

Isquemia mesentérica em paciente com Miomatose uterina em tratamento com anticoncepcional oral combinado: Um relato de caso

Mesenteric ischemia in a patient with uterine Myomatosis treated with a combined oral contraceptive: A case report

DOI:10.34117/bjdv9n1-072

Recebimento dos originais: 05/12/2022

Aceitação para publicação: 05/01/2023

João Pedro de Queiroz Dacroce

Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário de Canoas

Instituição: Hospital Universitário de Canoas

Endereço: Avenida Farroupilha, 8001, São José, Canoas – RS, CEP: 92425-900

E-mail: jp_queiroz_@hotmail.com

Gabriella Mangucci Godinho

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas – RS, CEP: 96030-000

E-mail: godinhogabriella@gmail.com

Murilo Silveira Echeverria

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas – RS, CEP: 96030-000

E-mail: murilo_echeverria@hotmail.com

Olívia Abrantes Borges

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas – RS, CEP: 96030-000

E-mail: oab.1605@gmail.com

Renan Borges Soares

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas – RS, CEP: 96030-000

E-mail: renan.soares.b@gmail.com

RESUMO

Isquemia mesentérica (IM) ocorre devido a um grupo de processos fisiopatológicos que levam a necrose intestinal, além de conduzir uma série de eventos que podem paralisar diversos órgãos, levando à morte. Se trata de uma doença rara com riscos que aumentam com a idade e apresenta uma alta taxa de mortalidade devido a sua alta gravidade. Seu prognóstico está ligado diretamente ao rápido diagnóstico e ao tratamento imediato para que haja restauração do fluxo sanguíneo da lesão, para que reduza as chances de mortalidade. A paciente em questão estava com sangramento vaginal há 6 meses em

acompanhamento ginecológico, com uso de anticoncepcional contínuo, cursa com quadro de dor abdominal, inapetência, náuseas, vômitos e perda de sensório, sendo realizado uma laparotomia exploratória que observou isquemia mesentérica de 2,1 metros do intestino delgado, entre jejuno e íleo.

Palavras-chave: isquemia mesentérica, laparotomia, abdome agudo.

ABSTRACT

Mesenteric ischemia (MI) occurs due to a group of pathophysiological processes that lead to intestinal necrosis, leading to a series of events that can paralyze several organs, causing death. It is a rare disease with risks increasing with age and it has a high mortality rate due to its high severity. Its prognosis is directly linked to rapid diagnosis and immediate treatment to restore blood flow to the lesion, to reduce the chances of mortality. The patient in question had been experiencing vaginal bleeding for 6 months in gynecological follow-up, with continuous use of contraceptives, with abdominal pain, inappetence, nausea, vomiting and loss of sensorium. Exploratory laparotomy was performed, and it was observed 2,1 meters of mesenteric ischemia from the small intestine, between the jejunum and ileum.

Keywords: mesenteric ischemia, laparotomy, abdomen, acute.

1 INTRODUÇÃO

A isquemia mesentérica (IM) é uma condição que cursa com necrose intestinal, podendo ser aguda ou crônica e acometer o intestino delgado ou intestino grosso¹. As causas de isquemia mesentérica aguda (IMA) incluem causas obstrutivas (trombose e embolia) e não obstrutivas². Já na isquemia mesentérica crônica (IMC), a causa aterosclerótica é a mais prevalente³.

Dentre as causas obstrutivas de IMA, as mais comuns são as embólicas, tendo origem principalmente nas câmaras e válvulas cardíacas, bem como na aorta proximal². Já em relação às causas trombóticas, ressalta-se principalmente a aterosclerose, apesar de trauma abdominal, dissecação mesentérica, estado de hipercoagulabilidade e infecção também serem etiologias conhecidas². Já a causa mais importante de IMA não obstrutiva é a vasoconstrição mesentérica primária⁴.

Alguns fatores de risco reportados para IMA incluem condições adquiridas e hereditárias, como: processos inflamatórios intra-abdominais locais (por exemplo, pancreatite e doença inflamatória intestinal), trauma (por exemplo, esplenectomia), trombofilias hereditárias e adquiridas (por exemplo, mutação da protrombina G20210A, MPD) e estados hipercoaguláveis relacionados a distúrbios sistêmicos (por exemplo, síndrome nefrótica, malignidade)⁵.

Outros fatores de risco mais comuns seriam: tumor abdominal, que pode acarretar compressão venosa, processo inflamatório como pancreatite aguda, hipertensão portal e cirrose, doença inflamatória intestinal, trombofilia adquirida (por exemplo, malignidade, contraceptivos orais)⁵, entre outros.

O objetivo do presente relato é descrever a avaliação diagnóstica e técnica cirúrgica de um caso de isquemia mesentérica aguda ocorrida em uma paciente feminina de 50 anos com ginecopatias em uso de anticoncepcional oral combinado.

2 RELATO DE CASO

Paciente feminina, 50 anos, previamente hígida, vítima de isquemia mesentérica. Em acompanhamento com a Ginecologia e Obstetrícia desde abril de 2022, com história de sangramento uterino em grande quantidade há 6 meses. Foi avaliada pela equipe do ambulatório de ginecologia e foi solicitada ultrassonografia transvaginal, que teve como diagnóstico miomas uterinos. Desde o diagnóstico de mioma, foi prescrito desogestrel 75mg/dia de uso contínuo e solicitado realização de histerectomia. Desde então ficou aguardando a marcação da cirurgia, e usando o anticoncepcional.

Procurou atendimento no Pronto Socorro devido história de dor incidente em região mesogástrica, que se prolongou por 15 dias, onde foi administrado analgésicos e anti inflamatório que aliviaram a dor momentaneamente. Três dias depois a dor retornou com piora significativa, procurou atendimento na UPA, onde foi realizada medicação endovenosa (analgésico e antiinflamatório) com alívio no momento.

Um dia antes de sua internação mais recente, apresentou um sangramento vaginal importante, associado a dor abdominal, náuseas, vômito, perda de apetite associada a constipação. Procurou o PA do Hospital Universitário, onde foi admitida pela equipe da ginecologia que realizou o primeiro manejo, não constando nenhuma alteração ginecológica.

G4C3A1. Relata menarca aos 12 anos, ligadura tubária em 2011, última mamografia (2016) e citopatológico (2021) sem alterações (SIC). Eletrocardiograma (12/09/2022) sem alterações. Nega comorbidades, etilismo, tabagismo, alergias, doenças ateroscleróticas e história familiar de câncer de mama, ovário e útero.

Devido a dor abdominal intensa, a equipe de cirurgia geral foi chamada para avaliação do quadro e a paciente ficou em observação.

Ao exame físico, o paciente apresentou abdome globoso, com dor à palpação superficial e profunda em todos os quadrantes, e sinais de irritação peritoneal.

Nos exames laboratoriais solicitados (23/09): hemoglobina: 11g/dL; leucócitos: 21500 células/mm³; plaquetas: 360000/mm³; creatinina: 1,77mg/dL; ureia: 35mg/dL amilase: 36UI/L; lipase: 173UI/L; bilirrubinas totais: 0,45mg/dL; bilirrubina direta: 0,39mg/dL; fosfatase alcalina: 113U/L; gama GT: 100U/L; TGO: 26U/L; PCR: 91,4mg/dL.

Durante mobilização no leito paciente evoluiu com vômito broncoaspirado de consistência líquida e de coloração preta associada a rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário intubação orotraqueal e colocação de catéter venoso central, e depois foi encaminhada para a realização de laparotomia exploratória devido aumento de distensão abdominal e instabilidade hemodinâmica. Durante o transoperatório foi identificada isquemia mesentérica (Figura 1) realizada enterectomia de aproximadamente 210 cm de intestino delgado a cerca de 55 cm do ângulo de Treitz, sendo realizado uma anastomose primária latero-lateral com grampeador cirúrgico(Figura 2). Após o procedimento, a paciente evoluiu com melhora do quadro de pneumonite por broncoaspiração e normalização dos parâmetros inflamatórios laboratoriais. Foi extubada no décimo dia pós-operatório.

Paciente recebeu dieta parenteral durante os primeiros sete dias de pós-operatório, sem apresentar ruídos hidroaéreos ou evacuação. Iniciou dieta líquida sem resíduo por sonda nasoentérica entre o sétimo dia até a extubação, passando a apresentar ruídos hidroaéreos e evacuações, passando a dieta via oral a partir da extubação. Ao anatomopatológico, a peça resseccionada (Figura 3) apresenta infarto hemorrágico com microtromboses vasculares recentes da parede intestinal.

Figura 1. Aspecto ectoscópico transoperatório da porção necrosada do intestino delgado *in vivo*.



Fonte: Imagem própria

Figura 2. Aspecto da anastomose primária em T *in vivo*.



Fonte: Imagem própria

Figura 3. Aspecto ectoscópico do intestino delgado após ressecção cirúrgica.



Fonte: Imagem própria

3 DISCUSSÃO

O caso acima de isquemia mesentérica (IM) pode ter sido induzido pelo uso de contraceptivos, uma vez que foram descartadas as causas cardíacas, ateroscleróticas,

traumáticas e infecciosas. Na literatura, o caso mais antigo visto de IM relacionado com contraceptivos orais (COs) foi descrito em 1963^{6,7}. A IM relacionada ao CO possui diversos efeitos adversos do estrogênio, tendo como principais complicações doenças tromboembólicas, hipertensão venosa, tumor hepático, especialmente os adenomas hepatocelulares e raramente colite⁸.

A trombose, desenvolvida por anticoncepcional oral, pode ser do tipo venosa ou arterial em circulação sistêmica, pulmonar e esplênica. A progesterona está relacionada com a oclusão arterial e os estrógenos produzem complicações venosas e arteriais⁸. O risco de se desenvolver trombose induzida pelo uso de anticoncepcional pode aumentar com a idade e o uso de tabaco, mas o tempo de uso do CO não define aumento de riscos⁸.

A IM é considerada um evento incomum, suas principais causas são: embolia arterial mesentérica aguda causada por fibrilação atrial, trombose da artéria mesentérica superior em antecedentes de doença aterosclerótica crônica pré-existente e isquemia mesentérica não oclusiva secundária à vasoconstrição da artéria mesentérica superior⁹.

Doenças hereditárias podem induzir a hipercoagulabilidade como o fator V de Leiden e mutações de protrombina. Deficiência de proteína S e C, e outras, promovem trombose venosa mesentérica e têm sido descritas na literatura como agentes causadores de IM⁹.

Atualmente na literatura há vários relatos de IM causado por uma condição infecciosa relacionado ao coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), principalmente em pacientes críticos, uma vez que a COVID causa alteração significativa de coagulação ocasionando eventos tromboembólicos agudos como: embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio e isquemia de membros inferiores¹⁰. Apresenta ainda, características gastrointestinais como sintomas de diarreia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Isso se deve ao fato de os receptores ACE2 estarem presentes ao nível da parede intestinal e os enterócitos podem ser infectados diretamente pelo SARS-CoV-2. Por outro lado, distúrbios do eixo pulmão-intestino, internação prolongada em UTI e o estado pró-coagulação induzido pelo dano endotelial por SARS-CoV-2 foram incriminados por isquemia intestinal, resultando em necrose e perfuração intestinal¹⁰.

Outras causas de IM estão associadas a outras infecções virais, como citomegalovírus, adenovírus, rotavírus e norovírus, pois estão relacionados a maior risco trombótico devido a resposta inflamatória sistêmica que ativa a coagulação através da produção de citocinas, predispondo a formação de trombos¹¹.

O presente relato tem como limitação principal a escassez de literatura sobre isquemia mesentérica aguda, considerando que é uma condição incomum. Outra limitação é o próprio desenho do estudo, que possibilita obter um baixo nível de evidência científica para o manejo de pacientes com fisiopatologia semelhante ao paciente deste artigo.

4 CONCLUSÃO

A Isquemia Mesentérica é uma patologia rara descrita na literatura e com alta gravidade e risco de mortalidade. O trabalho apresentado, trata-se de uma isquemia mesentérica com possível causa de uso de anticoncepcional oral, sem histórico de outros fatores de risco associados, no qual foi submetida à laparotomia exploratória, que cursou com ressecção de 2,1 metros de intestino delgado, entre jejuno e íleo. Sendo realizado uma anastomose primária latero-lateral com grampeador cirúrgico. Restando 2,2 metros de intestino delgado, sendo 55 cm a partir do ângulo de Treitz. O tratamento realizado mostrou-se eficaz e sem complicações.

REFERÊNCIAS

1. Tendler DA, Lamont JT. Overview of intestinal ischemia in adults. UpToDate: 09 jun 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-intestinal-ischemia-in-adults> Acesso em 12 out 2022.
2. Giliani R. Acute mesenteric arterial occlusion. UpToDate: 03 out 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-mesenteric-arterial-occlusion> Acesso em 12 out 2022.
3. Tendler DA, Lamont JT, Smeds MR. Chronic mesenteric ischemia. UpToDate: 31 ago 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-mesenteric-ischemia> Acesso em 12 out 2022.
4. Tendler DA, Lamont JT. Nonocclusive mesenteric ischemia. UpToDate: 06 dez 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonocclusive-mesenteric-ischemia> Acesso em: 12 out 2022.
5. Tendler DA, Lamont JT, P. Grubel. Mesenteric venous thrombosis in adults. Uptodate: 22 ago 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/mesenteric-venous-thrombosis-in-adults>
Acesso em: 12 out 2022.
6. Elliot JW. The Operative Relief of Gangrene of Intestine due to Occlusion of the Mesenteric Vessels. *Annals of Surgery*. 1895; 21:9-23.
7. Reed DL, Coon WW. Thromboembolism in patients receiving progestational drugs. *The New England Journal of Medicine*. 1963; 269:622-4.
8. Hassan HA. Oral contraceptive-induced mesenteric venous thrombosis with resultant intestinal ischemia. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 1999; 29(1):90-5.
9. Pirola L, Palermo A, Mulinacci G, Ratti L, Fichera M, Invernizzi P, Viganò C, Massironi S. Acute mesenteric ischemia and small bowel imaging findings in COVID-19: A comprehensive review of the literature. *World J Gastrointest Surg* 2021; 13(7): 702-716. doi: 10.4240/wjgs.v13.i7.702
10. Serban D, Tribus LC, Vancea G, Stoian AP, Dascalu AM, Suceveanu AI, Tanasescu C, Costea AC, Tudosie MS, Tudor C, Gangura GA, Duta L, Costea DO. Acute Mesenteric Ischemia in COVID-19 Patients. *J. Clin. Med.* 2021; 11(1):,200. doi: 10.3390/jcm11010200
11. Gavilán MDCG, Fernández RMG, Jiménez ADA. Portal and mesenteric thrombosis secondary to acute cytomegalovirus infection in an immunocompetent patient. *Gastroenterol Hepatol*. 2021 Mar;44(3):225-226. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.06.017.