

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR EM PACIENTE IDOSA

SURGICAL TREATMENT OF MESENTERIC SUPERIOR ARTERY SYNDROME IN AN OLDER WOMAN

Eduardo Neubarth Trindade^{1,2}, Carine Leite³,
Manoel Roberto Maciel Trindade^{2,4}

RESUMO

A síndrome da artéria mesentérica superior (SAM), ou síndrome de Wilkie, é uma afecção rara que acomete geralmente indivíduos jovens do sexo feminino. Caracterizada pela obstrução parcial ou completa do duodeno devido à compressão pela artéria mesentérica superior anteriormente, e pela aorta, posteriormente. Apresentamos um caso não usual de SAM, em paciente idosa, diagnosticado através de história clínica e imagem tomográfica característica. Indicou-se manejo cirúrgico de derivação jejunal e anastomose com duodeno acima da obstrução, na ciência do risco do procedimento. A paciente apresentou excelente evolução e encontra-se assintomática. O diagnóstico precoce, através de uma anamnese adequada e uso dos critérios radiológicos já definidos em literatura, podem afetar positivamente o desfecho dos pacientes portadores em qualquer faixa etária.

Palavras-chave: *Obstrução duodenal; síndrome da artéria mesentérica superior; procedimento cirúrgico*

ABSTRACT

Superior mesenteric artery syndrome (SMAS), or Wilkie syndrome, is a rare condition that usually affects young women. It is characterized by partial or complete obstruction of the duodenum due to compression by the superior mesenteric artery anteriorly and by the aorta posteriorly. We report an unusual case of SMAS in an older woman diagnosed using clinical history and tomographic imaging. Surgical management consisting of jejunal shunt and anastomosis with duodenum above the obstruction was indicated despite the risk of the procedure. The outcome was excellent, and the patient is asymptomatic. Early diagnosis using adequate anamnesis and radiological criteria defined in the literature may positively influence the outcome of patients from any age group.

Keywords: *Duodenal obstruction; superior mesenteric artery syndrome; surgical procedure*

A síndrome da artéria mesentérica superior (SAM) é uma causa rara, porém bem documentada, de obstrução parcial ou completa do trato gastrointestinal a nível de terceira porção do duodeno. Ocorre quando a distância entre a mesentérica superior e a aorta é muito pequena, em geral menor que 8 mm, havendo compressão duodenal entre os vasos¹. A SAM apresenta etiologia congênita ou adquirida, como o caso que descrevemos, em paciente com idade avançada.

RELATO DE CASO

Paciente feminina de noventa e nove anos procura emergência por estar apresentando sintomas dispépticos há pouco mais de um mês. Nos últimos dias iniciou com dor epigástrica, distensão abdominal e vômitos biliosos. Negava cirurgias prévias, e como comorbidades havia história de hipertensão

Clin Biomed Res. 2020;40(2):137-139

1 Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Serviço de Gastroenterologia, Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brasil.

4 Departamento de Cirurgia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Eduardo Neubarth Trindade
eduardontrindade@yahoo.com.br
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350.
90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

e hipotireoidismo. Apresentava-se desidratada, exame abdominal com distensão e hipertimpanismo em andar superior, sem peritonismo.

Foi solicitada tomografia computadorizada de abdômen sem contraste, que evidenciou distensão de câmara gástrica e duodeno proximal. Iniciou-se manejo clínico com jejum, sonda nasogástrica em aspiração e hidratação endovenosa. Realizou-se exame endoscópico com aparelho de colonoscopia pediátrico, em que se avançou até a transição duodenojejunal, não se observando alterações de mucosa no delgado. Observou-se hérnia hiatal de pequeno porte e cicatrizes de úlcera duodenal.

Em tomografia de abdômen com contraste foram confirmados achados do exame não contrastado, mas também se evidenciou pinçamento duodenal entre a artéria mesentérica e a aorta; a distância entre os vasos era de 7.49 mm, angulação de 25.6° (Figura 1).



Figura 1: Tomografia com contraste, reconstrução sagital, evidenciando distância e angulação entre mesentérica superior e aorta.

Assim, realizado diagnóstico de síndrome da artéria mesentérica superior. Houve tentativas de suspender aspiração gástrica com liberação de dieta, mas apresentou recidiva de sintomas. Dada a intratabilidade clínica, foi submetida à cirurgia. No transoperatório foi visualizada e palpada a mesentérica rígida e calcificada, comprimindo a transição da terceira para quarta porção duodenal (Figura 2). Realizada derivação jejunal e anastomose com segunda porção duodenal. Acredita-se que a história de perda de peso não aferida recente, associada ao enrijecimento da artéria, desencadearam a patologia.

Apresentou melhora gradual do quadro obstrutivo no pós-operatório. Os sintomas de gastroparesia resolveram após 4 semanas da cirurgia. Encontra-se assintomática em seguimento ambulatorial até então de 90 dias.



Figura 2: Fotografia do transoperatório identificando artéria mesentérica rígida e calcificada (seta).

DISCUSSÃO

A síndrome da artéria mesentérica superior foi inicialmente descrita por Rokitsky em um livro de anatomia de 1842². Também é conhecida por síndrome de Wilkie, autor que a relatou em 1921³.

É causa rara de obstrução da terceira porção do duodeno, sendo responsável por 0.01 a cada 1000 internações hospitalares. Mais comum em pacientes jovens e do sexo feminino⁴.

Ocorre por compressão duodenal entre a mesentérica superior e aorta. O ângulo normal entre esses vasos é entre 38 e 65 graus, mas alguns pacientes apresentam de forma congênita um ângulo mais agudo⁵, favorecendo o surgimento da patologia.

Quando ocorre perda de gordura no espaço entre as artérias ou quando a mesentérica é reposicionada em cirurgia ou trauma, esta angulação diminui, ocorrendo compressão duodenal entre os vasos. Por tal razão as principais causas adquiridas da síndrome são perda de peso significativa⁶, cirurgia para correção de escoliose⁷, imobilização em posição supina⁸ e trauma⁹.

Os sintomas podem instalar-se de forma aguda, como após trauma ou cirurgia, ou de forma insidiosa, quando ocasionada por um dos demais fatores. O indivíduo apresenta anamnese e exame físico compatível com obstrução duodenal após o ângulo de Treitz (dor epigástrica, vômitos com conteúdo biliar, distensão abdominal). Ocorre alívio da distensão quando em posição prona ou decúbito lateral esquerdo, pois reduz a tensão da mesentérica. Da mesma forma pressionar a região umbilical do paciente em região infraumbilical, em direção cefálica e dorsal, eleva a raiz mesentérica e portanto reduz os sintomas.

O diagnóstico diferencial é realizado com outras causas de obstrução a nível de terceira porção

duodenal como tumor e bridas. Doenças que ocasionem dismotilidade severa como diabetes, colagenose e pseudo-obstrução idiopática podem mimetizar o quadro¹⁰.

A tomografia com contraste deve ser o exame de primeira escolha, em que se evidencia a compressão duodenal entre as artérias e a distensão gástrica e do duodeno proximal. Fixação alta do duodeno, alterações anatômicas ou origem baixa da mesentérica superior podem estar presentes. Se houver uma distância menor de 8mm ou angulação menor que 22° entre os vasos a especificidade se aproxima de 100%¹.

O tratamento conservador não é resolutivo, com exceção de casos selecionados, geralmente agudos e leves, como os que são ocasionados por perda de peso. A melhora da nutrição pode aumentar o volume de tecido adiposo perivascular e desobstrução duodenal, evitando a cirurgia¹¹. Também podem ser realizadas manobras em período pós-prandial tardio, a fim de facilitar o trânsito.

Nos casos de intervenção cirúrgica, o suporte clínico pré-operatório é fundamental. Consiste nas medidas usuais de manejo de obstrução duodenal, como jejum, sonda nasogástrica em aspiração e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Existem três procedimentos cirúrgicos que podem ser indicados: secção do ligamento de Treitz para liberação do duodeno (procedimento de Strong), anastomose duodenojejunal (duodenojejunostomia) ou

gastrojejunal (gastrojejunostomia). A via laparoscópica acarreta menor morbidade, porém é tecnicamente mais difícil, em especial pela baixa experiência na maioria dos centros¹². A duodenojejunostomia parece ser o mais resolutivo, pois apresenta taxa de sucesso de até 90% na resolução dos sintomas. Os procedimentos vasculares como derivação da aorta ou dos vasos ilíacos não são comumente utilizados na prática clínica, pela sua alta morbidade e pelas opções cirúrgicas menos agressivas¹³.

A síndrome da artéria mesentérica superior é uma causa rara de obstrução duodenal. Apresentamos um caso atípico pela faixa etária (paciente aproximando-se dos cem anos) e etiologia (perda de peso pouco significativa e aterosclerose). Um caso desafiador pela desnutrição e idade avançada. Intervir cirurgicamente foi uma decisão difícil em paciente com alto risco pré-operatório, mas evitou uma internação prolongada, desnutrição e risco de evolução desfavorável.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

- Unal B, Aktaş A, Kemal G, Bilgili Y, Güllüer S, Daphan C, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. *Diagn Interv Radiol*. 2005;11(2):90-5.
- Rokitansky C. *Handbuch der pathologischen Anatomie*. Viena: Braumüller und Seidel; 1842.
- Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus. *BJS Open*. 1921;9(34):204-14.
- Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg*. 2007;24(3):149-56.
- Derrick JR, Fadhili HA. Surgical anatomy of the superior mesenteric artery. *Am Surg*. 1965;31:545-7.
- Goitein D, Gagné DJ, Papisavas PK, Dallal R, Quebbemann B, Eichinger JK, et al. Superior mesenteric artery syndrome after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg*. 2004;14(7):1008-11.
- Zhu ZZ, Qiu Y. Superior mesenteric artery syndrome following scoliosis surgery: its risk indicators and treatment strategy. *World J Gastroenterol*. 2005;11(21):3307-10.
- Adams JB, Hawkins ML, Ferdinand CH, Medeiros RS. Superior mesenteric artery syndrome in the modern trauma patient. *Am Surg*. 2007;73(8):803-6.
- Smith BM, Zyromski NJ, Purtill MA. Superior mesenteric artery syndrome: an underrecognized entity in the trauma population. *J Trauma*. 2008;64(3):827-30.
- Anderson FH. Megaduodenum. A case report and literature review. *Am J Gastroenterol*. 1974;62(6):509-15.
- Naseem Z, Premaratne G, Hendaheewa R. "Less is more": non operative management of short term superior mesenteric artery syndrome. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015;4(4):428-30.
- Yao SY, Mikami R, Mikami S. Minimally invasive surgery for superior mesenteric artery syndrome: a case report. *World J Gastroenterol*. 2015;21(45):12970-5.
- Mandary MT, Zhao L, Zhang C, Wei ZQ. A comprehensive review of superior mesenteric artery syndrome. *Eur Surg*. 2010;42:229-36.

Recebido: 13 abr, 2020

Aceito: 16 jun, 2020