

Colite isquêmica após colonoscopia de rotina - relato de dois casos

Ischemic colitis after a routine colonoscopy: report of two cases

EDSON JURADO DA SILVA¹, SIDNEY GONÇALVES², MARIA CLAUDIA LIMA DOS SANTOS³

RESUMO

Objetivo: Colite isquêmica após colonoscopia é evento raro. Vamos relatar dois pacientes que tiveram esta evolução. **Apresentação -** Caso 1: Paciente do sexo feminino, 67 anos de idade, DPOC compensado, foi submetida à colonoscopia para prevenção de CCR. Tinha relato de cirurgia pélvica prévia, o preparo de cólon estava bom, os parâmetros fisiológicos permaneceram normais durante procedimento, que foi longo, difícil e com grande distensão gasosa. Seis horas após a alta hospitalar sem eventualidade, iniciou sangramento vivo pelo ânus, que evoluiu com dor abdominal agravada 20 horas após. Abdome flácido, porém doloroso à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo. CT abdominal mostrou espessamento de parede do reto e do sigmoide e coágulos em seu interior. Evoluiu bem com tratamento conservador. Caso 2: Paciente do sexo feminino, 82 anos de idade foi submetida à colonoscopia para procura de tumor sincrônico em pré-operatório de adenocarcinoma de sigmoide. Mucosectomia de adenoma plano de sigmoide foi realizada, seguida de tatuagem com nanquim acima e abaixo da lesão neoplásica no sigmoide. Procedimento realizado sem eventualidade, embora, ao cabo de 3 horas, tenha evoluído com dor, distensão abdominal e suboclusão em nível do tumor primário, confirmada por rotina radiológica. Admitida ao hospital, tratada de forma conservadora sem, no entanto, descompressão colô-

nica. Evoluiu em 20 horas com sinais de irritação peritoneal e laparotomia exploradora, e mostrou-se tratar de colite isquêmica confirmada em hemicolectomia direita. **Conclusão:** Para evitarmos colite isquêmica após colonoscopia, o paciente deverá ter alta com o mínimo de distensão possível após o procedimento.

Unitermos: Isquemia, Cólon, Colonoscopia.

SUMMARY

Introduction: Ischemic colitis following colonoscopy is rare. We report two cases after uneventful colonoscopy. **Presentation -** Case 1: A 67 year old white female with COPD was submitted to screening colonoscopy. She had a previous pelvic surgery. The bowel was well prepared. The blood pressure was kept normal during the procedure that was difficult, time consuming with hyperinflation. Beside this, she was discharged without complain. Six hour later she started to pass bright red blood from the rectum and complaining of abdomen pain that got worse 20 hour later. At this time, the abdomen was soft to palpation with tenderness on the left lower quadrant of the abdomen. Computed tomography (CT) scans showed diffuse wall thickness of the sigmoid and the rectum with blood clot inside the lumen. High Protein C reactive was observed. She had uneventful recovery 5

1. Médico do Serviço de Endoscopia Digestiva da Casa de Portugal - RJ e do Serviço de Coloproctologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado - RJ. **2.** Médico do Serviço de Endoscopia Digestiva da Casa de Portugal - RJ. **3.** Residente R3 do Serviço de Coloproctologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado - RJ. **Endereço para correspondência:** Rua Rodolfo de Souza 105 - Vila Isabel - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20551-270/**e-mail:** edsonjurado@alternex.com.br. **Recebido em:** 02/02/2015. **Aprovado em:** 02/03/2015.

days after a conservative treatment. Case 2: A 82 year old white female with an adenocarcinoma of the sigmoid colon was submitted to a colonoscopy to rule out a synchroid tumor. We performed an endoscopic mucosal resection for a benign lesion of the cecum. A tattoo close to a sigmoid tumor was done to facilitate surgery. The procedure was uneventful and she was discharged without complain. Three hours later she was distressed with abdominal distension and pain. The abdomen was soft and the bowel sounds were hyperactive. She underwent a routine chest and abdominal X ray that disclosed only hyperdistension and no free air. Twenty hours later she got worse with clinical sings of peritonitis. Right hemicolectomy was performed for ischemic colitis.

Conclusion: We describe an Ischemic colitis following an uneventful colonoscopies. Both patients had reduced blood flow with damage to microvasculature probably due to a high intra luminal pressure related to hyperinflation. On the first case the cause was the long procedure time and in the second a partial colonic obstruction due to a sigmoid tumor. As a risk factor we found only a previous abdominal surgery on the first case. It is important to pay attention to a colonoscopic procedure time, hyperinflation and hyperextension. We always should leave the patient with the least possible amount of gas.

Keywords: Ischemia, Colon, Colonoscopy.

INTRODUÇÃO

Colite isquêmica é mais frequente na terceira idade, estando relacionada a fatores de risco, tais como hipovolemia, síndrome de baixo débito em arritmia cardíaca, lesões vasculares, tanto de grandes como de pequenos vasos, cirurgia vascular, uso de certos medicamentos, drogas ilícitas, algumas doenças hematológicas e eventualmente complicação de obstrução intestinal^{1,2,3,4,5,6,7}. Esta publicação tem o objetivo de relatar dois casos de colite isquêmica ocorridos após colonoscopia sem aparente complicação.

RELATO OBJETIVO

Caso 1: HP, 67 anos de idade, sexo feminino, branca, com doença pulmonar obstrutiva crônica compensada. Submeteu-se à colonoscopia para prevenção de câncer colorretal (CCR), tendo bom preparo de cólon e história de cirurgia pélvica anterior.

Sinais vitais mantidos normais durante todo o procedimento realizado sob sedação venosa com anestesiologista. Exame difícil, demorado, com grande insuflação de ar. Não houve proce-

dimento adicional. Obteve alta hospitalar sem queixas, porém 6 horas após iniciou dor abdominal e sangramento vivo pelo ânus. A dor se intensificou cerca de 20 horas mais tarde, sendo agora mais intensa no quadrante inferior esquerdo.

O abdome permanecia flácido, discretamente distendido, com peristalse presente e sem sinais clínicos de pneumoperitônio. CT abdominal evidenciou espessamento difuso da parede do reto e sigmoide, com sangue em seu interior.

Não havia líquido nem gás livre. Proteína C reativa se encontrava alta e o hemograma normal. Sob tratamento conservador teve resolução dos sintomas em 5 dias (figuras 1 e 2).

Figura 1: Mostra CT abdominal e pélvico, evidenciando espessamento da parede do reto e sigmoide além de sangue em seu interior.



Figura 2: Mostra colonoscopia evidenciando reto, sigmoide e cólon transverso normais em exame realizado no dia anterior.



Caso 2: JS, 82 anos de idade, sexo feminino, branca, com diagnóstico prévio de adenocarcinoma de sigmoide, foi submetida à colonoscopia para rastrear lesão sincrônica. Mucosectomia de lesão plana elevada, adenoma tubular plano localizada no ceco foi realizada sem eventualidade, seguido de tatuagem com nanquim em segmento de sigmoide, acima e abaixo da lesão para facilitar ressecção por vídeo. Procedimento realizado sem eventualidade, evoluiu 3 horas após com dor abdominal, distensão e intensa peristalse de luta (timbre metálico à ausculta). Rotina radiológica para abdome agudo evidenciou grande distensão colônica com padrão sugestivo de suboclusão em nível de sigmoide, sem outras particularidades. A paciente foi então admitida ao hospital e cerca de 20 horas após evoluiu com franco abdome agudo com sinais clínicos de irritação peritoneal. Hemicolecotomia direita foi realizada e o diagnóstico de colite isquêmica (figuras 3 e 4).

Figura 3: Mostra a realização de mucosectomia de adenoma tubular plano no ceco.



Figura 4: Mostra adenocarcinoma de sigmóide e tatuagem com nanquim próximo a lesão.



DISCUSSÃO

Evolução para colite isquêmica após colonoscopia sem eventualidade é complicação rara e na nossa experiência só foi observada em 2 doentes, em mais de 15.000 exames realizados. A primeira paciente teve screening para CCR como indicação e, como dado importante, a dificuldade em realizar o procedimento, tempo prolongado e a presença de grande quantidade de ar não drenado ao término do exame. A evolução se deu sem maiores problemas com tratamento conservador, de suporte clínico.

A segunda paciente, 15 anos velha do que a primeira, teve exame mais simples e no tempo habitual. Contudo, a indicação foi para pesquisa de tumor sincrônico como pré-operatório para ressecção de adenocarcinoma em sigmoide. Neste exame realizamos mucosectomia de adenoma plano localizado no ceco e tatuagem com nanquim acima e abaixo do tumor de sigmoide. Cerca de 3 horas após se queixou de dor, apresentando grande distensão abdominal e sinais evidentes de suboclusão em nível de sigmoide, confirmada por imagem radiológica. Foi admitida ao hospital e iniciado tratamento conservador sem, no entanto, termos deixado cateter de grosso calibre ancorado acima da lesão neoplásica primária, com a finalidade de descompressão. Importante salientar, que usamos insuflação de ar em vez de CO₂.

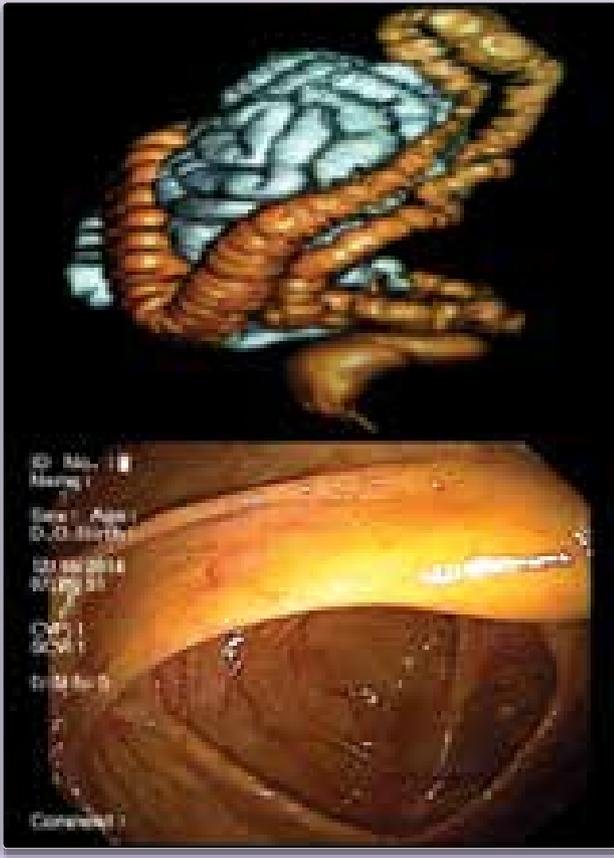
Neste cenário, em paciente idosa com comorbidades, evolução para isquemia com necrose, secundária à compressão vascular, tanto venosa como arterial, face à grande distensão de cólon não drenada, propiciou desfecho isquêmico ao cabo de 23 horas após o término do procedimento.

Em outubro de 2013, no Annual Scientific Meeting and Postgraduate Course do American College of Gastroenterology, o Dr. Lawrence J Brandt fez conferência intitulada: Ischemic colitis: *What is new?*, citando, como uma das causas, a distensão gasosa pós colonoscopia difícil, com evolução para isquemia. Interessante referir que a nossa primeira paciente tinha feito colonoscopia comigo dias antes do meu embarque para o Congresso acima. Evoluiu bem com tratamento conservador, embora tivesse ficado sem rótulo de doença, só percebido após a palestra do Dr. Brandt.

Por estranha coincidência, e é costume se dizer que as doenças aparecem em dupla, tivemos um segundo caso, ocorrido alguns meses depois do nosso retorno do Congresso, motivando nossa apresentação como Pôster no ACG Meeting de 2014 na Philadelphia⁹, isto é, no ano seguinte. Provavelmente, o tumor de sigmoide impediu que o ar retido fosse expulso deixando caminho para a complicação que se seguiu. Há alguns anos vimos usando com sucesso a técnica de *under water colonoscopy*^{8,10,11,12} para casos potencialmente difíceis,

tais como exames incompletos por outros examinadores, cólon longos e redundantes, tais como o da foto de colono virtual (figura 5). Usamos também quando percebemos distensão importante associada à dificuldade, em exame feito por algum colega menos experiente e que nos peça ajuda, ou residente com dificuldade em completar o procedimento. Neste cenário procuramos retirar o máximo de ar, desfazer as alças e trocar o ar por água ou soro fisiológico. A preferência é por água, porém nesta opção necessitamos de bomba injetora. Nos dois casos aqui apresentados, não fizemos a troca de ar por água. No primeiro exame consideramos isso uma falha; no segundo, o problema foi a não realização de descompressão quando percebemos após o procedimento realizado a distensão com suboclusão.

Figura 5: Colonoscopia incompleta em outro hospital e completa conosco pela técnica que consiste em substituir o ar por água.



CONCLUSÕES

Colite isquêmica poderá ocorrer após a realização de colonoscopia e o cenário perfeito para esta evolução é exame difícil, demorado e com grande distensão gasosa. Para evitá-la, ao término do exame, o paciente deverá estar com a menor quan-

tidade de gás possível. Como crítica a este relato, referimos que provavelmente existirá maior número de episódios isquêmicos, que, como na primeira paciente, evoluiu sem seqüela e até sem diagnóstico na primeira instância. Protocolo de pesquisa com base neste relato seria bem vindo. Outrossim, salientamos que não há validade estatística no material aqui apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Becquemin JP, Majewski M, Fermani N, Marzelle J, Desgrandes P, Allaire E et al. Colon ischemia following abdominal aortic aneurysm repair in the era of endovascular abdominal aortic repair. *J Vasc Surg* 2008;47:258-263.
2. Chang L, Tong K, Ameen V. Ischemic colitis and complications of constipation associated with the use of alosetron under a risk management plan: clinical characteristics, outcomes and incidences. *Am J Gastroenterol* 2014;105:866-875.
3. Elramah M, Einstein M, Mori N, Vakil N. High mortality of cocaine-related colitis: a hybrid cohort/case study. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1226-1232.
4. Lee SO, Kim SH, Jung SH, Park CW, Lee MJ, Lee JA et al. Colonoscopic- induced ischemic colitis in patients without risk factors. *World J Gastroenterol* 2014;20:3698-3702.
5. Gratama S, Smedts F, Whitehead R. Obstructive colitis: an analysis of 50 cases and a review of the literature. *Pathology* 1995;27:324-329.
6. Shaheen K, Alrais MC, Marwany H, Elueze E. Illicit drug, ischemic bowel. *Am J Med* 2011;124:708-710.
7. Wheeldon NM, Grundman MJ. Ischemic colitis as a complication of colonoscopy. *BMJ* 1990;301:1080-1081.
8. Da Silva E. Ischemic colitis after a routine colonoscopy: Report of two cases *Am J Gastroenterol* 2014;100:S397.
9. Leung JW, Mann S, Leung FW. Options for screening colonoscopy without sedation- A pilot study in United States Veterans. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:627-631.
10. Leung JW, Mann SK, Siao-Salera R, Ransibrahmanakul K, Lim B, Cabrera H et al. A randomized controlled comparison of warm water infusion in lieu of air insufflations versus air insufflations for aiding colonoscopy insertion in sedated patients undergoing colorectal cancer screening and surveillance. *Gastrointest Endosc* 2009;70:505-510.
11. Leung FW, Harker JO, Jackson G, Okamoto KE, Behbahani OM, Jamgotchian NJ, et al. A proof-of-principle, prospective randomized, controlled trial demonstrating improved outcomes in scheduled unsedated colonoscopy the water method. *Gastrointest Endosc* 2010;72:693-700.
12. Leung FW, Mann SK, Leung JW, Siao-Salera RM, Guy J. The water method is effective in difficulty colonoscopy- It enhances cecal intubation in unsedated patients with history of abdominal surgery *J Interv Gastroenterol* 2011;1:172-176.