

CASO CLÍNICO

Megacólon tóxico como forma de apresentação de colite ulcerosa grave: um desafio clínico

Pedro Barreiro*, Cristina Chagas, Gilberto Couto e Leopoldo Matos

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Recebido a 14 de agosto de 2010; aceite a 29 de outubro de 2010

Disponível na Internet a 29 de junho de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Colite ulcerosa
corticorefractária;
Megacólon tóxico;
Infliximab

KEYWORDS

Steroid refractory
ulcerative colitis;
Toxic megacolon;
Infliximab

Resumo As agudizações da colite ulcerosa apresentam um largo espectro de gravidade clínica, desde quadros ligeiros, subclínicos, até quadros de colite fulminante ou megacólon tóxico ameaçadoras da vida do doente. Nestes últimos, a resposta à corticoterapia é usualmente eficaz, contudo cerca de 30% dos doentes revelam-se resistentes aos corticoides.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 45 anos que desenvolve quadro de megacólon tóxico como primeira manifestação de colite ulcerosa corticorefratária. Neste caso, foi realizada terapêutica médica precoce com infliximab, observando-se excelente resposta clínica e endoscópica.

Fazemos uma breve revisão da abordagem clínica da colite ulcerosa grave e corticorefratária. © 2010 Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Toxic megacolon as first manifestation of severe ulcerative colitis: A clinical challenge

Abstract Exacerbations of ulcerative colitis can lead to a wide spectrum of clinical manifestations from mild severity, sub-clinical, to fulminant colitis or toxic megacolon, which can threaten the life of the patient. In the latter, the response to steroids is usually effective, yet about 30% of patients fail to respond, being steroids refractory.

Here, we present the case of a 45 years old woman who developed a toxic megacolon as a first manifestation of a steroid refractory ulcerative colitis. The early use of medical therapy with infliximab resulted in an excellent clinical and endoscopic response.

We briefly review the clinical approach to severe ulcerative colitis and steroid-refractory. © 2010 Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

O espectro de atividade da colite ulcerosa (CU) é variável e o seu curso clínico pode ser imprevisível. Embora a

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: pedrobarreiro@msn.com (P. Barreiro).

maioria destes doentes apresente evolução favorável da doença com episódios de agudização e remissão capazes de serem resolvidos com recurso a salicilatos e corticosteroides *per os*, cerca de 15-20% irá apresentar agudizações graves com necessidade de hospitalização¹.

Recentemente o *American College of Gastroenterology* e o *European Crohn's and Colitis Organization* definiram como agudização grave a presença de 6 ou mais defeções por dia e evidência de sinais de toxicidade sistémica demonstrados por febre, taquicardia, anemia ou elevação da velocidade de sedimentação^{2,3}. Se existir dilatação cólica não obstrutiva (mais de 6 cm de diâmetro no cólon transverso) associada aos achados tóxicos sistémicos, estamos perante um quadro de megacólon tóxico, uma emergência médica potencialmente fatal que exige rápida e agressiva monitorização e intervenção médica-cirúrgica⁴.

Ainda que a maioria dos doentes com CU grave responda à corticoterapia, cerca de 30% são refratários, restando a terapêutica médica de 2.ª linha com infliximab ou ciclosporina, ou a abordagem cirúrgica⁵.

Caso clínico

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 45 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes, que iniciou quadro de diarreia aquosa (3-4 defeções por dia) com 4 dias de evolução, acompanhada de cólicas abdominais, náuseas, mal-estar geral e períodos subfebris (37,0°C-37,5°C). No exame objetivo destacou-se pele e mucosas ligeiramente desidratadas, temperatura axilar de 37,2°C e dor abdominal difusa ligeira a moderada. Analiticamente, apresentava hemoglobina (Hb) de 13,2g/dl, com leucocitose de 14 100 cél/mm³ e elevação da proteína C reativa (PCR) com 5,2mg/dl. Nesta altura, a doente iniciou em ambulatório ciprofloxacina (500 mg de 12/12H via oral) e terapêutica sintomática com antiemético e antipirético, aconselhando-se reforço hídrico e dieta com restrição de gorduras, resíduos e lactose. Todavia, foi observado um agravamento da sintomatologia ao longo das primeiras 96 horas após o início da antibioterapia com aumento do número de defeções diárias (6-7) com presença esporádica de sangue, persistência das cólicas abdominais, anorexia e astenia marcada. Nesta ocasião encontrava-se desidratada, pálida, febril (38,0°-38,5°C), taquicárdica (112 bpm), hipotensa (TA - 95/47 mmHg), apresentando o abdómen distendido e doloroso à palpação sem evidência de irritação peritoneal. Laboratorialmente, destacava-se descida da Hb (11,8 g/dl), agravamento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos - 15 400 cél/mm³; PCR - 15,1 mg/dl; velocidade de sedimentação - 40 mm/hora), insuficiência renal ligeira (creatinina - 1,4 mg/dl; ureia - 72 mg/dl) e hipocaliémia (K⁺ - 3,1 mmol/L). A radiografia do abdómen em pé mostrou distensão do cego e transverso com cerca de 4,5 cm de diâmetro, sem níveis hidroaéreos. A ecografia abdominal e a tomografia computadorizada abdominal revelaram espessamento parietal de todo o cólon, mais exuberante no cego, e adenopatias na raiz do mesentério. Neste contexto, a doente foi internada iniciando-se correção hidroeletrólítica, terapêutica sintomática antipirética e analgésica (paracetamol) e antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol.

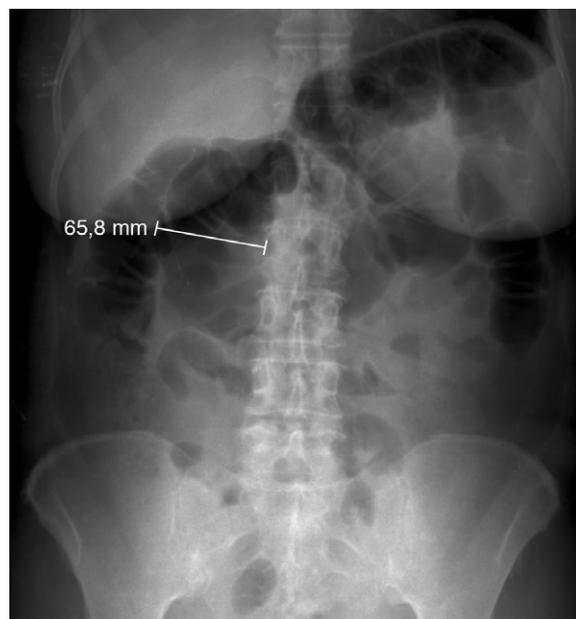


Figura 1 Radiografia do abdómen em pé mostrando marcada dilatação cólica, com diâmetro do cólon transverso superior a 6 cm, compatível com megacólon.

Nas primeiras 48 horas do internamento, a doente manteve quadro clínico com 7 defeções diárias associadas a quadro de toxicidade sistémica com febre, taquicardia (100-110 bpm) e persistência dos parâmetros inflamatórios elevados. Repetiu radiografia do abdómen, que mostrou aumento da dilatação cólica ao nível do cego e cólon transverso, atingindo este último um diâmetro de 6,5 cm, compatível com quadro de megacólon tóxico (fig. 1). Nesse mesmo dia, realizou retossigmoidoscopia flexível, com insuflação mínima e progressão somente até aos 35 cm, registando-se em toda a mucosa observada a presença de múltiplas erosões e ulcerações superficiais com exsudado mucopurulento, associadas a marcada hiperémia e perda da rede vascular da mucosa (fig. 2). Foi colocada

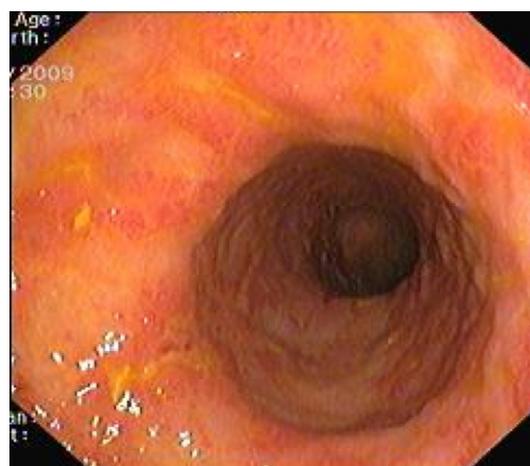


Figura 2 Retossigmoidoscopia mostrando mucosa hiperemiada, com múltiplas erosões e ulcerações superficiais e exsudados muco-purulentos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311190>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311190>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)