

INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-GÁSTRICA: UMA RARA COMPLICAÇÃO PÓS-GASTRECTOMIA

JEJUNOGASTRIC INTUSSUSCEPTION: A RARE COMPLICATION POSTGASTRECTOMY

Bruno Amantini Messias, TCBC-SP¹; Érica Rossi Mocchetti²; Noelle Carbonieri²; Ana Fatima Mineiro².

RESUMO

A intussuscepção jejuno-gástrica é uma rara complicação pós-gastrectomia a Billroth II ou gastrojejunoanastomose isolada. Apresenta elevada mortalidade quando seu diagnóstico é feito tardiamente. A etiologia mais plausível é a peristalse da alça intestinal. Geralmente apresenta-se com dor epigástrica associada a vômitos com ou sem sangue. Relatamos o caso de um paciente submetido à laparotomia exploradora para tratamento desta patologia.

Descritores: Intussuscepção. Gastrectomia. Estômago.

ABSTRACT

Jejunogastric intussusception is a rare complication by Billroth II gastrectomy or gastrojejunostomy. It presents high mortality when its diagnosis is made late. The most plausible etiology is the intestinal loop peristalsis. Usually presents as epigastric pain associated vomiting with or without blood. We report the case of a patient submitted to exploratory laparotomy due to jejunogastric intussusception.

Keywords: Intussusception. Gastrectomy. Stomach.

INTRODUÇÃO

Apesar da intussuscepção jejuno-gástrica ser uma patologia rara, o diagnóstico precoce é essencial devido às altas taxas de mortalidade, que podem chegar a 50% em pacientes com mais de 48 horas de evolução^{1,2}. Deve ser suspeitada em pacientes gastrectomizados com queixa de sintomas obstrutivos, dor epigástrica, náuseas, vômitos com ou sem sangue, saciedade precoce e perda de peso³. Todos os pacientes com sintomas obstrutivos agudos devem ser submetidos a exames contrastados e endoscopia digestiva alta³.

Este trabalho descreve o caso de um paciente gastrectomizado, submetido à redução manual da intussuscepção jejuno-gástrica por via laparotômica.

RELATO DO CASO

Paciente de 67 anos, masculino, procurou auxílio médico, com quadro de dor em região epigástrica após alimentação, há dois meses; náuseas, inapetência e hematêmese há três dias. Negava febre ou

melena. De antecedentes pessoais, era portador de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertenso, coronariopata, tabagista (40 maços/ano) e relatava cirurgia para tratamento de úlcera gástrica há 39 anos.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, lúcido, orientado, desidratado, descorado, afebril, eupneico e normocárdico. Ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. Abdômen plano, flácido, doloroso à palpação epigástrica, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e sem dor à descompressão brusca.

Realizados exames laboratoriais que evidenciaram hemoglobina de 10,2g/dL, hematócrito de 28,8%, leucócitos de 9.600/mm³ com 2% de metamielócitos, 18% de bastonetes e 53% de segmentados, 154.000 plaquetas, proteína C reativa de 234 mg/L. Eletrólitos, função renal e urina tipo 1 sem alterações. Também foram realizadas ultrassonografia de abdômen total (USG) e tomografia computadorizada (TC). No USG demonstrou apenas vesícula biliar e alças intestinais distendidas. Na TC foi

¹ Hospital Geral de Carapicuíba, Serviço de Cirurgia Geral, Carapicuíba, SP, Brasil.

² Centro Universitário São Camilo, Curso de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

evidenciada rotação mesentérica na projeção do duodeno em seu próprio eixo que se apresenta insinuado para o interior da cavidade gástrica, grande distensão líquida gástrica e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal (Figuras 1 e 2).

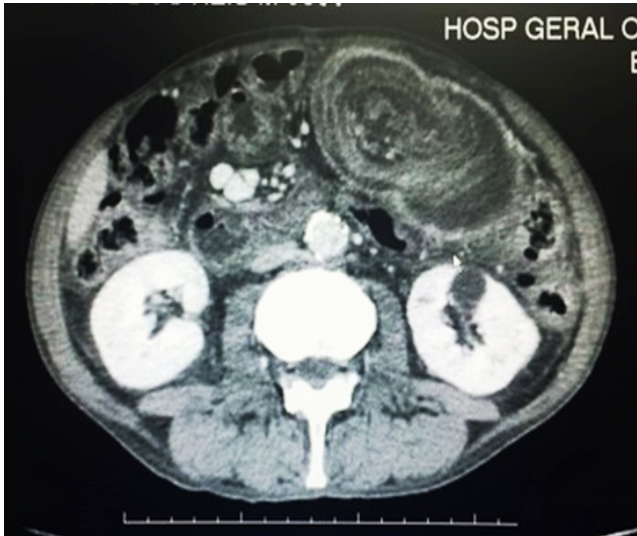


Figura 1. Tomografia computadorizada em corte axial com imagem em alvo com múltiplas camadas sugestivo de intussuscepção jejuno-gástrica.

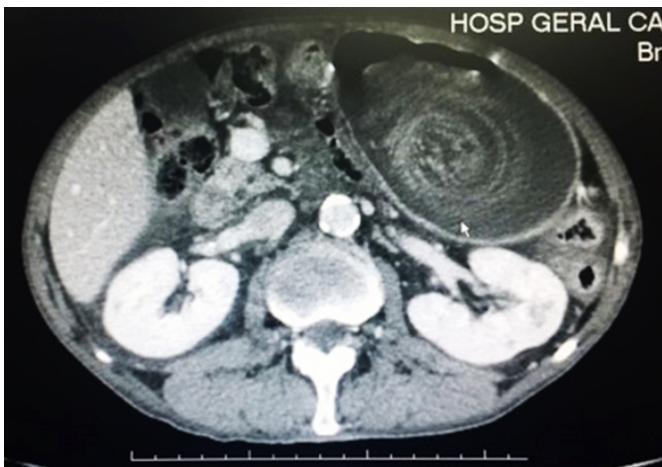


Figura 2. Tomografia computadorizada em corte axial com distensão gástrica e conteúdo em seu interior sugestivo de intussuscepção jejuno-gástrica.

A endoscopia digestiva alta não foi realizada. Após a possibilidade do diagnóstico de intussuscepção jejuno-gástrica, o paciente foi internado para realização de cirurgia de urgência e antibioticoterapia. No inventário da cavidade abdominal havia pequena quantidade de líquido, estômago com múltiplas aderências firmes com o baço e gastroenteroanastomose a Billroth II com alça eferente invaginada no remanescente gástrico.

Tática operatória: foi realizada redução da alça jejunal do remanescente gástrico sem necessidade de ressecção devido à viabilidade da mesma (Figura 3), esplenectomia devido a sangramento importante após liberação do ligamento esplenocólico e drenagem subfêrnica.

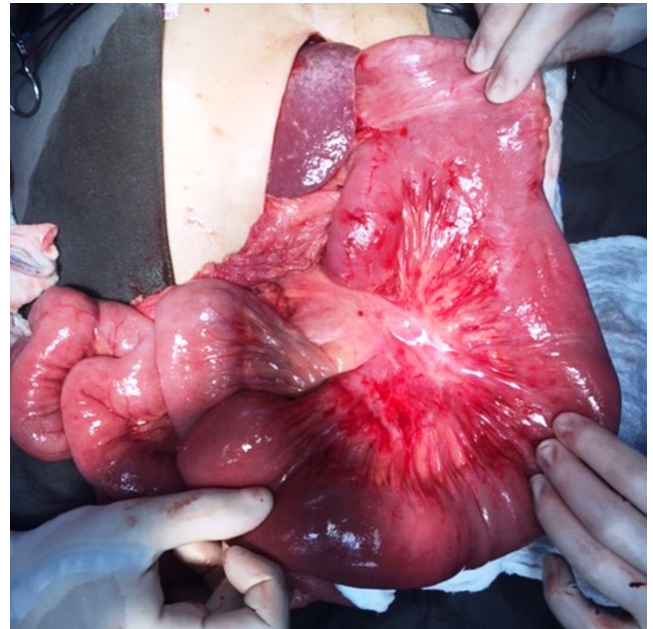


Figura 3. Imagem do intraoperatório após redução manual da intussuscepção. Alças de delgada edemaciadas com lesões vasculares no mesentério.

Paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva após término da cirurgia. No quarto dia pós-operatório foi realizado transfusão de dois concentrados de hemácias devido à queda hematimétrica. No quinto dia pós-operatório, o controle laboratorial evidenciou hemoglobina de 11,0 g/dL, hematócrito de 29,6%, leucócitos de 16.800/mm³ com 0% de metamielócitos, 0% de bastonetes e 70% de segmentados, plaquetas de 234.000, INR de 1,21, proteína C reativa de 58,4 mg/L. Eletrólitos e função renal sem alterações.

Recebeu alta com retorno ambulatorial e orientado para a necessidade de vacinação pós-esplenectomia. Retornou ao ambulatório no 11º pós-operatório, assintomático e sem alterações no exame físico.

O anatomopatológico do baço evidenciou ruptura esplênica com hemorragia parenquimatosa. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A intussuscepção jejuno-gástrica é uma rara complicação pós-gastrectomias

ou gastrojejunostomias, e foi reconhecida pela primeira vez por Bozzi em 1914^{1,2}. Acomete cerca de 0,1% das ressecções gástricas e pode ser descrita em qualquer período do pós-operatório^{1,4}.

Os primeiros a subdividirem a intussuscepção jejuno-gástrica em quatro tipos foram Gundersen *et al.*, em 1985⁵; invaginação de alça aferente (Tipo I), invaginação de alça eferente (Tipo II), intussuscepção das duas alças (Tipo III) e intussuscepção das duas alças com encarceramento de uma alça de delgado (Tipo IV). O tipo II é o mais frequente e corresponde a mais de 80% dos casos².

O mecanismo fisiopatológico é pouco compreendido e, múltiplas teorias já foram propostas: espasmo jejunal, antiperistalse pela acidez gástrica, largo calibre da boca anastomótica, pressão intra-abdominal aumentada, entretanto, a peristalse retrógrada (alça eferente) ou anterógrada (alça aferente) parece ser a teoria mais plausível^{1,2}. A intussuscepção jejuno-gástrica pode se apresentar como um processo agudo ou crônico. Quando agudo, o jejuno se torna fixo levando a uma congestão venosa, edema da alça e eventualmente gangrena do intestino delgado envolvido. Nessa situação, o quadro clínico é composto por dor abdominal em região epigástrica tipo cólica intermitente com piora gradativa, enquanto a intussuscepção progride. O vômito inicialmente é claro ou bilioso, mas com o surgimento do comprometimento do suprimento vascular ele pode se tornar hemático (hematêmese)².

Uma massa epigástrica pode ser palpada em aproximadamente 50% dos pacientes⁶. Já na apresentação crônica, os episódios de desconforto epigástrico são recorrentes e, às vezes, exacerbado pela alimentação. Essa dor geralmente desaparece em uma ou duas horas, mas pode persistir por mais tempo se o quadro obstrutivo permanecer. Em alguns casos, à redução espontânea da intussuscepção pode acontecer².

Embora a maioria dos casos sejam diagnosticados no momento da cirurgia, essa doença pode ser suspeitada com base nas manifestações clínicas e no exame físico, e confirmada por avaliação radiológica e endoscópica^{2,3}. A tomografia computadorizada contrastada pode evidenciar o aspecto das pregas do jejuno invertido dentro do estômago ou lesão delineando o segmento intestinal com intussuscepção^{2,7}.

O primeiro a visualizar endoscopicamente e a descrever um jejuno com intussuscepção foi Coates em 1948^{2,8}. As alterações endoscópicas podem variar de um leve prolapso da mucosa jejunal a uma obstrução do estômago remanescente. A aparência da mucosa varia de acordo com o grau de comprometimento vascular. A intussuscepção jejuno-gástrica deve ser fortemente considerada se é visualizado uma massa intraluminal na endoscopia². Mesmo na presença de instabilidade hemodinâmica, a endoscopia digestiva pode ser realizada nos pacientes com histórico de cirurgia gástrica e hematêmese.

O tratamento de escolha é cirúrgico e consiste no alívio da obstrução e na prevenção de recorrência, pode envolver lise de aderências, reconstrução da anastomose, redução da invaginação jejuno gástrica, enterectomia segmentar na eventualidade de necrose de alça ou gastrectomia com reconstrução em Y de Roux⁹. Quanto ao tratamento, não existe consenso quanto à melhor técnica cirúrgica, ficando esta ao critério do cirurgião e à melhor adequação ao doente em questão⁸. No caso do paciente acima, a opção foi apenas pela redução da intussuscepção devido ao sangramento esplênico.

Foi observado na literatura que, na maioria dos casos, foram realizadas reconstruções em Y de Roux. A cirurgia é a opção de tratamento mais eficaz, embora a endoscopia possa potencialmente prover alívio temporário da intussuscepção em casos selecionados².

REFERÊNCIAS

1. Santos JPV, Almeida COR, Lima GJ, Negre AA, Gilio DB, Silva SR. Invaginação jejuno-gástrica: relato de rara complicação em pós-operatório de ressecção gástrica. GE - J Port Gastrenterol. 2007;14(2):150-2.
2. Mele CD, Porayko MK. Jejuno gastric intussusception, an indication for emergent endoscopy: case report. Gastrointest Endosc. 2003;57(4):593-5.
3. Ashley SW. Postgastrectomy complications. UpToDate [Internet] 2015 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/postgastrectomy-complications?search=Ashley%20S.%20W.%20Postgastratomy%20complications&source=>

- [search_result&selected_title=1~9&usage_type=default & display_rank=1](#)
4. Portela LMP, Batista CB, Vieira SC. Intussuscepção jejunogástrica. RBM. 2005;63 (2):177-8.
 5. Gundersen SB Jr, Cogbill TH. Acute jejunogastric intussusception. Am Surg. 1985;51(9):511-3.
 6. Rather SA, Dar TI, Wani RA, Khan A. Jejunogastric intussusception presenting as tumor bleed. J Emerg Trauma Shock. 2010;3(4):406-8.
 7. Ceneviva R, Donadelli SP, Silva Jr, Coelho JCU, Machi. Síndromes pós-operações gástricas (síndromes pós-gastrectomia). In: Coelho J. Aparelho digestivo. 4º ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 703-704.
 8. Coates DM. Jejuno-gastric intussusception. Br J Radiol.1949;261(22):544-6.
 9. Bento A, Batista H, Oliveria F, Amaro P, Martinhyo F. Invaginação retrógrada jejuno gástrica - caso clínico. GE - J Port Gastreterol. 2007;14(1):72-5.
- Recebido em: 22/01/2019
Aceito para publicação: 23/01/2019
Conflito de interesses: Não
Fonte de financiamento: Não
- Endereço para correspondência:**
Bruno Amantini Messias
E-mail: bruno22med@hotmail.com