

Colite Isquêmica: quem pode ser tratado clinicamente e quem precisa de cirurgia?

A **colite isquêmica (CI)** é a forma mais comum de lesão isquêmica do trato gastrointestinal, resultando de uma **redução súbita e geralmente transitória do fluxo sanguíneo para regiões do cólon com circulação colateral limitada**. É uma causa relevante de dor abdominal e sangramento digestivo baixo, especialmente em pacientes idosos. Apesar de geralmente ter curso autolimitado, pode evoluir para quadros graves com necessidade de intervenção cirúrgica.

Como ela ocorre?

Mais de 95% dos casos são de natureza não oclusiva, decorrentes de redução transitória do fluxo sanguíneo mesentérico (hipotensão, insuficiência cardíaca, desidratação) que é insuficiente para suprir as demandas metabólicas do cólon, associado à vulnerabilidade anatômica da região, que possui menor fluxo basal e plexo microvascular menos desenvolvido que o restante do tubo digestivo.

Diferente da isquemia mesentérica aguda, raramente há oclusão trombótica ou embólica de grandes vasos.

As **regiões mais acometidas** são as chamadas “áreas de fronteira vascular” (*watershed areas*), onde a irrigação por diferentes territórios arteriais se sobrepõe de forma mais precária:

- a. Ponto de Griffith: **flexura esplênica** (entre artérias mesentéricas superior e inferior)
- b. Ponto de Sudeck: **junção retossigmoide** (entre a última artéria sigmoide e artéria retal superior)

O dano tecidual não decorre apenas da isquemia em si, mas principalmente da lesão de reperfusão: a reoxigenação do tecido ativa a xantina oxidase, gerando espécies reativas de oxigênio, reduz a produção de óxido nítrico endotelial e desencadeia uma cascata inflamatória com ativação do complemento, expressão de moléculas de adesão (P-selectina, ICAM-1, VCAM-1) e recrutamento de neutrófilos, que liberam proteases e oxidantes lesivos ao endotélio e à mucosa.

Esse processo explica por que a colite isquêmica **costuma ser autolimitada, mas também por que pode evoluir com espectro variável de gravidade** – desde colopatia reversível (hemorragia e edema subepitelial) até colite transitória, colite crônica, estenose, gangrena e colite fulminante universal.

Fatores de Risco

A CI acomete preferencialmente **idosos**, com idade mediana de 70 anos, sendo o risco relativo 3,7 vezes maior entre 70 – 79 anos comparado a 50 – 59 anos, e é mais comum em **mulheres**. Pode ocorrer em jovens em contextos específicos. Entre os principais fatores predisponentes estão:

- **Doença aterosclerótica / cardiovascular:** doença arterial coronariana, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial, DPOC e diabetes
- **Hipotensão e estados de baixo fluxo:** sepse, desidratação, hemodiálise; pressão diastólica <90 mmHg e uso de ≥2 classes de anti-hipertensivos também aumentam o risco
- **Medicamentos predisponentes:** vasoconstritores, diuréticos, digoxina, AINEs, fármacos constipantes, PEG, agentes psicotrópicos, imunomoduladores, quimioterápicos e estrogênios
- Uso de **cocaína e tabagismo**

- **Cirurgias aórticas e cardíacas prévias:** aortoiliaca, bypass cardiopulmonar
- Estados de **hipercoagulabilidade**
- **Corrida de longa distância** (colite isquêmica do corredor)
- **Menor ingestão de fibras** associa-se a maior risco, enquanto maior ingestão é protetora
- **Constipação:** principal fator precipitante em idosos
- **Infecções recentes:** E. coli 0157:H7 e citomegalovírus

Quadro Clínico

O quadro clínico típico da colite isquêmica é caracterizado por uma **triáde** que ocorre em sequência temporal: **dor abdominal** em cólica, geralmente leve a moderada e localizada em fossa ilíaca/flanco esquerdo (87% dos casos), seguida de **urgência evacuatória** e, dentro de 24 horas, **eliminação de sangue vivo ou escuro pelo reto** (84% dos casos) **ou diarreia sanguinolenta** (56% dos casos). Menos frequentemente podem ocorrer náusea (30%), vômito (30%), tontura (10%) ou síncope (6%). Febre baixa e leucocitose leve podem estar presentes.

Ao exame físico, a dor à palpação está geralmente presente sobre o segmento colônico acometido, porém vale chamar atenção à colite isquêmica do lado direito isolado pois essa condição costuma gerar mais dor do que sangramento e deve-se suspeitar dessa condição especialmente em cenários associados como diálise, sepse ou hipotensão/choque, pois essa apresentação é potencialmente mais grave (maior associação com necessidade cirúrgica).

Como confirmar o diagnóstico?

O **diagnóstico** da colite isquêmica é fundamentalmente **clínico-radiológico-endoscópico**, baseado na combinação de apresentação clínica sugestiva, achados de imagem compatíveis e confirmação

por colonoscopia com biópsia, após exclusão de diagnósticos diferenciais como isquemia mesentérica aguda, doença inflamatória intestinal e colite infecciosa (incluindo *C. difficile*).

A **TC com contraste IV e oral** é o exame de imagem de escolha e pode mostrar espessamento parietal segmentar, “thumbprinting” e borramento da gordura pericolônica. Além disso ajuda na exclusão de diagnósticos diferenciais como isquemia mesentérica aguda e perfuração. Em caso de suspeita de isquemia de cólon direito isolado ou impossibilidade de excluir isquemia mesentérica aguda, deve-se indicar angio-TC multifásica. Pneumatose colônica e gás porto-mesentérico na TC/RM predizem infarto colônico transmural.

A **colonoscopia** (idealmente nas primeiras 48 h, sem sinais de peritonite) revela mucosa edemaciada e friável, eritema segmentar, erosões, ulcerações lineares (superficiais ou profundas), hemorragias petequiais intercaladas com áreas pálidas, nódulos hemorrágicos purpúricos e transição nítida entre segmento acometido e mucosa normal. A coloração azul-acinzentada (cianótica) sugere gangrena. O **reto costuma ser poupado** devido à sua dupla vascularização. A **biópsia mostra necrose de criptas, hemorragia e depósito de fibrina na lâmina própria**, achados que ajudam a diferenciar de DII e colite infecciosa.

Classificação e Gravidade

A colite isquêmica pode ser classificada em:

- a. Não gangrenosa (mais comum, cerca de 80-85% dos casos): forma transitória, com resolução em dias a semanas
- b. Gangrenosa: acometimento transmural com necrose, risco de perfuração e sepse, exigindo abordagem cirúrgica de urgência. Sinais de alarme que sugerem gravidade incluem peritonismo, febre alta, instabilidade hemodinâmica,

acidose láctica e acometimento do cólon direito isolado – este último associado a pior prognóstico por frequente relação com isquemia mesentérica superior concomitante.

Como tratar?

A maioria dos casos de colite isquêmica (CI) é não-gangrenosa e transitória, respondendo bem a tratamento clínico apenas:

- Jejum inicial com hidratação venosa
- Correção de distúrbios hemodinâmicos e fatores predisponentes (hipotensão, desidratação, anti-hipertensivos excessivos, constipação)
- Suspensão de fármacos vasoconstritores
- Antibioticoterapia com cobertura para gram-negativos e anaeróbios nos casos moderados a graves
- Reintrodução progressiva da dieta conforme melhora clínica

A abordagem cirúrgica é reservada para doença grave: peritonite, perfuração, sangramento maciço, necrose transmural, deterioração clínica apesar do tratamento clínico e colite fulminante. Nos casos crônicos, com estenose, colite segmentar persistente (sintomas por mais de 2 a 3 semanas) ou colopatia perdedora de proteínas, pode ser necessária ressecção eletiva.

A mortalidade sem cirurgia em cólon necrótico se aproxima de 100%, mas mesmo com colectomia a mortalidade permanece elevada (cerca de 39-48% em séries publicadas), sendo idade ≥ 75 anos e falência de múltiplos órgãos fatores independentes de óbito pós-operatório. Isso reforça que a decisão cirúrgica deve ser precoce diante de sinais de gravidade, sem aguardar deterioração adicional.

Qual é o prognóstico?

A maioria dos pacientes evolui bem, com resolução clínica e endoscópica em 1 a 2 semanas. Complicações crônicas, como estenoses fibróticas, ocorrem em uma minoria dos casos e podem exigir dilatação endoscópica ou cirurgia. A mortalidade está concentrada nos casos gangrenosos ou com acometimento do cólon direito, reforçando a importância do diagnóstico e da estratificação de risco precoces.

Mensagens práticas

- Suspeite de colite isquêmica diante de dor abdominal súbita seguida de hematoquezia, especialmente em pacientes idosos ou com fatores de risco vascular.
- Dor intensa sem sangramento deve levantar a possibilidade de isquemia mesentérica aguda.
- A tomografia com contraste é o exame inicial; a colonoscopia precoce confirma o diagnóstico nos pacientes sem sinais de necrose ou peritonite.
- O exame endoscópico deve ser limitado e realizado com insuflação mínima.
- Acometimento do cólon direito, peritonismo, instabilidade hemodinâmica e acidose são sinais de maior gravidade.
- A maioria dos casos responde ao tratamento conservador, mas o reconhecimento precoce da doença transmural pode ser decisivo para a sobrevida.

Referências

1. Boley, S., Longstreth, G., Feuerstadt, P., & Brandt, L. (2015). ACG Clinical Guideline: Epidemiology, Risk Factors, Patterns of Presentation, Diagnosis, and Management of Colon Ischemia (CI). American Journal of

Gastroenterology, 110(1), 18–44.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2014.395>

2. Kim, Sung-Eun, Ko, Il-Gyu, Jin, Jun-Jang, Hwang, Lakkyong, Kim, Chang-Ju, Kim, Sang-Hoon, Han, Jin-Hee, Jeon, Jung Won, *Polydeoxyribonucleotide Exerts Therapeutic Effect by Increasing VEGF and Inhibiting Inflammatory Cytokines in Ischemic Colitis Rats*, *BioMed Research International*, 2020, 2169083, 11 pages, 2020.
<https://doi.org/10.1155/2020/2169083>
3. Theodoropoulou A, Koutroubakis IE. Ischemic colitis: clinical practice in diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2008 Dec 28;14(48):7302-8. doi: 10.3748/wjg.14.7302. PMID: 19109863; PMCID: PMC2778113.
4. Calderwood, A. H., & Shaukat, A. (2025). Colorectal Cancer Screening and Surveillance and Other Colon Conditions in the Older Adult. *American Journal of Gastroenterology*, 120, S8-S16.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003641.02>
5. Kwak HD, Kang H, Ju JK. Fulminant gangrenous ischemic colitis: is it the solely severe type of ischemic colitis? *Int J Colorectal Dis*. 2017 Jan;32(1):147-150. doi: 10.1007/s00384-016-2700-9. Epub 2016 Nov 12. PMID: 27838817.
6. Moszkowicz D, Trésallet C, Mariani A, Lefevre JH, Godiris-Petit G, Noullet S, Rouby JJ, Menegaux F. Ischaemic colitis: indications, extent, and results of standardized emergency surgery. *Dig Liver Dis*. 2014 Jun;46(6):505-11. doi: 10.1016/j.dld.2014.02.013. Epub 2014 Mar 18. PMID: 24656307.
7. Luo X, Wang J, Tan C, Dou Q, Han Z, Wang Z, Tasnim F, Wang X, Zhan Q, Li X, Zhou Q, Cheng J, Liao F, Yip HC, Jiang J, Tan RT, Liu S, Yu H. Rapid Endoscopic Diagnosis of Benign Ulcerative Colorectal Diseases With an Artificial Intelligence Contextual Framework. *Gastroenterology*. 2024 Aug;167(3):591-603.e9. doi: 10.1053/j.gastro.2024.03.039. Epub 2024 Apr 5. PMID: 38583724.

8. Malagelada, J.-R. and Malagelada, C. (2022). Intestinal ischemia and vasculitides. In Yamada's Atlas of Gastroenterology (eds T.C. Wang, M. Camilleri, B. Lebwohl, A.S. Lok, W.J. Sandborn, K.K. Wang and G.D. Wu). <https://doi.org/10.1002/9781119600527.ch73>

Como citar este artigo

Ramos DV. Colite Isquêmica: quem pode ser tratado clinicamente e quem precisa de cirurgia? Gastropedia 2026, Vol II. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/colite-isquemica-quem-pode-ser-tratado-clinicamente-e-quem-precisa-de-cirurgia/>