



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2018

Número: 10

Data: 11.05.2018 **Local:** Anfiteatro do CEAPS
Horário: 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico
Relator: Dr. Sandro da Costa Ferreira

Identificação: J.L.C., 35 anos, feminino, branca, casada, natural e procedente de Orândia - SP, diarista.

Observação clínica inicial realizada em 18/08/2013

QD: “Diarreia e dor abdominal”.

HMA: Paciente previamente hígida encaminhada em função de alteração do hábito intestinal, há aproximadamente 1 ano. No momento da consulta queixava-se de diarreia com 4-5 evacuações/dia de conteúdo líquido, sem sangue, muco ou pús, acompanhada de dor abdominal tipo cólica predominante em flanco direito. Também referia raros despertares noturnos, além de perda ponderal (73kg -> 63Kg), com ingestão alimentar mantida. Negava febre, atralgia, queixas oculares e lesões cutâneas.

IDA:

Aftas orais de repetição

Antecedentes Pessoais e hábitos de vida:

- Cirurgia para correção de fissura anal em outubro 2012
- Ex-tabagista (parou em 2009) 14 anos/maço
- Etilista social
- Negava uso de drogas ilícitas;
- Negava uso de AINEs, garrafadas, chás ou ervas;
- Negava uso de medicamentos injetáveis com material não descartável.
- Negava promiscuidade sexual, tatuagens, piercings e DSTs.

Antecedentes Familiares:

- Mãe com hipertensão, hipotireoidismo e diabetes mellitus;
- Pai saudável;
- Desconhecia familiares com problemas semelhantes;

Exame Físico: PESO: 63 Kg EST : 1,62 m IMC: 24 kg/m²

- Bom estado geral, hidratada, corada, eupnéica, anictérica;
- Aparelho cardiovascular: sem turgência jugular, BNRNF em dois tempos, sem sopros, FC: 72 bpm e PA: 130/70 mmHg;
- Aparelho respiratório: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios;
- Abdome: plano, flácido, sem circulação colateral, indolor à palpação profunda, ausência de macicez móvel, visceromegalias ou massas palpáveis, RHA normativos;
- Extremidades: sem edema de membros inferiores, panturrilhas livres, TEC < 3,0 seg.

Exames laboratoriais (10/10/2013):

- Hb: 11,3 g/dL; HT: 35%; Bilirrubina total: 0,49 mg/dL Bilirrubina direta: 0,12 mg/dL albumina: 4,2 g/L INR: 1,2
- VHS 1ª hora: 20 mm ;
- PCR (VR=0,5 mg/dL): 11,92;
- Parasitológico de fezes (3 amostras): negativo;

Ileocolonoscopia (06/11/2013): Úlceras em íleo terminal, cólons transversos e descendentes. Cólons ascendente, sigmoide e reto sem alterações.

Biópsias (06/11/2013): Ileíte granulomatosa, inflamação transmural e colite inespecífica – Sugestiva de Doença de Crohn em atividade.

Trânsito intestinal (13/11/2013): Alterações compatíveis com Doença de Crohn

Diagnóstico: Doença de Crohn íleo-colônica fenótipo inflamatório

Conduta:

- Iniciados Prednisona 40 mg/dia + Mesalazina 4g/dia + Azatioprina 100 mg/dia.

Evolução:

- Paciente retorna em Janeiro/2014 com melhora do quadro diarreico, no entanto **referia surgimento de “fissura anal” (sic), com escape de conteúdo fecal (fístula entero-cutânea?)**.
- **Optado pelo início da terapia biológica com infliximabe e correção cirúrgica da fístula.**
- No decorrer da evolução apresentou complicação, possivelmente relacionada ao uso do infliximabe, que será apresentada durante a reunião clínica.