
VOLVO CRÔNICO DE INTESTINO DELGADO – RELATO DE CASO

ITALO ACCETTA
ALFREDO JORGE VASCONCELLOS DUARTE
CARLOS ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR
PIETRO ACCETTA
ACCYOLI MOREIRA MAIA
ANDRÉ FIGUEIREDO ACCETTA

ACCETTA I; DUARTE AJV, SILVA JUNIOR CA, ACCETTA P, MAIA AM, ACCETTA AF. Volvo crônico de intestino delgado. - Relato de caso. *Rev Bras Coloproct*, 2002;23(4): 302-304

RESUMO: Os autores relatam o caso de um paciente de 61 anos, com queixas de fortes cólicas e vômitos. Informava apresentar essa sintomatologia há 30 anos, com várias internações hospitalares. Trazia consigo uma tomografia abdominal e radiografias de trânsito intestinal realizadas 30 dias antes, que sugeriam claramente o “Sinal da Roda” ou da “Via Láctea”. Indicamos laparotomia exploradora onde confirmamos a presença do volvo jejuno ileal, que uma vez desfeito revelou a presença de má rotação entérica. A evolução pós-operatória foi satisfatória e o acompanhamento realizado até o oitavo mês, o paciente permanecia assintomático.

Unitermos: Volvo crônico jejuno ileal, Má rotação intestinal

INTRODUÇÃO

O volvo jejuno ileal é definido como uma torção do intestino delgado sobre si mesmo ao longo do eixo longitudinal dos vasos mesentéricos superiores. Esta torção pode ser decorrente de alguma brida (adquirida ou congênita) ou de má rotação intestinal.

Uma vez estabelecido, o volvo costuma apresentar-se como um quadro de obstrução entérica com elevado potencial de risco de necrose visceral em curto espaço de tempo. Portanto, é muito pouco freqüente que se manifeste com longa evolução.

Por isso, relatar um caso de um paciente adulto com torção crônica do intestino delgado, secundária a má rotação intestinal, constitui o principal objetivo deste trabalho.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro pela Disciplina de Cirurgia de Urgência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense e pela Disciplina de Clínica Cirúrgica 2 da Faculdade de Medicina da Universidade Gama Filho.

RELATO DO CASO

R.P.C., branco, 61 anos, deu entrada no Serviço de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro (BE 39385) com queixas de dores abdominais em cólicas que se exacerbaram há 8 horas, passando a apresentar vômitos esverdeados. Relatava apresentar esta sintomatologia há cerca de 30 anos, com várias internações hospitalares (pelo menos uma por mês); algumas delas com até 5 dias de duração, sem conseguir um diagnóstico preciso. Dentre os vários exames que trazia, uma tomografia computadorizada abdominal com contraste oral (Figura-1) e radiografias de trânsito intestinal (Figura-2) realizados 30 dias antes, mostravam claramente sinais sugestivos de volvo de intestino delgado.

Ao exame apresenta com “facies” de dor. O abdome era flácido com distensão do mesogástrio, doloroso à palpação profunda nesta topografia e sem sinais de irritação peritoneal. O peristaltismo era aumentado em freqüência, mas com timbre normal. Os sinais vitais encontravam-se dentro da

normalidade. A rotina radiológica para abdome agudo revelava sinais sugestivos de níveis hidroaéreos de intestino delgado. Os exames bioquímicos não apresentavam alterações, enquanto o hemograma indicava leucometria global de 7200 cel/ml, com 8 bastões e sem eosinófilos.

Com impressão diagnóstica de volvo de intestino delgado, indicamos laparotomia exploradora, realizada através de acesso mediano supra e infra umbilical por onde encontramos: 1º) volvo do intestino delgado com quatro torções no sentido horário, tendo como eixo os vasos mesentéricos superiores (Figura-3); 2º) inúmeros divertículos de vários tamanhos na borda mesentérica do jejuno proximal.

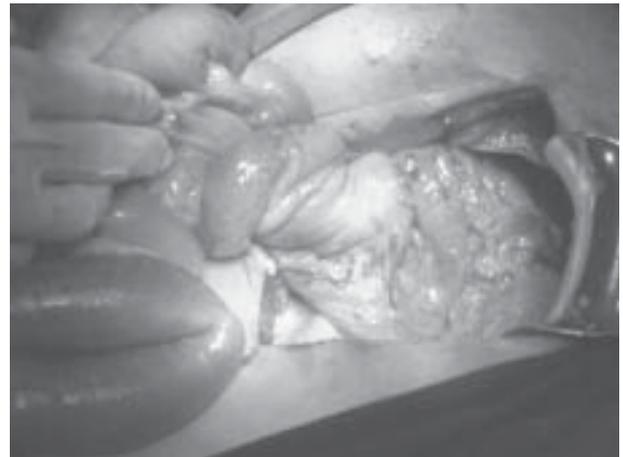


Figura 3 - Volvo intestinal exteriorizado.

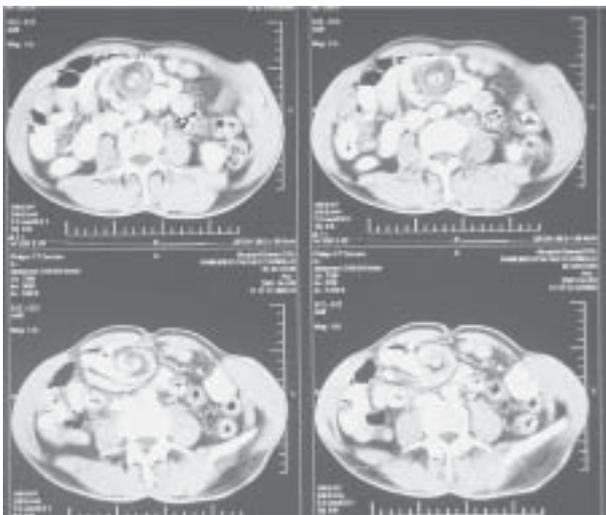


Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdômen, mostrando o "Sinal da Roda" ou da "Via Láctea".

Optamos por apenas desfazer as torções intestinais sem realizar nenhuma manobra de fixação do mesentério ou entérica. Após verificarmos a viabilidade de todo o intestino, constatamos que o ceco encontrava-se em situação subhepática e que a válvula ileocecal era próxima ao ângulo duodeno jejunal, ambos à direita da coluna vertebral.

Com boa evolução no pós operatório recebeu alta hospitalar no 3º dia. O acompanhamento, feito até o 8º mês, mostrava o paciente assintomático.

COMENTÁRIOS

Os defeitos de rotação originam-se a partir do desenvolvimento embriológico do intestino médio (nutrido pela artéria mesentérica superior) e são



Figura 2 - Trânsito intestinal contrastado, sugerindo volvo de intestino delgado e ceco em topografia subhepática.

muito raros que ocorram no intestino anterior ou posterior.

A má rotação intestinal acarreta ausência de fixação do mesentério na parede posterior do abdome, transformando-o em meso único. Esse fato propicia em muito o aparecimento da torção intestinal sobre o eixo da artéria mesentérica superior, o que por sua vez parece ser uma das complicações mais freqüentes das anomalias de rotação.

Os sinais e sintomas decorrentes de complicações da má rotação do intestino, geralmente ocorrem no período neonatal^{3,5}. Em cerca de 20% dos casos manifestam-se na fase adulta.

O paciente por nós operado apresentava meso único, assim como ceco em topografia subhepática. A válvula ileocecal e o ângulo duodeno-jejunal se posicionavam muito próximos e à direita da coluna vertebral, caracterizando claramente um defeito de rotação intestinal.

A má rotação intestinal não apresenta sintomatologia característica, porém uma vez estabelecido o volvo, as queixas de dor abdominal e vômitos se tornam presentes e a possibilidade de necrose intestinal é a maior ameaça à vida dos pacientes.

A apresentação clínica crônica do nosso paciente, sugerida por sinais e sintomas há 30 anos e comprovados por exames de imagem realizados um mês antes, parece ser exceção à regra da rápida evolução para necrose intestinal e peritonite nos casos de volvo.

O diagnóstico de volvo intestinal é bastante facilitado quando a tomografia computadorizada do abdome revela o “sinal da roda”^{1,2,4,7}, que demonstra perfeitamente as torções entéricas, conforme apresentou o nosso relato de caso. Para nós, este aspecto tomográfico mais lembra a imagem da Via Láctea.

Aventada a hipótese diagnóstica de volvo de intestino delgado, a opção por tratamento cirúrgico de urgência se impõe.

No ato operatório, todo o conjunto de alças envolvidas nas torções pode ser facilmente exteriorizado, devido à ausência de fixação entérica e mesentérica. Desta forma, é possível desfazer facilmente as torções intestinais no eixo dos vasos mesentéricos superiores e verificar se existe necessidade de ressecção intestinal por necrose.

Vencidas estas etapas, inicia-se o dilema de realizar ou não alguma tática operatória que possa fixar o intestino ou mesentério. Todas estas alternativas são bastante controversas.

De acordo com Parc e cols⁶ todas as tentativas de fixação êntero mesentéricas são ineficazes e perigosas, pois além de não impedirem recidivas das obstruções, tornam muito difíceis as reoperações quando estas se fizerem necessárias.

Concluimos que a apresentação crônica do volvo jejuno-ileal é excepcional e, apesar do risco de recidivas, o tratamento cirúrgico sem fixação do intestino ou do mesentério seria a melhor alternativa para a abordagem operatória destes pacientes.

SUMMARY: The authors present a case report of a sixty-one male patient, with cramping pain and vomiting that he related to feel in an intermitate way for almost thirty years. Barium X-rays and abdominal computer tomography dated from 30 days before this symptoms suggest the “Whirl Sign”. Immediate diagnostic laparotomy was performed and jejunoileal volvulus was found associated with intestinal malrotation. The intestine was untwisted and post operative outcome was without complications. After eight months follow-up no more symptoms were related by the patient.

Key words: Small bowel chronic volvulus; Intestinal malrotation

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delaney, C.P.; Iavery, I.C.; Mal rotation of small intestine with volvulus; **Am. Coll. Surge.** 193: 103; 2001.
2. Govoni, A.F.; The whirl sign: a non specific finding of mesenteric rotation; **Austral. Radiol.** 40: 136-9; 1996.
3. Guarino, J.L.; Silva, J.R.M.; Freitas, L.V.; Chaves Filho, M.; Accetta, P.; Amaral, J.P.; Anomalias da rotação intestinal; **Painel Rev. Med.** Jan/Junho, 21-8; 1982.
4. Lassandro, F.; Giovane, S.; Pinto, A.; Scaglione, M.; Romano, L.; Small bowel volvulus – Radiological findings. **Radiol Med.** 102: 43-7; 2001.
5. Mazziotti, M.V.; Strasberg, S.M.; Langer, J.C.; Intestinal rotation abnormalities without volvulus. The role of laparoscopy; **J. Am. Coll. Surge.** 185: 183-5; 1997.
6. Parc, R.; Cugnenc, J.P.; Bethonx, B.; Nordlinger, B.; Levy, E.; Loygue, J.; Le danger des fixations de l'intestin grêle et du mésentère. Analyse de 52 complications et revue de la littérature. **Chir.** 109: 559-69, 1983.
7. Wang, H.H.; Wang, H.P.; Chen, H.C.; Wu, M.S.; The operative diagnosis of midgut volvulus in adults by color doppler ultrasonography: Two cases report. **Ultrasound in medicine & biology** 23 sup. 1:546, 1997.

Endereço para correspondência:

Italo Accetta
Rua Mariz e Barros nº 51 / 1201 - Icaraí
24220-120 - Niterói (RJ)
Tel.: (21) 2710-3691
E-mail: italo@urbi.com.br