

Nerone, FR¹ ; Loures, R¹ ; Ferreira, ZMCC¹ ; Brienze, CS¹ ; Cavalhero, RF¹ ; Fontes, EVLC¹ ; Miranda, LSV¹ ; Farah, JFM¹
¹HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO/IAMSPE

INTRODUÇÃO

A colite isquêmica (CI) pode se apresentar clinicamente com quadros atípicos, algumas vezes mimetizando condições como carcinoma ou estenose colônicas. Sua apresentação clássica envolve dor abdominal, sem presença de sinais de peritonite, podendo se associar a diarreia e hematoquesia. Apesar de pouco frequente, a CI pode se assemelhar ao carcinoma colônico também em exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) e exames endoscópicos. Quando a apresentação foge do padrão clássico da doença, passa a trazer dificuldade diagnóstica, o que pode impedir o tratamento adequado, afetando o prognóstico do paciente.

CASO CLÍNICO

M.G.G.C, feminino, 70 anos, atendida no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há 3 dias, de moderada intensidade e irradiação para hipogástrio, associada a vômitos e parada de eliminação de fezes há 4 dias. Sem febre, sangramentos, alterações urinárias, ou perda ponderal. Ao exame: abdome flácido, globoso, doloroso à palpação em FIE, sem sinais de peritonite, ruídos hidroaéreos presentes. Toque retal sem alterações. Laboratório com leucocitose e elevação de PCR. TC de abdome (Fig. 2) com espessamento parietal irregular de cólon sigmóide e reto superior promovendo redução luminal e moderada distensão líquido/gasosa das alças de cólon a montante, suspeito para processo neoplásico. Em intraoperatório, encontrado segmento de sigmóide estenosado e com paredes espessadas, de coloração escurecida compatível com isquemia colônica (Fig. 3), sendo realizada retossigmoidectomia a Hartmann. O anatomopatológico (Fig. 1) evidenciou segmento de retossigmoide com área focal de ulceração, reação inflamatória inespecífica em surto agudo, fibrose e trombo venoso em submucosa compatível com colite isquêmica, peritonite fibrinoleucocitária e doença diverticular colônica associada a diverticulite aguda com microabscessos.

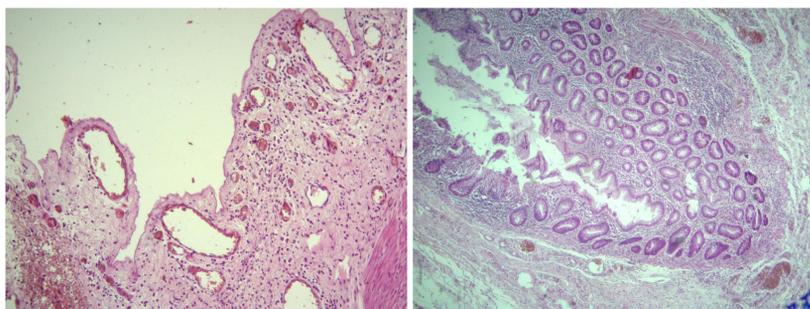


Fig. 1: Exame anatomopatológico demonstrando isquemia de mucosa e presença de trombo venoso em submucosa.



Fig. 2: TC evidenciando espessamento irregular de retossigmoide com redução luminal

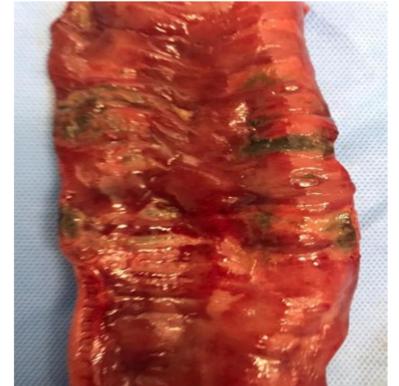


Fig. 3: Peça cirúrgica de retossigmoide com áreas de isquemia

Paciente evoluiu com TEP em 5º dia de pós-operatório (PO), recebendo anticoagulação. No 18º dia PO, foi evidenciada formação de coleção heterogênea em pelve, compatível com hematoma, tratado com drenagem percutânea. Recebeu alta no 22º dia PO em bom estado geral.

DISCUSSÃO

A CI pode mimetizar um câncer colorretal em exames de imagem. O exame ideal para diagnóstico é a colonoscopia com biópsia, que pode diferenciar a colite isquêmica estenosante de uma lesão neoplásica, sendo que em até 85% dos casos a estenose sem obstrução total pode ser revertida com tratamento conservador, evitando uma cirurgia de urgência. A laparotomia de urgência para tratamento de colite isquêmica apresenta-se com elevada mortalidade pós-operatória, devendo ser reservada para casos de obstrução total, suspeita de gangrena associada ou quando a possibilidade de neoplasia não pode ser descartada. Nos casos de obstrução total, torna-se importante o diagnóstico precoce, visto que um dos principais preditores de mortalidade é a demora na realização da cirurgia (>12 horas). Porém, quando há estenose sem obstrução intestinal completa, o conhecimento dessa forma de apresentação da colite isquêmica e sua boa resposta ao tratamento conservador pode evitar uma cirurgia de urgência com alta taxa de mortalidade.

COMENTÁRIOS FINAIS

Este caso ressalta a importância da colite isquêmica como diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo para, assim, instituir o melhor tratamento para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEGHDADI, N. et al. Predictors of mortality following emergency open colectomy for ischemic colitis: a single center experience. *World Journal of Emergency Surgery*, p. 1-13, 2020.
- DEEPAK, P.; DEVI, R. Ischemic colitis masquerading as colonic tumor: case report with review of literature. *World Journal of Gastroenterology*, v. 17, p. 5324-5326, 2011.
- WASHINGTON, C. et al. Management of ischemic colitis. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, v. 25, p. 228-235, 2012.
- BRANDT, L.J. et al. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *American Journal of Gastroenterology*, p. 110-118, 2015.