

---

# SÍNDROME DO CECO MÓVEL – MITO OU REALIDADE ?

JÚLIO CÉSAR MONTEIRO DOS SANTOS JÚNIOR - TSBCP  
ANA CAROLINA CAVALCA  
CARLOS ENRIQUE QUIROZ CASO

---

SANTOS JÚNIOR JCM, CAVALCAAN, CASO CEQ. Síndrome do ceco móvel - Mito ou Realidade. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(2):153-158.

**RESUMO :** **Objetivo:** Esse estudo foi desenvolvido para avaliar o efeito da cecopexia no tratamento da dor abdominal intermitente de causa obscura, associada a cólica intestinal, distensão abdominal, constipação e/ou diarreia em pacientes com diagnóstico de síndrome do cólon irritável e com ceco móvel.

**Pacientes e métodos:** No período compreendido entre junho de 1996 e fevereiro de 2004, todos os pacientes atendidos em uma clínica privada com dor abdominal, distensão, cólica, constipação e/ou diarreia de etiologia obscura, mas com diagnóstico prévio de síndrome do cólon irritável ou de outras doenças não confirmadas ou que se confirmadas o tratamento não foi acompanhado de alívio dos sintomas e que, após avaliação clínica, com o diagnóstico provável de ceco móvel, foram selecionados para o estudo. Trinta e quatro pacientes (8 homens; 26 mulheres – idade média de 39,6 anos), 97% com queixa de distensão abdominal, 76% com queixa de dor, 50% com constipação e 42% com diarreia, fazendo parte do grupo de estudo, foram programados para operação eletiva e fixação do ceco móvel, confirmado por exame radiológico em 16 pacientes. Onze pacientes recusaram o tratamento operatório, quatro deles aguardam operação e dezenove foram operados. A operação constou da fixação do ceco e o cólon ascendente, quando foi o caso, na goteira parieto-cólica direita, após abertura linear do peritônio parietal para se construir uma “calha” onde foi deitado o segmento móvel do cólon direito e suturado ao folheto superior do peritônio parietal aberto.

**Resultados:** Os dezenove pacientes operados - 9 com exame radiológico prévio e 10 sem a radiografia – tinham ceco móvel. Todos estão sendo seguidos há 72 meses (média de 19 meses) sem os sintomas que motivaram o tratamento. Todos os 15 pacientes não operados (7 com exames radiológicos e 8 sem) estão sendo acompanhados há 72 meses (média 21 meses) com as mesmas queixas que motivaram a primeira consulta.

**Conclusão:** Nessa série de 34 pacientes - 79,4% dos quais com diagnóstico de síndrome do cólon irritável - 19 (56%) foram operados para a fixação do ceco móvel e ficaram livres dos sintomas abdominais, o que indica que todos os pacientes com os sintomas abdominais intermitentes aqui referidos e de causa obscura devem ser investigados com a suspeita de ceco móvel e programados para a cecopexia.

**Unitermos:** Síndrome do cólon irritável, Síndrome do ceco móvel, volvo de ceco, cecopexia, cólica, distensão abdominal

---

## INTRODUÇÃO

O ceco móvel é uma variação anatômica embriológica do cólon ascendente e/ou do ceco, resultante da descida incompleta desse segmento do intestino grosso e da sua não fixação no peritônio da goteira parieto-cólica direita. A falta dessa fusão permite movimentação do ceco e/ou do cólon ascen-

dente, inclusive facilitando a torção sobre seu eixo longitudinal ou a dobra medial do ceco sobre si, ficando encostado com sua borda medial à borda medial do cólon ascendente. Esse fato causa sintomas intermitentes de obstrução parcial do intestino ou, no caso de torção completa (volvo), de obstrução aguda com possível necrose do segmento envolvido. Dois fatores que podem contribuir para a dobra do ceco sobre o cólon ascendente são as membranas de Jackson e de Ladd.<sup>1</sup>

---

*Trabalho realizado no Hospital Maternidade Frei Galvão de Guaratinguetá - SP.*

A anormalidade embriológica ocorre em 10 a 30% das pessoas<sup>1-6</sup>, contudo a maior parte dos artigos médicos mencionando o problema referem quase que exclusivamente a torção completa, inadequadamente denominada de volvo do ceco-ascendente, com necrose cecal.<sup>7-14</sup> Dessa forma, a ocorrência não é das mais comuns como causa de obstrução intestinal aguda e perfaz menos do que 2% de todos os casos de obstruções intestinais, no adulto, mas tem importância por causa do alto índice de mortalidade entre os pacientes afetados.<sup>15</sup>

A revisão de 390 casos de 10 series da literatura, todas referentes à torção do cólon direito, assinalam uma taxa de mortalidade de 22%.<sup>11,15-24</sup>

Poucos artigos tratam da oclusão parcial intermitente secundária à dobra do ceco, com referência à apresentação clínica, aos sinais e sintomas, ao diagnóstico e ao tratamento.<sup>1,25-30</sup>

O objetivo desse relato é discutir o ceco móvel como causa de dor abdominal intermitente, distensão e cólica de origens obscuras em pessoas de aparência saudável, mas com uma longa história de disfunções intestinais (diarréia e/ou constipação) freqüentemente tratadas em ambulatórios médicos como portadoras de síndrome do cólon irritável e que podem ser curadas pela cecopexia.

## PACIENTES E MÉTODOS

Desde junho de 1996 até fevereiro de 2004, 34 pacientes (26 mulheres e 8 homens – idade média de 39,6 anos – variando de 3 a 72 anos) foram atendidos na clínica privada e, com base na historia médica e no exame físico, receberam o diagnóstico de ceco móvel para justificar o quadro clínico apresentado. Todos os pacientes, exceto sete, vinham sendo medicados como sofredores da síndrome do cólon irritável (SCI) (Tabela-1).

### Queixas

Após a avaliação clínica os sintomas foram classificados na ordem da importância ajuizada pelos pacientes, em primeiro, segundo e terceiro lugares, de tal maneira a saber quais deles mais incomodavam os pacientes. (Tabela-2)

### Diagnóstico

O diagnóstico, para todos os pacientes, foi baseado na observação clínica. Em 16 deles (47%), o diagnóstico foi confirmado por meio de exame contrastado do intestino grosso obtido com a técnica, descrita por Padrón e Ania<sup>31</sup> e modificada por nós, ou

**Tabela 1 - Doentes com diagnósticos de ceco móvel.**

Queixas			Diagnósticos prévios				
Sx	n=34	idade	Distensão/dor	Constipação/Cólica	Diarréia	SCI	outros
H:M	8/26	39,6	33(97%)/26(76%)	14(50%)/15(44%)	11(32%)	27(79,4%)	7(20,6%)

Sx=sexo;H=homem;M=mulher; sci= síndrome cólon irritável.

**Tabela 2 - Graduação dos sintomas pelos pacientes, na ordem de importância do incômodo causado.**

Sintomas	Primeiro	Segundo	Terceiro	Número das queixas
Dor	24 (70,5%)	1(3%)	1(3%)	26(76,4%)
Distensão	9 (26,5%)	20(58,8%)	4(11,7%)	33(97%)
Cólica	-	9(29%)	6(17,6%)	15(44%)
Diarréia	-	1(3%)	10(20,4%)	11(32%)
Constipação	1(3%)	3(8,8%)	13(38,2%)	17(50%)
Total	34	34	34	102

por enema opaco feito alguns dias após o seguinte procedimento: <sup>31</sup>

- a. Os pacientes foram orientados para deglutir 40 ml de solução “baritada” sem qualquer preparo prévio e sem alterar seus hábitos alimentares no dia do exame, nem antes, nem depois da ingestão do contraste.
- b. Cinco e 10 horas após a deglutição do contraste, foram tomadas radiografias ântero-posteriores planas do abdômen incluindo a pequena bacia em posições ortostática e supina, em Trendelemburg, com inclinação de 15°.

As Figuras-1 e 2 ilustram o exame.

As Figuras-3 e 4 são fotografias de chapas radiológicas de exame feito na primeira paciente dessa série. Trata-se de tomadas de enema opaco em que se pode notar o ceco distendido dobrado medialmente sobre o cólon ascendente.

## Operação

Onze pacientes (8 mulheres e 3 homens – média de idade de 39 anos - variando de 3 a 72 anos) que recusaram o tratamento cirúrgico proposto e quatro que aguardam momento oportuno para a operação estão sendo clinicamente seguidos em ambulatório e apresentam as mesmas queixas, a despeito do tratamento clínico instituído. Dezenove pacientes (15 mulheres e 4 homens – média de idade de 39 anos, variando de 6 a 70 anos) foram eletivamente operados para a fixação do ceco (cecopexia) – 9 pacientes nesse grupo tiveram o diagnóstico de ceco móvel previamente confirmado por meio do exame contrastado; nos outros o diagnóstico clínico foi confirmado no intra-operatório. (Tabela- 3).

O ceco e o cólon ascendente foram fixados de acordo com a técnica descrita por Dixon and Meyer<sup>33</sup>, modificada. <sup>27,34</sup> A técnica, basicamente, consiste da abertura do peritônio da goteira parieto-cólica direita, da região paracecal estendendo para cima no sentido



**Figura 1** - Paciente em posição ortostática, 10 hs após a ingestão da refeição baritada.



**Figura 2** - A mesma paciente em decúbito dorsal, com inclinação de 15° (Trendelemburg).



Figura 3 - Enema opaco - Ceco distendido, dobrado medialmente sobre o ascendente.



Figura 4 - Enema opaco - ceco móvel, volvido, notando-se o local da torção.

ceco-ascendente o suficiente para incluir o segmento livre, quando era o caso, do cólon ascendente. Aberto o folheto parietal do peritônio, fez-se o descolamento do mesmo separando-o das estruturas retroperitoneiais, formando, assim, uma calha desnuda onde o cólon ascendente com o ceco foi deitado e fixado.<sup>27,34</sup>

## RESULTADOS

Todos os pacientes operados estão sendo seguidos por um período que já vai de 3 a 72 meses

Tabela 3 - Pacientes operados e não operados – resultados e seguimentos.

Operados						Não Operados				
Raio X		Resultado	Seguimento			Raio X		Resultado	Seguimento	
sx	n=19	id	S/N	B/R	m	n=15	id	S/N	B/I	m
H:M	4/15	39	9/10	18(95%)/1	19	4/11	39	7/8	0/15	21

H=homem, M=mulher; S=sim; N=não; B=bom; R=regular; m=meses; I=inalterado

(média de 19,2 meses) e estão bem. Os pacientes não operados, seguidos, em média, há 21 meses apresentam as mesmas queixas. (Tabela-3)

## DISCUSSÃO

A maioria dos artigos publicados a respeito de ceco móvel diz respeito ao abdômen agudo devido a fenômeno obstrutivo por causa da torção completa do segmento ceco-ascendente do intestino grosso.<sup>7-14</sup>

Alguns autores, no entanto, interessados no ceco móvel como causa de outras doenças abdominais, têm reunido motivos para demonstrar que, por exemplo, a dispareunia pode estar associada com a mobilidade do ceco, <sup>1,26,27</sup> uma das razões por que eles dão ênfase à consideração de que a torção recorrente do ceco deva ser considerada para todos os casos de dor abdominal intermitente de causa obscura, principalmente quando localizada no quadrante inferior direito do abdômen. <sup>26-30</sup>

Esses pacientes que apresentamos, cujas queixas principais eram constipação ou diarreia, cólica intermitente, dor abdominal e distensão, a maioria deles previamente tratados de síndrome do cólon irritável, foram cirurgicamente tratados e a operação consistiu da fixação do ceco e/ou cólon ascendente por causa da mobilidade desses segmentos intestinais. O resultado cirúrgico foi considerado bom desde que todos os pacientes ficaram livres dos sintomas prévios. Então,

sintomas abdominais intermitentes que levam ao diagnóstico de síndrome do cólon irritável deveriam, também, ser considerados devidos ao ceco móvel.

Setenta e nove por cento dos pacientes desta série, a maioria deles do sexo feminino, foram tratados erroneamente como pessoas doentes, com provável síndrome do cólon irritável. Vinte e seis deles (76,4%) queixavam de dor abdominal, 97% de distensão, 50% de constipação intestinal, 44% de cólica intestinal e 32% de diarreia; sintomas razoáveis para um “acertado” diagnóstico de síndrome do cólon irritável. Portanto, com essa experiência, recomendamos que todos os pacientes com causa obscura de dor abdominal intermitente no quadrante inferior direito, distensão abdominal, cólica, constipação e/ou diarreia, com ou sem o diagnóstico de síndrome do cólon irritável, sejam investigados como pessoas doentes cuja causa, a ser necessariamente excluída, é o ceco móvel.

---

**SUMMARY: Purpose:** Mobile cecum is due to an embryological anatomic variation of ascending and/or cecum colon as a result of failure of right colon fusion with lateral peritoneum. This study was designed to evaluate the outcome of cecopexy as a treatment of intermittent abdominal complains of pain, colic, distension, constipation and/or diarrhea in patients managed as having irritable bowel syndrome or others non solved diseases.

**Patients and methods:** From 1996 to 2004, 34 patients (twenty six women and eight men – median age, 39,6 – ranged 3 to 72) seen in private office had clinical diagnosis of mobile cecum. All but seven of them were previously cared as having irritable bowel syndrome (IBS). All patients with medical diagnosis of mobile cecum were programmed for cecopexy. Fifteen refused the surgical treatment and are on clinical follow-up in private office.

**Results:** All operated patients with fixed cecum followed from 3 to 72 months (median, 19) are well. The non-operated patients followed from 2 to 48 months (median, 21) are with the same complains.

**Conclusion:** We recommend that all patients with obscure cause for intermittent right lower abdominal pain, distension, colic, constipation or diarrhea with or without diagnosis of IBS must be investigated as sick person probably with mobile cecum needing cecopexy.

**Key words:** mobile cecum syndrome, irritable bowel syndrome, intermittent abdominal complains, abdominal pain, colic, diarrhea, constipation, cecal volvulus.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tirol FT. Recurrent cecocolic torsion: “Phantom Tumor”. *Abdm Surg* 1999, Fall:20-24
2. Ingelfinger FJ. Intermittent volvulus of the mobile cecum. *Arch Surg* 1942;45: 156-63.
3. Wolfer JA, Beaton LE, Anson BJ. Volvulus of the cecum . Anatomical factors in its etiology. Report of a case. *Surg Gynec Obstet*1942;74:882-892.
4. Donhauser JL, Atwell S. Volvulus of the cecum. *Arch Surg*1949;58:129-48.
5. Meyers JR, Heifetz CI, Baue AE. Cecal volvulus. *Arch Surg*1972;104:594-9.
6. Spitz L. Neonatal intestinal obstruction and intussusceptions in childhood. In **Maingot’s Abdominal Operations**, p.1054-1062, Chap. 40, Appleton-Century-Crofts, Stamford, ed. 1985.
7. Grodsinsky C, Ponka JL. Volvulus of the colon. **Dis Colon Rectum** 1977;20:314-24.
8. Tejler G, Jiborn H. Volvulus of the cecum. Report of 26 cases and review of the literature. **Dis Colon Rectum** 1988;31:445-9.
9. Elechi EN, Elechi GN. Intussusception: is floating caecum a causative factor? Analysis of 10 cases. **East Afr Med J** 1990; 67(11):779-84.
10. Rabinovici R Simansky DA, Kaplan O, Mavor E, Manny J. Cecal volvulus. **Dis Colon Rectum** 1990;33:765-9.

11. Gupta S, Gupta SK. Acute caecal volvulus: report of 22 cases and review of literature. **Ital J Gastroenterol** 1993; 25: 380-384.
12. Ce HS, Merlo CV, Covatti EL, Zanin RL, Madalosso CA. Volvo de ceco / Volvulum of cecum **Rev. med. Hosp. São Vicente de Paulo** 1994; 6:52-4.
13. Ismail A Recurrent colonic volvulus in children. **J Pediatr Surg** 1997;32:1739-42.
14. Haller C, Guenot C, Azagury D, Rosso R. Intestinal barotrauma after diving-mechanical ileus in incarceration of the last loop of the small intestine between a mobile cecum and sigmoid. **Swiss Surg** 2003;9:181-3.
15. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW, et al. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. **Ann Surg** 1985;202:83-92.
16. Wolf RY, Wilson H. Emergency operation for volvulus of the cecum. Review of 22 cases. **Am Surg** 1966;32:96-102.
17. Andersson A, Bergdhal L, Van der Linden W. Volvulus of the cecum. **Ann Surg** 1975;181:876-80.
18. Todd GH, Forde KA. Volvulus of the caecum. Choice of operation. **Am J Surg** 1979;138:632-4.
19. Anderson JR, Welch GH. Acute volvulus of the right colon. An analysis of 69 patients. **World J Surg** 1986;10:336-42.
20. Pählman L, Enblad P, Rudberg C, Krog M. Volvulus of the colon. A review of 93 cases and current aspects of treatment. **Acta Chir Scand** 1989;155:53-6.
21. Geer DA. Colonic volvulus: The Army Medical Center experience 1983-1987. **Am Surg** 1991;57:295-300.
22. Hiltunen K, Syrja H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. **Eur J Surg** 1992;158:607-11.
23. Benacci JC, Wolff BG. Cecostomy: therapeutic indications and results. **Dis Colon Rectum** 1995;38:530-4.
24. Tuech JJ, Becouarn G, Cattani F, Arnaud JP. Volvulus du colon droit. Plaidoyer pour l'hémicolectomie droite. Apropos d'une série de 23 cas. **J de Chirurgie** 1996;133:267-9.
25. Tirol FT. Dyspareunia : A symptom of recurrent cecocolic torsion. **Abdom Surg** 2001;Fall:)
26. Tirol FT Recurrent cecocolic torsion: radiological diagnosis and treatment **JLS** 2003;7(1):23-31.
27. Rogers LR, and Harford FJ. Mobile cecum syndrome. **Dis Colon Rectum** 1984;27:399-402.
28. Printen KJ. Mobile cecal syndrome in the adult. **Am Surg** 1976;42:204-5.
29. Schutter FW, Muller E, Willber B. The mobile cecum – a contribution to the independence of this disease and to its surgical treatment. **Z Kinderchir** 1982;37:6-10.
30. Ris HB, Stirnemann H, Doran JE. The mobilce cecum syndrome: appendectomy and cecopexy or only appendectomy? **Chirurg** 1989;60:277-81.
31. F. Padrón and B Anía. (Eds.) Constipation is a disease. 1<sup>st</sup> Edition. Lexeditotial JMS, Barcelona, 1997
32. Dixon CF, Meyer AC. Volvulus of the cecum. **Surg Clin North Am** 1948;28:953-63.
33. Smith WR, Goodwin JN. Cecal volvulus. **Am J Surg** 1973;126:215-22.

**Endereço para correspondência:**

Instituto de Medicina  
Júlio César M Santos Jr.  
Av. Min Urbano Marcondes, 516  
12515-230 - GUARATINGUETÁ (SP)