



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 16 • Março 2011

Necrose isquémica do cólon esquerdo – apresentação atípica no pós-operatório de correcção de aneurisma da aorta abdominal

Left colon's ischemic necrosis – a rare presentation on postoperative aorta aneurysm repair

¹Diana Teixeira Ferreira da Silva, D.T., ²José Maria Pinto Correia, P.C.,
³José Carlos Machado Alpoim e Meneses, C.A., ⁴Vitor Manuel Fonseca Costa, V.C.,

¹Interna Complementar Cirurgia Geral, ²Chefe de Serviço Cirurgia Geral

³Assistente Graduado Cirurgia Geral, ⁴Assistente Hospitalar Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade Guimarães EPE

RESUMO

Introdução: A colite isquémica é uma complicação rara mas bem documentada na correcção de aneurisma da aorta abdominal (AAA). Apresenta incidência de 3-30%, sendo que a mortalidade alcança 50-90% nos casos que cursam com necrose cólica. São factores predisponentes as co-morbilidades, clampagem prolongada da aorta, hipotensão/choque, lesões de reperfusão, trauma cirúrgico do cólon, síndrome do compartimento abdominal e ausência de patência mesentérica inferior e hipogástrica. O tratamento cirúrgico é preconizado para os casos mais graves, e consiste na ressecção do cólon necrosado e colostomia terminal.

Material e Métodos: Homem, 74 anos, hipertenso, dislipidémico e fumador, cujo AngioTC revelou AAA justa-renal (5,6cm). Submetido a aneurismectomia parcial com bypass aortobifemoral por colocação de prótese, com hipotensão intra-operatória e fibrilhação auricular. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, apresentando, em D16, dor abdominal, diarreia, febre e avulsão de fita cólica pelo ânus. Solicitada colaboração de Cirurgia: laparotomia exploradora com ressecção segmentar do cólon descendente restante – ângulo esplénico (cólon esquerdo e recto superior previamente avulsos) com encerramento do coto rectal e colostomia terminal do transversos. O exame anatomo-patológico revelou fita cólica (100cm) e segmento ressecado (50cm), representativos de necrose isquémica transmural. Evolução favorável até ao momento actual.

Discussão: O caso prima pela raridade e apresentação atípica, com avulsão de fita cólica pelo ânus, e por superar a mortalidade estimada para estes casos (50-90%).

Palavras-chave: necrose isquémica cólon, correcção de aneurisma da aorta abdominal, fita cólica.

INTRODUÇÃO

A colite isquémica (CI) é uma complicação rara mas bem documentada da cirurgia de correcção de aneurisma da aorta abdominal, seja através da coloca-

ção de prótese por laparotomia ou por colocação de uma endoprótese. Esta complicação está descrita como tendo uma incidência de 2%, em séries retrospectivas, e de 3 a 30%, em séries prospectivas. A mortalidade desta complicação depende da gravidade da



isquemia sendo baixa em situações de isquemia cólica grau 1 ou 2 (diagnosticadas por colonoscopia) mas alcançando 50 a 90% nos casos que cursam com necrose cólica.



Figura 1: Apresentação atípica de necrose isquêmica do cólon com avulsão de fita cólica pelo ânus (100 cm) no 16º dia pós-operatório de correção laparotômica de aneurisma aorta abdominal.

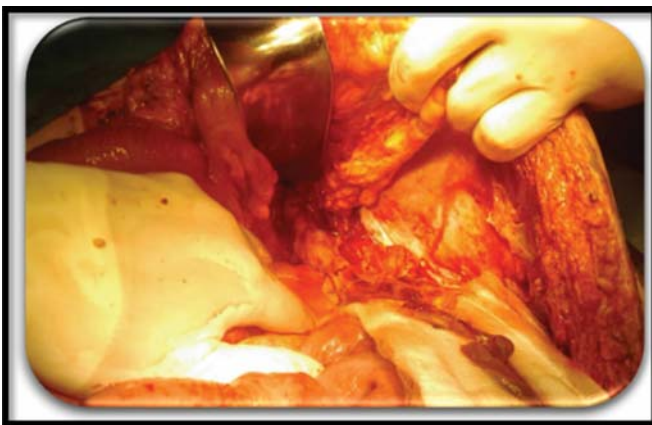


Figura 2: Visualização intra-operatória de necrose isquêmica do cólon ressecção segmentar do cólon descendente restante – ângulo esplênico (cólon esquerdo e recto superior previamente avulsos) com encerramento do coto rectal e colostomia terminal do transverso.

Dentre os factores promotores para o aparecimento desta complicação salientam-se as co-morbilidades do doente, a clampagem intra-operatória prolongada da aorta, a hipotensão e o choque peri-operatório, as lesões de reperfusão associadas ao procedimento, o trauma cirúrgico do cólon, o síndrome do compartimento abdominal, entre outros. A ausência de patência da artéria mesentérica inferior e das artérias hipo-

gástricas poderão igualmente constituir factores promotores do aparecimento de isquemia cólica.

Os sinais e sintomas mais frequentes são a diarreia, com ou sem sangue, e a dor abdominal com ou sem sinais de irritação peritoneal. Nos casos mais graves poder-se-á apresentar como sépsis.

Muito embora a apresentação clínica auxilie, o diagnóstico geralmente é efectuado pelo recurso à colonoscopia e eventualmente por laparotomia, nos casos de maior gravidade em que se prescindia da colonoscopia.

O tratamento preconizado depende do grau isquemia do cólon e da evolução do quadro clínico. Nos casos de colite isquémica grau 1 ou 2, sem defesa abdominal, sinais de sépsis, febre ou acidose metabólica, geralmente preconiza-se o tratamento conservador (pausa alimentar e antibióticos). O tratamento cirúrgico está indicado em todas as outras situações ou naquelas em que o doente apresente agravamento do seu estado apesar da instituição do tratamento conservador. O procedimento preconizado é a laparotomia exploradora com remoção do cólon necrosado e colostomia terminal.

O caso clínico representa uma apresentação atípica dessa complicação com avulsão de fita cólica pelo ânus.

CASO CLÍNICO

Um homem de 74 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, tabagismo (50 unidades/maço/ano) e com hábitos etílicos marcados, medicado com ramipril, indapamida, AAS e rosuvastatina, que no contexto de estudo de HTA realizou angiogramografia abdominal que revelou aneurisma da aorta abdominal justa-renal, com 5,6cm de maior diâmetro.

Submetido a aneurismectomia parcial com bypass aortobifemoral com colocação de prótese, sem intercorrências cirúrgicas (laqueação das ilíacas sem registo da patência das mesentéricas inferiores). Durante toda a cirurgia permaneceu hipotenso, sem acidose láctica e sem registo de diurese durante uma hora, apesar de transfusão de sangue, colóides e dopamina.



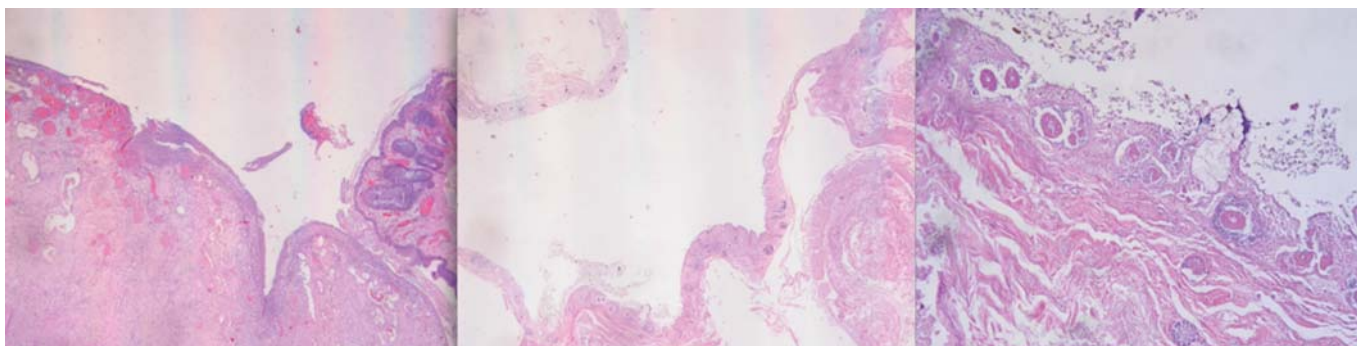


Figura 3: O exame anatomo-patológico revelou fita cólica (100cm) e segmento ressecado (50cm), representativos de necrose isquémica transmural.

Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) com persistência de hipotensão e fibrilhação auricular de resposta ventricular rápida (cardioversão farmacológica com amiodarona) nas primeiras horas, sendo que nos primeiros dias desenvolveu síndrome de resposta inflamatória sistémica grave/choque com ponto de partida respiratório, com resposta ao tratamento conservador. No 14º dia pós-operatório iniciou distensão abdominal e dejeções diarreicas abundantes, sem sangue (desconhece-se realização de colonoscopia e pesquisa de *Clostridium difficile*), sendo que, 48h depois, persiste tal quadro com dor, febre e avulsão de fita cólica necrosada pelo ânus (figura 1), motivo pelo qual foi solicitada colaboração de Cirurgia Geral.

Submetido a laparotomia exploradora com ressecção segmentar do cólon descendente restante – ângulo esplénico (cólon esquerdo e recto superior previamente avulsos) com encerramento do coto rectal e colostomia terminal do transversa (figura 2). O exame anatomo-patológico revelou fita cólica (100cm) e segmento ressecado (50cm), representativos de necrose isquémica transmural (figura 3).

Readmitido na UCIP apresentando, no 7º dia pós-operatório, penso da ferida cirúrgica repassado e dor abdominal, motivo pelo qual realizou TC e laparotomia exploradora com drenagem de abcesso interansas. Recuperação progressiva com alta da UCIP para internamento de Cirurgia Vascular ao 17º dia pós-operatório.

Duas semanas após, o doente teve alta hospitalar,

hemodinamicamente estável e independente nas actividades de vida diária. Vinte meses após a intervenção cirúrgica, o doente mantém seguimento em regime de consulta, assintomático e bem adaptado aos cuidados de doente ostomizado.

DISCUSSÃO

A CI é uma complicação rara mas bem documentada da cirurgia de correcção de aneurisma da aorta abdominal, seja através da colocação de prótese por laparotomia ou por colocação de uma endoprótese. Estudos recentes estimam uma incidência de CI de 1-6% após ambos os procedimentos, não havendo estudos suficientes que permitam inferir diferenças estatisticamente significativas entre eles. Ao contrário da abordagem laparotómica, na qual existe uma “agressão” fisiológica global, a CI após colocação de endoprótese parece ser explicada pela microembolização de fragmentos provenientes do saco aneurismático ou acesso iliofemoral.

Estudos revelam que a CI é maior nos casos abordagem laparotómica de ruptura de aneurisma (de 10% para 36%). O desenvolvimento da CI após correcção de aneurisma da aorta aufere de morbidade significativa sobretudo na duração do internamento (13 dias adicionais), e custos associados, e de mortalidade estimada em 25-90%. Chen et al. reportam a CI como um factor independente de mortalidade após laparotomia por ruptura de aneurisma da aorta.



O paciente em questão reunia vários factores promotores para esta entidade, nomeadamente factores de risco cardiovascular/co-morbilidades, clampagem intra-operatória prolongada da aorta, a hipotensão e o choque peri-operatório, as lesões de reperfusão associadas ao procedimento bem como a laqueação das ilíacas.

As manifestações sintomatológicas neste paciente foram dor abdominal, inicialmente sem sinais de irritação peritoneal, e diarreia sem sangue, o que vai de encontro à maioria dos estudos. A avulsão de fita cólica pelo ânus é uma apresentação pouco frequente de necrose isquémica transmural estando descritos, a nível mundial, apenas 8 casos.

O diagnóstico geralmente é efectuado com base em elementos de ordem clínica e no recurso colonoscopia

com biopsia, que no presente caso não foi realizada dada a gravidade clínica. Para os casos de menor gravidade, opta-se pelo tratamento conservador sendo que os casos que cursam com necrose constituem indicação para abordagem cirúrgica com ressecção do segmento afectado e colostomia terminal.

Muito embora o tratamento de suporte tenha sido preconizado, o paciente foi submetido a ressecção segmentar do cólon e colostomia terminal, com base em critérios de gravidade clínica.

A incidência de CI após correcção de aneurisma da aorta provavelmente pode diminuir em virtude do aumento do recurso a colocação de endoprótese. O caso apresentado prima pela raridade e apresentação atípica, com avulsão de fita cólica pelo ânus, e por superar a mortalidade estimada para estes casos (50-90%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walter Longo, Thomas Lee et al. Ischemic Colitis Complicating Abdominal Aortic Aneurysm Surgery in the U.S. Veteran. *Journal of Surgical Research* 60, 351-354 (1996), article nº 0056
2. R. S. Anaspure and T. R. Cheatle. Spontaneous Passage of a "Colon Cast" Following Aortic Bypass Operation: A Case Report. *EJVES Extra* Vol 9, 96-97 May 2005
3. Colonic ischemia complicating open vs endovascular abdominal aortic aneurysm repair Robert J. T. Perry, Matthew J. Martin et al *Journal of Vascular Surgery*, Volume 28, Number 2, 272 – 277
4. Duncan Killen, William Reed et al. Is Routine Postaneurysmectomy Hemodynamic Assessment of the Inferior Mesenteric Artery Circulation helpful? *Annals of Vascular Surgery*, Volume 13, Nº 5, 533-538, 1999
5. Nishan Dadian, Takao Ohki et al. Overt colon ischemia after endovascular aneurysm repair: The importance of microembolization as an etiology. *J Vasc Surgery* 2001;34:986-96

Contacto

DR.ª DIANA TEIXEIRA
teixeira.diana@gmail.com



Diana Teixeira Ferreira da Silva, José Maria Pinto Correia, José Carlos Machado Alpoim e Meneses, Vitor Manuel Fonseca Costa