

CAPÍTULO 6

DOENÇA DE BEHÇET COM MANIFESTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Maico Alexandre Nicodem

<http://lattes.cnpq.br/0630430358955762>

Carlos Kupski

<http://lattes.cnpq.br/4190493648053437>

Ari Ben-Hur Stefani Leão

<http://lattes.cnpq.br/5184007675026966>

Marta Brenner Machado

<http://lattes.cnpq.br/6119425972692494>

Ana Paula Lazaretti

<http://lattes.cnpq.br/8123395372294352>

Maria Cristina Mariani dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/1327078568318906>

Evelise Mileski do Amaral Berlet

<http://lattes.cnpq.br/2931047959794753>

Carolina Fischer Cunha

<http://lattes.cnpq.br/5701775515452107>

RESUMO: A doença de Behçet (DB) é uma doença inflamatória sistêmica de vasos sanguíneos e sua etiologia ainda não está bem estabelecida. Os sintomas da doença dependem do órgão acometido, assim como seu tratamento. As manifestações intestinais mais comuns são dor abdominal, diarreia e fezes sanguinolentas. Essas manifestações clínicas são muito semelhantes a várias outras doenças intestinais e, devido a isso, torna-se um importante diagnóstico diferencial.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Behçet, Doença de Crohn, diarreia, dor abdominal, sangramento gastrointestinal.

ABSTRACT: Behçet's disease (BD) is a systemic inflammatory disease of blood vessels and its etiology is not yet well established. The symptoms of the disease depend on the affected organ, as well as its treatment. The most common intestinal manifestations are abdominal pain, diarrhea and bloody stools. These clinical manifestations are very similar to several other intestinal diseases and, because of this, it becomes an important differential diagnosis.

KEYWORDS: Behçet's disease, Crohn's disease, diarrhea, abdominal pain, gastrointestinal bleeding.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 65 anos, branco, aposentado, procura atendimento hospitalar por quadro de fezes diarreicas com sangue vivo, apresentando cerca de 4 episódios ao dia e febre há 45 dias. Os sintomas iniciaram após episódio de pneumonia, tratada ambulatorialmente com amoxacilina/clavulanato e azitromicina. Como o paciente não apresentou melhora do quadro clínico, optou-se por realizar procedimento endoscópico, no qual foram evidenciadas várias úlceras colônicas. Iniciou-se tratamento com metronidazol, prednisona e azatioprina, pela hipótese de Doença de Crohn (DC). Após início do tratamento para DC, o paciente não

apresentou melhora clínica e evoluiu com de uveíte, redução da acuidade visual, artralgia em membros inferiores e lesões cutâneas, principalmente em tórax posterior. Ele apresentava como história médica pregressa: hepatite C, tratada com interferon e ribavirina, com resposta viral sustentada e, quando questionado, referiu episódios recorrentes de uveíte, diarreia sanguinolenta, além de úlceras orais e genitais dolorosas.

Ao exame físico da chegada hospitalar, estava em regular estado geral, lúcido, orientado, febril, hemodinamicamente estável. Apresentava eritema em escleras e conjuntiva. Abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonismo. Edema de membros inferiores, eritema e calor em hálux direito e em tornozelo esquerdo. Pele com placas eritematosas em tórax posterior, púrpuras em membro inferior direito e fenômeno de Raynaud em mãos. No exames complementares, evidenciou-se fator reumatóide reagente, complemento C3 e C4 baixos, associados a provas inflamatórias elevadas. Outros exames, como FAN, ANCA e crioglobulinas, estavam negativos. Análise das fezes revelou: coprocultura negativa e pesquisa de leucócitos fecais positiva. No anátomo patológico da colonoscopia realizada previamente, não apresentava achados conclusivos para doença inflamatória intestinal.

Logo no início da internação, evoluiu agudamente com perda de função renal e anemia com componente de hemólise. Devido à história médica pregressa, avaliação física e laboratorial, foi aventada a hipótese de Doença de Behçet (DB) com acometimento intestinal, sendo, então, iniciada pulsoterapia com metilprednisolona, e o paciente evoluiu com importante melhora clínica. Após período de internação, apresentou normalização do hábito intestinal, remissão do quadro cutâneo, melhora parcial da acuidade visual e da função renal. Atualmente em uso ambulatorial de leflunomida e prednisona, com adequado controle da doença.

DISCUSSÃO

A DB é uma doença inflamatória que se caracteriza por apresentar lesões aftóides orais recorrentes e numerosas manifestações sistêmicas que incluem geralmente úlceras genitais e lesões dérmicas, oculares, neurológicas, articulares e gastrointestinais. Essas manifestações devem-se ao quadro de vasculite, tanto arterial, quanto venosa, acometendo vasos de todos os tamanhos (pequenos, médios e grandes).

A etiologia da inflamação na DB ainda é indeterminada, mas acredita-se que seja multifatorial, com fatores genéticos e ambientais envolvidos. A DB é mais comum na “rota da seda” e se estende da Ásia Oriental até o Mediterrâneo, sendo a Turquia o país com maior número de casos. Acomete tanto homens, como mulheres com similar prevalência, sendo mais comum em adultos jovens, entre 20 e 40 anos.

A frequência do acometimento gastrointestinal varia entre 3 a 50 % e as manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal, diarreia e sangramento intestinal. No exame endoscópico, as úlceras gastrointestinais são mais comumente encontradas no íleo terminal, ceco e cólon ascendente. Suas apresentações clínica e endoscópica são muito semelhantes à DC, o que dificulta o diagnóstico. O curso clínico da doença intestinal é muito variável, sendo que 75% dos pacientes apresentam pouca atividade inflamatória ou remissão da doença em 5 anos. Nos pacientes com evolução crônica, velocidade de hemossedimentação e proteínas C reativa estão geralmente elevadas.

Não existe teste laboratorial patognomônico para DB e, com isso, o diagnóstico é feito com base nas manifestações clínicas. Excluindo-se outras doenças mais prevalentes, com manifestações similares, devemos pensar em DB em pacientes com quadro de úlceras orais recorrentes (pelos menos três episódios no último ano). Após a exclusão de outros diagnósticos diferenciais, aplica-se o *International Criteria for Behcet's disease* (ICBD). O escore inclui presença de úlceras orais e genitais, lesões vasculares, oculares e dermatológicas e o teste de patergia.

O tratamento da DB depende do órgão alvo acometido e das queixas do paciente. As aftas podem ser tratadas com anestésicos e corticosteróides tópicos, além de antissépticos bucais. Manifestações menos graves como dores articulares, lesões de pele e úlceras genitais podem ser tratadas com medicamentos como corticosteróides orais, colchicina, dapsona, talidomida, entre outros. Reserva-se os agentes imunossupressores como azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina e metotrexate para manifestações graves da doença, como a acometimento ocular, manifestações neurológicas ou vasculares (veias ou artérias). Os pacientes que não apresentarem melhora com imunossupressores podem se beneficiar com agentes imunobiológicos, como os anti-TNF α , sendo os mais comumente utilizados o Infliximabe e o Etanercepte.

COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar da DB não ser uma doença muito prevalente, é de grande relevância seu conhecimento para diagnóstico diferencial em pacientes com apresentação intestinal, já que suas manifestações mimetizam uma grande variedade de patologias gastrointestinais.