

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA
ENDOVASCULAR

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
BRUNO SILIPRANDI PINTO

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EMBÓLICA EM UM
HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Porto Alegre, Brasil

2023

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA
ENDOVASCULAR

BRUNO SILIPRANDI PINTO

Relato de caso de paciente com Isquemia mesentérica aguda embólica em um hospital do sul do Brasil

Trabalho de conclusão da Residência

Médica em Angiorradiologia e

Cirurgia Endovascular

Orientação: Dr. Luiz Francisco Machado Costa

Porto Alegre, Brasil

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. RELATO DE CASO	4
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
4. REFERÊNCIAS	10

1. INTRODUÇÃO

A Isquemia mesentérica aguda é definida tipicamente como um grupo de doenças caracterizadas por uma interrupção de suprimento sanguíneo a porções variadas de intestino delgado, levando a isquemia e alterações inflamatórias secundárias. Caso não diagnosticada a tempo, este processo levará, invariavelmente, à necrose intestinal.¹

A incidência é baixa, estimada em 0,09% - 0,2% de todas as admissões cirúrgicas agudas, porém é necessário cuidado ao diagnóstico visto que a mortalidade pode chegar a 50%. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica breve são os pilares do tratamento moderno e são essenciais para reduzir a alta mortalidade associada a esta doença.²

Considerando a mortalidade de tal doença e seu desafio para o diagnóstico precoce, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de apresentar um caso clínico de nosso serviço de Cirurgia Vascular aliada a Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A realização deste projeto pode ser de importância para melhoria na assistência de pacientes com isquemia mesentérica aguda, mostrando a excelência de nosso serviço no tratamento precoce de tal comorbidade.

2. RELATO DE CASO

Paciente V.A., 63 anos, tabagista alto índice tabágico, sem outras comorbidades conhecidas, encaminhada via SAMU vaga zero de hospital do interior do Rio Grande do Sul para Hospital de Clínicas de Porto Alegre por quadro de dor abdominal. Paciente referiu dor abdominal importante há 2 dias em quadrante abdominal à esquerda, associado a náuseas e vômitos. Referiu também quadro de dor e palidez em pé direito há 10 dias com resolução espontânea sem buscar atendimento.

Ao exame físico inicial na emergência, paciente apresentava taquicardia, ritmo irregular, demais sinais vitais estáveis. A palpação abdominal, abdome encontrava-se depressível com leve dor a descompressão abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Exame físico vascular, paciente sem pulsos distais em membro inferior direito e pulso somente tibial posterior em membro inferior esquerdo. Membros superiores com todos pulsos palpáveis e simétricos. Exames laboratoriais mostravam hiperlactatemia (6,7), leucocitose maior que 30000 sem desvio, e proteína C reativa aumentada.

Encaminhado prontamente para angiotomografia abdominal por suspeita de isquemia mesentérica aguda de causa embólica. Angiotomografia demonstrando oclusão de artéria mesentérica apresentada na figura 1.



Figura 1. Angiotomografia demonstrando oclusão de artéria mesentérica superior a 5 centímetros de óstio com recanalização por colaterais em primeira bifurcação mesentérica.

Diante de quadro clínico, paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora e possibilidade de embolectomia de artéria mesentérica superior, conforme avaliação de viabilidade de alças.

As alças apresentavam características isquêmicas, sem sinais de necrose transmural ou perfurações. Não visualizado líquido livre em cavidade abdominal. Realizado dissecação de artéria mesentérica superior com controle de ramos (figura 2), arteriotomia transversal e embolectomia com saída de trombo antigo de provável origem cardíaca e trombos recentes secundários. Realizada arteriografia primária com prolene 6.0, com bom pulso distal a arteriografia sem frêmito palpável.

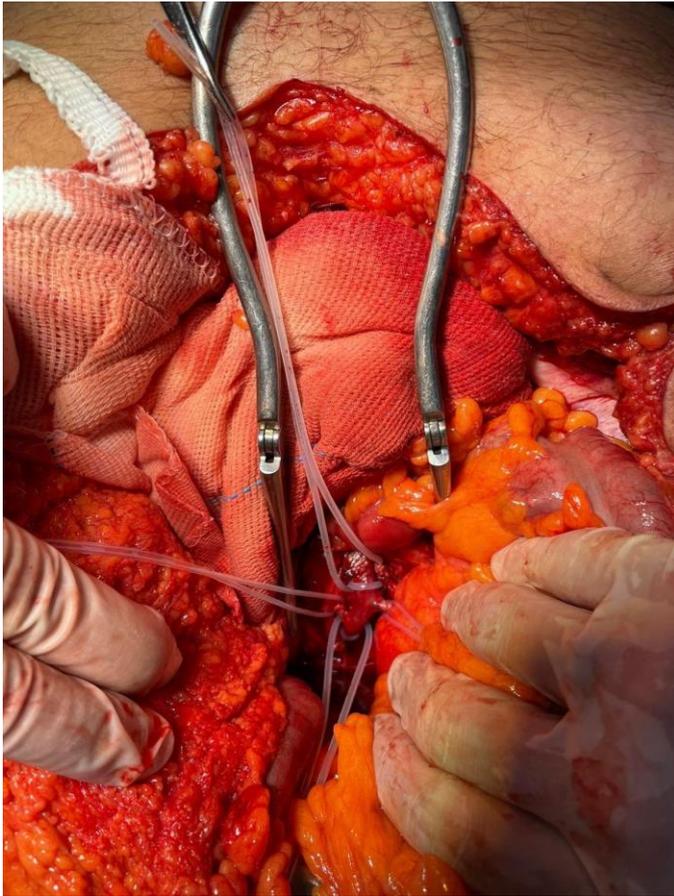


Figura 2. Controle de artéria mesentérica superior e seus ramos.

Após revascularização de artéria mesentérica superior, houve imediata delimitação de isquemia de alças. Realizado contraste com fluoresceína, injetado em uma veia periférica e em alguns segundos após já podemos observar a circulação mesentérica por meio de utilização da luz ultravioleta para demonstração com maior precisão de inviabilidade das alças, apresentada na figura 3.^{3,4}



Figura 3. Técnica de fluorescência com demonstração de alças isquêmicas.

Após adequada verificação de alças inviáveis, foi realizada enterectomia de 60 centímetros de segmento de jejuno inviável (figura 4) a 40 cm do ângulo de Treitz com stapler com fechamento de cotos, hemostasia e programação de second look após 48 horas.

O paciente foi mantido anticoagulado desde a saída da sala cirúrgica, evoluiu satisfatoriamente com queda de lactato, de PCR e de leucocitose. Apresentou melhora dos parâmetros clínicos após medidas de reposição volêmica e controle hidroeletrolítico em leito de terapia intensiva.



Figura 4. Segmento de intestino isquêmico ressecado.

Após 48 horas, o paciente foi submetido a second-look para nova avaliação de alças as quais não apresentavam novo segmento isquêmico. Confeccionado anastomose jejuno-jejunal látero-lateral isoperistáltica de cotos de amputação com grampeador linear 75mm e realizado fechamento de orifício de entrada de grampeador linear com vicryl 3.0. Após anastomose, nova reavaliação de artéria mesentérica superior que apresentava adequado pulso aos ramos cólicos distais.

O paciente evoluiu com íleo pós-operatório resolvido com manejo clínico com sonda nasogástrica e NPO. Recebe alta da unidade de tratamento intensiva, 7 dias após com ruídos hidroaéreos presentes, eliminando flatos, sem queixas álgicas abdominais e melhora de parâmetros clínicos gerais.

3. DISCUSSÃO

A isquemia mesentérica aguda é uma importante emergência cirúrgica. Primeiramente, é necessário um alto índice de suspeição clínica combinando a história de dor abdominal de forma abrupta com uma dor abdominal desproporcional ao exame físico, acidose metabólica e, neste caso clínico apresentado, sinais vitais com indícios de fibrilação atrial.¹

Distante de tal contexto clínico, deve-se prontamente ser solicitado um angiotomografia abdominal para correto diagnóstico de paciente. Paralelamente a ressuscitação volêmica e correção hidroeletrólítica, o paciente deve ser encaminhado com urgência ao bloco cirúrgico para avaliação de viabilidade de alças, restabelecimento de fluxo sanguíneo e ressecção de segmentos não viáveis.^{1,2}

A técnica de fluorescência com luz negra, realizada neste caso, mostra-nos com maior precisão a ressecção das alças isquêmicas necessárias. Subsequentemente, a técnica de second-look para reavaliação de alças e verificação de isquemia de alças muitas vezes não visualizada a olho nu na primeira intervenção é essencial para o melhor manejo do paciente.^{3,4}

Para um manejo clínico destes pacientes críticos, tal comorbidade exige um ambiente de unidade de tratamento intensivo com monitorização permanente e avaliações clínicas seriadas. Esse trabalho foi desenvolvido em parceria com áreas distintas do hospital, emergência, cirurgia digestiva, cirurgia vascular e medicina intensiva, é imprescindível para uma abordagem adequada e rápida dos pacientes, aumentando as chances de um desfecho favorável desta grave comorbidade com alto índice de mortalidade mesmo intra hospitalar.

4. REFERÊNCIAS

1. Acosta S, *et al.* Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications. *Semin Vasc Surg.* 23:4-8, 2010.
2. Tilsed JV, *et al.* Guidelines: acute mesenteric ischaemia. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 42:253-270, 2016.
3. Bulkley GB, *et al.* Intraoperative determination of small intestinal viability following ischemic injury: A prospective, controlled trial of two adjuvant methods (doppler and fluorescein) compared with standard clinical judgment. *Ann Surg.* 193(5):628, 1981.
4. Carter MS, *et al.* Qualitative and quantitative fluorescein fluorescence in determining intestinal viability. *Am J Surg.* 147(1):117–23, 1984.