

# Abdome agudo perfurativo em decorrência de uso de Crack: um relato de caso

Perforative acute abdomen due to the use of Crack: a case report

Allana Maria Gomes Giordano<sup>1</sup>, Guilherme Bonassi Brechmacher<sup>1</sup>, Bruno Del Guercio von Sydow<sup>1</sup>, Diego Ryuichi Silva Yosioka<sup>1</sup>, José Cesar Assef<sup>2</sup>

## Resumo

O abdome agudo perfurativo é um diagnóstico sindrômico presente na rotina do pronto socorro. Nas perfurações do íleo terminal, as etiologias mais frequentes são as doenças inflamatórias intestinais (tuberculose intestinal e doença de Chron). Apresenta-se um caso onde a hipótese diagnóstica pré-operatória e a impressão intra-operatória era de perfuração por tuberculose intestinal. Contudo, frente ao resultado negativo no exame anatomopatológico, passou-se a discutir como etiologia o uso regular do Crack. A relação do uso da cocaína e seus derivados com complicações gastrointestinais é vista cada vez mais na prática médica, uma vez que o consumo da droga tem se difundido. Na literatura especula-se que a droga possa provocar vasoconstrição das artérias mesentéricas, isquemia tecidual focal, e em última instância, pode levar à perfuração.

**Descritores:** Abdome agudo, Perfuração intestinal, Cocaína crack, Tuberculose gastrointestinal

## Abstract

The acute perforating abdomen is a syndromic diagnosis present in the emergency room routine. In perforations of the terminal ileum, the most frequent etiologies are inflammatory bowel diseases (intestinal tuberculosis and Chron disease). In the presented case, the preoperative clinical diagnostic hypothesis and intraoperative impression was

perforation by intestinal tuberculosis. However, as opposed to the negative result in the anatomopathological exam, the regular use of Crack was pointed as an etiology. The relationship between the use of cocaine and its derivatives with gastrointestinal complications is increasingly found in medical practice, as drug use has spread. In the literature, it is speculated that the drug may cause vasoconstriction of the mesenteric arteries, focal tissue ischemia, and ultimately may lead to perforation.

**Keywords:** Abdomen, acute; Intestinal perforation; Crack cocaine; Tuberculosis, gastrointestinal

## Introdução

O abdome agudo pode ser caracterizado por uma dor abdominal que leva o paciente a procurar assistência médica e necessita de terapêutica clínica ou cirúrgica na urgência. Na literatura, o abdome agudo é classificado em cinco tipos: inflamatório, obstrutivo, vascular, hemorrágico e perfurativo<sup>(1-3)</sup>.

Aventada a hipótese diagnóstica, pode ser necessária a solicitação de exames complementares, tanto laboratoriais, quanto de imagem, a fim de obter uma melhor elucidação da provável etiologia. Dentre os laboratoriais, podem-se destacar: hemograma, urina tipo I, beta-HCG, lipase, amilase, gasometria arterial. Em relação aos exames de imagem, a radiografia simples de tórax e abdome, a ultrassonografia e a tomografia computadorizada são os métodos utilizados, e a escolha de qual deles indicar depende da hipótese diagnóstica<sup>(1-3)</sup>.

Em relação ao abdome agudo perfurativo, seus principais sinais e sintomas são: dor abdominal súbita, fâcias dolorosa, contratura involuntária do músculo reto-abdominal e Sinal de Jobert, forte indicativo de pneumoperitônio. Na radiografia simples de tórax e abdome, o pneumoperitônio faz o diagnóstico de abdome agudo perfurativo. Sabe-se que as principais etiologias são: úlceras gastroduodenais perfuradas, ingestão de corpo estranho e doenças inflamatórias intestinais<sup>(2)</sup>.

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia. Diretor do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Trabalho realizado:** Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Endereço para correspondência:** Allana Maria Gomes Giordano. Rua Tabajaras 205 - Mooca – 03121-010 - São Paulo – SP - Brasil

**Declaração de conflito de interesse:** Os autores relatam não haver conflito de interesse.

1 Apesar de não ser uma causa comum, alguns  
2 autores vêm relacionando o consumo abusivo de  
3 cocaína e seus derivados, como o crack, a situações  
4 de abdome agudo perfurativo. Especula-se que o  
5 uso abusivo, principalmente agudo, dessas substâncias  
6 provoca vasoconstrição generalizada e intensa,  
7 levando a isquemia tecidual, uma vez que o crack/  
8 cocaína alteram a recaptação de neurotransmissores  
9 como noradrenalina e dopamina, aumentando sua  
10 concentração sérica. Este processo pode desencadear  
11 uma série de alterações cardíacas, pulmonares, neu-  
12 rológicas, musculoesqueléticas e gastrointestinais<sup>(4)</sup>.

13 No trato gastrointestinal (TGI), o aumento da  
14 concentração noradrenérgica pode provocar vasocon-  
15 strição das artérias mesentéricas, cuja consequência é  
16 isquemia tecidual focal, que em última instância, pode  
17 levar à perfuração da parede do TGI. Além disso,  
18 na vigência de uma doença de base, tal como úlcera  
19 péptica, o uso do entorpecente pode levar à perfura-  
20 ção da úlcera sem o processo isquêmico supracitado,  
21 evoluindo também para abdome agudo perfurativo<sup>(5)</sup>.

22 A presença de pneumoperitônio visto na ra-  
23 diografia simples é um sinal clássico de perfuração  
24 de víscera oca e a conduta deve ser cirúrgica. Vale  
25 ressaltar que mesmo que a radiografia não apresente  
26 pneumoperitônio, não se afasta a hipótese de abdome  
27 agudo perfurativo, e a presença de peritonite também  
28 é indicação de tratamento operatório<sup>(6)</sup>.

## 30 Relato de Caso

31  
32 Paciente C. F. P. de 36 anos, sexo masculino, deu  
33 entrada no Pronto Socorro Central da Santa Casa  
34 de Misericórdia de São Paulo, com história de dor  
35 abdominal difusa associada a febre e enterorragia há  
36 10 dias. Referiu ainda quadro súbito de piora da dor  
37 há 2 dias e negou fatores de melhora ou piora, bem  
38 como negou parada de eliminação de flatos ou fezes,  
39 vômitos ou outras queixas.

40 O paciente possuía como antecedentes pessoais o  
41 tratamento irregular para tuberculose no ano anterior,  
42 no qual fez uso do esquema COXIPE por 6 meses. Ne-  
43 gava antecedentes cirúrgicos, e, relatava ser usuário  
44 de crack, e também ser morador de um albergue para  
45 pessoas sem moradia.

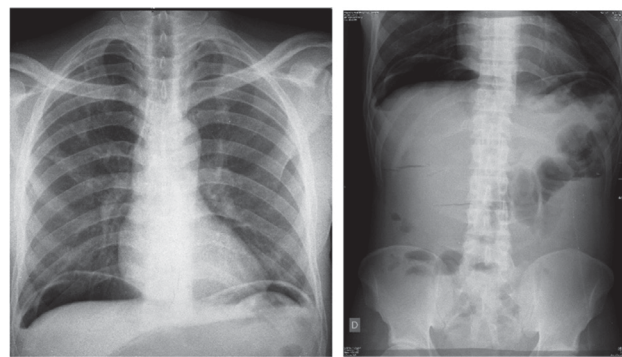
46 No exame físico o paciente encontrava-se em  
47 regular estado geral, descorado 1+/4+, desidratado  
48 2+/4+, anictérico, acianótico, afebril e em posição  
49 antálgica. Ao analisar seu aparelho respiratório  
50 detectavam-se murmúrios vesiculares bilateralmente  
51 sem ruídos adventícios, sua frequência respiratória  
52 era de 20ipm, e, sua saturação de oxigênio em ar  
53 ambiente era de 96%. Ao exame do aparelho cardio-  
54 vascular obteve-se a ausculta de bulhas rítmicas nor-  
55 mofonéticas em dois tempos sem sopro, a frequência

cardíaca era de 100bpm e a pressão arterial sistêmica,  
de 130x90mmHg. O abdome do paciente apresentava  
contratura involuntária, timpanismo à percussão, os  
ruídos hidroaéreos estavam diminuídos na ausculta e  
detectava-se Sinal de Jobert. Ao exame dos membros,  
esses se apresentavam com boa perfusão periférica,  
tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos  
e sem sinais de trombose venosa profunda.

64 Frente ao caso apresentado considerou-se a hipó-  
65 tese de abdome agudo perfurativo, e, como conduta  
66 escolhida, foram solicitados hemograma, exames  
67 de função renal, eletrólitos e radiografia de tórax e  
68 abdome. Além disso, foi também prescrita analgesia.

69 Os resultados dos exames estão listados abaixo:

Exame	Resultado	Referência
Hemoglobina	9,9 g/dL	12,2 a 16,2g/dL
Hematócrito	29,4%	37 a 47,9 %
Leucócitos	8,0 mil/ul (10% bastonetes)	4,6 a 10,2 mil/ul
Plaquetas	180 mil/ul	142 a 424 mil/ul
Potássio	4,4	3,5 a 5,1 mEq/L
Sódio	140	136 a 145 mEq/L
Uréia	45	10 a 45 mg/dL
Creatinina	1,1 mg/dL	0,6 a 1,3 mg/dL



71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
Nas radiografias é possível observar a presença  
de pneumoperitônio bilateral (à direita vê-se uma  
camada de ar entre a cúpula diafragmática e o fígado,  
e, à esquerda, entre a cúpula diafragmática e a câmara  
gástrica), além da visualização de pequena quantidade  
de líquido livre na cavidade abdominal. Devido a esses  
achados o paciente foi levado ao centro cirúrgico para  
realização de uma laparotomia exploradora.

No intra-operatório foi visualizado uma mode-  
radora quantidade de líquido entérico na cavidade.  
Não foram encontradas alterações no estômago ou  
duodeno. Contudo foram visualizado dois pontos de  
perfuração de aspecto inflamatório em íleo distal, a  
aproximadamente 40cm da válvula ileocecal, associa-  
do a linfonodomegalia adjacente.

1 Frente a estes achados, foi então realizada lavagem  
2 da cavidade com soro fisiológico; uma enterectomia  
3 segmentar a aproximadamente 30-40 cm da válvula  
4 íleo-cecal com confecção de estomia a Mikulicz, além  
5 de biópsias excisionais dos linfonodos de mesocólon  
6 adjacente, juntamente com a peça de enterectomia.

7 No primeiro pós-operatório o paciente se apresen-  
8 tava estável, em bom estado geral, estomia em bom  
9 aspecto, ferida operatória em bom aspecto com saída  
10 de secreção serosanguinolenta e recebia ciprofloxacino,  
11 metronidazol e ampicilina.

12 No oitavo pós-operatório paciente evoluiu com  
13 eventração e saída de secreção serosa pela ferida  
14 operatória – laboratoriais: PCR 3,8; leucócitos 5,8 mil  
15 sem desvio; hemoglobina 9,4.

16 No décimo pós-operatório paciente evoluiu com  
17 evisceração e foi então reabordado cirurgicamente. No  
18 intra-operatório foi visto que havia edema e distensão  
19 das alças do intestino delgado e também, uma peque-  
20 na quantidade de líquido seroso livre na cavidade. A  
21 aponeurose foi então suturada com pontos separados  
22 em U com fio Prolene® 2-0.

23 No décimo-nono pós-operatório paciente estava  
24 estável, aceitando bem a dieta via oral com estomia  
25 funcionante, e, a ferida operatória se apresentava em  
26 bom aspecto. O resultado do anatomopatológico des-  
27 crevia o intestino delgado com distúrbio circulatório  
28 hemorrágico, serosite aguda e purulenta e formação  
29 de abscesso; linfonodos com hiperplasia linfoide  
30 reacional.

## 31 **Discussão**

32 Nas perfurações do íleo terminal, as etiologias  
33 mais frequentes são as doenças inflamatórias intes-  
34 tinais (tuberculose intestinal e doença de Chron). No  
35 caso em questão, a impressão intra-operatória era de  
36 perfuração por tuberculose intestinal.

37 Essa doença apresenta como principal sítio de  
38 acometimento a região ileocecal (64% dos casos), sendo  
39 o íleo terminal a região mais comumente afetada, por  
40 diversos fatores: estase, presença de tecido linfoide em  
41 abundância, alta taxa de reabsorção no local, e contato  
42 mais fácil do bacilo com a mucosa<sup>(7)</sup>.

43 O diagnóstico pode ser muito desafiador, princi-  
44 palmente por mimetizar outras doenças granuloma-  
45 tosas inflamatórias do TGI e provocar sintomas muito  
46 inespecíficos, podendo, muitas vezes, apresentar-se  
47 unicamente como uma dor abdominal. Além disso,  
48 faltam exames – radiológicos ou microbiológicos –  
49 com boa sensibilidade e/ou especificidade para o seu  
50 diagnóstico<sup>(4)</sup>.

51 A tuberculose intestinal pode apresentar-se ma-  
52 croscopicamente sob 3 formas: ulcerativa, hipertrófica  
53 e úlcero-hipertrófica.

A forma ulcerativa representa 60% dos casos,  
e ocorre na forma de múltiplas úlceras superficiais  
tipicamente numa orientação transversal ou  
circunferencial, em relação ao eixo longo do lúmen  
do intestino. No caso da forma hipertrófica, que  
corresponde a 10% dos casos, podem ser observadas  
cicatrizes, fibrose e lesões pseudotumorais. Por último,  
a úlcero-hipertrófica (30% dos casos), apresenta-se  
como uma massa inflamatória em torno da válvula  
ileocecal com paredes intestinais espessadas e ulce-  
radas<sup>(8)</sup>.

O manejo dessa doença depende da apresentação e  
das complicações associadas, e na presença de perfura-  
ção do intestino ou sangramento maciço, a exploração  
cirúrgica emergencial, com tratamento direcionado, é  
o procedimento de escolha<sup>(9-11)</sup>.

Por ter relatado tratamento irregular para tuber-  
culose no ano anterior, uma das hipóteses cogitadas  
para explicar a causa do abdome agudo perfurativo  
do paciente foi a tuberculose intestinal, iniciando-se  
o protocolo de tratamento cirúrgico.

Contudo, frente ao resultado negativo no exame  
anatomopatológico, passou-se a discutir como etiolo-  
gia da perfuração o uso regular do crack. Corroborava  
para essa hipótese, o fato do paciente apresentar pneu-  
moperitônio, comumente encontrado nas perfurações  
por abuso de entorpecentes derivados da cocaína<sup>(12)</sup>.

A cocaína é uma droga de abuso muito difundida  
na população mundial, comercializada ilegalmente  
sob duas formas mais comuns: o pó branco e o crack  
(forma de base livre). Aproximadamente 2,2% da  
população brasileira consome derivados de cocaína,  
principalmente entre adolescentes e adultos do sexo  
masculino<sup>(13)</sup>.

A ação da cocaína ocorre no neurônio pré-  
sináptico, impedindo a recaptação da norepinefrina,  
gerando acúmulo desse neurotransmissor. Uma vez  
que a vasculatura intestinal apresenta receptores  
alfa-adrenérgicos o acúmulo noradrenérgico, leva à  
vasoconstrição, que pode evoluir para isquemia e até  
perfurações intestinais. Devido a esse mecanismo, o  
aumento no consumo do crack vem refletindo em um  
aumento significativo nas lesões isquêmicas no TGI.

Outras complicações que também podem ser  
encontradas em decorrência do uso abusivo desses  
entorpecentes são: isquemia do miocárdio e infarto,  
cardiomiopatia, isquemia cerebral, pneumopericárdio,  
hemorragia cerebral, edema pulmonar, rabdomiólise  
e infarto renal<sup>(5,14)</sup>.

## **Considerações Finais**

A relação do uso da cocaína e seus derivados com  
complicações gastrointestinais é vista cada vez mais  
na prática médica, uma vez que o consumo da droga

56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110

1 tem se difundido. Em pacientes que chegam ao pronto  
2 socorro com um quadro de dor abdominal aguda e  
3 uma clínica compatível com sinais de perfuração (si-  
4 nais difusos de peritonite, presença de Sinal de Jobert),  
5 independentemente de haver ou não pneumoperitônio  
6 visível na radiografia, deve-se cogitar a hipótese de um  
7 abdome agudo perfurativo. Atentando-se sempre ao  
8 fato de que uma anamnese detalhada pode informar  
9 se o paciente faz uso abusivo de crack-cocaína para,  
10 assim, se compor uma hipótese diagnóstica sem des-  
11 considerar possíveis etiologias.

## 12 Referências

- 13  
14  
15 1. Assef JC, Perlingeiro JAG. Dor abdominal. In: Assef JC, Per-  
16 lingeiro JAG, Parreira JG, Soldá SC, editores. Emergências  
17 cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: condutas e algoritmos.  
18 São Paulo: Atheneu; 2015. p.179-84.  
19 2. Soldá SC, Almeida RF. Abdome agudo perforativo. In: Assef JC,  
20 Perlingeiro JAG, Parreira JG, Soldá SC, editores. Emergências  
21 cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: condutas e algoritmos.  
22 São Paulo: Atheneu; 2015. p.249-53.  
23 3. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão  
24 Preto). 2007; 40 (3):358-67.  
25 4. Burke KA, Patel A, Jayaratnam A, Thiruppathy K, Snooks SJ.  
26 Diagnosing abdominal tuberculosis in the acute abdomen. Int  
27 J Surg. 2014; 12(5):494-9.

5. Muñiz AE, Evans T. Acute gastrointestinal manifestations as-  
6 sociated with use of crack. Am J Emerg Med. 2001; 19(1):61-3.  
7 Bellows CF, Raafat AM. The surgical abdomen associated with  
8 cocaine abuse. J Emerg Med. 2002; 23(4):383-6.  
9 Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK.  
10 Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited.  
11 World J Gastroenterol. 2014; 20(40):14831-40.  
12 Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peri-  
13 toneum. Am J Gastroenterol. 1993;88(7):989-99.  
14 Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an  
15 old disease. Am J Gastroenterol. 1998; 93(5):692-6.  
16 Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. Postgrad Med J. 1998;  
17 74(874):459-67.  
18 Aston NO. Abdominal tuberculosis. World J Surg. 1997;  
19 21(5):492-9.  
20 Cheng CL, Svesko V. Acute pyloric perforation after prolonged  
21 crack smoking. Ann Emerg Med. 1994; 23(1):126-8.  
22 Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R,  
23 Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the  
24 II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). Addict  
25 Behav. 2014; 39(1):297-301.  
26 Wattoo MA, Osundeko O. Cocaine-induced intestinal ischemia.  
27 West J Med. 1999; 170(1):47-9.

Trabalho recebido: 28/05/2017

Trabalho aprovado: 05/03/2018

28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55

56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110