

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XV

Capítulo 24

MANEJO DO MEGACÓLON TÓXICO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

LUIS FELIPE MATIAS RODRIGUES E CASTRO¹
AGNES MARINHO MAIA DA SILVA DIAS¹
ARIADNE DOS REIS MENEZES¹
BEATRIZ GARCIA DO NASCIMENTO¹
CAIO VITTOR ROQUE DE ALMEIDA REIS¹
EDUARDO ANDRÉ MENDES¹
GUILHERME AUGUSTO FONSECA ALVES¹
GUSTAVO CHAVES AMORIM SILVA¹
JOÃO PAULO BARBOSA DAMASCENO¹
JOÃO VICTOR COIMBRA PORTO RASSI¹
KETHLEEN BRENDA DE LIMA SOUZA¹
NICOLLY CALDEIRA DE MOURA CARMO¹
SAMIRA GONÇALVES DA CUNHA¹
OTAVIANO OTTONI DA SILVA NETTO²

1. Discente – Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
2. Docente – Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Palavras-chave: Colite Aguda Grave; Abdome Agudo; Emergências Gastrointestinais.

INTRODUÇÃO

As DII compreendem um grupo de patologias crônicas e imunomediadas do trato gastrointestinal (TGI), cujas principais representantes são a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU). A RCU caracteriza-se por ser uma doença progressiva e de processo inflamatório contínuo que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon e do reto. A DC, por sua vez, pode envolver qualquer segmento do trato digestivo, da boca ao ânus, manifestando-se geralmente de forma segmentar e transmural. O curso clínico dessas patologias é marcado por períodos de remissão e exacerbação, podendo evoluir com alta morbidade, incapacidade e complicações sistêmicas e locais severas (BAIMA *et al.*, 2023).

Dentre as complicações mais temidas no curso das DII, particularmente nos quadros de exacerbação aguda da RCU, destaca-se o megacólon tóxico. Essa condição é classicamente definida como uma dilatação colônica não obstrutiva, segmentar ou total (frequentemente com diâmetro superior a 6 cm), que ocorre associada a sinais inequívocos de toxicidade sistêmica, tais como febre, taquicardia, leucocitose, anemia e possível alteração do nível de consciência, sendo um quadro com alta morbimortalidade (ARGYRIOU *et al.*, 2024; BAIMA *et al.*, 2023; SKOMOROCHOW; PICO, 2019).

Embora a transição para terapias avançadas, incluindo o uso de agentes biológicos e pequenas moléculas inibidoras, tenha revolucionado o manejo ambulatorial e hospitalar das DII, os pacientes que evoluem para colite aguda grave e megacólon tóxico demandam rápido reconhecimento e intervenção multidisciplinar. O atraso na indicação terapêutica e na abordagem cirúrgica de emergência associa-se a riscos gravíssimos, como perfuração intestinal, sepse peritoneal e aumento exponencial do risco de

óbito (BAIMA *et al.*, 2023; DE SIMONE *et al.*, 2021; SPINELLI *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo foi revisar o manejo clínico e cirúrgico do megacólon tóxico em pacientes com DII, oferecendo um roteiro estruturado para profissionais de saúde, contemplando desde a identificação precoce da síndrome até a instituição de terapias médicas de resgate e o momento ideal para a intervenção cirúrgica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada no período de março a junho de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi utilizada a seguinte chave de pesquisa, combinando descritores e operadores booleanos: ("*Toxic Megacolon*") AND ("*Ulcerative Colitis*" OR "*Inflammatory Bowel Disease*").

Desta busca primária, utilizando filtros para artigos com texto completo disponível, idiomas selecionados (inglês e português) e recorte temporal estipulado, foram encontrados 29 artigos, que foram posteriormente submetidos aos critérios rigorosos de seleção para o delineamento da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2016 a 2026 (englobando a literatura médica da última década); e que abordavam diretamente as temáticas propostas para esta pesquisa clínica, contemplando estudos do tipo artigos originais, revisões sistêmicas, revisões narrativas, metanálises e diretrizes de sociedades médicas, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: arti-

gos duplicados entre as bases de dados, publicações disponibilizadas apenas na forma de resumo, relatos de caso isolados sem revisão ampla da literatura, artigos que não abordavam diretamente a proposta clínica estudada ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão supracitados.

Após a aplicação dos critérios de seleção e a triagem minuciosa por meio da leitura de títulos e resumos, foram selecionados 5 artigos centrais da busca sistemática inicial. Contudo, devido ao caráter narrativo desta revisão e à necessidade clínica de contemplar os mais rigorosos protocolos terapêuticos e cirúrgicos da atualidade, a amostra bibliográfica foi complementarmente enriquecida de forma transparente por meio de busca manual e inclusão intencional de literatura extramuros. Foram adicionadas nove literaturas de referência essenciais, englobando diretrizes e consensos oficiais de conduta publicados pelas principais sociedades médicas (GEDIIB, ECCO e ACG) e capítulos clássicos de referência em emergências gastrointestinais.

Dessa forma, a coleta de dados totalizou 14 fontes bibliográficas fundamentais, submetidas à leitura integral. Os resultados da pesquisa foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: a fisiopatologia; a epidemiologia; o quadro clínico atrelado aos critérios diagnósticos; as medidas iniciais e avançadas de manejo clínico; as indicações de resgate e o manejo cirúrgico; bem como as principais complicações associadas e o prognóstico em curto e longo prazo dos pacientes acometidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

A fisiopatologia do megacólon tóxico na DII difere da exacerbação colônica habitual pelo grau de penetração e impacto do processo

inflamatório na parede intestinal. Enquanto na RCU clássica a inflamação se restringe essencialmente à mucosa e submucosa, no megacólon tóxico observa-se uma inflamação aguda severa que compromete profundamente a motilidade do órgão. Historicamente, acreditava-se que a dilatação era causada pela degeneração destrutiva dos plexos nervosos mioentéricos de Auerbach, entretanto, a literatura atual aponta que a falha na contração ocorre predominantemente devido a um comprometimento na transmissão neuromuscular e na alteração da resposta colônica a mediadores químicos inflamatórios (DESAI *et al.*, 2020). O desenvolvimento da dilatação colônica e da toxicidade sistêmica é regido por uma cascata de eventos interligados.

Paralisia da musculatura lisa

Com a extensão da inflamação, neutrófilos e macrófagos infiltram a parede colônica e liberam citocinas pró-inflamatórias (como TNF-alfa, IL-1 e IL-6). Esse microambiente hiperinflamatório estimula de forma exacerbada a expressão da enzima óxido nítrico sintase induzível (iNOS) na mucosa inflamada (DESAI *et al.*, 2020). O óxido nítrico (NO) atua como um potente neurotransmissor inibitório responsável pelo relaxamento dos músculos lisos. A sua produção maciça paralisa os miócitos ao interferir na cascata de contração celular, como bloqueio de canais de cálcio e fosforilação de miosina. O resultado clínico direto é a perda da pressão basal, a supressão do reflexo contrátil e a consequente dilatação progressiva não obstrutiva do segmento acometido (DESAI *et al.*, 2020).

Destruição da barreira mucosa e toxemia sistêmica

A paralisia contrátil favorece estase fecal e bacteriana. Simultaneamente, a inflamação in-

tensa e a distensão colônica promovem adelgaçamento da parede, ulcerações profundas e aumento da permeabilidade intestinal. Esse cenário facilita a translocação bacteriana e a passagem de endotoxinas para a corrente sanguínea, desencadeando resposta inflamatória sistêmica, febre, taquicardia, hipovolemia, leucocitose e risco de sepse (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DE SIMONE *et al.*, 2021).

Fatores precipitantes e agravantes

Em um cólon previamente inflamado, determinados fatores podem precipitar ou agravar a dilatação, incluindo distúrbios hidroeletrólíticos, especialmente hipocalemia, uso de medicamentos que reduzem a motilidade intestinal, como opioides e anticolinérgicos, além da realização de procedimentos que elevem a pressão intraluminal durante a fase aguda da colite. A colonoscopia completa e exames contrastados devem ser evitados em casos suspeitos, pelo risco de perfuração e piora da distensão colônica (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DE SIMONE *et al.*, 2021; GOMES *et al.*, 2020).

Epidemiologia

A epidemiologia do megacólon tóxico acompanha, de forma intrínseca, as tendências de incidência e prevalência das DII, bem como as taxas de infecções entéricas severas (ARGYRIOU *et al.*, 2024). Em âmbito global, dados históricos e contemporâneos estimam que o megacólon tóxico complique a evolução clínica de 1% a 10% dos pacientes com RCU, e de 2% a 6% dos pacientes com acometimento colônico pela DC (DESAI *et al.*, 2020; SKOMOROWICZ; PICO, 2019). Um dado clínico de suma importância é que grande parte dos casos associados à DII surge nos primeiros meses ou anos do diagnóstico, podendo, inclusive, configurar a manifestação clínica inaugural da doença.

No Brasil, o cenário epidemiológico exige particular atenção por parte dos profissionais de saúde. Diferentemente da estabilização da incidência e alta prevalência já consolidada em países da América do Norte e da Europa Ocidental, o Brasil vivencia atualmente uma curva ascendente e acelerada na ocorrência das DII. Estudos populacionais robustos, analisando o banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), revelaram que a prevalência dessas afecções cresceu, em média, 15% ao ano na última década, atingindo recentemente a marca de aproximadamente 100 casos para cada 100 mil habitantes. Do ponto de vista geográfico, as regiões Sudeste e Sul concentram o maior volume absoluto de diagnósticos, observando-se um claro gradiente Sul-Norte de prevalência no país (QUARESMA *et al.*, 2022).

Quadro clínico e diagnóstico

A apresentação clínica do megacólon tóxico é dramática e exige alto índice de suspeição. Nos pacientes com DII, o quadro geralmente evolui a partir de uma exacerbação aguda grave da doença. Um achado clínico relevante é a mudança abrupta do padrão evacuatório: o paciente que apresentava diarreia sanguinolenta profusa pode relatar súbita redução do número de evacuações, o que não deve ser interpretado como melhora clínica, mas como possível sinal de paralisia colônica e acúmulo de gás e fezes. Ao exame físico, observam-se distensão abdominal, dor à palpação, redução ou ausência de ruídos hidroaéreos e, nos casos mais graves, sinais de irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica (BAIMA *et al.*, 2023; GOMES *et al.*, 2020; ARGYRIOU *et al.*, 2024).

O diagnóstico é clínico e radiológico, pautado classicamente nos Critérios de Jalan (**Quadro 24.1**). Tais critérios continuam sendo o padrão-ouro endossado pelas diretrizes atuais,

exigindo confirmação da dilatação colônica somada a marcadores de resposta inflamatória e disfunção orgânica (DESAI *et al.*, 2020).

No arsenal propedêutico, a radiografia simples de abdome pode fornecer diagnóstico inicial e auxiliar no monitoramento seriado da dilatação colônica. Entretanto, as diretrizes contemporâneas de cirurgia de emergência recomendam que a tomografia computadorizada de abdome e pelve seja considerada no momento

da admissão, pois permite avaliar a extensão da doença, excluir perfuração, identificar sinais de isquemia parietal e afastar outras causas de abdome agudo. A TC também pode evidenciar pneumatose intestinal, espessamento parietal e perda das haustrações, achados úteis para o estadiamento da gravidade (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DE SIMONE *et al.*, 2021; ONG; MOHAIDIN, 2018).

Quadro 24.1 Critérios de Janan para diagnóstico de megacólon tóxico

Critérios de Janan
1. Dilatação do cólon transversal >6cm.
2. Ao menos 03 dos seguintes sinais: a. Febre >38° C; b. Taquicardia >120 bpm; c. Leucocitose >10.500 cel/mm ³ ; d. Anemia.
3. Além dos anteriores, ao menos 01 dos seguintes achados: a. Desidratação; b. Alteração do nível de consciência; c. Distúrbios hidroeletrólitos; d. Hipotensão.

Fonte: Adaptado de DESAI *et al.*, 2020.

Diante da suspeita, a exclusão de diagnósticos diferenciais (**Quadro 24.2**) é mandatória (ARGYRIOU *et al.*, 2024). Na prática clínica das DII no cenário de urgência, deve-se ter particular cautela com pacientes refratários aos imunossupressores ou em uso crônico de corti-

costeroídes, uma vez que superinfecções oportunistas frequentemente atuam como gatilho primário para a dilatação, mimetizando ou sobrepondo-se à exacerbação da doença de base (BAIMA *et al.*, 2023; DAMIÃO *et al.*, 2019; DESAI *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2020).

Quadro 24.2 Principais diagnósticos diferenciais do megacólon tóxico na DII

Diagnóstico diferencial	Principais características
Colite infecciosa / Superinfecção	Pesquisa positiva para patógenos entéricos (ex.: <i>C. difficile</i> , CMV); fortemente associada a imunossupressão ou antibioticoterapia prévia.
Síndrome de Ogilvie	Pseudo-obstrução colônica aguda sem inflamação primária da mucosa e caracteristicamente sem toxemia sistêmica grave nas fases iniciais.
Obstrução mecânica	Presença de bloqueio anatômico intraluminal (ex.: volvo, neoplasia estenosante) plenamente confirmável e delineável por exames de imagem.

Fonte: Adaptado de ARGYRIOU *et al.*, 2024; SKOMOROCHOW & PICO, 2019; e BAIMA *et al.*, 2023.

Manejo clínico

O manejo clínico do megacólon tóxico em pacientes com DII constitui emergência médica

e exige internação imediata, preferencialmente em Unidade de Terapia Intensiva, com atuação

conjunta de gastroenterologistas, cirurgiões colorretais e intensivistas. O objetivo inicial é estabilizar o paciente, reduzir a atividade inflamatória, prevenir perfuração colônica e tratar precocemente sinais de toxemia sistêmica (ARGYRIOU *et al.*, 2024; BAIMA *et al.*, 2023; DE SIMONE *et al.*, 2021).

As medidas de suporte devem ser instituídas imediatamente. A dieta zero é indicada para repouso intestinal, podendo ser necessária sonda nasogástrica em casos de vômitos, íleo ou distensão abdominal importante. A ressuscitação volêmica com cristaloides e a correção de distúrbios hidroeletrólíticos são fundamentais, especialmente a reposição de potássio, magnésio e cálcio, com o objetivo de otimizar a função neuromuscular colônica. Também devem ser suspensas medicações que reduzam a motilidade intestinal, como opioides e anticolinérgicos (ARGYRIOU *et al.*, 2024; GOMES *et al.*, 2020).

A profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso deve ser iniciada, salvo contra-indicações, pois a colite aguda grave e a hospitalização aumentam significativamente o risco pró-trombótico em pacientes com DII. Essa medida é reforçada por diretrizes clínicas voltadas ao manejo da retocolite ulcerativa moderada a grave e por recomendações cirúrgicas para pacientes hospitalizados com complicações inflamatórias intestinais (RUBIN *et al.*, 2019; BAIMA *et al.*, 2023; SPINELLI *et al.*, 2021).

Diferentemente da colite aguda grave sem dilatação, a presença de megacólon tóxico justifica antibioticoterapia endovenosa empírica e precoce de amplo espectro, com cobertura para gram-negativos e anaeróbios, devido à friabilidade da parede colônica, à translocação bacteriana e ao risco de microperfurações. Esquemas como ceftriaxona associada a metronidazol ou ciprofloxacino associado a metronidazol podem ser empregados conforme o perfil clínico e

microbiológico do paciente (DE SIMONE *et al.*, 2021; SOBRADO; SOBRADO, 2016).

No que tange à terapia específica para a DII de base, a corticoterapia endovenosa em altas doses, como metilprednisolona 60 mg/dia ou hidrocortisona 300 a 400 mg/dia, permanece como tratamento de primeira linha para indução da remissão inflamatória nos quadros de colite ulcerativa aguda grave. A resposta clínica e radiológica deve ser avaliada de forma rigorosa e diária. Se não houver melhora dos sinais de toxemia e redução da dilatação colônica nas primeiras 24 a 72 horas, considera-se falha do tratamento clínico (BAIMA *et al.*, 2023; RAINE *et al.*, 2021; DAMIÃO *et al.*, 2019).

As terapias médicas de resgate, como infliximabe ou ciclosporina, embora estabelecidas na colite ulcerativa aguda grave refratária ao corticoide, apresentam papel limitado e controverso no megacólon tóxico franco, devido ao risco de perfuração e à curta janela de tempo para resposta terapêutica. Assim, a ausência de resposta rápida ao tratamento clínico ou qualquer sinal de deterioração deve motivar avaliação cirúrgica imediata (RAINE *et al.*, 2021; DE SIMONE *et al.*, 2021; ARGYRIOU *et al.*, 2024).

Manejo cirúrgico

O tratamento cirúrgico é componente essencial do manejo do megacólon tóxico nos casos refratários ao tratamento clínico inicial ou diante de complicações iminentes. A indicação cirúrgica absoluta está estabelecida nos casos de perfuração colônica, necrose ou isquemia transmural, peritonite, instabilidade hemodinâmica persistente, hipertensão intra-abdominal, síndrome compartimental abdominal ou falência orgânica progressiva apesar do tratamento intensivo adequado (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DE SIMONE *et al.*, 2021; GOMES *et al.*, 2020).

A ausência de melhora clínica e radiológica após 48 a 72 horas de tratamento endovenoso intensivo também deve ser interpretada como falha terapêutica e indicação de abordagem cirúrgica de resgate. O atraso na indicação operatória aumenta o risco de perfuração, sepse abdominal e mortalidade perioperatória, razão pela qual a avaliação precoce pela equipe cirúrgica deve ocorrer desde a admissão hospitalar (BAIMA *et al.*, 2023; DAMIÃO *et al.*, 2019; DE SIMONE *et al.*, 2021; SPINELLI *et al.*, 2021).

Embora a principal finalidade do tratamento clínico intensivo seja evitar a necessidade de extirpação do órgão, o atraso na indicação operatória resulta em aumento inaceitável no risco de complicações irreversíveis. Evidências demonstram que a realização precoce da intervenção cirúrgica, antes da perfuração do cólon, está associada a taxas de mortalidade significativamente menores, frequentemente entre 1% e 8%. Em contrapartida, quando a colectomia é realizada tardiamente, já num cenário de perfuração colônica e peritonite fecal, a mortalidade perioperatória sofre um incremento drástico, podendo ultrapassar a marca de 30% a 50%. Nesse contexto, torna-se fundamental o monitoramento rigoroso e contínuo em ambiente de terapia intensiva (DAMIÃO *et al.*, 2019; DESAI *et al.*, 2020; SOBRADO; SOBRADO, 2016).

Do ponto de vista técnico, e em consonância com as diretrizes mundiais de cirurgia de emergência, a intervenção cirúrgica de escolha para o megacólon tóxico secundário à DC ou RCU é a colectomia abdominal subtotal (ou total) com ileostomia terminal e preservação do coto retal, exteriorizado como fistula mucosa ou sepultado em cirurgia à la Hartmann. Em comparação à proctocolectomia total em estágio único, com confecção primária de bolsa ileal, o procedimento subtotal é mais rápido, promove o con-

trole imediato do foco séptico e apresenta menor taxa de mortalidade e complicações pélvicas num cenário de emergência. Além disso, possibilita a recuperação nutricional e clínica do paciente para uma posterior cirurgia reconstrutora definitiva em etapas (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DE SIMONE *et al.*, 2021; DESAI *et al.*, 2020; SPINELLI *et al.*, 2021).

Historicamente, a colectomia parcial ou segmentar deixou de ser realizada no contexto das DII devido às inaceitáveis taxas de mortalidade e à elevadíssima necessidade de reoperações por recidiva fulminante da doença no cólon remanescente. Como alternativa de menor porte, a ileostomia de derivação em alça associada à lavagem colônica transoperatória tem sido descrita na literatura com baixas taxas de mortalidade; contudo, no escopo exclusivo das DII, seu uso é considerado de exceção. Essa técnica tem seu nicho primário bem estabelecido nas colites fulminantes puramente infecciosas, como as causadas por *Clostridioides difficile*, ao passo que, nas DII agudizadas, a manutenção in situ de um cólon difusamente ulcerado, paralisado e friável apenas como método de decompressão perpetua o risco altíssimo de sangramento e perfuração tardia (DESAI *et al.*, 2020; SKOMOROCHOW; PICO, 2019).

O manejo no período pós-operatório do megacólon tóxico exige vigilância contínua. Entre as complicações mais frequentemente observadas após a cirurgia de urgência, destacam-se a obstrução do intestino delgado (cerca de 20% dos casos), as infecções da ferida operatória (18%) e a formação de abscessos intra-abdominais (17%). Adicionalmente, na atualidade, pacientes frequentemente chegam à cirurgia após refratariedade a múltiplas linhas de tratamento imunomodulador. A exposição prévia a terapias biológicas na colite aguda tem sido estudada como um potencial fator de risco para complicações pós-operatórias precoces, notadamente

infecções e deiscências, exigindo protocolos meticulosos de cicatrização e cuidados com o estoma. O manejo global da recuperação cirúrgica e dessas intercorrências demanda a correção de desequilíbrios corporais com suporte nutricional adequado, além de antibioticoterapia otimizada para controle do foco séptico (DESAI *et al.*, 2020; SOBRADO *et al.*, 2023; SPINELLI *et al.*, 2021).

Complicações

A morbimortalidade atrelada ao megacólon tóxico decorre não apenas da gravidade intrínseca da doença, mas também dos desafios inerentes às intervenções terapêuticas necessárias para seu controle. O desfecho clínico do paciente é frequentemente ditado pela capacidade da equipe médica de antecipar e mitigar duas frentes de complicações: aquelas geradas pela progressão natural da doença e as adversidades iatrogênicas ou associadas ao manejo.

Complicações inerentes à progressão da doença

A complicação mais temida e letal do megacólon tóxico é a perfuração colônica. O adelgaçamento progressivo da parede intestinal, somado à isquemia microvascular gerada pelo estiramento excessivo e à inflamação transmural contínua, culmina na ruptura mecânica do cólon. A perfuração transforma um quadro de toxemia contida em uma peritonite fecal franca, desencadeando sepse severa, choque distributivo e disfunção de múltiplos órgãos. Historicamente, a mortalidade em pacientes com megacólon tóxico não perfurado gira em torno de 1% a 8%, ao passo que, após a ocorrência de perfuração colônica, essa taxa ascende vertiginosamente para 40% a 50% (DESAI *et al.*, 2020; SOBRADO; SOBRADO, 2016; DE SIMONE *et al.*, 2021).

Outras complicações diretas de extrema gravidade incluem hemorragia digestiva baixa maciça, originada das ulcerações profundas da mucosa denudada, e o desenvolvimento de síndrome compartimental abdominal, secundária à distensão gasosa maciça, que compromete o retorno venoso e a ventilação mecânica (DESAI *et al.*, 2020).

Complicações associadas ao manejo clínico

O tratamento conservador, embora fundamental nas primeiras horas, carrega consigo riscos substanciais. A complicação de manejo mais traiçoeira é o mascaramento clínico promovido pelas altas doses de corticosteroides endovenosos. A forte imunossupressão sistêmica pode suprimir a febre e a dor abdominal, ocultando os sinais clássicos de uma peritonite ou de uma microperfuração em curso (DESAI *et al.*, 2020). Adicionalmente, o estado hiperinflamatório da colite grave, associado ao repouso no leito e à desidratação, confere ao paciente um risco elevado de tromboembolismo venoso (TEV). A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são causas frequentes de morbidade, justificando a obrigatoriedade da profilaxia farmacológica imediata, mesmo na presença de sangramento retal prévio ativo (RUBIN *et al.*, 2019; SPINELLI *et al.*, 2021; DE SIMONE *et al.*, 2021). Por fim, o uso contínuo de imunossupressores propicia superinfecções oportunistas, que perpetuam a dilatação e tornam a doença refratária ao tratamento (ARGYRIOU *et al.*, 2024; BAIMA *et al.*, 2023).

Complicações associadas ao manejo cirúrgico

Nos pacientes submetidos à intervenção de resgate, a morbidade perioperatória é alta. Como abordado anteriormente, as complicações cirúrgicas precoces incluem obstrução do intestino delgado, infecção de sítio cirúrgico,

deiscência aponeurótica e formação de coleções intra-abdominais (DESAI *et al.*, 2020; SPINELLI *et al.*, 2021). Neste aspecto, a literatura contemporânea alerta para o impacto da terapia biológica prévia. Pacientes submetidos à ressecção colônica de urgência na vigência de falha a agentes anti-TNF ou outras terapias biológicas recentes apresentam maior predisposição a complicações infecciosas e de cicatrização precoces, demandando otimização do preparo intraoperatório e uso judicioso de antibioticoterapia profilática e terapêutica (SOBRADO *et al.*, 2023).

Do ponto de vista metabólico, o manejo pós-operatório da ileostomia terminal impõe desafios significativos. É frequente a ocorrência de ileostomia de alto débito nas primeiras semanas, o que predispõe o paciente a perdas severas de água e eletrólitos. Se não monitorada e corrigida de forma agressiva, a desidratação consequente pode deflagrar rapidamente quadros de lesão renal aguda (LRA) pré-renal, distúrbios de excitabilidade neuromuscular, por hipocalemia e hipomagnesemia, e descompensação hemodinâmica, exigindo muitas vezes suporte em terapia intensiva ou readmissão hospitalar (ARGYRIOU *et al.*, 2024; SPINELLI *et al.*, 2021).

Prognóstico

O prognóstico de pacientes com megacólon tóxico secundário às DII tem apresentado melhora substancial nas últimas décadas, refletindo os avanços no suporte de terapia intensiva, o diagnóstico radiológico precoce e, sobretudo, a proatividade da indicação cirúrgica. A curto prazo, o principal determinante prognóstico, e preditor isolado de sobrevivência, é o estado estrutural do cólon no momento da intervenção. Como mencionado, pacientes abordados cirurgicamente antes da ocorrência de per-

furação apresentam excelentes taxas de sobrevivência. Em contrapartida, a ruptura colônica para a cavidade peritoneal confere um prognóstico sombrio, elevando exponencialmente o risco de óbito perioperatório, em decorrência do choque séptico e da disfunção de múltiplos órgãos (DE SIMONE *et al.*, 2021; DESAI *et al.*, 2020; SOBRADO; SOBRADO, 2016).

Para os pacientes que alcançam remissão do megacólon tóxico exclusivamente por meio do tratamento clínico conservador, o prognóstico em longo prazo quanto à preservação do órgão exige cautela. O desenvolvimento dessa complicação fulminante demarca um fenótipo de doença extremamente agressiva e refratária. Evidências da literatura apontam que uma parcela significativa desses indivíduos, com taxas que chegam a 50%, apresentará novos episódios de exacerbação grave ou dependência crônica de corticosteroides, evoluindo para a necessidade de colectomia num futuro a médio ou longo prazo (DESAI *et al.*, 2020).

Sob a ótica do paciente submetido à cirurgia de emergência, o prognóstico de longo prazo redireciona-se para a reabilitação anatômica e a qualidade de vida. A retirada do segmento colônico doente erradica o foco inflamatório agudo, estancando a toxemia e a espoliação sistêmica. Para os portadores de RCU, o prognóstico cirúrgico definitivo é favorável, havendo a possibilidade de cirurgias reconstrutoras em segundo ou terceiro tempo, o que permite a restauração do trânsito intestinal e a retirada do estoma na grande maioria dos pacientes selecionados. Contudo, esses pacientes deverão ser mantidos sob acompanhamento contínuo devido ao risco de complicações pélvicas tardias, como a inflamação da bolsa ileal (bolsite), disfunção sexual e alterações na fertilidade feminina (ARGYRIOU *et al.*, 2024; DAMIÃO *et al.*, 2019; SPINELLI *et al.*, 2021).

Já nos pacientes com DC, o prognóstico re-
construtivo é mais reservado, uma vez que a
confeção de bolsa ileal é classicamente contra-
indicada pelo alto risco de recidiva inflamatória
e fistulizante no reservatório. Nesses casos, o
estoma definitivo ou a anastomose ileorretal fi-
guram como os desfechos reconstrutivos possí-
veis a longo prazo (DAMIÃO *et al.*, 2019; SPI-
NELLI *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

O megacólon tóxico permanece como uma
das emergências mais desafiadoras e potencial-
mente letais no curso evolutivo das DII. A tran-
sição de um quadro de colite aguda grave para
a dilatação transmural tóxica exige do médico
assistente um alto índice de suspeição e agili-
dade na tomada de decisão. A demora no reco-
nhcimento da mudança do padrão clínico é o
principal fator contribuinte para a perfuração
intestinal e a subsequente elevação exponencial
das taxas de mortalidade.

A conduta terapêutica, invariavelmente, re-
quer um esforço multidisciplinar coordenado
desde a admissão. A instituição agressiva de
medidas de suporte, reposição hidroeletrólita,
antibioticoterapia de amplo espectro e cortico-
terapia endovenosa forma o pilar da abordagem
conservadora inicial. Contudo, este cenário clí-
nico não permite tolerância à falha terapêutica,
sendo que qualquer indício de deterioração clí-
nica, ou mesmo a estagnação do quadro, deve
ser rapidamente interpretado como esgotamen-
to das possibilidades clínicas e indicação irre-
vogável para a colectomia de urgência.

Por fim, o prognóstico do paciente subme-
tido à cirurgia subtotal antes da ocorrência de
peritonite fecal é amplamente favorável. Dessa
forma, o grande legado do manejo moderno do
megacólon tóxico não reside apenas no avanço
das terapias farmacológicas de resgate, mas sim
na sabedoria médica de reconhecer o momento
exato em que a intervenção cirúrgica deixa de
ser uma falha do tratamento clínico para se tor-
nar a única modalidade capaz de salvar a vida
do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGYRIOU, O. *et al.* Toxic megacolon. *British Journal of Surgery*, v. 111, 2024. doi: 10.1093/bjs/znae200.
- BAIMA, J.P. *et al.* Second Brazilian Consensus on the management of ulcerative colitis in adults: a consensus of the Brazilian organization for Crohn's disease and colitis (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, p. 51, 2023. doi: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-03.
- DAMIÃO, A.O.M.C. *et al.* Diretriz sobre retocolite ulcerativa. *International Journal of Inflammatory Bowel Disease*, v. 5, 2019.
- DE SIMONE, B. *et al.* WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 16, 2021. doi: 10.1186/s13017-021-00362-3.
- DESAI, J. *et al.* Toxic megacolon: background, pathophysiology, management challenges and solutions. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, v. 13, p. 203, 2020. doi: 10.2147/CEG.S200760.
- GOMES, C.A. *et al.* Management of inflammatory bowel diseases in urgent and emergency scenario. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 33, 2020. doi: 10.1016/j.jcol.2019.10.012.
- ONG, S.C.L.; MOHAIDIN, N. Imaging features of toxic megacolon. *Journal of Clinical Imaging Science*, v. 8, 2018. doi: 10.1136/bcr-2018-227121.
- QUARESMA, A.B. *et al.* Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 13, p. 100298, 2022. doi: 10.1016/j.lana.2022.100298.
- RAINE, T. *et al.* ECCO Guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 16, p. 2, 2021. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab178.
- RUBIN, D.T. *et al.* ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 114, p. 384, 2019. doi: 10.14309/ajg.0000000000000152.
- SKOMOROCHOW, E.; PICO, J. Toxic megacolon. *StatPearls*, 2019.
- SOBRADO, C.W.; SOBRADO, L.F. Management of acute severe ulcerative colitis: a clinical update. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 29, p. 201, 2016. doi: 10.1590/0102-6720201600030017.
- SOBRADO, L.F. *et al.* Risk factors for early postoperative complications in acute colitis in the era of biologic therapy. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 60, p. 195, 2023. doi: 10.1590/0102-672020230052e1770.
- SPINELLI, A. *et al.* ECCO Guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: surgical treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 16, p. 179, 2021. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab177.