

Willian Travain¹, Lucas Rolim Valoni¹, Renan Kimura Rosot², Fernanda Cristina Arenas²,
Mariana Barbosa Daniel², William Augusto Casteleins³

¹ Residentes de Cirurgia Geral, Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

² Acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Brasil.

³ Cirurgião Geral e Cirurgião Oncológico, Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Apresentamos um caso cirúrgico de perfuração identificada na quarta porção duodenal, em paciente portador de artrite psoriásica, usuário de longa data do inibidor JAK quinase denominado tofacitinibe

RELATO DE CASO

O paciente apresentou-se no Pronto Socorro do Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba, com relato de dor abdominal há seis dias, tendo melhorado após jejum e analgesia. Queixou-se de anorexia, porém negou vômitos, alterações de trânsito intestinal e febre. Além desta medicação, fazia uso concomitante de prednisona, metotrexato, ácido fólico, naproxeno e esomeprazol. Em seu perfil laboratorial inicial detectou-se apenas elevação de PCR, sem outras alterações. Foi submetido a tomografia computadorizada com contraste endovenoso, em que ficou evidente a presença de ar em espaço retroperitoneal adjacente à quarta porção duodenal, o que motivou a indicação para laparotomia exploradora. No intra-operatório, optou-se por não explorar a porção inflamada do duodeno e realizar o tratamento através de by pass intestinal, por meio de exclusão pilórica em Y de Roux. Deixou-se passada uma sonda nasoenteral trans-anastomótica, por onde iniciou-se a dieta a partir do 2o dia. Recebeu alta no 13o dia, com dieta oral, retirada a sonda e sem complicações.

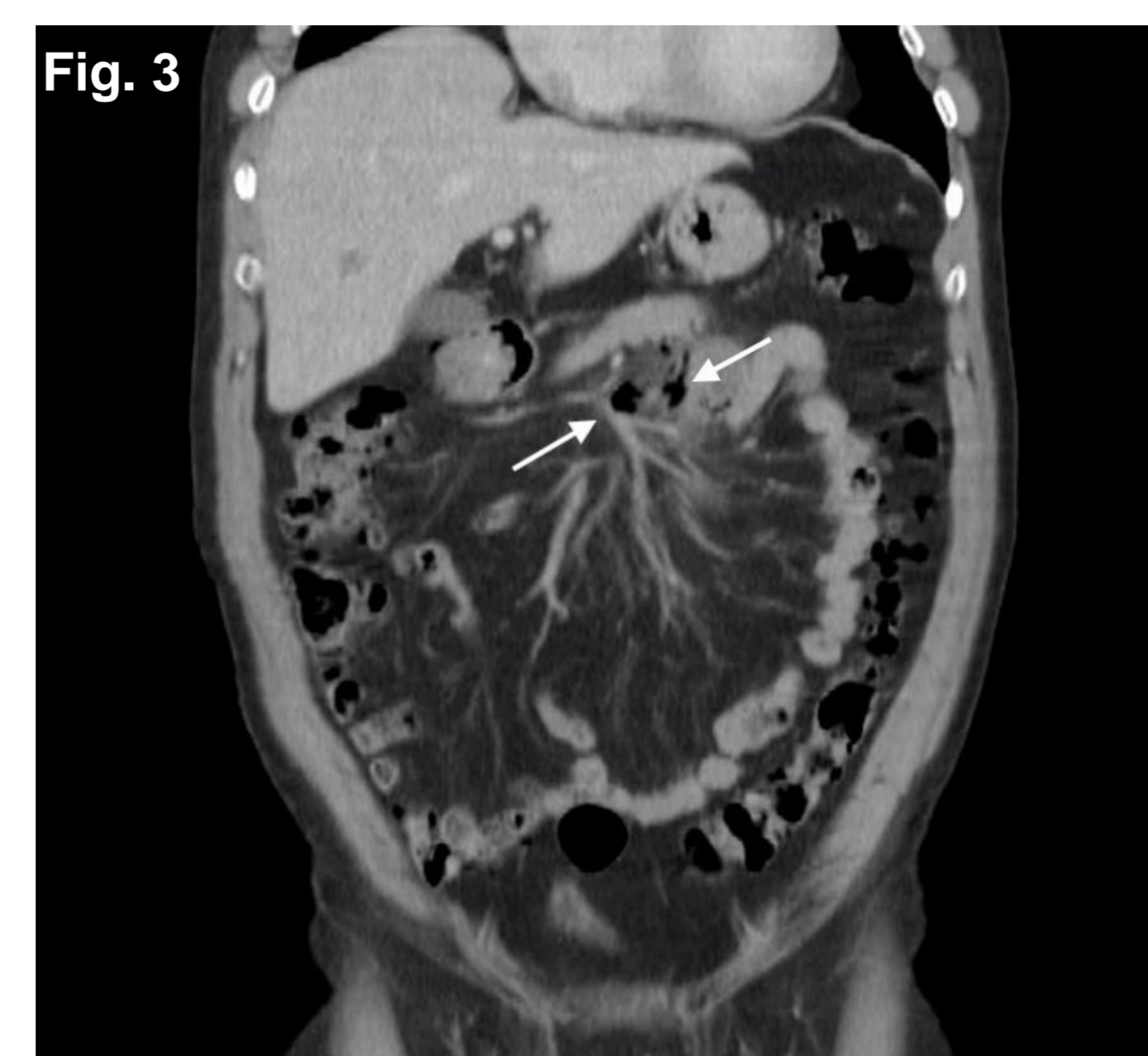
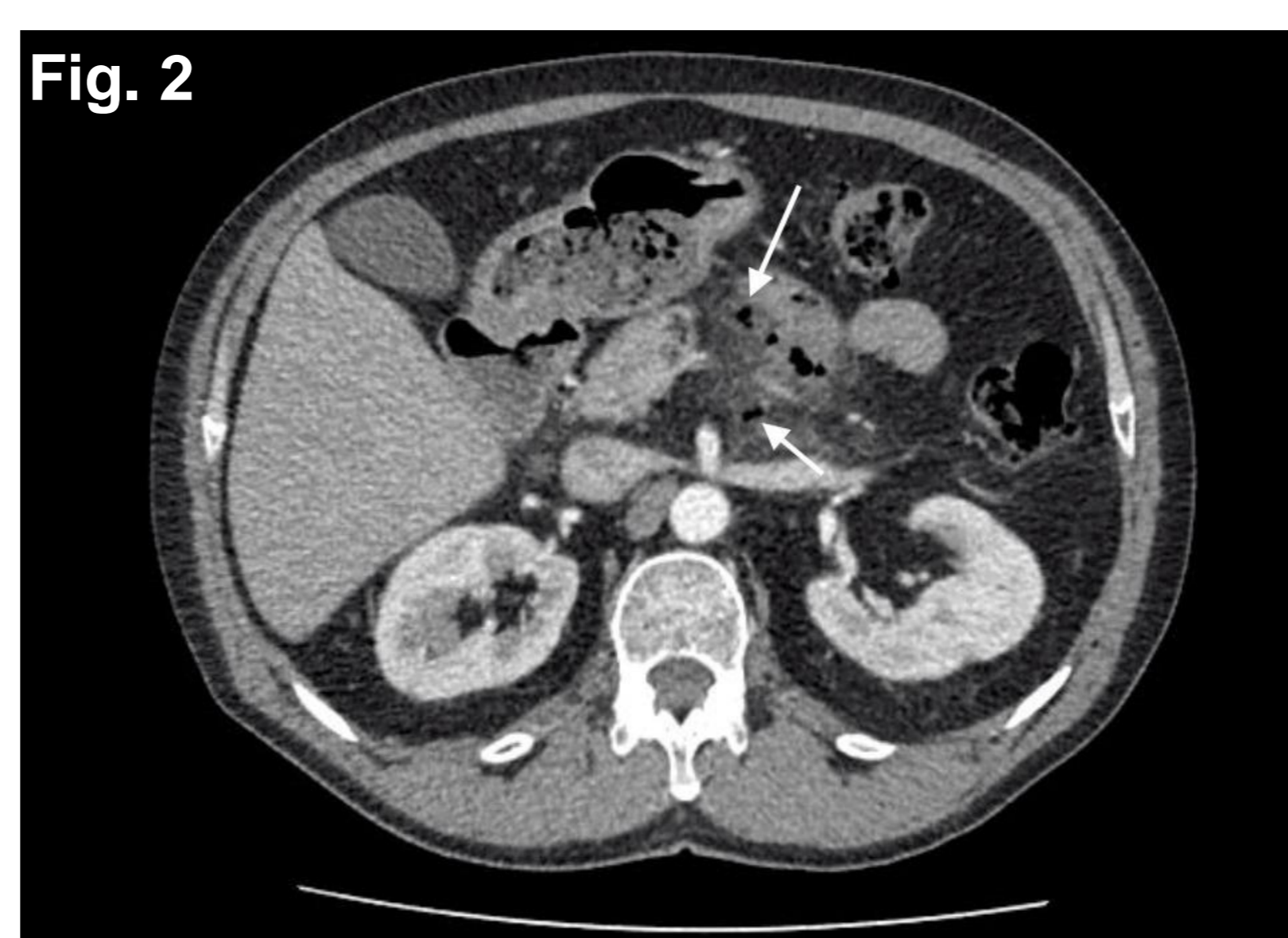
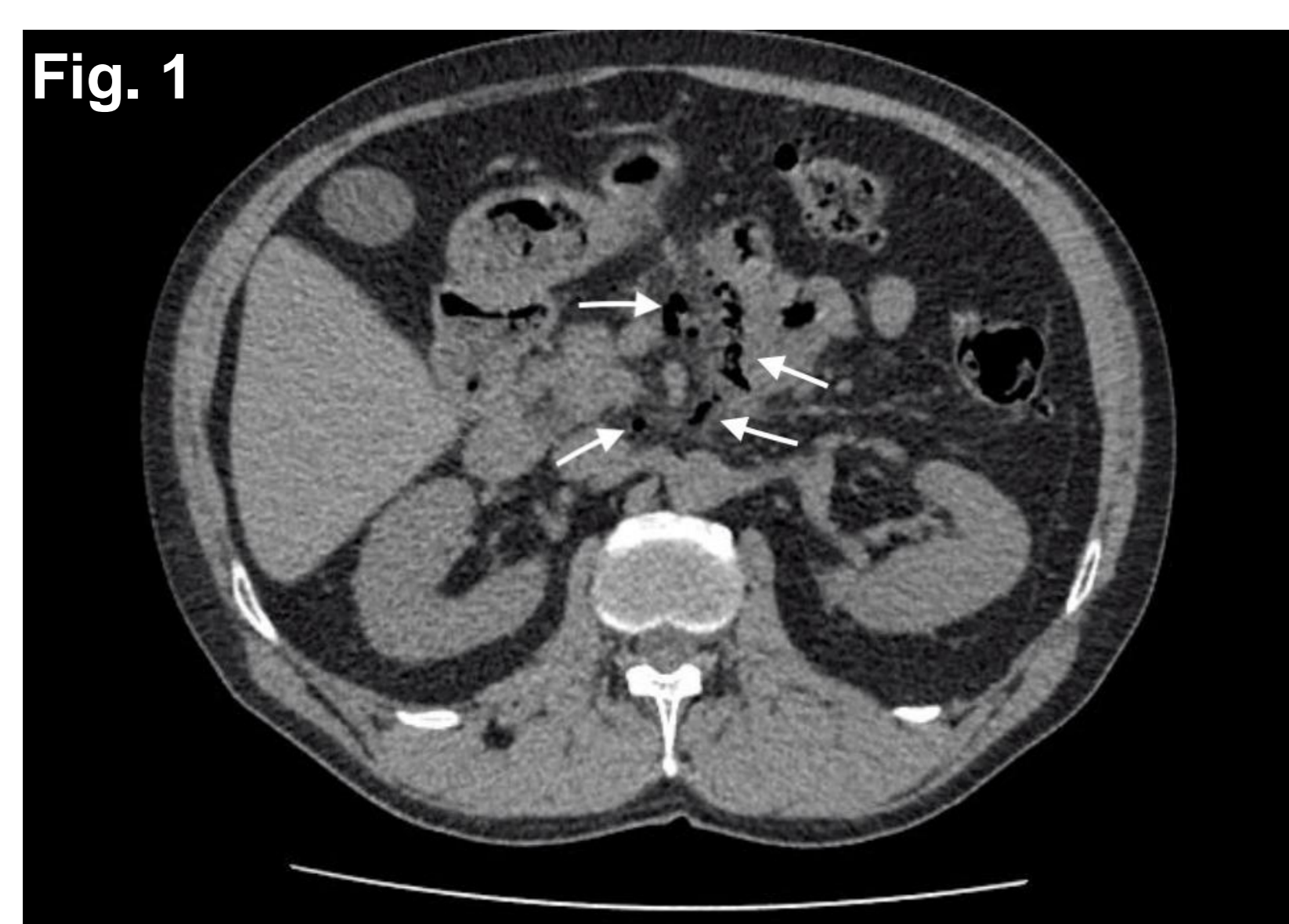


Figura 1: TAC Abdomen sem contraste; Figura 2: TAC Abdomen com contraste arterial; Figura 3: TC Abdomen em corte coronal. As setas brancas indicam o retropernoeritônio

CONCLUSÃO

Devido ao crescente uso recente de tofacitinibe como alternativa de boa resposta terapêutica em pacientes reumáticos, ressaltamos a ocorrência, mesmo que rara, de perfuração gastrointestinal alta (duodenal) e discutimos as diferentes técnicas para abordagem cirúrgica, com preferência para exclusão pilórica combinada com via alimentar alternativa, por sonda nasoenteral.

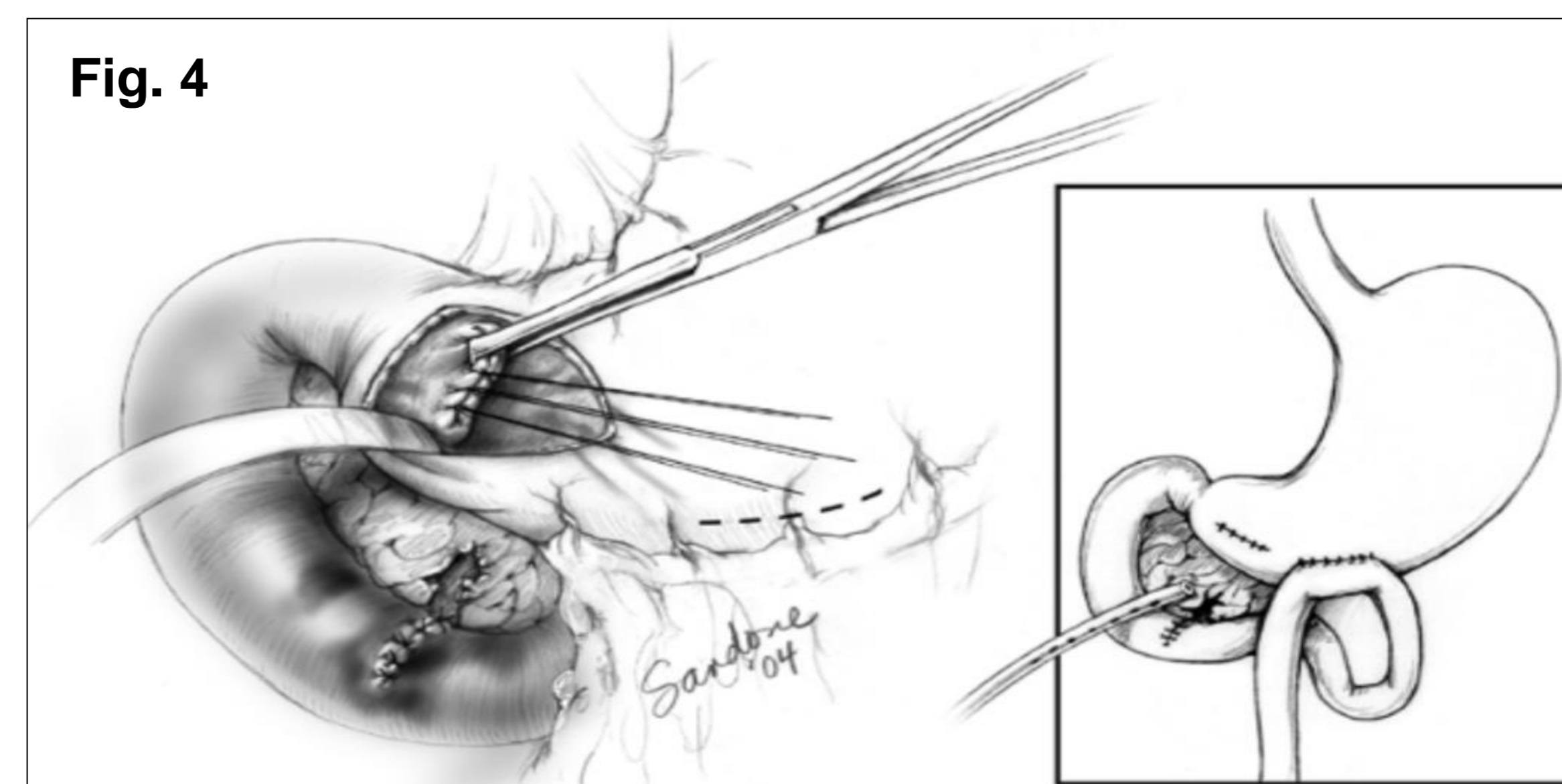


Figura 4: Exclusão pilórica e gastro-enteroanastomose Fonte: *Mastery of Surgery*

DISCUSSÃO

Em revisão da literatura, identificamos que a perfuração intestinal associada ao uso destes inibidores JAK, apesar de rara, é mais comum em trato digestivo inferior, relacionada a episódios de diverticulite e apendicite. Não encontramos nenhum relato de perfuração duodenal em vigência desta medicação. O tratamento cirúrgico é variável, não há uma padronização, tampouco grande séries de casos ou estudos randomizados para determinar superioridade de resultados. Isto se deve, principalmente, à baixa incidência da perfuração na porção horizontal do duodeno. Entre as opções, destacam-se a duodenorrafia, ressecção duodenal e anastomose primária, descompressão gástrica proximal, uso de patches seromucosos, duodenopancreatectomia e exclusão pilórica.