

# RETOCOLITE ULCERATIVA EVOLUINDO COM CRIPTITE PIOGÊNICA: RELATO DE CASO

## ULCERATIVE COLITIS EVOLVING WITH CRYPTITIS PYOGENIC: CASE REPORT

FRANCIELE FAZOLI<sup>1\*</sup>, RICARDO AKIRA YAEDU<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Ingá; 2. Médico Cirurgião e preceptor do Ensino de Acadêmicos do HONPAR - Hospital Norte Paranaense.

\* HONPAR – Hospital Norte Paranaense - PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP 86702-670  
[biblioteca@honpar.com.br](mailto:biblioteca@honpar.com.br)

Recebido em 15/08/2016. Aceito para publicação em 01/12/2016

### RESUMO

Retocolite ulcerativa inespecífica é uma das doenças inflamatórias que afetam o revestimento do cólon e reto, sendo também denominada Colite Ulcerosa. Os principais sintomas incluem sangramento e diarreia com cólicas, sangue, muco e, eventualmente, se houver infecção associada, pode evoluir com criptite piogênica. O artigo baseou-se em relato de caso que aborda e descreve a formação de criptite piogênica em paciente portadora de RCU, e procura-se aqui oferecer, de forma simplificada e compreensiva, dados para diagnóstico e tratamento a respeito do assunto. Observou-se com o estudo que o diagnóstico pode ser simplificado pela história clínica, exame físico completo incluindo o proctológico, e que é possível um diagnóstico eficaz e de baixo custo, proporcionando terapêutica precoce ao doente, e reduzindo tempo de internamento, bem como gastos aos sistemas de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Retocolite, Criptite, Colite Ulcerosa

### ABSTRACT

Ulcerative colitis is an inflammatory disease affecting the lining of the colon and rectum, also being called Ulcerative Colitis. The main symptoms include diarrhea with cramping and bleeding, blood, mucus and eventually, if associated infection may develop with pyogenic cryptitis. The article was based on a case report that discusses and describes the formation of pyogenic cryptitis in a patient with ulcerative colitis patient, and seeks to offer here, in a simplified and comprehensive way, data for diagnosis and treatment on the subject. It was observed in the study that the diagnosis may be simplified by medical history, complete physical examination including the proctological, and an effective diagnostic and low cost is possible, providing early treatment to patients and reducing hospitalization time and costs health systems.

**KEYWORDS:** Colitis, cryptitis, ulcerative colitis.

### 1. INTRODUÇÃO

Retocolite ulcerativa inespecífica (RCU) ou DII (Doença Inflamatória Intestinal) é uma das doenças inflamatórias que afetam o revestimento do intestino grosso (cólon) e o reto, sendo também denominada Colite Ulcerosa. Sua etiologia específica é desconhecida, porém está relacionada ao sistema imunológico e fatores genéticos do doente, sendo influenciada por estresse e tipos de dieta<sup>1,2,3,4</sup>.

A inflamação da RCU é superficial, crônica e exuberante. Atinge exclusivamente a mucosa que reveste o intestino grosso e provoca lesões contínuas nas áreas em que se manifesta. A extensão e as características das lesões determinam a gravidade do quadro<sup>4,5</sup>.

A colite ulcerativa pode afetar qualquer faixa etária, embora existam picos nas idades entre 15 e 30 anos e então novamente entre 50 e 70 anos. A doença, na maioria dos casos, começa na área retal e pode eventualmente se estender por todo o cólon<sup>2,6</sup>. Os fatores de risco incluem um histórico familiar de colite ulcerativa ou ascendência judaica<sup>1,4</sup>.

Os sintomas variam em gravidade e podem começar lenta ou repentinamente. Cerca da metade das pessoas têm sintomas brandos, outras têm ataques mais graves que ocorrem com mais frequência. Muitos fatores podem levar a ataques, inclusive infecções respiratórias ou estresse físico<sup>3,7</sup>.

Os principais sintomas incluem sangramento e diarreia com cólicas, sangue, muco e, eventualmente, pus se houver infecção associada. As crises de diarreia são persistentes, ocorrem durante o dia e toda à noite, principalmente após as refeições, onde o reflexo para evacuar é intenso. Por isso, muitos pacientes reduzem a ingestão alimentar e acabam emagrecendo. Outros sintomas incluem: dores abdominais difusas que geralmente desaparecem após uma evacuação, sons abdominais, febre, tenesmo, perda de peso, baixo crescimento ponderal em crianças,

enterorragias, pioderma gangrenoso, dores articulares, úlceras de cavidade oral, náuseas e vômitos, manifestações cutâneas (eritema nodoso) e, mais raramente, alterações oculares e hepáticas<sup>6,7</sup>.

A RCU pode ser diagnosticada com a história clínica e o exame físico, incluindo o proctológico, com probabilidade de acerto em 94% dos casos, apesar disso, dá-se ênfase às investigações endoscópicas, radiológicas ou patológicas, porque a sintomatologia da doença depende da fase evolutiva, da extensão, do local de acometimento e da atividade da doença<sup>3,4</sup>.

Os objetivos do tratamento da RCU são induzir à remissão (clínica, laboratorial, endoscópica e, se possível, histológica), manter esta remissão, evitar a ressecção de parte do cólon, e também complicações de longo prazo, especialmente o câncer colorretal<sup>1,4,7</sup>.

A remissão clínica pode ter como meta, o máximo de três evacuações por dia, ausência de sangue nas fezes, e de manifestações intestinais e extra-intestinais<sup>6,7</sup>.

Deve-se observar que a colite ulcerativa pode se manifestar de forma relativamente leve. Além disso, alguns pacientes parecem melhorar sem qualquer terapia, sendo alta a taxa com placebo (até 30%). Quanto à resposta terapêutica, 25 a 80% dos pacientes com colite respondem ao ácido 5-aminossalicílico (5-ASA)<sup>8,9</sup>.

Vale dizer que somente 34% de um grupo de pacientes com a doença, em um período de 23 anos, necessitaram de corticoterapia. Por outro lado, 16 a 22% de todos os pacientes com colite ulcerativa são refratários ou dependentes de corticoesteróides. Este grupo de pacientes, apesar de representar uma minoria, são os que necessitam de maior atenção médica e correm maior risco com relação a cirurgia e incapacidade funcional<sup>1,2,8</sup>.

O tratamento cirúrgico pode ser necessário para alguns pacientes com colite. A probabilidade cumulativa de colectomia situa-se ao redor de 32% após 25 anos de doença. Os fatores que mais contribuem são: alta atividade e extensão da doença (proctossigmoidite: 9% de probabilidade, hemicolite esquerda: 19% de probabilidade; pancolite: 35% de probabilidade) e tempo de enfermidade<sup>1,8,9</sup>.

O tratamento clínico deve ser individualizado, levando-se em conta: Extensão da doença, história de recidivas, e medicação efetiva no passado<sup>1,8,9</sup>.

## 2. RELATO DE CASO

M,V,O, 22 anos, feminino, natural de Arapongas, residente de Arapongas, solteira, católica, comerciante. Paciente deu entrada encaminhada de UPA para Hospital João de Freitas em 31/07/16 por queixa dor em ânus. Apresentando ao internamento dor tipo excruciante, VAS 10/10, em região perianal. Quadro algico iniciado há oito dias de internamento de início insidioso e progressivo, evoluindo com tumoração perianal à direita, associado à retenção urinária há 1 dia de internamento. Nega episódios febris e

pontos de flutuação. Refere três quadros de abscesso perianal em últimos 4 anos. Paciente internou em uso de ciprofloxacino 500mg de 12 em 12 horas (por 3 dias) e anti-inflamatórios não esteroidais para tentativa de controle algico, além disso foi medicada em UPA com tramadol e dipirona, relatando manutenção de algia perianal. Relatou evacuação ausente em dia prévio ao internamento hospitalar. História prévia de Retocolite ulcerativa, diagnosticada há 4 anos, em uso de mesalazina 1 comprimido de 12 em 12 h, negou diabetes mellitus, HAS, alergias medicamentosas e cirurgias progressivas. Sem história familiar de doenças intestinais. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico apresentava-se corada, hidratada, ECG 15, deitada em decúbito lateral com membros inferiores fletidos, colaborativa, com fácies de dor. ACV: BCRNF 2T, ictus não palpável. AP: boa expansibilidade torácica, sem uso de musculatura acessória, com FTV preservado, MV+ bilateral, sem ruídos adventícios. Aabd: globoso, sem cicatrizes, RHA+, normotimpânico, flácido, sem massas ou visceromegalias palpáveis, doloroso à palpação profunda de FID e suprapúbica. EXT: membros superiores com pulsos amplos e simétricos, sem edemas, com TEC < 3s, sem lesões; membros inferiores, com pulsos presentes, amplos e simétricos, sem edemas, panturrilhas sem sinais de empastamento, TEC < 3s, sem lesões. Em 31/07/16 paciente foi submetida à drenagem de coleção perianal, evidenciando-se loja de aproximadamente 7 centímetros, com drenagem de conteúdo amarelo-esverdeado, viscoso, espesso, sendo inserido dreno de penrose e enviado material para cultura e antibiograma. Em primeiro pós-operatório paciente apresentava melhora algica com drenagem de secreção sero-hemática em pequena quantidade, sem odor fétido. Em segundo pós-operatório foi sacado dreno, e paciente recebeu alta com manutenção de esquema com ciprofloxacino 500mg de 12 em 12 horas, durante 14 dias.

## 3. DISCUSSÃO

O caso em estudo apresentou um quadro de criptite piogênica secundária a uma doença colônica denominada retocolite ulcerativa, possivelmente por atividade da doença ou descontrole medicamentoso, sendo necessário maior acompanhamento do paciente, bem como realizar busca ativa sobre sinais de alarme da não terapêutica adequada<sup>6,9</sup>.

A criptite piogênica é a primeira fase do processo supurativo, caracterizando-se pela retenção de pus e formação de abscesso, o qual se expande para um dos espaços peri-anoretais. Existem quatro tipos de abscessos, que se distinguem com base na sua localização: o abscesso primário situa-se no espaço interesfincteriano (abscesso interesfincteriano), que foi encontrado no caso; este abscesso pode ainda estender-se para baixo, para o tecido celular subcutâneo do ânus (abscesso perianal ou marginal); ou pode estender-se lateralmente, penetrando no esfíncter

externo e prolongando-se para o tecido adiposo isquiorretal (abscesso isquiorretal ou isquiaoanal); o abscesso primário pode ainda estender-se para cima, para o espaço extra-esfincteriano (abscesso pelviretal ou supraelevador)<sup>4,8</sup>.

O abscesso perianal, que surge na sequência da obstrução do canal de drenagem de uma glândula anal, tem como tratamento padrão a incisão e drenagem, com anestesia geral ou locorregional. A ausência de evidência clínica de flutuação, não implica alteração da terapêutica, devendo-se manter o procedimento de incisão e drenagem<sup>6,7,8</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

Conclui-se que se utilizando de um bom exame clínico e de exame complementares adequados, é possível em diagnóstico eficaz e de baixo custo, proporcionando terapêutica precoce ao doente, e reduzindo tempo de internamento, bem como gastos aos sistemas de saúde.

Para casos de coleções perianais recidivantes, é fundamental estabelecer possíveis doenças de base do paciente, e tratá-las para reduzir recorrência desses eventos.

A drenagem cirúrgica da coleção formada mostrou bom resultado terapêutico, com efeito satisfatório ao doente, redução de quadro algico e melhora de hábitos fisiológicos, oferecendo qualidade de vida ao portador de RCU.

#### REFERÊNCIAS

- [01] McElwain JW, McLean DM, Alexander RM, Hoexter B, Guthrie JF. Anorectal problems: Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1 000 cases. *Dis Colon Rectum*. 1975;18:646-9.
- [02] Ewerth S, Ahlberg J, Collste G, Holmstrom B. Fistulainano. A six year follow-up study of 143 operated patients. *Acta Chir Scand*. 1978;482:53-5.
- [03] Jewell DP. Ulcerative colitis. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH. 6th edition. Philadelphia, WB Saunders Co. 1998.
- [04] Sands, B. E. et al. Therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000,118:S68-82.
- [05] Orsoni P, Barthet M, Portier F, Panuel M, Desjeux A, Grimaud JC. Prospective comparison of endosonography, magnetic resonance imaging and surgical findings in anorectal fistula and abscess complicating Crohn's disease. *Br J Surg*. 1999;86: 360-4.
- [06] Henry MM, Swash M. *Coloproctology and Pelvic Floor*. 2th edition. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1992.
- [07] Tonkin DM, Murphy E, Brooke-Smith M, Hollington P, Rieger N, Hockley S, et al. Perianal abscess: A pilot study comparing packing with nonpacking of the abscess cavity. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1510-14.
- [08] Christoforidis D, Pieh MC, Madoff RD, Mellgren AF. Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: a comparative study. *Dis Colon Rectum*. 2009; 52:18-22.
- [09] Ho YH, Tan M, Chui CH, Leong A, Eu KW, Seow-Choen F. Randomized controlled trial of primary fistulotomy

with drainage alone for perianal abscesses. *Dis Colon Rectum*. 1997; 40:1435-8.