



MED-REVIEW



ABDOME AGUDO VASCULAR

ISQUEMIA MESENTÉRICA

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA:

Se a prova é amanhã, decore esta tabela. O Abdome Agudo Vascular é uma corrida contra o tempo, e a banca adora cobrar a diferenciação entre as etiologias e o diagnóstico precoce.

Ponto Chave	O que a banca cobra (Pulo do Gato)
Quadro Clínico Clássico	Dor desproporcional ao exame físico. O paciente grita de dor, mas o abdome é flácido (sem peritonite inicial).
Principal Causa	Embolia da Artéria Mesentérica Superior (AMS). Geralmente associada a Fibrilação Atrial (FA) ou IAM recente.
A "Angina Abdominal"	História de dor pós-prandial + medo de comer + emagrecimento = Trombose Arterial (agudização de doença crônica).
Exame Padrão-Ouro	Angiotomografia Computadorizada. (A Arteriografia é o padrão-ouro "histórico" e terapêutico, mas na prova de residência, peça Angio-TC para diagnóstico).
Sinal Tardio (Mau prognóstico)	Acidose metabólica com Lactato elevado, leucocitose intensa e peritonite (indica necrose/alça perfurada).
Colite Isquêmica	Sangramento retal após hipoperfusão (choque/maratona). Área mais afetada: Ponto de Griffith (ângulo esplênico). Diagnóstico via Colonoscopia (se sem peritonite).

INTRODUÇÃO E ANATOMIA APLICADA

Definição e o conceito de “Tempo é Intestino”

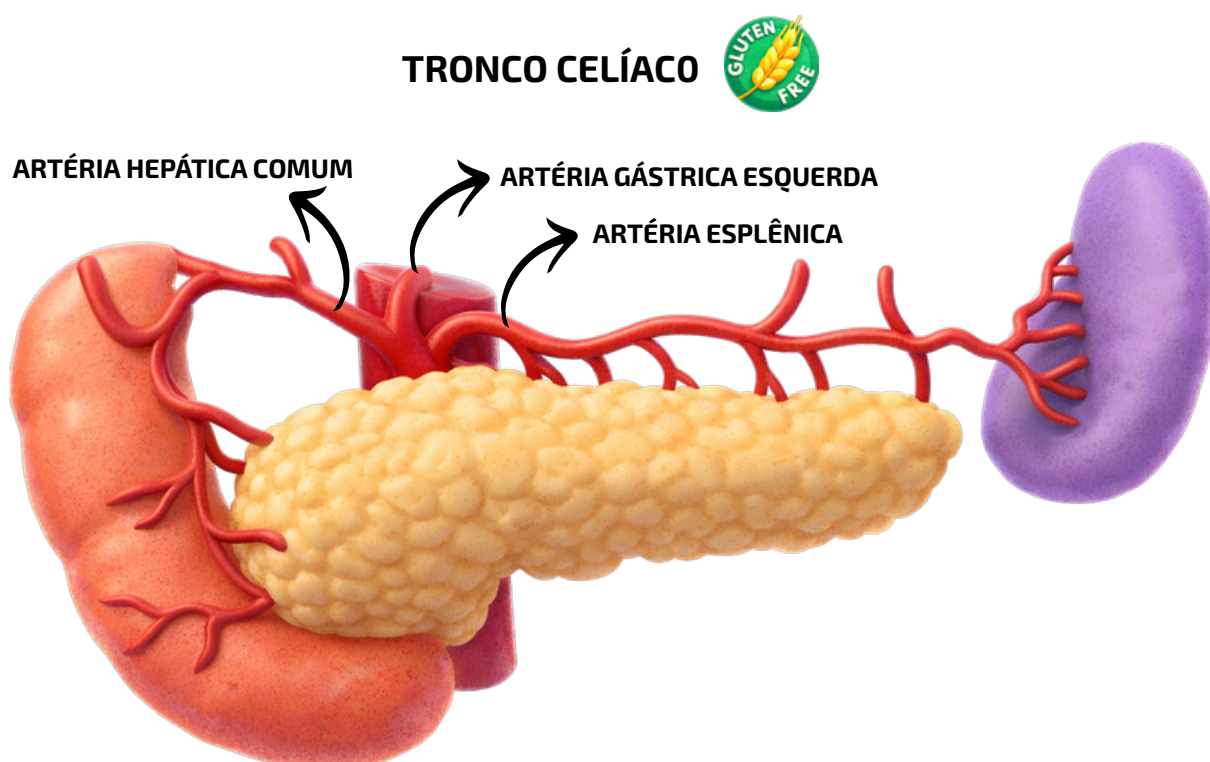
O Abdome Agudo Vascular é, sem dúvida, uma das maiores catástrofes abdominais. Estamos falando de uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo (seja arterial ou venoso) para as vísceras. O resultado? Um desequilíbrio brutal entre a oferta e a demanda de oxigênio.

Pensa comigo: o intestino é um tecido metabolicamente muito ativo. Se falta sangue, ele necrosa rápido. Por isso, a mortalidade ainda gira em torno de 60 a 80%. O segredo da prova — e da sobrevivência do paciente — é o **diagnóstico precoce**, antes que o intestino “morra”.

O Encanamento - Anatomia Vascular

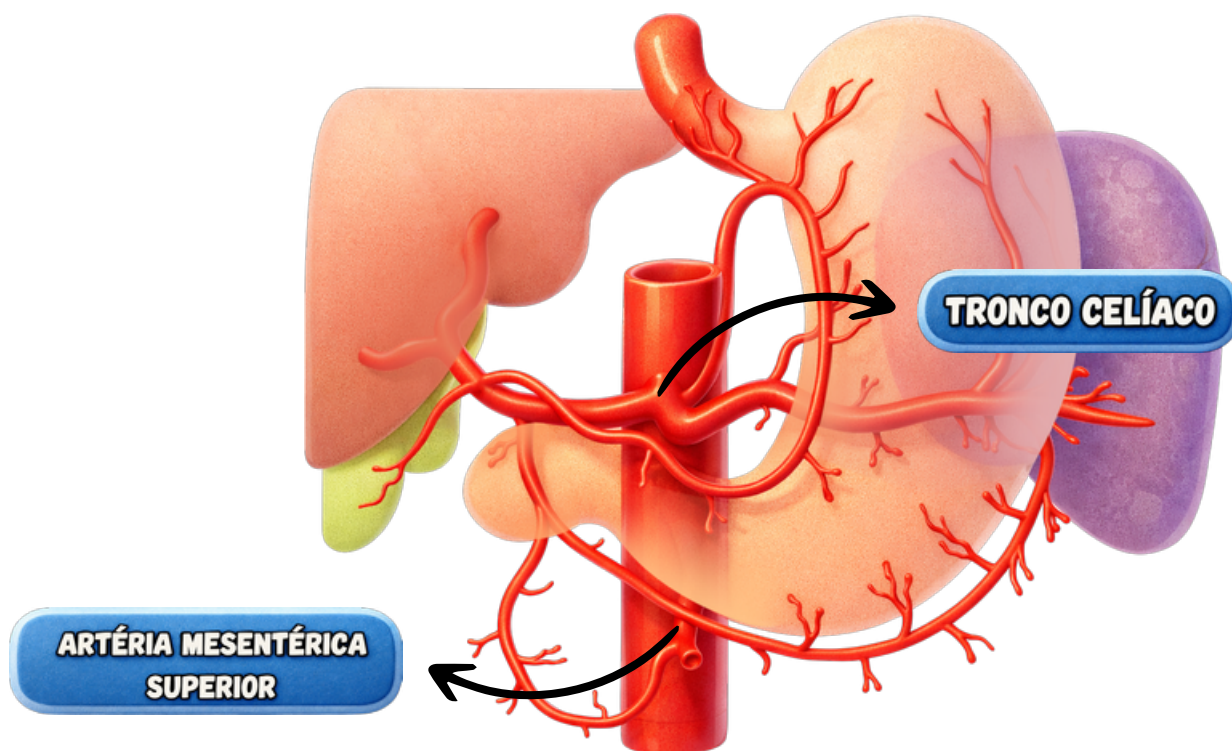
Para entender a patologia e acertar a questão, precisamos revisar os três troncos principais que saem da Aorta Abdominal. A banca vai tentar te confundir sobre qual artéria irriga qual parte.

1. **Tronco Celíaco:** Irriga o “andar de cima” (estômago, fígado, baço). Tem tanta circulação colateral que é quase impossível ter isquemia isolada aqui que cause necrose grave.

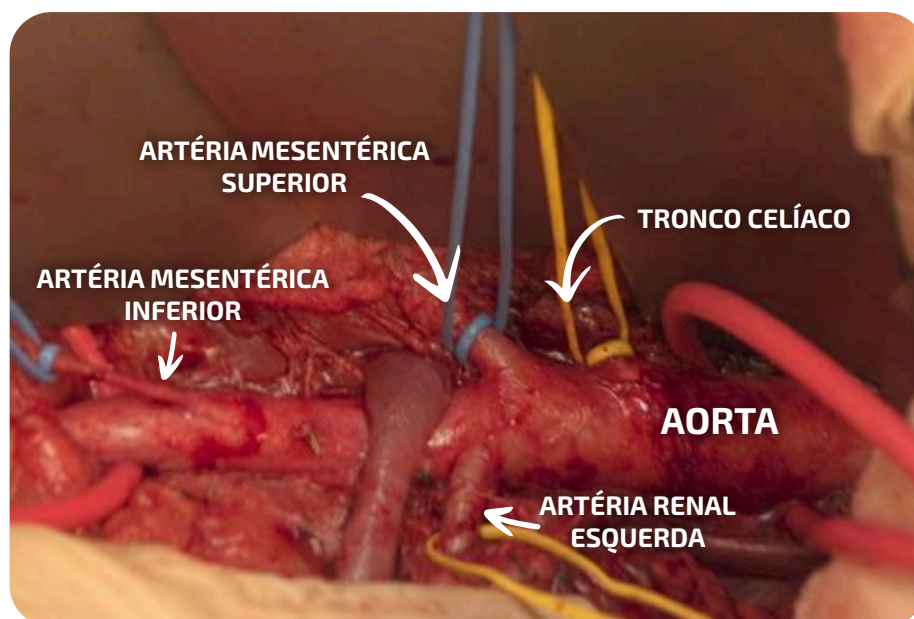


2. Artéria Mesentérica Superior (AMS) — A GRANDE VILÃ:

- **O que irriga:** Todo o intestino delgado (jejuno/íleo) e a metade direita do cólon.
- **Por que cai em prova:** Ela nasce da aorta em um ângulo oblíquo. Funciona como um “tobogã” ou “aspirador” de êmbolos que vêm do coração. Por isso, a embolia da AMS é a causa mais comum de isquemia mesentérica.



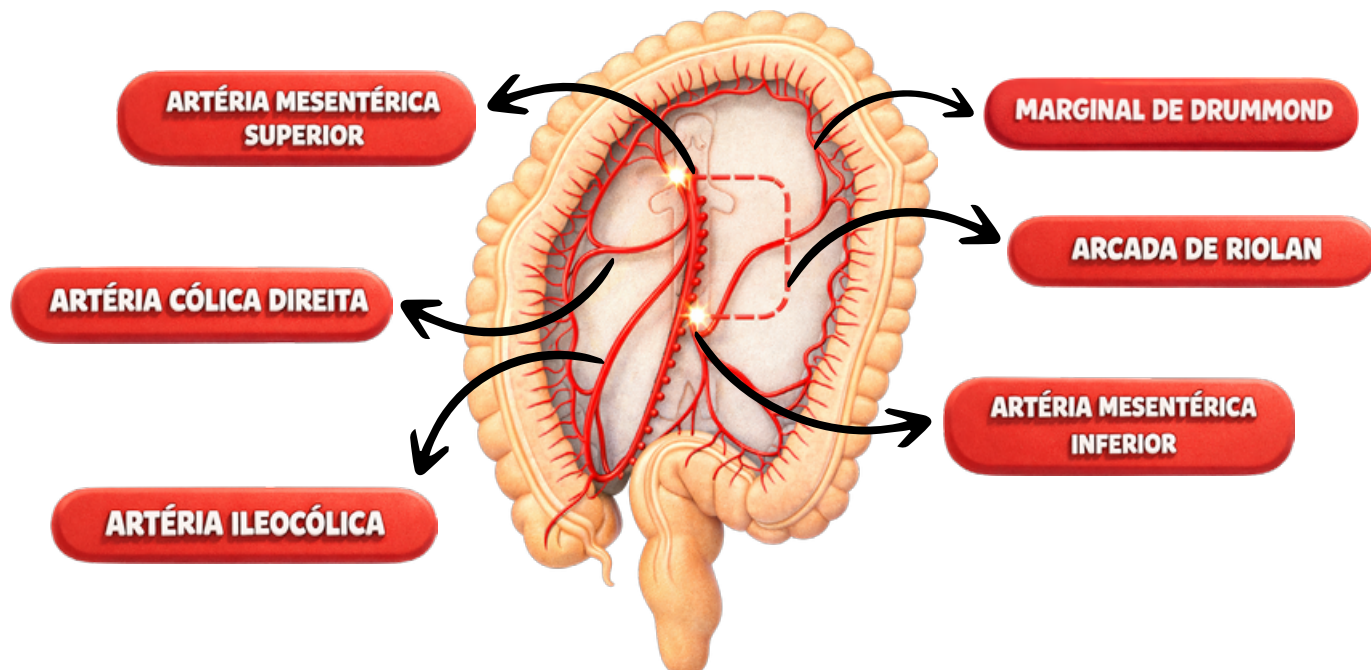
3. **Artéria Mesentérica Inferior (AMI):** Irriga o cólon esquerdo e reto. Frequentemente obstruída por aterosclerose, mas raramente causa infarto maciço sozinha.



Circulação Colateral e as “Áreas de Bacia” (*Watershed Areas*)

O corpo humano tenta se proteger. Existe uma conexão entre a AMS e a AMI chamada **Arcada Marginal de Drummond** (e o Arco de Riolan). Se uma artéria fecha devagar (anos de colesterol acumulando), a outra compensa.

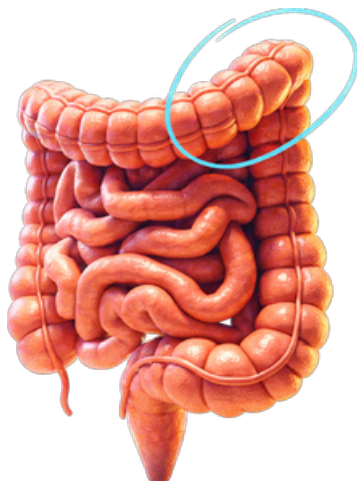
Porém, existem os “elos fracos”. São as regiões terminais de irrigação, onde o sangue chega com menos pressão. Chamamos de **Watershed Areas**. Se o paciente tem um choque séptico ou desidratação grave (hipoperfusão sistêmica), essas áreas sofrem primeiro.



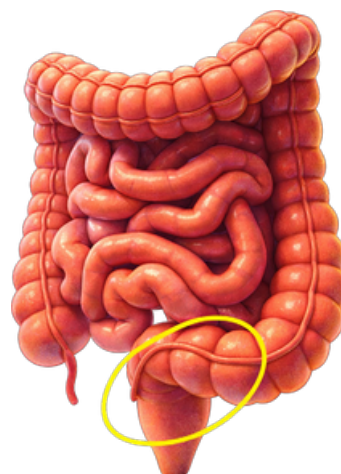
Os dois pontos que você precisa memorizar:

- **Ponto de Griffith (O CAMPEÃO DE PROVAS):** Fica no **Ângulo Esplênico** do cólon (transição entre cólon transverso e descendente). É a área mais vulnerável à isquemia colônica.
- **Ponto de Sudeck:** Na junção retossigmoide.

FLEXURA ESPLÊNICA (Vulnerável à Isquemia)



JUNÇÃO RETOSSIGMOIDE (Vulnerável à Isquemia)



SUDECK = NO SUL



DICA PRÁTICA

Se o enunciado fala de um paciente que teve choque (hipotensão) e dias depois começou com dor e diarreia sanguinolenta, não pense em embolia. Pense em **isquemia no Ponto de Griffith (Colite Isquêmica)**.

ETIOLOGIA — OS 4 CAVALEIROS DA ISQUEMIA

O “Coração” do Diagnóstico

A Isquemia Mesentérica Aguda (IMA) não é uma doença única, mas o resultado final de quatro mecanismos distintos. Entender a causa não é preciosismo acadêmico, é o que define a conduta (cirurgia vs. remédio).

Para a prova, o segredo é buscar as “**palavras-chave**” no enunciado que entregam a etiologia. Vamos dissecar cada um dos “4 Cavaleiros”.

Embolia Arterial Mesentérica (50% dos casos - A mais comum)

- **Mecanismo:** Um êmbolo se desprende de outro local (geralmente do coração) e viaja até impactar na artéria.
- **Onde entope?** Como o êmbolo tem um certo tamanho, ele tende a passar pelo óstio (início da artéria) e impactar mais adiante, geralmente logo **após a emergência da Artéria Cólica Média**.
- **Consequência:** Frequentemente **poupa os primeiros ramos jejunais**. Isso significa que, na cirurgia, o cirurgião encontra o início do intestino delgado rosado (viável) e a necrose começando mais para frente.
- **Perfil do Paciente:** Cardiopata. Procure no texto: **Fibrilação Atrial (FA)**, infarto recente (trombo mural) ou doença valvar.
- **Quadro Clínico:** Início **súbito e dramático**. O paciente sabe dizer a hora exata que a dor começou.

Trombose Arterial Mesentérica (20-30% dos casos)

- **Mecanismo:** É a complicação aguda de uma doença crônica. Uma placa de ateroma se rompe e oclui o vaso (o mesmo mecanismo do Infarto Agudo do Miocárdio, só que na barriga).
- **Onde entope?** Geralmente na **origem (óstio)** da Artéria Mesentérica Superior.
- **Consequência:** Isquemia mais extensa e grave, pegando **todo o delgado desde o início** (não poupa nada).
- **Perfil do Paciente:** Idoso, tabagista, vasculopata (tem AVC prévio, claudicação nas pernas).



O PULO DO GATO: A ANGINA ABDOMINAL

O enunciado vai contar uma história triste: o paciente emagreceu muito nos últimos meses. Não por câncer, mas por medo de comer (Sitofobia). Ele sente dor sempre que come (quando o intestino pede sangue e a artéria entupida não entrega), criando uma desnutrição antes do evento agudo. Se leu “medo de comer” + “dor súbita agora” = Trombose Arterial.

Trombose Venosa Mesentérica (5-15% dos casos)

- **Mecanismo:** O sangue chega, mas não sai. Forma-se um coágulo na veia mesentérica superior, impedindo o retorno venoso. O intestino fica edemaciado, congesto e para de receber sangue arterial por aumento da resistência.
- **Perfil do Paciente:** Mais jovem. Procure a **Tríade de Virchow** (Hipercoagulabilidade).
- **Causas:** Neoplasias, uso de **anticoncepcionais orais**, trombofilias (fator V de Leiden, deficiência de proteína C ou S), hipertensão portal (Cirrose).
- **Quadro Clínico: Insidioso (lento).** Dor abdominal vaga, distensão e desconforto que evoluem ao longo de dias ou semanas.

Isquemia Não-Oclusiva (NOMI) (20% dos casos)

- **Mecanismo:** Não há "entupimento" mecânico (nem êmbolo, nem placa). Ocorre uma **vasoconstrição reflexa severa (espasmo)** da arcada mesentérica devido ao baixo fluxo sistêmico (*Low flow state*). O corpo tira sangue do intestino para priorizar cérebro e coração.
- **Perfil do Paciente:** Paciente grave na **UTI**.
- **Cenários:** Choque séptico ou cardiogênico, uso de altas doses de **vasopressores (noradrenalina)**, uso de digitálicos ou cocaína.
- **Diferencial:** É a única etiologia cujo tratamento primário **NÃO é cirúrgico** (a menos que haja necrose/perfuração), mas sim a correção do choque e vasodilatação intra-arterial.

Etiologia	Início da Dor	Fator de Risco Chave (A Pista)	Local da Obstrução
Embolia Arterial	Súbito (Horas)	Fibrilação Atrial (FA)	Distal à cólica média (poupa jejuno)
Trombose Arterial	Agudo sobre Crônico	História de "Medo de comer" (Sitofobia)	Óstio da artéria (proximal, pega tudo)
Trombose Venosa	Insidioso (Dias)	Anticoncepcional / Coagulopatia	Veia Mesentérica
NOMI (Não oclusiva)	Variável	Paciente grave na UTI / Noradrenalina	Espasmo difuso (microvasculatura)

Questão Estratégica — Etiologia



QUESTÃO AUTORAL MED-REVIEW - 2026

Paciente de 72 anos, tabagista, hipertenso e com história de claudicação intermitente. Procura o PS com dor abdominal difusa intensa há 4 horas. Relata que nos últimos 3 meses perdeu 10kg, pois sentia dor abdominal forte sempre que se alimentava. Exame físico: abdome flácido, RHA diminuídos, dor difusa à palpação profunda, sem descompressão brusca.

Qual o diagnóstico mais provável e a fisiopatologia associada?

- A) Embolia de Artéria Mesentérica Superior; fonte emboligênica cardíaca.
- B) Trombose de Artéria Mesentérica Superior; aterosclerose na origem do vaso.
- C) Isquemia Mesentérica Não Oclusiva; baixo débito cardíaco.
- D) Colite Isquêmica; hipoperfluo em área de Griffith.

Comentário:

A resposta é B.

- Por que não é embolia? O paciente tem história prévia clássica de **Angina Abdominal** (dor ao comer + emagrecimento). Isso indica doença aterosclerótica crônica que “fechou” (trombose aguda sobre crônica).
- A embolia é súbita em paciente com FA, sem história de dor ao comer.
- A “dor desproporcional” (muita dor, exame físico “inocente”) está presente em ambos, mas a história clínica define a etiologia.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Perceba como a história de “medo de comer” diferencia Trombose de Embolia.

Gabarito: Letra B

DIAGNÓSTICO

O Exame Físico Paradoxal

O diagnóstico da isquemia mesentérica aguda é, antes de tudo, uma suspeita clínica. A apresentação segue uma linha do tempo cruel: quando o quadro se torna óbvio (peritonite), geralmente já é irreversível.

1. O Sinal Clássico: Dor Desproporcional ao Exame Físico

Esta é a frase mais importante do capítulo. É o divisor de águas na prova e na vida.

- **O Sintoma (Subjetivo):** O paciente relata uma dor abdominal intensa, difusa, contínua e angustiante. Ele pode estar agitado, gritando ou em posição fetal. A dor é refratária a analgésicos comuns (dipirona/tramadol) e até a opioides fortes inicialmente.
- **O Sinal (Objetivo):** Ao palpar o abdome, o médico encontra um **abdome flácido** (sem rigidez), pouco doloroso à palpação superficial e sem descompressão brusca.
- **A Explicação Fisiopatológica:** A isquemia começa na mucosa (camada interna) e progride para a muscular. O peritônio parietal (camada externa, innervada por nervos somáticos sensíveis ao toque) ainda não está inflamado. O paciente sente a dor visceral (profunda, isquêmica), mas não tem irritação peritoneal.

2. A Fase de "Esvaziamento Intestinal"

Logo após o início da isquemia, o intestino entra em um estado de hipermotilidade reflexa e espasmo antes de paralisar (íleo).

- **Sintomas:** Náuseas, vômitos vigorosos e diarreia súbita.
- **A Armadilha:** Essa combinação (dor + vômito + diarreia) faz muitos médicos diagnosticarem erroneamente como **Gastroenterite Aguda** ou Intoxicação Alimentar, dando alta para o paciente.
- **Diferencial:** Na gastroenterite, a cólica é intermitente e alivia após evacuar. Na isquemia, a dor é contínua e não alivia nunca.

3. Evolução Tardia: O Infarto Intestinal

Se não tratado nas primeiras horas, ocorre necrose transmural (todas as camadas morrem).

- A barreira mucosa quebra → translocação bacteriana → sepse.
- Ocorre perfuração → conteúdo fecal cai na cavidade.
- **Mudança do Exame Físico:** Agora o paciente apresenta distensão abdominal, timpanismo (gás da necrose) e **Sinais de Peritonite** (abdome em tábua, descompressão brusca positiva). Nesse estágio, o choque séptico é grave e a mortalidade ultrapassa 90%.

4. Toque Retal

Pode revelar fezes com sangue (enterorragia ou "geleia de framboesa/groselha").

⚠ Importante: A presença de sangue vivo é um sinal de necrose mucosa já estabelecida (descamamento). Não espere o sangue aparecer para pensar no diagnóstico!



O PULO DO GATO: A TRÍADE CLÁSSICA (RARA, MAS DIDÁTICA)

1. Dor abdominal intensa (desproporcional).
2. Doença cardíaca valvar ou arritmia (FA) não tratada.
3. Esvaziamento intestinal (vômitos/diarreia).



DICA DE PROVA

Se a questão descreve um paciente com **Fibrilação Atrial** que começou a gritar de dor abdominal há 2 horas, mas o abdome está “molinho”, a resposta é **Embolia da Artéria Mesentérica Superior**.

Laboratório e Imagem

Diante da suspeita clínica (“dor desproporcional”), não se deve aguardar a confirmação laboratorial para acionar a cirurgia vascular ou geral. O tempo é o inimigo. Contudo, para fins de prova e prognóstico, os exames são fundamentais.

1. Laboratório: A Armadilha do Lactato

O laboratório é inespecífico e serve mais para avaliar a gravidade sistêmica do que para confirmar a etiologia.

- **Leucocitose:** Costuma ser importante com desvio à esquerda. É uma resposta ao estresse e à necrose incipiente.
- **Acidose Metabólica (Lactato Elevado):**
 - Fisiopatologia: A isquemia força as células intestinais a fazerem metabolismo anaeróbio, gerando ácido lático.

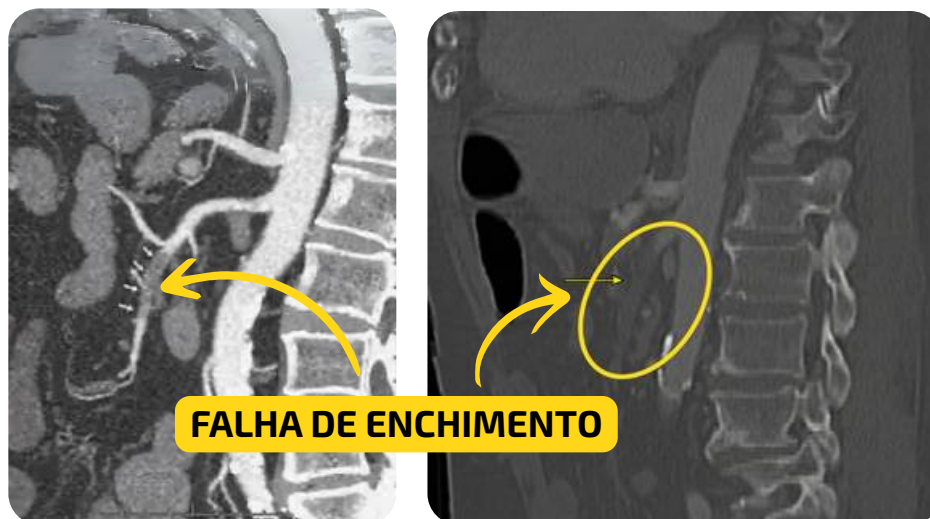
⚠ **A Pegadinha de Prova:** O aumento do lactato é um sinal **TARDIO**. Um lactato normal **NÃO** exclui isquemia mesentérica nas fases iniciais. No entanto, um lactato persistentemente elevado ou em ascensão é um marcador de necrose intestinal e péssimo prognóstico.

2. Angiotomografia Computadorizada (Angio-TC) de Abdome

É o Padrão-Ouro (Gold Standard) atual para o diagnóstico.

- **Protocolo:** Deve ser solicitada com contraste intravenoso em fase arterial e venosa.
- **Sensibilidade:** Altíssima (> 95%).
- **Achados:**
 - Falha de enchimento vascular (*stop* do contraste).
 - Espessamento da parede intestinal (edema).
 - Ausência de realce da parede (o sangue não chega).

Nota: A Arteriografia Mesentérica (Angiografia convencional) foi o padrão-ouro no passado. Hoje, ela é reservada para fins terapêuticos (NOMI ou embolectomia) ou dúvida intraoperatória. Na prova: “Qual o melhor exame diagnóstico?” = **Angio-TC**.



3. Radiografia Simples de Abdome (Raio-X)

É um exame de triagem, barato, mas pouco sensível para isquemia precoce. Geralmente mostra apenas íleo adinâmico.

Quando o Raio-X "brilha", geralmente é tarde demais (sinais de necrose avançada):

- **Pneumatose Intestinal:** Gás dentro da parede do intestino (dissecção por bactérias).
- **Gás no Sistema Porta (Aeroportia):** O gás da parede ganha a circulação venosa e vai parar no fígado (imagens ramificadas radiolúcidas na periferia hepática). Sinal ominoso (quase pré-morte).
- **Pneumoperitônio:** Ar livre na cavidade (perfuração).



RESUMO DIDÁTICO: QUAL EXAME PEDIR?

- Suspeita clínica forte + **Instabilidade Hemodinâmica** → **Laparotomia Exploradora** (não perde tempo com TC).
- Suspeita clínica + **Estabilidade** → **Angio-TC de Abdome**.
- Raio-X serve apenas para descartar perfuração (pneumoperitônio) na admissão.

CONDUTA: O ALGORITMO DE DECISÃO

Introdução e Alerta da Banca

Chegamos ao momento decisivo. O tratamento da Isquemia Mesentérica é um dos tópicos onde a banca mais tenta induzir o aluno ao erro, misturando as condutas.



ATENÇÃO NA PROVA

Não existe um tratamento único. A regra de ouro é: **O tratamento depende exclusivamente da causa**. Se você indicar embolectomia para um caso de trombose, o paciente morre (e você erra a questão).

Medidas Gerais (O “ABC” para todos)

Antes de definir a cirurgia, precisamos estabilizar o paciente, que geralmente está grave e acidótico. O manejo se baseia em dois pilares simultâneos: **Suporte Intensivo + Restauração do Fluxo**.

Protocolo inicial obrigatório:

1. **Estabilização hemodinâmica:** Cristaloide vigoroso e sangue se necessário.
2. **Correção metabólica:** Tratar a acidose e os distúrbios eletrolíticos.
3. **Antibioticoterapia de amplo espectro:** O intestino isquêmico perde a barreira mucosa. É preciso cobrir Gram-negativos e Anaeróbios para evitar translocação bacteriana (Ex.: Ciprofloxacino + Metronidazol ou Piperacilina-Tazobactam).
4. **Anticoagulação plena (Heparina):** Fundamental para evitar a propagação do coágulo.
 - Exceção: Contra-indicação absoluta de sangramento.

Tratamento Específico por Etiologia

Aqui está o mapa mental para definir a conduta final:

A) Embolia Arterial (a mais comum)

- **O problema:** Um coágulo “mole” vindo do coração entupiu a artéria.
- **O objetivo:** Simplesmente retirar o coágulo.
- **A Conduta: Embolectomia** com cateter de Fogarty.
 - Pode ser via aberta (laparotomia) ou endovascular.



Dica Prática: Se houver sinais de peritonite, a **laparotomia é mandatória** para ver a cor da alça.

B) Trombose Arterial (Aterosclerose)

- **O problema:** A artéria está “petrificada” por uma placa dura de cálcio. O cateter de Fogarty não passa ou rompe a artéria.
- **O objetivo:** Criar um desvio (bypass) ou abrir a placa.
- **A Conduta: Revascularização.**
 - **Endovascular:** Angioplastia com Stent (primeira escolha se disponível).
 - **Cirúrgica:** Bypass (ponte) aorto-mesentérico ou ilíaco-mesentérico.

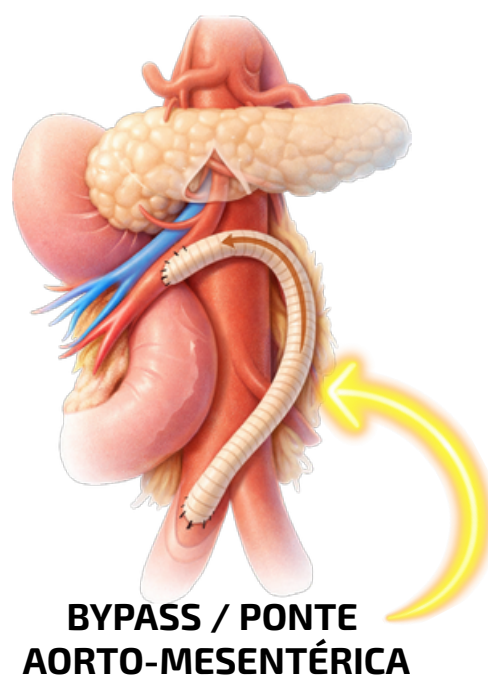
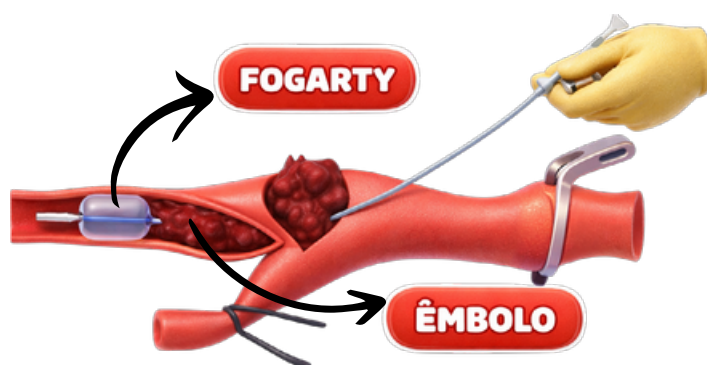
C) Trombose Venosa Mesentérica

- **O problema:** Sangue represado.
- **A Conduta:** Anticoagulação Plena (Heparina) imediata.
- ✗ **Erro comum:** Achar que precisa operar de cara. A cirurgia só é indicada se houver complicação (necrose/peritonite). A maioria melhora só com remédio.

D) Isquemia Não-Oclusiva (NOMI)

- **O problema:** Vasoespasmo severo por choque.
- **A Conduta:** **NÃO OPERAR** (a cirurgia aumenta o estresse e o espasmo).
- **O Tratamento:** Infusão de **vasodilatador (Papaverina)** diretamente na artéria mesentérica via angiografia. Manter por 24-48h enquanto trata o choque de base.

EMBOLECTOMIA COM FOGARTY



Questão Estratégica — Diagnóstico



QUESTÃO HCPA - 2022

Ao se avaliar um paciente com suspeita de isquemia mesentérica aguda, que exame, dentre os abaixo, é o mais indicado para estabelecer o diagnóstico?

- Ressonância magnética de abdômen.
- Angiotomografia abdominal.
- Arteriografia de vasos mesentéricos.
- Ultrassonografia com estudo Doppler de vasos mesentéricos.

Comentário:

Análise das Alternativas:

- A) **Ressonância magnética: Incorreta.** Embora tenha boa acurácia vascular, é um exame demorado, pouco disponível em serviços de emergência e difícil de realizar em pacientes instáveis ou claustrofóbicos. Na isquemia aguda, tempo é víscera. Não é exame de escolha na urgência.
- B) **Angiotomografia abdominal: CORRETA.** Atualmente, é considerada o método de escolha (**Padrão-Ouro Diagnóstico**) para isquemia mesentérica aguda.
- Vantagens: É rápida (segundos), amplamente disponível e não invasiva.
 - O que ela vê: Além de identificar a oclusão vascular (falha de enchimento) com sensibilidade > 95%, ela avalia as **consequências** nas alças intestinais (espessamento de parede, dilatação, pneumatose, ascite) e exclui outros diagnósticos diferenciais (como perfuração ou pancreatite).
- C) **Arteriografia de vasos mesentéricos: Incorreta (como primeira escolha diagnóstica).**
- Histórico: Antigamente, era o padrão-ouro.
 - Atualidade: Hoje é reservada principalmente para fins **TERAPÊUTICOS** (tratamento endovascular ou infusão de papaverina na isquemia não oclusiva) ou quando a TC é inconclusiva mas a suspeita clínica persiste. É invasiva, cara, usa muito contraste e demora mais para ser montada.
- D) **Ultrassonografia Doppler: Incorreta.**
- Limitação: É um exame operador-dependente e tecnicamente muito difícil no abdome agudo, pois a **distensão gasosa** das alças (comum na isquemia) prejudica a janela acústica. Tem baixa sensibilidade para embolias distais. É boa para screening de isquemia crônica (angina mesentérica), não para o quadro agudo.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Angio-TC vs. Arteriografia:

- Se a pergunta for “Qual o melhor exame para o **diagnóstico** inicial?": **Angio-TC.**
- Se a pergunta for “Qual o padrão-ouro **tradicional** ou para **terapia** endovascular?": **Arteriografia.**
- Na dúvida, marque Angio-TC. As diretrizes atuais (World Society of Emergency Surgery) colocam a TC como primeira linha absoluta.

Gabarito: Letra B

O MANEJO DO INTESTINO

O Dilema Intraoperatório: Cortar ou não cortar?

Durante a cirurgia (Laparotomia), ao abrir a barriga, o cirurgião encontra três tipos de alça intestinal. A decisão aqui define a qualidade de vida futura do paciente.

1. **Alça Rosa (Viável):** Deixa como está.
2. **Alça Preta/Necrótica (Inviável):** Deve ser ressecada imediatamente (enterectomia).
3. **Alça "Duvidosa" (Cinza/Pálida/Cianótica):** Aqui mora o perigo. Tem algum peristaltismo, mas a cor é feia.

Pensa comigo: Se você ressecar tudo que está duvidoso, pode deixar o paciente com 50cm de intestino (**Síndrome do Intestino Curto**), condenando-o à Nutrição Parenteral para sempre. Se deixar tecido morto, ele morre de sepse amanhã. O que fazer?



A Tática do "Second Look"

Para resolver esse dilema, usamos a revisão programada ou "**Second Look**".

- **Ação:** Resseca-se apenas o que está "preto" (morto). As áreas duvidosas são deixadas lá.
- **Detalhe Técnico:** Não se faz anastomose (não emenda o intestino agora, pois a chance de fístula é enorme). Deixa-se o abdome aberto em peritoneostomia ou fecha-se apenas a pele.
- **Evolução:** O paciente vai para a UTI, é reanimado (melhora a perfusão), e volta para o centro cirúrgico em **24 a 48 horas**.
- **Objetivo:** Nesse segundo tempo, a demarcação estará clara. O que era "duvidoso" e sobreviveu fica rosa; o que morreu fica preto e é ressecado. Isso salva centímetros preciosos de intestino.



COLITE ISQUÊMICA

Conceito e Fisiopatologia

Enquanto a Isquemia Mesentérica Aguda (aquela da embolia) é a “tragédia” que afeta o intestino delgado, a **Colite Isquêmica** é a versão mais branda que afeta o intestino grosso (cólon).

- **A boa notícia:** É a forma mais comum de isquemia intestinal e tem um prognóstico muito melhor.
- **A má notícia (para o intestino):** Ela ocorre na microcirculação.

O Mecanismo: “Low Flow State” (Baixo Fluxo)

Diferente da embolia dramática que entope um grande vaso de repente, a colite isquêmica ocorre por uma hipoperfusão transitória. O sangue chega, mas não em quantidade suficiente para nutrir a mucosa.

Quem é o culpado?

Geralmente um evento que baixou a pressão ou desviou o sangue.

- Cenários clássicos: Desidratação severa, pós-operatório de cirurgia de aorta (onde se pinça vasos), sessão de hemodiálise, choque séptico recuperado ou até um idoso que resolveu correr uma maratona.

Onde acontece?

Lembra das “Áreas de Bacia” (*Watershed Areas*)? O local mais atingido é o Ponto de Griffith (ângulo esplênico/transição entre transversal e descendente).



O PULO DO GATO: A TRÍADE CLÁSSICA (RARA, MAS DIDÁTICA)

Como o ângulo esplênico fica na esquerda, a dor do paciente é tipicamente do lado esquerdo!

Quadro Clínico de Prova (O Paciente Típico)

A banca vai te apresentar um perfil muito específico. Visualize este paciente:

1. **Perfil:** Idoso, vasculopata, mas que está em **Bom Estado Geral (BEG)**. Ele não parece estar morrendo (diferente da embolia da AMS).
2. **A Queixa:** Dor abdominal moderada, tipo cólica, localizada na **Fossa Ilíaca Esquerda (FIE)**.
3. **A Evolução:** Algumas horas após a dor, o paciente apresenta **diarreia sanguinolenta** (hema-toquezia ou enterorragia).



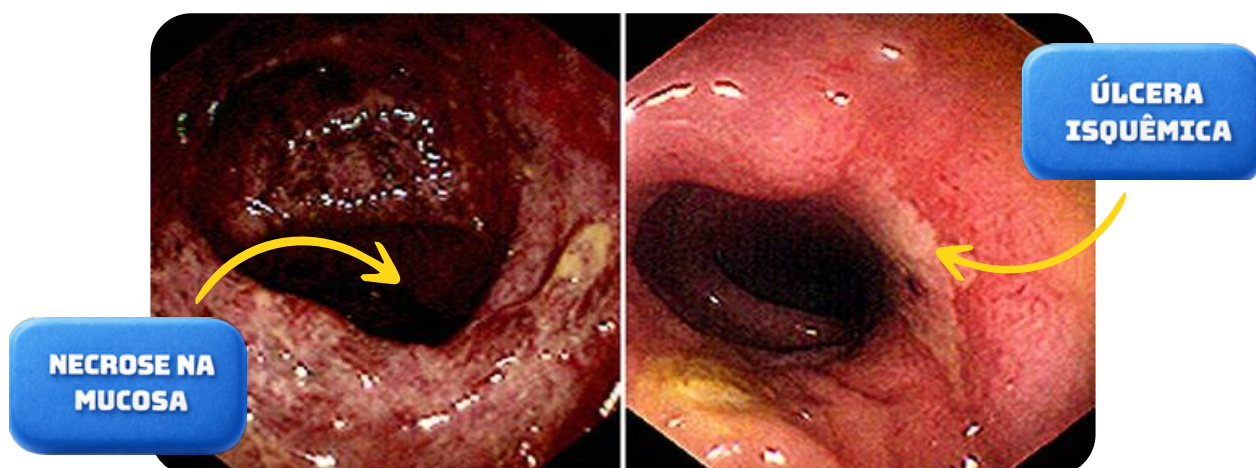
ATENÇÃO NA PROVA: ESSE É O DIVISOR DE ÁGUAS

- Na **Isquemia Mesentérica (Delgado)**: Dor desproporcional + Exame inocente + San-gramento é tardio ("geleia de framboesa").
- Na **Colite Isquêmica**: Dor localizada (esquerda) + Bom estado geral + Sangramento é precoce (diarreia com sangue).

Diagnóstico

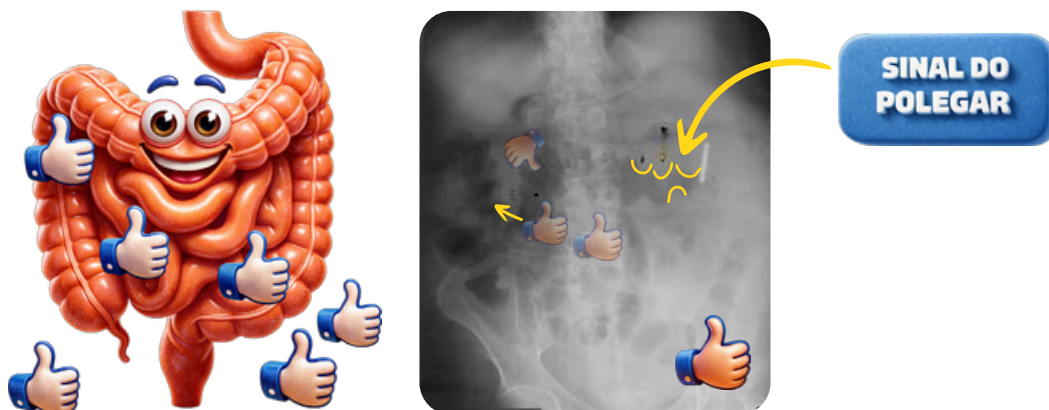
Como confirmar? Aqui a lógica muda em relação ao intestino delgado.

1. **Tomografia (TC) de Abdome:** Mostra espessamento da parede do cólon (colite) em um seg-mento específico.
 - Detalhe: Geralmente **poupa o reto**, pois o reto tem dupla irrigação e é muito bem vascularizado.
2. **Colonoscopia:** É o **PADRÃO-OURO** e exame de escolha (se não houver peritonite).
 - O que se vê: Mucosa pálida, petéquias e ulcerações segmentares.
 - Por que pedir: Para descartar câncer, diverticulite ou doença inflamatória intestinal.



3. Raio-X / Enema Opaco (Clássico):

- Procurar o sinal do **"Thumbprinting"** (Impressão Digital). É o edema da submucosa que projeta a parede para dentro da luz, parecendo marcas de polegar.



Conduta Terapêutica

Respire fundo e guarde o bisturi.

Como a doença é de microcirculação e autolimitada, o intestino geralmente se recupera sozinho assim que o fluxo melhora.

Tratamento Conservador (90% dos casos):

- Repouso Intestinal:** Jejum ou dieta líquida.
- Hidratação Venosa Vigorosa:** Para melhorar a perfusão (tratar a causa base, ex: desidratação).
- Antibioticoterapia:** Para evitar translocação bacteriana na mucosa lesada.

Quando operar (Colectomia)?

Apenas se o conservador falhar e o paciente evoluir com peritonite, perfuração ou sepse refratária (sinal de gangrena colônica). É a minoria.

Característica	Isquemia Mesentérica Aguda (Intestino Delgado)	Colite Isquêmica (Intestino Grosso)
Vaso / Causa	Grandes vasos (Embolia/Trombose AMS)	Microcirculação (Baixo fluxo sistêmico)
Gravidade	Altíssima (Emergência Médica)	Moderada (Urgência Clínica)
Dor	Difusa, Desproporcional, Intensa	Localizada em Fossa Ilíaca Esquerda, Cólica
Sangramento	Tardio ("Geleia de Framboesa")	Precoce (Diarreia sanguinolenta)
Estado Geral	Toxemia, Acidose, Choque	Bom estado geral, Estável
Diagnóstico	Angio-TC (Padrão)	Colonoscopia (Padrão)
Tratamento	Cirurgia / Revascularização	Conservador (Soro + Antibiótico)

Revisão Final

O Abdome Agudo Vascular (Isquemia Mesentérica) representa uma das maiores emergências cirúrgicas, onde a máxima "tempo é intestino" dita o prognóstico. Para a prova de residência, o raciocínio deve partir sempre da suspeita clínica baseada na dissociação entre sintoma e sinal: o paciente refere uma dor abdominal excruciante, refratária a opioides, porém apresenta um abdome flácido e inocente à palpação inicial. Essa "**dor desproporcional ao exame físico**" é o gatilho mental para solicitar uma **Angiotomografia de Abdome**, o padrão-ouro diagnóstico, sem aguardar alterações laboratoriais tardias como a elevação do lactato ou leucocitose.

A etiologia define a conduta. A **Embolia da Artéria Mesentérica Superior**, causa mais frequente, deve ser suspeitada em portadores de arritmias (Fibrilação Atrial) e valvulopatias, manifestando-se de forma súbita e exigindo embolectomia de urgência. Já a **Trombose Arterial** ocorre no paciente vasculopata crônico, muitas vezes precedida por história de "angina abdominal" (medo de comer), e requer revascularização complexa (stent ou bypass). Por outro lado, a **Trombose Venosa** é insidiosa e trata-se primariamente com anticoagulação plena, enquanto a **Isquemia Não-Oclusiva (NOMI)** é exclusiva de pacientes graves em UTI/choque, sendo a única tratada com vasodilatadores (papaverina) e correção do débito cardíaco, evitando-se a laparotomia exceto se houver necrose.

Por fim, é crucial não confundir esse quadro catastrófico com a **Colite Isquêmica**. Esta última é uma doença da microcirculação do idoso, gerada por baixo fluxo sistêmico transitório, afetando as zonas de fronteira vascular (Ponto de Griffith/Sudeck). Diferente da isquemia de delgado, a colite isquêmica apresenta-se com dor moderada em fossa ilíaca esquerda, diarreia sanguinolenta, bom estado geral e tem tratamento eminentemente conservador e prognóstico favorável. O sucesso na prova depende de identificar se o caso é de "grande vaso" (emergência cirúrgica/intervencionista) ou "microcirculação" (suporte clínico).

Resumo em 1 minuto

- **Principal Causa:** Embolia da AMS (coração → intestino).
- **Quadro Clínico:** Dor intensa, súbita, com abdome flácido (Dor > Exame).
- **Ponto de Griffith:** Área do cólon (ângulo esplênico) mais sensível à hipoperfusão (Colite Isquêmica).
- **Laboratório:** Leucocitose + Acidose Lática (sinal tardio/grave).
- **Diagnóstico:** Angio-TC de abdome (falha de enchimento). Pneumatose = Necrose.
- **NOMI:** Única que o tratamento inicial preferencial é farmacológico (vasodilatador intra-arterial), não cirúrgico.

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

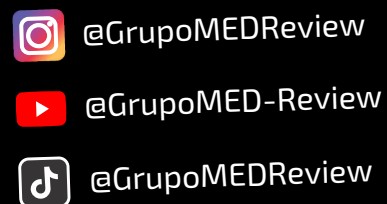
No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



MED-REVIEW

