

OBSTRUÇÃO INTESTINAL COMO MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA COMUM

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Fernanda Barros Viana

Universidade de São Paulo (USP)
Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
(IHBDF)
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/6138595014175171>
<https://orcid.org/0000-0003-4794-8512>

Renata Filardi Simiqueli Durante

Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
(IHBDF)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/3520407124996385>
<https://orcid.org/0000-0003-0826-3203>

Maria Liz Cunha de Oliveira

Universidade de Brasília-UnB
ESCS/FEPECS
Universidade Católica de Brasília - UCB
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/8444432728032111>
<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

RESUMO: Introdução: A obstrução intestinal corresponde a 15% das causas de dor abdominal aguda no departamento de emergência. Os sinais e sintomas clássicos são dor abdominal, náusea, vômitos, parada na eliminação de flatus e fezes. Os diagnósticos diferenciais incluem aderências, hérnias, neoplasias, volvo, doença inflamatória intestinal, sendo a endometriose

uma causa rara. **Relato do caso:** Paciente de 45 anos com história prévia de doença de Crohn evoluiu com obstrução intestinal completa, tendo que ser submetida a enterectomia ileal e colectomia parcial. O resultado do anatomopatológico revelou o diagnóstico de endometriose. Atualmente a paciente não faz uso de medicações e está assintomática em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A endometriose acomete de 10 a 15% das mulheres na pré-menopausa e em 12 a 15% das vezes afeta o intestino. Apresentamos um caso de obstrução intestinal ileocecal por endometriose em uma paciente cuja manifestação foi acima da faixa etária esperada, com necessidade de ressecção intestinal. **Conclusão:** Este relato destaca a importância de se ter o diagnóstico histopatológico das doenças inflamatórias intestinais. Além disso, nos casos de obstrução intestinal devemos considerar a endometriose como um diagnóstico diferencial em mulheres na pré-menopausa.

PALAVRAS-CHAVE: Obstrução intestinal, endometriose, doença de Crohn.

INTESTINAL OBSTRUCTION AS AN ATYPICAL MANIFESTATION OF A COMMON DISEASE

ABSTRACT: Introduction: Intestinal obstruction accounts for 15% of the causes of acute abdominal pain in the emergency department. The classic signs and symptoms are abdominal pain, nausea, vomiting and stopping the elimination of flatus and feces. Differential diagnoses include adhesions, hernias, neoplasms, volvulus, inflammatory bowel disease. A rare cause is endometriosis. **Case**

report: A 45-year-old patient with a previous history of Crohn's disease developed complete intestinal obstruction and she had to undergo ileal enterectomy and partial colectomy. The histopathological analysis revealed the diagnosis of endometriosis. Currently, the patient does not use medication and is asymptomatic in outpatient follow-up. **Discussion:** Endometriosis affects 10 to 15% of pre-menopausal women and the intestines are affected in 12 to 15% of such cases. We present a case of ileocecal intestinal obstruction due to endometriosis in a patient whose manifestation was above the expected age range and required intestinal resection. **Conclusion:** This report highlights the importance of having the histopathological diagnosis of inflammatory bowel disease. In addition, in cases of intestinal obstruction we should consider endometriosis as a differential diagnosis in pre-menopausal women. **KEYWORDS:** Intestinal obstruction, endometriosis, Crohn disease.

1 | INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal ocorre quando há uma parada no fluxo do conteúdo intestinal. Ela pode ser de causa mecânica ou funcional, como no caso do íleo adinâmico. Corresponde a 15% das causas de dor abdominal aguda no departamento de emergência e em cerca de 75% dos casos a obstrução ocorre no intestino delgado (Drozd, 2012; Catena, 2019).

As principais causas são aderências (60%), neoplasias (20%), herniação (10%), doença inflamatória intestinal (5%) e, em menor percentual, intussuscepção e volvo, no qual cada um corresponde a menos de 5% dos casos (Jackson, 2011).

Quando acontece a obstrução intestinal, há o aumento da pressão proximal ao ponto de oclusão, devido ao acúmulo de gás deglutido, à secreção produzida pela mucosa intestinal e ao alimento ingerido. Isso leva ao quadro de êmese e, conseqüentemente, alcalose metabólica e desidratação. A estase do conteúdo intestinal leva ao supercrescimento bacteriano, favorecendo translocação bacteriana. Além disso, quando a pressão intraluminal excede a pressão venosa, há o edema da mucosa intestinal, o qual prejudica o fluxo arterial, levando a quadros de isquemia, necrose e perfuração intestinal (Jackson, 2011).

Os sinais e sintomas incluem dor abdominal aguda em cólica, parada na eliminação de flatus e fezes, distensão abdominal, náuseas e vômitos. O diagnóstico é feito pelo exame de imagem, sendo ele diagnóstico em 50-60% dos casos com a radiografia simples de abdome. A tomografia computadorizada de abdome com contraste é superior à radiografia e ao ultrassom abdominal no diagnóstico (Catena, 2019).

O tratamento da obstrução depende da estabilidade do quadro do paciente. Se houver sinais de perfuração intestinal, seja ao exame físico evidenciado por peritonite, seja ao exame de imagem, o paciente deve ser tratado com laparotomia.

Por outro lado, se houver estabilidade clínica, pode ser tentada conduta conservadora por até 72 horas, com hidratação endovenosa, passagem de sonda nasogástrica aberta descompressiva e jejum (Jackson, 2011; Catena, 2019).

Apresentamos um caso de obstrução intestinal aguda cuja etiologia parecia ser devido à doença inflamatória intestinal, porém o laudo histopatológico revelou outro diagnóstico.

2 | APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, foi encaminhada de outro hospital ao ambulatório terciário e de referência em doenças intestinais com o relato de diarreia líquida, principalmente pós-prandial, sem sangue ou muco, acompanhada de dor abdominal intermitente em flanco e fossa ilíaca direita, há 3 meses. Não percebia relação de piora ou de aparecimento dos sintomas com seus ciclos menstruais.

Havia recebido o diagnóstico de Doença de Crohn em outro serviço baseado nos exames de imagem, porém não trazia o resultado de biópsias. Estava em uso de mesalazina (dose diária de 3,2g/dia) e prednisona (40mg/dia), há 3 meses. Trazia alguns exames, dentre eles uma colonoscopia, cujo resultado era normal, uma tomografia computadorizada de abdome com sinais de suboclusão em território ileal (sem maior detalhamento) e uma enterotomografia de abdome com contraste (figuras 1 e 2) que mostrava moderada dilatação de alças de intestino delgado com material fecaloide de permeio – notadamente ileais no flanco esquerdo e hipogastro, com áreas esparsas e descontínuas de leve espessamento parietal e redução luminal entremeadas, a mais significativa na topografia de íleo distal, na fossa ilíaca direita, onde observa-se imagem grosseiramente nodular, podendo corresponder a conglomerado de alças – possibilidade de doença inflamatória intestinal.

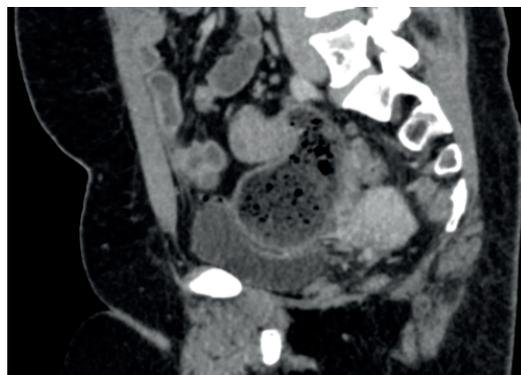


Figura 1



Figura 2

Como a paciente apresentava lesão cuja topografia não era acessível por meio de exames endoscópicos (endoscopia e/ou colonoscopia), foi solicitada enteroscopia retrógrada para visualização da lesão, aquisição de biópsias e definição etiológica para orientação de tratamento adequado, porém este exame estava indisponível no serviço.

Solicitamos então avaliação da proctologia com vistas à realização de laparoscopia diagnóstica porém, antes que fosse possível realizá-la, a paciente evoluiu com obstrução intestinal completa e refratária às medidas clínicas. Foi submetida à laparotomia exploradora, com realização de enterectomia (25 cm de íleo terminal) e colectomia parcial (ceco e cólon ascendente); além da confecção de ileostomia provisória.

O laudo histopatológico da peça cirúrgica revelou íleo com 5,5cm, calibre aumentado, serosa espessada e congesta. A mucosa exibia coloração pardacenta e diminuição das vilosidades. O cólon ascendente possuía 9,5 cm e estava recoberto por serosa espessada, congesta e com aderências de tecido adiposo. A mucosa colônica era pardacenta e tinha o pregueado preservado. Em topografia da válvula ileocecal, havia lesão ulceroinfiltrativa, medindo 2,7 x 1,9 x 1,5 cm, distando 4 cm da margem proximal e 7,5 cm da margem distal. O diagnóstico foi de endometriose em íleo terminal e na topografia da válvula ileocecal.

A paciente ficou totalmente assintomática após o procedimento cirúrgico, sem uso de qualquer medicação. Está em acompanhamento ambulatorial há mais de um ano e não teve novas intercorrências.

3 | DISCUSSÃO

A endometriose foi descrita pela primeira vez em 1860 por Rokitansky. Afeta majoritariamente mulheres com faixa etária entre 29 a 39 anos (Molina, 2019) e

apresenta risco 6 vezes maior se houver história familiar (Bianchia, 2007).

Sua etiologia não é completamente esclarecida, sendo a teoria mais aceita a da “menstruação retrógrada” de Sampson, que é responsável pela implantação e crescimento de células endometriais na serosa de órgãos extrauterinos, tanto pélvicos, quanto abdominais (De Ceglie, 2008; Tong, 2013).

A endometriose afeta 10-15% das mulheres em idade fértil, sendo o acometimento intestinal correspondente a 12-15% dos casos (Tong, 2013). Em menos de 50% das pacientes há envolvimento intestinal e pélvico concomitantes (Molina, 2019). No intestino, a endometriose costuma acometer a serosa, sendo a mucosa afetada apenas em 10% dos casos. O retossigmoide é o segmento mais afetado (50-90% dos casos), enquanto o intestino delgado é acometido em 2 a 16%. O acometimento ileocecal é raro, com a incidência de 4,1% dos casos intestinais, sendo o acometimento exclusivo do íleo de 1 a 7% (Tong, 2013). A incidência de ressecção intestinal por contexto obstrutivo agudo é ainda mais rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos (0,7%) (De Ceglie, 2008).

Cabe ressaltar que a maior parte das pacientes não apresentarão sintomas influenciados por seu ciclo menstrual, fato que ocorre em cerca de 18-40% delas (Tong, 2013). Seu espectro clínico varia desde pacientes assintomáticas, a casos com queixas de alternância de hábito intestinal (com extremos de diarreia e/ou constipação), dor retal, presença de massa abdominal, dispareunia ou hematoquezia cíclica (Molina, 2019).

Muitas vezes torna-se difícil estabelecer o diagnóstico pré-operatório de endometriose intestinal, devendo-se ter em mente a possibilidade de diagnóstico diferencial com outras patologias, tais como: doença inflamatória intestinal (doença de Crohn), neoplasias (adenocarcinomas e linfomas), tuberculose intestinal, colite/enterite actínicas, além de apendicite e doença inflamatória pélvica (DIP) (Roger, 2005).

A colonoscopia pode não auxiliar na detecção de lesões, principalmente se sua topografia estiver fora do limite de alcance endoscópico. Apesar de suas limitações, deve ser realizada em todos os casos, inclusive para excluir possíveis diagnósticos diferenciais. A enterotomografia (com protocolo para enteróclise) pode ser útil na detecção de lesões focais ou estenosantes, porém a ressonância magnética é considerada método de melhor sensibilidade para endometriose intestinal (77-93%). Na indisponibilidade de execução destes métodos de imagem ou na dúvida diagnóstica com outras possíveis doenças, a laparoscopia torna-se indispensável ao diagnóstico (considerado exame padrão ouro) (Tong, 2013).

Casos com evolução complicada, como o da nossa paciente, devem ser submetidos a procedimento cirúrgico laparoscópico, seja por obstrução, hemorragia ou perfuração (também rara).

Assim, a paciente em questão apresentou um quadro raro de endometriose, acima da faixa etária esperada, com manifestação atípica de obstrução intestinal completa e necessidade de ressecção intestinal.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se a importância dos diagnósticos diferenciais na doença de Crohn e a necessidade de ter o histopatológico nas doenças inflamatórias intestinais. A endometriose, apesar de raramente acometer isoladamente o delgado, deve ser considerada como diagnóstico diferencial nesses casos.

REFERÊNCIAS

1. Bianchia A, Pulidoa L, Espina F, Hidalgo LA, Herediaa A, Fantovab MJ et al. **Intestinal endometriosis. Current status**, Cir Esp. 2007;81(4):170-6.
2. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L, **Bowel obstruction: a narrative review for all physicians**. World Journal of Emergency Surgery (2019) <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7>.
3. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, Picasso Massimo, Di Muzio M, Trimarchi A, et al. **Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: a case report and review of the literature**. World J Gastroenterol. 2008 Jun 7;14(21):3430-4.
4. Drozd W, Budzynski P, **Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution**. Arch Surg, 2012 Feb;147(2):175-80. doi: 10.1001/archsurg.2011.970.
5. Jackson PG, Raiji M, **Evaluation and Management of Intestinal Obstruction**. Am Fam Physician. 2011;83(2):159-165.
6. Molina GA, Ramos DR, Patricio AY, Paute A, Llerena PS, Valencia A, et al. **Endometriosis Mimicking a Cecum Mass with Complete Bowel Obstruction: An Infrequent Cause of Acute Abdomen**. Case Rep Surg. 2019 Jan 31;2019:7024172.
7. Roger N, Munoz-Bongrand N, Vila A, Allez M, Gornet JM, Cattan P, et al. **Endométriose iléale isolée**. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:1157-1159
8. Tong YL, Chen Y, Zhu SY. **Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review**. World J Gastroenterol. 2013;19(23):3707–3710.