

PNEUMOMEDIASTINO SECUNDÁRIO A PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO CÓLICO

RONALDO SALLES, TSBCP
CARLOS EDUARDO LUZ MOREIRA, TSBCP
ALCIDES BARATA FILHO, ASBCP

SALLES R, MOREIRA CEL, BARATA FILHO A – Pneumomediastino secundário a perfuração de divertículo cólico.
Rev bras Colo-Proct., 1988; 8(1): 23-24

RESUMO: Os autores apresentam um caso incomum de pneumomediastino secundário a perfuração de divertículo cólico. Chamam à atenção para a pobreza de sintomas abdominais, mostram acompanhamento radiológico até a resolução e analisam uma ampla pesquisa bibliográfica da literatura mundial dos últimos vinte anos para casos semelhantes.

UNITERMOS: pneumomediastino, perfuração de divertículo

As principais causas do pneumomediastino são a toracocentese, o pneumotórax, a traqueotomia, a toracotomia e mais raramente o pneumoperitônio^{1, 2, 3}. Neste último caso admite-se que o ar se insinue pelos forâmens diafragmáticos atingindo o mediastino posterior. A evolução, uma vez removida a causa, é geralmente benigna. Nós apresentamos um caso de pneumomediastino devido a perfuração do divertículo cólico.

Relato do caso

WWS, 58 anos, masculino, branco, comerciante, natural de SP., nos procurou pela 1ª vez em julho de 1985 enviado pelo urologista. Nos dois anos anteriores o paciente havia tido várias infecções urinárias e a exploração do trato urinário através de urografia excretora sugeriu massa extra-vesical na parede posterior. Eram relatados sintomas abdominais vagos.

O funcionamento do intestino, irregular com tendência à constipação. O exame físico geral foi irrelevante, apenas o abdome um pouco sensível à palpação profunda na região supra púbica. Ao exame proctológico não se conseguiu

vencer o limite R–S. O clister opaco realizado em seguida selou o diagnóstico de doença diverticular no sigmóide com diverticulite (*Fig. 1*).

Foi indicada cirurgia, mas o paciente só a aceitou em abril de 87 quando novo clister opaco mostrou piora do quadro inflamatório correspondendo a um significativo aumento da queixa abdominal.

Em 09/05/87 foi submetido a colectomia esquerda com cistectomia parcial. O estudo histológico da peça confirmou o diagnóstico e afastou a hipótese de lesão maligna associada. O pós-operatório transcorreu normalmente, tendo o paciente evacuado desde o 4º dia. No 8º dia, já se alimentando normalmente, teve a alta programada para o dia seguinte. Nesta noite o paciente queixou-se de desconforto retro-esternal e alguma dispnéia.

O exame cardiológico solicitado nada revelou, mas o RX de tórax apontou ar no mediastino (*Fig. 2*). O doente continuava a se alimentar e a evacuar normalmente. O RX do abdome mostrou pneumoperitônio anormal para o 10º dia de pós-operatório, mas, ao exame do paciente, não se notava qualquer sinal de irritação peritoneal. No 12º dia de pós-operatório o paciente alimentava-se e evacuava normalmente e o abdome continuava flácido, no entanto, o pneumoperitônio havia progredido. Fizemos então um clister com bário diluído para controle da anastomose que se encontrava íntegra, mas cerca de 8 cm acima localizou-se um escape na parede posterior (*Fig. 3*). Com o diagnóstico da perfuração de divertículo residual foi reconduzido à sala de cirurgia.

A exploração da cavidade abdominal foi totalmente negativa e a perfuração não teria sido detectada sem o clister pré-operatório. Era uma perfuração retro-peritoneal através da qual o ar migrava para o tórax através dos forâmens diafragmáticos entendendo-se assim o porquê da falta de sintomas abdominais. Foi estabelecida uma colostomia no transverso. O caso evoluiu bem com total desaparecimento do pneumomediastino (*Fig. 4*) e cicatrização da perfuração. Em quatro meses a colostomia foi fechada sem intercorrências.



Fig. 1 - Clister opaco com diverticulite do sigmóide

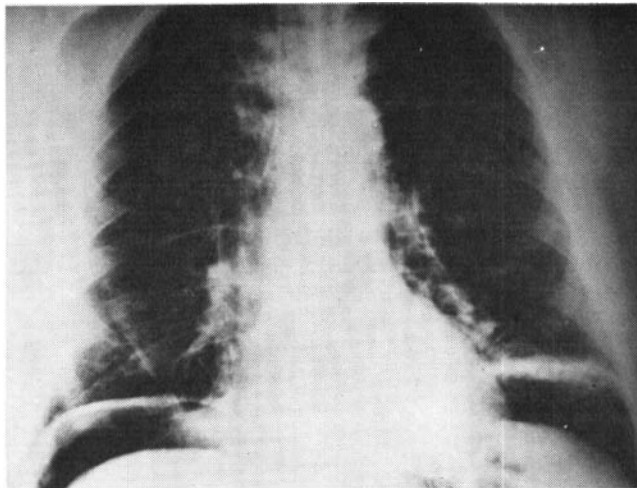


Fig. 2 - Pneumomediastino e Pneumoperitônio.

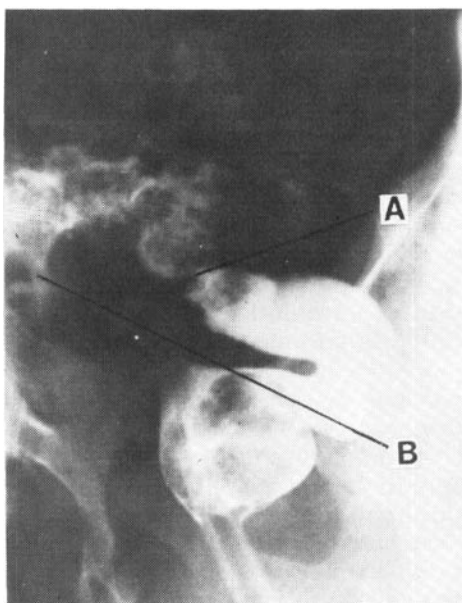


Fig. 3 - Clister opaco de controle 12º dia P.O. A - anastomose; B - perfuração

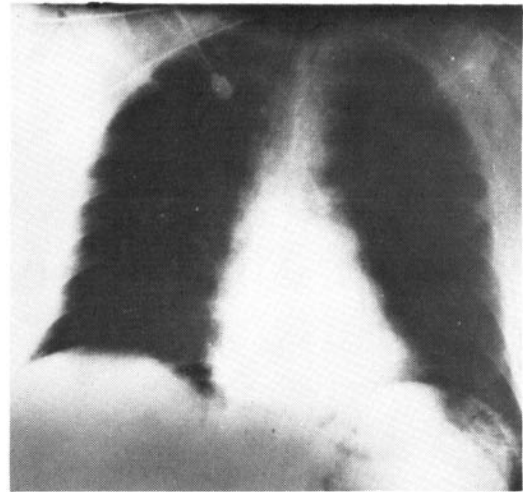


Fig. 4 - Pós-operatório imediato (reoperação). Regressão do pneumomediastino

DISCUSSÃO

A perfuração para o espaço retroperitoneal na doença diverticular não é uma condição incomum, mas neste caso foi inusitada a migração do ar para o tórax e a ausência de irritação peritoneal. Foi fundamental para o tratamento adequado o clister de controle no pós-operatório. Há casos relatados de laparotomia branca nesta situação. A simples derivação mostrou-se eficaz, e certamente mais segura que nova ressecção.

Para melhor quantificar a frequência do caso, foi encomendada ao IBICT/CNPQ uma ampla pesquisa bibliográfica da literatura mundial dos últimos 20 anos para casos semelhantes e tivemos o seguinte resultado:

Um caso de pneumomediastino por perfuração de hérnia retro-peritoneal relatado por Ramsley⁴, um caso por perfuração traumática do sigmóide⁵ e cinco casos iguais ao apresentado neste estudo^{6, 7}.

SALLES R, MOREIRA CEL, BARATA FILHO A - Pneumomediastinum due to colonic perforation of colonic diverticulum.

SUMMARY: The authors presented a rare case of pneumomediastinum due to perforation of colonic diverticulum. They draw the attention to the lack of abdominal symptoms, and slow the radiological follow-up, they also analyse a broad bibliographic research of the last 25-year world literature for similar cases.

KEY WORDS: Pneumomediastinum, perforation of colonic diverticulum

REFERÊNCIAS

1. Corman ML. Colon and Rectal Surgery. Philadelphia JB Lippincott 1984.
2. Davis-Christopher. Textbook of Surgery. WB Saunders Co 1972.
3. Sleisenger MH. Gastrointestinal Disease. WB Saunders 1978.
4. Ramsley - Br J Surg 1973; 323-324.
5. Guzman - Am J of Proctology Gastroenterology Colon and Rectum Surgery. 1979; 36-37.
6. Suros e Lee - Minn Med 1973; 743-749.
7. Dharia e Scha - Dis Colon Rectum, 1973.