

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Angela Hissae Motoyama Caiado¹, Marcos Roberto Menezes², Walther Yoshiharu Ishikawa³, Gabriel Gattás³, Marcos Loreto Sampaio¹, Eduardo Yamashiro¹, Giovanni Guido Cerri⁴

Trabalho realizado no Setor de Emergências do Instituto de Radiologia (InRad) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). 1. Médicos Residentes do Setor de Emergências do InRad/HC-FMUSP. 2. Médico Radiologista, Chefe do Setor de Emergências do InRad/HC-FMUSP. 3. Médicos Radiologistas do Setor de Emergências do InRad/HC-FMUSP. 4. Professor Titular do Departamento de Radiologia da FMUSP, Chefe do InRad/HC-FMUSP. Endereço para correspondência: Dra. Angela H. Motoyama Caiado, Alameda Franca, 318, apto. 23, Jardim Paulista. São Paulo, SP, 01422-000. E-mail: a.motoyama@uol.com.br

Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade, procurou o serviço de pronto-atendimento com quadro progressivo de dor abdominal difusa, distensão abdominal, náuseas e vômitos há cinco dias. Ao exame físico encontrava-se afebril, em regular

estado geral, com dor abdominal difusa à palpação do abdome, e descompressão brusca dolorosa. Antecedente pessoal: lúpus eritematoso sistêmico em vigência de corticoterapia.



Figura 1. Ultra-sonografia abdominal, corte transversal no flanco esquerdo.

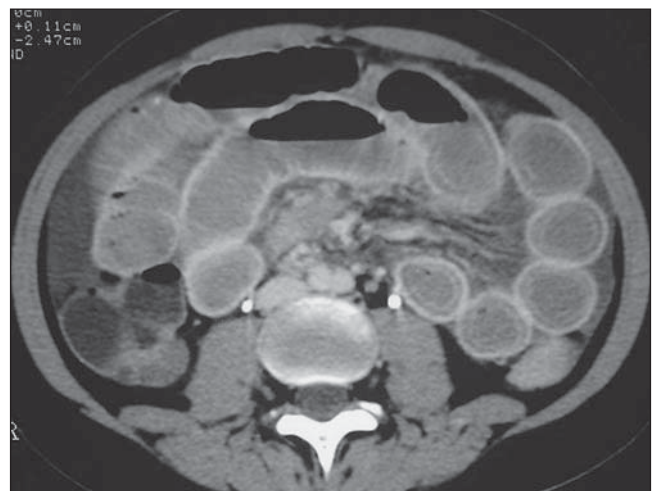


Figura 2. Tomografia computadorizada com contraste intravenoso.



Figura 3. Tomografia computadorizada com contraste intravenoso.



Figura 4. Achados intra-operatórios.

Achados de imagem

Foram realizadas ultra-sonografia e tomografia computadorizada do abdome.

À ultra-sonografia verificou-se espessamento parietal difuso de alças delgadas e do cólon sigmóide, com estratificação das paredes, observando-se aspecto em “alvo”, além de líquido livre na cavidade peritoneal e hepatoesplenomegalia homogênea.

A tomografia computadorizada revelou espessamento parietal difuso com aspecto em “alvo” e realce após a injeção intravenosa de contraste iodado, acometendo alças intestinais ileais e cólon sigmóide. Observaram-se, ainda, volumosa quantidade de líquido livre peritoneal de média densidade, sugerindo alto teor protéico (sangue, pus), e hepatoesplenomegalia.

Foi realizada laparotomia exploradora, constatando-se a presença de líquido hemático viscoso na cavidade peritoneal e numerosas petéquias em vários segmentos de alças ileais. Foi feita inspeção das alças, não se verificando, entretanto, sinais de necrose parietal ou perfuração.

Diagnóstico: *Peritonite lúpica e vasculite mesentérica.*

Iniciou-se pulsoterapia com corticosteróides. A paciente evoluiu com melhora da dor abdominal.

COMENTÁRIOS

As vasculites podem provocar alterações locais ou difusas no trato gastrointestinal (TGI), decorrentes de íleo paralítico, isquemia mesentérica, edema e hemorragia da submucosa, além de estenose ou perfuração intestinal⁽¹⁾. Enquanto a doença vascular oclusiva freqüentemente leva a isquemia, que pode resultar em ulceração e perfuração, a doença vascular não-oclusiva pode levar a extravasamento de líquido, resultando em edema e hemorragia. A extensão e gravidade da doença oclusiva dependem do tamanho e localização do vaso afetado. Quando há acometimento de vasos maiores, as manifestações abdominais da vasculite podem ser indistinguíveis das da isquemia mesentérica causada por êmbolos ou trombose, a menos que haja evidência de manifestação sistêmica associada. No envolvimento das artérias de calibre médio pode ocorrer formação de aneurismas, os quais, mais co-

mumente, ocorrem na poliarterite nodosa. A ruptura desses aneurismas pode levar a hemorragia gastrointestinal ou intra-abdominal. No acometimento de pequenos vasos observa-se, freqüentemente, a formação de úlceras e estenoses, e menos comumente de perfurações.

O envolvimento do TGI está mais freqüentemente associado a poliarterite nodosa (50–70%)⁽²⁾, púrpura de Henoch-Schönlein, poliangeíte microscópica, síndrome de Wegener e síndrome de Churg-Strauss. A vasculite do TGI pode ocorrer em outras doenças, podendo-se classificá-las de acordo com o calibre dos vasos acometidos (Tabela 1)^(1,3).

A vasculite do TGI no lúpus eritematoso sistêmico (LES) é bastante rara (0,2–2%)^(4,5) e na maioria das vezes acompanha doença ativa em outros órgãos.

O LES é caracterizado pela deposição de imunocomplexos que produzem vasculite necrotizante de pequenas artérias, arteríolas e vênulas^(6,7).

Embora sintomas gastrointestinais inespecíficos sejam comuns em pacientes com

LES, a dor abdominal aguda é a manifestação mais freqüente do envolvimento do TGI, podendo ser decorrente de peritonite lúpica, serosite, pancreatite não necrotizante, enteropatia perdedora de proteína ou de vasculite do TGI⁽⁶⁾. A vasculite intra-abdominal resultante de isquemia e infarto do intestino é a apresentação mais comum e mais perigosa⁽⁷⁾.

As radiografias simples ou contrastadas do abdome são comumente normais nas fases precoces da doença⁽⁷⁾. Em alguns casos pode-se observar distensão de alças delgadas com níveis hidroaéreos e, muito raramente, pneumoperitônio decorrente de perfuração e pneumatose intestinal⁽⁶⁾.

A ultra-sonografia pode revelar a presença de espessamento parietal, hepatoesplenomegalia e líquido livre peritoneal.

A tomografia computadorizada é o método de escolha para a avaliação desses pacientes⁽¹⁾. Os achados tomográficos mais comuns na vasculite mesentérica incluem distensão de alças, com envolvimento de segmentos relativamente longos do intestino⁽²⁾, sendo que o acometimento geralmente é multifocal e não confinado a um território vascular único⁽⁷⁾, com espessamento parietal com realce anômalo (duplo halo ou sinal do alvo). Um estudo recente mostra que na isquemia é mais freqüente o envolvimento de segmentos mais longos, com espessamento da parede inferior a 1,0 cm, enquanto na hemorragia intramural os achados mais típicos são o envolvimento de segmentos mais curtos, com espessamento da parede superior a 1,0 cm⁽⁸⁾.

Na vasculite do TGI relacionada ao LES os sítios mais freqüentemente acometidos são o jejuno e o íleo. Embora a vasculite e a deposição de imunocomplexos sejam fenômenos sistêmicos, o envolvimento do reto é infreqüente, devido ao suprimento vascular rico em anastomoses. A pneumatose intestinal é muito rara no LES, tendo sido descrita em apenas seis casos na literatura⁽⁷⁾.

Congestão vascular ou edema do mesentério são achados freqüentes na isquemia relacionada ao LES, além de outros como ascite, linfadenopatia retroperitoneal, hepatoesplenomegalia, hidronefrose e nefrite lúpica^(1,2,7). A hepatoesplenomegalia geralmente se deve à hiperatividade do sistema imune.

Tabela 1 Classificação das vasculites⁽¹⁾.

Grandes vasos
Arterite de células gigantes
Arterite de Takayasu
Vasos de médio calibre
Poliarterite nodosa
Doença de Kawasaki
Vasculite granulomatosa primária do sistema nervoso central
Vasculite de pequenos vasos
<i>Auto-anticorpo anticiclopasma de neutrófilo (ANCA)</i>
Poliangeíte microscópica
Granulomatose de Wegener
Síndrome de Churg-Strauss
<i>Imunocomplexos</i>
Púrpura de Henoch-Schönlein
Crioglobulinemia
Lúpus eritematoso sistêmico
Doença reumatóide
Síndrome de Sjögren
Hipocomplementemia urticariana
Síndrome de Behçet
Síndrome de Goodpasture
Doença do soro
Drogas
Infecções
<i>Vasculite paraneoplásica</i>
Neoplasia linfoproliferativa
Neoplasia mieloproliferativa
Carcinoma
<i>Doença inflamatória intestinal</i>

A pancreatite aguda entra no diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda no paciente com LES. Embora de etiologia desconhecida, acredita-se que as principais causas sejam a oclusão por trombos ou vasculite dos vasos pancreáticos e o uso crônico de corticosteróides.

A angiografia mesentérica é pouco útil no diagnóstico de isquemia mesentérica por LES, pois as alterações típicas ocorrem nos pequenos vasos, porém, em alguns casos pode identificar o sítio de sangramento gastrointestinal e excluir a possibilidade de poliarterite nodosa⁽⁶⁾.

Na ausência de complicações cirúrgicas ou infecciosas, prednisona em altas doses é a terapêutica recomendada no tratamento da vasculite intestinal por LES⁽⁶⁾.

No presente caso a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, pois apre-

sentava sinais de irritação peritoneal e dor abdominal incontrolável, sendo imperativo excluir a possibilidade de perfuração intestinal. Em alguns casos, a diferenciação da dor abdominal por peritonite lúpica daquela por causas que requeiram intervenção cirúrgica é bastante difícil⁽⁹⁾. Com base nos achados intra-operatórios, a paciente teve firmados os diagnósticos de peritonite lúpica e isquemia mesentérica, sem perfuração de alças.

REFERÊNCIAS

1. Ha HK, Lee SH, Rha SE, *et al.* Radiologic features of vasculitis involving the gastrointestinal tract. *RadioGraphics* 2000;20:779-94.
2. Rha SE, Ha HK, Lee SH, *et al.* CT and MR imaging findings of bowel ischemia from various primary causes. *RadioGraphics* 2000;20:29-42.
3. Geboes K, Dalle I. Vasculitis and the gastrointestinal tract. *Acta Gastroenterol Belg* 2002;65:204-12.
4. Wittenberg J, Harisinghani MG, Jhaveri K, Varghese J, Mueller PR. Algorithmic approach to CT diagnosis of the abnormal bowel wall. *RadioGraphics* 2002;22:1093-107.
5. Schoen FJ, Cotran RS. Blood vessels. *In: Cotran RS, Kumar V, Collins T, eds. Robbins Pathologic basis of disease.* 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders, 1999:493-542.
6. Grimbacher MH, Kalden JK, Köhler G, Blum HE, Peter HH. Successful treatment of gastrointestinal vasculitis due to systemic lupus erythematosus with intravenous pulse cyclophosphamide: a clinical case report and review of the literature. *Br J Rheumatol* 1988;37:1023-8.
7. Byun JY, Ha HK, Yu SY, *et al.* CT features of systemic lupus erythematosus in patients with acute abdominal pain: emphasis on ischemic bowel disease. *Radiology* 1999;211:203-9.
8. Macari M, Chandarana H, Balthazar E, Babb J. Intestinal ischemia versus intramural hemorrhage: CT evaluation. *AJR* 2003;180:177-84.
9. Wakiyama S, Yoshimura K, Shimada M, Sugimachi K. Lupus peritonitis mimicking acute surgical abdomen in a patient with systemic lupus erythematosus: report of a case. *Surg Today* 1996;26:715-8.