

Complicações gastrintestinais em usuários de cocaína/*crack*: revisão da literatura

Gastrointestinal complications among users of cocaine / crack-a literature review

Aluísio Gonçalves Medeiros¹, Bruna Schneider Pinto Coelho¹, Guilherme Pereira da Silva¹, Isadora Mota Aguiar¹, Kamilla Almeida de Oliveira¹, Keyla Daniele de Lacerda Rodrigues¹, Leandro Santos Franco de Aguiar¹, Lígia Araújo Milanez¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

O consumo de cocaína/*crack* atinge todos os estratos sociais e grande parcela da população, principalmente os jovens. Esse abuso leva à ampla gama de complicações sistêmicas. No trato gastrintestinal, pode se expressar por manifestações como perfuração gastroduodenal aguda, colite isquêmica, infarto, isquemia intestinal e, raramente, hemorragia maciça. Seu mecanismo fisiopatológico parece ser o vasoespasmismo ou vasoconstrição, que pode levar à isquemia, inclusive com necrose transmural. É importante a atenção e vigilância para o abuso de cocaína/*crack* ao deparar com paciente com dor abdominal inexplicável.

Palavras-chave: Cocaína Crack; Perfuração Intestinal; Detecção do Abuso de Substâncias.

ABSTRACT

Cocaine/crack have being consumed by a large portion of the population especially by youth and reaching all social levels. This abuse leads to a wide range of systemic complications. In the gastrointestinal tract, the drug can lead to manifestations such as acute gastroduodenal perforation, ischemic colitis, infarction, intestinal ischemia and, rarely, massive hemorrhage. The most accepted pathophysiological mechanism is vasospasm or vasoconstriction which can lead to ischemia, including transmural necrosis. It is important that physicians to be aware and search recent history of abuse of crack / cocaine when faced with a patient with unexplained abdominal pain.

Key words: Crack Cocaine; Intestinal Perforation; Substance Abuse Detection.

INTRODUÇÃO

A cocaína é um alcaloide extraído das folhas de coca (*Erythroxylon coca*)¹ e sua obtenção constitui-se em duas etapas, originando diversos subprodutos.² A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz a pasta-base de cocaína.¹ Seu refino origina a cocaína em pó (cloridrato de cocaína), apresentação mais conhecida em nosso meio.³

O consumo da cocaína atinge hoje todos os estratos sociais.³ A cocaína e o *crack* são consumidos por 0,3% da população mundial, sendo que a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%).⁴ No Brasil, aproximadamente 2% dos estudantes já usaram cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,2% o *crack*.⁵ Nas maiores cidades do estado de São Paulo, 2,1% da população já fizeram uso de cocaína pelo menos uma vez na vida, o que a torna a terceira substância ilícita mais utilizada

¹ Acadêmicos do internato de Medicina de Urgência e Traumatologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico e professor no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Keyla Daniele de Lacerda Rodrigues
Av. João Pinheiro nº 85 ap 1.501-A
Bairro: Centro
CEP: 30130-180
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: Keylacerda@hotmail.com

no estado, atrás somente dos solventes (2,7%) e da maconha (6,6%).⁶

Desde 1987, as internações hospitalares no Brasil envolvendo o abuso de cocaína aumentaram, tornando-se a segunda causa de internação por abuso de substâncias no país. A primeira causa continua sendo o álcool. Nos serviços de emergência, a cocaína é responsável por 30 a 40% das admissões por abuso de drogas ilícitas, representando 10% entre todos os tipos de drogas e 0,5% das admissões totais. A idade da população de usuários varia dos 15 aos 45 anos, com predomínio dos 20 aos 30 anos.⁷⁻¹¹

A cocaína sob a forma inalada, intravenosa, aspirada e ingerida afeta quase todos os sistemas e órgãos do corpo.

A suspeita do uso da cocaína pode ser guiada por algumas alterações psíquicas e físicas características da droga (Tabela 1).

Tabela 1 - Principais sintomas decorrentes do abuso de cocaína

Sintomatologia Psíquica	Sintomatologia Física
Aumento do estado de vigília	Aumento da frequência cardíaca
Euforia	Aumento da temperatura corpórea
Sensação de bem estar	Aumento da frequência respiratória
Autoconfiança elevada	Sudorese
Aceleração do pensamento	Tremor leve de extremidades, espasmos musculares (língua e mandíbula), tiques, midríase

* Fonte: Gold MS. Cocaine. New York: Plenum Medical Book Company; 1993.

OBJETIVO E METODOLOGIA

Esta revisão objetiva apresentar as complicações gastrointestinais decorrentes do uso agudo e crônico da cocaína/crack. Foram selecionadas publicações de 1988 a 2012 nos bancos de dados *Pubmed* e *SciELO*, utilizando-se os termos cocaína, *crack*, complicações gastrointestinais e úlcera gastroduodenal.

FISIOPATOLOGIA DA LESÃO GASTROINTESTINAL POR COCAÍNA/CRACK

A inalação do *crack* leva a altos níveis séricos da droga, devido à sua rápida absorção na superfície pulmonar. O aumento rápido da concentração plasmática desse simpatomimético promove isquemia sistêmica, o que pode explicar as suas complicações mais graves.^{12,13}

A cocaína age a partir do bloqueio da recaptação de dopamina, epinefrina e norepinefrina e estimula o sistema nervoso simpático e posterior vasoconstricção. Vários mecanismos fisiopatológicos são propostos para seus efeitos gastrointestinais, como: isquemia focal, microtrombos, embolia, retardo do esvaziamento gástrico e aumento na pressão intra-abdominal devido à aerofagia crônica.¹⁴⁻¹⁷

PERFURAÇÃO GASTRODUODENAL AGUDA

A úlcera gastroduodenal perfurada é complicação rara, porém grave, do uso de cocaína/crack, permanecendo sua patogênese incerta.

A apresentação clínica típica da perfuração gastroduodenal inclui início súbito e agudo de dor epigástrica, podendo às vezes os pacientes referir dor no ombro devido ao ar livre sob o diafragma. Outros pacientes podem apresentar náuseas, vômito, diarreia e dor abdominal leve. O diagnóstico correto muitas vezes passa despercebido, especialmente em jovens, porque as suas manifestações clínicas inicialmente podem não ser específicas.¹⁸

Vários relatos mostram a associação da perfuração gástrica ao uso de cocaína¹⁸ com incidência de até 35,7% ao uso de *crack*.¹⁴ A idade média dos pacientes situa-se em 37 anos (cerca de oito a 10 anos mais jovem que o grupo usual de pacientes com perfurações relacionadas à infecção por *Helicobacter pylori*) e 96% dos casos em homens. A sintomatologia descrita é de epigastralgia (96%), sinais de peritonite (100%) e ar intraperitoneal encontrado na radiografia abdominal em ortostatismo (84%). O tempo médio para o aparecimento da dor abdominal foi de 2-4 horas após o uso da droga e os principais locais de acometimento foram as regiões prepilórica e justapilórica.

COLITE ISQUÊMICA

A colite isquêmica resulta do inadequado fluxo de sangue no sistema vascular mesentérico. Sua relação com o uso de cocaína é, em geral, evidente entre 24 e 72 horas de uso consecutivo, sendo o processo inflamatório e a isquemia mais frequentes no cólon distal. Podem ocorrer, além dos efeitos agudos da utilização da droga, também os crônicos, como a colite com sangramento retal e dor abdominal.¹⁹⁻²³

PERFURAÇÃO INTESTINAL

O início da isquemia acontece, em média, 19 horas após o uso da cocaína e é evidenciado pelo aparecimento súbito de dor abdominal difusa.²⁴ Pode provocar gangrena e perfuração do intestino delgado e grosso e hemorragia intraperitoneal.²⁵ O íleo distal é mais comumente afetado, mas pode acometer qualquer parte do intestino delgado.

O principal mecanismo de ação da cocaína é a indução de vasoespasmio arterial causando isquemia da mucosa e necrose transmural. Pode também provocar trombose vascular mesentérica causada por agregação de plaquetas com a liberação de mediadores vasoativos, processo crônico que atinge os jovens, agravado por alimentos e perda de peso.²⁶⁻²⁸

DISCUSSÃO

O mecanismo de ação da cocaína/crack no trato gastrintestinal ainda não é conhecido, entretanto, deve ser suspeitada pela ausência de história e sinais de evento traumático e de antecedente familiar para lesão gástrica, teste de urease negativo e uso de cocaína/crack há menos de 24 horas do evento.

Outro fator que contribui para a relação de causalidade entre a lesão gástrica e o uso de cocaína/crack é a idade dos pacientes, que coincide com a faixa etária situada entre a terceira e a quarta décadas de vida.

CONCLUSÃO

Complicações gastrintestinais decorrentes do uso de cocaína/crack são raras, entretanto, são graves.¹⁸ O crescente uso dessas substâncias representa desafio à saúde pública e também aos serviços de urgência, para não só estarem alertas ao seu diagnóstico como à abordagem adequada, a fim de evitar a morte de seus usuários. A dor abdominal em usuários de cocaína não deve ser relacionada apenas à sua abstinência. A gravidade associada ao uso de cocaína exige atenção governamental e mais incentivo para campanhas de conscientização da população sobre os riscos do seu uso, bem como disponibilização de programas para tratamento dos dependentes.

REFERÊNCIAS

1. Negrete JC. Cocaine problems in the cocagrowing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. Cocaine: scientific and social dimensions. Chichester John Wiley & Sons; 1992. p.40-9.
2. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine – profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Subst Use Misuse*. 1999; 34:1527-48.
3. Wallace BC. *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*. New York: Brunner/Mazel; 1991.
4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001. Vienna: UNODCCP; 2001. [Cited 2006 Apr 22]. Available from: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
5. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
6. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – parte a. Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo; 2000.
7. Secretaria Nacional Antidrogas. Conversando sobre cocaína e crack. [Citado em 2006 abr. 11]. Disponível em: www.clickvida.org.br/conversandosobre.htm.
8. Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med*. 2001; 345:351-8.
9. Caballero VPJ, Dorado PS, Brusint OB, Basurco JB, Sampedro MM. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda 1997 (estudio de 1.140 casos del área surde la Comunidad de Madrid). *Rev Clin Española*. 1999; 7:18-24.
10. Leikin JB, Morris RW, Warren M, Erickson T. Trends in a decade of drug abuse Presentation to an inner city ED. *Am J Emergency Med*. 2001; 19:37-9.
11. Colliver JD, Kopstein AN. Trends in cocaine abuse reflected in emergency room episodes reported by DANW. *Public Health Rep*. 1991; 106:59-67.
12. Warner A. Review: cocaine abuse. *Ann Intern Med*. 1993; 119:226-35.
13. Fennell DA, Gandhi SS, Prichard BN. Gastrointestinal haemorrhage associated with free-base (crack) cocaine. *Postgrad Med J*. 1995; 71(836):377-8.
14. Feliciano DV, Ojukwu JC, Rozycki GS, et al. The epidemic of cocaine-related juxtapyloric perforations: with a comment on the importance of testing for *Helicobacter pylori*. *Ann Surg*. 1999; 229:801-4.
15. Levine SR, Welch KM. Cocaine and stroke. *Stroke*. 1988; 19:779-83.
16. Muniz AE, Evans T. Acute gastrointestinal manifestations associated with use of crack. *Am J Emerg Med*. 2001; 19:61-3.
17. Chan YC, Camprodon RAM, Kane PA, Scott-Coombes DM. Abdominal complications from crack cocaine. *Ann R Coll Surg Engl*. 2004; 86:47-50.
18. Uzzaman MM, Alam A, Nair MS, Meleagros L. Gastric perforation in a cocaine user. *Gastroenterol Hepatol*. 2010; 6:731-3.

19. Day DW. Vascular Disorders. In: Morson & Dawson's Gastrointestinal Pathology. 3rd ed. BC Morson, IMP Dawson, DW Day, JR Jass, AB Price, GT Williams, editors. New York: Blackwell Scientific Publications; 1990. p.550-9.
 20. Fishel R, Hamamoto G, Barbul A, Jiji V, Efron G. Cocaine colitis? Is this a newsyndrome? *Dis Colon Rectum*. 1985; 28(4):264-6.
 21. Nalbandian H, Sheth N, Dietrich R, Georgiou J. Intestinal ischemia caused by cocaine ingestion: Report of two cases. *Surgery*. 1985; 97(3):374-6.
 22. Ellis CN, McAlexander WW. Enterocolitis associated with cocaine use. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(12):2313-6.
 23. Niazi M, Kondru A, Levy J, Bloom AA. Spectrum of ischemic colitis in cocaine users. *Dig Dis Sci*. 1997 Jul; 42(7):1537-41.
 24. Linder JD, Monkemuller KE, Rajman I, Johnson L, Lazenby AJ, Wilcox CM. Cocaine associated ischemic colitis. *South Med J*. 2000; 93:909-13.
 25. Lee HS, LaMaute HR, Pizzi WF, Picard DL, Luks FI. Acute gastroduodenal perforation associated with use of crack. *Ann Surg*. 1990; 211:15-7.
 26. Hoang MP, Lee EL, Anand A. Histologic spectrum of arterial and arteriolar lesions in acute and chronic cocaine-induced mesenteric ischemia: report of three cases and literature review. *Am J Surg Pathol*. 1998; 22:1404-10.
 27. Tiwari A, Moghal M, Meleagros L. Life threatening abdominal complications following cocaine abuse. *J R Soc Med*. 2006; 99(2):51-2.
 28. Gibbons TE, Sayed K, Fuchs GJ. Massive pan-gastrointestinal bleeding following cocaine use. *World J Pediatr*. 2009; 5(2):149-51.
-