

NECROSE ISQUÊMICA DE CECO. RELATO DE CASO

QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI
PEDRO ALBERTO VIDAL ANDERSON
ROBERTO JOSÉ DE LIMA
ANDERSON PEREIRA SANTOS

CAVICHINI QN, ANDERSON PAV, LIMA RJ & SANTOS AP - Necrose isquêmica de ceco. Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(1): 22-25

RESUMO: A necrose isquêmica do ceco é uma entidade rara, que pode ser desencadeada por uma variedade de fatores que interferem com o fluxo sanguíneo em uma região, onde as variações anatômicas vasculares são bem definidas e frequentes. Necrose isquêmica do ceco foi observada, pelo nosso Serviço, em uma paciente que usava anti-hipertensivo, diurético e digitálico, e que estava em uso de griseofulvina 500 mg, há 50 dias, antes de sua internação.

UNITERMOS: ceco; necrose isquêmica cecal

A isquemia é um distúrbio comum no intestino grosso do idoso, sendo a forma mais comum de lesão isquêmica do trato gastrointestinal. Entretanto, a necrose isquêmica isolada do ceco é uma entidade rara, frequentemente associada a vários fatores como doença cardíaca grave; febre reumática; vasculite; reações medicamentosas; doença falciforme; coagulopatias; neutropenia; diabetes mellitus; embolização terapêutica da artéria ileocólica; embolia ou trombose da artéria ileocólica; arteriosclerose; período pós-parto e outras causas (1, 2, 4, 5, 7-9, 11), que ocasionam uma diminuição do fluxo sanguíneo na região ileocecal, podendo esta isquemia ocorrer em qualquer faixa etária, sem preferência sexual ou racial.

Relato do caso

J.T.R., 58 anos, sexo feminino, negra, casada, natural de Itaperuna - RJ.

Paciente internou-se no H.S.J.A. em 19/09/93, com dor abdominal no quadrante inferior direito, hematoquezia, náuseas e febre (38°C). Não havia relato de vômitos, emagrecimento, anorexia ou alteração dos hábitos intestinais.

Fazia uso de medicação anti-hipertensiva, diurético e digital (metildopa, furosemida e digoxina). Havia relato que

estava fazendo uso de griseofulvina 500 mg (1 comprimido diário) há 50 dias.

A paciente era obesa, com o abdômen doloroso à palpação do quadrante inferior direito, sem defesa e descompressão pouco dolorosa. Não havia massa palpável.

O exame laboratorial evidenciou uma diminuição da hematimetria e do hematócrito, com aumento dos leucócitos, principalmente dos bastões.

Clister opaco realizado em 20/09/93 mostrava uma falha de enchimento no ceco, com suspeita de lesão infiltrante (Figs. 1 e 2).

Houve uma piora do quadro abdominal, evoluindo com defesa no quadrante inferior direito, e descompressão positiva.



Fig. 1 - Clister opaco. Falha de enchimento no ceco.



Fig. 2 - Clíster opaco. Lesão infiltrante?

Laparotomia exploradora foi realizada em 21/09/93, com a hipótese diagnóstica de tumor de ceco. Após a peritoneotomia, evidenciou-se presença de líquido ascítico de cor vinhosa, turvo. O epíploon envolvia o cólon ascendente e ceco. Após liberação do epíploon, foi evidenciado um ceco necrótico, porém o cólon ascendente, apêndice e íleo terminal estavam preservados, sem evidência de lesão isquêmica. O intestino delgado também não apresentava qualquer sinal de sofrimento vascular. Hemicolecotomia direita e ileotransversostomia término-lateral em dois planos foram realizadas.

O histopatológico (B 93.2381) revelou necrose segmentar de ceco e vasculite.

A evolução da paciente foi satisfatória, com alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. Abscesso de parede foi a complicação que ocorreu.

COMENTÁRIOS

Tem causado polêmica qual o fator que desencadeia o início da isquemia do cólon. Admite-se que, o que possivelmente predispõe o cólon à isquemia seja o fluxo sanguíneo normalmente baixo deste segmento do trato gastrointestinal, associado a fatores locais e/ou sistêmicos, oclusivos ou não, que podem afetar ainda mais o suprimento vascular do intestino grosso. Sabe-se que o fluxo sanguíneo no cólon é o menor de todas as porções do tubo digestivo e que este fluxo sofre diminuição maior durante a atividade funcional do cólon (1, 5, 6).

Há, todavia, regiões do cólon como o ponto de Griffith, no ângulo esplênico, que é uma área de deficiente suprimento

vascular, devido a insuficiência de arcada anastomótica primária ou secundária que irrigue esta região (6).

Tem, entretanto, sido relatado em artigos recentes que a região ileocecal também é uma área de precário suprimento vascular, sendo, portanto, vulnerável a qualquer fator que altere o fluxo sanguíneo. Além do que as alterações anatômicas vasculares que interferem com o fluxo sanguíneo nesta região podem determinar um maior ou menor suprimento de sangue (5, 6).

Como o ceco e o íleo são irrigados pela porção terminal da artéria mesentérica superior, atenção deve ser dada às alterações anatômicas desta região. Sabe-se que ao alcançar o ceco, a artéria mesentérica superior anastomosa-se com a artéria ileocólica formando a alça mesentérica superior. A artéria ileocólica é o único ramo constante da artéria mesentérica superior, mas que possui muitas variantes em sua distribuição. Em alguns casos, forma-se a alça ileocólica (76%), pela união dos ramos cólicos e ileais da artéria ileocólica. Do lado ileal da alça, origina-se a artéria cecal anterior e do lado cólico a artéria cecal posterior. A artéria apendicular origina-se (62%) do lado ileal da alça. Há, ainda, uma artéria ileal recorrente (39%), que faz a anastomose tanto da alça ileocólica à artéria ileal quanto de um ramo cecal com a ileal da artéria ileocólica. O íleo terminal tem fluxo sanguíneo diminuído se a arcada ileal recorrente não existir. Na Figura 3 apresentamos a distribuição anatômica vascular da região ileocecal.

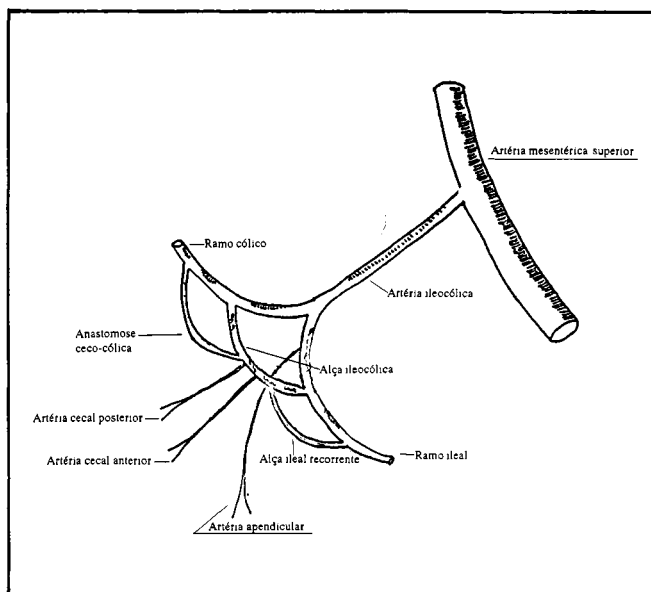


Fig. 3 - Anatomia vascular da região ileocecal (6).

Comumente, quando há uma necrose isolada do ceco, o cólon ascendente, apêndice e íleo terminal são preservados, devido a trama vascular (1, 6, 9, 11). Além disso, como é pouco comum a oclusão arterial mesentérica em pacientes com necrose isquêmica de ceco, a isquemia com necrose nesta porção do intestino grosso é restrita a este segmento do intestino (1, 6, 9, 11).

Portanto, como é uma região com múltiplas variações anatômicas vasculares, que podem interferir com o fluxo sanguíneo, qualquer fator extrínseco ou intrínseco que diminua ainda mais a irrigação vascular desta região pode causar uma isquemia (1, 6, 9, 11).

Existem várias condições locais ou sistêmicas, oclusivas ou não-occlusivas, iatrogênicas ou não, que podem atuar como fatores desencadeantes ou adjuvantes no desenvolvimento de isquemia cecal ou do cólon (1, 5-7, 9, 11) (Quadro 1).

Quadro 1 - Causas de isquemia colônica (1).

Causas
1. Trombose arterial
2. Embolia arterial
3. Insuficiência cardíaca
4. Choque
5. Vólvulo
6. Hérnia estrangulada
7. Vasculite
8. Distúrbios hematológicos
9. Infecções parasitárias
10. Alergia
11. Trauma
12. Prenhez ectópica rota
13. Corrida de longas distâncias
14. Medicamentosa
15. Cirúrgica
16. Iatrogênica
17. Toxicômanos

Três casos de necrose isquêmica cecal foram descritos por Rist e cols. (9), todos com doença cardíaca grave e usando furosemida e digoxina.

Hakami (4) relatou um caso de necrose de ceco em criança com febre reumática articular.

Tagliolato Jr. e Pires relataram um caso de necrose isquêmica de ceco em paciente cardiopata.

Várias drogas como digoxina, furosemida, corticosteróides, vasopressina, cálcio, prostaglandinas, e outros medicamentos, podem causar diminuição do fluxo sanguíneo colônico, com conseqüente isquemia e necrose (1, 5-7, 9, 11).

Gazes e cols. e Sloane & Anderson, citados por Rist e cols. (9) e Tagliolato Jr. e Pires (11), relataram necrose isquêmica cecal em pacientes que estavam usando digital e ergotamina, respectivamente.

A neutropenia, associada à quimioterapia, também foi citada como responsável por isquemia e necrose do ceco, devido à diminuição da perfusão arterial (4).

Em nosso caso, além do paciente fazer uso rotineiro de anti-hipertensivo (metildopa), diurético (furosemida) e digital (digoxina), estava em uso de griseofulvina.

A incidência de efeitos adversos com o uso da griseofulvina é rara. Entretanto, podem ocorrer alterações hematológicas como leucopenia, neutropenia, basofilia pontilhada e monocitose (10).

Apesar de sempre haver um fator que desencadeie o episódio isquêmico, muitas vezes a causa básica da isquemia não é diagnosticada. Kunzle e cols (7) citaram que o diagnóstico

etiológico do acidente vascular responsável pela isquemia é de difícil reconhecimento.

A duração e a gravidade da isquemia determinam lesões morfológicas variáveis no cólon, ocorrendo, desde alterações leves como hemorragia mucosa e submucosa, e edema com ou sem necrose parcial, que podem evoluir para ulcerações, até lesões de maior gravidade. A lesão isquêmica grave causa dano mais extenso, e a mucosa e submucosa são substituídas por tecido de granulação que simula uma estenose, neoplasia constrictiva ou vegetante, ou ainda um tumor de submucosa. Gangrena e perfuração podem ocorrer quando há infarto transmural da alça (1, 2).

A isquemia do cólon, freqüentemente, não tem causa identificável e ocorre espontaneamente, sem oclusão vascular ou baixo débito cardíaco (1, 5, 6, 9, 11).

A sintomatologia pode não ser específica, havendo leve dor no quadrante inferior direito do abdômen e hematoquezia ou enterorragia, que não requer transfusão sanguínea. Há dor abdominal à palpação, de intensidade leve a moderada, sobre o segmento comprometido, com o quadro clínico de abdômen agudo se manifestando nas fases mais avançadas de evolução da isquemia, apresentando-se então como um quadro típico de apendicite aguda (1, 4, 7-9, 11).

O diagnóstico de isquemia cecal pode ser feito com clister opaco, colonoscopia, tomografia computadorizada e ultra-sonografia abdominal (1-3, 7-9, 11, 12).

O clister opaco é o exame que maior utilidade tem para diagnosticar a isquemia colônica, com sensibilidade de 90% (1, 2, 3, 12), mas deve ser usado com cautela e insuflação delicada de contraste e ar. A gravidade e o episódio isquêmico, assim como intervalo entre o evento isquêmico e a realização do clister opaco, são fatores que podem alterar os achados radiológicos (1-3, 12).

Brandt e cols. (2) relataram que lesões isquêmicas podem simular um quadro radiológico semelhante a um carcinoma polipóide, se ocorrerem hemorragia submucosa, edema ou tecido de granulação.

Além disso, Greeves e cols. (3) e Lepow e cols. (8) relataram que a presença de bário intramural, descrito em enemas opacos de pacientes com colite isquêmica, podem também simular um carcinoma.

Em nosso caso, a paciente foi submetida a cirurgia com o diagnóstico pré-operatório de lesão infiltrante de ceco (tumor?) observado no clister opaco.

A colonoscopia deve ser usada com cautela, já que se houver uma pressão intraluminal acentuada, com distensão intestinal, há uma piora da isquemia, devido ao desvio do sangue da mucosa para a serosa (1).

Tomografia computadorizada pode revelar espessamento da parede da alça intestinal isquêmica, mas este achado não é específico (1).

Arteriografia seletiva de mesentérica superior não tem indicação no diagnóstico da necrose isquêmica (1).

O tratamento da necrose isquêmica do ceco é cirúrgico, com a realização de uma hemicolectomia direita e ileo-transversostomia primária.

A isquemia de ceco, com necrose, tem um prognóstico melhor do que a isquemia extensa, seja devido à evolução, tratamento cirúrgico menos agressivo ou a reduzidas complicações pós-operatórias, com taxas de morbiletalidade mínimas, quando comparadas com aquelas da isquemia extensa do cólon ou do intestino delgado.

CAVICHINI QN, ANDERSON PAV, LIMARJ & SANTOS AP - Ischemic necrosis of the cecum - A case reported.

SUMMARY: The ischemic necrosis of the cecum is a rare entity that has been related in association with a variety of conditions. This conditions can cause changes with the blood flow in an area where the vascular anatomic irrigation is variable. We relate a case of ischemic necrosis of the cecum in a patient that used antihypertensive, diuretics and digitalic drugs and was using diarily 500 mg of griseofulvine, fifty days ago.

KEY WORDS: cecum; ischemic cecal necrosis

REFERÊNCIAS

1. Brandt LJ and Boley SJ. Isquemia colônica. Clin Cir Am Norte 1992; 1: 199-224.
2. Brandt LJ, Katz H, Wolf EL et al. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. Gastroenterology 1985; 88: 1137-1140.
3. Greeves JH, Bohlman TW, Frische LH et al. Intramural barium in ischemic colitis. Dig Dis 1976; 21: 257-260.
4. Hakami M. Localized gangrene of the cecum and acute articular rheumatic fever. Am J Proctol 1976; 27: 30-34.
5. Harris MT, Lewis BS. Doenças sistêmicas que afetam a circulação mesentérica. Clin Cir Am Norte 1992; 1: 239-253.
6. Kornblith PL, Boley SJ, Whitehouse BS. Anatomia da circulação esplâncnica. Clin Cir Am Norte 1992; 1: 1-29.
7. Kunzle JE, Villas Boas FT, Zillio A. Mesenteric vascular occlusion. Rev Ass Med Brasil 1982; 28: 111-114.
8. Lepow H, Bernstein LH, Brandt LJ et al. Vascular occlusion and stricture of the sigmoid colon secondary to trauma from a pneumatic hammer. J Trauma 1977; 17: 69-71.
9. Rist CB, Watts JC, Lucas RJ. Isolated ischemic necrosis of the cecum in patients with chronic heart disease. Dis Colon Rectum, 1984; 27: 548-551.
10. Sande MA, Mandell GL. Drogas antimicrobianas. Drogas antimicóticas e antivirais. In: Gilman AG, Goodman LS, Rall TW and Murad F. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 7ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 1987: 802-803.
11. Tagliolato Jr. L, Pires AM. Necrose isquêmica isolada do ceco. relato de um caso. Rev Bras Colo-Proct 1987; 7: 18-20.
12. Wolf EL, Sprayregen S, Bakal CW. Radiologia na isquemia intestinal. Clin Cir Am Norte 1992; 1: 107-124.

Endereço para correspondência:
Quintino Nascimento Cavichini
Rua Dez de Maio, 623 - Centro
28300-000 - Itaperuna - RJ