

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
BÓRIS BARONE, TSBCP
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP
RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP
FLÁVIO ANTONIO QUILICI, TSBCP

BARONE B, MEDEIROS RR, BONARDI RA, QUILICI FA -
Tribuna livre: Como eu faço. Rev bras Colo-Proct, 1996 16(4):
242-243

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma TRIBUNA LIVRE e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará a discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Aqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax: (019) 254-3839 ou E.mail: scut@lexxa.com.br.

O tema desta edição será CONDOTA NO MEGACÓLON TÓXICO e contamos com a colaboração de quatro membros titulares da nossa Sociedade:

1. Bóris Barone
2. Raul Raposo de Medeiros
3. Renato Araújo Bonardi
4. Flávio Antonio Quilici

1. Como fazer o diagnóstico de megacólon tóxico? Somente exame físico ou necessitamos de exames de imagem e/ou endoscópicos?

(Bóris Barone) - O megacólon tóxico é fundamentalmente de diagnóstico clínico e confirmado pela radiografia simples de abdômen em três posições. Quando o paciente já tem o diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal é bem mais simples, porém quando é na primeira crise, o que ocorre na maioria dos casos, é mais difícil.

As radiografias simples demonstram um segmento do intestino grosso (principalmente o cólon transverso), bastante dilatado com a mucosa delimitada pelo ar, com sua superfície bastante irregular, com edema, ulcerações e imagem de pseudópólipos.

O exame contrastado (enema baritado) e a colonoscopia estão contra-indicados pelo risco de perfuração.

(Raul Raposo de Medeiros) - O diagnóstico de megacólon tóxico é feito através da anamnese, exame físico e exames subsidiários.

Na anamnese teremos antecedentes de doença inflamatória intestinal, caracterizados por diarreia com muco e/ou sangue nas fezes, emagrecimento, cólicas intestinais e muitas vezes anemia.

A maioria dos pacientes já tem diagnóstico de doença inflamatória, mas algumas vezes o megacólon tóxico é a primeira manifestação.

Ao exame físico encontramos o paciente em mau estado geral, toxêmico, febril, com taquisfigmia, taquicardia, taquipnéia e distensão abdominal em graus variáveis, desde discretas até acentuadas. O abdômen é também muito doloroso, com sinais de irritação peritoneal. Frequentemente o mesogástrio apresenta-se distendido e mais raramente o flanco esquerdo e a fossa ilíaca esquerda.

A radiografia simples de abdômen mostra distensão do cólon transverso na maioria dos casos e em alguns, do cólon sigmóide.

(Renato Araújo Bonardi) - Ao nosso ver o diagnóstico do megacólon tóxico é basicamente clínico. História bem detalhada e exame físico apurado podem fazer o diagnóstico de maneira correta. A retossigmoidoscopia deve ser realizada como em qualquer paciente proctológico e é importante para avaliar o aspecto do reto e afastar eventuais outras patologias anorretais.

O exame de imagem que habitualmente utilizamos é o raio X simples de abdômen onde vamos observar a dilatação do cólon com o comprometimento da mucosa com a imagem de papel picado.

(Flávio Antonio Quilici) - O diagnóstico do megacólon tóxico é eminentemente clínico, representado por quadro toxêmico grave, com aumento do número de evacuações de características disenteriforme, distensão abdominal causada pela dilatação aguda do cólon, associados a dor abdominal, febre alta e constante, distúrbio hidroeletrólítico e anemia.

A peritonite, quando presente, pode indicar perfuração cólica, caracterizando um agravamento no seu prognóstico. Além de todos esses sintomas, o diagnóstico é complementado pela radiografia simples de abdômen, que identifica e quantifica a dilatação cólica, principalmente do cólon transverso, ou pela presença de pneumoperitônio.

2. Por falar em exames endoscópicos, existe alguma contra-indicação em realizá-los na fase aguda?

(Bóris Barone) - Como dissemos anteriormente, o enema e a colonoscopia estão contra-indicados, porém a retossigmoidoscopia sem injeção de ar pode auxiliar muito o diagnóstico.

(Raul Raposo de Medeiros) - Os exames endoscópicos só devem ser realizados naqueles casos de difícil diagnóstico, cuja crise seja a primeira manifestação da doença, devido à manipulação do cólon e a insuflação de ar. Nos casos em que o exame for indispensável, deve ser feita a retossigmoidoscopia flexível, sem insuflar ar, devido ao risco de perfuração do cólon, que nestes casos é muito friável.

Quando realizada, deve ser o suficiente para confirmar o diagnóstico de doença inflamatória e sem nenhum preparo de cólon pelo risco inerente de perfuração.

(Renato Araújo Bonardi) - Com exceção da retossigmoidoscopia, não indicamos ou realizamos a colonoscopia na fase aguda devido ao grande risco de perfuração do cólon.

(Flávio Antonio Quilici) - Na suspeita de megacólon tóxico, é contra-indicado o exame endoscópico (colonoscopia) e o radiológico contrastado (enema opaco), pelo risco de agravá-lo e até mesmo podendo ocasionar a perfuração cólica.

3. Qual seria sua conduta face a um megacólon tóxico?

(Bóris Barone) - Diante de um paciente com megacólon tóxico, a nossa conduta inicial é o tratamento clínico com corticosteróides, porém este paciente deve ser seguido rigorosamente e ao menor sinal clínico ou laboratorial de piora ou ainda a ausência de melhora após 24 h de tratamento, o paciente deve ser operado.

A nossa conduta é a colectomia subtotal com ileostomia, pois a conservação do reto, ao nosso ver, diminui o tempo cirúrgico e permite, após a recuperação do paciente, que se estabeleça o diagnóstico de retocolite ulcerativa inespecífica e a feitura de uma bolsa ileal.

(Raul Raposo de Medeiros) - A conduta em princípio, após confirmado o diagnóstico, é pelo tratamento clínico, constituído de medidas gerais de suporte, tais como hidratação, combate à toxemia com antibióticos de largo espectro e suporte nutricional. A evolução dos casos deve ser acompanhada com bastante atenção, várias vezes ao dia.

Nos casos em que ocorre melhora progressiva nas primeiras 24 h, devemos manter o tratamento clínico, mas caso a evolução não seja satisfatória, a partir destas 24 h, podemos indicar a cirurgia a qualquer momento, desde que haja piora do estado geral.

Devemos lembrar que o prognóstico depende da cirurgia ser realizada precocemente.

Na nossa experiência na FCM UNICAMP, nos casos em que não ocorre melhora com a instituição do tratamento clínico após 24 h ou pouco mais, a cirurgia está indicada. Nos últimos 20 anos operamos 20 casos de megacólon tóxico, com mortalidade de 15%. A cirurgia realizada é a colectomia total, com ileostomia terminal.

(Renato Araújo Bonardi) - A conduta inicial é clínica com tratamento específico com intuito de colocar o paciente em condições gerais mais satisfatórias. O paciente já pode ser conhecido como portador de doença inflamatória (DII) ou ainda ser o megacólon tóxico a primeira manifestação da atividade da doença.

Havendo melhora que deve ser esperada no máximo em 24 a 48 h, o tratamento clínico deve ser mantido. Estes são pacientes que necessitam uma observação muito rigorosa e contínua para melhor avaliação da DII.

Caso não haja melhora do quadro ou ainda com a piora dentro daquele período, indicamos o tratamento cirúrgico, que deve ser uma colectomia total abdominal com ileostomia terminal convencional à Brooke e fechamento do coto retal.

(Flávio Antonio Quilici) - O tratamento é inicialmente conservador, através da avaliação rigorosa e contínua do quadro clínico e de suporte hidroeletrólítico adequado, reposição sanguínea quando necessária, emprego de antibióticos

de amplo espectro e corticóides, além dos cuidados gerais, como sondagem nasogástrica, venóclise e controle de diurese. Se após 24 h, o quadro clínico não se altera ou piora, o tratamento é eminentemente cirúrgico.

Um dos sinais mais importantes é a dilatação do cólon transverso atingir os 10 cm de diâmetro na radiografia simples de abdômen.

4. No caso de uma conduta cirúrgica, deve-se preparar o cólon com algum tipo de preparo? E antibioticoterapia?

(Bóris Barone) - O risco do preparo intestinal por via retrógrada, a nosso ver, é que pode levar à perfuração do cólon e portanto está contra-indicado.

Devido às condições clínicas decorrentes da toxemia, não é possível realizar-se também o preparo por via anterógrada e desta forma só realizamos o preparo com antimicrobianos.

(Raul Raposo de Medeiros) - Não é necessário e nem devemos preparar o cólon, devido sempre ao risco de perfuração.

O preparo deve ter como objetivo a melhora do estado geral e da toxemia.

Utilizamos sempre antibioticoterapia, empregando cefalosporinas de última geração na dose de 4 gramas/dia, em doses de 1 g IV de 6/6 h, associado ao metronidazol, 1,5 gramas/dia, 500 miligramas IV de 8/8 h.

(Renato Araújo Bonardi) - Não fazemos uso de nenhum tipo de preparo intestinal mecânico no caso de um megacólon tóxico. Quanto a antibioticoterapia, deve ser iniciada já por ocasião do primeiro atendimento. Temos usado com frequência a associação de metronidazol e uma cefalosporina de 2ª geração.

(Flávio Antonio Quilici) - Na conduta cirúrgica de urgência para o megacólon tóxico não se realiza qualquer preparo intestinal, pois está contra-indicado pelo risco de agravar o estado geral do paciente. Com relação à antibioticoterapia, mantém-se o mesmo de amplo espectro.

5. Algum comentário a acrescentar?

(Raul Raposo de Medeiros) - O diagnóstico de megacólon tóxico e a conduta cirúrgica devem ser feitos o mais precocemente possível, pois assim teremos um melhor prognóstico no tratamento desta complicação das doenças inflamatórias do cólon.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: (0192) 543839 e E/mail: scut@lexxa.com.br. Participe.

Fernando Cordeiro