

ISQUEMIA INTESTINAL NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO AGUDA REFRATÁRIA PÓS-TRANSPLANTE ALOGÊNICO

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: Gustavo Fernandes de Lima - gflima04@unifesp.br - Universidade Federal de São Paulo, Departamento de diagnóstico por imagem - São Paulo – (SP)

Julia Espíndola Guimarães - Universidade Federal de São Paulo, Departamento de diagnóstico por imagem - São Paulo – (SP)

Mariana Barros Mendonça Figueirêdo - Universidade Federal de São Paulo, Departamento de diagnóstico por imagem - São Paulo –

(SP) Paulo Henrique Barros de Lima - Universidade Federal de São Paulo, Departamento de diagnóstico por imagem - São Paulo –

(SP) **Autor Correspondente:** Gustavo Fernandes de Lima - gflima04@unifesp.br - Universidade Federal de São Paulo, Departamento de diagnóstico por imagem - São Paulo – (SP)

Palavras chaves: Doença Enxerto-Hospedeiro, Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, Isquemia Mesentérica e Pneumatose Cistoide Intestinal.

URL: <https://brad.org.br/article/4489/pt-BR/isquemia-intestinal-na-doenca-do-enxerto-contr-hospedeiro-aguda-refrataria-pos-transplante-alogenico>

DOI: 10.5935/2965-1980.2026v5e20260105

RESUMO

Paciente com mielofibrose primária submetido a transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas evoluiu com doença do enxerto contra hospedeiro aguda cutâneo-digestiva refratária. Tomografia abdominal mostrou gás portal, pneumatose intestinal e hipocontrastação de alças, sugerindo isquemia mesentérica. Enterectomia e anatomopatológico confirmaram infarto intestinal. Evoluiu com choque refratário e óbito.

HISTÓRICO CLÍNICO

Homem de 57 anos com mielofibrose primária, após transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, evoluiu com doença do enxerto contra hospedeiro aguda grave e refratária, com rash difuso, bolhas e lesões orais. Foi submetido à enterectomia por infarto intestinal. Evoluiu com choque refratário e óbito.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

A tomografia abdominal sem contraste evidenciou gás no sistema porta (aeroportia) (Figura 1) e pneumatose em múltiplos segmentos de jejuno (Figura 2), associadas a distensão do cólon direito e pequena ascite. No estudo contrastado subsequente, em fase portal, observou-se hipocontrastação parietal de

segmento de alça jejunal (Figura 3) e hipocontrastação parietal de alças ileais com focos de pneumatose associados (Figura 4), inferindo isquemia mesentérica acometendo múltiplos segmentos entéricos. Houve ainda múltiplas áreas hipoatenuantes periféricas no fígado e áreas em cunha no baço, além de área hipoatenuante cortical no polo superior do rim direito, compatíveis com eventos isquêmicos (Figuras 5 e 6). Endoscopias digestivas altas seriadas mostraram esofagite ulcerada extensa com descamação mucosa e sangramento, evoluindo para cicatrização parcial.

DISCUSSÃO

A doença do enxerto contra hospedeiro aguda (DECH) é uma complicação potencialmente letal do transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, resultante de alorreatividade imunológica do enxerto contra tecidos do receptor, com predileção por pele e trato gastrointestinal [1]. Formas graves e refratárias a corticoide estão associadas a elevada mortalidade, e terapias de segunda linha como ruxolitinibe podem ser utilizadas em centros especializados [2].

Neste caso, a evolução cutaneomucosa exuberante e a instabilidade hemodinâmica levantaram ampla hipótese diferencial para o comprometimento gastrointestinal, incluindo infecções oportunistas (p.ex., citomegalovírus, herpesvírus),

enterocolite neutropênica e doença microvascular trombótica; além de causas fúngicas invasivas, como mucormicose, frequentemente consideradas em imunossuprimidos. Embora biópsias endoscópicas tenham afastado citomegalovírus e fungos no esôfago e a carga viral tenha oscilado, o ponto de inflexão foi a tomografia contrastada, que demonstrou pneumatoses extensas associadas a hipocontrastação parietal e aeroportia. Esses achados, quando combinados, têm alta especificidade para isquemia intestinal avançada e risco de necrose transmural, exigindo avaliação cirúrgica imediata [3,4]. A ressecção de alça com anatomopatológico mostrando infarto intestinal e enterite isquêmica ulcerada confirmou que o componente dominante era isquemia. Em pacientes pós-transplante, a isquemia mesentérica pode ser não oclusiva, precipitada por choque, vasopressores, hipovolemia e disfunção endotelial; e pode coexistir com inflamação intestinal relacionada à DECH, o que dificulta a distinção clínica inicial [1]. A presença de lesões isquêmicas concomitantes em fígado, baço e rim no exame contrastado reforçou o cenário de hipoperfusão sistêmica. Assim, a principal mensagem do caso é a necessidade de integrar precocemente dados clínicos, endoscópicos, microbiológicos e, sobretudo, achados tomográficos contrastados para diferenciar

DECH gastrointestinal de causas catastróficas como isquemia, que requerem conduta tempo-dependente [3,4].

Apesar de suporte intensivo e abordagem cirúrgica, o paciente evoluiu com choque refratário e óbito, ilustrando a gravidade da associação entre DECH aguda severa e isquemia intestinal.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Enterocolite por citomegalovírus (CMV) no pós-transplante.
- Enterocolite neutropênica (tiflíte).
- Infecção fúngica invasiva gastrointestinal (p.ex., mucormicose).
- Isquemia mesentérica não oclusiva associada a choque/vasopressores.

O QUE APRENDI COM ESTE CASO

Em pacientes imunossuprimidos no pós-transplante, a DECH gastrointestinal pode simular infecção oportunista; por isso, a interpretação integrada de endoscopia, microbiologia e, principalmente, tomografia contrastada é essencial. A associação de pneumatose extensa, aeroportia e hipocontrastação parietal deve ser tratada como sinal de isquemia avançada e demanda decisão cirúrgica imediata,

REFERÊNCIAS

- [1] Ferrara JL, Levine JE, Reddy P, Holler E. Graft-versus-host disease. *Lancet*. 2009;373(9674):1550-61.
- [2] Zeiser R, von Bubnoff N, Butler J, Mohty M, Niederwieser D, Or R, et al. Ruxolitinib for glucocorticoid-refractory acute graft-versus-host disease. *N Engl J Med*. 2020;382(19):1800-10.
- [3] Wiesner W, Mortelé KJ, Glickman JN, Ji H, Ros PR. Pneumatosis intestinalis and portomesenteric venous gas in intestinal ischemia: correlation of CT findings with severity of ischemia and clinical outcome. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177(6):1319-23.
- [4] Kirkpatrick ID, Kroeker MA, Greenberg HM. Pneumatosis intestinalis and portal venous gas in adults: radiologic spectrum and clinical significance. *Radiographics*. 2003;23(6):1567-82.

IMAGENS

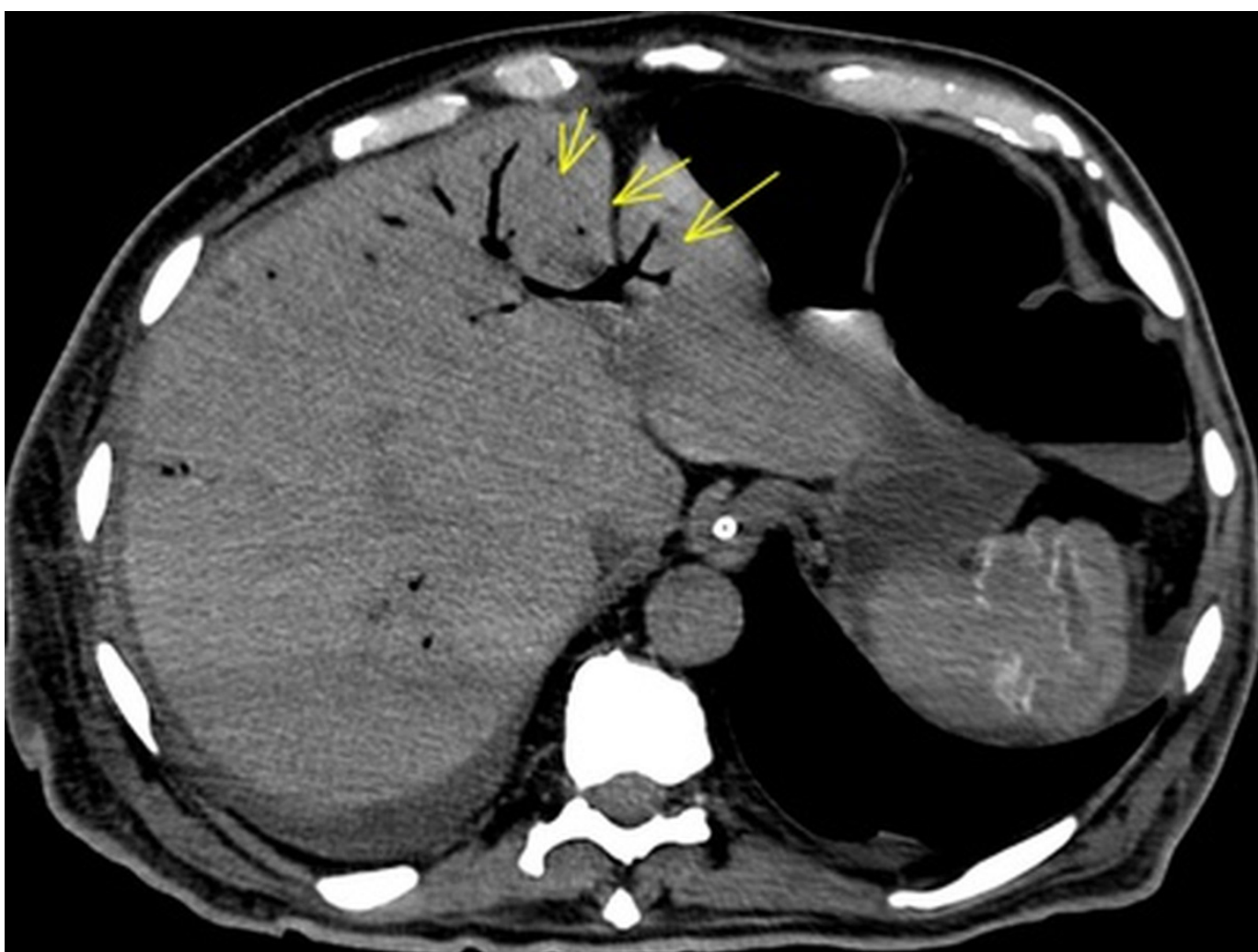


Figura 1: Tomografia computadorizada de abdome sem contraste, corte axial, demonstrando gás no sistema porta hepático, relacionado à isquemia mesentérica. As setas amarelas indicam gás em ramo portal intra-hepático.

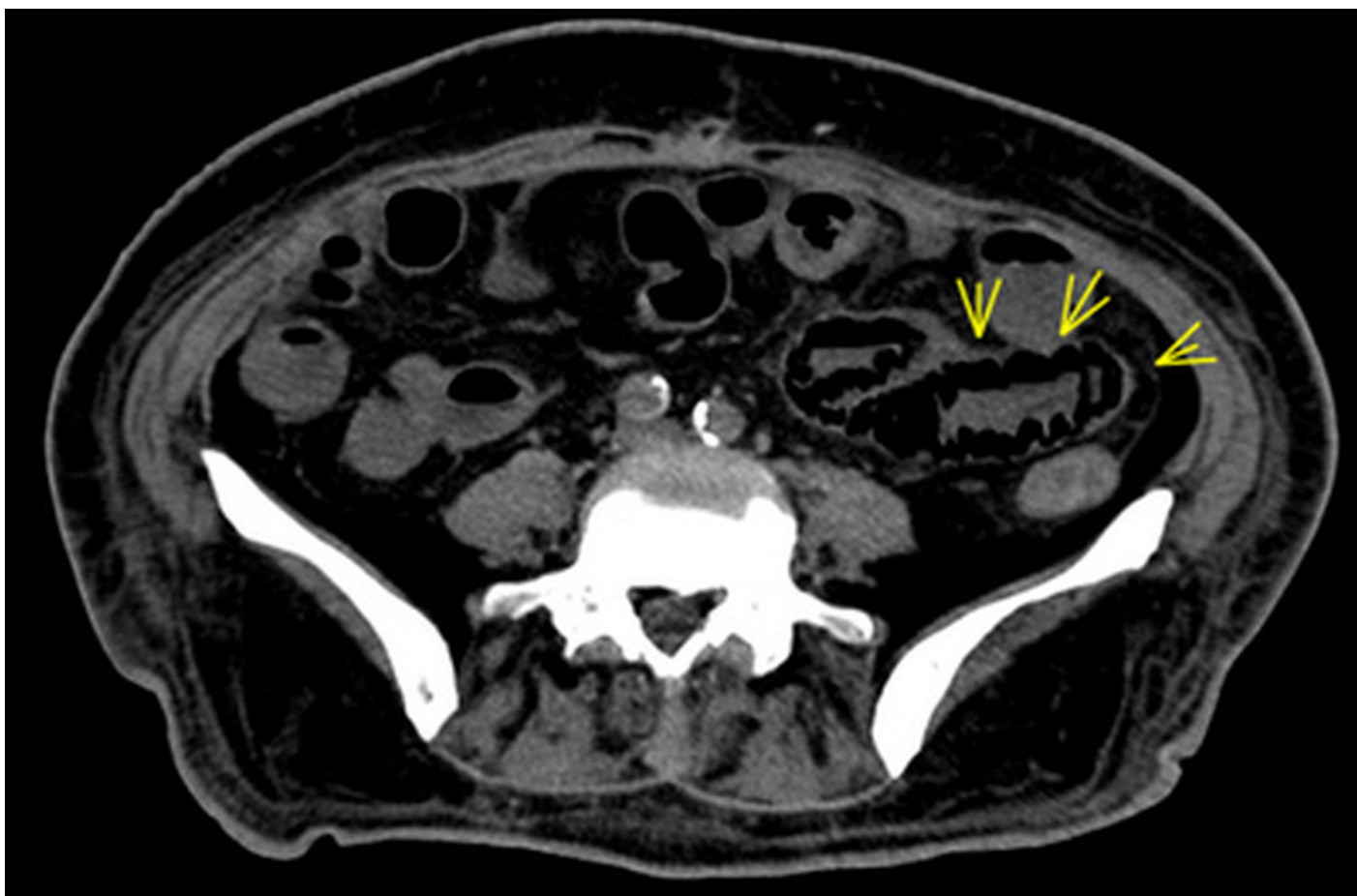


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome sem contraste, corte axial, demonstrando pneumatose intestinal, achado sugestivo de sofrimento de alças. As setas amarelas indicam focos de gás na parede intestinal.



Figura 3: Tomografia computadorizada de abdome com contraste, corte coronal, fase portal, demonstrando hipocontrastação parietal em segmento de alça jejunal. As setas amarelas indicam a área de hipocontrastação.

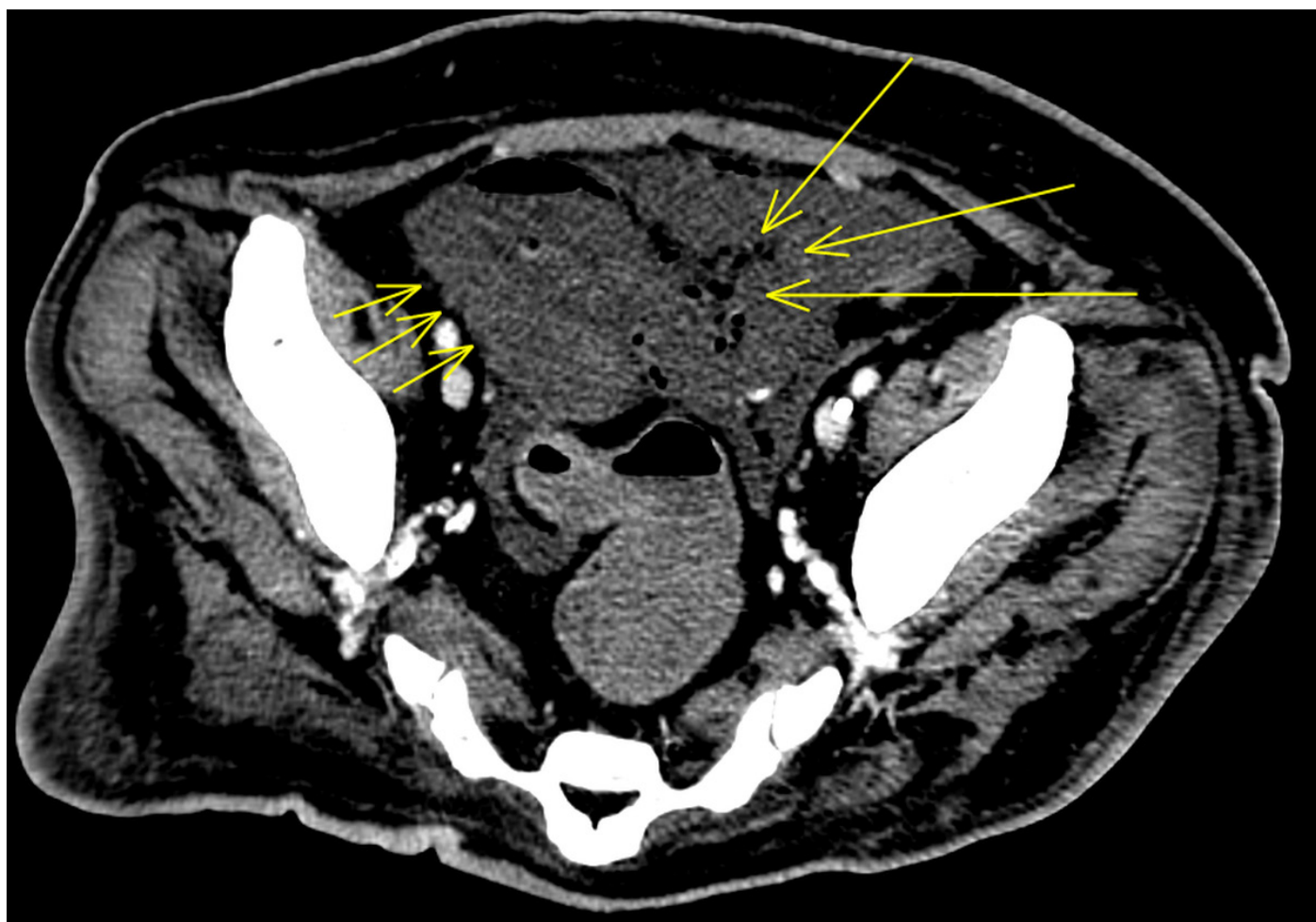


Figura 4: Tomografia computadorizada de abdome com contraste, corte axial, fase portal, demonstrando hipocontrastação parietal de alças ileais associada a focos de pneumatose, inferindo isquemia mesentérica acometendo múltiplos segmentos entéricos. As setas amarelas indicam as áreas de hipocontrastação e os focos de pneumatose.

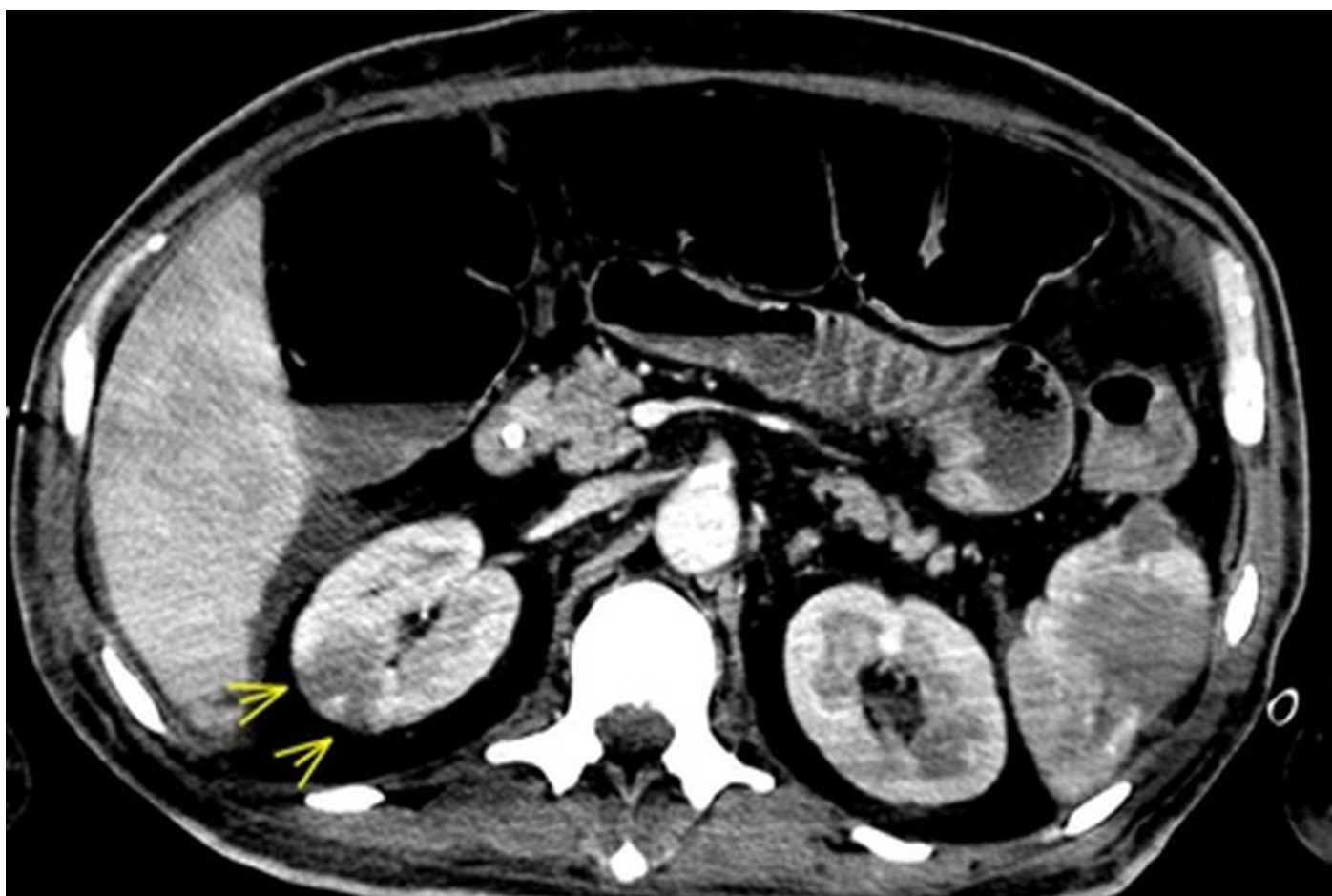


Figura 5: Tomografia computadorizada de abdome com contraste, corte axial, fase portal, demonstrando áreas de infarto renal bilateral, mais expressivo à direita. As setas amarelas destacam área hipoatenuante cortical no rim direito.

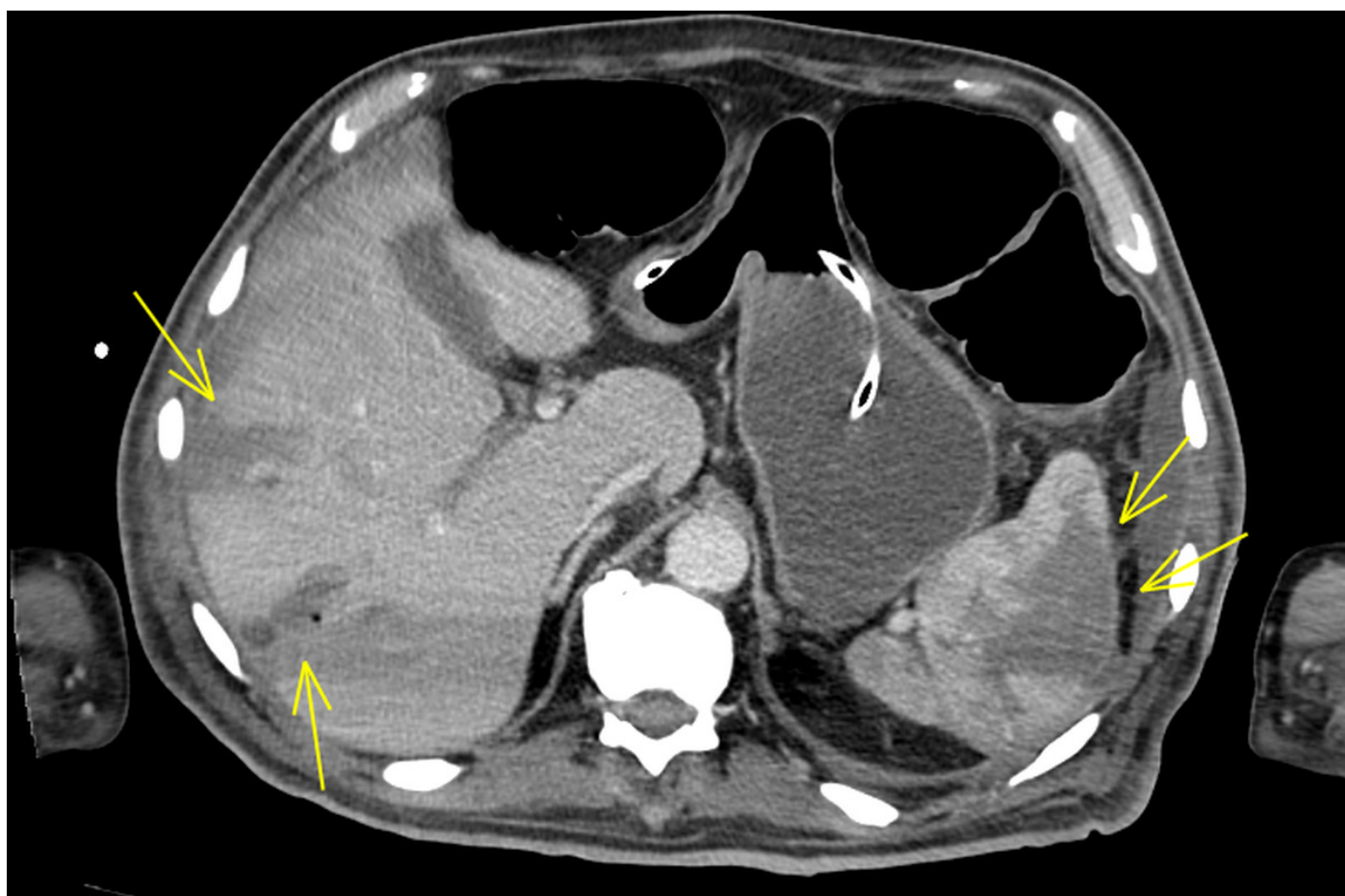


Figura 6: Tomografia computadorizada de abdome com contraste, corte axial, fase portal, demonstrando áreas de infarto hepático e esplênico, com as setas amarelas destacando as áreas hipoatenuantes no fígado e no baço.