

COLITE AGUDA ULCERADA EXTENSA FULMINANTE, COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Gravito-Soares E.(1,2), Gravito-Soares M.(1,2), Cruz J.(2), Aragão A.(2), Santos F.(2)

(1) Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
(2) Serviço Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.



INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) apresenta-se com um curso geralmente indolente, no entanto pode manifestar-se inicialmente de forma **catastrófica** (15%), sobretudo se associada a pancolite. O diagnóstico diferencial desta condição é múltiplo e representa um grande desafio na prática clínica. A diferenciação entre Doença de Crohn e Colite ulcerosa torna-se difícil na apresentação fulminante, sendo denominada frequentemente por **Colite indeterminada**, uma vez que os achados clássicos distintivos podem estar obscurecidos pela **ulceração superficial grave** e **relativa poupança do reto**.

Este desafio torna-se ainda maior na **lesão medular** (tetraplegia/paraplegia alta), ao ocultar os sintomas/sinais peritoneais clássicos de abdómen agudo, manifestando-se com uma semiologia desproporcional à gravidade da condição inflamatória.

Os autores apresentam um caso de **DII rapidamente fatal** à apresentação numa doente tetraplégica

CASO CLÍNICO

Doente, sexo ♀, 53 anos

Febre (38,5°C), náuseas e vômitos
Dor abdominal QI inespecífica
Diarreia sanguinolenta

AP

Tetraplegia (33A)
HTA essencial
Ansiedade

AF

Irrelevantes

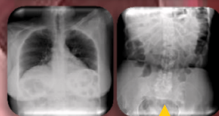
MH

Amlodipina
Losartan

Ecografia abdominal

Esteatose hepática, Litiase renal bilateral
Não se detetaram na escavação pélvica
ansas distendidas ou de parede espessada

Amoxicilina+Ac. clavulânico



Radiografia do abdómen
Angio-TAC abdominal

Ciprofloxacina + Metronidazol
Dieta zero

Ileocolonoscopia

Candidíase orofaríngea

Nistatina e Fluconazol pos

Falecimento

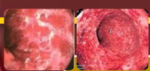
	D1	D6	D9
Leucócitos	13800	7800	21100
Neutrófilos	84,3%	77,0%	
Eritrócitos	4,3	2,77	3,14
Htc	39,2%	25,3%	28,7%
Hg/VGM	13,6/91	8,8/91,3	9,8/91,4
HCM/CHCM	31,5/34,6	31,9/34,9	31,2/34,2
Plaquetas	27800	11600	36800
TP/INR	17,5/1,3	17,5/1,3	18,5/1,38
PT/aPTT	67%/38,1	67%/30,8	61%/29,7
Ureia/Cr	9/0,36	7,9/0,11	1,3/0,14
Na+/K+	139/4,0	139/3,3	134/3,7
Gli/Osm	89/276	275/275	84/263
AST/ALT	21/37	19/20	32/26
FAIc/GGT	77/25	67/25	67/39
BT/LDH	0,5/264	0,5/146	0,4/275
CK	88	39	41
PT/Alb	6,6/3,8	5,3/2,8	
PCR	14,56	26,45	8,95

IgA	1,48	Fezes
IgM	0,98	Leucócitos
IgG	7,59	Ex parasitológico:
IgE	115	1º dia
TSH	0,25	2º dia
T4L	1,9	3º dia
Amilase	27	Y. Enterocolítica
Etiologia infecciosa		C. difficile
Sangue		Isospora belli
Procalcitonina	0,13	E. Histolytica
1ª Hemocultura	-	Ag Giardia
2ª Hemocultura	-	Micobactérias
ADA	3,6	Etiologia inflamatória
Acs IgM CMV	-	VS
Acs IgG CMV	+	ECA
Acs IgM EBV-VCA	-	Acs IgA Gliadina
Acs IgG EBV-VCA	+	Acs IgG Gliadina
AD/II Amebíose	-	Acs IgA TG
Ag/Ac HBs/Ac Hbc	-/+	Acs pANCA/xANCA
Ac HCV/HIV	-/-	Acs IgA/G ASCA

Etiologia isquémica

Angio-TAC abdominal

Sem alterações embólicas arteriais nos segmentos estudados



Colonoscopia

Histologia

Íleo	Sem alterações da mucosa	Sem alterações
Cólon	Úlceras múltiplas, recobertas com exsudado esbranquiçado, localizadas desde o cólon descendente distal até ao cego, em número, profundidade e dimensão crescente no sentido proximal	Infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, alterações da arquitetura criptica, tecido de granulação do fundo de uma lesão ulcerada Colite aguda ulcerada (atividade severa)

CONCLUSÃO

O diagnóstico de **DII** na **apresentação inicial** representa um desafio clínico, podendo mimetizar várias condições gastrointestinais, sendo particularmente difícil na presença de condições que mascarem a apresentação clínica, como a tetraplegia. O **atraso** na introdução de **terapêutica dirigida** para a DII pode cursar com **mau prognóstico**. Assim, é necessário um **elevado grau de suspeição clínica**, para um diagnóstico/terapêutica atempados.