

Megacólon Tóxico como Manifestação Inaugural de Colite Ulcerosa

Toxic Megacolon as an Inaugural Manifestation of Ulcerative Colitis

Frederico Ferreira, Andreia Albuquerque, Susana Rodrigues, Pedro Pereira, Fernando Magro, Guilherme Macedo

INTRODUÇÃO

O megacólon tóxico é caracterizado por dilatação cólica não obstrutiva, segmentar ou total, associada a toxicidade sistémica. Os critérios diagnósticos incluem, para além da distensão cólica (> 6 cm) na radiografia abdominal, pelo menos 3 de 4 condições: temperatura corporal > 38,5° C, taquicardia > 120 bpm, leucocitose > 10,500/mm³ e anemia (Hb < 60% do valor normal); deverá ainda estar presente uma das seguintes condições: alterações mentais, desidratação, distúrbios electrolíticos ou hipotensão¹.

Embora a colite ulcerosa seja uma das causas mais frequentes de megacólon tóxico, a incidência desta complicação não é bem conhecida, variando entre 1 e 5 %^{2,3}. Nos últimos anos, a sua incidência parece estar a diminuir, possivelmente devido à detecção mais precoce da exacerbação e/ou à tera-

pêutica médica mais eficaz^{3,4}. Sendo, no entanto, responsável por 50% das mortes atribuídas à colite ulcerosa^{3,5}.

CASO CLÍNICO

Doente de 53 anos do sexo feminino, sem antecedentes patológicos relevantes, apresentando história familiar de doença inflamatória intestinal. Iniciou quadro clínico de desconforto abdominal e diarreia (> 6 dejeções/dia, por vezes com sangue); um mês após início da sintomatologia, por agravamento clínico foi referenciada à consulta de Gastroenterologia, tendo realizado ileocoloscopia que revelou íleon sem lesões e ao longo de todo o cólon mucosa com edema, friabilidade e úlceras profundas pleomórficas (fig. 1 e 2), aspecto endoscópico compatível com pancolite ulcerosa, pelo que foi proposto internamento. À admissão encontrava-se febril, com mucosas

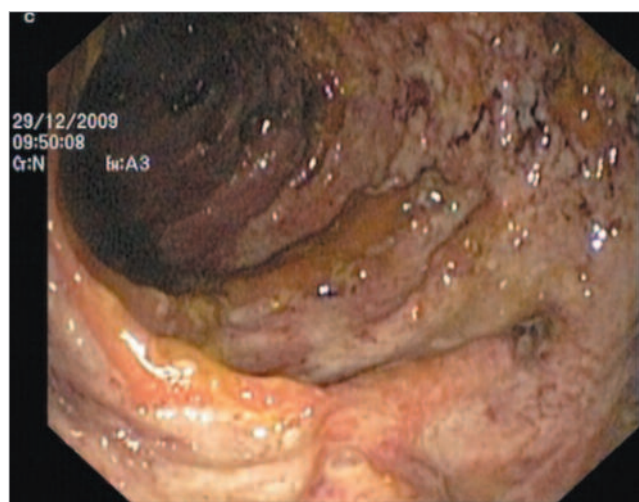
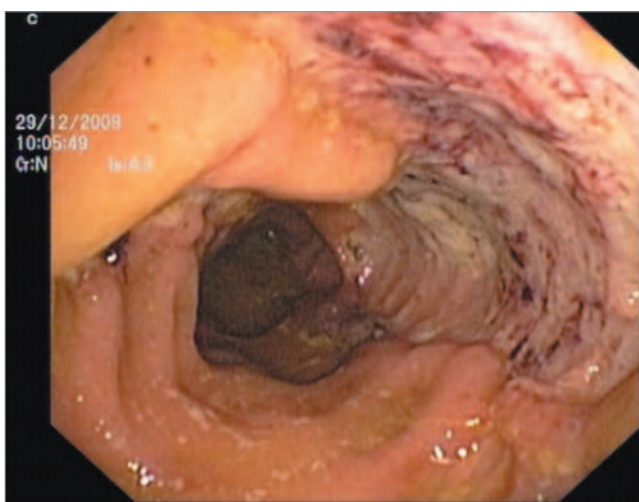


Fig. 1 e 2. Ileocoloscopia mostrando ao longo de todo cólon ulceração profunda de morfologia pleomórfica.

Local de Trabalho: Serviço de Gastroenterologia - Hospital de São João; **Correspondência:** Frederico Ferreira; Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São João; Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto - Portugal; **Telemóvel:** 916071443; **E-mail:** fredericoferreira2@hotmail.com; **Recebido para publicação:** 22/08/2010 e **Aceite para publicação:** 15/11/2010



Fig. 3. TC abdomino-pélvico mostrando distensão cólica e hipercaptação difusa da mucosa.

descoradas, desidratadas e abdômen doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneu. Analiticamente, apresentava anemia (Hb - 10,8g/dl; referência 12 - 16g/dL), trombocitose ($726 \times 10^9/L$; referência $180 - 500 \times 10^9/L$), hipoalbuminemia (22,4 g/L; referência 38 - 51 g/L) hipocaliemia (2,9 mEq/L; referência 3,5 - 5,1 mEq/L) e PCR de 347 mg/L (referência < 3 mg/L).

A radiografia abdominal simples em pé revelou dilatação cólica com calibre máximo de 87 mm, preenchendo os critérios de megacólon tóxico (três condições major: febre, leucocitose, anemia; duas condições minor: desidratação e desequilíbrios eletrolíticos). A TC abdomino-pélvico confirmou a distensão cólica, excluindo-se perfuração sub-clínica ou abscesso intra-abdominal (fig. 3). Iniciou perfusão contínua de prednisona 1 mg/Kg/dia e antibioterapia de largo espectro, sendo avaliada diariamente por equipe médico-cirúrgica.

O exame anatomo-patológico das biópsias cólicas revelou microabscessos crípticos, desorganização arquitetural e ulceração; a *polymerase chain reaction* para citomegalovírus e *Mycobacterium tuberculosis* e a imunohistoquímica nas biópsias cólicas foram negativas. O exame parasitológico e bacteriológico de fezes e a pesquisa da toxina de *Clostridium difficile* foram negativas; a prova tuberculínica foi negativa (0 mm) e a radiografia pulmonar não mostrou alterações.

Com a terapêutica instituída, ao 3º dia de internamento, apresentava-se sem queixas algicas, apirética, com 2 dejeções por dia sem sangue, e descida acentuada dos marcadores inflamatórios (PCR - 110 mg/L). Ao 16º dia de internamento iniciou inunossupressão com azatioprina, tendo alta ao 19º dia.

Após 6 meses de *follow-up* mantêm-se em remissão clínica, apresentando cicatrização completa da mucosa cólica; medicada com azatioprina (2mg/Kg/dia) e messalazina (3g/dia).

Devido a esta forma de apresentação da colite ulcerosa apresentar elevada mortalidade e os doentes que respondem à terapêutica médica possuem elevado risco de recidiva grave e de colectomia⁴, sugere-se uma atenta vigilância clínica e introdução precoce de imunossupressão, tal como sucedeu neste caso.

REFERÊNCIAS

1. Jalan KN, Circus W, Cord W, *et al*. An experience with ulcerative colitis: toxic dilatation in 55 cases. *Gastroenterology* 1969;57:68-82.
2. Dunckley P, Jewell DP. Management of acute severe colitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003;17:89-103.
3. Gan SI, Beck PL. A new look at toxic megacolon: an uptodate and review of incidence, etiology, pathogenesis and management. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2363-2371.
4. Travis SPL, Stange EF, Lémann M, *et al*. European evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: current management. *Journal of Crohn's and Colitis* 2008;2:24-62.
5. Grant CS, Dozois RR. Toxic megacolon: Ultimate fate of patients after successful medical management. *Am J Surg* 1984;147:106-108.