

Enteroscopia Intra-Operatória e Hemorragia Enteral – A Indicação Mantém-se

Intraoperative Enteroscopy In Small Bowel Bleeding – The Indication Stands

Pedro Figueiredo¹, Alexandre Duarte², Patrícia Duarte¹, André Oliva², Carlos Gregório¹, Hermano Gouveia¹, Maximino Leitão¹

RESUMO | Relatamos o caso de um doente de 63 anos com hemorragia originária no intestino delgado. Dada a presença de instabilidade hemodinâmica, que obrigou à suspensão da enteroscopia com duplo balão, foi submetido a enteroscopia intra-operatória com abordagem por via oral. As lesões encontradas incluem três angiodisplasias, tratadas com árgon-plasma, e duas úlceras, que foram ressecadas. A enteroscopia intra-operatória poderá ser uma opção terapêutica em pacientes com sangramento com origem no intestino delgado, designadamente quando evidenciem instabilidade hemodinâmica. *GE - J Port Gastrenterol 2011;18:303-305.*

PALAVRAS-CHAVE: Enteroscopia intra-operatória; hemorragia digestiva.

ABSTRACT | We report the case of a 63-year-old with small intestinal bleeding. Due to the fact that he was hemodynamically unstable, double-balloon enteroscopy had to be suspended. Urgent laparotomy with intraoperative enteroscopy by an orally passed endoscope was done. Three angiodysplastic lesions were treated with argon-plasma coagulation and two bleeding ulcers were accurately identified and resected. Intraoperative enteroscopy may be a therapeutic option, namely in unstable patients with small intestinal bleeding. *GE - J Port Gastrenterol 2011;18:303-305.*

KEYWORDS: Intraoperative enteroscopy; digestive bleeding .

INTRODUÇÃO

A enteroscopia intra-operatória (EIO) mantém a sua utilidade nesta era da cápsula e da enteroscopia assistida por balão. De facto, a sua aplicação está bem documentada, fazendo parte dos algoritmos diagnósticos e terapêuticos da hemorragia digestiva média¹. A sua limitação advém da necessidade de realização de laparotomia, bem como de enterotomias². Descreve-se o caso de um paciente com hemorragia activa e instabilidade hemodinâmica submetido a uma EIO sem necessidade de enterotomia.

CASO CLÍNICO

Um indivíduo do sexo masculino, com 63 anos, foi admitido por melenas e hematoquezias. Apresentava estabilidade hemodinâmica, um teor de hemoglobina de 8,4 gr% e um hematócrito de 24,8%. Não relatava toma de anti-

inflamatórios não esteróides e nos seus antecedentes pessoais havia uma história de linfoma não Hodgkin diagnosticado em 1989, em remissão.

Tratava-se de um paciente com quatro internamentos por hemorragia digestiva nos nove meses precedentes, tendo sido transfundido com um total de 24 unidades de glóbulos vermelhos. Tinha sido previamente submetido a vários exames complementares de diagnóstico, incluindo uma endoscopia digestiva alta, que mostrou estenose péptica franqueável pelo endoscópio, e uma colonoscopia total com ileoscopia terminal que não evidenciou a presença de lesões. O estudo cintigráfico para a detecção do divertículo de Meckel tinha sido negativo, tendo a enteroscopia com cápsula mostrado a presença de várias angiodisplasias não sangrantes no delgado médio (fig. 1) e uma pequena úlcera no intestino delgado distal (fig. 2), 4 horas após o piloro. A enteroscopia com duplo

¹Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra, Portugal; ²Serviço de Cirurgia 1 - Hospitais da Universidade de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra, Portugal; **Correspondência:** Pedro Figueiredo, Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; Avenida Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra, Portugal; **E-mail:** pnf11@sapo.pt

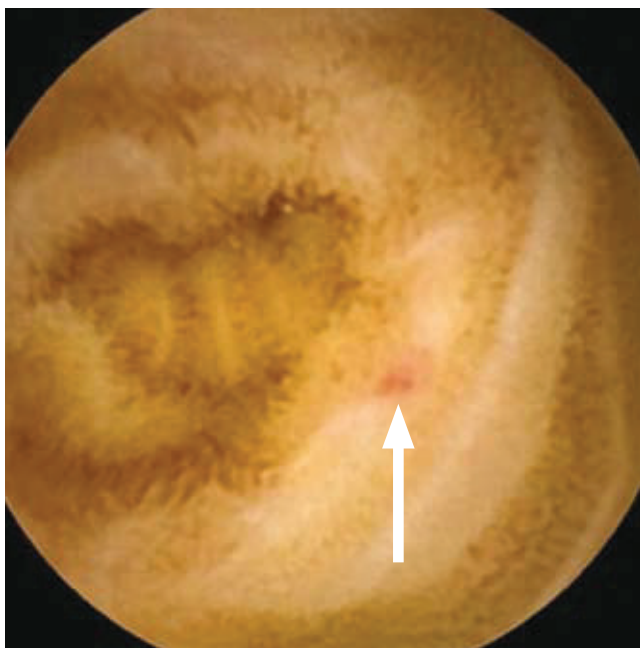


Fig. 1. Angiodisplasia ileal (seta)



Fig. 2. Úlcera no íleon

balão, realizada por via retrógrada em internamento anterior, não tinha permitido alcançar, apesar da progressão profunda no íleon, as lesões referenciadas pela cápsula, não se tendo evidenciado, na altura, a presença de sangue.

Dada a admissão por novo quadro de sangramento, foi submetido a uma segunda avaliação por enteroscopia com duplo balão que mostrou a presença de grande quantidade de sangue vivo no cólon, tendo o procedimento sido suspenso por o doente ter desenvolvido um quadro de hipotensão. Optou-se, então, pela realização de angiografia selectiva do tronco celiaco, artéria hepática, mesentéricas superior e inferior que não mostrou hemorragia activa. Dado que o doente mantinha sangramento e instabilidade hemodinâmica foi submetido a laparotomia, que existia sangue em algumas ansas ileais e do cólon. Procedeu-se à introdução do enteroscópio FN 450-P5/20 (Fujinon Inc., Japan), sem o sistema de balões, por via oral, tendo sido possível progredir, com o auxílio do cirurgião, e sem que houvesse necessidade de realização de enterotomia, até ao cego. Ao longo do trajecto detectaram-se três lesões angiodisplásicas que foram fulguradas com argon-plasma e duas úlceras superficiais localizadas a 60 e 280 cm a montante da válvula íleo-cecal que foram ressecadas. O procedimento decorreu sem complicações imediatas, tendo o doente tido alta sem recidiva hemorrágica sete dias após a intervenção cirúrgica com um teor de hemoglobina de 12 gr% e um hematócrito de 35%. O estudo histológico das lesões revelou apenas alterações inespecíficas.

O doente foi observado seis meses após a cirurgia, não tendo ocorrido recidiva hemorrágica até essa data, apresentando um teor de hemoglobina de 12,6 gr%.

DISCUSSÃO

A EIO era considerada como a forma mais comum de realização de enteroscopia total antes do aparecimento da cápsula endoscópica³. A sua indicação no estudo dos pacientes com hemorragia digestiva de causa obscura, no entanto, mantém-se. De facto, de acordo com a “American Gastroenterological Association” (AGA), este procedimento deverá ser considerado como a última opção nos casos de hemorragia digestiva de causa obscura ou quando a enteroscopia com duplo balão não pode ser realizada devido à presença de aderências ou a outros factores técnicos¹. Perante uma hemorragia maciça, a recomendação da AGA é de que o doente seja submetido a uma angiografia, seguida de enteroscopia com cápsula caso o estudo imagiológico seja negativo, ou de uma enteroscopia com duplo balão ou EIO caso seja positivo¹.

No nosso paciente, a ocorrência de um quadro de instabilidade hemodinâmica com persistência do sangramento obrigou à suspensão do procedimento endoscópico, no caso, a enteroscopia com duplo-balão. A ineficácia da angiografia selectiva fica, possivelmente, a dever-se ao fraco débito do sangramento na altura em que foi realizada. Optou-se então, em último recurso, pela execução de EIO, o que permitiu, através de um procedimento que combinou hemostase endoscópica com ressecção cirúrgica, um tratamento eficaz da hemorragia. Justifica-se uma nota relativa à etiologia indeterminada das úlceras ileais ressecadas, achado já bem documentado na literatura, quer tendo por base achados endoscópicos⁴, quer tendo por base estudos histológicos⁵. Caso semelhante, mas sem que houvesse estudo endoscópico prévio do intestino delgado, foi relatado por Hsu e col⁶.

A eficácia da EIO no tratamento dos doentes com hemorragia digestiva de causa obscura está bem comprovada, designadamente no trabalho de Douard e col.⁷ onde se relata que 70% dos pacientes tratados com recurso a este procedimento não apresentaram recidiva do sangramento após um período médio de seguimento de 19 meses. De acordo com a técnica recomendada, a observação endoscópica é feita com a ajuda do cirurgião, que fixa a ponta do endoscópio ao mesmo tempo que assegura que um segmento do intestino delgado está rectificado, permitindo a sua observação⁸. A realização de enteroscopia com duplo balão assistida por laparoscopia está já descrita na literatura, tendo sido relatado o caso de três doentes com Síndrome de Peutz-Jeghers⁹.

A possibilidade de realização de enteroscopia total no contexto da EIO é, naturalmente, um objectivo a atingir. A utilização de enteroscopia por sonda¹⁰ ou a dupla abordagem, oral e anal¹¹, poderão ser técnicas utilizáveis. No entanto, o abandono da enteroscopia por sonda^{1,12} e a necessidade de limpeza intestinal prévia no caso da dupla abordagem limitam a sua utilização. As opções restantes incluem a realização de enterotomia ou a abordagem por via oral. O comprimento do aparelho no caso da opção pela via oral é determinante, dado que a realização de EIO por via oral com recurso a colonoscópio apenas permite alcançar o íleon médio¹³. A consulta das séries publicadas mostra que a preferência dos autores vai para a realização de enterotomia^{2,14-17}, mesmo quando ambas as abordagens são utilizadas^{7,18}.

A realização de EIO com abordagem oral, ao evitar o recurso a enterotomias, poderá contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade que se associam a esta técnica¹. O aumento do número de sistemas de enteroscopia assistida por balão disponíveis no nosso país poderá vir facilitar a realização de EIO, dado que a utilização dos longos enteroscópios que esses mesmos sistemas integram, poderá permitir dispensar a realização de enterotomias.

Como apresentação deste caso clínico pretende-se salientar o lugar que a EIO continua a ocupar no processamento terapêutico dos doentes com hemorragia digestiva com origem no intestino delgado, designadamente nos casos em que existe instabilidade hemodinâmica. A utilização de um longo enteroscópio, ao permitir uma enteroscopia total sem a necessidade de enterotomia, poderá facilitar a abordagem destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- Raju GS, Gerson L, Das A, *et al.* American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2007;5:1697-1717.
- Jakobs R, Hartmann D, Benz C, *et al.* Diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding by intra-operative enteroscopy in 81 consecutive patients. *World J Gastroenterol*. 2006;12:313-316.
- Delmotte JS, Gay GJ, Houcke PH, *et al.* Intraoperative endoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1999;9:61-69.
- Goldstein JL, Eisen GM, Lewis B., *et al.* Video capsule endoscopy to prospectively assess small bowel injury with celecoxib, naproxen plus omeprazole, and placebo. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:133-41.
- Matsumoto T, Iida M, Matsui T., *et al.* Non-specific multiple ulcers of the small intestine unrelated to non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Clin Pathol*. 2004;57:1145-50.
- Hsu PS, Chen JL, Yu JC, *et al.* Accurate diagnosis and successful treatment for massive obscure small intestinal bleeding by means of intra-operative enteroscopy: a case report. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008;20:139-141.
- Douard R, Wind P, Panis Y., *et al.* Intraoperative enteroscopy for diagnosis and management of unexplained gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*. 2000;180:181-184.
- Lewis B, Goldfarb N. Review article: The advent of capsule endoscopy—a not-so-futuristic approach to obscure gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:1085-1096.
- Ross AS, Dye C, Prachand VN. Laparoscopic-assisted double-balloon enteroscopy for small-bowel polyp surveillance and treatment in patients with Peutz-Jeghers syndrome. *Gastrointest Endosc*. 2006;64:984-988.
- Lopez MJ, Cooley JS, Petros JG, *et al.* Complete intraoperative small-bowel endoscopy in the evaluation of occult gastrointestinal bleeding using the sonde enteroscope. *Arch Surg*. 1996;131:272-277.
- Bowden TA Jr, Hooks VH 3rd, Teeslink CR *et al.* Occult gastrointestinal bleeding: locating the cause. *Am Surg*. 1980;46:80-87.
- Leighton JA, Goldstein J, Hirota W *et al.* Obscure gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:650-655.
- Desa LA, Ohri SK, Hutton KA, *et al.* Role of intraoperative enteroscopy in obscure gastrointestinal bleeding of small bowel origin. *Br J Surg*. 1991;78:192-195.
- Hartmann D, Schmidt H, Bolz G *et al.* A prospective two-center study comparing wireless capsule endoscopy with intraoperative enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2005;61:826-832.
- Kopácová M, Bures J, Vykouril L *et al.* Intraoperative enteroscopy: ten years' experience at a single tertiary center. *Surg Endosc*. 2007;21:1111-1116.
- Hotokezaka M, Jimi SI, Hidaka H *et al.* Role of intraoperative enteroscopy for surgical decision making with Crohn's disease. *Surg Endosc*. 2007;21:1238-1242.
- Smedh K, Olaison G, Nyström PO, *et al.* Intraoperative enteroscopy in Crohn's disease. *Br J Surg*. 1993;80:897-900.
- Kendrick ML, Buttar NS, Anderson MA *et al.* Contribution of intraoperative enteroscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding. *J Gastrointest Surg*. 2001;5:162-167.