

ABDOME AGUDO OCLUSIVO POR HEMATOMA DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

SPONTANEOUS INTRAMURAL SMALL-BOWEL HEMATOMA CAUSING OCCLUSIVE ACUTE ABDOMEN: CASE REPORT.

Hector Sbaraini Fontes¹; Fabiola Grigoreto Lupion¹; Emanoela Rodrigues Azevedo¹; Lydio Barbier Neto¹; Sérgio Ossamu Ioshii²; Benur Polonio³

RESUMO

OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente adulta com abdome agudo oclusivo causado por hematoma de intestino delgado. **MÉTODO:** Apresenta-se o caso de uma paciente atendida pelo serviço de Cirurgia de Urgência e Emergência do HC-UFPR. **RESULTADO:** Paciente feminina, de 20 anos, com história de anemia aplásica, apresentou dor no mesogástrio, distensão abdominal e vômitos. A tomografia abdominal evidenciou segmento de intestino delgado com espessamento de sua parede. Foi submetida a laparotomia mediana onde se evidenciou um hematoma em alça ileal a 40 cm da válvula ileocecal, causando obstrução. Realizou-se enterectomia segmentar de 15cm e enteroenteroanastomose. O exame anatomopatológico evidenciou hematoma extenso de submucosa do segmento ressecado. **CONCLUSÃO:** Os casos de abdome agudo oclusivo por hematoma de intestino delgado espontâneo são raros e devem ser manejados com tratamento clínico. Indica-se a cirurgia apenas na falha deste ou em casos de complicações durante o tratamento clínico.

Descritores: abdome agudo, intestino delgado, anemia aplásica.

ABSTRACT

BACKGROUND: We present a case report of a 20-year-old female with occlusive acute abdomen secondary to spontaneous intramural small-bowel hematoma. **METHODS:** Tomography demonstrate wall and mucosal thickening and “stack-of-coins appearance”. During the laparotomy a 30 cm small bowel segment was resected. Histology confirmed submucosal layer hemorrhage. **CONCLUSION:** Spontaneous intramural small-bowel hematoma is rare. The incidence is expected to increase. This is because of several factors, including a growing number of patients with hematologic malignancies receiving chemotherapy and an aging population requiring more long-term anticoagulant therapy. It should usually be managed nonoperatively. Computed tomography is the imaging technique of choice. An operation should be advised if the small-bowel abnormality might be malignant, if the diagnosis is uncertain, or if there is active intraluminal hemorrhage, perforation, or ischemia.

Keywords: hypothyroidism, myxedema ascites and ascites.

- 1- Médico Residente de Cirurgia Geral, HC-UFPR.
- 2- Professor Associado de Patologia, UFPR e PUCPR.
- 3- Professor Adjunto de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, UFPR.

Contato do Autor / Mail to:

Benur Polonio – benurpolonio7@gmail.com

Rua dos Araças, 200 - Pinhais - PR, 83327-118

INTRODUÇÃO

As causas mais frequentes de abdome agudo oclusivo são aderências, hérnias e neoplasia. As outras patologias são afecções raras, que representam menos de 10% dos casos. Dentre estas, está o hematoma de intestino delgado⁸. Existem relatos de casos na literatura, sendo a anticoagulação com warfarina considerada a principal etiologia, com uma incidência de 1:25.000 pacientes tratados com anticoagulantes por ano¹⁰. Contudo pode estar associada a leucemia, linfoma, mieloma, hemofilia, quimioterapia, pancreatite, carcinoma de pâncreas, poliarterite nodosa, púrpura de Henoch-Shonlein, doença de Von Willebrand e púrpura trombocitopenica idiopática^{4,3}. É mais frequente no jejuno, mas pode ser achado em qualquer ponto do trato gastrointestinal. O quadro clínico mais frequente é a dor abdominal, normalmente associada com outras manifestações hemorrágicas. A oclusão intestinal pode estar presente. O diagnóstico pode ser feito através de exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada. O tratamento é clínico em casos não complicados, com ajuste da anticoagulação, tratamento para a doença de base e manejo da suboclusão intestinal. Nos pacientes com falha do tratamento clínico ou com complicações, está indicado tratamento cirúrgico^{1,8}.

RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos, feminina, com anemia aplásica severa em uso de imunossupressores para realização de transplante de medula óssea no HC-UFPR. Internada no serviço por quadro de dor abdominal tipo cólica há 4 dias, difusa e contínua com períodos de piora, associado a náusea e vômitos e parada de evacuações, sendo solicitada a avaliação da equipe de Cirurgia Geral do serviço de Urgência e Emergência. Apresentava distensão abdominal e dor difusa à palpação superficial. A tomografia computadorizada com contraste endovenoso evidenciou distensão gástrica e de alças de intestino delgado que se estendiam até ponto de transição na topografia da junção jejuno-ileal, com alças colabadas a jusante (Figura 1).

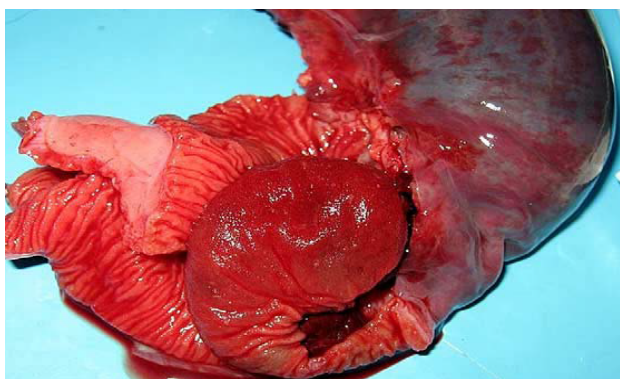
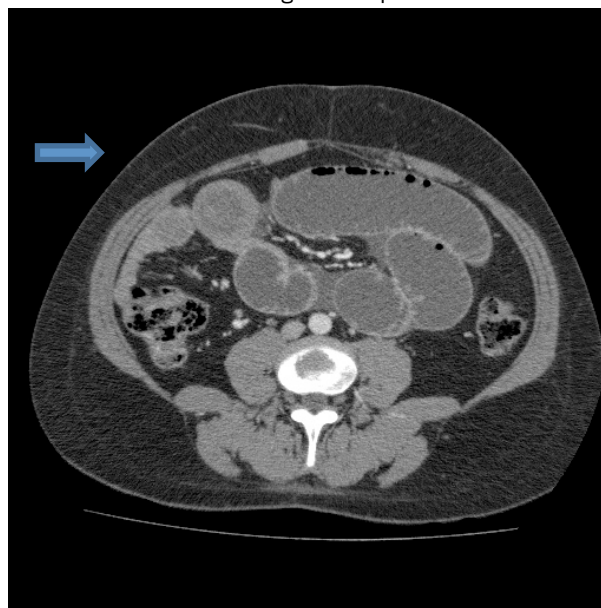


Figura 1: Hematoma de intestino delgado.

No local, havia uma imagem heterogênea na parede da alça, podendo corresponder a um hematoma intramural. Foi então realizada sondagem nasogástrica com saída imediata de 3000ml de estase e a paciente evoluiu sem melhora da dor, mantendo o volume alto da drenagem pela sonda. Indicada videolaparoscopia diagnóstica que evidenciou segmento entérico com hematoma de parede com aproximadamente 30cm de extensão não se podendo descartar isquemia. Realizada conversão para laparotomia mediana pela impossibilidade de tratamento por via laparoscópica. O achado foi um segmento de íleo localizado a 40 cm da válvula ileocal com extenso hematoma em sua parede (Figura 2). Realizou-se a ressecção do segmento acometido e enteroenteroanastomose. O exame anatomopatológico evidenciou hematoma extenso de submucosa e infarto mucoso de intestino delgado. A paciente evoluiu com



melhora progressiva, recebendo alta.

Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome mostrando espessamento da parede intestino delgado e dilatação proximal.

DISCUSSÃO

O abdome agudo oclusivo por hematoma intramural espontâneo de intestino delgado é uma condição rara, usualmente associada a anticoagulação. Outros fatores de risco associados com esta afecção seriam: leucemia, linfoma, mieloma, hemofilia, quimioterapia, pancreatite, câncer de pâncreas, poliarterite nodosa, púrpura de Henoch-Schonlein, púrpura trombocitopenica idiopática e ingestão de algumas substâncias como veneno para ratos^{1,10}. Sutherland em 1904, descreveu o primeiro caso de hematoma não traumático de intestino delgado causando abdome agudo obstrutivo por intussuscepção em uma criança de 5 anos portadora de púrpura de Henoch-Schonlein⁴.

Usualmente os pacientes apresentam dor abdominal associada ao uso de anticoagulantes. Contudo

pode ocorrer em pacientes com alteração da coagulação por outras patologias como anemias e leucemias, como no caso acima descrito.

A ecografia abdominal pode auxiliar no diagnóstico, contudo o exame de eleição é a tomografia abdominal, com uma sensibilidade próxima de 100%. Ela mostra espessamento da parede intestinal (imagem de pseudorim) e o nível de sua obstrução^{2,5,7,9}, achado este presente na TC da paciente. O jejuno é o segmento mais acometido, seguido pelo duodeno e íleo.

O tratamento deve ser inicialmente conservador, como o realizado, com suspensão ou ajuste da anticoagulação (com o uso de plasma fresco e vitamina K) e descompressão com sonda nasogástrica, haja visto que a maioria dos casos melhora sem cirurgia⁷. Apenas na falha do tratamento clínico ou na presença de complicações como isquemia e perfuração o tratamento cirúrgico é indicado^{3,6,8}.

Após a melhora do quadro clínico, a anticoagulação pode ser reiniciada, não estando necessariamente associada a novos episódios de hematomas⁴. A recorrência de sangramento assim como sequelas tardias como estenoses são raras⁸.

CONCLUSÃO

O abdome agudo obstrutivo causado por hematoma de intestino delgado é raro, mas apresenta especial importância em um pequeno grupo de pacientes. Esta etiologia é comum em paciente em uso de anticoagulantes, mas também pode estar presente em portadores de doenças hematológicas. O manejo é predominantemente clínico, mas o tratamento cirúrgico tem sua indicação na falha do primeiro e na presença de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Abbas MA, collins JM, olden KW, kelly KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma. Clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg.* 2002;137:306-10.
2. Çarkman S, Ozben V, Saribeyoglu K, Somuncu E, Erguney S, Korman U, Pekmezci S. Spontaneous intramural hematoma of the intestine. *Ulus Trauma derg.* 2010;16(2):165-9.
3. Delibegovic M, Alispahic A, Gazija J, Mehmedovic Z, Mehmedovic M. Intramural haemorrhage and haematoma as the cause of ileus of the small intestine in a haemophiliac. *Med Arch.* 2015;69(3):206-7.
4. Hughes CE, Conn J, Sherman JO. Intramural hematoma of the gastrointestinal tract. *Am J Surg.* 1977;133:276-9.
5. Lin TP, Liu CH. Spontaneous intramural hematoma of the small intestine. *Intern Med.* 2014;53(22):2647.
6. Kalu ON, Al-khoury G, Reck CA, Velcek F. Submucosal hematoma presenting as small bowel obturator obstruction in a patient on low-molecular-weight heparin. *J Ped Surg.* 2008;43:1569-71.
7. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, Ozkan K. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg Med.* 2003;21;208-11.
8. Sorbello MP, Utiyama EM, Parreiro JG, Birolini D, Rasslan S. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. *Clinics.* 2007;62(6):785-90.
9. Yoldas T, Erol V, Çaliskan C, Akgun E, Korkut M. Spontaneous intestinal intramural hematoma: what to do and not to do. *Ulus Cerrahi Derg.* 2013;29(2):72-5.
10. Zammit A, Marguerat DG, Caruana C. Anticoagulation-induced spontaneous intramural small bowel haematomas. *BMJ.* 2013; jun;1-3.