

Relato de Caso

Tromboembolismo pulmonar em paciente com retocolite ulcerativa

Pulmonary thromboembolism in patient with ulcerative rectocolitis

Rafaela de Lira Machado², Severino Barbosa dos Santos¹, Amanda Renata da Silva Melo³, Carolina da Silva Frazão⁴

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE)

RESUMO

Os autores apresentam o caso de uma paciente de 42 anos, portadora de Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) assintomática há 6 anos, sem tratamento adequado. Foi internada após surgirem sintomas da doença em atividade (febre, astenia, diarreia sanguinolenta), realizou tratamento e recebeu alta. Posteriormente, retornou com queixa de edema em panturrilha esquerda, sendo diagnosticada Trombose Venosa Profunda (TVP) e utilizado heparina, que após 24h foi suspensa pelo fato da paciente ter apresentado hematoquezia intensa. Três dias após, a paciente apresentou quadro de desconforto respiratório e dor torácica, recebendo o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Foi colocado filtro de veia cava inferior e iniciado heparinização com Marevan®, que foi suspenso seis meses depois. Atualmente, encontra-se em acompanhamento no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas (HC) – UFPE, sem queixas, em uso de Sulfasalazina.

Unitermos: Retocolite Ulcerativa Inespecífica. Trombose Venosa Profunda. Tromboembolismo Pulmonar.

SUMMARY

The authors present a case of a 42 year-old patient who developed Inespecific Ulcerative Rectocolitis, being asymptomatic for six years, without adequate treatment. She was interned after the appearance of symptoms of the disease in activity (fever, asthenia, bloody diarrhea). She underwent treatment and was discharged. Afterwards, she returned complaining about edema in the left calf, being diagnosed of a Deep Venous Thrombosis and using heparin that was suspended after 24 hours, because the patient developed intense hematochezia. After three days, the patient had respiratory discomfort and thoracic pain, and was diagnosed of a pulmonary thromboembolism, and was initialized a filter to the inferior vena cava and was used heparinezation with

Marevan®, which was suspended six months later. Nowadays, the patient is accompanied by the Gastroenterology ambulatory of Hospital das Clínicas-Pernambuco, without complaints, using Sulfasalazin.

Keywords: Inespecific Ulcerative Rectocolitis; Deep Venous Thrombosis; Pulmonary Thromboembolism.

INTRODUÇÃO

A RCUI é uma doença do cólon, caracterizada por uma inflamação crônica de causa desconhecida, cujo acometimento inflamatório se dá sempre do reto distal em progressão para o cólon proximal, de forma contínua, podendo atingir diferentes extensões.^{1,2}

A doença pode se manifestar com sintomatologia crônica, com a maioria dos pacientes queixando-se de diarreia com sangue, cólica abdominal, tenesmo e eliminação de muco; ou pode se apresentar de forma fulminante (15%), constituindo um terço da apresentação inicial da retocolite.¹ Cerca de 25-35% dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) apresentarão manifestações extraintestinais: sacroileíte (14%), artrite (10,7%), envolvimento ocular (8%), manifestações mucocutâneas (2,7%), manifestações vasculares (2%).³ Mais de 60% desta última correspondem à trombose venosa e tromboembolismo pulmonar.^{3,4}

Muitos medicamentos que estão disponíveis para o tratamento da doença ativa e para manutenção da remissão são associados a efeitos colaterais importantes.^{1,2}

O relato desse caso tem por objetivo chamar atenção para o grande espectro de condições associadas à RCUI, em especial os processos trombóticos.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, casada, dona de casa, com diagnóstico de RCUI assintomática e sem tratamento por seis anos. Foi internada por quatorze dias ao apresentar exacerbação

1- Professor Adjunto Doutor de Gastroenterologia da FCM-UFPE

2- Residente de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE)

3- Estudante de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas – UFPE

4- Estudante de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas – UFPE

Endereço para correspondência – Severino Barbosa dos Santos – Praça de Casa Forte, 381, Sl. 101, CEP: 52061-420, Casa Forte-Recife - PE, Fone/fax: (81) 32230933, e-mail: santosdr@gmail.com

Recebido em: 22/02/2009 **Aprovado para publicação:** 30/03/2010

da doença (fezes sanguinolentas, febre, astenia, diarreia). Iniciou-se o uso de Sulfassalazina, Prednisona, Ciprofloxacina e Metronidazol. A Retossigmoidoscopia revelou aspecto macroscópico de proctite ulcerada intensa e a histologia evidenciou retite crônica ulcerada intensa. Recebeu alta com controle da sintomatologia com a prescrição de Sulfassalazina e Prednisona.

Oito dias após, queixou-se de edema em panturrilha esquerda com diagnóstico de TVP, quando foi iniciada heparinização plena, cuja suspensão no dia seguinte ocorreu por conta da paciente cursar com hematoquezia intensa. Após 72 horas da suspensão, apresentou quadro de desconforto respiratório e dor torácica em “opressão”, sendo admitida na enfermaria de Gastroenterologia do HC-UFPE. No dia seguinte realizou Cintilografia Pulmonar perfusão/ventilação que evidenciou TEP, quando foi reiniciada heparinização, sem obter anticoagulação plena da forma adequada.

Evoluiu na enfermaria sem sangramentos importantes, no entanto apresentou progressão da extensão da TVP e persistia com queixa de dispneia, além de anemia (Hb= 10,8g/dl), sendo assim transferida para a UTI e submetida à colocação de filtro de veia cava inferior e iniciado heparinização com Marevan®. Uma nova Retossigmoidoscopia evidenciou pontos hemorrágicos e hipermia (sem coleta de material para exame histopatológico).

Paciente recebeu alta, fazendo uso de Sulfassalazina, Prednisona e Marevan®, mantendo o INR em torno de dois (Valor de Referência 0,9 a 1,26). Após seis meses de uso contínuo, foi suspenso o Marevan®.

Atualmente, encontra-se em acompanhamento no ambulatório de Gastroenterologia do HC-PE, sem queixas, em uso de Sulfassalazina.

DISCUSSÃO

O primeiro relato de fenômeno trombótico descrito como complicação da DII foi feito por Bargen e Barter, em 1936.⁷ O evento trombótico na RCUI parece representar atividade da doença. Estudos em pacientes com RCUI em atividade, mostraram elevação dos níveis de plaquetas, fator V e VIII, fibrinopeptídeos e fibrinogênios.⁵ Essas alterações parecem normalizar quando a RCUI responde ao tratamento.⁶

O caso relatado tem sua importância pelo fato da paciente ser portadora de RCUI e ter apresentado um episódio de TVP seguido

de TEP, uma rara manifestação extraintestinal da RCUI. No caso da nossa paciente, a anemia parece ter contribuído para a ocorrência do TEP, assim como a desidratação e o baixo débito cardíaco, que são outras causas implicadas na gênese da trombose.

A administração da heparina, apesar de sugerida como tratamento em RCUI refratária^{8,10}, não encontra embasamento científico até o presente momento, devido ao aumento de complicações por sangramento. Já nos casos em que há RCUI com complicação trombótica, o uso da substância se justifica.^{8,9}

Durante o tratamento da RCUI, vários outros fatores podem predispor a trombose. É descrito que o uso concomitante de Sulfassalazina e Azatioprina pode acarretar resistência ao Warfarin, causando aumento na sua dose eficaz.^{10,11} O tratamento com corticosteroides afeta a coagulação, e a redução da atividade fibrinolítica pode ocorrer com tratamento de longa data, predispondo, então, a eventos trombóticos.¹²

Nossa paciente, quando instituído o tratamento com heparinização plena, não respondeu satisfatoriamente, apresentava-se ainda dispnéica e com progressão da TVP em panturrilha esquerda. Adicionalmente a esse fato, houve ainda a dificuldade técnica de obter anticoagulação efetiva, justificando, portanto, a decisão de colocação do filtro de veia cava inferior.

A importância de se frisar nos pacientes de DII a necessidade de acompanhamento regular e tratamento adequado fica evidente. A paciente referida passou seis anos sem nenhum tipo de acompanhamento, e após esse período, evoluiu com RCUI na sua forma grave e com uma de suas complicações potencialmente fatais.

CONCLUSÕES

A RCUI caracteriza-se por uma inflamação crônica do cólon de etiologia desconhecida. Alguns pacientes com DII desenvolvem um estado de hipercoagulabilidade que se manifesta com TVP e, eventualmente, com TEP, o que representa 2% de suas manifestações extraintestinais. Esses eventos tromboembólicos podem ser agravados pelo uso dos medicamentos disponíveis para o tratamento da própria doença ativa e para manutenção da sua remissão.

REFERÊNCIAS

1. Brito CA, Filgueira NA, Liberato IRO. Doenças Inflamatórias Intestinais: Condutas em Clínica Médica. 3 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2004: 314-328.
2. Judge TA, Lichtenstein GR, Inflammatory Bowel Disease: Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology, 2 ed., 2003: 108-130.

3. Danzi JT. Extraintestinal manifestation of idiopathic inflammatory bowel disease. *Arch Inter Med.* 1988; 148: 297-302.
4. Jain S, Bhatt P, Muralikrishna GK, Malhotra P, Kumari S, Varma S. Extensive arterial and venous thrombosis in a patient with ulcerative colitis-A case report. *Medscape General Medicine.* 2005; 7 (2): 10.
5. Barga JA, Barker NW. Extensive arterial and venous thrombosis complicating chronic ulcerative colitis. *Arch Intern Med.* 1936; 58: 17-31
6. Wakefield A, Cohen Z, Levy G. Procoagulant activity in gastroenterology. *Gut.* 1990; 31: 239-241.
7. Folwaczny C, Fricke H, Endress S, Hartmann G, Jochum M, Loeschke K. Anti-inflammatory properties of unfractionated heparin in patients with highly active ulcerative colitis: a pilot study. *Am J Gastroenterol.* 1997; 92: 911-912.
8. Srivastava AK, Khanna N, Sardana V, Gaekwad S, Prasad K, Behari M. Cerebral venous thrombosis in ulcerative colitis. *Neurol India.* 2002; 50: 215-217.
9. Cundiff DK. Review article - anticoagulation therapy for venous thromboembolism. *Medscape General Medicine.* 2004; 6 (3). Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/487577> Accessed April 7, 2005.
10. Teefy AM, Martin JE, Kovacs MJ. Warfarin resistance due to sulfasalazine. *Ann Pharmacother.* 2001; 35:506
11. Havrda DE, Rathbun S, Scheid D. A case report of warfarin resistance due to azathioprine and review of literature. *Pharmacotherapy.* 2001; 21:355-357
12. Paradis K, Bernstein ML, Adelson JW. Thrombosis as a complication of inflammatory bowel disease in children. A report of four cases. *J Pediatr Gastroenterol nutr.* 1985; 4:659-662.