

Objetivo(s) Relatar caso de associação da doença de Crohn (DC) com vasculite leucocitoclástica cutânea (VLC).

Descrição do caso Masculino, 41 anos, diagnóstico de DC há oito anos. Classificação de Montreal A2 L1 B2. Em tratamento com infliximabe 300 mg 8/8 semanas há três anos. há um mês com mialgia, artralgia, dor e edema em membros inferiores e superiores, associada a lesões vésico-bolhosas, circunscritas e eritemato-violáceas. Durante internação hospitalar foi dosado C3, C4, CH50, FAN, anticorpo anti-fosfolípeos, PCR, VHS e sorologias para hepatite B e C, sífilis e PPD, que foram negativos, hemograma e bioquímica sérica sem alterações. O histopatológico da biópsia excisional evidenciou VLC. Foi submetido a corticoterapia oral com prednisona 80 mg/dia com involução gradativa das lesões, tendo alta hospitalar no 18º dia de internação e seguimento ambulatorial. Atualmente encontra-se, assintomático, cicatrização completa da VLC, em desmame do corticoide e substituição do infliximabe 300 mg 8/8 semanas, para ustequinumabe 90 mg 8/8 semanas há seis meses.

Discussão e Conclusão(ões) As vasculites, são processos inflamatórios mediados imunologicamente, determinando dano funcional e estrutural a parede dos vasos. Podem acometer qualquer órgão e ter ampla variedade de sinais e sintomas. A VLC é uma vasculite necrotizante de pequenos vasos (< 50 mm) localizados na derme papilar e reticular superficial. Caracteriza-se por inflamação neutrofilica, transmural, associada à ruptura da arquitetura da parede do vaso e necrose fibrinoide. Sua etiologia é multifatorial, relacionada a medicações (15%), doenças inflamatórias autoimunes (15%), infecciosas (10%), mas a sua maioria segue desconhecida (60%). A VLC pode ser uma manifestação extra intestinal da DC, embora essa associação seja rara. O tratamento desta, baseia-se na eliminação da causa base, corticoterapia e anti-histamínicos. No entanto, devido ao número reduzido de casos descritos na literatura, mais estudos são necessários para guiar o diagnóstico e uma abordagem mais precoce e assertiva. A VLC deve fazer parte do diagnóstico diferencial das manifestações cutâneas relacionadas a DC. Portanto, conhecer as características clínicas do VLC é importante para diagnóstico e propedêutica adequada.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.083>

336

Certolizumabe pegol iniciado durante gestação para paciente com doença de crohn em franca atividade



H. Samartine Junior^a, A.J.T. Alves Junior^a, F.P. Gomes^a, S.A. Salman^b, L.H. Oliveira^a, J. Simoes Neto^a, J.A. Reis Junior^a, J.A. Reis Neto^a

^a Clínica Reis Neto, Campinas, SP, Brasil

^b Hospital PUC-Campinas, Campinas, SP, Brasil

Área Doenças Inflamatórias Intestinais

Categoria Relatos de caso

Forma de Apresentação Pôster

Objetivo(s) Relatar o manejo de paciente com 26 semanas de gestação com Doença de Crohn em franca atividade com uso de Certolizumabe Pegol.

Descrição do caso Paciente feminina, 30 anos, casada, primigesta, com idade gestacional atual de 26 semanas. Em outubro de 2016, apresentava queixas de dor abdominal e diarreia, sendo diagnosticada por colonoscopia com doença de Crohn; no momento do diagnóstico, doença em franca atividade com proteína C reativa de 117,6 mg/L e Calprotectina de 1451. Optado por tratamento inicial com Mesalazina e prednisona, referindo melhora importante dos sintomas. Devido idade fértil, estado civil e desejo de engravidar, paciente foi encaminhada para o ginecologista a fim de realizar planejamento familiar; porém confirmou-se grávida, antes de se propor quaisquer alternativas. Portanto, optado por troca do regime terapêutico para Certolizumabe Pegol (CZP) com dose de indução de 400 mg nas semanas 0, 2 e 4 e consequente dose de manutenção de 400 mg a cada 4 semanas. Após troca da medicação, paciente não apresentou efeitos colaterais e manteve remissão da atividade da doença inflamatória intestinal. Exames de controle pós início da droga: Calprotectina 495 e Proteína C reativa de 3,5 mg/L. Até o momento, acompanhamento por equipe multidisciplinar com ginecologista e pediatra, não houveram alterações de mal formação do feto ou complicações para a gestação.

Discussão e Conclusão(ões) Na atualidade com as diversas opções terapêuticas existentes, mais mulheres com doenças inflamatórias intestinais tem-se colocado em posição de poder engravidar. Tal patologia aumenta o risco para complicações na gravidez (aborto espontâneo e complicações no trabalho de parto). Baixa atividade da doença antes da gravidez pode ser extrapolada como um preditor de baixa atividade da doença durante a gravidez. No Brasil, planejar a gravidez e engravidar em momentos de baixa atividade de doença nem sempre são possíveis, pois 55,4% das gestações não são planejadas. Os resultados do estudo CRIB indicam nenhuma ou mínima transferência placentária de CZP das mães para bebês, sugerindo uma falta de exposição fetal no útero durante o terceiro trimestre. Uma vez que o CZP tem uma transferência placentária muito limitada, este agente pode ser preferido no caso de iniciar o tratamento anti-TNF durante a gravidez. O manejo de pacientes do sexo feminino com DC durante a gravidez requer ponderar os riscos de escolher o melhor tratamento para a mãe, contra possíveis risco para o feto através da exposição a drogas durante a gravidez. Os pontos considerados apresentados neste relato mostram que, apesar das limitações, o tratamento medicamentoso efetivo da DC é possível, uma vez que o Certolizumabe pegol tem uma transferência placentária muito limitada, podendo ser preferido no caso de iniciar o tratamento anti-TNF durante a gravidez, ademais num país onde metade das gravidezes são não planejadas, sua indicação para pacientes em idade fértil pode ser ponderada.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.084>