

TIFLITE (ENTEROCOLITE NEUTROPÊNICA)

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autor:

Guilherme Castilho Sorensen de Lima – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina;

Autor correspondente: Guilherme Castilho Sorensen de Lima;

Palavras-Chave: Tiflíte e Colite;

URL: <https://brad.org.br/article/4180/pt-BR/tiflite--enterocoliteneutropenica>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a3

RESUMO

Apresentação de um caso de tiflíte, ou enterocolite neutropênica, em paciente com quadro de neutropenia febril e investigação de leucemia mieloide aguda. O padrão de inflamação acometendo o ceco, cólon ascendente e, em algumas vezes, o íleo terminal, bem como os dados da história clínica são fundamentais para a suspeição dessa hipótese diagnóstica.

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente em investigação de leucemia mieloide aguda com história de dor abdominal, febre e astenia há cerca de uma semana. Os exames laboratoriais indicaram neutropenia grave. O paciente evoluiu com choque séptico refratário às medidas clínicas e faleceu sete dias após a internação hospitalar.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Na admissão do paciente foi realizada uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com o uso de contraste iodado endovenoso evidenciando um importante espessamento parietal circunferencial acometendo desde o ceco e íleo distal (figuras 3 e 5) e se estendendo pelo cólon ascendente até a flexura hepática (figuras 1 e 2). Destaca-se a ainda a estratificação das camadas parietais, com aumento do realce mucoso e hipotenuação da camada submucosa, relacionado ao edema, associado a densificação da gordura

pericecal e pericolônica e pequena quantidade de líquido livre adjacente (figuras 4 e 5). Não foram observadas complicações como pneumatose intestinal, abscessos/coleções ou sinais de perfuração de alça.

DISCUSSÃO

Tiflíte, também conhecida como enterocolite neutropênica (EN), é uma condição severa descrita inicialmente em pacientes pediátricos com leucemia, mas que também acomete pacientes adultos portadores de doenças hematológicas ou outras condições imunossupressoras, como linfoma, mieloma múltiplo, anemia aplásica, transplante de órgãos, AIDS e pacientes em quimioterapia [1]. É uma doença caracterizada pelo edema e inflamação acometendo sempre o ceco e comumente se estendendo para cólon ascendente e íleo terminal. A sua fisiopatologia ainda não é completamente conhecida, entretanto os elementos principais para seu surgimento parecem ser a lesão da mucosa intestinal associada ao estado de imunossupressão e neutropenia dos pacientes que, em combinação, levam ao edema parietal e comprometimento da mucosa da alça, tornando-a assim mais susceptível ao desenvolvimento de infecção [1].

Outros fatores como isquemia, hemorragia e até infiltração neoplásica parecem estar envolvidos [2]. Os sintomas são inespecíficos, sendo os mais comuns: febre, dor abdominal

e diarreia. Náusea, vômito e distensão abdominal também podem estar presentes [1]. Em relação aos achados de imagem, a Tomografia Computadorizada é a modalidade de escolha na avaliação de pacientes com EN, com o aspecto característico já descrito nos achados radiológicos. Adicionalmente podem ser avaliadas complicações como pneumatose intestinal, abscessos/coleções e sinais de perfuração de alça, sendo útil tanto para avaliar a resposta ao tratamento quanto a necessidade de abordagem cirúrgica. Os achados de imagem na radiografia podem demonstrar dilatação do cólon e da região ileocecal, preenchida com líquido ou gás [3,4], enquanto a ultrassonografia pode ser útil, principalmente na população pediátrica, demonstrando o espessamento parietal das alças acometidas com hiperecogenicidade da camada submucosa, com o aspecto "em alvo". Achados auxiliares como presença de líquido livre na cavidade, hiperecogenicidade da gordura mesentérica adjacente e alterações na peristalse e vascularização da alça podem ajudar no diagnóstico [4]. Em relação ao diagnóstico diferencial, muitas outras condições podem apresentar quadro clínico e radiológico semelhante, como a doença de Crohn, causas infecciosas (colite pseudomembranosa, tuberculose), inflamatórias (apendicite, diverticulite cecal) e até mesmo neoplásicas (linfoma). Desse modo, a história clínica do paciente, notadamente o

seu antecedente pessoal apresentando alguma condição imunossupressora tem papel fundamental para a correta suspeição diagnóstica de EN.

LISTA DE DIFERENCIAIS

- Apendicite;
- Doença de Crohn;
- Diverticulite cecal;
- Tuberculose do trato gastrointestinal;
- Colite pseudomembranosa.
- Linfoma do trato gastrointestinal.

DIAGNÓSTICO

- Tiflite (enterocolite neutropênica);

APRENDIZADO

Diante de um paciente neutropênico com quadro clínico de febre e dor abdominal a possibilidade de tiflite, ou enterocolite neutropênica, deve ser considerada. Os achados de imagem incluem um espessamento parietal mais comumente envolvendo o ceco e cólon ascendente e, eventualmente, o íleo terminal. O reconhecimento precoce dessa condição é essencial para diminuir os riscos de evolução desfavorável com complicações como coleções/abscessos, necrose transmural e perfuração da alça acometida.

REFERÊNCIAS

- 1. Rodrigues FG, Dasilva G, Wexner SD. Neutropenic enterocolitis. World J Gastroenterol 2017; 23(1):42-7.
- 2. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. Radiographics 2000; 20(2):399-418.
- 3. Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. Radiology 2006; 240(3):623-38.
- 4. Tamburrini S, Setola FR, Belfiore MP, et al. Ultrasound diagnosis of typhlitis. J Ultrasound 2019; 22(1):103-6.

IMAGENS

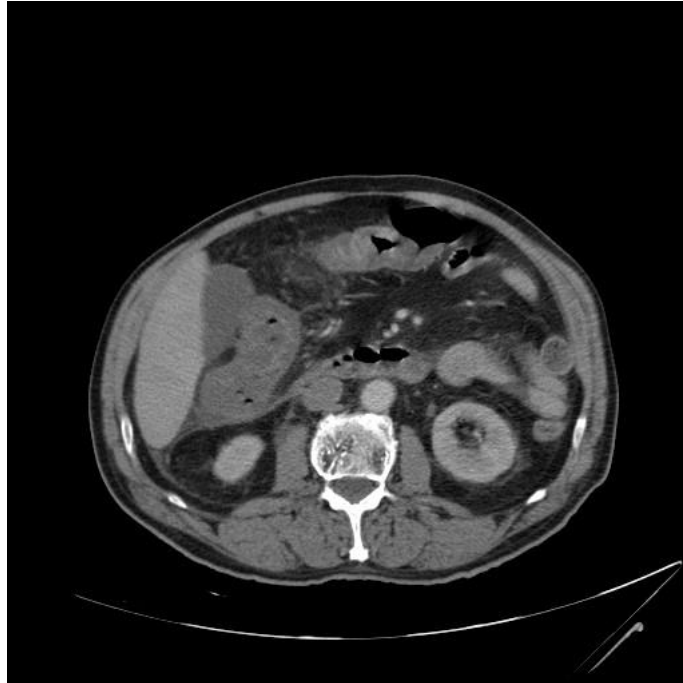


Figura 1. Imagem axial de TC do abdome e pelve com contraste EV demonstrando acentuado espessamento parietal do cólon ascendente/flexura hepática, associado a densificação do tecido adiposo pericolônico e pequena quantidade de líquido adjacente.

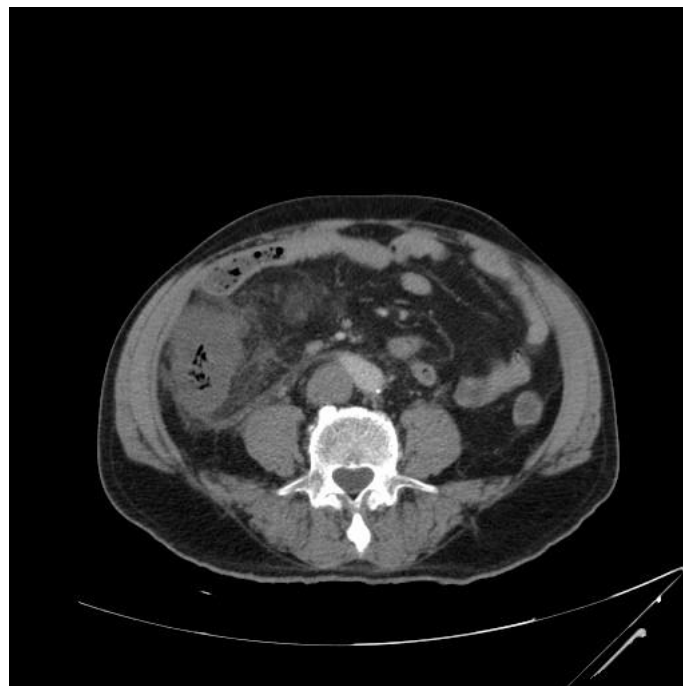


Figura 2. Imagem axial de TC do abdome e pelve com contraste EV demonstrando acentuado espessamento parietal do cólon ascendente, associado a densificação do tecido adiposo pericolônico e pequena quantidade de líquido adjacente.

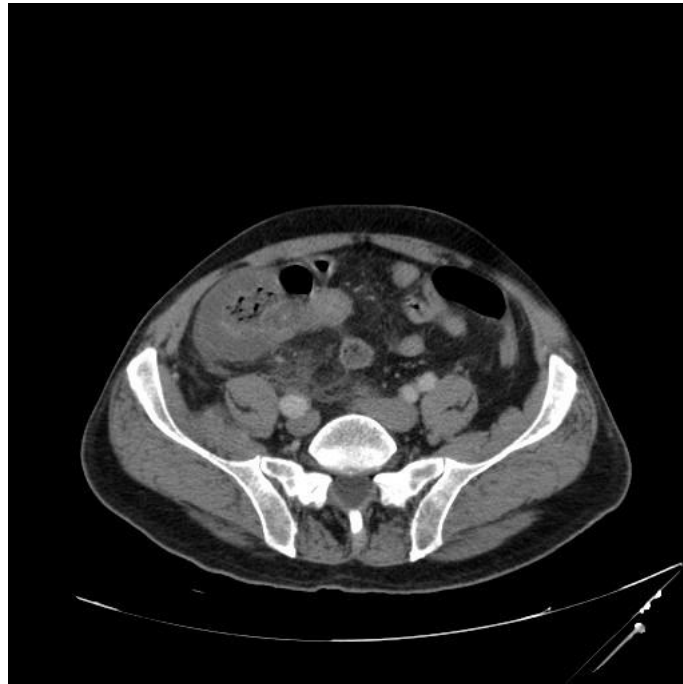


Figura 3. Imagem axial de TC do abdome e pelve com contraste EV demonstrando acentuado espessamento parietal do ceco e íleo terminal, associado a densificação do tecido adiposo pericolônico e pequena quantidade de líquido adjacente.



Figura 4. Imagem sagital de TC do abdome e pelve com contraste EV demonstrando acentuado espessamento parietal do ceco e cólon ascendente, associado a densificação do tecido adiposo pericecal e pequena quantidade de líquido adjacente.



Figura 5. Imagem coronal oblíqua de TC do abdome e pelve com contraste EV demonstrando acentuado espessamento parietal do ceco, cólon ascendente e íleo terminal associado a densificação do tecido adiposo pericolônico e pequena quantidade de líquido adjacente.