



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR
SANTOS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA

LAYSSA RIBEIRO DE OLIVEIRA

COLITE ISQUÊMICA COMPLICADA COM ÚLCERA GANGRENOSA-
RELATO DE CASO

SALVADOR

2024

LAYSSA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**COLITE ISQUÊMICA COMPLICADA COM ÚLCERA GANGRENOSA-
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal da Bahia como requisito obrigatório para conclusão da Residência Médica em Gastroenterologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Carolina da Silva Beda Sacramento

SALVADOR

2024

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre está do meu lado, que me dá força e determinação e mantém minha fé viva.

À meu pai, minha mãe, minhas irmãs e minha sobrinha, que são minha base e meu apoio. São minha inspiração e minha força, e tudo o que sou hoje devo a vocês.

Ao meu esposo que sempre está ao meu lado e vibra com minhas conquistas. Sua paciência, compreensão e encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse superar os desafios e concluir essa etapa importante da minha vida. Sou eternamente grata por ter você comigo, e esse sucesso também é seu.

À minha orientadora e todos os professores que me ajudaram a crescer nessa jornada linda da Gastroenterologia.

Às minhas companheiras de residência, agradeço pela cumplicidade nesses dois anos, por cada palavra de encorajamento e cada momento compartilhado foram essenciais para que eu pudesse chegar ao fim dessa jornada.

Aos meus pacientes que são pessoas fundamentais para o meu crescimento. Suas histórias, desafios e conquistas me inspiram diariamente a ser uma profissional melhor.

RESUMO

A colite isquêmica é a forma mais comum de isquemia gastrointestinal. É dividida em oclusiva e não oclusiva. As causas resultam da obstrução do fluxo arterial ou venoso, ou associada a condições que causam hipotensão ou choque, além de alguns medicamentos. A apresentação clínica inclui dor abdominal, diarreia, sangue nas fezes e tenesmo. A flexura esplênica e o cólon sigmoide são áreas frequentemente afetadas devido à sua irrigação sanguínea limitada. Diagnósticos diferenciais incluem doença inflamatória intestinal, colite infecciosa e diverticulite. A colonoscopia com biópsia é o padrão ouro para diagnóstico. O tratamento varia de conservador a cirúrgico, dependendo da gravidade da lesão. O relato de caso é de um paciente jovem que apresentou dor intensa, acompanhada de diarreia com múltiplas dejeções sanguinolentas. O quadro evoluiu com o desenvolvimento de uma úlcera em retossigmoide, associado a edema e hiperemia da mucosa, conforme visualizado nas colonoscopias. O grande desafio foi a semelhança clínica e endoscópica entre doença inflamatória intestinal e colite isquêmica, tornando necessário um procedimento cirúrgico para elucidar e tratar o paciente.

Palavras chaves: Colite isquêmica. Vasculite. Cirurgia.

ABSTRACT

Ischemic colitis is the most common form of gastrointestinal ischemia. It is divided into plosive and non-stop. The causes result from obstruction of arterial or venous flow, or associated with conditions that cause hypotension or shock, in addition to some medications. Clinical presentation includes abdominal pain, diarrhea, blood in the stool, and tenesmus. The splenic flexure and sigmoid colon are frequently affected areas due to their limited blood supply. Differential diagnoses include inflammatory bowel disease, infectious colitis, and diverticulitis. Colonoscopy with biopsy is the gold standard for diagnosis. Treatment ranges from conservative to surgical, depending on the severity of the injury. The case report is of a young patient who presented with intense pain, accompanied by diarrhea with multiple bloody stools. The condition progressed with the development of a rectosigmoid ulcer, associated with mucosal edema and hyperemia, as seen on colonoscopies. The great challenge was the clinical and endoscopic similarity between inflammatory bowel disease and ischemic colitis, making a surgical procedure necessary to elucidate and treat the patient.

Keywords: Ischemic colitis. Vasculitis. Surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 RELATO DE CASO	9
4 TABELAS DO CASO	11
5 IMAGENS DO CASO	15
6 DISCUSSÃO	18
7 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
RECONHECIMENTOS	24
TERMO DE APROVAÇÃO	25

1 INTRODUÇÃO

A colite isquêmica (CI) é a lesão isquêmica mais prevalente do trato gastrointestinal, respondendo por 50% a 60% de todos os casos. A incidência de CI é subestimada porque geralmente tem uma natureza leve e transitória. Além disso, muitos casos são diagnosticados erroneamente como doença inflamatória intestinal ou colite infecciosa.

O fluxo sanguíneo colônico pode ser comprometido por alterações na circulação sistêmica ou por alterações anatômicas ou funcionais na vasculatura mesentérica local. O insulto original que precipita o evento isquêmico geralmente não é estabelecido, mas ocorre frequentemente em pacientes idosos com doença difusa em pequenos vasos segmentares e várias comorbidades. As causas da colite isquêmica são numerosas, mas todas resultam em um suprimento sanguíneo inadequado para o cólon, levando a lesões na mucosa ou em toda a espessura. As consequências clínicas variam de autolimitadas a catastróficas.

Em 1953, Shaw *et al.* (1953) descreveram pela primeira vez as alterações isquêmicas no cólon após a ligadura alta da artéria mesentérica inferior durante o reparo do aneurisma da aorta abdominal e colectomia.

A IC se apresenta como uma forma oclusiva ou não oclusiva. Na maioria dos casos, nenhuma lesão oclusiva específica é reconhecida na angiografia, e os pacientes são referidos como portadores de isquemia colônica não oclusiva.

Alguns estudos sugerem que a colite isquêmica pode ser dividida em formas gangrenosa, estenosante e transitória e de acordo com o grau de dano histopatológico nos tipos: colopatia reversível, colite transitória, colite crônica, estenose, colite universal fulminante e gangrena.

O diagnóstico de colite isquêmica continua sendo um desafio, pois os sintomas são frequentemente autolimitados e inespecíficos. A etiologia exata do insulto inicial raramente é elucidada, particularmente porque essa doença é mais comumente vista em pacientes idosos e debilitados. Apesar de também ser vista em pacientes jovens. Outras doenças, como colite inflamatória e infecciosa, manifestam-se de forma semelhante, tornando a verdadeira incidência de colite isquêmica desconhecida. As características clínicas da CI, como dor abdominal aguda, hematoquezia e diarreia, são semelhantes às da isquemia mesentérica aguda, doença inflamatória intestinal ou

doença infecciosa intestinal, e sua relativa ambiguidade pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.

Aqui, relatamos o caso de um paciente com CI, no qual realizamos retossigmoidectomia laparoscópica com confecção de colostomia e também fornecemos uma breve revisão da literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Através de relato de caso de colite isquêmica com desfecho cirúrgico, revisar literatura a cerca desse diagnóstico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Relatar o desafio do diagnóstico de colite isquêmica em paciente jovem e sem comorbidades;

b) Revisão pela Pubmed, Bireme e Lilacs de artigos de revisão e/ou semelhantes ao caso relatado, e diagnósticos diferenciais, realizando associações e descrevendo-os.

3 RELATO DE CASO

Paciente, JBRC 55 anos, sexo masculino, técnico de enfermagem, previamente hígido, sem comorbidades. Em maio de 2023 apresentou sintomas de dor abdominal em FIE associado à tenesmo e diarreia com características inflamatórias, 40 dejeções/dia, de aspecto líquido ou esfarelado, presença de muco e eventuais rajas de sangue. Fez uso de inicialmente de antibioticoterapia (ciprofloxacino), e após realização de colonoscopia (tabela 6), com achados sugestivos de retocolite ulcerativa (RCUI) lhe foi prescrito mesalazina oral, antiparasitários e prednisona, com alívio parcial dos sintomas e diminuição do número de dejeções.

Mas em setembro/2023 os sintomas retornaram e paciente procurou Unidade de Pronto Atendimento e em seguida encaminhado para o Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES). Na internação, paciente mantinha quadro algíco, importante, em abdome esquerdo, com necessidade de controle com opioides de horário, mantendo diversas dejeções ao dia com fezes esfareladas, presença de sangue e muco, tenesmo, e despertares noturnos para evacuar. Exames laboratoriais (tabela 1, 2,3 e 4) com proteína C reativa discretamente acima do valor de referência, feita investigação autoimune (FAN, anticardiolipina, p-ANCA, c-ANCA) além de pesquisa de trombofilias, cujos resultados foram negativos. Sorologias virais/ infecciosas também negativas. Repetiu exames endoscópicos que mantinha os achados, de úlcera rasa, ocupando cerca de 50% da luz do órgão, recoberta por fibrina e enantema ao redor em região de retossigmoide, com biopsias pouco conclusivas; e de exames de imagem (tabela 5) com espessamento parietal circunferencial difuso do retossigmoide e cólon descendente distal, associado a borramento/densificação da gordura mesocólica adjacente, bem como ingurgitamento da vascularização periférica, e tromboembolismo pulmonar. Diante dos achados e da forte suspeita clínica de RCUI, fez uso de corticoide com alívio dos sintomas, então recebeu alta em uso de prednisona e proposta de iniciar imunobiológico.

Na consulta ambulatorial após internação, paciente apresentava-se com dor intensa, com perda de peso, e mantendo uso de corticoide optado por nova internação no HUPES, que ocorreu em dezembro/2023, na ocasião, paciente mantinha quadro clínico semelhante à primeira internação, dor abdominal intensa, diversas dejeções ao dia, em pouca quantidade, hematoquezia, e ao exame físico, abdome flácido, doloroso à palpação em baixo ventre e presença de massa endurecida na região

periumbilical. Paciente realizou reestadiamento da doença com novos exames endoscópicos e de imagem, realizou investigação para vasculites, e feita reunião multidisciplinar com reumatologia, coloproctologia e radiologia, chegando a conclusão que nos exames de imagem se visualizava trombose crônica da veia mesentérica inferior e ingurgitamento das artérias que acompanham essa veia. Por fim aventado a hipótese diagnóstica de doença veno-oclusiva inflamatória mesentérica (flebite enterocólica). Paciente encaminhado para cirurgia eletiva de retossigmoidectomia em 23/02/24 Anatomopatológico conclusivo com úlcera gangrenosa aguda, achados morfológicos consistentes com vasculite (tabela 7).

Em última consulta ambulatorial da gastroenterologia, em outubro/24, apresentava-se em uso de colostomia, com esvaziamento de bolsa em média de 2x/dia e troca em 48h, sem queixas álgicas, com boa aceitação de dieta oral, mantendo ganho ponderal, sendo encaminhado para realização de colonoscopia a qual detectou apenas retite de desuso (tabela 6).

4 TABELAS DO CASO

Tabela 1

	Calprotectina fecal	P-ANCA	C-ANCA	ASCA IgG e IgM
Junho/23	4			
Novembro 2023		NR	NR	NR
Fevereiro 2024				

NR: Não reagente.

Tabela 2

	Anticoagulante lúpico	Anticoagulante lúpico (Método II)	Anticardiolipina IgM e IgG	Beta2Glicoproteína IgM e IgG
Fevereiro/2024	1,1 (VR <=1,2)	1,21 (VR >= 1,21)	<0,6 (VR <10) / <0,9(VR<10)	<2,4 (VR <7) / <0,8 (VR <7)

VR: Valor de referência

Tabela 3

	HBSA G	ANTI-HBS	ANTI-HBC TOTAL	ANTI-HCV	HIV 1 e 2	HTLV 1 e 2	CMV IgM	CMV IgG Reagente
jun/23	NR	Reagente	NR	NR	NR	NR	NR	Reagente

NR: Não reagente; CMV: Citomegalovirus;

Tabela 4

	Hb	Leucócitos	Plaquetas	PCR	Albumina	Lactato	Amilase	Lipase
Set 2023	14,3 g/dL	8600n ^o /mm ³	196000/mm ³	7,09m g/L	3,5g/dL	2,65mmol/L		
Nov 2023	13,6 g/dL	5100n ^o /mm ³	249000/mm ³	16,1m g/L	3,6g/dL	2,1mmol/L	76 U/L	17 U/L

Tabela 5

TC de abdome e pelve maio/2023	Leve ateromatose aorto-iliaca. Alargamento com má caracterização do realce na veia cólica esquerda, achado incharacterístico, podendo representar trombose. Sugere-se, a critério clínico, correlação com estudo angiográfico venoso para melhor avaliação. Espessamento parietal em parte do cólon esquerdo e sigmóide, achado incharacterístico, suspeito de colite isquêmica. Próstata aumentada.
TC de abdome janeiro/2024	Acentuado espessamento parietal circunferencial difuso do retossigmoide e cólon descendente distal, associado a borramento/densificação da gordura mesocólica adjacente, bem como ingurgitamento da vascularização periférica. Considerar as possibilidades de processo inflamatório ou isquêmico no diagnóstico diferencial.
AngioTC das artérias e veias mesentéricas setembro/23	Artérias e veias mesentéricas c/ aspecto preservado a TC. Proeminência dos vasos arteriais do retossigmoide. Mínima ateromatose ilíaca. Espessamento parietal difuso no reto e cólon sigmoide, sem evidência de descontinuidade nas imagens (colite? processo inflamatório/infeccioso?)
AngioTC arterial e venoso de abdome e ilíacas outubro/2023	Aorta abdominal pérvia, de trajeto e calibre preservados, sem evidências de placas ateromatosas significativas. Tronco celíaco pérvio, de trajeto e calibre normais. As artérias hepática, esplênica e gástrica esquerda encontram-se pérvias, de aspecto anatômico. Artérias mesentérica superior e renais de trajeto e calibre.
EnteroTC dezembro/23	Espessamento parietal circunferencial difuso do sigmoide associado a borramento/densificação da gordura mesocólica adjacente, bem como aumento da vascularização perivisceral, achados inespecíficos, que pode corresponder a processo inflamatório/infeccioso, sem sinais de obstrução ou coleção evidente. Discreta ateromatose calcificada aorto ilíaca. Pequena hérnia umbilical com conteúdo adiposo, com colo medindo 2,2cm e alterações degenerativas ósseas.
AngioRNM abdome janeiro/2024	Espessamento parietal circunferencial difuso do cólon sigmode e descendente distal, associado a obliteração da gordura adjacente e ingurgitamento vascular arterial mesocólico periférico. Veia mesentérica inferior não opacificada, sugerindo trombose crônica.

TC: Tomografia computadorizada; AngioTC: Angiotomografia computadorizada;

AngioRNM: AngioRessonância Magnética

Tabela 6**Colonoscopia maio/2023**

Realizada até 10cm do íleo terminal. Reto e cólon sigmoide com calibre diminuído, mucosa hiperemiada, recoberta por fibrina, friável ao toque do aparelho em toda sua extensão, demais exame sem alterações. Cólon sigmoide e reto exibindo mucosa com enantema difuso, aumento da visualização do padrão vascular e friabilidade. Cerca de 20 cm da borda anal, estendendo-se caudalmente por 8 cm, nota-se úlcera rasa, extensa, com margens irregulares, mal definidas e elevadas, ocupando cerca de 50% da circunferência e recoberta por fibrina espessa. Ainda, em reto, notam-se também diminutas e difusas angiectasias. Conclusão: Colite com extensa ulceração em retossigmoide.

AP: Sigmoide - colite crônica erosiva moderada, em atividade discreta. Úlcera de sigmoide – Colite crônica erosiva, em atividade discreta. Outros achados: Presença de vasos congestos, por vezes, contendo material hialino na parede e pequenos trombos. Reto – Retite crônica erosiva, em atividade discreta. Úlcera reto – Retite crônica erosiva, em atividade discreta. Em todas as amostras foram encontrados: Epitélio de revestimento – Exulcerado; Sinais de cronicidade – Presentes; Abscessos de criptas: ausentes; Atrofia – Presente; Displasia – Ausente Granulomas – Ausentes; Parasitas- Ausentes.

Colonoscopia outubro/2023

Ceco, cólons ascendente, transverso e descendente proximal exibem mucosa íntegra com padrão vascular submucoso preservado. Em cólon descendente, cerca de 40 cm da borda anal, nota-se mucosa com edema e enantema difuso com perda da visualização do padrão vascular, estendendo-se distalmente de forma contínua. Entre 20 e 12 cm da borda anal, nota-se úlcera rasa, extensa, com margens irregulares e mal definidas, ocupando cerca de 50% da circunferência e recoberta por fibrina espessa, com mucosa restante de sigmoide e reto exibindo enantema e edema difuso. Em reto distal, nota-se também mucosa. AP: Segmentos Ascendente/Transverso e descendente: dentro do padrão de normalidade. Não foi feita biópsia dos demais segmentos, pois foi realizada no exame de setembro/2023

Retossigmoidoscopia janeiro/2024

Entre 30 e 45 cm da borda anal observa-se mucosa de aspecto difusamente edemaciado, enantematoso, com aparente redução da luz do órgão. Em sigmoide, nota-se extensa ulceração longitudinal entre 20 e 30 cm da borda anal, de moderada profundidade, ocupando até cerca de 40% da circunferência do órgão, recoberta por fibrina espessa, entremeada por áreas de edema, enantema difuso, deformidade de aspecto cicatricial, também com aparente redução da luz, sem impedir a passagem do aparelho. Reto exhibe mucosa com exacerbação do padrão vascular submucoso, edema e enantema difuso. AP: Sigmoide:- Colite crônica discreta. Úlcera de sigmoide – Colite crônica ulcerativa moderada, displasia focal, de baixo grau. Reto – Retite crônica ulcerativa discreta.

Tabela 7

**Anatomopatológico de peça
cirúrgica
(retossigmoidectomia)
Fevereiro/2024**

As secções de retossigmoide mostram úlcera, associada a necrose de mucosa e submucosa com processo inflamatório crônico supurativo associado, e tecido de granulação subjacente. As artérias e veias mesentéricas de médio calibre, localizadas principalmente nas camadas submucosa e serosa, encontram-se proliferadas, frequentemente apresentando trombos, em diferentes estágios de evolução. Na parede desses vasos e nas regiões periarterial e perivenular, observa-se infiltrado inflamatório composto predominantemente por linfócitos, com a presença de neutrófilos e plasmócitos, frequentemente exibindo necrose fibrinoide. Por vezes, ainda na parede desses vasos, observa-se macrófagos espumosos e células gigantes multinucleadas. As alterações observadas nos vasos mesentéricos são intensas, e presentes inclusive nas áreas distantes da úlcera. Conclusão: Úlcera gangrenosa aguda; Achados morfológicos consistentes com vasculite.

5 IMAGENS DO CASO

Figura 1: Enterotomografia janeiro/2024: Seta verde - 2 vasos arteriais irregulares, adensamento próximo ao redor do processo inflamatório. Neovascularização ao redor da artéria mesentérica, mas não se vê a veia mesentérica inferior.



Figura 2: Colonoscopia janeiro/2024- úlcera rasa, recoberta por fibrina e redução da luz do órgão.

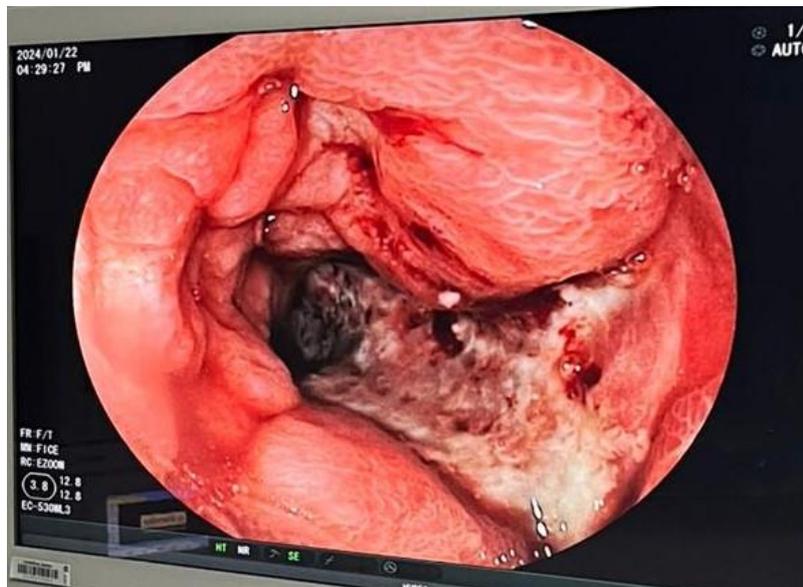


Figura 3: Colonoscopia janeiro/2024- edema e hiperemia de mucosa.

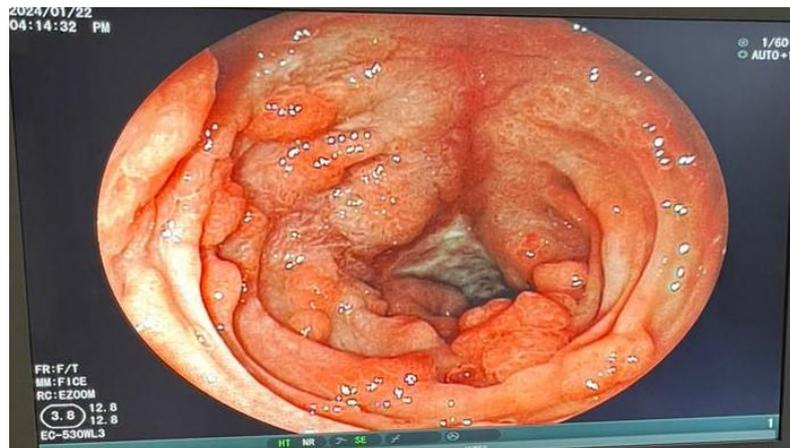


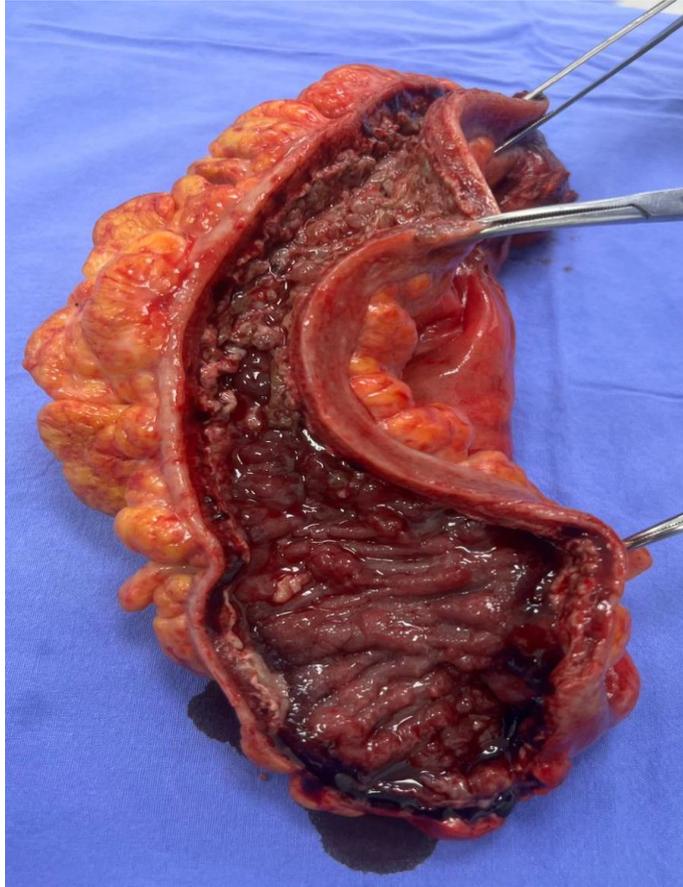
Figura 4: Colonoscopia janeiro/24- úlcera recoberta por fibrina.



Figura 5: Peça cirúrgica- retossigmoidectomia.



Figura 6: Peça cirúrgica- retossigmoidectomia.



6 DISCUSSÃO

Este relato de caso mostra o quanto, muitas vezes, o diagnóstico de colite isquêmica é desafiador. A apresentação clínica inespecífica, bem como achados radiológicos e endoscópicos inespecíficos, muitas vezes levam a diagnósticos incorretos de doença inflamatória intestinal, colite isquêmica ou tumor.

A despeito da etiologia da colite isquêmica, ela é dividida em oclusiva ou não oclusiva. A isquemia oclusiva pode resultar de obstrução do fluxo arterial, secundário a trauma, aterosclerose, cirurgias e certas condições inflamatórias, como vasculite, podem causar inflamação e danos aos vasos sanguíneos que irrigam a região retossigmoide. Isso pode levar à isquemia pela redução do fluxo sanguíneo; ou do fluxo venoso, tendo como causa distúrbios de coagulação, pancreatite, entre outros. Já a isquemia não oclusiva é mais frequente e na maioria das vezes está relacionada a condições que causam hipotensão ou choque, como insuficiência cardíaca, hemorragia ou sepse. Alguns medicamentos também já foram descritos como causa, por exemplo, digitálicos, antiinflamatórios não esteroidais, descongestionantes (pseudoefedrina) e antibióticos. Pacientes com isquemia não oclusiva podem ter anormalidades vasculares preexistentes, e um evento desencadeador, como corrida de longa distância, por exemplo pode levar a um estado de baixo fluxo ou uma vasoconstrição intensa com desvio da circulação mesentérica.

Sherid *et al.* (2006), realizou um estudo em 2016, retrospectivo que comparou colite isquêmica em jovens e idosos. A média do grupo jovem era de 40 anos e essa faixa etária foi associada a uma maior taxa de sangramento retal e foi mais comumente precipitada por medicamentos e vasculite.

A CI também pode aparecer espontaneamente em indivíduos aparentemente saudáveis. Nesses casos, nenhuma causa clara para a isquemia é identificada. Essa forma idiopática ou “espontânea” é geralmente considerada relacionada à isquemia não oclusiva localizada do intestino. Lee JR *et al.* (2008) comentam que em pacientes mais jovens as causas são mais facilmente reconhecidas, e anemia falciforme, corrida de longa distância e distúrbios hereditários de coagulação devem ser considerados como possibilidades diagnósticas para esses pacientes.

Considerando a fisiopatologia da colite isquêmica, verifica-se que o cólon é predisposto à isquemia por seu fluxo sanguíneo relativamente baixo e a rede de circulação colateral menos desenvolvida em comparação com o intestino delgado. O

intestino grosso é nutrido principalmente pela artéria mesentérica superior e artéria mesentérica inferior. A flexura esplênica e o cólon sigmoide são regiões onde essas duas circulações se encontram e têm redes colaterais mais limitadas e, portanto, o dano isquêmico é mais comum nessas áreas. O paciente do caso clínico em questão apresentou lesão isquêmica em cólon sigmoide.

A apresentação clínica é inespecífica, mas os pacientes costumam ter sintomas semelhantes. Os sintomas mais frequentes são cólica abdominal, isquemia que surge no cólon esquerdo e reto tende a ser referida no quadrante inferior esquerdo e área do flanco. A dor costuma ser seguida de vontade de defecar, e outro sintoma comum de acometimento de intestino baixo é o tenesmo. Associado a dor abdominal, pode ter diarreia, presença de sangue nas fezes, o sangramento geralmente é insignificante em quantidade, não trazendo repercussões hemodinâmicas ou necessidade de transfusão sanguínea. Náuseas, vômitos, distensão abdominal e anorexia são menos comuns, mas também podem estar presentes. O exame físico se apresenta com poucas alterações, geralmente dor à palpação superficial e profunda e às vezes com presença de massa palpável.

A presença de diarreia, dor abdominal e sensibilidade, bem como sangramento gastrointestinal inferior leve, mesmo na ausência de qualquer fator de risco, deve levar à consideração de CI como causa. Avaliação clínica precoce e repetida, além de avaliação radiológica e endoscópica, é necessária para chegar ao diagnóstico correto e evitar complicações.

A avaliação diagnóstica com exames laboratoriais pode ajudar a afastar alguns diagnósticos diferenciais, mas costuma ser inconclusiva na colite isquêmica. Kurland *et al.* (1992) descreveram que lactato, LDH, CPK, níveis de amilase, leucócitos, fosfatase alcalina, fosfato inorgânico, proteína de ligação a ácidos graxos intestinais e alfa-glutationa S-transferase podem aumentar com danos isquêmicos avançados e graves, no final do curso da doença.

É imprescindível o estudo radiológico desse perfil de paciente. A radiografia de abdome agrega pouco na elucidação diagnóstica, servindo apenas para descartar outras emergências, como perfurações de órgãos ou obstruções intestinais. Enema de bário tem baixa sensibilidade e diante da facilidade ao acesso e de melhor caracterização com tomografia computadorizada, essa última é muito mais utilizada.

As alterações mais visualizadas na TC diante do quadro de colite isquêmica incluem espessamento da parede colônica, edema, dilatação intestinal e derrame da

circunferência intestinal, às vezes com sinais de “duplo halo” ou “alvo”, impressão digital que é quando a haustra do intestino grosso se torna mais espessa e se projeta para dentro do intestino em intervalos regulares, levando ao aparecimento de impressão digital, que também pode ser vista nas exacerbações da doença inflamatória intestinal e colite infecciosa como colite pseudomembranosa.

A colonoscopia associado a biópsias da área acometida é o padrão ouro para diagnóstico de colite isquêmica. As observações mais frequentes são mucosa edematosa e frágil, eritema segmentar, hemorragias petequiais, úlcera longitudinal e lesões são sempre segmentadas e distribuídas de forma irregular. Em alguns casos pode se observar “faixa única” que refere-se a uma única linha de eritema com erosão inflamatória ou ulceração ao longo do eixo longitudinal do cólon e é altamente específica. Em alguns casos raros, as lesões de CI podem formar lesões semelhantes a tumores malignos

As características patológicas comuns da CI incluem hemorragia e edema da mucosa e submucosa, erosão, hiperplasia do tecido de granulação, atrofia da glândula, células de macrófagos contendo hemossiderina e infiltração inflamatória da lâmina própria. A evidência histológica de infarto da mucosa ou o aparecimento de células fantasmas é patognomônica para isquemia.

O diagnóstico diferencial da colite isquêmica é múltiplo e inclui, mas não se limita a, insuficiência da artéria mesentérica, trombose venosa mesentérica, doença inflamatória intestinal, colite infecciosa, colite pseudomembranosa, diverticulite, úlcera péptica, obstrução intestinal e pancreatite. No caso apresentado o grande diagnóstico diferencial foi retocolite ulcerativa, pois paciente apresentava-se com sintomas semelhantes e a imagem endoscópica evidenciava úlcera com característica já descritas acima.

Diante de um diagnóstico e quadro clínico desafiadores foi necessária intervenção cirúrgica, para melhor elucidação e resolução do quadro.

No caso descrito o paciente encontrava-se com úlcera rasa, extensa causando espessamento das alças de cólon de sigmoide, e a biópsia proveniente da colonoscopia não foi elucidativa. A abordagem de tratamento para isquemia retossigmoide pode variar de conservadora a cirúrgica, dependendo da gravidade da lesão. Neste relato de caso, apresentamos um paciente com isquemia retossigmoide transmural que não havia passado por nenhuma intervenção significativa e não tinha

doenças subjacentes antes do início dos sintomas. O tratamento conservador não teve sucesso, e a ressecção cirúrgica foi necessária.

7 CONCLUSÃO

O caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas gastrointestinais crônicos e a importância de uma abordagem multidisciplinar. Diagnósticos errados e tardios podem ocorrer devido a ambiguidade de sintomas da colite isquêmica e complicações que frequentemente também estão presentes em outras doenças.

A colonoscopia combinada com biópsia histopatológica é o padrão ouro para o diagnóstico da doença IC, mas exames de laboratório e de imagem auxiliam no diagnóstico e muitas vezes a ressecção cirúrgica será necessária para complementação diagnóstica e tratamento.

A evolução para colite isquêmica, confirmada pela histopatologia, destaca a necessidade de considerar condições vasculares no diagnóstico diferencial de sintomas gastrointestinais persistentes.

REFERÊNCIAS

- AHMED, M. Ischemic bowel disease in 2021. **World J Gastroenterol.** v. 27, n. 29, p. 4746-4762, 2021. doi: 10.3748/wjg.v27.i29.4746.
- EBRAHIMI, M; *et al.* A case report of transmural rectosigmoid ischemia in an elderly patient. **Int J Surg Case Rep.** v. 107, p. 108372, 2023. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108372.
- KURLAND, B; *et al.* Testes diagnósticos para isquemia intestinal. **Surg Clin North Am.** v. 72, p. 85-105, 1992. doi: 10.1016/s0039-6109(16)45629-x
- LEE, J.R; *et al.* Colite isquêmica associada à vasculite intestinal: prova histológica no lúpus eritematoso sistêmico. **World J Gastroenterol.** v. 14, p. 3591-3593, 2008. doi: 10.3748/wjg.14.3591.
- MONTORO, M.A; *et al.* Padrões clínicos e resultados da colite isquêmica: resultados do Grupo de Trabalho para o Estudo da Colite Isquêmica na Espanha (estudo CIE) **Scand J Gastroenterol.** v. 46, n. 2, p. 236-246, 2011. doi: 10.3109/00365521.2010.525794.
- SHAW, R.S; GREEN, T.H.Jr. Massive mesenteric infarction following inferior mesenteric-artery ligation in resection of the colon for carcinoma. **N Engl J Med.** v. 248, n. 21, p. 890-1, 1953. doi: 10.1056/NEJM195305212482103. PMID: 13046635.
- SHERID, M; *et al.* Comparison of Ischemic Colitis in the Young and the Elderly. **WMJ.** v. 115, n. 4, p. 196-202, 2016.
- SUN, M.Y; *et al.* Ischemic colitis. **Clin Colon Rectal Surg.** v. 20, n. 1, p. 5-12, 2007. doi: 10.1055/s-2007-970194.
- THEODOROPOULOU, A; KOUTROUBAKIS, I.E. Ischemic colitis: clinical practice in diagnosis and treatment. **World J Gastroenterol.** v. 14, n. 48, p. 7302-8, 2008. doi: 10.3748/wjg.14.7302.
- XU, Y; *et al.* Diagnostic methods and drug therapies in patients with ischemic colitis. **Int J Colorectal Dis.** v. 36, n. 1, p. 47-56, 2021. doi: 10.1007/s00384-020-03739-z. Epub 2020 Sep 16.

RECONHECIMENTOS

Equipe médica assistente do Hospital Universitário Professor Edgard Santos,
Salvador-BA

- Equipe de radiologistas: Dr. Helio José Vieira Braga, Dra Carolina Travassos
Aguiar da Silva

- Gastroenterologistas: Dr Jorge Carvalho Guedes, Dra Marina Pamponet -
Reumatologistas: Dr Mittermayer Barreto Santiago, Dra Ana Paula



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



TERMO DE APROVAÇÃO

Parecer do trabalho de Conclusão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como pré-requisito obrigatório para a conclusão do Programa de Residência Médica em Gastroenterologia

Aluno: Layssa Ribeiro de Oliveira

Professor-Orientador: Carolina da Silva Beda Sacramento

Título: Colite Isquêmica Complicada com Úlcera Gangrenosa – Relato de Caso

Relevância: Tema relevante na prática clínica

Avaliação do desempenho do(a) aluno(a): Aluna dedicada, cumpriu os prazos, realizou revisão bibliográfica extensa e elaborou um excelente trabalho de conclusão do curso.

NOTA: 10

Salvador, 16 de dezembro de 2024

Dra. Carolina Beda
Gastroenterologista
CRM 17.794

Documento assinado digitalmente
gouv.br LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE
Data: 19/12/2024 07:36:25-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Lourianne Nascimento Cavalcante
Supervisora do Programa de Residência Médica de Gastroenterologia
HUPES/ MCO/UFBA