

Perfuração gastrointestinal associada ao uso de *crack*-cocaína: relato de caso

Gastrointestinal perforation associated with crack-cocaine use: a case report

Aluísio Gonçalves Medeiros¹, Bruna Schneider Pinto Coelho¹, Guilherme Pereira da Silva¹, Isadora Mota Aguiar¹, Kamilla Almeida de Oliveira¹, Keyla Daniele de Lacerda Rodrigues¹, Leandro Santos Franco de Aguiar¹, Lígia Araújo Milanez¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

O consumo de cocaína e *crack* tem sido associado à ampla gama de complicações sistêmicas. No trato gastrointestinal, pode levar a: isquemia, infarto e perfuração intestinal e, raramente, hemorragia maciça. Este relato apresenta paciente de 25 anos de idade, usuário de *crack* há uma década, admitido no pronto-atendimento com dor abdominal súbita, irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica. A laparotomia exploratória revelou expressiva quantidade de líquido livre no abdômen e perfuração gástrica. O uso de drogas ilícitas, como *crack*-cocaína, constitui pauta de preocupação e de alerta para várias complicações clínico-cirúrgicas que colocam agudamente em risco a vida de seu usuário.

Palavras-chave: Cocaína; Cocaína Crack; Perfuração intestinal; Detecção do Abuso de Substâncias.

ABSTRACT

The cocaine and crack consumption has been associated with a wide range of systemic complications. In the gastrointestinal tract, the use of cocaine can lead to manifestations such as intestinal ischemia, infarction, perforation, and rarely massive bleeding. In this paper, we report the case of a previously healthy 25-year-old patient, crack user for 10 years, admitted to the emergency room with sudden abdominal pain, peritoneal irritation and hemodynamic instability. Underwent exploratory laparotomy which revealed the presence of significant amount of free fluid and gastric perforation. The use of illicit drugs such as crack-cocaine is increasing the concern and alert for several clinical and surgical complications that put acutely at risk the lives of its users.

Key words: Cocaine; Crack Cocaine; Intestinal Perforation; Substance Abuse Detection.

INTRODUÇÃO

Apesar da crescente incidência do abuso de *crack*-cocaína, as consequências vasculares do seu uso continuam indefinidas.¹ O uso de cocaína tem sido associado à ampla variedade de complicações médicas, incluindo isquemia/infarto miocárdicos, cardiomiopatias, isquemia cerebral, infarto renal, pneumomediastino, pneumotórax, pneumopericárdio, convulsões, hemorragias cerebrais, arritmias cardíacas, edema pulmonar, rabiomólise, placenta prévia, crescimento intrauterino restrito, perfuração de septo nasal e infarto da pele e de músculos.² Incluem-se nessa lista as complicações gastrointestinais caracterizadas, especialmente, por isquemias intesti-

¹ Acadêmicos do internato de Medicina de Urgência e Traumatologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico e professor no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Keyla Daniele de Lacerda Rodrigues
Av. João Pinheiro, 85, apto 1501-A
Bairro: Centro
CEP: 30130-180
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: keylacerda@hotmail.com

nais e perfurações na região pré-pilórica e primeira porção do duodeno.³⁻⁶ Seu mecanismo mais provável parece ser dependente da vasoconstrição que provoca, além da sua toxicidade direta sobre a mucosa visceral e o aumento transitório da pressão arterial sistêmica.⁷ É cada vez mais necessária atenção em relação ao abuso de drogas ilícitas e medicamentos em pacientes com dor abdominal inexplicável.⁷ Neste artigo é relatado o caso de paciente usuário crônico de *crack*, com dor abdominal aguda, a princípio sem etiologia definida.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 25 anos de idade, usuário de *crack* há uma década, admitido na sala de emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves, em Belo Horizonte, com dor abdominal súbita, de forte intensidade.

Apresentava-se com fácies álgica, pálido, sudorético, extremidades frias, taquidispneico, taquicárdico, pulsos periféricos finos em artérias radiais e pediosas; abdômen distendido, rígido, doloroso à palpação superficial e profunda, com descompressão súbita dolorosa (*blumberg* positivo).

Foi submetido à laparotomia exploradora de emergência sob anestesia geral. Encontrados cerca de 6 L de líquido turvo e purulento, associado à perfuração gástrica pré-pilórica de 0,5cm, com saída de secreção gástrica. Recebeu 5.000 mL de cristaloides e 1.500 mL de colóide com melhora hemodinâmica parcial, necessitando de aminas vasoativas. A lesão gástrica foi suturada em dois planos com *patch* de omento e iniciada antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e metronidazol.

O pós-operatório imediato foi realizado em terapia intensiva (CTI), permanecendo intubado e em uso de aminas vasoativas. Manteve-se hipocorado e com distensão abdominal à inspeção. Extubado no primeiro dia de pós-operatório (DPO), com melhora hemodinâmica e neurológica, diminuição da dor e distensão abdominal. Apresentou vômitos biliosos entre o primeiro e o terceiro DPO, aceitando dieta líquida completa nas 24 horas seguintes, com eliminação de flatos e fezes pastosas.

Recebeu alta do CTI no quinto DPO estável hemodinamicamente, consciente, orientado, lúcido, com diurese satisfatória. Surgiu dor ventilatório-dependente em hemitórax direito associada à dispneia, sendo identificada atelectasia em base direita e derrame pleural, além de infiltrado em base pulmonar esquerda pela radiografia de tórax. Prescrito amoxicilina/clavulanato por 10 dias.

Após 10 dias de antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e metronidazol, recebeu alta hospitalar com ausência de sintomatologia respiratória e gastrointestinal, com melhora clínica total.

DISCUSSÃO

A cocaína é a droga ilícita mais comumente associada ao óbito. Os primeiros relatos sobre seu uso remontam às tribos peruanas que mascavam as folhas da *Erythoxylon coca*, liberada em baixas doses.⁸ Nos dias atuais, após processos de refinamento, a substância é comercializada ilegalmente em duas formas clássicas de apresentação: o pó branco (cloridrato) e a forma de base livre (*crack*).⁹ É potente agente vasoativo, que pode induzir isquemia por vários mecanismos: constrição vascular mediada por vias noradrenérgicas, dopaminérgicas e serotoninérgicas; aumento da atividade do tromboxano A; ou diminuição da atividade das prostaciclinas causando aumento da agregação plaquetária, o que leva à trombose intravascular.^{10,11}

O uso agudo e crônico da droga está associado a significativo número de outras complicações da saúde.¹² Entre as gastrointestinais está a isquemia aguda, secundária à intensa vasoconstrição arterial e à redução no fluxo sanguíneo por estimulação de receptores α -adrenérgicos, que pode resultar em úlcera duodenal e perfuração, usualmente três dias após o seu uso.¹³ Como a vasculatura mesentérica é ricamente inervada por fibras simpáticas pós-ganglionares, isso a torna especialmente susceptível ao efeito vasoconstritor contínuo da cocaína.^{10,14} As ações anticolinérgicas da cocaína produzem hipomotilidade, diminuição do tempo de esvaziamento gástrico e tempo prolongado de exposição ao ácido gástrico, o que contribui para a formação da úlcera.¹³

A relação temporal entre o consumo de *crack-cocaína* e o aparecimento da dor abdominal e ruptura gastrointestinal permite presumir possível causa isquêmica relacionada ao uso de *crack-cocaína*.^{14,15}

No caso aqui descrito havia história de uso crônico de *crack-cocaína* e a possibilidade de lesões gastrointestinais subclínicas, somado ao consumo além do habitual no dia anterior à admissão hospitalar, o que pode ter contribuído para a perfuração visceral aguda.

A apresentação clínica típica da perfuração gastroduodenal aguda inclui o início súbito e agudo de dor epigástrica, às vezes com dor referida nos ombros, devido ao acúmulo de ar sobre o diafragma (pneumoperitônio). Podem surgir náuseas, vômitos,

diarreia e dor abdominal leve, o que torna o diagnóstico difícil, principalmente em jovens, necessitando de alto grau de suspeição.⁹ Devido à intensa vasoconstricção que se associa ao uso da droga, pacientes com trauma grave associado à hipovolemia podem apresentar pressão arterial média normal.¹⁶

As perfurações ocorrem mais comumente na porção do duodeno e piloro¹⁷ e geralmente são pequenas (3-5 mm)¹⁸. Predominam nos homens por volta de 32-33 anos de idade¹⁹, em pacientes em que a úlcera péptica prévia é rara. O índice de mortalidade das complicações gastrointestinais decorrentes do uso de *crack*-cocaína varia de 17 a 28,5%.^{19,20} O curto intervalo de tempo entre o início da sintomatologia e a chegada ao pronto-atendimento certamente foi dos fatores que favoreceram o sucesso terapêutico aqui observado. A melhor abordagem é a laparotomia exploratória, independentemente da presença ou ausência de pneumoperitônio, quando os sinais clínicos de perfuração intestinal estão presentes após o uso de cocaína.⁷ É importante também ter em mente que a instabilidade hemodinâmica, após o consumo de cocaína, pode ser sinal tardio de hemorragia e exige intervenção cirúrgica imediata, com ênfase na reanimação, como foi realizado neste relato.⁷

As técnicas cirúrgicas mais usadas no tratamento de úlceras são a vagotomia e piloroplastia, vagotomia e antrectomia e gastrectomia subtotal, bem como o reparo da lesão com *patch* de omento, que tem se tornado dos métodos frequentemente utilizados no tratamento de úlcera perfurada.^{21,22}

CONCLUSÃO

Descreve-se neste relato a perfuração gástrica pré-pilórica após abuso de *crack*-cocaína. O alerta para a possibilidade de problemas médicos de urgência decorrentes de uso de drogas ilícitas constitui cada vez mais preocupação para os emergencistas e cirurgiões. A anamnese constitui a melhor estratégia para identificar as possíveis causas das emergências médicas, incluindo aspectos sociais, associada ao exame clínico e métodos propedêuticos simples, porém bem-indicados, essenciais para o sucesso do tratamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Professor Doutor Wilson Luís Abrantes.

REFERÊNCIAS

1. Shulz J, Sumpio BE, Gusberg RJ. Cocaine-associated myocardial and mesenteric ischemia: a case report and review of the literature. *Int J Angiol*. 1998; 7:1-5.
2. Muñiz AE, Evans T. Acute gastrointestinal manifestations associated with use of crack. *Am J Emerg Med*. 2001; 19(1):61-3.
3. Office of National Drug Council Policy. The national drug control strategy, 1988: a ten year plan, 1998. [Cited 2000 Oct 20]. Available from: <http://www.nida.nih.gov>.
4. Shaft JA. Renal infarction associated with intravenous cocaine use. *Ann Emerg Med*. 1984; 13:1145-7.
5. Kram HB, Hardin E, Clark SR, et al. Perforated ulcers related to smoking "crack" cocaine. *Am Surg*. 1992; 58:293-4.
6. Wattoo MA, Osundeko O. Cocaine-induced intestinal ischemia. *West J Med*. 1999; 170:47-9.
7. Bellows CF, Raafat AM. The surgical abdomen associated with cocaine abuse. *The Journal of Emergency Medicine*. 2002; 23(4):383-6.
8. Gay GR, Inaba DS, Sheppard CW, et al. Cocaine: history, epidemiology, human pharmacology, and treatment. *Clin Toxicol*. 1975; 8:149-78.
9. Luft A, Mendes FF. Anestesia no paciente usuário de cocaína. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007; 57(3):307-14.
10. Cregler LL, Mark H. Special report. Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med*. 1986; 315:1495-500.
11. Togna G, Tempseta E, Togna AR, Dolci N, Cebo B, Caprino L. Platelet responsiveness and biosynthesis of thromboxane and prostacyclin in response to in vitro cocaine treatment. *Haemostasis*. 1985; 15:100-7.
12. Lingamfelter DC, Knight LD. Sudden death from massive gastrointestinal hemorrhage associated with crack cocaine use: case report and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*. 2010; 31(1):98-9.
13. Herrine SK, Park PK, Wechsler RJ. Acute mesenteric ischemia following intranasal cocaine use. *Dig Dis Sci*. 1998; 43:586-9.
14. Brown DN, Rosenholtz MJ, Marshall JB. Ischemic colitis related to cocaine abuse. *Am J Gastroenterol*. 1994; 90(9):1558-61.
15. Fishel R, Hamamoto G, Barbul A, Jiji V, Efron G. Cocaine colitis? Is this a new syndrome? *Dis Colon Rectum*. 1985; 28(4):264-6.
16. Bloomstone JA. The drug-abusing parturient. *Int Anesthesiol Clin*. 2002; 40:137-50.
17. Lee HS, LaMaute HR, Pizzi WF, Picard DL, Luks FI. Acute gastroduodenal perforations associated with use of crack. *Ann Surg*. 1990; 211:15-7.
18. Feliciano DV, Ojukwu JC, Rozycki GS, et al. The epidemic of cocaine-related juxtapyloric perforations: with a comment on the importance of testing for helicobacter pylori. *Ann Surg*. 1999; 229:801-4.
19. Linder JD, Monkemuller KE, Raijman I, et al. Cocaine-associated ischemic colitis. *South Med J*. 2000; 93:909-13.
20. Glauser J, Queen JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. *J Emerg Med*. 2007; 32:181-6.
21. Graham RR. The treatment of perforated duodenal ulcers. *Surg Gynecol Obstet*. 1937; 64:235-8.
22. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. *World J Surg*. 2000; 24:277-83.