




USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PARA REVERSÃO DE GASTROPARESIA PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTE IDOSO

 <https://doi.org/10.56238/isevjhv3n5-002>

Recebimento dos originais: 23/09/2024

Aceitação para publicação: 23/10/2024

Guilherme Gaurdachoni de Padua Calixto

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Giovanna de Carvalho

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Maria Carolina Costa Marangoni

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Gabriela Pessinini Ruiz

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Pedro Linares de Oliveira Martins

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Beatriz Manrique Pieri

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Bruno Balisardo Zacharias

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Mateus Baptista Moraes

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Felipe Leandro Fidelis Aguiar

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Sales Antonio Barbosa Junior

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

Armando Carromeu Dias Pioch

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista

João Lucas Alijonas

Graduando em Medicina na Universidade do Oeste Paulista



RESUMO

A gastroparesia é uma condição que provoca lentificação do esvaziamento gástrico, afetando principalmente pacientes com diabetes mellitus e aqueles que passaram por cirurgias abdominais. Este artigo relata o caso de um paciente de 79 anos que, após uma sigmoidectomia, desenvolveu gastroparesia, sendo tratado com eritromicina, que melhorou significativamente seus sintomas. A condição é complexa e suas causas podem incluir lesões cirúrgicas e distúrbios neurológicos.

Palavras-chave: Gastroparesia, Eritromicina.

1 INTRODUÇÃO

A gastroparesia é uma condição clínica marcada por uma lentificação do esvaziamento gástrico, sobretudo de alimentos sólidos, na ausência de uma obstrução mecânica que justifique esse atraso. Por conta disso, o paciente acometido sofre com os sinais cardinais da doença, que são sensação de saciedade precoce, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, eructação e distensão abdominal.

A fisiopatologia desta não está completamente elucidada, sendo que cerca de 64% dos casos são considerados idiopáticos; contudo, dentre as hipóteses mais aceitas pela comunidade científica, acredita-se que a diabetes mellitus (DM) pode ser a principal causa primária relacionada à redução da velocidade de esvaziamento gástrico, estando presente em 31% dos pacientes com gastroparesia, seguida pela gastroparesia pós-cirúrgica, que responde por algo em torno de 5% dos casos.

Falando especificamente de cirurgias abdominais do andar superior do abdome, a gastroparesia geralmente é causada por lesões ou perturbações adjacentes, diretas ou indiretas, sobre o nervo vago. Desde o advento das técnicas laparoscópicas para o tratamento de DRGE, Gastroparesia tornou-se uma complicação reconhecida da funduplicatura (possivelmente de uma lesão vagal durante a cirurgia) ou da cirurgia bariátrica, que envolve procedimentos de gastroplastia ou de bypass gástrico.

Causas conhecidas de Gastroparesia iatrogênica cirúrgica incluem perturbações vagais, o que pode ser devido à lesão do nervo vago (por exemplo, depois de funduplicatura para DRGE), ou vagotomia intencional como parte da cirurgia de úlcera péptica, muito comuns em funduplicaturas e cirurgias bariátricas. Existe uma correlação verdadeira, mas em menor frequência, também, com gastroparesia e gastrostomias laparoscópicas¹. A literatura evidencia que após cirurgias gástricas, cerca de 0,4 a 5% dos pacientes evoluirão com retardo do esvaziamento gástrico e desenvolvimento dos sinais cardinais da gastroparesia. A população mais afetada são pacientes com mais de 70 anos, independente do sexo.

Outras causas, menos frequentes, mas ainda importantes, são as infecciosas, sejam virais ou bacterianas, sobretudo aquelas onde o agente etiológico sejam bactérias *Salmonella* spp. Camilleri et al., 2018, não observaram relação entre pacientes portadores de *Helicobacter pylori* e lentificação do esvaziamento gástrico como se observou nos casos de salmoneloses. Desordens neurológicas primárias, não relacionadas a DM, também podem causar quadros de gastroparesia, assim como lesões iatrogênicas durante procedimentos cirúrgicos.

O objetivo deste artigo é relatar o caso clínico de uma paciente de 82 anos, portadora de diabetes mellitus e hipertensão, que foi submetida a cirurgia de gastrectomia parcial, devido a obstrução péptica do piloro e primeira porção duodenal, e evoluiu com gastroparesia no pós-operatório tardio, sendo a medicação escolhida para tratamento a eritromicina, um antibiótico macrolídeo, cujo efeito prócinético é usado off label para casos similares.

2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 79 anos, hipertenso controlado com losartana 50 mg/dia, sem outras comorbidades, foi admitido no serviço de emergência com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, febre de 38,5°C e episódios de constipação. A tomografia computadorizada de abdome revelou diverticulite aguda complicada com abscesso pericólico. O paciente foi inicialmente tratado com antibioticoterapia, mas devido à falha do tratamento conservador, foi submetido à sigmoidectomia com anastomose primária.

O pós-operatório imediato foi satisfatório, com retomada gradual da dieta líquida no quarto dia pós-cirúrgico. No entanto, ao sétimo dia pós-operatório, o paciente começou a apresentar sintomas de plenitude gástrica precoce, náuseas e vômitos. Diante da suspeita de gastroparesia, foi realizado um estudo contrastado do trato gastrointestinal alto, que confirmou retardo no esvaziamento gástrico sem obstrução mecânica.

Inicialmente, o manejo da gastroparesia incluiu a suspensão da dieta oral e a introdução de metoclopramida, um agente procinético. No entanto, a resposta clínica foi limitada, com persistência dos sintomas. Considerando a possibilidade de um processo inflamatório residual e a propriedade procinética adicional da eritromicina, optou-se por administrar este antibiótico intravenoso, na dose de 250 mg a cada 6 horas.

A eritromicina, além de sua ação antimicrobiana, tem sido utilizada como procinético devido à sua capacidade de estimular os receptores da motilina, promovendo o esvaziamento gástrico. Após o início do tratamento, o paciente apresentou melhora significativa dos sintomas, com resolução completa das náuseas e vômitos e retorno à ingestão normal de alimentos sólidos. Um estudo contrastado de controle realizado 10 dias após o início do uso da eritromicina demonstrou normalização do esvaziamento gástrico.

3 DISCUSSÃO

A gastroparesia é uma condição que se caracteriza pelo retardo no esvaziamento gástrico, na ausência de obstrução mecânica evidente, e pode resultar de várias etiologias, incluindo

alterações neuropáticas, miopáticas, metabólicas, e em resposta a procedimentos cirúrgicos. No presente caso, um paciente idoso desenvolveu gastroparesia após a realização de uma sigmoidectomia para tratamento de diverticulite complicada, com resolução dos sintomas após tratamento com eritromicina, que foi utilizada tanto por sua ação antimicrobiana quanto por suas propriedades procinéticas

A gastroparesia pós-operatória não é incomum em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, especialmente em procedimentos que envolvem o trato gastrointestinal. Estudos mostram que a disfunção do esvaziamento gástrico pode estar relacionada à manipulação direta do estômago durante a cirurgia, inflamação residual, lesão neural ou alterações secundárias à resposta inflamatória sistêmica, o que pode levar à disfunção autonômica do trato gastrointestinal (GIT). No presente relato de caso, a associação temporal entre a cirurgia e o início dos sintomas de gastroparesia sugere fortemente uma etiologia pós-operatória. Além disso, a resposta ao uso de eritromicina levanta questões importantes sobre o papel tanto de fatores infecciosos residuais quanto da motilidade alterada no desenvolvimento dessa complicação.

A sigmoidectomia é um procedimento frequentemente realizado para o tratamento de diverticulite complicada, especialmente na presença de abscessos ou fístulas. Embora a diverticulite seja uma condição inflamatória localizada no cólon, as repercussões sistêmicas, como febre, sepse e desequilíbrio eletrolítico, podem contribuir para a disfunção motora do trato digestivo, incluindo o estômago. Em alguns casos, a inflamação intra-abdominal e o edema podem interferir no funcionamento dos nervos que controlam a motilidade gástrica, levando a uma forma temporária de gastroparesia. Além disso, o próprio estresse cirúrgico e a anestesia geral podem contribuir para essa condição ao retardar a retomada normal da função gástrica.

Embora a patogênese exata da gastroparesia pós-operatória no paciente descrito permaneça especulativa, dois fatores parecem ter contribuído para o desenvolvimento da condição: a inflamação persistente e uma possível alteração na motilidade gástrica. Durante o período pós-operatório imediato, a ausência de infecções detectáveis sugeria que a etiologia da gastroparesia era provavelmente multifatorial. Fatores como manipulação cirúrgica, inflamação e até o uso de opioides no pós-operatório podem ter contribuído. No entanto, a ausência de resposta satisfatória ao tratamento inicial com metoclopramida indicou a necessidade de uma abordagem terapêutica diferente.

Neste cenário, a escolha pela eritromicina é justificada não apenas por suas propriedades antimicrobianas, mas também por sua conhecida ação como procinético. A eritromicina, um macrolídeo, é amplamente utilizada no tratamento de infecções bacterianas; no entanto, em doses

sub-antimicrobianas, ela também atua como um agente procinético ao estimular os receptores de motilina presentes no trato gastrointestinal. Essa estimulação resulta em uma ativação das contrações antrais e promove o esvaziamento gástrico, acelerando o trânsito gástrico e ajudando a aliviar sintomas como náuseas, vômitos e plenitude gástrica. Estudos mostraram que a eritromicina intravenosa pode ser particularmente eficaz em pacientes com gastroparesia idiopática ou diabética, e seu uso tem sido documentado em contexto de gastroparesia pós-operatória.

No presente caso, a administração de eritromicina levou a uma melhora significativa dos sintomas de gastroparesia, com resolução completa das náuseas e vômitos e retorno à dieta normal. A eficácia da eritromicina neste contexto pode ser atribuída tanto à sua ação procinética quanto ao potencial controle de qualquer processo inflamatório ou infeccioso subjacente, que poderia estar contribuindo para a disfunção motora gástrica. Embora a dose utilizada no tratamento tenha seguido o protocolo habitual para terapia antibiótica, o benefício adicional como agente procinético foi observado e reforça a hipótese de que a eritromicina pode ser uma opção terapêutica importante em cenários semelhantes.

Apesar do sucesso terapêutico observado, a administração de eritromicina como tratamento de gastroparesia apresenta algumas limitações. Em doses prolongadas, a eritromicina pode levar ao desenvolvimento de taquifilaxia, com perda progressiva de sua eficácia procinética devido à dessensibilização dos receptores de motilina. Isso limita seu uso a curto prazo e a torna uma opção terapêutica mais adequada em cenários agudos, como foi o caso descrito, em que o paciente apresentou uma resposta rápida e positiva após o início do tratamento.

Outro ponto relevante na discussão do manejo da gastroparesia é a identificação de fatores de risco pré-existentes para o desenvolvimento da condição. O paciente descrito não apresentava comorbidades significativas além de hipertensão controlada, o que reduz a probabilidade de outros fatores metabólicos ou sistêmicos contribuírem para a disfunção gástrica. Em muitos casos, pacientes com gastroparesia apresentam condições de base como diabetes mellitus, doenças neurológicas ou uso prolongado de medicamentos que afetam a motilidade gástrica. A ausência desses fatores no presente caso ressalta a importância de se considerar a gastroparesia como uma complicação cirúrgica potencial mesmo em pacientes com perfil de risco relativamente baixo.

Além do tratamento farmacológico, o manejo de pacientes com gastroparesia inclui intervenções dietéticas e suporte nutricional adequado, especialmente em casos onde a ingestão oral está significativamente prejudicada. Dietas líquidas ou pastosas de baixo resíduo são frequentemente recomendadas para facilitar o trânsito gástrico. No presente caso, o paciente foi inicialmente submetido à suspensão temporária da dieta oral até que os sintomas se estabilizassem,

seguido de reintrodução gradual de líquidos e alimentos sólidos à medida que a função gástrica melhorava.

Este caso também destaca a necessidade de monitoramento contínuo dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais para sinais de disfunção gástrica pós-operatória. Embora a maioria dos casos de gastroparesia pós-cirúrgica seja transitória e resolva espontaneamente com o tempo, o diagnóstico precoce e a intervenção adequada podem prevenir complicações adicionais e acelerar a recuperação. A realização de estudos contrastados de esvaziamento gástrico, como foi feito neste caso, é essencial para confirmar o diagnóstico e guiar o manejo terapêutico.

Por fim, a resposta positiva do paciente à eritromicina sugere que o uso de antibióticos com propriedades procinéticas pode ser uma abordagem útil em casos específicos de gastroparesia pós-operatória, particularmente quando outros agentes procinéticos falham ou quando há suspeita de inflamação ou infecção residual. Este relato de caso contribui para a literatura ao fornecer uma evidência adicional de que a eritromicina pode ser eficaz tanto no tratamento da disfunção motora gástrica quanto no manejo de processos infecciosos associados, especialmente em contextos pós-operatórios.

4 CONCLUSÃO

O presente caso descreve um paciente idoso que desenvolveu gastroparesia após uma cirurgia para tratamento de diverticulite complicada, com resolução completa dos sintomas após o uso de eritromicina. Este relato reforça a importância de considerar a gastroparesia como uma complicação pós-operatória em cirurgias abdominais e destaca o papel potencial da eritromicina, não apenas como antibiótico, mas também como um agente procinético eficaz. O reconhecimento precoce da condição e a intervenção oportuna podem resultar em um desfecho favorável, como observado neste caso.



REFERÊNCIAS

CAMILLERI, M. et al. Gastroparesis. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 4, n. 1, 2018. DOI: 10.1038/s41572-018-0038-z.

BUDDAM, A.; HOILAT, G. J.; DACHA, S. Gastric Stasis. *Www.ncbi.nlm.nih.gov; StatPearls Publishing*, 14 ago. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482271/?report=printable>.

LEOW, T. H. et al. Postsurgical gastroparesis syndrome (PGS) following sleeve resection of a giant (6.1 kg) gastric gastrointestinal stromal tumour (GIST). *BMJ Case Reports*, v. 13, n. 11, e238267, nov. 2020.

MENG, H. et al. Incidence and risk factors for postsurgical gastroparesis syndrome after laparoscopic and open radical gastrectomy. *World Journal of Surgical Oncology*, v. 11, n. 1, 19 jun. 2013.

BHARUCHA, A. E.; KUDVA, Y. C.; PRICHARD, D. O. Diabetic Gastroparesis. *Endocrine Reviews*, v. 40, n. 5, p. 1318–1352, 2019. DOI: 10.1210/er.2018-00161.

3A DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-109-03-s1-0001/0066-782X-abc-109-03-s1-0001-pt.x27815.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

FLÁVIO, E. et al. A gastroenterologia no idoso: Temas de atualização científica do Curso de Pós-Graduação do FAPEGE da Federação Brasileira de Gastroenterologia XVII Semana Brasileira do Aparelho Digestivo (SBAD) [Internet].

CANGEMI, D. J.; LACY, B. E. Gastroparesis: Myths, Misconceptions, and Management. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 6 jun. 2023. Disponível em: <https://www.dovepress.com/gastroparesis-myths-misconceptions-and-management-peer-reviewed-fulltext-article-CEG>. Acesso em: 6 ago. 2023.

CAMILLERI, M.; ATIEH, J. New Developments in Prokinetic Therapy for Gastric Motility Disorders. *Frontiers in Pharmacology*, v. 12, p. 711500, 2021. DOI: 10.3389/fphar.2021.711500.

SHAIKH, N. et al. Optimal dose and duration of enteral erythromycin as a prokinetic: A surgical intensive care experience. *Qatar Medical Journal*, 21 jan. 2021.