Megacolon Tóxico
Toxic Megacolon

Ana M. Gonçalves[1] (https://orcid.org/0000-0001-7048-8548), Grace Staring[2] (https://orcid.org/0000-0001-8208-2940), Luciana Frade[3] (https://orcid.org/0000-0003-4762-7081)

Palavras-chave: Choque Séptico; Megacólon Tóxico.

Keywords: *Megacolon, Toxic; Shock, Septic .*

Homem de 75 anos, caucasiano, com antecedentes de miastenia gravis, sob piridostigmina, hipertensão arterial e obesidade; admitido no SU com quadro de cansaço, vómitos, distensão abdominal e febre (38,8ºC). Na observação no SU apresentava-se vígil, pressão arterial 112/74 mmHg, FC 128bpm, saturação periférica: 98% em ar ambiente, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações; abdómen com ruídos hidroaéreos presentes, muito distendido, timpanizado e doloroso à palpação. Analiticamente destacava-se: Hemoglobina: 11,3 g/dL, leucócitos: 16170/uL com 91% de neutrófilos, PCR 28,9 mg/dL, potássio: 2,8 mmol/L. Foi internado em SO para vigilância e estudo etiológico do quadro, tendo evoluído nas 48 horas seguintes em choque séptico, com falência multiorgânica, tendo sido admitido na UCI. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica, que revelou uma marcada dilatação do cólon sigmoide até ao colon descendente (diâmetro máximo 16 cm) sem obstrução mecânica. Foi isolada *Escherichia coli* em hemoculturas. Admitiu-se quadro séptico com ponto de partida em peritonite, secundária a translocação bacteriana motivada por megacólon tóxico. Foi submetido a laparotomia com colectomia da porção dilatada do cólon (Fig.s 1 e 2). Evoluiu em choque refractário, vindo posteriormente a falecer.

O megacólon tóxico consiste na dilatação total ou segmentar do colon, não obstrutiva, associada a quadro tóxico sistémico.[1] Esta entidade frequentemente relacionada com a doença inflamatória intestinal, pode, no entanto, surgir em diversos contextos que impliquem um processo inflamatório do cólon.[2] Dentro dos vários factores precipitantes associados, destacam-se a hipocaliemia, o uso anticolinérgicos ou opioides.[3] Os critérios de diagnóstico incluem a presença de dilatação cólica na radiografia abdominal (acima de 6 cm) e pelo menos 3 dos seguintes: temperatura acima dos 38ºC,



Figura 1: Cólon descendente e sigmoide durante a laparotomia exploradora.

[1]Serviço de Medicina I, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.
[2]Serviço de Medicina A, Hospital de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras, Portugal.
[3]Unidade Funcional III, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

DOI: 10.24950/I/60/21/3/2021



Figura 2: Peça cirúrgica: porção do cólon descendente e sigmoide.

FC acima dos 120 bpm, leucocitose com neutrofilia, anemia e pelo menos, um dos seguintes: desidratação, alteração do estado de consciência, alterações eletrolíticas ou hipotensão.[4] O presente caso descreve um quadro de choque séptico em contexto de megacólon tóxico de etiologia não esclarecida, potenciado pela administração crónica de anticolinérgicos e hipocaliemia. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.
Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship
Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.
Patient Consent: Consent for publication was obtained.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:
Ana Gonçalves– amlgonc@gmail.com
Serviço de Medicina I, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.
IC19, 2720-276 Amadora

Received/Recebido: 22/02/2021
Accepted/Aceite: 02/03/2021

Publicado / Published: 21 de setembro de 2021

REFERÊNCIAS

1. Sheth G, LaMont T. Toxic megacolon. Lancet. 1998; 351:509-13. doi:10.1016/s0140-6736(97)10475-5
2. Ciccocioppo R, Corazza GR. In-hospital mortality for toxic megacolon. Intern Emerg Med. 2018;13:837-8. doi: 10.1007/s11739-018-1919-6.
3. Tariq S, Farooq A, Ali I, Wijesinghe H. Toxic colonoscopy - how investigating active inflammatory bowel disease can lead to the serious complication of toxic megacolon. BMJ Case Rep. 2015: 22;2015:bcr2015209769. doi:10.1136/bcr-2015-209769.
4. Autenrieth D, Baumgart D. Toxic megacolon. Inflamm Bowel Dis. 2012;18:584-91. doi: 10.1002/ibd.21847.