
RELATO DE CASO

Angiodisplasia do Intestino Delgado: revisão da literatura e novas perspectivas.

Angiodysplasia of Small Bowel: review of literature and new perspectives.

Vinicius Negri Dall’Inha¹, João Carlos Ribas²

Resumo

A angiodisplasia do Intestino Delgado é responsável por cerca de 41% das causas de Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) comprovadamente provenientes deste sítio anatômico⁽⁹⁾. No entanto, por ser rara na população em geral, nem sempre é pensada no diagnóstico diferencial e, como no caso a ser exposto abaixo, pode ser causa de sangramento volumoso, levando o paciente ao óbito caso não haja uma conduta agressiva por parte do cirurgião. O relato subsequente mostra paciente de 31 anos, sexo masculino, que apresenta-se na emergência com quadro de enterorragia de grande monta, aguda, cólicas abdominais, lipotímia, tonturas e vômitos associados. É admitido na UTI onde evolui com instabilidade hemodinâmica, choque hipovolêmico não responsivo inicialmente com reposição volêmica e transfusões sanguíneas, mas que cedeu com o uso de drogas vasoativas. Durante a internação, realizou inúmeros exames diagnósticos cujos resultados não evidenciaram o local do sangramento. Persistiu com o sangramento abundante e, devido a inconclusão diagnóstica do quadro clínico foi optado pelo tratamento cirúrgico, que evidenciou lesão angiodisplásica em jejuno, ressecada sem intercorrências, com melhora total da enterorragia e com boa evolução no pós-operatório.

Descritores:

1. Abdome agudo;
2. Angiodisplasia;
3. Cirurgia do aparelho digestivo;
4. Intestino delgado

Abstract

Angiodysplasia of small bowel is responsible about 41% of causes of Lower Gastrointestinal Bleeding with demonstrably origin in this anatomical site⁽⁹⁾. However, because the lesion is rare in the general population, it is not always considered in the differential diagnostic and, as the case to be exposed below, can be cause of substantial bleeding, leading to the patient’s death if any strong effort be taken by the surgeon. The subsequent case shows a 31 years-old patient, male, who presents himself in the emergency room with a clinical case of acute enterorrhagia in large mount, abdominal colics, lipotimia, dizziness and vomiting. He’s admitted in the ICU, where evolves with hemodynamic instability, hypovolemic shock not responsive initially to volemic resuscitation and blood transfusions, but that improves with use of vasoactive drugs. During his stay at the hospital, took many diagnostic exams which results didn’t evidenciate the bleeding point. He persisted with the large bleeding and, due to an inconclusive clinical diagnostic, it was chosen a surgical treatment that revealed angiodysplasic lesion in jejunum, resected without complications, with total resolution of enterorrhagia and good evolution in the immediate follow-up.

Keywords:

1. Acute addominal pain;
2. Angiodysplasia;
3. Surgery of digestive tract;
4. Small bowel .

1. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Governador Celso Ramos

2. Cirurgião Plantonista do Hospital Florianópolis / Cirurgião do Aparelho Digestivo (TCBC/SOBED)

Introdução

Angiodisplasias são anormalidades vasculares caracterizadas por ectasias de vasos submucosos da parede do trato gastrointestinal, de origem ainda muito discutida por toda literatura. Os primeiros estudos abordavam principalmente a doença presente no estômago e intestino delgado, às quais denominavam ectasia vascular, malformação arteriovenosa e angiectasia⁽¹⁾. A partir de 1960, com a primeira demonstração angiográfica da lesão por Margulis somada ao advento da angiografia seletiva como método diagnóstico por Baum, foi possível ampliar seu diagnóstico e demonstrar a real importância desta enfermidade como etiologia das hemorragias digestivas baixas (HDB)⁽²⁾. O primeiro estudioso a usar o termo angiodisplasia e abordá-la tal como compreendemos foi Galdabini, em relato de caso no Massachussets General Hospital, em 1974⁽³⁾. A real incidência e prevalência da angiodisplasia persistem controversas, devido a muitos casos permanecerem assintomáticos ao longo do tempo – com valores de prevalência entre 0,83% até 67% - ⁽⁴⁾, no entanto, estudos apontam que a mesma é causa de 6% das hemorragias digestivas baixas, sendo achado incidental em mais de 40% das colonoscopias realizadas para investigação de doenças intestinais⁽⁵⁾.

O padrão de acometimento na Angiodisplasia do Intestino Delgado nos chama a atenção por algumas características particulares da doença neste local – origem provavelmente congênita, afetando pacientes jovens ou adultos jovens, com lesão geralmente extensa e por vezes múltipla, inclusive em outros locais do trato gastrointestinal.

Tal relato visa recordar a importância de arrolar dentre as hipóteses diagnósticas de HDB a Angiodisplasia do Intestino Delgado, que apesar de rara em adultos jovens, como no caso ser descrito, pode levar a enterorragia maciça com consequências catastróficas para o paciente, caso não haja seu manejo de forma rápida e agressiva pelo cirurgião emergencista.

Relato de Caso

O paciente em questão, 31 anos, sexo masculino, motorista, apresentou-se na Emergência do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, em São José-SC, com quadro de enterorragia de grande volume, há mais de 24 horas, precedida de cólicas abdominais, com lipotímia, tonturas e vômitos associados. Citava história de “gastrite” (sic) e de enterorragias de repetição, há cerca de dois anos, porém que eram de pequena monta e cessavam espontaneamente.

Foi transferido à Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

do Hospital Florianópolis devido a gravidade do quadro, levando o mesmo a instabilidade hemodinâmica e choque hipovolêmico. Na admissão apresentava uma palidez cutâneo-mucosa intensa (+++/4+), taquicardia (FC = 110 bpm), pressão arterial de 100 X 70 mmHg, com pulsos filiformes e extremidades frias e sudoréicas. Abdômen levemente doloroso a palpação, sem visceromegalias e massas palpáveis, com ausência de irritação peritoneal. Ao toque retal, houve presença de sangue vivo na luva.

Já havia recebido até o momento, 5 Concentrados de Hemácias, apresentando um Hematócrito(Ht) de 15,1% e Hemoglobina(Hb) de 5,1 g/dL e na UTI persistiu com a enterorragia de grande monta, e apesar da tentativa de ressuscitação volêmica com cristalóides (2000 mL) e Concentrado de Hemácias (2U) evoluiu com choque hipovolêmico no segundo dia de internação na UTI, mas que cedeu com drogas vasoativas e medidas suportivas. No intervalo entre os dois primeiros dias de internação foi realizado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que não mostrou evidência de sangramento digestivo alto, e que segundo o endoscopista se enquadrava dentro da normalidade.

Foi solicitado também para elucidação do quadro uma Arteriografia Seletiva de Ramos Aórticos, cujo laudo foi inconclusivo, sem evidências de sangramento ativo durante o exame.

Permaneceu estável hemodinamicamente na UTI, realizando ainda Tomografia de Abdome que mostrou Derrame Pleural com atelectasia de lobos inferiores, imagem sugestiva de pequenos Infartos em Baço, pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, e ausência de lesões expansivas nas alças intestinais e, por fim, Colonoscopia que evidenciou mucosa colônica de aspecto normal, apesar de presença de sangue vivo no lúmen, não sendo visualizado o ponto de sangramento, e ao chegar no cecum, grande quantidade de coágulos o preenchendo, não sendo possível afirmar se o sangramento era proveniente do mesmo, ou da válvula íleo-cecal.

Foi solicitada avaliação cirúrgica durante o quadro, que indicou tratamento expectante inicialmente, mas que por persistência da perda sanguínea e pelos exames de imagem complementares não esclarecerem a causa, foi indicado posteriormente uma Laparotomia Exploradora a fim de realizar o diagnóstico e tratamento da afecção abdominal. Através de uma incisão mediana transumbilical, foi abordado o trato gastrointestinal em busca do sítio do sangramento, e a cerca de 3 metros do ângulo de Treitz, no intestino delgado, foi achada uma lesão angiodisplásica (Figuras 1-4), com hiperemia transmural evidente. Foi optado então por uma enterectomia de 10 cm no segmento de jejuno, ressecando o sítio da lesão e reconstruído o trânsito intestinal com uma enteroanastomose término-terminal.



Figura 1 - Lesão angiodisplásica em jejuno.



Figura 4 - Peça aberta mostrando ponto de sangramento



Figura 2 - Lesão angiodisplásica em jejuno (aproximada).



Figura 3 - Peça aberta mostrando erosão mucosa com ponto de sangramento com equimose local.

O anatomopatológico da lesão evidenciou segmento intestinal com ectasia vascular parietal, com edema acentuado e erosões mucosas focais; o histopatológico demonstrou a presença de ectasia de vasos em toda a submucosa da lesão, sugerindo como diagnóstico Angiodisplasia de Intestino Delgado.

Discussão e atualização da literatura

A Angiodisplasia do Intestino Delgado é uma causa incomum de HDB, por acometer principalmente adultos jovens com história familiar positiva, o que demonstra o caráter congênito da doença. Devido a tais lesões acometerem diversos segmentos do trato gastrointestinal, Moore et. al⁽⁶⁾. classificaram as diferentes malformações arterio-vasculares (MAV's) baseados na apresentação angiográfica das lesões em três tipos: Tipo I, ou solitária, que costuma acometer o cecum e cólon direito em pacientes idosos; Tipo II, MAV's caracterizadas por serem extensas e acometerem principalmente o intestino delgado de pacientes jovens, com origem provavelmente congênita – onde classifica-se a lesão do presente caso; e a Tipo III, MAV's puntiformes, caracterizadas por não obedecerem um padrão de acometimento e podendo se distribuir por todo o trato gastrointestinal.

Estudos citam que o Intestino Delgado é causa rara de sangramento gastrointestinal oculto, exteriorizando-se como hematoquezia na frequência de 2 a 9% dos casos⁽⁷⁾, e que as MAV's Tipo II são a 6ª causa mais comum de HDB⁽⁸⁾. Tal comportamento é explicado por cerca de 80% das HDB pararem espontaneamente com taxas de res-sangramento em até 25% dos pacientes⁽⁸⁾, o que torna o diagnóstico dessa doença um desafio ao médico assistente e ao cirurgião que estejam abordando o caso.

Prakash et Zuckerman, em estudo com 29 pacientes acometidos por HDB comprovadamente proveniente do

intestino delgado, evidenciaram a angiodisplasia como a causa mais comum de sangramento, atingindo cerca de 41% dos pacientes, e em cerca de 31% dos pacientes não houve diagnóstico etiológico do sangramento, a despeito da localização da fonte de sangramento ser o intestino delgado, o que acaba muitas vezes protelando o manejo do paciente tanto para com o tratamento suportivo inicial bem como sua abordagem definitiva. Tal dificuldade gera aumento do tempo de internação hospitalar, maior número de transfusões necessárias para o suporte hemodinâmico do paciente, e o uso de uma gama extensa de exames diagnósticos, a fim de esclarecer o local exato do sangramento, o que torna custosa a abordagem de tais pacientes⁽⁹⁾. Esta dificuldade acaba ficando nítida no caso descrito anteriormente, diante do uso dos diversos exames diagnósticos mas que no entanto se mostraram frustrados para evidenciar o sítio de sangramento, bem como o alto custo do manejo clínico de um paciente admitido na UTI.

Hoje a principal discussão no campo da angiodisplasia de intestino delgado são os exames diagnósticos bem como as armas terapêuticas empregadas para abordagem da lesão. Inúmeros estudos comparando os principais exames diagnósticos foram feitos desde o início da última década, quando foi introduzida uma nova ferramenta extremamente eficiente para o estudo destas lesões: a Cápsula Endoscópica. Outros exames usados rotineiramente no estudo do intestino delgado englobam a Angiografia Seletiva de Ramos Aórticos, a Tomografia Computadorizada com Angiografia e a Enteroscopia com Duplo ou Único Balão – que neste caso também pode ser usado na terapêutica de algumas lesões.

Um estudo publicado recentemente comparando o uso da Cápsula Endoscópica(CE) versus Angiografia e Tomografia Computadorizada com Angiografia (TCA) para diagnóstico de sangramento gastrointestinal obscuro, mostrou que a CE é superior a todos os outros exames, tanto estejam eles sozinhos ou associados. A CE foi efetiva para esclarecimento do diagnóstico em 72% dos pacientes, contra 68% da TCA + Angiografia, 56% da Angiografia Seletiva e contra 24% da TCA, sendo que a CE foi efetiva para diagnosticar o sítio de sangramento em 63% e 55% dos exames negativos na Angiografia e na TCA, respectivamente⁽¹⁰⁾.

Outro eficiente método de diagnóstico e, sobretudo, terapêutica, é a Enteroscopia com Duplo ou Único Balão, que na maioria dos estudos se mostra inferior no diagnóstico do sítio de sangramento^(8,11,13) mas que no entanto permite uma abordagem terapêutica adequada em várias doenças que acometem o intestino delgado, tais como Angiodisplasias, Pólipos, Úlceras, Estenoses, entre outros achados. Inúmeros estudos citam o benefício

da associação dos dois métodos, CE e Enteroscopia, para diagnóstico e terapêutica das doenças que acometem tal segmento do trato gastrointestinal^(13,14).

Assim, a CE pode ser considerada como exame ouro para diagnóstico da fonte de sangramento obscuro gastrointestinal^(8,10,11,13), no entanto, ainda possui alguns entraves para sua utilização de rotina nos serviços dos hospitais de nosso país, por possuir um alto custo operacional que a maioria das instituições não conseguiria suportar. A partir deste raciocínio, talvez a melhor opção custo-benefício para o diagnóstico da Angiodisplasia de Intestino Delgado seja a Arteriografia Seletiva de Ramos Aórticos, ou a associação entre TCA e Angiografia, que atingiu quase a mesma porcentagem diagnóstica atingida pela CE no estudo acima. Partindo de tal pressuposto, é compreensível e justificável a conduta utilizada pelo cirurgião diante do quadro e das limitações impostas pela condição da maioria dos hospitais públicos do país.

Estudos recentes sugerem que a Tomografia Computadorizada Multi-Slice possa ter um potencial futuro como exame diagnóstico, no entanto, ensaios clínicos prospectivos randomizados são necessários para esclarecer adequadamente qual o real valor dessa abordagem nos sangramentos obscuros gastrointestinais^(12,15).

Outros métodos terapêuticos de abordagem das lesões no intestino delgado ficam restritos ao uso da Arteriografia para Embolização Superseletiva de Ramos da Artéria Mesentérica Superior, de difícil execução e dependente de um angiografista hábil; e a ressecção cirúrgica, após identificação intra-operatória do segmento intestinal acometido pela Angiodisplasia e indicada essencialmente perante a instabilidade do quadro clínico do paciente com HDB, ou após os exames não-invasivos e invasivos iniciais mostrarem-se negativos – como exemplificado pelo presente relato de caso.

Diante do exposto, tal relato de caso serve para salientar a necessidade de que a hipótese diagnóstica da Angiodisplasia de Intestino Delgado seja pensada, através de dados epidemiológicos e diante de exames de imagem inconclusivos, pois apesar de ser rara, pode ser causa importante de HDB maciça e levar o paciente rapidamente à óbito, caso medidas de suporte hemodinâmico ou até mesmo a abordagem cirúrgica da lesão sejam adotadas tardiamente.

Referências

1. Schwartz, S. Princípios de cirurgia. 6.ed. Vol.1,pg 1096-1097; Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1996
2. Baum S, Nusbaun WS, Blakemore WS, Finkelstein AK, The preoperative radiographic demonstration of intra-abdominal

- bleeding from undetermined sites by percutaneous selective celiac and superior mesenteric arteriography. *Surgery* 1965 58: 797-805
3. Galdabini JJ, Waitman AC, Norellio PA, Greenfield AJ, Ezreleta M. Angiodysplasia of the colon: a cause of rectal bleeding. *J Cardiovasc Radiol* 1978;1:3-13
 4. Danesh BJ, Spiliadis C, Williams CB, Zambartas CM, Angiodysplasia – an uncommon cause of colonic bleeding: colonoscopic evaluation of 1,050 patients with rectal bleeding and anemia; *Int J Colorectal Dis.* 1987 Nov;2(4):218-22.
 5. S Kheterpal; Angiodysplasia: a review; 1991 *J R Soc Med*, 84: 615-618
 6. Moore JD, Thompson NW, Appelman HD, Foley D (1976). Arteriovenous malformations of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 111: 381–389
 7. Zuccaro G. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(8): 1202–1208.
 8. Vernava AM 3rd, Moore BA, Longo WE, Johnson FE (1997) Lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 40: 846–858
 9. Prakash C, Zuckerman GR. Acute small bowel bleeding: a distinct entity with significantly different economic implications compared with bleeding from other locations. *Gastrointest Endosc* 2003;58:330-5.
 10. Saperas E, Dot J, Videla S, Alvarez-Castells A, Perez-Lafuente M, Armengol JR, Malagelada JR. Capsule Endoscopy Versus Computed Tomographic or Standard Angiography for the Diagnosis of Obscure Gastrointestinal Bleeding; *Am J Gastroenterol* 2007;102:731–737
 11. Ell C, Remke S, May A, Helou L, Henrich R, Mayer G. The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding; *Endoscopy.* 2002 Sep;34(9):685-9.
 12. B. P. Page, D. S. Murphy, G. J. Dewar; The potential role of spiral computed tomography in acute gastrointestinal bleeding; *Surgeon.* 2008 Aug;6(4):244-8.
 13. Kamalaporn P, Cho S, Basset N, Cirocco M, May G, Kortan P, Kandel G, Marcon N.; Double-balloon enteroscopy following capsule endoscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding: outcome of a combined approach; *Can J Gastroenterol.* 2008 May;22(5):491-5.
 14. May A, Nachbar L, Pohl J, Ell C; Endoscopic interventions in the small bowel using double balloon enteroscopy: feasibility and limitations; *Am J Gastroenterol.* 2007 Mar;102(3):527-35.
 15. Jaeckle T, Stuber G, Hoffmann MH, Freund W, Schmitz BL, Aschoff AJ; Acute gastrointestinal bleeding: value of MDCT; *Abdom Imaging.* 2008 May-Jun;33(3):285-93.