

ABDOMEN AGUDO EM GESTANTE DE TERCEIRO TRIMESTRE COM OPERAÇÃO BARIÁTRICA PRÉVIA TRATADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

ACUTE ABDOMEN IN QUARTER PREGNANT WITH PREVIOUS BARIATRIC SURGERY TREATED BY VIDEOLAPAROSCOPY

Rodrigo Francisco Pintel **CRUZ**¹, Mario Vinicius Angelete Alvarez **BERNARDES**¹, Samuel **RABELO**¹, Regis Vilele **LEAL**¹, Elio João **JASKULSKI**¹, Carlos Hespanha **MARINHO JUNIOR**², Mariane Wehmuth Furlan **EULÁLIO**², Mauricio Marcondes **RIBAS**², Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**^{1,2}

REV.MÉD.PARANÁ/1678

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde no mundo. Dentre as alternativas no tratamento está a cirurgia bariátrica, que apresenta resultados mais duradouros^{1,2}. A maioria das operações bariátricas, atualmente, é realizada em mulheres em idade fértil. Elas levam à diminuição do peso e trazem benefícios diretos sobre a fertilidade, por normalizar esteroides sexuais na síndrome do ovário policístico e por regularizar os ciclos menstruais. As evidências sugerem que o risco para complicações maternas como diabete gestacional e pré-eclâmpsia são menores após a perda ponderal alcançada com cirurgia, em comparação com os riscos apresentados por mulheres obesas^{2,3}. Em relação aos riscos gestacionais ao feto em mães submetidas ao bypass gástrico, não se identificou aumento do risco para abortos espontâneos, restrição do crescimento intrauterino e anormalidades congênitas, assim como para complicações neonatais como prematuridade e baixo peso ao nascer.

Outras complicações menos frequentes, porém, não menos importantes, são as obstruções intestinais que podem ocorrer em razão da formação de hérnias, volvos ou à intussuscepção; causas raras de obstrução intestinal em adultos, mas que tiveram sua frequência elevada pelo aumento do número de operações desse tipo realizadas atualmente. Intussuscepção é complicação rara no pós-operatório do bypass em Y-de-Roux. A incidência dela é de 0,1-0,3% dos casos⁴.

Foram essas complicações cirúrgicas, muito graves e mais alarmantes quando ocorrem durante a gravidez, que motivaram a necessidade de descrição deste caso clínico.

RELATO DO CASO

Gestante 38 anos G1 P0 A0, IG 33s 4 d, tinha antecedentes de bypass gástrico convencional em 2009. Iniciou dor abdominal súbita em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, intensa, adotando postura antálgica e náusea, o que motivou procurar o pronto-atendimento. No momento estava em bom estado geral, fácies álgica, palidez cutânea, postura antálgica, frequências cardíaca de 100 bpm e respiratória de 24, normotensa, mas sem ruídos hidroaéreos. Estava com abdome gravídico, útero acima da cicatriz umbilical, dor palpação

superficial e profunda em hipocôndrio esquerdo. Foi realizado analgesia sem melhora da dor. A propedêutica laboratorial inicial mostrava hemograma sem alterações de série vermelha, leucocitose discreta de 12000 e sem desvio a esquerda. Amilase, lipase, bilirrubinas totais e frações, gama GT, proteína C reativa, transaminases sem alterações. Ultrassonografia de abdome apresentou-se com sinal de pseudo-rim ao nível de flanco esquerdo/formação expansiva com atenuação de partes moles com centro adiposo em continuidade com a gordura mesentérica e líquido livre na adjacência característicos de intussuscepção (Figura 1A). Tomografia de abdome mostrou status pós-gastroplastia redutora; notava-se acentuada dilatação intestinal predominantemente de alça delgada salientando-se provável alça de jejuno (eferente) mais dilatada em forma de arco (pseudo-rim) que podia corresponder à intussuscepção e vesícula biliar distendida com paredes finas. Havia imagem típica de cálculo infundibular medindo 20 mm, útero gravídico com feto único (Figura 1B).

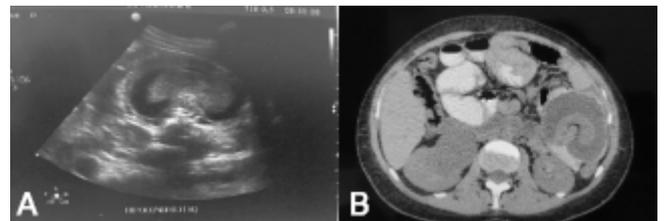


FIGURA 1 - A) ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME COM IMAGEM EM FORMA DE RIM; B) TC DE ABDOME AXIAL COM CONTRASTE ORAL COM ALÇA DE JEJUNO EFERENTE MAIS DILATADA EM FORMA DE ARCO (PSEUDO-RIM)

Solicitada avaliação obstétrica que orientou corticoide para maturidade pulmonar fetal, monitoração da vitalidade com batimento cardíaco fetal e cardiocografia pós-operatória, associada com medidas de tocolise. A seguir, foi indicada operação com abordagem laparoscópica, com incisão subcostal à direita de 10 mm para pneumoperitônio com técnica aberta (Hansson), passagem da óptica, insuflação do pneumoperitônio, passagem de trocarte de 5 mm no epigástrio e de 10 mm supraumbilical sob visão direta. Foi realizada lise de bridas, localização do complexo da intussuscepção, tentativas de redução de alça de delgado sem sucesso (Figura 2A).

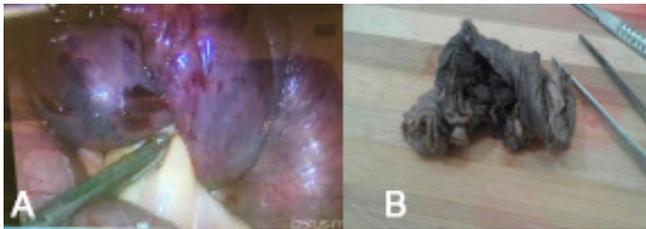


FIGURA 2 – A) VISÃO LAPAROSCÓPICA COM INTUSSUSCEPÇÃO DA ALÇA EFERENTE; B) SEGMENTO DE DELGADO

Neste momento foi optado por realizar a operação para um formato minimamente invasivo com incisão transversa em hipocôndrio esquerdo de 5 cm. Desta forma foi possível realizar a enterectomia do segmento da alça eferente com menor trauma à mãe e ao feto. A evolução pós-operatória foi satisfatória para ambos com alta hospitalar no 5º dia de internação. Teve boa evolução da gestação em seu domicílio e chegando a termo com 38 semanas.

No estudo da peça cirúrgica, na macroscopia mostrou-se segmento de intestino delgado previamente incisado, medindo 9,5 cm de comprimento e 5,7 cm de perímetro máximo, apresentando serosa pardacenta e lisa, com placas de fibrina aderidas (Figura 2B). A microscopia demonstrou inflamação crônica, erosões e áreas de necrose.

DISCUSSÃO

Obstruções no intestino delgado após bypass ocorrem com frequência de 0,2-4,5%, sendo a maioria por ocorrência de hérnias internas⁵. Outras entidades menos frequentes são as aderências, volvos e, entre estas como o caso relatado, as intussuscepções. Esta complicação é entidade rara em adultos, representando cerca de 1-5% de todas as obstruções do intestino

delgado⁷. Quando ocorrem, geralmente têm causa definida, e a principal delas é neoplasia. A causa da intussuscepção após bypass permanece obscura, e sua patogênese parece ser multifatorial, diferente de causas bem estabelecidas de intussuscepção decorrente de lesão luminal^{4,5}. Suturas podem atuar como gatilhos na formação do intussuscepto¹⁰. Alguns marcapassos ectópicos foram identificados na investigação da atividade mioelétrica em alças e foram considerados responsáveis por anormalidades no peristaltismo⁸. O aumento da pressão abdominal durante a gravidez e o deslocamento intestinal associado ao crescimento do útero gravídico também são fatores relacionados às obstruções intestinais e, coerente com essa afirmação, está a tendência de novos casos de obstruções intestinais durante a gestação em mulheres com histórico de procedimentos bariátricos no terceiro trimestre^{5,6,9}.

O tratamento ainda é controverso entre ressecção ou redução da invaginação, entre enteropexia ou não, mas identificação precoce e intervenção cirúrgica refletem a morbidade e previnem a recorrência. A abordagem laparoscópica é viável, desde que se observe estabilidade hemodinâmica da mãe, pressão de insuflação do CO₂ e tempo de pneumoperitônio não ultrapasse 2 h, uma vez que isto pode levar o feto à acidose metabólica com efeitos não claros sobre o feto¹⁰. Estão bem estabelecidos na literatura os benefícios materno-infantil para as mulheres em idade fértil que optam por operações bariátricas, que não as desabsortivas. As complicações cirúrgicas em longo prazo estão cada vez mais frequentes, e a associação complexa de gestante/feto e pós-operatório tem que ser acompanhado por equipe multidisciplinar. Dentro do arsenal propedêutico pode-se lançar mão de exames de imagem como ultrassom, ressonância magnética e tomografia computadorizada, que é motivo de hesitação por parte dos médicos. As tomografias computadorizadas de abdome, seguindo protocolos, é segura^{11,12}.

REFERÊNCIAS

- Pereira BG, Pinheiro RP, et al. Relato de caso: Abdome Agudo em gestante tratada de obesidade por cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Ginecol.* 2010; 32(10): 516-9
- Maggard MA, Yermilov I, et al. Revisão sistemática: Gestação e fertilidade após cirurgia bariátrica. *JAMA.* 2008;300(19): 2286-96
- Abodeely A, Roye GD, et al. Resultados de gestação pós cirurgia bariátrica: implicações maternas, fetais para o recém-nascido. *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2008;4(3):464-71
- Singla S, Guenthart BA, Maio L, Gaughan J, Meilahn JE. Intussuscepção após cirurgia laparoscópica de bypass gástrico: uma complicação pouco reconhecida. *Minim Invasive Surg.* 2012; 2012: 464853
- Birnbaum, D.J., Marie, L., Berdah, S. Et al. Intussusception involving o membro de Roux-en-Y após bypass gástrico. *J Gastrointest Surg.* 2017; 21: 415
- Rosenkrantz AB, Kurian M, Kim D. MRI appearance of internal 11. hernia following Roux-en-Y gastric bypass surgery in the pregnant patient. *Clin Radiol.* 2010;65(3):246-9
- Edwards MA, Grinbaum R, Ellsmere J, Jones DB, Schneider BE. 15. Intussusception after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: case report and literature review of rare complication. *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2006;2(4):483-9.
- Karlstrom L, Kelly KA. Ectopic jejunal pacemakers and gastric 17. emptying after Roux gastrectomy: effect of intestinal pacing. *Surgery.* 1989;106(5):867-71
- Patel S, Szomstein S, Rosenthal RJ. Reasons and outcomes of reoperative 13. bariatric surgery for failed and complicated procedures (Excluding adjustable gastric banding). *Obes Surg.* Ahead of print 2010.
- Figueiredo FAS; Corso CO. Apendicectomia laparoscópica na gestante. *Rev. Col. Bras. Cir.* vol.29 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002
- Vock P. Clinical Perspective on diagnostic X-Ray examinations of pregnant patients- what to take into account. *European Journal of Medical Physics.* 2017
- Giuseppe D'Ippolito I; Regina Bitelli Medeiros. Exames Radiológicos na gestação. Departamento de radiologia Unifesp. *Radiol Bras.* 2005;38(6): 447 – 450