
Caso Clínico / Clinical Case

INVAGINAÇÃO JEJUNO-GÁSTRICA: RELATO DE RARA COMPLICAÇÃO EM PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO GÁSTRICA

J. P. VIEIRA DOS SANTOS¹, C. O. RODRIGUES ALMEIDA¹, G. JOSÉ DE LIMA¹, A. AIRES NEGRE¹, D. BRUNO GILIO², S. RESENDE SILVA³

Resumo

Os autores apresentam um caso de intussuscepção jejuno-gástrica, uma rara complicação da cirurgia do estômago, que costuma ocorrer após cirurgias de derivação do trânsito digestivo que se utilizam de anastomose gastro-jejunal. No quadro clínico predominam os sintomas de obstrução intestinal alta, dor epigástrica e hemorragia digestiva, em um paciente portador de cirurgia gástrica prévia. O tratamento cirúrgico ou não depende da forma de apresentação da patologia e não impede, definitivamente, sua recorrência.

Summary

The authors report a case of jejuno-gastric intussusception, an unusual complication of stomach surgery when the jejunum is used to reestablish digestive transit. A clinical picture of upper intestinal obstruction, epigastric pain and digestive hemorrhage in a patient who has had previous gastric surgery is the most common finding. The type of treatment depends on the clinical presentation and does not completely guarantee that the condition will not recur.

GE - J Port Gastrenterol 2007, 14: 150-152

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos de uma intussuscepção jejuno-gástrica como complicação de uma gastroenteroanastomose foram feitos por Bozzi em 1974 e Steber em 1971, três décadas após a primeira antrectomia realizada em 1881 por Wolfer(1). Hovell atribui a Von Brunn a descrição dos achados radiológicos que caracterizam esta patologia. Embora sejam inexatos, a literatura mundial tem cerca de 200 casos referidos(2).

As principais manifestações clínicas características da invaginação jejuno-gástrica são: dor epigástrica, vômitos incoercíveis e a hemorragia digestiva alta, encontradas em paciente portador de cirurgia de derivação gástrica recente ou de longa data (3). O diagnóstico de certeza é firmado por endoscopia digestiva alta, exames contrastados ou por achado no momento da laparotomia. Objetivou-se com este relato de intussuscepção jejuno-gástrica, aduzir novos dados sobre o assunto para que o médico esteja atento ao eventual aparecimento desta patologia, sobretudo no diagnóstico diferencial do abdome agudo.

CASO CLÍNICO

A.L.S., 60 anos, masculino, admitido em 10/07/2006 com epigastria e vômitos sanguinolentos havia um dia. Referia dor súbita, intensa e contínua no abdome superior. Relatava gastrectomia subtotal com reconstrução a Billroth II (BII) havia 26 anos, por úlcera duodenal. Apresentava abdome doloroso à palpação de epigástrico, sem irritação peritoneal.

As radiografias de tórax e abdome foram inespecíficas. A ultrassonografia abdominal evidenciou estômago distendido, com resíduos, alças intestinais com grande quantidade de líquido (formando uma massa em flanco esquerdo) e mínima quantidade de líquido livre. A endoscopia sugeriu alça intestinal localizada em cavidade gástrica, mucosa hiperemiada e friável com pontos de sangramento e grande volume de sangue no estômago (Figura 1).

Realizada laparotomia exploradora, cujo inventário acusou cirurgia prévia (antrectomia com reconstrução a BII, pré-cólica) e intussuscepção de alça de jejuno para o interior gástrico (Figura 2). Desfeita invaginação de

(1) Residente de Cirurgia Geral da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

(2) Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

(3) Médico do Setor de Emergência da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro em Uberaba-MG, Brasil.

Recebido para publicação: 12/12/2006

Aceite para publicação: 25/05/2007

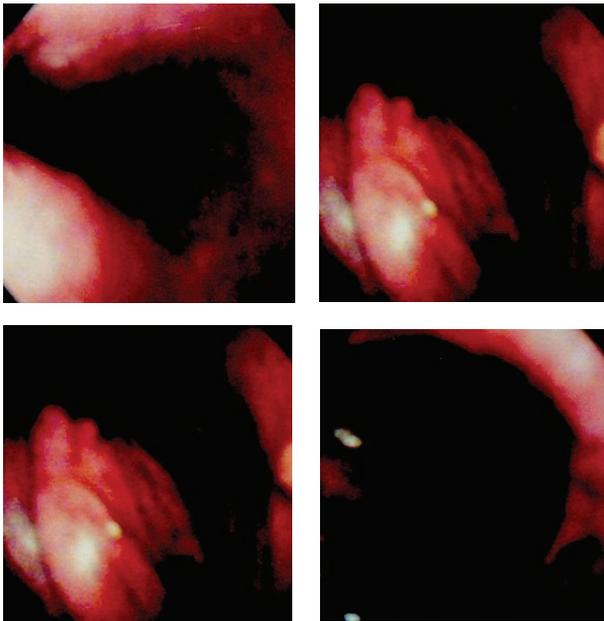


Figura 1 - Endoscopia mostrando alça intestinal sangrante em cavidade gástrica.

aproximadamente 25 cm com dificuldade (Figura 3). Realizada enterectomia do segmento necrótico (Figura 4) e enteroanastomose primária (Figura 5). O pós-operatório foi sem intercorrências. O anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrou infarto isquêmico transmural de segmento jejunal com infecção bacteriana secundária. Paciente manteve-se assintomático no 60º pós-operatório, em seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A invaginação jejuno-gástrica é complicação rara em ressecções gástricas, descrita em qualquer período pós-operatório (relatos de 5 dias a 35 anos)(3,4,5). A posição do segmento de alça jejunal (pré ou retro-cólico) parece não ter influência na gênese da invaginação.



Figura 2 - Invaginação de jejunum para o interior gástrico.

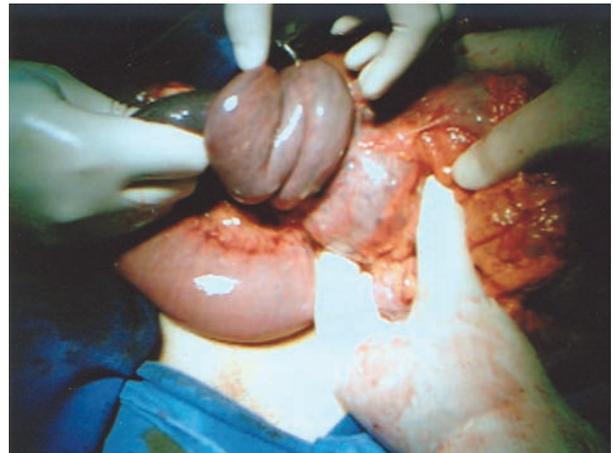


Figura 3 - Invaginação sendo desfeita.

As principais causas relacionadas são: espasmo jejunal e antiperistalse pela acidez gástrica, largo calibre da boca anastomótica e pressão intra-abdominal aumentada. Anatomicamente, pode ser de alça aferente (16%), de alça eferente (74%) e de ambas as alças (10%) (7,8,9). A forma crônica manifesta-se como dor abdominal pós-prandial, aliviada por vômitos e com resolução espontânea. A forma aguda corresponde à epigastralgia súbita, em cólica, progressiva e vômitos sanguinolentos. A presença de massa abdominal à esquerda ocorre em 50% dos casos. O diagnóstico é firmado pelo exame contrastado do estômago, que demonstra falha de enchimento gástrico (aspecto em "casca de cebola")(11) ou com endoscopia (6), que mostra o coto gástrico ocupado por alça jejunal com ou sem necrose. Na forma aguda, o tratamento cirúrgico é mandatório, definido por remoção da intussuscepção, quando viável, ressecção do segmento comprometido ou degastrectomia com reconstrução em Y de Roux (7). O prognóstico favorável depende do diagnóstico precoce. O índice de mortalidade chega a 50% após 48 horas de evolução (1,3). Daí a importância desta enti-

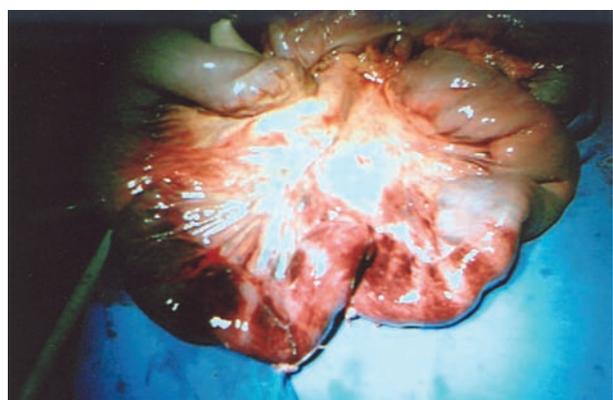


Figura 4 - Segmento jejunal necrótico.

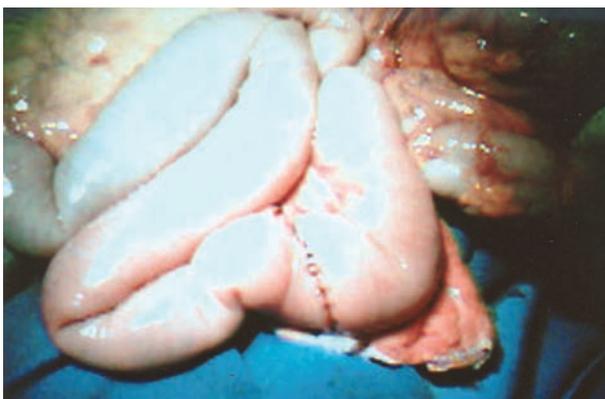


Figura 5 - Enteroanastomose primária após ressecção do segmento necrótico.

dade e de seu diagnóstico precoce, uma vez que, embora rara, pode ser fatal.

Correspondência:

João Paulo Vieira dos Santos
 Av. Dr. Odilon Fernandes, 249 apto 204 Centro
 CEP: 38017-030
 Uberaba-MG - Brasil
 Telef.: 55 34 3338-6315
 e-mail: doctor.jp@terra.com.br

BIBLIOGRAFIA

1. Dolan KG, Hoeckman R E. Jejuno gastric intussusception ten years after gastric surgery. JAMA 1968; 205: 178-80.
2. Hovellius L. Jejuno gastric intussusception after gastric resection. Acta Chir Scand 1971; 137:491-4.
3. Lopes LR, Andreollo NA, Brandalise NA, Leonardi LS, Mathews WE. Invaginação Jejuno gástrica. Rev Col Bras Cir 16: 129-125, 1989.
4. Rizoli SB, Mantovani M. Invaginação Jejuno gástrica Aguda. Ver Paul Méd 108: 42-44, 1990.
5. Sakai P, Barreto JA, Maruta L, Ishioka S, Gama Rodrigues J, Rohrig C, Pinotti HW. Jejuno gastric Intussusception - General considerations and endoscopic features. Arq Bras Cir Dig 4: 69-72, 1989.
6. Sturdivant NC, Fulp S. Postoperative jejuno gastric intussusception. Gastrointest Endosc 39: 104-105, 1993.
7. Viscaino J R, Del Moral JMOG, Sanches ER. Invaginación yeyuno gástrica retrógrada después gastroyeyunostomia. Ver Esp Enf Ap Digest 62: 309-313 1982.
8. Wheatley MJ. Jejuno gastric intussusception diagnosis and management. J Clin Gastroenterol 11: 452-454, 1989.
9. Schackman R. Jejuno gastric Intussusception. Brit J Sur 1940; 27: 475-80.
10. Willians JA, Fieloling JF. Recurrent acute retrograde intragastric intussusception. Gut 1970; 11: 840-2.
11. Mulero HL. Jejuno gastric intussusception: An infrequently recognized cause of postgastrectomy complications. Am J Dig Dis 1967; 12: 639-45.