

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL PELA SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RELATO DE CASO

### INTESTINAL OBSTRUCTION BY THE TOP MESENTERIC ARTERY SYNDROME: CASE REPORT

### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR EL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RELATO DE CASO

Nazir Elias Chalela Ayub\*, Gabriela Leopoldino da Silva\*\*, Germano Giroldo Tazinaffo\*\*\*, Thiago Sivieri\*\*\*\*, Shinhiti Morita\*\*\*\*, Gilberto Borges de Brito\*\*\*\*

#### Resumo

**Introdução:** A síndrome da artéria mesentérica superior é uma rara causa de obstrução do intestino delgado. **Objetivo:** Relatar um caso destacando as características principais dessa síndrome. **Material e Método:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos de diagnóstico aos quais o paciente foi submetido durante a sua internação no Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto-SP, com autorização do responsável legal. **Conclusão:** A escolha do tipo de procedimento deve ser tomada a partir da análise de cada caso, o tratamento geralmente cirúrgico, porém, é fundamental uma boa caracterização prévia dos sinais e sintomas.

**Palavras-chave:** Obstrução intestinal. Duodeno. Artéria mesentérica superior.

#### Abstract

**Introduction:** Upper mesenteric artery syndrome is a rare cause of small bowel obstruction. **Objective:** To report a case highlighting the main characteristics of this syndrome. **Material and method:** The information was obtained by means of a review of the patient record, an interview with the patient, a photographic record of the diagnostic methods, in which the patient was submitted during his stay in the Base Hospital (HB) of São José do Rio Preto-SP, with the authorization of the legal guardian. **Conclusion:** The choice of the type of procedure should be taken from the analysis of each case, usually the surgical treatment, however, a good prior characterization of the signs and symptoms is essential.

**Keywords:** Intestinal obstruction. Duodenum. Upper mesenteric artery.

#### Resumen

**Introducción:** El síndrome de la arteria mesentérica superior es una rara causa de obstrucción del intestino delgado. **Objetivo:** Relatar un caso destacando las características principales de ese síndrome. **Material y Método:** Las informaciones fueron obtenidas por medio de revisión del prontuario, entrevista con el paciente, registro fotográfico de los métodos de diagnóstico, a los que el paciente fue sometido durante su internación en el Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto-SP, con autorización del responsable legal. **Conclusión:** La elección del tipo de procedimiento debe ser tomada a partir del análisis de cada caso, el tratamiento generalmente quirúrgico, sin embargo, es fundamental una buena caracterización previa de los signos y síntomas.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Duodeno. Arteria mesentérica superior.

\*Cirurgião do aparelho digestivo. Fellow do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP. Contato: nazirchalela@gmail.com

\*\*Médica graduada pelo Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP.

\*\*\*Médico residente do 2º ano de Cirurgia Geral no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP.

\*\*\*\*Professores Doutores, Chefes da Enfermaria de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP.

## INTRODUÇÃO

A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), ou Síndrome de Wilkie, é uma rara causa de obstrução do intestino delgado, sendo, frequentemente, um diagnóstico de exclusão<sup>1</sup>. Descrita por Von Rokitansky em 1861 e, posteriormente, por Wilkie<sup>2</sup>, no início do século XX. Caracterizada pela obstrução parcial ou completa da terceira porção do duodeno pela artéria mesentérica superior (AMS) e pela aorta. A redução do ângulo entre a AMS e a aorta, e a diminuição da distância entre essas estruturas causam a compressão do duodeno em sua terceira porção.

## OBJETIVO

Relatar um caso destacando as características principais da síndrome da artéria mesentérica.

## MATERIAL E MÉTODO

Relato de caso, retrospectivo, baseado na análise de prontuário médico, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos de diagnóstico, aos quais o paciente foi submetido durante a sua internação no Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto-SP, com autorização do responsável legal.

## RELATO DE CASO

B.C.C., sexo feminino, 13 anos, com antecedente de paralisia cerebral da infância. Paciente admitida na emergência do HB de SJRP, com quadro de dor e distensão abdominal, associado a vômitos, há um dia. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, afebril (36°C), normotensa, eutrófica, eupneica, frequência cardíaca de 82 batimentos por minuto e saturação de 96% pressão arterial 120 x 80 mmHg. Ausculta cardiopulmonar não apresentava alterações. Abdome apresentava sinais de obstrução intestinal alto, com presença de distensão abdominal no andar superior, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, doloroso a palpação difusa sem dor à descompressão, sem outras alterações. Exames laboratoriais da admissão não demonstravam alterações significativas.

Iniciadas medidas clínicas para tratamento de obstrução intestinal e solicitado radiografia de abdome agudo obstrutivo, no qual pode-se observar uma importante distensão do trato gastrointestinal superior, em

especial (Figura 1).

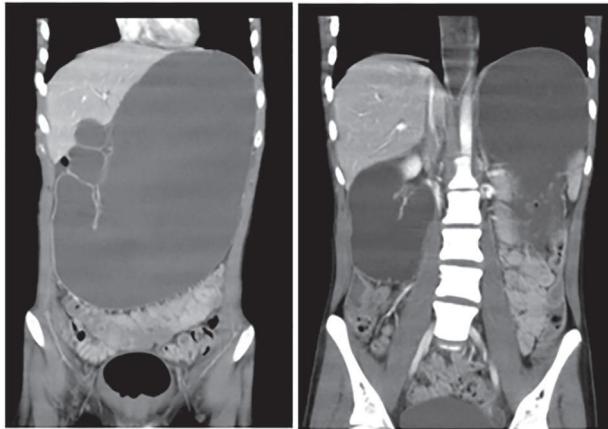
Logo após, para melhor elucidação do caso, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome (Figuras 2 e 3), que indicava acentuada distensão esofágica, gástrica e da primeira porção duodenal, com formação de nível hidroaéreo e afilamento súbito ao nível da segunda/terceira porção do duodeno, associado à redução do ângulo aortomesentérico (15°), sugerindo hipótese diagnóstica de SAMS. Tal hipótese foi confirmada com a endoscopia digestiva alta, que visualizou esofagite erosiva, estase gástrica importante e dilatação duodenal até a sua 3ª porção.

A paciente foi submetida à passagem de sonda nasogástrica com drenagem de mais de 5L de conteúdo de estase gástrica. Dois dias após a admissão, mantinha o mesmo quadro clínico, apesar das medidas empregadas, optando-se, assim, por intervenção cirúrgica. Realizada gastroenteroanastomose (a 30 cm do ângulo de Treitz). Nos primeiros dois dias de pós-operatório, evoluiu bem, com melhora total do quadro clínico inicial. No terceiro dia de pós-operatório, iniciou quadro de desconforto respiratório, evoluindo com diminuição do nível de consciência e instabilidade hemodinâmica, tendo sido transferida à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Necessitou de intubação orotraqueal, antibioticoterapia de amplo espectro e uso de drogas vasoativas. Permaneceu uma semana em UTI, com melhora do quadro clínico, sendo transferida a leito de enfermaria, onde permaneceu assintomática e estável, recebendo alta hospitalar dois dias após.

**Figura 1** - Radiografia de abdome na posição ortostática, sendo observada grande distensão gástrica



**Figuras 2 e 3** - Tomografia de abdome, em cortes coronais, mostrando distensão gástrica e duodenal, logo após origem da artéria mesentérica superior



## DISCUSSÃO

Vários fatores de risco para a SAMS podem ser inclusos: perda de peso significativa (por redução da gordura mesentérica), paraplegia, repouso no leito prolongado, cirurgia corretiva de coluna vertebral, anormalidades anatômicas, congênicas ou adquiridas<sup>3,4</sup>. As manifestações clínicas podem aparecer de forma aguda ou mais insidiosamente<sup>5</sup>. Podem ocorrer dor epigástrica pós-prandial, saciedade precoce, náuseas, vômitos e perda de peso, que podem se apresentar com diferentes níveis de gravidade, a depender do grau de obstrução. Os achados de exame físico, no processo agudo, enquadram-se na clínica de abdome agudo obstrutivo.

Em exames laboratoriais, pode haver alterações hidroeletrólíticas significativas, tais como hipocalemia, hipovolemia e alcalose metabólica. Frente a um quadro clínico que caracterize a SAMS, embora a radiografia simples de abdome forneça poucos detalhes, ela pode revelar distensão gástrica e de duodeno proximal. O estudo contrastado do estômago e esôfago também auxilia no diagnóstico, mostrando a parada do contraste ao nível da terceira porção do duodeno.

A tomografia computadorizada (TC) e a angiorressonância de abdome têm substituído a arteriografia, sendo esta última superior diante da dificuldade diagnóstica. O diagnóstico é confirmado pela diminuição do ângulo entre a AMS e a aorta abdominal, geralmente, inferior a 20° (valor normal: 38° a 65°). E, mais especificamente, pela redução da distância entre esses dois vasos, sendo ela menor que seis milímetros (valor normal: oito a 12 milímetros)<sup>6,7</sup>. Com variações desses valores a depender da literatura.

Inicialmente, o tratamento de escolha é o conservador, com medidas de decompressão gastrointestinal, como a passagem de sonda nasogástrica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e suporte nutricional a longo prazo (dieta oral fracionada, enteral ou até mesmo parenteral)<sup>6-8</sup>. Porém, mais da metade dos casos falham com o tratamento conservador e necessitam de intervenção cirúrgica.

Dentre as técnicas cirúrgicas, o procedimento de Strong secciona o ligamento de Treitz, mobilizando o duodeno, no entanto, mostrando altos índices de falha. A gastrojejunostomia e a duodenojejunostomia são as duas outras técnicas, sendo a última a mais empregada. O acesso laparoscópico oferece uma opção cirúrgica menos invasiva<sup>7,8</sup>.

Não há estudo suficiente que demonstre qual seja a melhor técnica cirúrgica. A escolha do tipo de procedimento deve ser tomada a partir da análise de cada caso<sup>9</sup>.

## CONCLUSÃO

A SAMS, doença de baixa prevalência, caracterizada por quadro clínico obstrutivo intestinal alto, é confirmada por exames de imagem, como a TC de abdome. O caso relatado demonstrou a necessidade, assim como na maioria dos casos, da intervenção cirúrgica apesar do tratamento clínico.

Obteve-se com o caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas da SAMS. Isso é importante para identificar grupos de pacientes com fatores de risco para essa doença de difícil diagnóstico nas fases iniciais, além de aumentar o diagnóstico diferencial.

**REFERÊNCIAS**

1. Valdes A, Cárdenas O, Espinosa A, Villazón O, Valdes V. Superior mesenteric artery syndrome. *J Am Coll Surg.* 2005;201(5):808.
2. Barros DH, Arguello MEF, Hoyo MB. Síndrome da artéria mesentérica superior: relato de um caso. *Pediatria São Paulo.* 2003;25(3):134-7.
3. Jiménez-Castro L, AguirreHD, Posada-López AF. Síndrome de artériamesentérica superior secundário a quemadura severa. *Rev CES Med.* [Internet]. 2014 [citado em 05 ago. 2017]; 28(1):139-46. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a12.pdf>
4. Kennedy KV, Yela R, Achalandabaso MM, Martín-Pérez E. Superior mesenteric artery syndrome: diagnostic and therapeutic considerations. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2013 [citado em 06 ago. 2017]; 105(4):236-8.
5. Barquín-Yagüez J, Abadía-Barno P, García-Pérez JC. Superior mesenteric artery syndrome: an un common cause of intestinal obstruction. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2017 [citado em 06 ago. 2017]; 109(1):60.
6. Ozkurt H, Cenker MM, Bas N, Erturk SM, Basak M. Measurement of the distance and angle between the aorta and superior mesenteric artery: normal values in different BMI categories. *Surg Radiol Anat.* 2007; 29(7):595-9.
7. Silva E, Ribeiro C, Guerreiro S, Domíngues A. Síndrome de Wilkie: a propósito de um caso clínico. *Rev Port Cir.* [Internet]. 2016 Jun [citado em 06 ago. 2017]; (37):25-8. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-69182016000300005&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182016000300005&lng=pt)
8. Bermas H, Fenoglio ME. Laparoscopic management of superior mesenteric artery syndrome. *JLS.* 2003; 7(2):151-3.
9. Chan DK, Mak KS, Cheah YR. Successful nutritional therapy for superior mesenteric artery syndrome. *Singapore Med J.* 2012;53(11): e233-6.