

CHOQUE HEMORRÁGICO REFRATÁRIO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE SLEEVE GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Autores: Túlio Slongo Bressan¹ ; Guilherme Filipe Kempf¹ ; Milena Prigol Dalfovo¹; Milena Prigol Dalfovo¹; Alessandra Bossardi¹ ; Mariana Forsthofer¹ ; Flavia Rauber Felkl² ; Alesandra Bassani³ ; Isaías Ferreira Dal Molin⁴

¹Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul. ² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Passo Fundo. ³Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. ⁴Cirurgião do Aparelho Digestivo no Hospital Geral de Caxias do Sul.

INTRODUÇÃO

Sangramento no pós-operatório é uma das complicações da cirurgia bariátrica. Sua incidência relatada é de 2%, sendo geralmente autolimitado. Relata-se o caso de paciente que evoluiu para choque hemorrágico refratário após cirurgia de sleeve gástrico.

Após, estabilização da pressão arterial, mas permanência de taquicardia, efetuou-se transfusão de mais duas unidades de CHAD e uma unidade de plasma. Após estabilização dos sinais vitais e foi transferida para leito de enfermaria. Recebeu alta hospitalar no 4º dia do PO.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 41 anos, branca, IMC 36 e portadora de hipertensão arterial sistêmica. Submetida a gastrectomia vertical (Sleeve) videolaparoscópica, com administração de 60mg de enoxaparina subcutânea ao fim da cirurgia. No primeiro dia do pós-operatório (PO) iniciou com queixa de dor abdominal difusa de forte intensidade refratária à analgesia. Ao exame físico, mucosas hipocoradas, hipotensão, taquicardia e peritonismo. Classificada como choque hemorrágico classe III. Exames propedêuticos sugestivos de hemorragia intra-abdominal. Na investigação, hemograma apresentava Hb de 11, sendo Hb pré-operatória de 15, leucocitose com desvio à esquerda e plaquetas dentro dos valores de referência. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdômen total, evidenciada moderada quantidade de líquido livre. Procedeu-se com novo hemograma com Hb de 8,7, seguido de ressuscitação volêmica com 2 litros de Ringer Lactato. Devido a instabilidade hemodinâmica, foi transferida para unidade de terapia intensiva, com choque refratário à infusão de líquidos, necessidade de transfusão de 2 unidades de concentrado de hemácias (CHAD).

DISCUSSÃO

O sangramento costuma se apresentar nas primeiras 48 horas de pós-operatório. Análise do hemograma e TC associadas ao exame físico são fundamentais para o diagnóstico. As localizações potenciais para sangramento são a linha de grampos do estômago proximal. O tratamento conservador na maioria dos casos estabiliza o paciente, sendo a exploração cirúrgica rara e normalmente falha em identificar o foco do sangramento. Portanto, enfatiza-se a importância de observar a tendência dos sinais vitais e parâmetros laboratoriais sempre em comparação com os valores pós operatórios, não apenas os valores absolutos. Essa avaliação dinâmica é relevante para que seja tomada uma decisão terapêutica satisfatória.

REFERÊNCIAS

- Flum DR, Belle SH, King WC, Wahed AS, Berk P, Chapman W, et al. Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2009;361(5):445-54.
- Stenberg E, Szabo E, Agren G, Näslund E, Boman L, Bylund A, Hedenbro J, Laurenius A, Lundegårdh G, Lönroth H, Möller P, Sundbom M, Ottosson J, Näslund I; Scandinavian Obesity Surgery Registry Study Group. Early complications after laparoscopic gastric bypass surgery: results from the Scandinavian Obesity Surgery Registry. *Ann Surg*. 2014;260(6):1040-7.
- Penna GLR. Pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em unidade intensiva versus unidade de internação. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2017, vol.29, n.3, pp.325-330.