

DOENÇA DE CROHN ISOLADA DO APÊNDICE CECAL

ISOLATED CROHN'S DISEASE OF THE APPENDIX

Leonardo Passos Vilares Cordeiro¹; Johanna Alejandra Mora Del Moral Vilares Cordeiro¹; André Luiz Barbosa¹; Paula Carolina de Oliveira Andrade²; Rudolf Moreira Pfeilsticker¹; Juliano Félix de Castro².

RESUMO

A doença de Crohn isolada do apêndice também conhecida por apendicite granulomatosa é uma entidade rara, cuja incidência varia entre 0,2% e 0,6% de todas as apendicectomias. As manifestações clínicas geralmente simulam quadro de apendicite aguda. Os métodos de imagem desempenham um papel importante na detecção, caracterização e vigilância dessa condição clínica. O estudo histopatológico revela alterações semelhantes às observadas na doença de Crohn típica e, a apendicectomia é o tratamento de escolha apresentando mínima morbidade. Os autores apresentam um caso de um adolescente de 18 anos com quadro de dor no andar inferior do abdômen por dez dias. A tomografia computadorizada evidenciou processo inflamatório/infeccioso agudo ou crônico, não sendo possível afastar a hipótese de neoplasia apendicular. O paciente foi submetido à laparoscopia onde se evidenciou apêndice cecal de volume aumentado, de consistência endurecida e aparente infiltração da base e da parede cecal, não se podendo afastar acometimento tumoral. Optou-se por conversão para laparotomia infraumbilical e colectomia parcial direita. Os cortes histológicos da peça cirúrgica mostraram processo inflamatório reacional do apêndice cecal, considerando-se a possibilidade de doença de Crohn acometendo o apêndice cecal.

Descritores: Apêndice. Doença de Crohn. Dor Abdominal. Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Isolated Crohn's disease of the appendix also known as granulomatous appendicitis is a rare entity whose incidence ranges from 0.2% to 0.6% of all appendectomies. Clinical manifestations usually simulate acute appendicitis. Imaging methods play an important role in the detection, characterization and monitoring of this clinical condition. The histopathological study reveals changes similar to those observed in typical Crohn's disease and appendectomy is the treatment of choice with minimal morbidity. The authors present a case of an 18-year-old man with pain in the lower abdomen for ten days. Computed tomography evidenced an acute or chronic inflammatory / infectious process, and the possibility of appendicular neoplasia could not be ruled out. The patient underwent laparoscopy where a cecal appendix of increased volume, of hardened consistency and apparent infiltration of the base and cecal wall was evident, and tumoral involvement could not be ruled out. We chose to convert the surgical procedure to an infraumbilical laparotomy and perform a right partial colectomy. The histological sections of the surgical specimen showed a reactive inflammatory process of the appendix, considering the possibility of Crohn's disease affecting the appendix.

Keywords: Appendix. Crohn Disease. Abdominal Pain. Diagnosis, Differential.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn isolada do apêndice cecal (DCIA) é uma entidade rara. Ocorre, principalmente, em pacientes jovens, na faixa de 20 a 30 anos, havendo certa predominância pelo sexo masculino. As manifestações clínicas geralmente simulam quadro de apendicite aguda, com dor no quadrante inferior do abdômen, anorexia, náuseas, febre e leucocitose¹. Os métodos de imagem desempenham um papel

importante na detecção, caracterização e vigilância dessa condição clínica. Tanto a tomografia computadorizada como a ressonância magnética se consolidaram como ferramentas inestimáveis para esta avaliação². O estudo histopatológico revela alterações semelhantes às observadas na doença de Crohn típica e a apendicectomia é o tratamento de escolha, apresentando mínima morbidade^{1,3}.

¹ Hospital Felício Rocho, Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Hospital Felício Rocho, Serviço de Cirurgia Geral, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Apresentamos um relato de caso de DCIA, que se manifestou clinicamente como apendicite aguda, com alterações tomográficas inconclusivas. Este artigo tem como objetivo apresentar um diagnóstico diferencial incomum de dor abdominal localizada no quadrante inferior direito.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, brasileiro, solteiro, previamente hígido, comparece ao pronto atendimento do Hospital Felício Rocho, com quadro de dor abdominal no andar inferior do abdômen, progressiva e recorrente, com piora há cerca de 10 dias. A dor estava associada a episódios de diarreia importante, com fezes escurecidas e inapetência e sem febre. Não possuía cirurgias abdominais prévias.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, sem alterações respiratórias ou cardiovasculares, queixando-se apenas de dor leve referida à palpação do hipogástrio, sem descompressão brusca dolorosa.

A análise laboratorial e a radiografia do abdômen não evidenciaram alterações significativas. Assim, foi solicitada tomografia computadorizada do abdômen (Figura 1). O apêndice cecal apresentava-se com dimensões aumentadas, medindo 30mm de diâmetro, associado a diminuto apendicolito no terço médio/distal, com densificação dos planos adiposos adjacentes e pequena quantidade de líquido livre regional. Observou-se ainda, espessamento parietal do ceco e linfonodomegalia na cadeia ilíaca comum direita. Formuladas as seguintes hipóteses diagnósticas: (a) processo inflamatório/infeccioso agudo ou crônico; (b) neoplasia apendicular.

O paciente foi submetido à laparoscopia onde foi identificado apêndice cecal aumentado de volume, com consistência endurecida e com aparente infiltração da base e da parede do ceco. Não foi possível afastar acometimento tumoral. Optou-se por conversão para laparotomia infraumbilical, e realizada colectomia parcial direita, com anastomose íleocólica látero-lateral, sem intercorrências. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório e recebeu alta hospitalar com orientações médicas.

A peça cirúrgica (Figura 2) foi enviada para estudo anatomopatológico (Figura 3). Os cortes histológicos do apêndice cecal evidenciaram paredes bastante espessadas

à custa de infiltrado leucocitário linfoide difuso, formação de vários folículos linfoides reativos com centros germinativos alargados, diversos granulomas epitelioides não caseificantes, além de algumas células gigantes multinucleadas. Apresentava também focos de erosão da mucosa, acentuado edema da parede e extravasamento hemático. O conjunto destes achados foi compatível com processo inflamatório reacional, sendo considerada a possibilidade de doença de Crohn acometendo apêndice cecal.



Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome. Reformatação coronal. Apêndice cecal (seta branca) com dimensões acentuadamente aumentadas, medindo até cerca de 3,0 cm de diâmetro.

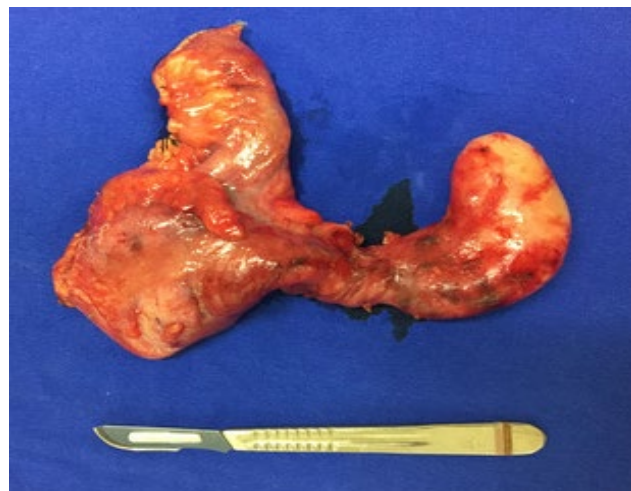


Figura 2. Colectomia parcial direita. Peça cirúrgica.

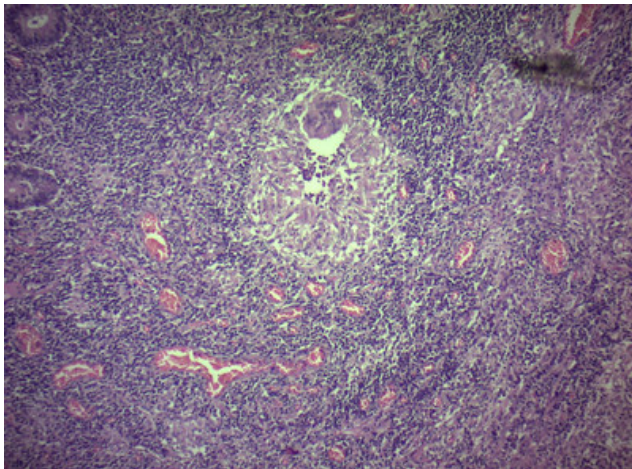


Figura 3. Exame histopatológico. Infiltrado leucocitário linfóide difuso. Destaca-se célula gigante multinucleada no centro, característica da doença de Crohn.

DISCUSSÃO

A doença de Crohn clássica é uma condição que pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus e, histologicamente, apresenta granulomas, infiltrado leucocitário, inflamação transmural e ulcerações que se estendem até a muscular própria.

A doença de Crohn isolada do apêndice (DCIA), também conhecida como apendicite granulomatosa, é uma entidade rara cuja incidência varia de 0,2% a 0,6% de todas as apendicectomias^{1,3,4}. Clinicamente, a DCIA pode se manifestar como um quadro de apendicite aguda típica, incluindo dor na fossa ilíaca direita (FID), febre, leucocitose e evidências radiológicas de inflamação periapendicular. Outras vezes, pode se apresentar de maneira mais insidiosa, com dor abdominal difusa, arrastada, associada ou não a episódios de febre baixa. A presença de massa abdominal palpável na FID é outra manifestação clínica habitual. Em um pequeno número de casos, a DCIA pode apresentar sangramento retal^{4,5,6}.

O diagnóstico pré-operatório da DCIA dificilmente é feito, sendo as manifestações clínicas pouco características da doença. Frequentemente, a hipótese de lesão neoplásica é aventada durante o ato operatório, assim como no caso descrito, dado o volume aumentado da víscera⁷. O diagnóstico intraoperatório pode ser obtido por congelação, que evidencia ulcerações, granulomas não caseificantes, fissuras e inflamação transmural⁵.

Assim como a DCIA pode clinicamente mimetizar um quadro de apendicite agu-

da, os aspectos imagiológicos das duas entidades também se assemelham. Em muitos hospitais, a ultrassonografia é o exame de imagem inicial na avaliação de pacientes com dor do quadrante inferior direito do abdômen, contudo a avaliação ecográfica pode ser limitada para diferenciar estas duas doenças, uma vez que ambas podem se apresentar com dilatação apendicular, perda da compressibilidade, estratificação parietal, líquido periapendicular, bem como aumento da ecogenicidade dos planos adiposos adjacentes, abscesso e linfonodos regionais reacionais proeminentes em número e/ou tamanho⁸⁻¹⁰.

O diagnóstico tomográfico da apendicite aguda clássica inclui apêndice distendido (>5-7mm); espessamento e realce parietal pelo agente contrastante; sinais de inflamação periapendicular incluindo densificação da gordura adjacente e espessamento da fâscia lateroconal ou do mesoapêndice; líquido extraluminal e linfonodos regionais proeminentes em número ou em tamanho¹¹⁻¹³. Embora a tomografia computadorizada atinja sensibilidade próxima a 100% e especificidade de até 98% para o diagnóstico de apendicite aguda, esta não é útil na diferenciação de um quadro típico de apendicite aguda da DCIA, uma vez que a doença de Crohn normalmente apresenta achados tomográficos semelhantes, como espessamento parietal e sinais inflamatórios¹³.

O diagnóstico diferencial da DCIA deve incluir outras doenças que apresentem granulomas no apêndice como infecções bacterianas (tuberculose), fúngicas (blastomicose, actinomicose e histoplasmose), parasitárias (esquistossomose) e idiopáticas (sarcoideose)^{3,7}. Devem-se considerar também as hipóteses de corpo estranho e diverticulite do apêndice que podem gerar inflamação granulomatosa crônica, endurecimento e fibrose da parede apendicular^{3,4}.

O tratamento de escolha da DCIA é a apendicectomia simples com baixa morbimortalidade e baixo risco de fistulização. A abordagem laparoscópica da doença de Crohn confinada ao apêndice pode promover benefícios ao paciente, tais como redução da dor pós-operatória, menor período de recuperação e retorno precoce ao trabalho⁵. Embora não haja consenso sobre as taxas de recorrência intestinal da doença de Crohn após a apendicectomia, alguns estudos sugerem taxa de recorrência de até 10%, muito inferior quando comparada a

taxas que podem variar de 34% a 58% após ressecção primária na doença de Crohn ileal^{3,4,5,7,8}.

A maioria dos autores recomenda controle periódico com exames radiológicos e endoscópicos do intestino delgado e do cólon pelo período mínimo de três anos, para detecção precoce de recidiva da doença. Outros, no entanto, defendem que os pacientes com DCIA devem ser acompanhados por, no mínimo, 10 anos, para serem considerados curados³.

A Doença de Crohn acometendo o apêndice é uma entidade de baixa incidência e, portanto, um diagnóstico diferencial difícil de ser considerado no pré e peroperatório, mas não menos importante, considerando-se pacientes com dor abdominal em FID. O tratamento de escolha, através de apendicectomia simples tem baixa morbimortalidade, e a DCIA apresenta menor taxa de recorrência que a doença de Crohn ileal. A associação dos achados clínicos e laboratoriais, com os exames de imagem, ainda que inespecíficos, e, principalmente, a consideração deste diagnóstico diferencial em um contexto de dor abdominal, podem reduzir a probabilidade de realização de cirurgias mais extensas que o tratamento padrão da doença, com potencial maior morbimortalidade, como ocorreu no caso apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Richards ML, Aberger FJ, Landercasper F. Granulomatous appendicitis: Crohn's disease, atypical Crohn's or not Chron's at all? *J Am Coll Surg*. 1997;185(1):13-7.
2. Bruinung DH, Zimmermman EM, Loftus EV Jr, Sandborn WJ, Sauer CG, Strong SA; Society of Abdominal Radiology Crohn's Disease-Focused Panel. Consensus Recommendations for Evaluation, Interpretation, and Utilization of Computed Tomography and magnetic resonance enterography in patients with small bowel Crohn's disease. *Radiology*. 2018;286(3):776-99.
3. Prieto-Nieto I, Perez-Robledo JP, Hardisson D, Rodriguez-Montes JA, Larrauri-Martinez J, Garcia-Sancho-Martin L. Crohn's disease limited to the appendix. *Am J Surg*. 2001;182(5):551-3.
4. Han H, Kim H, Rehman A, Jang SM, Paik SS. Appendiceal Crohn's disease clinically presenting as acute appendicitis. *World J Clin Cases*. 2014;2(12):888-92.
5. Zager JS, Gusani NJ, Derubertis BG, Shaw JP, Kaufman JP, DeNoto G. Laparoscopic appendectomy for Crohn's disease of the appendix presenting as acute appendicitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2001;11(4):255-8.
6. Shaoul R, Rimar Y, Toubi A, Mogilner J, Polak R, Jaffe M. Crohn's disease and recurrent appendicitis: a case report. *World J Gastroenterol*. 2005;11(43):6891-3.
7. Lima Jr SE, Speranzini MB, Guiro MP. Doença de Crohn's isolada do apêndice cecal como causa de enterorragia. *Arq Gastroenterol*. 2004;41(1):60-3.
8. Ripollés T, Martinez MJ, Morote V, Errando J. Appendiceal involvement in Crohn's disease: gray-scale sonography and color Doppler flow features. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186(4):1071-8.
9. Puylaert JB. Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology*. 1986;158(2):355-60.
10. Muradali D, Goldberg DR. US of gastrointestinal tract disease. *Radiographics*. 2015;35(1):50-68.
11. Jabra AA, Shalaby-Rana EL, Fishman EK. CT of appendicitis in children. *J Comput Assist Tomogr*. 1997;21(4):661-6.
12. Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Jeffrey RB, Stella DL, Casola G. Disproportionate fat standing: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. *Radiographics*. 2004;24(3):703-15.
13. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. *Radiographics*. 2000;20(2):399-418.

Recebido em: 28/10/2018

Aceito para publicação: 16/11/2018

Conflito de interesse: Não

Endereço para correspondência:

Leonardo Passos Vilares Cordeiro

E-mail: leonardopvcordeiro@gmail.com

jamdln89@gmail.com