

FIGURA 1 – Tomografia computadorizada coronal do pescoço claramente mostrando o peixe inteiro impactado no esôfago cervical

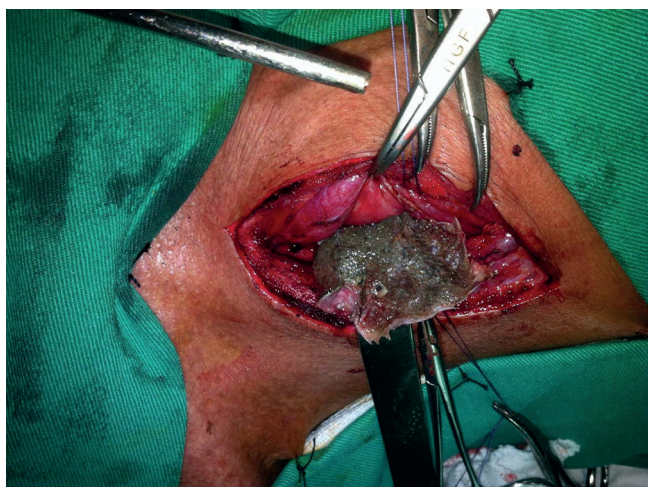


FIGURA 2 – Esofagotomia e remoção cirúrgica do peixe que estava intacto

DISCUSSÃO

A maior parte de corpos estranhos (80%) passam através do trato gastrointestinal sem dificuldades, mas 20% podem obstruir a luz, o que requer a remoção endoscópica ou cirúrgica (1% dos casos). Como o esôfago é porção estreita do trato gastrointestinal, 28-68% dos objetos são encontrados nesta região⁵. Os sintomas dependem do local. Disfagia, odinofagia e salivação sugerem corpo estranho. Ele também pode apresentar dor torácica, tosse, dispnéia, sibilos ou estridor. Em casos mais graves, particularmente em corpos estranhos grandes ou pontiagudos, pode haver dor intensa, vômitos, recusa alimentar, saliva com sangue ou choque¹.

A avaliação médica do banco de dados de vários acidentes com corpos estranhos, incluem impaction alimentar, moedas, ossos de peixes, próteses dentárias, ossos de galinha, artefatos metálicos, isqueiros, escovas de dentes, agulhas e colheres⁵, mas

há relatos envolvendo a ingestão de peixe inteiro. Eventos de impaction com ossos de peixes incluem 12,6% dos acidentes, o terceiro mais alto⁵. Como a maioria dos corpos são radiopacos, o diagnóstico pode ser feito facilmente com radiografia simples nas projeções posteroanterior e lateral. Endoscopia e estudo contrastado são necessários no caso de objetos radiotransparentes. Em todos os exames radiológicos devem ser procurado sinais de enfisema subcutâneo, o que indica perfuração³. O tratamento de escolha é a remoção endoscópica do corpo estranho, que é bem sucedida, com poucas ou nenhuma complicação ao paciente². O tratamento cirúrgico deve ser executado quando a atuação endoscópica não é possível resolver o problema, ou se não houver progresso no trato gastrointestinal ou complicações, tais como perfuração, obstrução e sangramento^{2,3}.

REFERÊNCIAS

1. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001;160(8):468.
2. Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20(4):691-701
3. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002;55:802-6.
4. Hachimi-Idrissi S, Corne L, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood: our experience and review of the literature. *Eur J Emerg Med* 1998;5:319-23.
5. Zhao-Shen Li, MD, Zhen-Xing Sun, MD, Duo-Wu Zou, MD, Guo-Ming Xu, MD, Ren-Pei Wu, MD, Zhuan Liao, MD. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: xperience with 1088 cases in China. Volume 64, No. 4: 2006 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

ABCDDV/1173

ABCD Arq Bras Cir Dig
2016;29(1):67

DOI: /10.1590/0102-6720201600010019

Carta ao Editor

PERITONITE POR *NEISSERIA MENINGITIDIS* SOROTIPO C: RELATO DE CASO

Neisseria meningitidis peritonitis serotype C: case report

João Kleber de Almeida **GENTILE**¹, Maurice Youssef **FRANCISS**^{1,2}, Hamilton Ribeiro **BRASIL**^{1,2}

Trabalho realizado no ¹Departamento de Cirurgia Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP e ²Hospital Geral de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil

Correspondência:

João Kleber de Almeida Gentile
E-mail: joaokleberg@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 04/02/2015
Aceito para publicação: 15/12/2015

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

A manifestação da doença meningocócica como abdome agudo com peritonite meningocócica é rara. Relata-se um quadro de peritonite primária e bacteremia por *Neisseria meningitidis* do sorotipo C ocorrendo em conjunto com o quadro de abdome agudo obstrutivo.

RELATO DE CASO

Homem de 27 anos deu entrada com dor abdominal difusa de forte intensidade acompanhada de parada de eliminação de gases e fezes há três dias e febre de 38,3° C há 24 h. Como antecedentes havia passado de laparotomia prévia há sete anos por apendicite aguda. Negava outros sintomas, história de viagens recentes ou antecedentes de doenças infectocontagiosas. Não havia história de uso recente de medicações ou internações. Negava consumo de álcool ou drogas ilícitas.

No exame apresentava-se confuso, agitado, desidratado com sinais clínicos de sepse. Estava febril (38,3° C), taquicárdico (112 batimentos por minuto), taquipneico (20 respirações por minuto) e hipotenso (90x50 mmHg). O abdome apresentava cicatriz de laparotomia infraumbilical prévia, muito distendido, doloroso difusamente, hipertimpânico e com desconpressão brusca positiva. Não havia evidência ou sinais clínicos de hepatopatia ou ascite. Toque retal era normal sem sangramento ou muco nas fezes.

A investigação inicial apresentava leucocitose (18.600 leucócitos com 11% de bastões), gasometria com sinais de acidose metabólica, proteína C reativa elevada (38,6 mg/l) e radiografia de abdome com níveis hidroaéreos em delgado sem pneumoperitônio. A tomografia de abdome mostrava apenas distensão de alças de delgado e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal; exame de urina e eletrólitos sem alterações. Os diagnósticos diferenciais eram abdome agudo inflamatório com peritonite difusa e abdome agudo obstrutivo.

Paciente recebeu tratamento com expansão volêmica adequada 20 ml/kg e antibioticoterapia com ciprofloxacino 400 mg de 12/12 h e metronidazol 500 mg de 8/8 h. Foi encaminhado para laparotomia exploradora de urgência após 24 h da entrada no serviço de emergência.

Os achados intraoperatórios foram apenas de distensão de alças de delgado com presença de bridas espessas e líquido purulento espesso na cavidade abdominal em pelve. No inventário da cavidade não foi observado bloqueio, abscesso organizado bem como perfuração de vísceras ocas sem causa identificável para a origem do pus. Foi realizada a lise das bridas e coleta do líquido purulento para cultura. O resultado da cultura era positivo para *Neisseria meningitidis* do grupo C, sendo confirmado por reação de cadeia de polimerase. O antibiograma era sensível a ceftriaxona, meropenem e rifampicina.

Evoluiu no 2º dia do pós-operatório foi com piora da confusão mental e sinais meníngeos positivos além de petequias difusas e plaquetopenia (88.000 plaquetas/mm³). Coleta do líquido cefalorraquidiano resultou ser também positiva para *Neisseria meningitidis* grupo C (diplococos gram negativos), com 33.000 células/mm³ (até 5 células/mm³) sendo 79% de neutrófilos, 6 hemáceas (até 0/mm³), proteínas totais 172 mg/dl (até 40 mg/dl) e glicose 1 mg/dl (40-80 mg/dl). Foi encaminhado para UTI com diagnóstico de meningite com meningococemia; iniciou-se tratamento com ceftriaxona 1 g de 12/12 h e evoluiu com melhora do quadro neurológico e abdominal após 72 h.

DISCUSSÃO

Neisseria meningitidis é diplococo gram-negativo descrito em 1887 sendo importante causa de meningite e bacteremia meningocócica em todas as idades. A via de disseminação da bactéria se dá pela nasofaringe com disseminação hematogênica para as meninges ou outros órgãos. Ela não é parte da flora gastrointestinal normal sendo isolada apenas em culturas de secreção retal em associação com transmissão sexual. Peritonite meningocócica espontânea tem sido descrita em pacientes com ascite preexistente, porém ainda pouco compreendida em pacientes sem doença hepática.

O primeiro caso foi descrito em 1917 por Moeltoen⁴ e um segundo com características de abscesso apendicular, foi relatada em 1938 por Turchetti⁵. Em todos os casos, a peritonite foi associada à infecção meningocócica em outros sítios a distância.

Kelly em 2004 relatou um caso de peritonite por *N. meningitidis* diagnosticado após laparotomia por peritonite aguda semelhante ao relatado³. A teoria que pode explicar o mecanismo fisiopatológico para esta condição é a disseminação da bactéria por via hematogênica; entretanto, pacientes com ascite e hepatopatia a translocação bacteriana pode justificar o isolamento da bactéria no peritônio^{1,2,3,6}.

REFERÊNCIAS

- Bannatyne RM, Lakdawalla N and Ein S. Primary meningococcal peritonitis. *Can Med Assoc J.* 1977;117(5):436.
- Bar-Meir S, Chojkier M, Groszmann RJ, Atterbury CE and Conn HO. Spontaneous meningococcal peritonitis. *The American Journal of Digestive Diseases.* 1978;23(2):119-122.
- Kelly SJ and Robertson RW. *Neisseria meningitidis* peritonitis. *ANZ Journal of Surgery.* 2004;74:182-183. doi: 10.1046/j.1445-1433.2003.02850.x.
- Moeltoen MH. Meningokokkenperitonitis. *Zentralbl Chir.* 1917;44: 94.
- Turchetta A. Considerazioni cliniche su un caso di peritonite meningococcica circoscritta in adulto apparentemente idiopatica. *Minerva Med.* 1938;(2):570.
- Wendlandt D, King B, Zielbell C and Milling T. Atypical presentation of fatal meningococemia: peritonitis and paradoxical centrifugal purpura fulminans of late onset. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2011;29(8):960.

ABCDDV/1174

ABCD Arq Bras Cir Dig
2016;29(1):68

DOI: /10.1590/0102-6720201600010020

Carta ao Editor

SÍNDROME DE WILKIE: CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Wilkie's syndrome: a rare cause of intestinal obstruction

Ayşe KEFELİ, Adem AKTÜRK, Bora AKTAŞ, Kerim ÇALAR

Trabalho realizado no Kecioren Training Hospital, Gastroenterology Department, Pınarbası St. Sanatoryum Av. No:25 Kecioren and Siirt State Hospital, Radiology Department Abdullah Özgür Yeniova Gaziosmanpaşa University, Gastroenterology Department, Ankara, Turkey

Correspondência:

Ayşe Kefeli
aysekefeli@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 09/12/2014

Aceito para publicação: 19/11/2015

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

Síndrome artéria mesentérica superior (SMA) ou síndrome de Wilkie é condição gastrointestinal rara, mas potencialmente fatal. Ela é um fenômeno clínico causado pela compressão da terceira parte do duodeno, entre a SMA e a aorta, levando à obstrução. Os pacientes podem apresentar sintomas de obstrução gastrointestinal, tais como episódios recorrentes de vômitos, distensão abdominal superior e desconforto⁸. Várias teorias etiológicas, evolução clínica e