

UMA CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: FITOBEZOAR JEJUNAL

Data de aceite: 03/07/2023

Clara Marques de Castro

Residente de Cirurgia Geral no Hospital IPSEMG (Belo Horizonte - MG)

Mateus Figueiredo de Rezende Reis

Residente de Cirurgia Geral no Hospital IPSEMG (Belo Horizonte - MG)

Matheus Rezende Lima

Residente de Cirurgia Geral no Hospital IPSEMG (Belo Horizonte - MG)

Sara Ferreira Destro

Residente de Cirurgia Geral no Hospital IPSEMG (Belo Horizonte - MG)

RESUMO: Bezoares são concreções de material orgânico não digerível no lúmen do trato gastrointestinal (TGI), podendo ser classificados em diferentes tipos, conforme sua composição. Apesar de raros, constituem uma possível causa de obstrução do TGI. Consiste em condição de difícil diagnóstico e, na maior parte dos casos, ocorre de forma incidental, exigindo alta suspeição clínica. O tratamento é eminentemente cirúrgico. Dentre os fatores de risco para tal condição, as cirurgias abdominais, principalmente gástricas, parecem ter implicação em sua patogênese.

Tal conhecimento poderia auxiliar na detecção e facilitar o diagnóstico, com tratamento mais precoce e, por conseguinte, melhor prognóstico dos pacientes tratados por essa condição. **Objetivo:** Avaliar dados na literatura sobre obstrução intestinal por bezoares, sua abordagem diagnóstica e terapêutica e a associação com cirurgia gástrica prévia. **Metodologia:** Revisão de literatura utilizando principalmente os descritores obstrução intestinal e bezoar, nas bases de dados Scielo, LILACS, PubMed, delimitando achados entre 2010-2022, em português e inglês. **Conclusão:** A possibilidade de bezoar como causa de abdome agudo obstrutivo deve ser considerada principalmente em pacientes idosos com gastrectomia prévia, sendo o exame clínico e os exames de imagem, em associação a história clínica e alimentar, de grande importância para o diagnóstico e resolução do quadro, para garantir um melhor prognóstico desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: abdome agudo; obstrução intestinal; fitobezoar; pós gastrectomia; idoso.

A RARE CAUSE OF OBSTRUCTIVE ACUTE ABDOMEN: JEJUNAL PHYTOBEZOAR

ABSTRACT: Bezoars are concretions of non-digestible organic material found in the lumen of the gastrointestinal tract (GIT), which can be classified in different types, according to their composition. Although rare, they are a possible cause of intestinal obstruction. Its diagnosis is made, in most cases, incidentally, requiring high clinical suspicion. The treatment is eminently surgical. Among risk factors for this condition, abdominal surgeries, mainly gastric procedures, seem to have some implication in its pathogenesis. Such knowledge could help in the detection and facilitate the diagnosis, with earlier treatment and, therefore, better prognosis of patients treated for this condition. **Objective:** To evaluate data in the literature on intestinal obstruction by bezoars, its diagnostic and therapeutic approach and the association with previous gastric surgery. **Methodology:** Literature review using mainly the descriptors “intestinal obstruction” and “bezoar”, in the Scielo, LILACS, PubMed databases, delimiting findings between 2010-2022, in Portuguese and English. **Conclusion:** The possibility of bezoar as a cause of obstructive acute abdomen should be considered mainly in elderly patients with previous gastrectomy, with clinical examination and imaging tests, in association with clinical and dietary history, are of great importance for diagnosis and resolution of this condition, to guarantee a better prognosis of these patients.

KEYWORDS: acute abdomen; bowel obstruction; phytobezoar; post gastrectomy; elderly.

INTRODUÇÃO

Bezoares são concreções anormais de material orgânico não digerível no lúmen do trato gastrointestinal. Podem ocorrer em qualquer parte deste, sendo mais comum no estômago. Fitobezoares são compostos por aglomerados de fibras vegetais e, embora raros (incidência de menos de 4% na literatura), são uma possível causa de obstrução mecânica gastrointestinal. Possuem sua incidência aumentada em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, principalmente gástricas. Inicialmente pode se tentar o tratamento clínico para abdome agudo obstrutivo. Se refratariedade, o tratamento cirúrgico está indicado. Neste relato, apresentamos um caso de obstrução jejunal por fitobezoar, refratária ao tratamento conservador, em paciente submetido à gastrectomia com reconstrução a Billroth II por úlcera péptica perfurada. Visamos avaliar dados na literatura sobre obstrução intestinal por bezoares, sua abordagem diagnóstica e terapêutica e a associação com cirurgia gástrica prévia. Enfatizamos, ainda, sua potencial gravidade, visto o desfecho negativo.

RELATO DO CASO

GCF, masculino, 71 anos, portador de HAS, DM e DAC, procurou pronto atendimento com dor abdominal difusa, pior em andar superior, distensão abdominal, náuseas e vômitos há 3 dias. Paciente já submetido à laparotomia exploradora devido à úlcera péptica perfurada há 40 anos, sendo realizada gastrectomia distal e reconstrução a Billroth II. Ao exame,

paciente estável e com bom padrão respiratório, com abdome distendido, hipertimpânico e doloroso à palpação difusa, sendo possível palpar alças intestinais em andar superior, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais à admissão mostraram elevação de PCR e ausência de distúrbios hidroeletrólíticos ou ácido-básicos. Realizou tomografia de abdome com contraste venoso, que mostrou distensão líquida significativa do estômago e de alças do intestino delgado à montante de segmento jejunal com conteúdo fecalizado no hemiabdomen superior D, com redução abrupta do calibre da alça à jusante (brida?) - aspecto compatível com semiobstrução intestinal. Não havia relato de ingesta de alimentos em excesso ou de materiais não alimentícios, nem histórico psiquiátrico prévio. Optado por tratamento conservador inicialmente devido à estabilidade do paciente e hipótese diagnóstica de bridas, sendo realizada passagem de sonda nasogástrica de grosso calibre, analgesia, soroescuma e paciente mantido em jejum. Paciente evoluiu com melhora, apresentando eliminação de flatos e evacuação após 6 dias de internação, quando recebeu alta em boas condições. Procurou novamente o serviço de urgência após 2 dias da alta hospitalar, apresentando quadro semelhante ao prévio, sem novas evacuações ou eliminação de flatos desde a alta, mas sem vômitos. Optado por realização de nova tomografia de abdome, dessa vez com contraste oral, a qual visualizou sinais de semiobstrução em delgado, em topografia de mesogástrio, onde se observa imagem alongada com aspecto fecalóide (bezoar?), medindo 4,2x6,8cm, com espessamento parietal nessa topografia e extensa distensão líquida de alças de delgado à montante e de estômago. Com isso, foi definida abordagem cirúrgica do paciente, sendo submetido à laparotomia exploradora, com identificação de corpo estranho em jejuno distal compatível com bezoar, com grande dilatação à montante. Realizada enterotomia e retirada de bezoar, seguido por enterorrafia com prolene 3-0 em 2 planos. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica ao final da cirurgia, sendo necessário início de aminas em baixas doses e o mesmo foi encaminhado ao CTI pós-operatório. Resultado de anatomopatológico identificou etiologia vegetal de corpo estranho. Evoluiu inicialmente com melhora hemodinâmica e clínica, com eliminação de evacuações e reinício de dietal enteral com boa tolerância. Posteriormente, apresentou diversas complicações associadas a uma sepse fúngica, evoluindo com AVE isquêmico com transformação hemorrágica e óbito por morte encefálica no 21º DPO. Resultado de anatomopatológico identificou etiologia vegetal de corpo estranho.

DISCUSSÃO

O fitobezoar é o subtipo mais comum de bezoar e muitos fatores estão envolvidos na sua formação, como a cirurgia gástrica prévia, pois pode causar distúrbios de motilidade gástrica secundária a vagotomia ou por promover exclusão pilórica. Outros fatores, como dieta rica em fibras, mastigação ineficiente, doenças intestinais, idade avançada e dismotilidade intestinal também apresentam papel importante na fisiopatologia. O paciente

do caso em questão foi submetido à gastrectomia prévia sem preservação pilórica, o que converge com os dados encontrados na literatura.

O quadro clínico pode variar de assintomático a sintomas inespecíficos de abdome agudo obstrutivo, tornando o diagnóstico um desafio na prática clínica. A anamnese, principalmente história alimentar e cirurgias prévias, e o exame físico são importantes para o diagnóstico. Porém, exames complementares de imagem são necessários para o diagnóstico definitivo que, muitas vezes, é feito apenas no intraoperatório. A radiografia simples e a tomografia de abdome são os exames mais práticos e úteis. O primeiro pelos achados compatíveis com obstrução (nível hidroaéreo e distensão de alças) e o segundo por permitir a melhor identificação do local de obstrução e diferenciar as possíveis causas obstrutivas. Alto índice de suspeição é fundamental ao solicitar um exame de imagem, pois podem ser confundidos com fezes do intestino. Descrição comum de fitobezoar é o de uma massa intraluminal ovóide, mas pode se apresentar de forma variada.

Inicialmente o tratamento clínico pode ser eficaz, entretanto, a abordagem cirúrgica frequentemente torna-se necessária. A exploração abdominal pode ser realizada via laparotomia ou laparoscopia. A fragmentação manual seguida de ordenha pode ser tentada e, quando há falha, pode-se realizar extração do bezoar por enterotomia (conforme foi realizado no paciente deste relato) ou mesmo ressecção segmentar na presença de complicações (perfuração ou necrose).

Raramente bezoares podem ser tratados não operatoricamente. Dissolução com Coca-Cola para bezoares gástricos, remoção endoscópica com ou sem fragmentação e bezoares pequenos retirados com enemas intestinais, são métodos passíveis de serem testados.

Apesar de rara, a possibilidade de bezoar deve ser considerada, em especial, em pacientes idosos com cirurgias abdominais prévias, principalmente gastrectomia. O presente caso nos ensina que, no caso do fitobezoar, é necessário avaliar em conjunto a anamnese, principalmente história alimentar e cirurgias prévias, exame clínico e exames de imagem. Talvez o diagnóstico de fitobezoar já pudesse ter sido feito na primeira internação, caso todos esses elementos tivessem sido melhor avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Brito, G. B. ; Sivieri, T. ; Chalela-Ayub, N. E. ; Faleiros, R. L. ; Dametto, D. R. **Obstrução intestinal por fitobezoar em paciente pós-operatório de cirurgia bariátrica: relato de caso.** CUIDARTE. Enfermagem, v. 11, p. 263-267, 2017.
2. Fatih Altintoprak, Eyup Gemici, Yasin Alper Yildiz, Mustafa Yener Uzunoglu, Taner Kivilcim , **“Obstrução Intestinal por Bezoar em Pacientes Idosos: Fatores de Risco e Resultados do Tratamento”**, *Emergency Medicine International* , vol. 2019 , artigo ID 3647356 , 7 páginas , 2019.
3. Tiwari, Alok et al. **Fitobezoar: rara causa de obstrução aguda do intestino delgado em abdome inocente.** ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2013, v. 26, n. 4, pp. 342-343. Epub 05 Feb 2014. ISSN 2317-6326.