



Colite isquêmica: uma manifestação rara no Lúpus Eritematoso Sistêmico

Oliveira ACDC¹; Goulart LSSA²; Alves TL³; Carvalho LLC⁴; Cardum ES⁵
1. UNISA; 2. UNISA; 3. UNISA; 4. UNISA; 5. UNISA
anaceciliadornelas@gmail.com

Introdução/Fundamentos

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica autoimune e multissistêmica, caracterizado por um amplo espectro de manifestações clínicas¹. A Colite isquêmica (CI) é uma das possíveis complicações raras e grave do LES, com incidência de 0,2%, sendo seu espectro clínico variável entre casos leves até formas mais graves e irreversíveis^{2,3}. Quando a lesão inflamatória está relacionada a atividade lúpica, evolui para presença e deposição de imunocomplexos, que podem levar a isquemia, ulcerações da mucosa intestinal, hemorragia e íleo paralisado. Pode ocorrer edema da mucosa, oclusão, necrose e eventual perfuração da parede intestinal^{2,4}.

Objetivos

Relatar o caso de uma paciente lúpica, em atividade da doença, que desenvolveu Colite Isquêmica e analisar o impacto dessa complicação grave e rara.

Delineamento e Métodos

Paciente, sexo feminino, 28 anos, com diagnóstico prévio de LES, em uso de Azatioprina, Hidroxicloroquina e Prednisolona, com seguimento clínico irregular. Foi levada ao pronto socorro, em dezembro 2020, apresentando hematêmese, hipotensão e dor abdominal. No exame físico de entrada, encontrava-se descorada, desidratada, taquicárdica, taquipneica, má perfundida, abdome doloroso a palpção, sem visceromegalias. Foi realizado exames laboratoriais evidenciando uma anemia severa e atividade da doença com plaquetopenia. VHS e PCR apresentavam-se elevados, com consumo de complemento (CH50, C3 e C4 diminuídos) e anti-DNA reagente. A tabela 1 mostra a progressão dos exames laboratoriais. Foi feita uma tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando alterações compatíveis com Colite Isquêmica e Pancreatite Crônica. E foi realizada uma Colonoscopia, onde mostra presença de áreas de mucosa com ulcerações extensas e rasas, com bordos nítidos e fundo recoberto por fibrina, aspectos sugestivos de Colite Isquêmica. Assim, foi feita estabilização hemodinâmica da paciente, iniciada pulsoterapia com Metilprednisolona (1g) por 3 dias consecutivos, seguida por pulsoterapia de Ciclofosfamida (1g) em dose única. Após 4 dias, reagudizou dor abdominal em hipocôndrio direito, afebril, sinais de colestase e elevação de enzimas hepáticas canalculares. Foi feita nova TC que mostrou dilatação de colédoco e ducto pancreático principal, levando a hipótese de colangite aguda. Foi introduzido Ceftriaxone e Metronidazol, com melhora significativa do quadro abdominal. Assim, a paciente recebeu alta com Prednisona (1 mg/kg/dia) e antibiótico, embora ainda apresentasse anemia.

	Julho 2020	Setembro 2020	Outubro 2020	Dezembro 2020	Janeiro 2021	Fevereiro 2021
HMG (Hb/ Ht/ GB (Ly)/ plaquetas)	11,7/ 33,3/ 6,4 (1196)/ 246 mil	12,9/ 39,7/ 8,39 (870)/ 330 mil	12/ 37,6/ 8,01 (480)/ 269 mil	8/ 22,8/ 7,15 (700)/ 69 mil	5,8/ 17,5/ 6,2/ 333 mil	4,4/ 12,9/ 12,7/ 199 mil
Ureia/ Creatinina	38/ 0,7	28/ 0,5	30/ 0,48	27/ < 0,4	24/ 0,6	20/ 0,7
VHS/ PCR	43/ 0,2	20/ < 0,80	35/ < 0,80	114/ 64,6	120/ 341,2	125/ 72,9
Ac Anti DNA	Reagente 1:160		Reagente: 1:160	Reagente 1:80	Reagente 1:80	Reagente 1:160
CH50/ C3/ C4	C3= 51/ C4=6 (baixo)		C3=79/ C4=16 (NL)	CH50= 129/ C3= 112/ C4 18,4 (NL)		
TGO/ TGP/ GGT/ FA	27/ 25/ 30/ 100	24/ 22/ 36/ 104	26/ 23/ 33/ 107	44/ 21/ 226/ 126	389/ 141/ 921/ 487	163/ 26/ 913/ 463
Bilirrubinas: BT/ BI/ BD	1,1/ 0,5/ 0,6	0,8/ 0,3/ 0,5	1/ 0,3/ 0,7	0,44/ 0,17/ 0,27	4,55/ 0,88/ 3,67	1,57/ 0,31/ 1,26
Amilase/ Lipase	50/ 48	60/ 54	77/ 50	95/ 97	94/ 96	115/ 142

Tabela 1. Evolução dos exames laboratoriais.

Resultados

Após 5 dias de alta, paciente retorna com hemorragia digestiva alta maciça, na endoscopia mostrou esofagite isquêmica. No mesmo dia paciente apresentou episódios de enteriorização de sangramento e enterorragia de grande quantidade, com anemia severa e instabilidade hemodinâmica. Paciente evoluiu ao óbito.

Conclusões/Considerações Finais

Pela Colite Isquêmica ser uma manifestação rara e grave do Lúpus Eritematoso Sistêmico, a clínica de dor abdominal aguda com ou sem hemorragia digestiva baixa, associada a atividade lúpica, deve ser um sinal de alerta a essa possível complicação. O diagnóstico inicial deve ser feito por TC, podendo mostrar espessamento da parede do cólon. Já a confirmação diagnóstica é por meio da colonoscopia com visualização da mucosa e avaliação da intensidade das lesões. A discussão sobre o tema se torna fundamental não apenas para o conhecimento desta complicação, mas sobretudo visando o diagnóstico e tratamento precoce, minimizando o impacto dessa complicação ao paciente.

Referências Bibliográficas

1. Rus V, Maury EE, Hochberg MC: The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. Dubois lupus erythematosus. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 34-44
2. Rocha A; Malaquias J; Miranda C; Matos H; Ramires A; Coutinho J. Ischemic Necrosis of the sigmoid colon associated with systemic lupus erythematosus. Rev Portuguesa de Proctologia 2017
3. M Gravito Soares; E Gravito Soares; S Lopes; C Sofia. Ischaemic colitis in young adults patients: A centre experience. Rev Portuguesa de Coloproctologia 2015.
4. Medina V; Bulgach V; Lagandara P; Berner E. Colitis isquêmica: una manifestación poco frecuente en el lupus eritematoso sistémico. Arch. argent. pediatri. vol.111 no.2 Buenos Aires abr. 2013

