

Úlcera gástrica isquêmica em portador de hérnia hiatal e volvo gástrico

Ischemic gastric ulcer in a patient with hiatal hernia and gastric volvulus

Ricardo Nasser Lopes¹, Cristina Yu Wei Pai¹, Gustavo Amadei¹, Leandro Gouveia dos Santos², Ruy França Almeida³, Celso de Castro Pochini⁴, Danilo Gagliardi⁵

Resumo

Volvo gástrico (VG) é uma doença rara que acomete predominantemente pacientes adultos acima dos 50 anos. Os autores relatam o caso de um homem de 80 anos com história de disfagia progressiva há dez meses, associada à inapetência, náuseas, vômitos e emagrecimento importante, evoluindo com abdome agudo perfurativo. Exames de imagem evidenciaram hérnia de hiato esofágico, VG e pneumoperitônio. O procedimento de urgência confirmou a presença de perfuração gástrica de natureza isquêmica, sendo realizada o tratamento cirúrgico, além da correção do volvo e da doença do refluxo gastroesofageano. Os achados foram compatíveis com os descritos na literatura e com o diagnóstico anátomo-patológico.

Descritores: Pneumoperitônio, Hérnia hiatal, Volvo gástrico, Abdome agudo, Úlcera gástrica

Abstract

Gastric volvulus is a rare pathology that generally occurs in patients above 50 years old. The authors describe the case of a 80-years-old man, with a 10-month history of progressive dysphagia, in association with nausea, vomiting and important weight loss, that evolved with perforative acute

abdomen. Radioimaging exams revealed hiatal hernia, gastric volvulus and pneumoperitoneum, requiring an urgent surgery that confirmed the presence of ischemic perforation. The findings were compatible with the literature and with the anatomopathological diagnosis.

Key words: Pneumoperitoneum; Hernia, hiatal; Stomach volvulus; Abdomen, acute; Stomach ulcer

Introdução

Volvo gástrico é uma rotação anormal do estomago, maior que 180°^(1,2), resultando em obstrução luminal⁽¹⁾. A rotação do órgão pode comprometer a sua vascularização, quer seja venosa, arterial ou ambas. Classifica-se segundo seu eixo de rotação em organoaxial, mesenteroaxial e misto^(1,2). A forma mais comum é a organoaxial, que comumente está associada a hérnias paraesofágicas ou eventração diafragmática. Também pode ser classificado em primário ou secundário. A forma primária ou subdiafragmática ocorre por ausência ou enfraquecimento dos ligamentos gástricos, adesões ou tumores. A forma secundária ou supradiafragmática é mais comum e se relaciona a defeitos diafragmáticos^(1,3), predispondo ao estrangulamento e à necrose do órgão⁽²⁾. A incidência e prevalência do VG são difíceis de serem estimadas pela presença de muitos casos intermitentes e crônicos⁽¹⁾, mas a doença é considerada rara⁽²⁾. Nos adultos, ocorre principalmente após a 5ª década de vida, sem predileção por sexo ou raça^(1,2).

O VG pode se apresentar de maneira aguda ou crônica. O VG crônico é de difícil diagnóstico por apresentar sintomas inespecíficos^(1,4) e deve ser conduzido de forma eletiva⁽²⁾. O VG agudo é uma emergência tóraco-abdominal, portanto deve ser diagnosticada e tratada rapidamente, pois pode apresentar complicações tais como sangramento, isquemia ou perfuração^(4,5). Seu quadro clínico clássico consiste na tríade de Borchart: dor em andar superior do abdome, náuseas com dificuldade em vomitar e impossibilidade na passagem de sonda nasogástrica^(1,2,3,5). O tratamento é cirúrgico e consiste na descompressão, redução e profilaxia para recorrência de novos episódios^(1,5). Atualmente a vide-

1. Acadêmico do 5º ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2. Médico Residente do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

3. Médico 2º Assistente do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

4. Médico 2º Assistente do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

5. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. Grupo de Afecções do Esôfago

Endereço para correspondência: Ricardo Nasser Lopes. Rua General Jardim, 630 – apto.13 – Vila Buarque - 01221-010 – São Paulo – SP – Brasil - E-mail: ricar_nl@yahoo.com.br

olaparoscopia já vem sendo considerada como opção terapêutica em casos selecionados^(2,5).

Descrição do Caso

Paciente previamente hígido, 80 anos, sexo masculino, branco, aposentado, procurou atendimento médico com queixa de disfagia progressiva há dez meses, associado a inapetência, náuseas e vômitos de conteúdo salivar, com perda ponderal de 18 Kg. Ao exame físico, o paciente apresentava-se emagrecido e com abdome levemente escavado, sem outras alterações.

Na investigação, foram realizadas endoscopia digestiva alta (EDA) e radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (EED) (Figura 1), nas quais foram visualizadas respectivamente esofagite erosiva distal e hérnia hiatal volumosa.



Figura 1 - Hérnia de hiato e volvo gástrico visualizados no EED

Durante a internação, após realizar os exames acima descritos, o paciente apresentou quadro de abdome agudo perfurativo, evidenciado por volumoso pneumoperitônio à radiografia (Figura 2).

Na laparotomia exploradora de urgência, foram identificados hérnia de hiato com aproximadamente 50% do estômago herniado e volvo organoaxial, determinando isquemia e perfuração de 3cm de extensão na pequena curvatura, próxima da transição esofagogástrica. Foi realizada redução do estômago para a cavidade abdominal, desbridamento da perfuração gástrica, sutura em dois planos, crurorrafia, válvula



Figura 2 - Radiografia de tórax com volumoso pneumoperitônio

antirrefluxo tipo Nissen e fixação do estômago na raiz do mesocólon transversos.

No pós-operatório, o paciente evoluiu com melhora do quadro e recebeu alta hospitalar. O laudo anatomo-patológico do desbridamento da perfuração gástrica foi compatível com úlcera isquêmica.

Discussão

Neste relato, o doente apresentou quadro clínico compatível com o diagnóstico de volvo gástrico organoaxial e supradiaphragmático, secundário à hérnia de hiato, cujas incidências são de mais de 60% e 66% dos casos, respectivamente^(1,3). Durante a internação evoluiu com nova complicação importante, a perfuração gástrica, em decorrência da associação de herniação com estrangulamento e necrose pela rotação do órgão. Devido às possíveis complicações, a taxa de mortalidade no VG agudo pode atingir valores de até 56⁽⁴⁾-80%⁽¹⁾, sendo que na forma crônica é menor que 15%⁽¹⁾. A conduta cirúrgica adotada foi a redução do estômago herniado que apresentava boa vitalidade, exceção feita a perfuração isquêmica na pequena curvatura, que foi desbridada e suturada. Complementou-se o ato operatório com crurorrafia e valvuloplastia tipo Nissen para o tratamento definitivo da doença do refluxo gastroesofageano.

Comentários Finais

Paciente com hérnia hiatal prévia apresentou início súbito de quadro clínico compatível com abdome agudo perfurativo por VG, confirmado por exames de imagem, sendo submetido à cirurgia de urgência. Apesar das elevadas taxas de mortalidade e de se tratar de um paciente idoso, a ausência de comorbidades e a abordagem terapêutica adequada e a tempo, contribuíram para a evolução favorável do caso.

Referências Bibliográficas

1. McElreath DP, Olden KW, Aduli F. Hiccups: A subtle sign in the clinical diagnosis of gastric volvulus and a review of the literature. Dig Dis Sci. 2008; 53:3033-6.
2. Carvalho GL, Silva FW, Haruta M, Albuquerque PPC, Araújo DG, Vilaça TG. Redução e reparo laparoscópico de emergência de um vôlvo gástrico intratorácico após funduplicatura de Nissen. Rev Bras Videocir. 2006; 4:170-5.
3. Shah NN, Mohsin M, Khursheed SQ, Farooq SS, Buchh AA, Quraishi AQ. Eventration of diaphragm with gastric volvulus: a case report. Cases J. 2008; 1:404.
4. Martins ACA, Santos Júnior MA, Fonte AC. Eventration of diaphragm with gastric volvulus: a case report. Rev Col Bras Cir. 2002; 29:187-9.
5. Shafii AE, Agle SC, Zervos EE. Perforated gastric corpus in a strangulated paraesophageal hernia: a case report. J Med Case Rep. 2009, 3:6507.

Trabalho recebido: 18/08/2010

Trabalho aprovado: 26/11/2010