

Paciente M.D., sexo feminino 36 anos. Diagnóstico de Doença de Crohn após falha de tratamento de fístula perineal complexa, de difícil controle clínico em 2014.

Em 2014, foi encaminhada para proctologista, que realizou colonoscopia, detectando ulcerações profundas em íleo terminal, deformidade de válvula ileocecal e leve proctite (figuras 1 a 5) As biópsias confirmaram padrão histológicos sugestivo de Doença de Crohn. Também foi realizada a época tomografia computadorizada, que evidenciou espessamento de segmento de cerca de 10 cm do íleo terminal.



Figura 1 : Proctite Leve



Figura 2 : Proctite leve



Figura 3 : Íleite terminal com ulcerações



Figura 4 : Íleite terminal com ulcerações



Figura 5 : CecoFoi iniciado então terapia com Adalimumabe + Azatioprina e tratamento com seton da fístula, sendo que a paciente apresentou melhora clínica, com remissão e marcadores inflamatórios com melhora.

Em 2016,durante acompanhamento, foi detectado aumento de calprotectina fecal, sendo realizada nova

colonoscopia, que demonstrava recidiva da doença em íleo terminal, agora sendo possível apenas a avaliação dos primeiros centímetros do íleo terminal, já se notando estenose ileal e dificuldade de entrada na válvula íleocecal, por deformidade da mesma. (figuras 6 a 8).



Figura 6: Ceco



Figura 7 : Íleo Terminal



Figura 8 : Íleo Terminal

Devido a recidiva, optou-se por otimizar a dose de Adalimumabe semanal, mantendo o paciente bem até junho de 2016.

Em dezembro de 2016, paciente apresentou novo aumento de calprotectina fecal, optando-se agora pela troca de medicamento em uso. Iniciou-se Infliximabe associado a azatioprina, mantendo-se o paciente em remissão. Uma colonoscopia realizada ao fim de 2017 mostrava agora um estenose em válvula ileocecal, não sendo possível avaliar o íleo terminal adequadamente (figuras 9 e 10).



Figura 10 : Estenose de válvula íleo cecal.

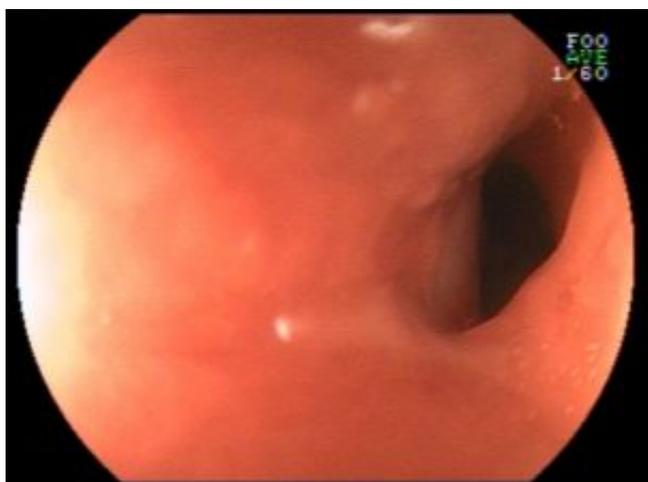


Figura 9 : Estenose de válvula íleo cecal.

Paciente se manteve assintomático, com remissão clínica e laboratorial até dezembro de 2018, quando começou a apresentar quadros de suboclusão e dor abdominal algumas horas após se alimentar. Nova colonoscopia confirmou o quadro de estenose de válvula ileocecal (figuras 11 a 13)

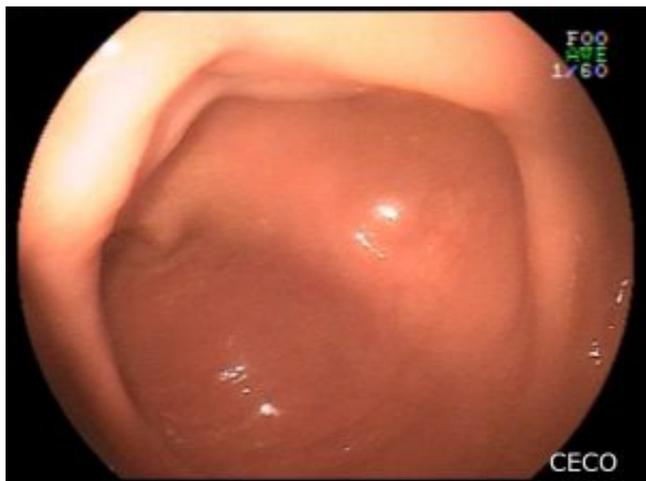


Figura 11: Ceco

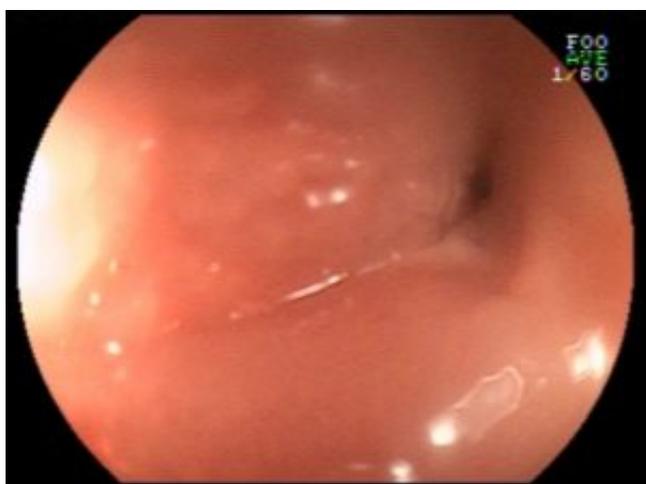


Figura 12: Válvula ileocecal

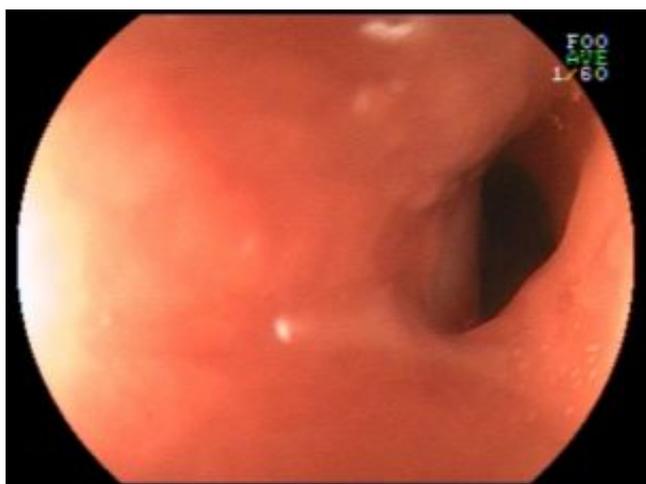


Figura 13: Válvula íleocecal.

Assim, devido aos achados da colonoscopia, associado a sintomatologia, optou-se por realizar a dilatação de válvula íleocecal. Em tempo, paciente se recusou a realizar enterorressonância, por fobia, para avaliar outras possíveis estenoses ileais.

Para a dilatação, utilizou-se balão tipo C.R.E., guiado, estagiado nos tamanhos 12-13,5-15mm, preenchido com água, mantendo-se cerca de um minuto em cada estágio (três minutos no último estágio), sendo a dilatação repetida duas vezes antes da retirada do balão:

https://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2019/04/Novo-vídeo_Grande.mp4

É possível avaliar ao final do vídeo, que não havia doença ao nível da estenose, que era curta, e com nítida dilatação do íleo terminal a montante. Também se verifica a presença de grande úlceração isolada em íleo terminal, sugestiva de reativação da doença.

Hoje, passados dois meses da dilatação, paciente segue assintomática, tendo sido reajustada a dose de Infiximabe.

