

## SÍNDROME DA ALÇA AFERENTE COM NECROSE SIMULANDO PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS

### AFFERENT LOOP OBSTRUCTION WITH NECROSIS PRESENTING AS PANCREATIC PSEUDOCYST

Gerson Alves Pereira<sup>1</sup>  
Omar Féres, ACBC-SP<sup>1</sup>  
José Ivan de Andrade, TCBC-SP<sup>2</sup>  
Reginaldo Ceneviva, TCBC-SP<sup>3</sup>

#### INTRODUÇÃO

A síndrome da alça aferente é uma complicação incomum encontrada após gastrectomia com reconstrução à Billroth II.<sup>1</sup>

Pode apresentar-se de forma aguda, no pós-operatório precoce, levando a um quadro de dor abdominal em andar superior, vômitos não biliosos e rápida deterioração clínica requerendo cirurgia. A forma crônica manifesta-se por obstrução parcial (podendo ser completa), com história de dor epigástrica e náuseas, cerca de trinta minutos após as refeições, quando a pressão se eleva na alça aferente e seu conteúdo é descarregado dentro do estômago, produzindo vômitos biliosos sem restos alimentares.<sup>1</sup>

Este artigo relata um caso com quadro clínico-laboratorial de pancreatite aguda e presumível pseudocisto de pâncreas, que no intra-operatório mostrou ser síndrome da alça aferente com necrose e perfuração.

#### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, chegou ao Serviço de Cirurgia de Urgência com história de 14 horas de dor abdominal súbita, contínua e progressiva em hemiabdomine direito associada a vômitos biliosos. Relatava gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II há cinco anos, em outro Serviço, devido a úlcera perfurada. Além disso, há seis meses foi internado por 12 dias neste Serviço, devido a

abscesso hepático na porção posterior do lobo direito, sendo tratado satisfatoriamente com metronidazol, gamicina e ampicilina.

No exame físico, o estado geral mostrava-se regular, com mucosas coradas e sem icterícia. O aparelho cardiorrespiratório não apresentava anormalidades, estando estável hemodinamicamente. O abdome estava doloroso à palpação profunda, principalmente em hemiabdomine direito, com descompressão brusca positiva e massa de grande dimensão, de consistência cística palpável no mesogástrico. Os ruídos hidroaéreos estavam hipoativos.

Com a hipótese diagnóstica de pseudocisto de pâncreas, foi internado recebendo hidratação parenteral e antibioticoterapia.

Exames bioquímicos:

Hb=16 g/dl, glicemia=120 mg/dl, amilase=427, TGO=73, Na+=131 mEq/l, K+=3,7 mEq/l, Ca++=9,9 mg/dl, Gasometria arterial: pH= 7,26; pO<sub>2</sub>= 81; pCO<sub>2</sub>= 32; HCO<sub>3</sub>= 14; BE=-12; Sat. O<sub>2</sub>= 94%.

Exames de imagem:

– Radiografia não contrastada do abdome: alça intestinal dilatada com níveis hidroaéreos na fossa ilíaca direita e ausência de pneumoperitônio;

– Ultra-som: imagem anecóica (cística) periumbilical a 4cm da parede abdominal anterior;

– Tomografia abdominal: massa de grandes dimensões, hipodensa, de contornos definidos, com tênue reforço na fase

1. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

2. Professor Doutor do Departamento de Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia (DCOT) da FMRP-USP.

Coordenador do Serviço de Cirurgia.

3. Professor Titular do DCOT da FMRP-USP.

Recebido em 23/5/97

Aceito para publicação em 6/11/97

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP.

contrastada (estrutura cística em forma de ferradura com edema peripancreático e dilatação de ductos);

Com deterioração progressiva do estado geral e maior intensidade do quadro algico, foi indicada a laparotomia exploradora.

Na cirurgia, foi encontrada grande quantidade de líquido biliopurulento na cavidade peritoneal com alça aferente pré-cólica muito distendida, necrótica e perfurada. A necrose se estendia por todo o duodeno até a 30cm do ângulo de Treitz, infiltrando também o retroperitônio. Foi realizada a pancreatoduodenectomia total (evitando-se a anastomose jejuno-pancreática devido às más condições do paciente), colecistectomia, esplenectomia com anastomose coledocojejunal e degastrectomia com anastomose gastrojejunal transmesocólica.

O paciente evoluiu com choque circulatório e insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas, falecendo 18 horas após a cirurgia.

## DISCUSSÃO

A síndrome da alça aferente é causada pela obstrução total ou, mais comumente, parcial da referida alça após gastroenteroanastomose ou gastrectomia com reconstrução à Billroth II. As causas mais comuns são as mecânicas: torção da anastomose, aderências, hérnia retroanastomótica (em 75% dos casos ocorre por encarceramento da alça eferente no espaço retroanastomótico criado durante anastomose pré-cólica ou retrocólica, mas que pode obstruir a alça aferente por pressão ou torção), obstrução de gastrojejunoanastomose por recidiva tumoral ou ulcerosa.<sup>1-5</sup>

O tempo de aparecimento dos sintomas é muito variável, podendo ocorrer precocemente após a cirurgia ou mesmo anos depois. Sua incidência é baixa e o quadro clínico variável, chamando atenção a dor em andar superior do abdome, súbita, contínua e os vômitos.<sup>1</sup>

Na presença de hiperamilasemia associada a gastroenteroanastomose prévia, devemos considerar a presença da síndrome da alça aferente. Em algumas situações, a obstrução em alça fechada pode criar altas pressões intraluminais (> 10 cm H<sub>2</sub>O), podendo levar à isquemia por obstrução do fluxo venoso, como no caso relatado.

No quadro de massa epigástrica, devemos diferenciar entre um pseudocisto de pâncreas, cisto mesentérico ou hamartoma linfóide mesentérico.

A radiografia não contrastada de abdome geralmente não mostra anormalidades, a não ser dilatação isolada da alça aferente ou do coto gástrico residual. A seriografia mostra o não enchimento da alça aferente, mas em 20% das alças aferentes normais isto também não acontece, providenciando pouca informação.<sup>1,2,5</sup>

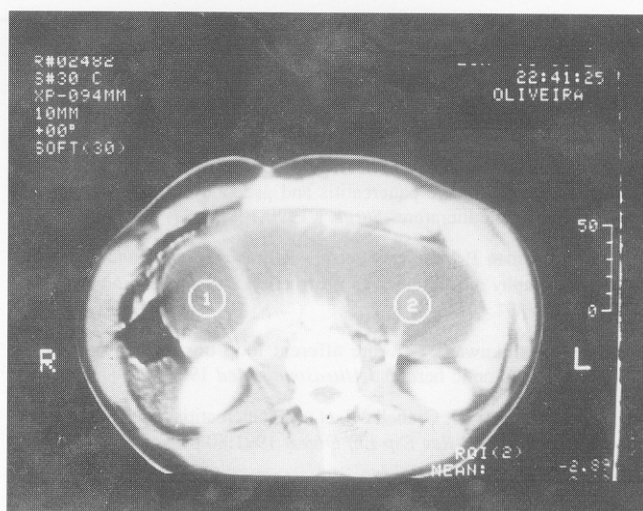
A endoscopia digestiva alta é parte essencial na avaliação diagnóstica, identificando o coto gástrico remanescente, notando a presença ou ausência de bile, sendo a visualização de apenas uma alça de anastomose à Billroth II fortemente

sugestiva de obstrução de alça aferente, podendo-se aliviar o episódio de pancreatite causado por obstrução da alça aferente por descompressão com tubo nasobiliar, se for conseguido identificar e canular a alça.<sup>1</sup>

A ultra-sonografia pode mostrar ductos biliares dilatados e distensão da vesícula biliar secundária ao aumento de pressão na alça aferente obstruída. É característica a presença de estrutura tubular ou oval em forma de U, repleta de líquido, cruzando a linha média entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal e as camadas da parede da alça intestinal com suas pregas, podendo-se detectar peristaltismo, a não ser em obstrução grave, quando a alça está parálitica e as pregas não podem ser reconhecidas.<sup>3,4,5</sup>

Na tomografia de abdome, a aparência da alça duodenal dilatada é dificilmente confundível, devido à sua posição anômica, com forma tridimensional de ferradura e dilatação uniforme nos eixos sagital e transversal, sendo seu aspecto variável, segundo o nível de corte tomográfico: na cabeça do pâncreas aparece imagem de duas massas císticas, à direita do duodeno descendente e à esquerda da parte ascendente, que confluem caudalmente numa estrutura ovóide, que corresponde à terceira porção duodenal.<sup>1,2,4</sup>

No caso em questão, a imagem do duodeno dilatado pela obstrução foi interpretada como pseudocisto de pâncreas (Figura 1). Esse tipo de dificuldade no diagnóstico diferencial, já foi relatado anteriormente.<sup>5</sup>



**Figura 1** – Tomografia computadorizada de abdome mostrando grande imagem cística que corresponde à alça aferente dilatada que foi inicialmente interpretada como pseudocisto de pâncreas. O número 1 mostra a porção proximal do duodeno dilatado e o número 2 mostra a porção mais distal.

A cintilografia biliar com <sup>99m</sup>Tc (ácido hepatoinodiatético) pode ajudar a excluir pseudocisto de pâncreas e avaliar a patência da anastomose gastrojejunal proximal. A estase do nucleotídeo na alça aferente por mais de duas horas é sugestivo de obstrução.<sup>1</sup>

O paciente que se apresenta com pancreatite aguda, sem evidência de obstrução aguda ou perfuração, deve ser tratado com repouso alimentar e nutrição parenteral total, para regressão do processo inflamatório pancreático e cirurgia semi-eletiva.

Se a evolução não for satisfatória ou houver qualquer indício de complicação, podemos intervir endoscopicamente com descompressão nasoduodenal ou fazer a descompressão cirúrgica, que pode ser realizada de várias maneiras: anastomose

látero-lateral das alças aferente e eferente; converter uma reconstrução à Billroth II em Billroth I ou ainda, descomprimir o duodeno com alça em Y-de-Roux.<sup>1,4</sup>

A construção de alça aferente o mais curta possível é o principal cuidado técnico para se evitar esta síndrome.

O caso em questão alerta para a possibilidade de síndrome da alça aferente simulando pancreatite e pseudocisto de pâncreas. O diagnóstico e manuseio precoces são fundamentais para o sucesso do tratamento cirúrgico.

## ABSTRACT

*Afferent loop obstruction after gastrectomy and Billroth II reconstruction is an uncommon problem. Complete acute obstruction requires emergent laparotomy. We describe a patient who developed acute abdominal pain, hyperamylasemia, and palpable abdominal mass, five years after Billroth II gastrectomy. At laparotomy the patient was found to have a complete stricture of the afferent limb with evidence of strangulation and necrosis. There was no evidence of pancreatitis or pancreatic pseudocyst. The patient underwent pancreaticoduodenectomy plus degastrectomy and died 18 hours after the procedure in the ICU. The mass was initially interpreted as pancreatic pseudocyst. Ultrasonography may provide enough evidence to differentiate a pancreatic pseudocyst from an obstructed afferent loop, by the presence of a peripancreatic cystic mass or debris within the mass or the absence of the keyboard sign, suggesting effacement of the valvulae conniventes of the small bowel. However, CT scan of the abdomen has been suggested to be highly characteristic, if not pathognomonic, for an obstructed afferent loop and should be considered first in patients with pancreatitis after Billroth II gastrectomy. A history of previous gastrectomy, recurrent or severe abdominal pain, hyperamylasemia with characteristic tomography, and endoscopic findings will establish the diagnosis and necessitate surgical evaluation and intervention.*

**Key Words:** *Afferent loop obstruction; Pancreatitis.*

## REFERÊNCIAS

1. Conter RL, Converse JO, McGarrity et al – Afferent loop obstruction presenting as acute pancreatitis and pseudocyst: Case reports and review of the literature. *Surgery* 1990;108:22-27.
2. Aerts P, Leyman P, Verellen S, et al – Ultrasonography and computed tomography of afferent loop obstruction. *J Belge Radiologie* 1993; 76:390-391.
3. Ogata M, Ishikawa T – Acute afferent loop obstruction caused by retroanastomotic hernia. *J Ultrasound Med* 1993;12:697-699.
4. Gimenes RT, Vera EJ, Granell VJ, et al – Pancreatitis aguda y síndrome de asa aferente. *Rev Esp Enf Digest* 1991;80:61-64.
5. Matsusue S, Kashihara S, Takeda H, et al – Three cases of afferent loop obstruction. The role of ultrasonography in the diagnosis. *Japanese J Surgery* 1988;18:709-713.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Omar Féres  
Rua João Penteado, 989  
14025-010 – Ribeirão Preto – SP