

# PERFURAÇÃO INTESTINAL ESPONTÂNEA EM PACIENTE CRÍTICO: COMPORTAMENTO ATÍPICO DO COVID-19 E BREVE REVISÃO DE LITERATURA



Bruno Derwood Mills Costa de Carvalho<sup>1,2</sup>, Felipe Giacobbo Nunes<sup>1,3</sup>, Carlos Roberto Puglia<sup>1,3</sup>, Reinaldo Martins de Oliveira Neto<sup>1,3</sup>, Paulo Roberto Corsi<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Paulista de Cirurgia - IPC

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

<sup>3</sup> Hospital Samaritano (Americas Serviços Médicos)

IPC INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA

## Introdução

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, na província de Hubei, na China, levou à identificação de um novo betacoronavírus, denominado SARS-CoV-2. Os coronavírus são uma grande família de vírus de RNA de fita simples que podem levar a uma série de manifestações clínicas nos mais variados sistemas do organismo<sup>(1) (2)</sup>.

A infecção pelo coronavírus pode ser assintomática, porém na grande maioria dos pacientes se manifesta com sintomas inespecíficos como febre, tosse seca e fadiga. Pode ocorrer eventualmente disfunção orgânica com rápida progressão para Síndrome Respiratória Aguda Grave, eventualmente com desfecho desfavorável<sup>(2)</sup>. Sintomas incomuns como cefaléia, exantemas e sintomas gastrointestinais também vem sendo relatados. Em alguns casos, esses sintomas atípicos podem ser a apresentação inicial ou até a única manifestação do COVID-19<sup>(1)</sup>.

Levando em consideração os sintomas gastrointestinais, os mais relatados são diarreia e inapetência<sup>(1) (2)</sup>. Dor abdominal, vômitos e aumento relativo das transaminases hepáticas também podem estar presentes no espectro desses sintomas.

Chamando a atenção para a gama de complicações atípicas cada vez mais frequentes na situação de pandemia, apresentamos abaixo um caso de Abdome Agudo Vascular em um paciente internado em setor de terapia intensiva após diagnóstico confirmado de COVID-19 por RT-PCR.

## Relato de Caso

Paciente A.O., 48 anos, homem, obeso e hipertenso, foi admitido em abril do presente ano com queixa de cefaleia e mal estar há 7 dias. Apresentava-se, febril, taquicárdico, SATO2 75%, com roncos esparsos, MV abolido em base direita e crepitação em base esquerda. Realizada IOT solicitada vaga de UTI por quadro de insuficiência respiratória aguda.

Foi iniciada antibioticoterapia e Oseltamivir com vistas a cobrir pneumonia bacteriana e Influenza. O paciente necessitou de drogas vasoativas em altos títulos por conta da instabilidade hemodinâmica. Diagnosticado com COVID no segundo dia de internação, foi optado pela introdução de Hidroxicloroquina e azitromicina e aberto protocolo para introdução de plasma de convalescente.

Paciente manteve febre com culturas negativas durante a internação, sendo escalonado ATB para Teicoplanina e Meropenem. Desde a admissão paciente não apresentava evacuações, sendo optado por medidas laxativas associado ao uso de procinéticos.

Paciente permaneceu internado em terapia intensiva por dificuldade de desmame da VM e manutenção de relação PaO2/FiO2 insuficiente. Desenvolveu nefropatia relacionada ao COVID 19 em D9 da internação, necessitando de terapia dialítica. Em 04/05 RX de tórax de rotina apresentou pneumoperitônio associado a distensão abdominal, desaparecimento de ruídos hidroaéreos, piora da instabilidade hemodinâmica com necessidade de aumento de drogas vasoativas. Exames laboratoriais demonstrando aumento de lactato, leucocitose (22.670, 74% leucócitos com desvio até metamielócitos), hiperfosfatemia, hipercalcemia e D-Dímero com valor de 18.823 ug/L. Suspensa hemodiálise, heparina e dieta

Paciente submetido a laparotomia exploradora, realizada incisão mediana supraumbilical e infraumbilical com saída de grande quantidade de gás sob pressão após a abertura do peritônio, observada peritonite fibrino-purulenta difusa, mais notadamente em hemiabdomine direito com bloqueio na região do cólon ascendente. Presença de perfuração do cólon ascendente de cerca de 1 cm com saída de fezes e fibrina na região. Realizada colectomia direita e enterectomia do íleo terminal com ileostomia em caráter de urgência. Drenagem com dreno de Blake 24 em região de descolamento e fechamento da cavidade com sutura por planos.

Ao término do procedimento paciente passou a apresentar melhores condições ventilatórias e melhora da instabilidade hemodinâmica. Pós operatório sem intercorrências com retirada do dreno em PO10.

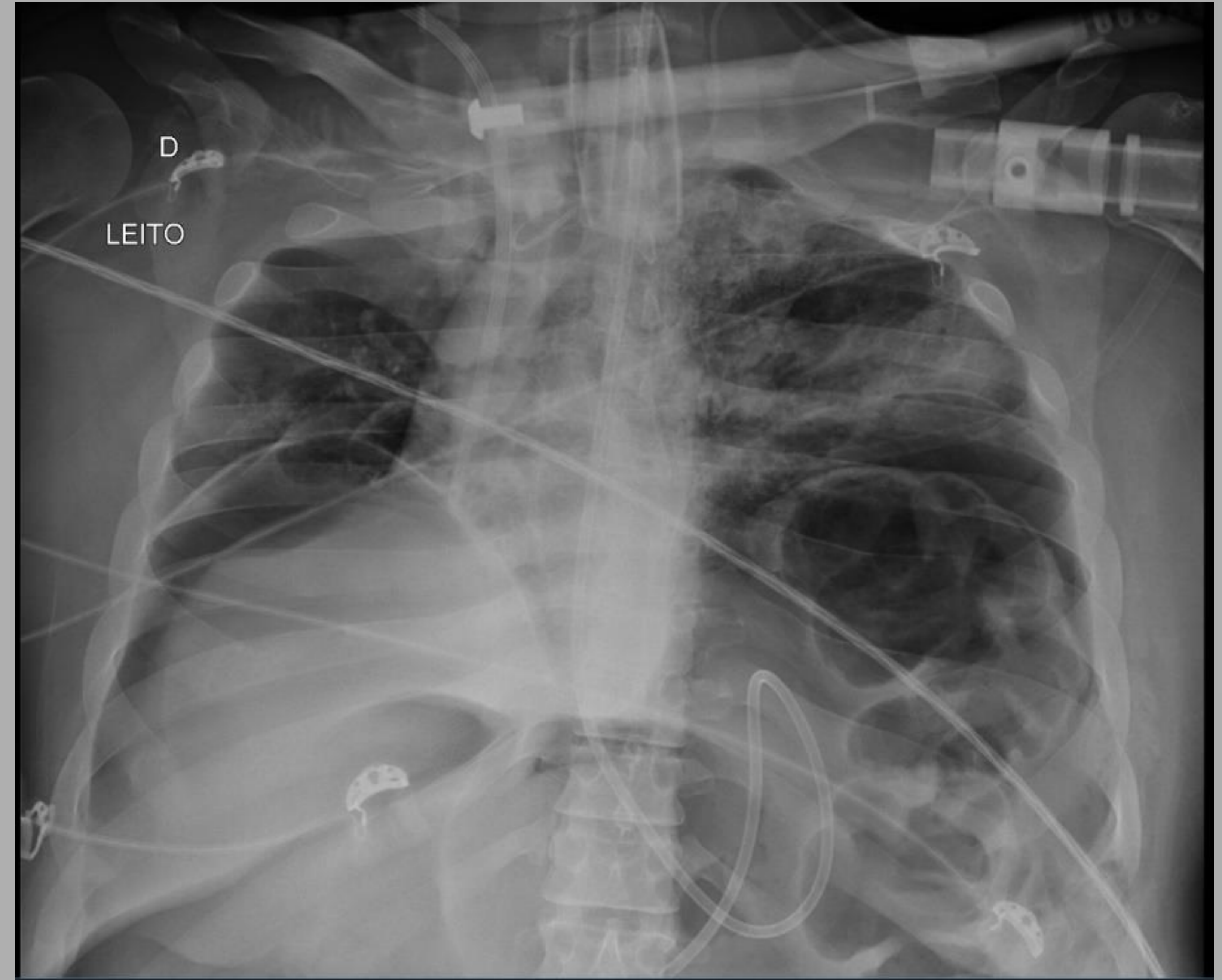


Figura 1.1 – Raio X com presença de ar em espaço subdiafrágico, sugestivo de pneumoperitônio.

## Comentários Finais

Uma característica interessante dos acometimentos intestinais pelo SARS-CoV-2 é sua ampla diversidade. O sintoma mais comumente relatado foi a diarreia, podendo preceder a doença<sup>(1)</sup>, ser sintoma único, em conjunto ao quadro pulmonar no momento do diagnóstico ou mesmo após da resolução da pneumopatia com estudos de PCR-RT negativos<sup>(2,5)</sup>. Outros sintomas incluem perda de apetite, dor abdominal<sup>(1)</sup>, náuseas e vômitos, sendo os dois últimos associados a pior prognóstico e maior necessidade de ventilação mecânica<sup>(5)</sup>. Em contrapartida, alguns trabalhos<sup>(3)</sup> citam hipomotilidade como uma complicação frequente, característica marcante no caso relato.

H. Kaafarani et al publicaram recentemente a análise de uma Série de Casos de complicações gastrointestinais em pacientes críticos, avaliando 141 pacientes, sendo 65% homens, com idade média de 57 anos (47-70). Desses, 91% (128) necessitaram de ventilação mecânica e 74% (104) apresentaram alguma sintomatologia gastrointestinal. Metade dos pacientes desenvolveu complicações relacionadas à hipomotilidade e 46% também tiveram a dieta enteral suspensa por pelo menos 24 horas devido a altos resíduos gástricos<sup>(3)</sup>.

Nessa mesma amostragem, apenas dois pacientes foram diagnosticados com íleo paralítico, clinicamente idêntico à Síndrome de Ogilvie nos dias 6 e 14 de hospitalização de maneira muito correlata ao caso supracitado, que já se apresentava com paresia intestinal desde sua admissão no serviço e manteve o quadro de paresia intestinal e obstipação mesmo após medidas laxativas. Por fim, estes pacientes<sup>(3)</sup> evoluíram com necroses colônicas e foram submetidos a colectomia total com ileostomia final.

Quatro dos pacientes com íleo paralítico apresentaram achados clínicos e radiológicos relacionados à isquemia intestinal necessitando de abordagem cirúrgica. Verificou-se em dois pacientes necrose intestinal difusa, apesar da normalidade das artérias mesentéricas à tomografia computadorizada e aumento expressivo do Dímero-D, que para H. Kaafarani et al era sugestivo de trombose de microvasos<sup>(3)</sup>, achado mais significativo na análise do anatomopatológico do caso em relato.

Embora as complicações gastrointestinais citadas possam ser atribuídas a eventos adversos farmacológicos dos diferentes antibióticos e antivirais em uso empírico atualmente, assim como distúrbios metabólicos ou hidroeletrólíticos encontrados ocasionalmente em pacientes internados em serviços de terapia intensiva, os casos comentados ao longo deste artigo reforçam a importância e necessidade de novos estudos que avaliem o real impacto da infecção viral no TGI.

## Bibliografia

1. Mönkemüller K, Fry LC, Rickes S. COVID-19, coronavirus, SARS-CoV-2 and the small bowel. Rev Esp Enfermedades Dig. 2020;112(5):383–8.
2. Zhang H, Li HB, Lyu JR, Lei XM, Li W, Wu G, et al. Specific ACE2 expression in small intestinal enterocytes may cause gastrointestinal symptoms and injury after 2019-nCoV infection. Int J Infect Dis. 2020;96:19–24
3. Kaafarani HMA, Mohamad ;, Moheb E, Hwabejire JO, Naar L, Christensen MA, et al. Gastrointestinal Complications in Critically Ill Patients with COVID-19 [Internet]. Annals of Surgery. 2020
4. Zang R, Gomez Castro MF, McCune BT, Zeng Q, Rothlauf PW, Sonnek NM, et al. TMPRSS2 and TMPRSS4 promote SARS-CoV-2 infection of human small intestinal enterocytes. Sci Immunol. 2020;5(47):1–14.
5. Jin X, Lian JS, Hu JH, Gao J, Zheng L, Zhang YM, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. Gut. 2020;1002–9