

Obstrução intestinal em paciente com ileíte actínica

Intestinal obstruction secondary to radiation ileitis

Lívia Muzzi Machado Diniz¹, Marcelo Tolêdo Silva¹, Marcus Vinícius Máfia Lima¹, Natália Regina Misson¹, Pedro Henrique Faria Silva Trocoli-Couto¹, Raphael da Silva¹, Thaís Duarte da Costa¹, Victor Leite Ikeda¹, Alcino Lázaro da Silva²

RESUMO

Este trabalho descreve o caso clínico-cirúrgico de paciente de 78 anos de idade, admitido no Hospital das Clínicas da UFMG, com vômitos incoercíveis, associados a dor e distensão abdominal, história prévia de tumor prostático tratado por radioterapia. A avaliação clínico-laboratorial indicou tratar-se de abdômen agudo obstrutivo por ileíte actínica. A proposta terapêutica foi a realização de laparotomia; entretanto, diante do extenso acometimento intestinal por fibrose e obstrução evidenciado durante o procedimento, a enterectomia não foi realizada pelo risco de posterior síndrome do intestino curto. A conduta conservadora, nesse caso, foi adotada para evitar danos adicionais ao paciente.

Palavras-chave: Abdome Agudo; Obstrução Intestinal; Ileíte.

ABSTRACT

This article describes a surgical-clinical case about a 78 years old patient, admitted at the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, with incoercible spew, in association with abdominal pain and distension, and a previous history of prostatic cancer treated by radiotherapy. The clinical e image evaluation indicated an obstructive acute abdomen as result of actinic ileitis. The therapy proposed was a laparotomy, however, in front of a vast intestinal arrest by fibrosis and obstruction, shown in the course of the procedure, an enterectomy was not made considering the risk of small intestine syndrome. The conservative conduct, in this case, was adopted to avoid additional harm to the patient.

Key words: Abdomen, Acute; Intestinal Obstruction; Ileitis.

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é definida como o impedimento à progressão do conteúdo do intestino, em virtude de obstáculo mecânico ou funcional. Pode ser considerado o acometimento cirúrgico mais comum do intestino delgado, sendo de grande importância em paciente acometido por ileíte actínica, afecção que afeta o intestino delgado após irradiação pélvica.

Este relato apresenta a evolução clínico-cirúrgica de paciente submetido a radioterapia após câncer de próstata com evolução conturbada para abdômen agudo. Objetiva alertar para efeitos adversos da radioterapia.

¹ Acadêmico(a) do 10º período da Faculdade de Medicina da UFMG
² Professor emérito do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Instituição:
Hospital das Clínicas/ Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte/ MG
CEP 30130-100
Email: vlikeda@hotmail.com

RELATO DO CASO

JBS, 78 anos de idade, masculino, casado, aposentado, foi admitido no Hospital das Clínicas da UFMG no dia 28/02/2009, em decorrência, já há 24 horas, de dor abdominal associada a vômitos, semelhante a episódio ocorrido cinco meses antes.

Era portador de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação farmacológica sobre a qual não sabia informar e recente submissão a radioterapia para tratamento de neoplasia prostática maligna. Desenvolveu ileíte actínica logo após as sessões radioterápicas.

Apresentava-se normocorado, hidratado, acianótico e anictérico, sem evidências de alterações cardiopulmonares. A frequência cardíaca era de 72 bpm. O abdômen estava distendido, tenso e sensível à palpação. O toque retal não mostrou alterações.

Aventada a possibilidade de apresentar abdômen agudo obstrutivo, conseqüente à estenose secundária por retite actínica ou recidiva de neoplasia. Foi solicitado o estudo radiológico simples e tomográfico do abdômen, além de hemograma, glicemia, amilase, proteína C reativa sérica e creatininemia.

Os vômitos desapareceram em oito horas de evolução, ausentando-se a eliminação de flatos ou fezes. Observado aumento da distensão e persistência da dor abdominal, leucocitose devido à neutrofilia, sem desvio para a esquerda, e o hemograma apresentava-se normal. A glicemia era de 117 g/dL; amilase de 151 U/dL; creatininemia de 1,21 mg/dL; e proteína C reativa de 3,0 mg/dL. As radiografias do abdômen apresentavam imagens sugestivas de dilatação de alças intestinais e níveis hidroaéreos. A tomografia computadorizada do abdômen mostrava distensão de intestino delgado, cólons ascendente, transverso e descendente, com espessamento da parede do sigmoide e ausência de metástases ou líquido livre. Foi programada a laparotomia, com administração prévia de ceftriaxona e metronidazol e reserva de 600 mL de concentrado de hemácias.

No primeiro dia de observação, observou-se menos distensão abdominal e a dor foi controlada, entretanto, persistia sem liberar gases. A laparotomia exploradora, sob anestesia geral, evidenciou a cerca de 70 cm do ângulo de Treitz um segmento de cerca de 100 cm de estenoses múltiplas, intestino branco e com consistência endurecida. À montante dessa área, o jejuno encontrava dilatado. Estavam normais cerca de 40 cm de íleo distal. A opção reali-

zada foi de tratamento conservador diante da extensão do acometimento intestinal e da possibilidade de síndrome de intestino curto após ressecção extensa do intestino.

O paciente apresentava-se afebril, com diurese normal e hemodinamicamente estável em oito horas após a laparotomia. Queixava-se apenas de dor abdominal de pequena intensidade e já apresentava ruídos hidroaéreos.

No primeiro dia de pós-operatório pela manhã, tolerou mal a sonda nasogástrica. Estava normocorado, hidratado, afebril, com frequência cardíaca de 88 bpm. O abdômen estava livre e a ferida operatória apresentava bom estado. Foi retirada a sonda e iniciada dieta líquida. Apresentou vômitos no decorrer da manhã, com distensão, hipertimpanismo abdominal e presença de ruídos hidroaéreos. Foi suspensa a dieta enteral, recolocada a sonda nasogástrica, realizada revisão laboratorial e antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol. O paciente relatava melhora do desconforto abdominal três horas após, e a sonda nasogástrica já havia drenado 500 mL. Ao final da tarde desse dia, persistia com distensão abdominal; entretanto, tolerava bem a sonda nasogástrica, eliminava flatos e negava dor à palpação. O hemograma, leucograma e plaquetograma eram satisfatórios, assim como o coagulograma. Desenvolveu hipopotassemia leve que foi tratada.

Estava assintomático no segundo dia após o procedimento cirúrgico. O abdômen estava plano, normotenso, com a presença de ruídos hidroaéreos, tendo apresentado dois episódios de evacuações diarreicas.

Foram liberadas dieta líquida e branda sem resíduos no terceiro e quarto dias pós-operatórios, respectivamente. A diarreia persistiu até o quinto dia de pós-operatório. Continuava sendo administrada a antibioticoterapia. Apresentava abdômen livre e normotenso, sem vômitos e com ferida operatória em bom aspecto.

Recebeu alta cinco dias após a laparotomia.

DISCUSSÃO

Observa-se neste relato o desenvolvimento de abdômen agudo em paciente idoso, devido à obstrução intestinal, aparentemente parcial, em fase tardia da ileíte actínica. Corrobora o diagnóstico a melhora, mesmo sem ressecção do intestino delgado.

A obstrução intestinal deve ser considerada diante de dor abdominal em paciente com história antiga de irradiação pélvica. Essa obstrução, em geral, é parcial, e poder ser tratada de modo não-cirúrgico, o que não é comumente visto em obstruções gastrointestinais de outras etiologias.

A opção de não remover a causa obstrutiva durante a laparotomia, no caso aqui descrito, objetivou evitar a síndrome do intestino curto por ressecção ampla de alças. Pode-se considerar que, apesar da realização da laparotomia, a conduta final foi conservadora, para não causar danos adicionais desnecessários ao paciente. É importante lembrar que neste e em outros casos o acompanhamento deve ser mantido em longo prazo pela grande chance de sua recorrência.

CONCLUSÃO

É de extrema importância conhecer o passado mórbido de paciente com dor abdominal sugestiva de obstrução a fim de confirmá-lo e diagnosticar sua correta etiologia. A conduta operatória, apesar de ser quase sempre indicada, pode ser evitada, visando sempre ao melhor resultado para o paciente sem causar-lhe danos adicionais.

REFERÊNCIAS

1. Bismar MM, Sinicrpe FA. Radiation enteritis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2002 Oct; 4(5):361-5.
2. Dias AZ. Enterite Pós-Irradiação. In: Coelho JCU. *Aparelho digestivo: clínica e cirurgia.* São Paulo: Atheneu; 2005. p.982-7.
3. Lopez M, Medeiros JL. *Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
4. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Lono DL, Jamenso, JL. *Harrison medicina interna.* 17. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2008.