

## VOLVO DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO

Catharina Ferrari Salgado Fernandes<sup>1</sup>, Lucas de Oliveira Ramos<sup>2</sup>, Anna Luísa Aguiar Guimarães<sup>1</sup>, Joaquim Ferreira de Paula<sup>3</sup> e Letícia Silveira Naglis<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O volvo de cólon é uma das principais causas de obstrução intestinal, porém o volvo do cólon direito é responsável por apenas 1-2% dos casos. A clínica é caracterizada por dor aguda e distensão abdominal, associada a náuseas, vômitos e hipertimpanismo, com ou sem massa abdominal palpável. **Objetivo:** Relatar um caso de volvo extenso envolvendo todo o cólon direito em paciente com alterações motoras e intelectuais. **Relato de caso:** Mulher, 39 anos, portadora de Síndrome de Rett com obstrução intestinal e tentativa de tratamento conservador que acabou evoluindo para laparotomia exploradora que evidenciou torção no sentido anti-horário do mesocólon envolvendo todo o cólon direito até ângulo esplênico. **Conclusão:** Embora a paciente tenha realizado tomografia computadorizada só obteve o diagnóstico definitivo durante o tratamento operatório.

**Palavras-chave:** Volvo, obstrução intestinal, Síndrome de Rett.

## VOLVULUS ON THE RIGHT COLON: CASE REPORT

### ABSTRACT

**Introduction:** Colon volvulus is a major cause of intestinal obstruction but right colon volvulus is responsible for only 1-2% of cases. The clinic is: acute pain and abdominal distension associated with nausea, spewing out and hyperthympanism with or without palpable abdominal mass. **Objective:** To report an extensive volvulus case involving the entire right colon in a patient with motor and intellectual alterations. **Case report:** A 39-year-old woman with Rett syndrome and intestinal obstruction attempting conservative treatment that eventually led to exploratory laparotomy. It showed counterclockwise torsion of the right colon to the splenic angle. **Conclusion:** Although the patient the computed tomography was performed, the definitive diagnosis was only confirmed during the operative treatment.

**Keywords:** Volvulus, intestinal obstruction, Rett Syndrome.

1. Graduanda de Medicina no Centro Universitário de Valença.

2. Médico graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

3. Departamento de Cirurgia Geral do Curso de Medicina do Centro Universitário de Valença

4. Médica graduada pelo Centro Universitário de Valença

## INTRODUÇÃO

Segundo Ballantyne et al. (1985) e Buechter e Boustani et al. (1988), representantes da literatura Inglesa e Americana, o volvo de cólon é citado como uma das principais causa de obstrução intestinal (4-5% de incidência), porém o volvo do cólon direito é responsável por apenas 1-2% dos casos de obstrução intestinal (BATISTA et al., 2010).

O volvo de cólon direito é caracterizado por torção axial envolvendo o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesos (LEAL et al., 2002; CONSORTI; LIU, 2005), resultando em obstrução intestinal (MOORE; CORL; FISHMAN, 2001).

A forma de apresentação desta entidade é com dor aguda e distensão abdominal, associada a náuseas, vômitos (LEAL et al., 2002) e hipertimpanismo, com ou sem massa abdominal palpável (CONSORTI; LIU, 2005).

Nas revisões de literatura sobre o volvo (ou vólculo) do cólon direito, o fator determinante do seu surgimento seria a falta de fixação do segmento do cólon que geralmente deveria estar aderido à parede abdominal posterior (SOARES et al., 2017). Fatores predisponentes ao volvo são: constipação, gravidez, medicação laxante e cirurgia abdominal prévia (HJORTRUP; FREIS; MERSER, et al., 1987).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de volvo extenso envolvendo todo o cólon direito em paciente com alterações motoras e intelectuais, o que ocasiona ainda mais dificuldade diagnóstica pré-operatória, apesar da realização de exame de imagem.

## RELATO DE CASO

Paciente C.G.P., feminina, 39 anos, portadora de Síndrome de Rett e epilepsia, em uso de carbamazepina, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Escola de Valença com história de dor e distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes, agitação e anorexia há quatro dias. Foi solicitada uma TC de abdome que revelou acentuada e difusa distensão líquida-gasosa com formação de nível hidroaéreo na câmara gástrica, em todos os segmentos delgados e de forma mais importante nos cólons, atingindo calibre de até 8,2 cm no transversos. O terço distal do sigmoide e o reto estavam de calibre preservado, porém vazios, sugerindo fator

obstrutivo ao trânsito intestinal. A avaliação foi dificultada devido à grande distensão das alças. Apresentava leucocitose de 13700 (ref: 4000 a 10000 mm<sup>3</sup>) com desvio nuclear à esquerda até bastonetes 06 (ref: 0 a 5%). Demais exames laboratoriais, sem alterações.

Foi iniciado tratamento conservador com jejum oral, hidratação venosa e cateterismo nasogástrico, seguido de laparotomia exploradora no dia posterior à admissão hospitalar, cujo achado operatório foi de torção no sentido anti-horário do mesocólon envolvendo todo o cólon direito até ângulo esplênico, associada à distensão importante e isquemia dos referidos cólons que não apresentavam fixação à parede posterior do abdome, assim como não havia o omento gastrocólico; presença de líquido hemopurulento em moderada quantidade na cavidade peritoneal; alças de delgado pouco distendidas. Foi realizada uma colectomia direita ampliada, associada à ileostomia terminal.

Figura 1. Achado operatório de cólon direito livre de fixação em parede posterior e ausência de omento gastrocólico.



Figura 2. Achado operatório da área de torção do mesocólon e aspecto isquêmico do cólon.



A peça anatômica retirada foi enviada para estudo de anatomo-patológico, cujo laudo apresentou: 5 cm de íleo e ceco + cólon ascendente medindo 68 cm, que após abertura evidenciou mucosa lisa e vinhosa. As paredes estavam firme-elásticas com luz virtual. A biópsia evidenciou intestino com isquemia e atrofia. Apêndice com obliteração fibrosa e neoformação vascular. Ausência de malignidade nos planos dos cortes examinados.

O pós-operatório foi realizado em UTI, sendo usado antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol e noradrenalina para estabilização hemodinâmica. No terceiro dia de pós-operatório apresentou febre, piora da leucocitose, sendo diagnosticada pneumonia nosocomial, o que motivou a troca do esquema de antibiótico para meropenem e amicacina.

Após 22 dias na UTI, a paciente foi encaminhada para enfermaria onde permaneceu por 3 dias, recebendo alta hospitalar.

## **DISCUSSÃO**

A condição comumente denominada volvo cecal é, na verdade, um volvo cecocólico. Consiste em uma rotação axial do íleo cecal, ceco, cólon ascendente, com torção concomitante do mesentério associado. O volvo cecocólico ocorre devido uma falta de fixação do segmento cólico ao retroperitônio.

Segundo Krapfer e Rappold (2004) e Matzke et al. (2005), a má-rotação intestinal em adultos é assintomática em sua grande maioria; quando sintomática, a evolução pode ocorrer de forma aguda ou crônica. A forma aguda é caracterizada com quadro de vômitos e dor abdominal com ou sem distensão, podendo evoluir para isquemia e necrose de alça intestinal, podendo estar ou não associada à peritonite (DIETZ, et al., 2002). No presente caso, a evolução ocorreu de forma aguda, sendo causada por volvo de cólon direito e parte do transversal, com consequente necrose intestinal.

Já nos casos de evolução crônica, os sintomas são inespecíficos, como dor abdominal tipo cólica de caráter intermitente e vômitos recorrentes (MAXSON; FRANKLIN; WAGNER, 1995), (DIETZ, et al., 2002). Estes sintomas vagos tornam o diagnóstico obscuro, retardando-o, e não raro o paciente é atendido por vários médicos, que atribuem as causas das queixas a problemas da motilidade intestinal ou a desordens de origem psiquiátrica antes de esclarecer o correto e definitivo

diagnóstico (MAXSON; FRANKLIN; WAGNER, 1995; KRAPFER; RAPPOLD, 2004; JAYATHILLAKE; SHIELDS, 2005; MATZKE et al., 2005).

No caso em cena, como a paciente era portadora da Síndrome de Rett, investigou-se por possíveis correlações anatômicas com o diagnóstico apresentado, porém tal fato não foi configurado, uma vez que a referida síndrome está basicamente relacionada a alterações motoras e intelectuais que vão surgir após os 18 meses de vida (PAZETO et al., 2013). No trato gastrointestinal, as alterações observadas são constipação intestinal (devido desordens motoras), doença do refluxo gastroesofágico e vômitos pós-prandiais (dificuldade de coordenação motora alimentar) e aerofagia (MOTIL et al., 2012).

Muito embora a radiografia contrastada do trato gastrintestinal alto já tenha sido considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico de má-rotação intestinal (DIETZ, et al., 2002), atualmente existem outros exames para o diagnóstico tais como ultrassonografia de abdome (JAYATHILLAKE; SHIELDS, 2005), (MAXSON; FRANKLIN; WAGNER, 1995), a angiografia (JAYATHILLAKE; SHIELDS, 2005), a videolaparoscopia (MAZZIOTTI; STRASBERG; LANGER, 1997) e, principalmente, a tomografia computadorizada contrastada de abdome que cada vez mais vem sendo solicitada. Nos casos agudos, no entanto, o diagnóstico na maioria das vezes continua a ser feito através da laparotomia (JAYATHILLAKE; SHIELDS, 2005).

Estudos recentes afirmam que a segurança, eficácia e viabilidade da laparoscopia são semelhantes à laparotomia, e ainda conta com a vantagem da alta precoce e rápida ingesta oral (KOTZE, et al., 2011). (MATZKE, et al., 2005).

No presente relato optou-se por realizar a tomografia computadorizada de abdome, que demonstrou achados sugestivos de obstrução intestinal, além de grande distensão do estômago e alças intestinais, que prejudicaram o diagnóstico de volvo de cólon direito, o que só foi possível durante a laparotomia exploradora.

De acordo com Dietz et al. (2002), Krapfer e Rappold (2004), Matzke et al. (2005), Seymour e Andersen (2005), em relação aos adultos, não existe padronização quanto ao tratamento, ficando na dependência do estado clínico do paciente, dos achados nos exames complementares e intraoperatórios.

O tratamento não operatório do volvo em região cecal, segundo Destro et al. (2007), Majeski (2005), raramente é passível, devido a chance de perfuração por colonoscopia ou enema.

O tratamento cirúrgico pode ser feito com desvolvulação e fixação, caso não haja sinais de isquemia, necrose ou perfuração. Se houver algum indício de comprometimento intestinal, a conduta cirúrgica mais recomendada pela literatura é a ressecção da área afetada, com posterior confecção de anastomose ou ileostomia primária (MACIEL, SALÁN, GUIARD, 2009; MAJESKI, 2005; BATISTA et al., 2010).

No caso em questão, por se tratar de abdome agudo e TC compatível com obstrução intestinal, a laparotomia foi indicada com realização de colectomia direita ampliada e ileostomia, esta em função da gravidade da paciente e da peritonite, e somente assim, pode-se concluir o diagnóstico.

## **CONCLUSÃO**

O atual artigo retrata um caso de volvo agudo e extenso de cólon direito com presença de necrose em paciente portadora de alterações motoras e intelectuais (Síndrome de Rett), que embora tenha realizado tomografia computadorizada, só obteve o diagnóstico definitivo confirmado durante o tratamento operatório.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BALLANTYNE, D. et al. Vólvulo do cólon: incidência e mortalidade. *AnnSurg*, v. 202, p.83-92,1985.

BATISTA, T.P. et al. Volvo de ceco complicado por icterícia séptica. *Rev Col Bras Cir*, v. 37, n. 6, 2010.

BUECHTER, K.J.; BOUSTANY, C.C.R. Manejo cirúrgico do cólon agudamente obstruído - revisão de 127 casos. *Am J Surg*, v.156, p. 153-158, 1988.

CONSORTI, E.T.; LIU, T.H. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J*, v. 81, n. 962, p. 772-776, 2005.

DESTRO, M.W.B. et al. Volvo de ceco no pós-operatório recente de abdominoplastia. *Rev. Bras. Cir. Plást*, v. 22, n. 3, p. 176-179, 2007.

DIETZ, D.W. et al. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults. *Dis Colon Rectum*, v. 45, n. 10, p. 1381-6, 2002.

HJORTRUP, A.; FREIS, J.; MERSER, S.B.J. Volvulus de ceco. Dan Med Bull, v. 34, p. 331-333, 1987.

JAYATHILLAKE, A.; SHIELDS, M.A. Malrotation with volvulus: a rare cause of acute bowel obstruction in an adult. ANZ J Surg, v. 75, n. 9, p. 831-3, 2005.

KOTZE, P.G. et al. Procedimento de Ladd para má rotação intestinal no adulto: relato de caso. ABCD, Arq. Bras. Cir, v. 24, n. 1, p. 89-91, 2011.

KRAPFER, S.A.; RAPPOLD, J.F. Intestinal malrotation – not just the pediatric surgeon's problem. J Am Coll Surg, v. 199, n. 4, p. 628-35, 2004.

LEAL, A.M. et al. Malrotación intestinal asociada a vólvulo del ciego: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Cubana Cirurgia, v.4, n.41, 2002.

MACIEL, L.C.; SALÁN, F.O.; GUIARD, G.C. Obstrução intestinal por vólvo de ceco: relato de caso. Rev Col Bras Cir, v. 36, n. 1, 2009.

MAJESKI, J. Operative therapy for cecal volvulus combining resection with colopexy. The American Journal of Surgery, v. 189, n. 2, p. 211–213, 2004.

MATZKE, G.M. et al. Surgical management of intestinal malrotation in adults: comparative results for open and laparoscopic Ladd procedures. SurgEndosc, v. 19, n. 10, p. 1416-9, 2005.

MAXSON, R.T.; FRANKLIN, P.A.; WAGNER, C.W. Malrotation in the older child; surgical management, treatment, and outcome. Am Surg, v. 62, n. 2, p.135-8, 1995.

MAZZIOTTI, M.V.; STRASBERG, S.M.; LANGER, J.C. Intestinal rotation abnormalities without volvulus: the role of laparoscopy. J Am Coll Surg, v. 185, n. 2, p.172-6, 1997.

MOORE, C.J.; CORL, F.M.; FISHMAN, E.K. CT of cecal volvulus: unraveling the image. AJR Am J Roentgenol, v. 177, n. 1, p. 95-98, 2001.

MOTIL, K. J. et al. Gastrointestinal and Nutritional Problems Occur Frequently Throughout Life in Girls and Women With Rett Syndrome. Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, v. 55, n. 3, p.292-298, set. 2012.

PAZETO, T.C.B. et al. Síndrome de Rett: artigo de revisão. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.13, n.2, p. 22-34, 2013.

SEYMOUR, N.E.; ANDERSEN, D.K. Laparoscopic treatment of intestinal malrotation in adults. JSLS, v. 9, n. 3, p. 298-301, 2005.

SOARES, M. et al. Volvo de cólon direito. J coloproctol, v. 37, n. S1, p. 173-76, 2017.