

## Caso 8

### Case 8

Fernanda de Souza Foureaux<sup>1</sup>, Glauber Coutinho Eliazar<sup>1</sup>, Daniel Moore Freitas Palhares<sup>1</sup>, Júlio Guerra Domingues<sup>1</sup>, Manuel Schütze<sup>2</sup>, Guilherme Brasil Jurdi<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>2</sup> Médico graduado na UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>3</sup> Cirurgião-Geral do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Figura 1** - Radiografia abdominal anteroposterior (AP) em decúbito dorsal.

Paciente masculino, 52 anos, previamente hígido, procurou atendimento médico devido à dor abdominal em cólica iniciada há quase 18 horas, com piora progressiva. Relatava não evacuar e não eliminar *flatus* há mais de 24 horas. Ao exame, apresenta abdome tenso, distendido, doloroso difusamente, porém com dor mais intensa em andar inferior, além de timpanismo em flanco e hipocôndrio esquerdos. Foi realizada radiografia anteroposterior (AP) do abdome em decúbito dorsal.

Com base na história clínica e no exame radiográfico, o diagnóstico mais provável é:

- divertículo colônico gigante;
- volvo do sigmoide;
- volvo do ceco;
- tumor colorretal.

### ANÁLISE DA IMAGEM

Ao exame radiográfico do abdome, observa-se grande distensão de cólon sigmoide, visualizado pela típica imagem de “U” invertido ou de “grão de café” à es-

Recebido em: 10/11/2012  
 Aprovado em: 15/11/2012

Instituição:  
 Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da UFMG  
 Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:  
 Fernanda de Souza Foureaux  
 E-mail: gbjurdi@hotmail.com

querda, além de ausência de dilatação à montante e de ar no reto, denotando obstrução intestinal em alça fechada (Figura 2).



**Figura 2** - Radiografia abdominal anteroposterior (AP) em decúbito dorsal – setas: artefatos da radiografia.

## DIAGNÓSTICO

O quadro clínico compatível com obstrução intestinal associado à radiografia abdominal na qual se visualiza grande dilatação do cólon sigmoide, formando a imagem de “U” invertido, sugere o diagnóstico de volvulo do sigmoide.

O divertículo colônico gigante é uma rara complicação da diverticulose, visualizada na radiografia abdominal como uma imagem cística, solitária, radiolúcida e com nível hidroaéreo.

O volvulo do ceco é mais comum em indivíduos mais jovens e na radiografia observa-se o ceco dilatado e desviado para a esquerda, com a aparência clássica de uma vírgula, com a concavidade voltada inferiormente e para a direita.

O tumor colorretal apresenta-se com dilatação das alças proximais à obstrução e ausência de gás no cólon distal ou reto, no entanto, a obstrução não se dá por alça fechada.

## DISCUSSÃO DO CASO

Volvulo ou vólculo é a torção de uma víscera oca em torno de sua fixação e pode ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo, sendo mais comum no ceco e principalmente no cólon sigmoide, devido ao seu mesentério longo e flexível.

É mais comum nos países em desenvolvimento, nos quais é doença endêmica e importante causa de obstrução intestinal. Representa aproximadamente dois terços dos volvos colônicos, é mais frequente em homens entre a 4ª e 8ª décadas de vida e a mortalidade é inferior a 7% na ausência de necrose intestinal.

Sua patogênese não é bem estabelecida, mas sabe-se que características anatômicas como cólon sigmoide alongado ou dilatado e fixação mesentérica estreita predis põem ao seu desenvolvimento. A torção do mesocólon causa comprometimento vascular da alça, podendo levar a: isquemia, necrose e perfuração intestinal, resultando em peritonite e sepse.

No Brasil, a doença de Chagas é um importante fator de risco, ocorrendo com frequência no megacólon chagásico. Hábitos de constipação voluntária, dieta rica em fibras vegetais, gravidez e bridas pós-operatórias também têm sido identificados como fatores de risco.

Há elevada prevalência em idosos com doenças neurológicas, psiquiátricas ou institucionalizados, possivelmente pela dismotilidade colônica, constipação crônica e medicações utilizadas nessas situações (ex: sedativos e drogas psicotrópicas).

A maioria dos pacientes apresenta dor em cólica, distensão abdominal, constipação e náuseas. Vômitos são raros, pela obstrução ser em alça fechada e localizada distalmente no trato digestivo. Alguns pacientes podem ter apresentação insidiosa, com recorrências e distorção espontânea.

A história clínica e o exame físico sugerem o diagnóstico, sendo a radiografia simples AP do abdome capaz de confirmá-lo em cerca de 60% dos pacientes. Tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e procedimentos endoscópicos também podem ser utilizados. Outras afecções como volvulo do ceco, tumor colorretal, divertículo colônico gigante, pseudo-obstrução colônica, íleo paralítico, megacólon tóxico e síndrome de Ogilvie são importantes diagnósticos diferenciais.

O tratamento do paciente estável e sem sinais de isquemia ou perfuração é a descompressão endoscópica (colonoscopia ou retossigmoidoscopia), que obtém sucesso em 86% dos casos. Em pacientes com sinais de necrose intestinal ou peritonite e na falha do tratamento não operatório, a cirurgia é necessária, sendo a operação de Hartmann a técnica cirúrgica preconizada.

No presente caso, optou-se por distorção da alça por colonoscopia. Foram notados sinais de isquemia do sigmoide e a cirurgia de Hartmann foi realizada, o que garantiu a boa evolução do quadro.

## ASPECTOS RELEVANTES

- volvo ou vólculo é a torção de uma víscera oca em torno de sua fixação e pode ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo, sendo mais comum no ceco e no cólon sigmoide;
- no Brasil, o megacólon chagásico é um importante fator predisponente;
- pacientes idosos, debilitados e institucionalizados são especialmente susceptíveis;
- a primeira escolha de tratamento é a descompressão endoscópica;
- em pacientes com necrose intestinal e na falha do tratamento não operatório, realiza-se a cirurgia de Hartmann.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida MWR, Hellwig B, Haack RI, Silva AR. Síndrome de Chikaiditi associada a volvo de cólon sigmóide: relato de caso. *Rev Bras Colo-proctol*. 2006; 26(4):449-53.
2. Atamanalp SS, Yildirgan MI, Başoğlu M, Kantarci M, Yılmaz EU. Sigmoid colon volvulus in children: review of 19 cases. *Pediatr Surg Int*. 2004 Jul; 20(7):492-5.
3. Batista TP. Volvo de ceco complicado POR icterícia septic. *Rev Col Bras Cir*. [online]. 2010; 37(6):460-2.
4. Hodin RA. Sigmoid volvulus. UpToDate. [Citado em 2012 jul 10]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus>.
5. Maya AM, Espinoza JC, Castro F, Giunipero A, Aulet FJ. Vólculo del colon sigmoide: Signo del grano de café. *Medicina (B. Aires)*. 2010; 70(4):371.