

BELMIRO GONÇALVES PEREIRA¹

RENATA PISSUTO PINHEIRO²

ELINTON ADAMI CHAIN³

JOÃO LUIZ CARVALHO PINTO E SILVA⁴

Abdômen agudo em gestante tratada de obesidade por cirurgia bariátrica: relato de caso

Acute abdomen in pregnant woman treated for bariatric surgery for obesity: case report

Relato de caso

Palavras-chave

Complicações na gravidez/diagnóstico
Cirurgia bariátrica/efeitos adversos
Obesidade mórbida/cirurgia
Obstrução intestinal/etiologia
Abdome agudo/etiologia

Keywords

Pregnancy complications/diagnosis
Bariatric surgery/adverse effects
Obesity, morbid/surgery
Intestinal obstruction/etiology
Acute abdomen/etiology

Resumo

A cirurgia bariátrica vem sendo considerada, na atualidade, uma alternativa ao tratamento de obesidade mórbida refratária a tratamentos clínicos convencionais. As cirurgias mais usadas, radicais e invasivas, apresentam resultados melhores e mais rápidos, porém estão mais sujeitas a complicações clínicas e cirúrgicas, como obstruções e suboclusões intestinais. Gestações em mulheres que se submetem a este tipo de cirurgia são cada vez mais frequentes e as complicações relacionadas cada vez mais descritas. Apresentamos o caso clínico de mulher grávida previamente submetida à cirurgia bariátrica que desenvolveu quadro de suboclusão com intussuscepção intestinal. Essa complicação extremamente grave requer muita atenção para seu diagnóstico, utilizando-se exames de imagem e laboratório não empregados usualmente durante a gravidez. A gestação confunde e dificulta sua interpretação, além de o único tratamento de bom resultado ser invasivo, a laparotomia exploradora, ser indesejável no período. A morbidade e mortalidade materna, fetal e perinatal costumam ser elevadas. No caso descrito, o parto ocorreu de forma espontânea nas primeiras horas de internação, antes de o procedimento cirúrgico ser executado. A evolução foi boa e paciente e recém-nascido, embora prematuro, evoluíram bem e tiveram alta em boas condições.

Abstract

Bariatric surgery is currently considered as an alternative for the treatment of morbid obesity refractory to conventional clinical treatments. The surgeries more frequently used, which are radical and invasive, yield better and faster results, but are subject to clinical and surgical complications such as intestinal obstructions and subocclusions. Pregnancies in women submitted to this type of surgery are increasingly frequent, and the related complications have been increasingly reported. We present the case of a pregnant woman previously submitted to bariatric surgery who developed subocclusion with intestinal intussusception. This extremely serious complication requires attention for its diagnosis, i.e., imaging and laboratory exams that are not usually employed during pregnancy. Gestation confuses and impairs their interpretation. In addition to the fact that the only treatment that reaches a good result is invasive, exploratory laparotomy is undesirable during this period. Maternal, fetal and perinatal mortality is usually high. In the present case, delivery occurred spontaneously during the first hours of hospitalization before the surgical procedure. Evolution was good and both mother and newborn, although premature, had good course and were discharged in good conditions.

Correspondência:

Belmiro Gonçalves Pereira
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas
Rua Alexander Fleming, 101
CEP 13083-881 – Campinas (SP), Brasil
E-mail: belmirop@hotmail.com

Recebido

22/4/10

Aceito com modificações

29/10/10

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Professor Assistente Doutor da Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Aluna de Iniciação Científica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

³ Professor Associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

⁴ Professor Titular da Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Introdução

A obesidade é uma desordem nutricional crônica cuja frequência tem aumentado em todo mundo, a ponto de ser considerada uma epidemia em muitos países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento¹. O conjunto de procedimentos indicados para sua prevenção e tratamento segue em discussão. Uma das alternativas incluídas entre recursos usados classicamente para seu controle e tratamento (dietas, fármacos, exercícios, terapias alternativas) é a cirurgia bariátrica. A cirurgia bariátrica está indicada para o indivíduo que apresenta IMC superior a 40 kg/m² (classe III), também chamada obesidade severa ou mórbida, ou obesidade a partir de 35 kg/m² quando associada a comorbidades e/ou que não obteve sucesso com outro recurso terapêutico convencional^{1,2}.

A maioria das cirurgias bariátricas, atualmente, é realizada em mulheres em idade fértil. Nos Estados Unidos, das 100 mil cirurgias bariátricas registradas até 2004, mais da metade foi nesse grupo populacional³. No Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), até 2006 haviam sido realizadas 500 cirurgias: 85% dos pacientes eram mulheres e, destas, 92% tinham entre 20 e 40 anos de idade⁴. As cirurgias que levam a diminuição do peso corporal exercem influência benéfica sobre amplo espectro de morbidade típico dos obesos, em especial sobre a fertilidade, por normalizar os hormônios esteroides sexuais na síndrome do ovário policístico associada e por regularizar os ciclos menstruais⁵.

Com a melhora de transtornos endócrinos e aumento da atividade sexual após a realização da barocirurgia, pacientes e médicos podem ser surpreendidos pelo aumento na capacidade de engravidar durante o período de maior e mais rápida perda ponderal. A gravidez, o parto e o puerpério, nessas condições, ganham aspectos especiais, cujos problemas, vantagens e desvantagens, ainda são pouco conhecidos⁵.

Embora ainda não haja conclusões a respeito, os anticoncepcionais orais, teoricamente, não deveriam ser indicados para as mulheres submetidas a procedimentos disabsortivos ou mistos como o RYGB (Roux-en-Y gastric bypass), técnica mais empregada atualmente⁵.

Estudos comparando os resultados de dois grupos de mulheres que engravidaram durante o primeiro ano de cirurgia e outro no qual o intervalo foi maior encontraram resultados semelhantes no que se refere ao peso fetal, maturidade e complicações maternas⁶. Vale ressaltar que todas as pacientes estavam sob rigorosa monitoração e suplementação nutricional, cuidado que se considera fundamental para a mulher que desejar engravidar logo após ser operada⁶. Outro argumento para se adiar a gravidez imediata é que pode atrapalhar o objetivo da cirurgia, que é perder peso. Ainda no estudo citado, foi demonstrado que as gestações não afetaram a perda

ponderal das pacientes de modo negativo ou discrepante, e o índice de massa corporal (IMC) final foi similar em ambos os grupos⁶.

Além dos benefícios à saúde física e psíquica e da melhora de algumas comorbidades, há incremento à fertilidade. As evidências sugerem que o risco para complicações maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia são menores após a perda ponderal alcançada com cirurgia em comparação com os riscos apresentados por mulheres obesas^{5,7}, embora a prevalência para diabetes gestacional seja maior quando comparada a coortes da população em geral⁸.

Em relação a riscos gestacionais, não se identificaram aumento do risco para abortos espontâneos, restrição do crescimento intrauterino e anormalidades congênitas⁹, assim como para complicações neonatais como prematuridade e baixo peso ao nascer.

Outras complicações menos frequentes, porém não menos importantes, são as obstruções intestinais que podem ocorrer em razão da formação de hérnias, volvos ou à intussuscepção, causas raras de obstrução intestinal em adultos, mas que tiveram sua frequência elevada pelo aumento do número de cirurgias desse tipo realizadas atualmente.

Foram essas complicações cirúrgicas, muito graves e mais alarmantes quando ocorrem durante a gravidez, que motivaram a necessidade de descrição deste caso clínico. Em geral, tais complicações aparecem descritas em relatos de casos, devido à raridade do evento. O diagnóstico necessita de exames de imagem e laboratoriais necessários para a condução de casos de abdômen agudo obstrutivo. Tais complicações são mais frequentes em mulheres, gestantes ou não, submetidas à cirurgia com derivação bileo-pancreática por Y de Roux. A laparotomia é mandatória para seu tratamento e deve ser realizada em curto intervalo de tempo, mesmo durante a gestação¹⁰⁻¹⁴.

Relato do caso

Mulher de 36 anos, G2 P1 C1 A0 um filho vivo, com idade gestacional de 33 semanas e três dias, feto único, vivo, apresentava-se há cinco dias com dor abdominal severa, diminuição da evacuação e da eliminação de flatos. Com essas queixas, procurou o cirurgião responsável por sua primeira cirurgia em sua cidade de origem, que a submeteu a uma dilatação endoscópica de banda gástrica, sem conseguir melhora do quadro.

Referia histórico de cirurgia bariátrica há quatro anos, na qual foi empregada a técnica de Fobi-Capella ou Bypass gástrico em Y de Roux (RYGBP), e colecistectomia há cerca de três anos.

Foi encaminhada ao Pronto Socorro Geral do Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde foi examinada pelas equipes

de cirurgia e obstétrica de plantão, apresentando vômitos fecaloides. A hipótese diagnóstica formulada foi de suboclusão intestinal e gestação tópica de 34 semanas. Ao exame obstétrico, os batimentos cardíacos fetais eram de 140 bpm, apresentação cefálica, alta, móvel e dinâmica uterina ausente. A ultrassonografia revelou feto cefálico, peso fetal estimado de 2.060 g, boas condições e líquido amniótico normal. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose com desvio e aumento de bastonetes. Também havia aumento da lipase, TGP, TGO, FALC, GGT, TPAP e TTPA. Ao exame de urina I: proteinúria, corpos cetônicos, dismorfismo eritrocitário e regular número de cilindros hialinos.

Iniciaram-se cuidados gerais, hidratação e antibioticoterapia, e a paciente foi encaminhada ao Serviço de Obstetrícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Ao ingresso, apresentava-se em regular estado geral, abdome distendido, doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos muito diminuídos e sem massas palpáveis. A indicação de tratamento foi de laparotomia imediata e interrupção da gravidez. Foi encaminhada à UTI e, cerca de uma hora depois, iniciou-se o trabalho de parto espontaneamente, evoluindo para parto vaginal rapidamente e sem intercorrências. O recém-nascido era do sexo feminino, com peso de 2.065 g e estatura de 44 cm, considerado adequado para a idade gestacional, Apgar de 7 e 10 no primeiro e quinto minutos, respectivamente, e idade gestacional estimada pelo Capurro de 33 semanas e 6 dias.

No dia seguinte ao parto, a puérpera foi submetida à laparotomia exploratória por incisão mediana transumbilical, registrando-se pequena quantidade de líquidos seroso na cavidade, intestino delgado bastante distendido e cólon com aspecto habitual. Foi identificado o ponto de obstrução em íleo terminal a 40 cm da válvula íleo-cecal. Tratava-se de uma intussuscepção com área de estenose e perfuração bloqueada. Optou-se por ressecção do ponto de invaginação com sutura e posterior anastomose látero-lateral seguida de lavagem exaustiva da cavidade com soro fisiológico.

A paciente manteve-se estável no intraoperatório e evoluiu bem. Recebeu alta hospitalar com seu recém-nascido 16 dias após a cirurgia, com exames laboratoriais dentro da normalidade e tomografia de controle dentro dos padrões esperados para o pós-operatório.

A peça cirúrgica, produto da enterectomia, apresentava 28 cm de comprimento e, ao exame anatomopatológico, o segmento invaginado do delgado exibia ulceração da mucosa. Havia áreas de fibrose cicatricial na subserosa, trombos oclusivos em parte já endotelizados, focos de necrose transmural e extensa peritonite.

Discussão

Uma das complicações subsequentes à cirurgia para o tratamento da obesidade é a obstrução intestinal que,

apesar de rara, deve ter sua frequência elevada devido ao crescente número de cirurgias deste tipo realizadas atualmente. A indicação cirúrgica deve ser criteriosa e os pacientes a ela submetidos devem estar bem informados e motivados, conhecer e aceitar os seus riscos potenciais e apresentar um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento orientados por profissionais qualificados¹⁴.

Obstruções no intestino delgado após RYGB por laparoscopia ocorrem com uma frequência de 0,2 a 4,5%, sendo a maioria por ocorrência de hérnias internas¹¹. Outras entidades menos frequentes são as aderências, volvos e, entre estas, como o caso relatado, as intussuscepções. Intussuscepção é entidade extremamente rara em adultos, representando cerca de 1 a 5% de todas as obstruções do intestino delgado¹⁵. Quando ocorrem, geralmente têm etiologia definida, sendo a principal delas uma neoplasia. A causa da intussuscepção após o RYGB permanece obscura, e sua patogênese parece ser multifatorial. Autores sugerem que as suturas podem atuar como 'lead points' na formação do intussuscepto¹⁶. Alguns marcapassos ectópicos foram identificados na investigação da atividade mioelétrica em alças e foram considerados responsáveis por anormalidades no peristaltismo¹⁷. O aumento da pressão abdominal durante a gravidez e o deslocamento intestinal associado ao crescimento do útero gravídico também são fatores relacionados às obstruções intestinais¹⁵ e, coerente com essa afirmação, está a tendência ressaltada para a maioria dos relatos de obstruções intestinais durante a gestação em mulheres com histórico de cirurgia bariátrica no terceiro trimestre^{11,13,18}.

Essa associação tende a estar cada dia mais presente na rotina de cirurgiões, pronto-socorristas e obstetras. As obstruções intestinais como complicação da cirurgia bariátrica necessitam de diagnóstico rápido e preciso, seguido de pronta conduta resolutiva. Os sintomas de dor abdominal, náusea e vômitos podem ser erroneamente atribuídos à gravidez em curso, retardando o diagnóstico e agravando o prognóstico¹⁹. É recomendado, para apurar o diagnóstico, que se solicite um exame de imagem, de preferência tomografia computadorizada, o que ainda é fonte de hesitação e grande relutância por parte dos médicos em se tratando de uma gestante envolvida²⁰. Recentemente, foi relatado o primeiro caso de hérnia interna em seguida da cirurgia de RYGB em mulher grávida, que teve seu diagnóstico orientado por imagens de ressonância magnética nuclear, e os autores recomendam o recurso como opção a ser considerada em caso suspeita para evitar o uso de radiação ionizante, embora não a considerem suficiente para substituir a tomografia computadorizada em todos os casos²¹.

A literatura que discute a gravidez após cirurgia bariátrica, particularmente com complicação, é limitada

por pequeno número de casos relatados em descrições retrospectivas (caso-controle e coorte), descrição de casos isolados ou em série²¹⁻²³. A heterogeneidade dos grupos dificulta a comparação das técnicas e procedimentos recomendados em diferentes protocolos, dificultando a elaboração de protocolos com orientações consistentes na perspectiva de melhores resultados maternos e

perinatais. O aumento significativo destas cirurgias na atualidade, realizadas predominantemente em mulheres e na faixa etária reprodutiva, aponta para a identificação mais corriqueira de gravidezes após operação bariátrica, com variada gama de complicações como a relatada, que deverão estar sempre na atenção dos médicos obstetras e cirurgiões.

Referências

- Gastrointestinal surgery for severe obesity. NIH Consensus Statement. 1991;9(1):1-20.
- Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 Supl 3:68-72.
- National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Health, United States, 2006. Hyattsville: CDC; 2007.
- Assessoria de Imprensa do HC Unicamp [Internet]. Hospital de clínicas atinge a marca de 500 cirurgias bariátricas. 2006 [citado 2010 Fev 14]. Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/impressao/not060925-bariatrica.shtml/>>
- Maggard MA, Yermilov I, Li Z, Maglione M, Newberry S, Suttrop M, et al. Pregnancy and fertility following bariatric surgery: a systematic review. *JAMA.* 2008;300(19):2286-96.
- Dao T, Kuhn J, Ehmer D, Fisher T, McCarty T. Pregnancy outcomes after gastric-bypass surgery. *Am J Surg.* 2006;192(6):762-6.
- Abodeely A, Roye GD, Harrington DT, Cioffi WG. Pregnancy outcomes after bariatric surgery: maternal, fetal and infant implications. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(3):464-71.
- Karmon A, Sheiner E. Pregnancy after bariatric surgery: a comprehensive review. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(5):381-8.
- Wittgrove AC, Jester L, Wittgrove P, Clark GW. Pregnancy following gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg.* 1998;8(4):461-4.
- Boza C, Gamboa C, Awrouch D, Peres G, Escalona A, Ibañez L. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic adjustable gastric banding: five years of follow-up. *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6(5):470-5.
- Rosenkrantz AB, Kurian M, Kim D. MRI appearance of internal hernia following Roux-en-Y gastric bypass surgery in the pregnant patient. *Clin Radiol.* 2010;65(3):246-9.
- Iavazzo C, Ntziora F, Rousos I, Paschalopoulos D. Complications in pregnancy after bariatric surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;283(2):225-7.
- Patel S, Szomstein S, Rosenthal RJ. Reasons and outcomes of reoperative bariatric surgery for failed and complicated procedures (Excluding adjustable gastric banding). *Obes Surg.* Ahead of print 2010.
- Coutinho, W. Consenso latino-americano de obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999;43(1):21-67.
- Edwards MA, Grinbaum R, Ellsmere J, Jones DB, Schneider BE. Intussusception after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: case report and literature review of rare complication. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2(4):483-9.
- Duane TM, Wohlgemuth S, Ruffin K. Intussusception after Roux-en-Y gastric bypass. *Am Surg.* 2000;66(1):82-4.
- Karlstrom L, Kelly KA. Ectopic jejunal pacemakers and gastric emptying after Roux gastrectomy: effect of intestinal pacing. *Surgery.* 1989;106(5):867-71.
- Wang CB, Hsieh CC, Chen CH, Lin YH, Lee CY, Tseng CJ. Strangulation of upper jejunum in subsequent pregnancy following gastric bypass surgery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007;46(3):267-71.
- Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Female reproductive issues following bariatric surgery. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62(9):595-604.
- Patel JA, Patel NA, Thomas RL, Nelms JK, Colella JJ. Pregnancy outcomes after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(1):39-45.
- Rosenkrantz AB, Kurian M, Kim D. MRI appearance of internal hernia following Roux-en Y gastric bypass surgery in the pregnant patient. *Clin Radiol.* 2010;65(3):246-9.
- Guelinckx I, Devlieger R, Vansant G. Reproductive outcome after bariatric surgery: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2009;15(2):189-201.
- Lima JG, Nóbrega LHC, Mesquita JB, Nóbrega MLC, Medeiros AC, Maranhão TMO, et al. Gestação após gastroplastia para tratamento de obesidade mórbida: série de casos e revisão da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):107-11.