

GASTROPARESIA DIABÉTICA GRAVE: UM RELATO DE CASO

SEVERE DIABETIC GASTROPARESIS: A CASE REPORT

PEDRO ANGELO LUZINI GONDIM¹, WILLIAM MANENTE NEVES¹, MATHEUS SPADETO AIRES¹, RICHARD ROQUE SANTOS¹, JULIANA PRELLE VIEIRA COSTA² E RODRIGO SEBBA AIRES³

RESUMO

Introdução: A gastroparesia é uma síndrome caracterizada pela diminuição do esvaziamento gástrico na ausência de obstrução mecânica do estômago. Os sintomas associados a essa condição são comuns às diferentes etiologias e incluem náuseas, vômitos, saciedade precoce, plenitude pós-prandial, distensão abdominal por gases e dor abdominal, mas também são observados casos assintomáticos. A condição é rara na população em geral, mas sua incidência aumenta muito em pacientes com diabetes mellitus (DM), principalmente naqueles com DM tipo 1.

Relato de caso: Relato de caso de gastroparesia diabética em paciente do sexo feminino, 34, com dor abdominal difusa e intensa, desconforto retroesternal e vômitos incoercíveis sem sangramentos.

Discussão: Quadro clínico associado a esvaziamento de 21%, à ausência de obstrução na endoscopia digestiva alta (EDA) e à dificuldade de controle glicêmico conduziu o diagnóstico a Gastroparesia Diabética Grave. O diagnóstico de gastroparesia se faz complicado pela dificuldade de se correlacionar sintomas e achados de exames complementares. Para casos relacionados com diabetes, principalmente DM-1, a observação do controle glicêmico e dos resultados de endoscopia e cintilografia podem auxiliar na abordagem diagnóstica.

DESCRITORES: GASTROPARESIA, SINAIS E SINTOMAS DIGESTÓRIOS, DIABETES MELLITUS, DIAGNÓSTICO, ESTUDOS DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: Gastroparesis is a syndrome characterized by the delayed gastric emptying in the absence of mechanical obstruction of the stomach. The symptoms associated to this condition are common to the different etiologies and include nausea, vomiting, early satiety, postprandial fullness, bloating and abdominal pain. This condition is rare in the general population, but its incidence is increased in patients with diabetes mellitus (DM), mainly in those with type 1 DM.

Case report: Case report from a woman, 34, with intense and diffuse abdominal pain, heartburn and persistent vomiting without blood.

Discussion: Clinical condition associated with 21% emptying, with the absence of obstruction in the upper gastrointestinal endoscopy and with the difficulty of the glycemic control established the Severe Diabetic Gastroparesis diagnosis. The gastroparesis diagnosis is complicated because of the difficulty of correlating the symptoms and what is found in the complementary exams. For the cases related to diabetes, mainly DM-1, the observation of the glycemic control and of the endoscopy and scintigraphy results may help in the diagnosis.

KEY WORDS: GASTROPARESIS, DIGESTIVE SIGNS AND SYMPTOMS, DIABETES MELLITUS, DIAGNOSIS, CASE STUDYING.

INTRODUÇÃO

A gastroparesia é uma síndrome caracterizada pela diminuição do esvaziamento gástrico na ausência de obstrução mecânica do estômago. Os sintomas associados com essa condição são comuns às diferentes etiologias e incluem náuseas, vômitos, saciedade precoce, plenitude pós-prandial, distensão abdominal por gases e dor abdominal, mas também são observados casos

assintomáticos.¹ A condição é rara na população em geral, mas sua incidência aumenta muito em pacientes com diabetes mellitus (DM), principalmente em pacientes com DM tipo 1. De acordo com dados da literatura, sua prevalência pode ser mais de 30 vezes maior na população de indivíduos com DM tipo 1 e 8 vezes maior na população de indivíduos com DM tipo 2, quando comparadas à população em geral.² Ainda, entre 5 e 12%

1 - Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), Goiânia, GO.

2 - Médica residente do serviço de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), Goiânia, GO.

3 - Professor adjunto do serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do HC-UFG, Goiânia, GO.

dos pacientes com diabetes apresentam sintomas que podem ser atribuídos à gastroparesia. Os sintomas gastrointestinais do diabetes mellitus podem estar associados ao comprometimento do sistema nervoso autônomo, do plexo mioentérico, a danos das células de Cajal e a própria hiperglicemia sustentada. Essa síndrome pode causar disfunções nutricionais, dificuldades no controle da glicemia e uma piora na qualidade de vida.^{3,4}

RELATO DE CASO

Mulher, 34 anos, natural e residente de Goiânia, casada, cor branca, católica, dona de casa esteve internada por apresentar hiperêmese e complicações por DM tipo -1. Um dia depois de receber alta desta internação, queixou-se de dor abdominal difusa e intensa, desconforto retroesternal e vômitos incoercíveis sem sangramentos. Por conta disso, foi internada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) em caráter de urgência.

A paciente mencionou uma cefaleia intensa no período noturno, sem demais queixas, refere diabetes não controlado há 20 anos. Não soube informar sobre doenças na sua ascendência.

No exame físico: estado geral regular, hipocorada (2+/4+), desidratada (+/4+), pressão arterial sistólica variou de 115-160 mmHg e a diastólica de 79-90 mmHg, anictérica, afebril, consciente, orientada e ativa no leito, eupneica, taquicárdica (FC: 108 bpm), temperatura axilar 34,7°C e glicemia que variou de 103-392 mg/dL. Abdome atípico, flácido, RHA+, doloroso difusamente a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Sem edemas nos membros inferiores e ausência de alterações nos demais aparelhos.

Foram propostos então alguns exames complementares, dentre eles, a endoscopia digestiva alta (EDA) para confirmar se havia algum fator obstrutivo gastro-duodenal, ou outras alterações endoscópicas:



Figura 1: Investigação de obstrução antro-piloro-duodenal em EDA.
Fonte: Serviço de Endoscopia Digestiva HC-UFG

Foi feito também a cintilografia gástrica que detectou um esvaziamento de 21%. Essa condição associada ao quadro clínico, à ausência de obstrução na EDA e a dificuldade de controle glicêmico conduziu o diagnóstico a Gastroparesia Diabética Grave.

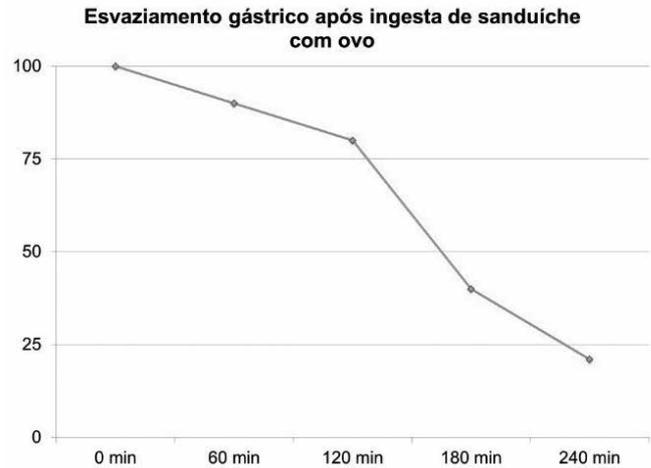


Figura 2: Estudo de esvaziamento gástrico reduzido em cintilografia.
Fonte: Serviço de Endoscopia Digestiva HC-UFG

A paciente foi submetida à terapêutica medicamentosa (domperidona 60mg/dia, sertralina 75mg 1x, dimenidrinato 100mg 8/8h e bromoprida 10mg 8/8h) e alimentação por sonda nasoenteral. Posteriormente, houve otimização das drogas com o uso de ampicilil 25mg + 100mL EV 12/12h e ainda eritromicina e mirtazapina, além de uma outra internação na qual, apesar do tratamento, as queixas se mantiveram definindo assim falência terapêutica. Devido à refratariedade dos sintomas, foram indicadas jejunostomia (JJT) por laparotomia e gastrostomia (GTT) descompressiva por incisão mediana supraumbilical.

No pré-cirúrgico, a paciente foi preparada clinicamente, mas as dores e a pirose se mantiveram, além de não evacuar por todo o período. Pós-cirurgia, a evolução foi parcial com controle medicamentoso e dietético-nutricional, apresentando dor em cólica nos arcos cirúrgicos, além de secreção com conteúdo salivar e bilioso (50mL) na região de GTT, nos quais foram se reduzindo gradualmente nos primeiros 15 dias.

DISCUSSÃO

Apresentamos um caso de gastroparesia diabética grave devido ao diabetes mellitus do tipo 1 manifesta por grande impacto na qualidade de vida. Embora não haja consentimento na literatura quanto à prevalência de GPD,⁵ sabe-se que acomete muitos indivíduos com DM-tipo I, em especial, quando não tratada corretamente.² O DM não controlada culmina em hiperglicemia, que pode causar neuropatia autonômica e/ou

periférica (alteração da função vagal ou do plexo mioentérico) e interferir na secreção de hormônios reguladores da digestão (aumento de gastrina e colecistoquinina), diminuindo o esvaziamento gástrico.⁵ Existem também os potenciais riscos aos quais o paciente com GPD pode estar submetido, como retinopatia, neuropatia e nefropatia.²

No que compete à apresentação clínica da paciente, foi verificado estase gástrica com náuseas, vômitos, pirose, dor abdominal e quadro de emagrecimento.

O diagnóstico foi obtido após avaliação clínico-laboratorial, com destaque para níveis glicêmicos (glicemia de 392 mg/dL), endoscopia digestiva alta (não encontrou alteração visível ou obstrução mecânica) e cintilografia (esvaziamento gástrico de 21%).

O tratamento buscou, de início, corrigir a maioria dos sinais e sintomas, valendo-se de terapêutica medicamentosa e dietética. Por fim, foram indicadas, após consenso da equipe médica, gastrostomia e jejunostomia.

O diagnóstico de gastroparesia se faz complicado pela dificuldade de se correlacionar sintomas e achados de exames complementares. Para casos relacionados com diabetes, principalmente DM-1, a observação do controle glicêmico e dos resultados de endoscopia e cintilografia podem auxiliar na abordagem diagnóstica. A síndrome causa um impacto importante na qualidade de vida do paciente, afetando inclusive o tratamento para o DM.

REFERÊNCIAS

1. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, Abell TL, Gerson L. Clinical Guideline: Management of Gastroparesis. *Am J Gastroenterol*. 2013 January; 108(1): 18–38.
2. Choung RS, Locke III GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton III LJ, Talley NJ. Risk of Gastroparesis in Subjects with Type 1 and 2 Diabetes in the General Population. *Am J Gastroenterol*. 2012 January; 107(1): 82–88.
3. Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. *Gastroenterology*. 2004 November; 127(5): 1592–1622.
4. Camilleri M; Bharucha AE; Farrugia G. Epidemiology, Mechanisms and Management of Diabetic Gastroparesis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011 January; 9(1): 5–7.
5. Cesarini PR; Ferreira SRC; Dib SA. Gastroparesia diabética. *Revista da Associação Médica Brasileira* 1997; 43(2): 163-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n2/2059.pdf>>. Acessado em: 24/09/2015.