

RELATO DE CASO: ENTEROSCOPIA INTRAOPERATÓRIA NO DIAGNÓSTICO DE CASO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

CASE REPORT: INTRAOPERATIVE ENTEROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF A CASE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

RHAISSA ALVARENGA DE TOLEDO¹; ISABELLE MARTINS NÓBREGA¹; ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA¹;
LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS²

1. Hospital de Urgências de Goiás, Goiânia - GO
2. Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia - GO

RESUMO

O artigo em questão descreve um caso clínico de hemorragia digestiva proveniente do intestino delgado, uma condição que exige estratégias diagnósticas desafiadoras, principalmente em pacientes da rede pública de saúde. O relato de caso detalha a apresentação clínica do paciente e a sequência diagnóstica complementar envolvida na elucidação do quadro, com o emprego da enteroscopia intraoperatória para identificação do provável sítio de sangramento para abordagem cirúrgica resolutiva. Durante o procedimento cirúrgico, os cirurgiões conseguiram realizar uma avaliação que poucos centros de urgência possibilitariam, com a mobilização da equipe de endoscopia digestiva e cirurgia do aparelho digestivo para a realização da enteroscopia intraoperatória. O objetivo do relato de caso é fornecer uma descrição detalhada de um caso clínico específico, demonstrando a apresentação clínica, o diagnóstico, o tratamento e a evolução dessa condição, com ênfase na dificuldade diagnóstica para o adequado tratamento. Por fim, as considerações finais, os resultados foram analisados à luz da literatura médica e discutidos em termos de diagnóstico, manejo terapêutico e desafios específicos encontrados durante o tratamento da paciente.

Palavras chave: Enteroscopia intraoperatória; Cirurgia; Relato de Caso.

ABSTRACT

The article in question describes a clinical case of gastrointestinal bleeding originating from the small intestine, a condition that requires challenging diagnostic strategies, especially in patients within the public healthcare system. The case report details the patient's clinical presentation and the complementary diagnostic sequence involved in elucidating the condition, employing intraoperative enteroscopy to identify the probable site of bleeding for a definitive surgical approach. During the surgical procedure, the surgeons were able to perform an assessment that few emergency centers would allow, by mobilizing the digestive endoscopy and digestive surgery team for the intraoperative enteroscopy. The objective of the case report is to provide a detailed description of a specific clinical case, demonstrating the clinical presentation, diagnosis, treatment, and progression of this condition, with emphasis on the diagnostic challenge for adequate treatment. Finally, the final considerations, the results were analyzed in light of the medical literature and discussed in terms of diagnosis, therapeutic management, and specific challenges encountered during the patient's treatment.

Keywords: Intraoperative Enteroscopy; Intraoperative; Surgery; Case report.

INTRODUÇÃO

Em pacientes com sangramento gastrointestinal, aproximadamente 5-10% não terão uma fonte identificada com uma avaliação endoscópica e radiográfica padrão. Em aproximadamente 75% desses pacientes, a fonte está no intestino delgado¹. O primeiro passo mais comum na avaliação de suspeita de sangramento do intestino delgado é a cápsula endoscópica, desde que a endoscopia alta e a colonoscopia iniciais sejam exames completos e com boa visualização. Porém, a cápsula endoscópica é um exame indisponível na tabela de procedimentos do SUS, tornando a enteroscopia intraoperatória uma alternativa para a investigação desses casos.

OBJETIVO

O presente trabalho visa compartilhar a experiência do serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO.

MÉTODO

O paciente J.L.S, homem de 73 anos, foi selecionada com base na apresentação clínica e diagnóstico. Os dados foram coletados a partir do histórico médico da paciente, incluindo sintomas relatados, resultados de exames laboratoriais, achados de imagem e informações sobre o procedimento cirúrgico.

Foram revisados os exames prévios do paciente e o caso clínico foi detalhadamente descrito, incluindo a história clínica do paciente, os achados físicos, os resultados dos exames prévios e os achados intraoperatórios. Os dados coletados foram analisados à luz da literatura médica relevante, discutindo-se os sintomas, o diagnóstico, o tratamento e os desfechos do caso em questão.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 73 anos, deu entrada na emergência devido à hemorragia digestiva, com história relatada de exteriorização em episódios de melena e enterorragia, instável hemodinamicamente com uso de drogas vasoativas e em ventilação mecânica. Realizada hemotransfusão de 3CH e 2PFC. Realizou EDA, que evidenciou gastrite enantematosa moderada e TC de abdome contrastada, com diverticulose dos cólons, borramento e densificação da gordura mesentérica, e pequena quantidade de líquido na cavidade peritoneal. Colonoscopia não realizada devido ao status hemodinâmico do paciente.

Evoluiu com ausência de episódios presenciados de melena ou enterorragia e no 3º dia de internação, apresentou choque hipovolêmico com realização protocolo de transfusão maciça (4CH/4PFC/4CP). Foi indicada nova EDA no centro cirúrgico e realização de laparotomia exploradora e enteroscopia intraoperatória para investigação do sítio de sangramento. A endoscopia pré operatória não evidenciou lesões que justificassem o quadro. Ao inventário da cavidade, foi observado há 2M do Treitz e 20cm da VIC mudança no padrão de coloração do conteúdo, sugestivo de hematina à transiluminação, em que optou-se por enterotomia neste segmento para enteroscopia intraoperatória, que evidenciou múltiplos divertículos no íleo distal, sem sangramento ativo porém com hematina na topografia e grande quantidade de melena retida no ceco. Optada por colectomia direita, ressecção de 20cm de íleo e ileotransversostomia em dupla boca. O paciente apresentou melhora hemodinâmica progressiva, com alta hospitalar após 12 dias. AP negativo para malignidade. Submetido à reconstrução de trânsito intestinal após 8 meses e segue em acompanhamento sem novos episódios de hemorragia digestiva.

Figuras 1 e 2- Endoscopia pré operatória evidenciando achados sugestivos de hematina à transiluminação no íleo distal (há 20cm da VIC).

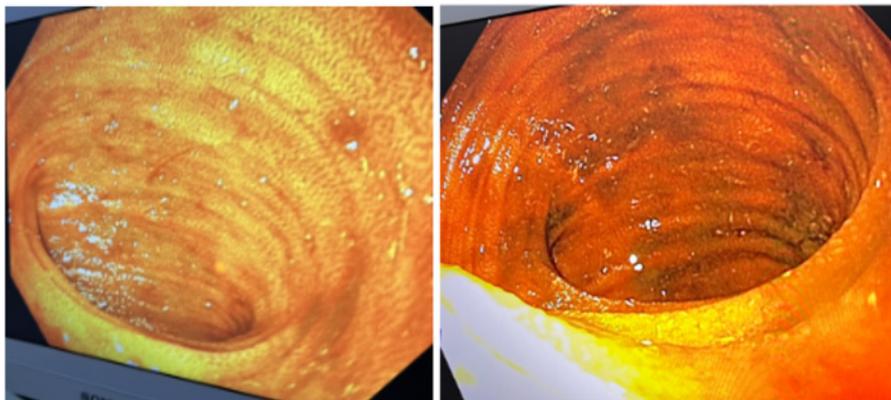


Figura 3 - Enteroscopia intraoperatória percorrendo o intestino delgado em toda sua extensão



Figura 4 - Peça cirúrgica - hemicolectomia direita e enterectomia



DISCUSSÃO

A maioria dos casos do que antes era chamado de sangramento obscuro é categorizada mais corretamente como suspeita de sangramento do intestino delgado. A avaliação da suspeita de sangramento do intestino delgado consiste na busca criteriosa da causa do sangramento, que deve ser orientada pela história clínica, pelos achados físicos e pelos resultados de quaisquer avaliações anteriores. Exames adicionais que podem ser indicados incluem endoscopia por cápsula de vídeo sem fio, enteroscopia profunda do intestino delgado, imagens radiográficas (enterografia por tomografia computadorizada, angiografia por tomografia computadorizada [CTA] ou enterografia por ressonância magnética) e enteroscopia intraoperatória ².

A frequência de lesões perdidas na endoscopia digestiva alta ou colonoscopia foi examinada em um estudo de 317 pacientes submetidos à endoscopia por cápsula por suspeita de sangramento do intestino delgado. Uma fonte de sangramento foi encontrada fora do intestino delgado em 11 pacientes (4 por cento). A origem do sangramento foi encontrada no trato gastrointestinal superior em quatro pacientes, e as lesões incluíram câncer gástrico (um paciente) e angioectasia do estômago ou duodeno (três pacientes, incluindo um caso de GAVE). Em sete pacientes, a fonte do sangramento foi identificada no cólon. As lesões encontradas no cólon incluíram câncer de cólon (três pacientes), angioectasias (dois pacientes), divertículo (um paciente com sangramento evidente) e colite por doença de Crohn (um paciente) ³.

Em pacientes com cápsula endoscópica e enterografia por tomografia computadorizada (TC) negativas com sangramento contínuo, o próximo passo na avaliação geralmente é a enteroscopia profunda do intestino delgado, se disponível. A enteroscopia intraoperatória é uma opção se a enteroscopia profunda do intestino delgado ou push não revelar uma fonte de sangramento, se houver sangramento maciço com instabilidade hemodinâmica ou se houver contraindicações à enteroscopia profunda do intestino delgado, como aderências abdominais densas ⁴.

A enteroscopia intraoperatória envolve a inserção de um endoscópio através de um local de enterotomia, por via oral ou retal durante a cirurgia. O cirurgião telescópica o intestino sobre o endoscópio, permitindo a inspeção de toda a extensão do intestino delgado em mais de 90% dos pacientes. Apesar de ser evitada, a enteroscopia intraoperatória pode ser a única opção em pacientes com sangramento significativo e contínuo que não tenham uma fonte de sangramento identificada por meios menos invasivos ⁵. O rendimento diagnóstico está na faixa de 60 a 88 por cento, com taxas de sangramento recorrente de 13 a 60 por cento ⁶.

Em um estudo que empregou enteroscopia intra-operatória em pacientes que apresentavam sangramento ou anemia teve um rendimento diagnóstico de 69%. A ressecção segmentar foi realizada em 90% desses pacientes, com uma taxa de recorrência dos sintomas de 20%. Nenhuma complicação grave foi relatada. Deve ser entendido que a inserção segura de um endoscópio através de uma enterotomia é limitada pelo raio de curvatura do endoscópio e pelo comprimento do mesentério. É muito mais seguro, se for necessário um exame completo do intestino delgado, fazer uma ou mais enterotomias do que esticar demais e rasgar o mesentério e seus vasos ⁷.

REFERÊNCIAS

1. Tee HP, Kaffes AJ. Non-small-bowel lesions encountered during double-balloon enteroscopy performed for obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol.* 2010;16(15):1885-9.
2. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG clinical guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. *AM J Gastroenterol.* 2015 Sep;110(9):1265-87.

3. Vlachogiannakos J, Papaxoinis K, Viazis N, Kegioglou A, Binas I, Karamanolis D, Ladas SD. Bleeding lesions within reach of conventional endoscopy in capsule endoscopy examinations for obscure gastrointestinal bleeding: is repeating endoscopy economically feasible? *Dig Dis Sci.* 2011 Jun;56(6):1763-8.
 4. Zaman A, Sheppard B, Katon RM. Total peroral intraoperative enteroscopy for obscure GI bleeding using a dedicated push enteroscope: diagnostic yield and patient outcome. *Gastrointest Endosc.* 1999 Oct;50(4):506-10.
 5. Ress AM, Benacci JC, Sarr MG. Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding. *AM J Surg.* 1992 Jan;163(1):94-8.
 6. Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association (AGA) Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology.* 2007 Nov;133(5):1694-6.
 7. Green J, Schlieve CR, Friedrich AK, Baratta K, Ma DH, Min M, Patel K, Stein D, Cave DR, Litwin DE, Cahan MA. Approach to the diagnostic workup and management of small bowel lesions at a tertiary care center. *J Gastrointest Surg.* 2018 Jun;22(6):1034-42.
-

Rhaissa Alvarenga de Toledo

<https://orcid.org/0009-0007-0207-3245> - <http://lattes.cnpq.br/5427188274756071>

Isabelle Martins Nóbrega

<https://orcid.org/0009-0001-1554-2895> - <http://lattes.cnpq.br/4446684606831297>

Andressa Oliveira Pereira

<https://orcid.org/0009-0003-0119-6869> - <http://lattes.cnpq.br/7490323156974864>

Leonardo Eterno Medeiros dos Santos

<https://orcid.org/0009-0007-7088-6475> - <http://lattes.cnpq.br/1872530074506390>

ENDEREÇO

RHAISSA ALVARENGA DE TOLEDO

Av Afonso Pena, qd A, It 1-13, red Kalahari apt 1402 t 3

E-mail: rhaissaalvarengat@gmail.com

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Recebido: 09/06/24. Aceito: 14/08/24. Publicado em: 06/09/24.