria uma reação cruzada de hipersensibilidade de tipo IV mediada por linfócitos T, seria a hipótese mais convincente.^{5,9,17}

Terapias como esteróides, antibióticos (metronidazol, tetraciclinas, ciprofloxacino) e sulfasalazinas têm sido utilizadas com grau de sucesso variável.⁸ No entanto, alguns estudos têm demonstrado resposta favorável com corticosteróides intralesionais e agentes imunossupressores (azatioprina, ciclosporina, 6-mercaptopurina).^{2,5,12,18,19} O infliximab (anticorpo monoclonal antifator de necrose tumoral)¹⁵ e a oxigenioterapia hiperbárica¹² têm sido relatados com bom resultados,¹¹ porém sendo terapias de alto custo e de uso restrito em nosso meio.

A terapia cirúrgica é utilizada de forma cautelosa, realizando-se procedimentos como drenagens de abscessos, fistulotomias e curetagens. No entanto, em casos de resistência ao tratamento clínico, têm sido utilizadas como única opção terapêutica, e há relatos que descrevem resultados favoráveis.^{5,12}

A doença de Crohn metastática principalmente na ausência de manifestações do TGI é entidade de difícil diagnóstico e, em caso de suspeita, deverá ser confirmada através de biópsia seguida de exame anátomo-patológico.

ABSTRACT: The description of a case of metastatic Crohn's disease, a rare skin manifestation to the axillar region with diagnostic features and treatment schedules.

Key words: Crohn's disease, cutaneous manifestations.

REFERÊNCIAS

1. Anadolu R, Calikoglu E, Karayalin S, Grey E – Cutaneous Crohn's disease: metastatic Crohn's is a misnomer. *J Eur Acad Dermatol Venerol*; 1999,13(1):67-8.
2. Marotta PJ, Reynolds RP – Metastatic Crohn's Disease. *J Am Gastroenterol*; 1996,91(2):373-5.
3. Valera JM, Morales A – Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*; 2001,12(3):1185-91.
4. Olivares LM, Cardama JE, Gatti JC, Boerr L, Pizzariello GEA, Kowalczyk A – Enfermedad de Crohn metastática. *An bras Dermatol*; 1988,63(1):215-8.
5. Gómez JMG, Salinas CS, Usabiaga A, Glavez AB, Mapelli LR, Lorenzo CG – Enfermedad de Crohn metastásica. *An Esp Pediatr*; 2001,55(2):165-8.
6. Sanguenza OP, Davis LS, Gourdin FW – Metastatic Crohn's disease. *South Med J*; 1997,90(9):897-900.
7. Goh M, Tekchandani AH, Wojno KJ, Faerber GJ – Metastatic Crohn's disease involving penile skin. *J Urol*; 1998,159(2):506-7.

8. Kafity AA, Pellegrini AE, Fromkes JJ – Metastatic Crohn’s Disease. A Rare Cutaneous Manifestation. *J Clin Gastroenterol*; 1993,17(4):300-3.
9. Schrodt BJ, Callen JP – Metastatic Crohn’s disease in a 9 year old boy. *Pediatrics*; 1999,103(2):500-2.
10. Giressot O, Carsuzaa F, Terrier JP, Lombard M, Farrot F – Maladie de Crohn cutanée métastatique. À propôs d’une observation. *Rev Med Interne*; 1997,18(6): 477-80.
11. Guest DG, Fink RLW – Metastatic Crohn’s Disease: case report of an unusual variant and review of the literature. *Dis Colon Rectum*; 2000,43(12): 1764-6.
12. Williams N, Scott NA, Watson JS, Irving MH – Surgical management of perineal and metastatic cutaneous Crohn’s disease. *Br. J. Surg.*; 1993,80(12):1596-8.
13. McCallum DI, Gray WM – Metastatic Crohn’s disease. *Br J Dermatol*; 1976,95:551-4.
14. Berkowitz EZ, Lebwolhl – Cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*; 2000,14(5):349-50.
15. Miller AM, Elliot PR, Fink R, Connell W – Rapid response of severe refractory metastatic Crohn’s disease to infliximab. *J Gastroenterol Hepatol*; 2001,16(8):940-2.
16. Duthel P, Wallach D, Leibowitch M, Raynaud F, Dupont C – Metastatic Cutaneous Crohn’s Disease in a Child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 1998,26(3):343-4.
17. Ciubotaru V, Tattevin P, Cartron-Savin L, Le Gall F, Arvieux C – Manifestations métastatiques ées de la maladie de Crohn. *Rev Med Interne*; 2003,24(3):198-201.
18. Lehrnbecher T, Kontny HU, Jeschke R – Metastatic Crohn’s Disease in a 9 Year Old Boy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 1999,28(3):321-3.
19. Gilson MRT, Elston D, Pruitt A – Metastatic Crohn’s disease: remission induced by mesalamine and prednisone. *J AM Acad Dermatol*; 1999,41(3):476-9.

Endereço para correspondência:

FLÁVIA BALSAMO
Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis
R. Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis
São Paulo - S.P.
04231-030
Tel: 274-7600 - (Ramal: 244)