

Obstrução intestinal por volvo de ceco, relato de caso

Obstructions intestinal for cecal volvulus, report case

LUIZ CARLOS MACIEL¹; FERNANDO OLIVEIRA SALÁN²; GUILHERME COSTA GUIARD²

INTRODUÇÃO

O volvo de ceco (VC) constitui a principal apresentação das anomalias relacionadas as más rotações intestinais¹. É caracterizado por torção axial envolvendo o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesos^{1,2}, resultando em obstrução intestinal³.

A incidência é de 2,8 a 7,1 por milhões de pessoas ano, perfazendo 22% dos volvos colônicos⁴, ocasionando 1 a 1,5% das obstruções intestinais em adultos².

Apresenta-se com dor aguda e distensão abdominal, associado a náuseas, vômitos^{1,4}, e hipertimpanismo com ou sem massa abdominal palpável².

O objetivo é relatar um caso de VC com ênfase nas suas diferentes condutas diagnósticas e terapêuticas.

RELATO DO CASO

Sexo feminino, 42 anos, dor abdominal difusa há sete dias, em cólica passando para contínua nos últimos três dias, de forte intensidade, acompanhando parada de eliminação de gases e fezes, com vômitos de estase. Havia ausência de operações anteriores. Exame em regular estado geral, descorada, desidratada Grau I, afebril. Abdômen globoso, distendido, ruídos hidro-aéreos aumentados em salvas e timbre metálico, hipertimpânico a percussão, doloroso a palpação em andar superior do abdômen, sem massas palpáveis. Ausência de fezes na ampola retal.

A radiografia foi observada grande distensão de alça intestinal ocupando epigástrio, mesogástrio e hipocôndrio esquerdo (Figuras 1 e 2), e a colonoscopia evidenciou imagem de compressão extrínseca do cólon ascendente não sendo possível a progressão do aparelho além do ângulo esplênico.

Na laparotomia exploradora diagnosticou-se VC e cólon ascendente, estando o ceco na loja esplênica. Na parede cecal havia pontos hemorrágicos e áreas de necrose do mesocólon acima da torção estando a dez centímetros do ângulo hepático (volvo de quatro voltas). Foi realizado colectomia direita com íleotransverso-anastomose látero-terminal.

Paciente evoluiu de forma satisfatória tendo alta no quinto pós-operatório, estando assintomática após sete anos de seguimento ambulatorial.



Figura 1 - Distensão do ceco ocupando o andar supra-mesocólico.

DISCUSSÃO

A má rotação intestinal pode estar associada a duas síndromes distintas envolvendo o ceco: ceco móvel caracterizada por dor abdominal crônica intermitente que melhora espontaneamente com passagem de flatos (esses sintomas são relatados em 50% destes pacientes), e o próprio VC, que cursa com sintomas de obstrução intestinal aguda que podem evoluir para toxemia, peritonite e morte se não tratado adequadamente².

Para o diagnóstico do VC além do quadro clínico pode-se utilizar um arsenal de exames diagnósticos como: raios-X simples de abdômen, enema opaco, tomografia computadorizada (TC) de abdômen e colonoscopia^{2,3}. Nas radiografias simples de abdômen ob-

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Taubaté, SP, BR.

1. Professor Auxiliar de Ensino da Disciplina de Clínica Cirúrgica da Universidade de Taubaté (UNITAU), SP, BR; 2. Pós-Graduando em Aparelho Digestivo na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, SP, BR; 3. Residente de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Santos, SP, BR.



Figura 2 - Nível hidroaéreo no ceco em andar supra-mesocólico.

serva-se dilatação do ceco em 98 a 100% dos casos, ausência de gás no cólon distal, nível líquido e dilatação de delgado², e em alguns casos encontra-se o ceco em posição fora do habitual³.

O enema opaco tem sido a modalidade mais tradicionalmente aplicada para confirmação diagnóstica do VC com sensibilidade de 88%². A TC revela a presença e a localização do volvo, além das complicações como a isquemia e a perfuração, tendo como imagem característica o "olho do redemoinho", composto por círculos espiralados e concêntricos formados pela torção do meso³.

A colonoscopia possui bom potencial diagnóstico, pois é capaz de localizar o ponto exato de torção colônica, porém apresenta limitada capacidade terapêutica no VC (variando de 30 a 50% de sucesso)^{3,5}.

As condutas terapêuticas aceitáveis incluem: redução colonoscópica, desvolvulação com cecopexia ou colectomia direita². Havendo pontos hemorrágicos e áreas de necrose acima da torção, optou-se pela colectomia direita e reconstrução primária, estando esta conduta de acordo com a literatura consultada²⁻⁴. Caso não houvesse sinais de sofrimento vascular no ceco e mesocólon correspondente, poder-se-ia realizar a desvolvulação associada à cecopexia¹, apesar da recorrência para esta conduta ser de até 70%².

O VC apesar de pouco freqüente apresenta sinais clínico-radiológicos bem estabelecidos que auxiliam no diagnóstico e intervenção precoce.

A B S T R A C T

Cecal volvulus (CV) establishes the main appearance of the anomalies related to intestinal malrotation. Diagnosis is based on signs and symptoms compatible to intestinal obstructions and complementary examinations as: single radiography form abdomen, opaque enema, computerized tomography and colonoscopy. Therapeutics modalities include: colonoscopy reducing, cecopexy and right colectomy. This article reports a CV case giving emphasis in different diagnosis and therapeutics behaviors.

Key words: Cecal diseases/therapy. Intestinal obstruction.

REFERÊNCIAS

1. Leal Mursulí A, Adefna Pérez RI, Ramos Díaz N, Castellanos González Juan A, Martínez Acosta U, Izquierdo Lara FT. Malrotación intestinal asociada a vóculo del ciego: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir.* [periódico en la Internet]. 2002 Dic [citado 2009 Feb 20]; 41(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000400012&lng=es&nrm=iso.
2. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J.* 2005; 81(962):772-6.
3. Moore CJ, Corl FM, Fishman EK. CT of cecal volvulus: unraveling the image. *AJR Am J Roentgenol.* 2001; 177(1):95-8.
4. Wales L, Tysome J, Lim A, Moser S, Tait P, Navarra G. Gastrointestinal: Cecal volvulus. *J Gastroenterol Hepatol.* 2004; 19(2):225.
5. Theuer C, Cheadle WG. Volvulus of the colon. *Am Surg.* Mar 1991; vol 57(3): p.145-50.

Recebido em 09/03/2006

Aceito para publicação em 28/05/2006

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Maciel LC, Salán FO, Guisard GC. Obstrução intestinal por volvo de ceco: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2009; 36(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Luiz Carlos Maciel

E-mail: luizmaciel@unitau.br