

Obstrução Intestinal Aguda devido à coágulo intraluminal em pós-operatório de Gastrectomia Total

Ana Luiza Muniz de Souza Vale¹, Caroline Rangel Martins Pereira², Josie Marcelle Lira Albuquerque³, Antônio Kneipp Pitta de Castro Neto⁴, Marcelo Sá Araujo⁵
Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/UFF

¹ Médica residente do serviço de Cirurgia Geral HUAP/UFF

² Médica residente do serviço de Cirurgia Geral HUAP/UFF

³ Médica residente do Serviço de Cirurgia Geral HUAP/UFF

⁴ Professor do Departamento de Cirurgia Geral HUAP/UFF

⁵ Professor do Departamento de Cirurgia Geral HUAP/UFF

INTRODUÇÃO

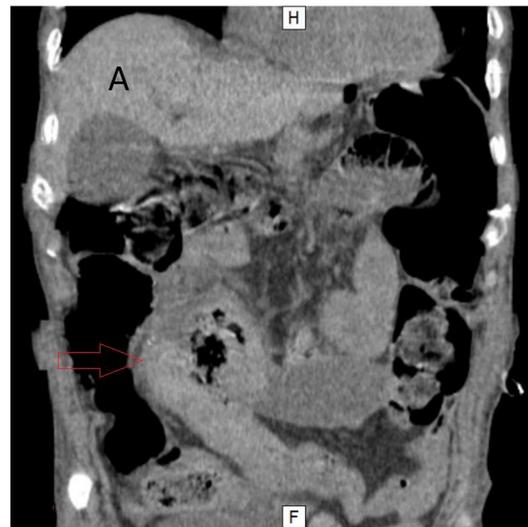
A neoplasia gástrica é uma das formas mais comuns de neoplasias no mundo com alta taxa de mortalidade e o tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma. Apesar da evolução dos quimioterápicos, o tratamento de escolha ainda é cirúrgico que pode cursar com complicações. A gastrectomia total é um procedimento de alta complexidade, devendo ser realizada em hospitais de referência. As complicações mais temidas são fístulas e deiscências da anastomose esôfago-jejunal, com elevada taxa de morbidade e mortalidade. Trazemos neste relato, uma complicação rara, a obstrução intestinal devido à coágulo intraluminal, que necessita de atuação imediata.

RELATO DE CASO

WAL, masculino, 82 anos, com diagnóstico de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de fundo e corpo gástrico. Submetido então a gastrectomia total a D1 com reconstrução em Y de roux em Junho de 2020, após laparoscopia não evidenciar implante hepático ou peritoneal. A anastomose esôfago-jejunal foi realizada com grampeador circular 25mm e a enteroanastomose com grampeador linear 80mm, procedimento sem intercorrências. No quinto dia pós operatório, apresentou distensão abdominal discreta, evoluindo no sétimo dia com piora do quadro, associado a dois episódios de hematêmese volumosa e queda de série vermelha sanguínea, necessitando de transfusão de dois concentrados de hemácias.

Realizado tomografia de abdome de urgência que evidenciou importante distensão de alça de delgado, ausência de pneumoperitônio ou coleção abdominal. Diante deste cenário, indicamos laparotomia exploradora, onde foi feito o diagnóstico de coágulo intraluminal em intestino delgado próximo a enteroanastomose. Realizado enterotomia, retirada do coágulo e rafia de delgado. Paciente permaneceu grave em pós operatório imediato, necessitando de transfusão e aminas vasoativas, indo a óbito em pós operatório imediato da reabordagem.

O caso foi revisto em sessão de morbimortalidade do serviço, e vimos que a imagem da tomografia já era sugestiva de um coágulo gigante intraluminal com distensão de delgado proximal.



A – TC abdome em corte coronal evidenciando coágulo intraluminal e dilatação de jejuno proximal.

B – Coágulo intraluminal

DISCUSSÃO

A obstrução intestinal pós-operatória secundária a um coágulo intraluminal é incomum, e deve ser suspeitada em paciente com sintomas de obstrução intestinal. [1] A maioria das obstruções do coágulo intraluminal ocorre dentro de 2–5 dias após o bypass [2,3]. A formação de coágulos é comumente atribuída ao sangramento das linhas de grampos anastomóticos.

A tomografia computadorizada abdominal é um importante adjunto usado para diagnosticar quadros de obstrução intestinal e também pode descartar outras complicações pós-operatórias, como coleção de fluido de vazamento anastomótico, abscesso ou hemorragia extraluminal. Ao confeccionar anastomose grampeada é aconselhável verificar possíveis sangramentos na linha de sutura intraluminal. Neste caso, não foi evidenciado sinais de sangramento antes ou após o grampeamento.

A obstrução intestinal aguda por coágulo intraluminal é uma complicação da gastrectomia pouco frequente. O íleo pós operatório, o edema no local da anastomose e a utilização de enoxaparina em dose mesmo que profilática, podem ter exacerbado sangramento intraluminal ocorrendo na anastomose grampeada. Lembramos que a imagem tomográfica pode sugerir o diagnóstico de coágulo intraluminal, que auxiliará na decisão de reabordar o paciente, pois nos parece imperativo a cirurgia de urgência.

REFERÊNCIAS

1. KOPPMAN, J. S.; LI, C.; GANDSAS, A.. Small bowel obstruction after laparoscopic Roux-En-Y gastric bypass: a review of 9,527 patients. J Am Coll Surg. 2008;206:571-84.
2. PAZOUKI, A.; PAKANEH, M.; KHALAJ, A.; TAMANNAIE, Z.; JANGJOO, A.; SHAPOORI P. et al.. Blood bezoar causing obstruction after lap- aroscopic Roux-en-Y gastric bypass. Int J Surg Case Rep 2014; 5:183–5.
3. AWAIS, O.; RAFTOPOULOS, I.; LUKETICH, J.D.; COURCOULAS, A.. Acute, complete proximal small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass due to intraluminal blood clot formation. Surg Obes Relat Dis 2005;1:418–22.
4. GREEN, J.; IKUINE, T.; HACKER, S.; URREGO, H.; TUGGLE, K.. Acute small bowel obstruction due to a large intraluminal blood clot after laparoscopic Roux-en-Y gastric by-pass. J Surg Case Rep. 2016 Aug; 2016(8); rjw143. Published online 2016 August 23, DOI:10.1093/jscr/rjw143