

## ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR PEPINO RELATO DE CASO

Paola Mello de Souza<sup>1</sup>, Maria da Graça Pasquotto de Lima Assef<sup>2</sup>, Maria Cristina Traiano Beal<sup>3</sup>, Ana Luiza Dal Ponte<sup>4</sup>, Vitoria da Silva Belli<sup>4</sup>, Gabriela Baum<sup>4</sup>

<sup>1</sup>R2 de Cirurgia Básica no Hospital Hans Dieter Schmidt (pahhms@gmail.com)

<sup>2</sup>Cirurgiã do Aparelho Digestivo e Intensivista (Orientadora)

<sup>3</sup>RI de Cirurgia Geral no Hospital Hans Dieter Schmidt

<sup>4</sup> Acadêmicas de Medicina da Universidade da Região de Joinville (Univille)

### Introdução:

A dor abdominal aguda representa cerca de 10% das causas de procura dos serviços de emergência. Há um amplo espectro etiológico para esse sintoma, sendo que, entre as causas que necessitam de tratamento urgente, destacam-se apendicite aguda, diverticulite aguda e obstrução intestinal.

Na obstrução intestinal, uma etiologia incomum, que corresponde de 0,4 a 4% dos casos, são os fitobezoes - massas formadas por conteúdo vegetal não digerido - tendo como local mais comum de obstrução o íleo terminal.

### Relato de caso:

Paciente feminina, 62 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal difusa, iniciada há 4 horas, associado a êmese. Última evacuação há um dia, fisiológica, porém sem eliminação de flatos desde então. Ao exame físico, apresentava-se com abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação difusa e à descompressão brusca. Nos exames laboratoriais, evidenciava-se leucocitose com desvio a esquerda. Em tomografia de abdome havia acentuada dilatação das alças de delgado com sinal de obstrução ao nível do jejuno médio, sem causa detectável (Figura I).



Figura I



Figura II

Figuras I. e II. Tomografias computadorizadas de abdome com contraste arterial evidenciando acentuada dilatação de alças de delgado com nível de obstrução no jejuno médio sem causa detectável.

Prosseguiu-se com internação da paciente e tentativa inicial de tratamento clínico, porém sem sucesso. Devido a manutenção dos sintomas, na manhã seguinte paciente foi submetida a laparotomia exploradora.

No intraoperatório, visualizou-se um fitobezoar - identificado posteriormente como um pepino - obstruindo alça de jejuno a 85 cm do ângulo de Treitz, com presença de sinais de sofrimento intestinal. Procedeu-se com enterectomia associado a reconstrução intestinal primária.

Paciente evoluiu com boa aceitação da dieta e melhora laboratorial, recebendo alta hospitalar no nono dia pós operatório.

### Discussão:

A dor abdominal aguda necessita de rápido diagnóstico a fim de assegurar tratamento eficaz. Dentre suas etiologias está a ingesta de corpo estranho, como bezoares. Estes, constituem massas orgânicas não digeridas no lúmen do trato gastrointestinal, sendo denominados conforme o principal material que o compõe. Quando causam obstrução, geralmente apresentam fatores predisponentes associados, como cirurgias gástricas, vagotomia, gastroparesia diabética ou mastigação inadequada (evidenciado em extremos de idade).

No tratamento, inicialmente, são preconizadas medidas clínicas. Caso não sejam efetivas, opta-se pela abordagem cirúrgica. Usualmente, a obstrução se encontra entre 50 e 70 cm da válvula ileocecal em virtude da diminuição de calibre e motilidade da alça. A localização do bezoar e possíveis complicações relacionadas, tal qual perfuração e isquemia, determinam a conduta cirúrgica a ser adotada.

Na literatura, há poucos relatos descritos de obstrução intestinal gerada por fitobezoes e, ainda mais raro, aqueles causados por pepino, demonstrando a relevância deste caso.

### Referências:

1. Fernando J, Loh SM. The elderly emergency laparotomy patient - more than just the operation. *Ann Acad Med Singapore*. 2019;48(11):382-385.
2. Burtlet KJ, Ing AJ, Larsen PD, Dennett ER. Systematic review of diagnostic pathways for patients presenting with acute abdominal pain. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(9):678-683.
3. Dubuisson V, Voiglio EJ, Grenier N, Le Bras Y, Thoma M, Launay-Savary MV. Imaging of non-traumatic abdominal emergencies in adults. *J Visc Surg*. 2015;152(6):57-64.
4. Serrano AG, Álvarez PF. A foreign body in the small bowel: A rare entity of acute abdomen. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019;111(1):84
5. Reginelli A, Russo A, Pinto A, Stanzione F, Martiniello C, Cappabianca S et al. The role of computed tomography in the preoperative assessment of gastrointestinal causes of acute abdomen in elderly patients. *Int J Surg*. 2014;12(2):181-186.
6. Tiwari A, Gupta V, Hazrah P, Chaudhary AK, Lal R. Fitobezoar: rara causa de obstrução aguda do intestino delgado em abdome inocente. *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(4):342-343.
7. Ribeiro IB, Moura DTH, Thompson CC, Moura EGH. Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(3):193-208.