

VOLVO DE CECO POR MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL – RELATO DE CASO EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Ana Carolina Gomes de Carvalho¹

Larissa Riccio Teixeira Ceita²

Arthur Alves Martins³

Karine Mendes dos Santos Silva⁴

Marianna Senna Marchetti⁵

RESUMO: O relato descreve um caso raro de volvo de ceco em um paciente masculino de 47 anos. O artigo aborda a apresentação clínica, diagnóstico por tomografia computadorizada e a abordagem cirúrgica realizada, destacando a importância do reconhecimento precoce para o tratamento eficaz dessa condição.

Palavras-Chave: Volvo de Ceco. Tomografia Computadorizada. Abordagem Cirúrgica.

INTRODUÇÃO

O volvo de ceco (VC) é incomum, sendo responsável por cerca de 1 a 1,5% das obstruções intestinais. É definido por uma torção do segmento colônico levando a rotação dos vasos mesentéricos, que geralmente envolve o íleo terminal, ceco e o cólon ascendente, tendo como consequências sintomas obstrutivos ^{1,2}.

O VC tem como causa a excessiva mobilidade do cólon seja devido fixação embrionária incompleta ou variante anatômica adquirida. O seu diagnóstico é sugerido pela clínica e confirmado por exames de imagem ².

O tratamento do VC é individualizado a cada paciente, variando desde o suporte clínico com tentativa de decompressão gastrointestinal ao tratamento cirúrgico, sendo que, na maioria dos casos, existe a necessidade de abordagem cirúrgica de urgência ³.

¹ Hospital Regional de Juazeiro.

² Hospital Regional de Juazeiro.

³ Estácio IDOMED – Juazeiro.

⁴ Estácio IDOMED – Juazeiro.

⁵ Estácio IDOMED – Juazeiro.

Este relato tem como objetivo expor um caso de volvo de ceco em paciente com má rotação intestinal ocorrido em hospital terciário de Juazeiro-BA com ênfase em sua abordagem cirúrgica.

RELATO DE CASO

JDR, sexo masculino, 47 anos, da entrada no serviço de urgência com queixa de dor abdominal de início no dia corrente, com piora progressiva, em fossa ilíaca direita (FID) e hipogástrio, associado a náuseas e vômitos. Paciente nega febre ou calafrios; nega parada de eliminações de flatos e fezes; diurese sem alterações; nega alergias medicamentosas e comorbidades. Ao exame da admissão, estava em um regular estado geral, consciente, orientado, corado, desidratado, afebril. O abdome era plano, tenso, distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, hipertimpanismo a percussão e doloroso a palpação profunda em FID; Blumberg negativo.

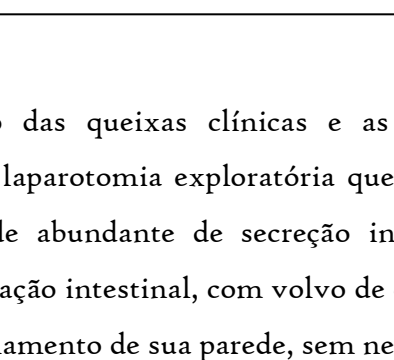


Foram solicitados exames laboratoriais e de imagem para elucidação diagnóstica, sendo observado uma leucocitose de $13.220/\text{mm}^3$ e elevação da PCR ($12,6 \text{ mg/Dl}$). Na tomografia computadorizada (TC) foi evidenciado uma acentuada distensão do ceco, de até $8,0\text{cm}$ de diâmetro, associada a rotação dos vasos mesentéricos, onde foi considerada a possibilidade de volvo de ceco (Figura 1).

Figura 1 – Corte tomográfico coronal



Figura 2 – Visão intra-operatória



Devido a manutenção das queixas clínicas e as alterações nos exames complementares, foi indicada laparotomia exploratória que evidenciou os seguintes achados cirúrgicos: quantidade abundante de secreção inflamatória em cavidade abdominal; presença de má rotação intestinal, com volvo de ceco, além de importante distensão de colón direito e afilamento de sua parede, sem necrose ou perfuração; após liberação de traves fibróticas, visto que todo o mesocólon estava posicionado a esquerda e o meso do delgado a direita do paciente (Figura 2); demais estruturas sem alterações.

Foi então realizada liberação do colón ascendente até colón transversal para confecção de colectomia direita ampliada com anastomose manual término-lateral em dois planos; manobra do borracheiro negativa. Coletado líquido para cultura e enviado peça cirúrgica para anatomia patológica.

O paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável em leito de enfermaria, em uso de antibioticoterapia venosa (Ceftriaxone 2g/dia e Metronidazol 1500mg/dia), com boa aceitação da dieta, que foi evoluída de forma gradual conforme protocolo do serviço; apresentando flatos e dejeções no pós-operatório e melhora progressiva dos exames laboratoriais (Leucócitos: 13.220 → 10200 → 5700/mm³); recebendo então alta hospitalar no 6º dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

Dentre as obstruções intestinais, o VC corresponde a menos de 2% dos casos, sendo uma entidade incomum nos países ocidentais ^{4,5,6}. Um estudo realizado por

Halabi WJ et al., nos Estados Unidos da América, demonstrou que dos 3.351.152 pacientes com obstrução intestinal, cerca de 63.749 (1,9%) foram causados por VC ⁷.

Uma análise retrospectiva realizada em um grande centro do Reino Unido, por Mahedran V et al., evidenciou que dentre as obstruções colônicas, o VC é a terceira causa mais comum, sendo mais predominante em mulheres (78%), idosas, com idade média de 76 anos e cerca de um terço dos pacientes haviam sido submetidos a cirurgias abdominais prévias ⁸.

O VC é uma condição na qual há uma torção ou rotação anormal, comumente de 360° do cólon em seu eixo mesentérico, ocluindo o segmento volvolado, levando a uma obstrução em alça fechada e como consequência comprometendo o aporte sanguíneo, isto é, causando um estrangulamento da alça acometida^{9,10}.

Apesar de possuir uma etiologia multifatorial, consta-se que a causa principal do VC esteja relacionado a uma falha no processo de embriogênese, resultando numa fixação deficiente do cólon e uma hiper mobilidade deste^{6,11}. Além disso, acredita-se que alguns fatores de risco estejam relacionados a patologia, sendo estes, cirurgias abdominais prévias, aderências, hérnias, obstipação, imobilidade prolongada, gravidez, dieta rica em fibras, uso crônico de laxantes e a colonoscopia ^{3,6,11}.

O volvo de ceco tem manifestações clínicas variáveis, visto que se apresenta desde episódios de dores abdominais intermitentes até urgências abdominais, como perfuração intestinal e sepse^{5,6,8}. A dor abdominal tende a ser de início gradual, como ocorreu no presente caso, associada a dor do tipo cólica, devido ao peristaltismo. Ademais, sintomas como distensão abdominal, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes são sugestivos de um quadro obstrutivo^{1,8}.

Os achados do exame físico também são variáveis. De um modo geral, o abdome se encontra distendido e hipertimpânico à percussão^{1,8}. Naqueles pacientes graves, podem evoluir com sinais e sintomas de peritonite e choque séptico, como febre e hipotensão, secundário à isquemia, necrose e posterior perfuração do cólon¹².

O diagnóstico pré-operatório do VC é incomum, visto que além de raro, sua apresentação clínica é variável. Ademais, o exame físico não é suficiente para determinar a causa da obstrução, assim como a análise laboratorial não é específica para o VC ¹¹.

Os exames de imagem também contribuem para a hipótese de obstrução intestinal por VC, sendo a Tomografia Computadorizada (TC) o método diagnóstico preferencial. A TC além de acusar sinais de isquemia e perfuração, pode apresentar um sinal patognomônico do VC, o “sinal do giro”, formado por círculos composto pela torção do mesocólon. No caso apresentado, a TC realizada evidenciou uma distensão do ceco, associada a rotação dos vasos mesentéricos sugerindo VC, que foi confirmando apenas no intra-operatório. Apesar da TC ser o método mais utilizado, o Enema de Bário foi considerado o exame principal para diagnóstico de VC, pois além de diagnóstico, apresentava redução espontânea do VC, porém com risco de extravasamento de bário para o abdome ^{11,13}.

O tratamento para o volvo cecal pode ser cirúrgico e não cirúrgico, sendo que a opção cirúrgica para redução da torção ainda é o tratamento mais eficaz para evitar necrose e futura perfuração do segmento afetado ¹¹. Entre as condutas terapêuticas que podem ser utilizadas são: a redução colonoscópica, desvolvulação com cecopexia ou colectomia direita (aberta ou laparoscópica) ^{1,9}.

A escolha terapêutica para VC irá depender da clínica do paciente, sendo que se paciente estável sem presença de sofrimento colônico, pode optar pela redução colonoscópica, porém devido a própria anatomia proximal do ceco e a taxa de sucesso para esse tipo de tratamento ser de apenas 30%, essa opção não é muito utilizada^{1,4}.

A opção de redução cirúrgica para o caso relatado, se deu pela clínica do paciente, assim como pela eficácia do tratamento, concordando com os estudos que relatam a intervenção cirúrgica como procedimento de escolha que contém maior eficácia quando se trata de segurança para evitar possível progressão para necrose e perfurações de alça ^{4,11}. Quando se tem um intestino viável o procedimento proposto seria a destorção e a cecopexia, apesar da alta taxa de recorrência⁵. Sendo que no caso de presença de paredes intestinais finas, necrose e perfurações essa parte do intestino não viável terão que ser ressecados ^{2,9,11}. Como no caso relatado houve presença de grande distensão de colón direito e afinamento de sua parede, optou-se por colectomia a direita e anastomose primária, sendo essa conduta corroborada pela literatura ^{9,11}.

Apesar de ser uma condição rara, o VC se apresenta com uma clínica sugestiva de abdome agudo obstrutivo o que geralmente leva a uma indicação de abordagem cirúrgica de imediato, desta forma, o conhecimento dessa patologia e das suas

possibilidades de tratamento é necessário para que os cirurgiões estejam preparados para sua correção de maneira mais eficaz e com maior benefício para os pacientes.

REFERENCIAS

- 1- Maciel LC, Salán FO, Guisard GC. Obstrução intestinal por volvo de ceco: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2009; 36(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.
- 2- Sikakulya FK, Kiyaka SM, Masereka R, Onyai P, Okedi XF, Anyama P. Cecal volvulus in an adult male: A rare cause of intestinal obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021 Aug;85:106186. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106186. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34247122; PMCID: PMC8278423. Disponível em pubmed.
- 3- Furtado WS, Mello DACPG, Santos VM, Oliveira Júnior WP, Schroff WLA. Volvo gástrico associado a volvo cecal em paciente jovem. *Brasília Med* 2012;49(3):206-209.
- 4- Zabeirou AA, Belghali H, Souiki T, Ibn Majdoub K, Toughrai I, Mazaz K. Acute cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge in emergency: A case report. *Ann Med Surg (Lond).* 2019 Oct 31;48:69-72. doi: 10.1016/j.amsu.2019.10.021. PMID: 31737261; PMCID: PMC6849140.
- 5- Katoh T, Shigemori T, Fukaya R, Suzuki H. Cecal volvulus: report of a case and review of Japanese literature. *World J Gastroenterol* 2009; 15:2547.
- 6- Batista TP, Rolim JC, Gomes AAR, Carvalho WLN, Santos RJ. Volvo de ceco complicado por icterícia séptica. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2010; 37(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.
- 7- Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, Pigazzi A, Stamos MJ. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg.* 2014 Feb;259(2):293-301. doi: 10.1097/SLA.0b013e31828c88ac. PMID: 23511842.
- 8- Mahendran V, Reddy B, Jaradat I. The Unfolding Situation of Caecal Volvulus: A Retrospective Analysis of 36 Cases From a Single Center. *Cureus.* 2022 Jan 10;14(1):e21071. doi: 10.7759/cureus.21071. PMID: 35028246; PMCID: PMC8744366.
- 9- Abbassi I, Triki W, Trigui R, Itaimi A, Ayed K, Sebri H, Baraket O, Bouchoucha S. Case Report: Caecal volvulus management from diagnosis to treatment in a young patient. *F1000Res.* 2022 Jul 12;11:781. doi: 10.12688/f1000research.121789.1. PMID: 35999844; PMCID: PMC9360906.
- 10- VOLKWEIS, Bernardo Silveira et al. Volvo do cólon transverso: uma causa rara de abdome agudo cirúrgico. *Clinical and biomedical research. Porto Alegre.* Vol. 41, no. 4 (2021), p. 371-374, 2021.

- 11- Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. Indian J Surg. 2012 Dec;74(6):476-9. doi: 10.1007/s12262-012-0432-9. Epub 2012 Mar 14. PMID: 24293902; PMCID: PMC3537995.
- 12- Sylvester KR, Ooko PB, Mwachiro MM, Parker RK. Cecal volvulus in rural Kenya: delayed presentation contributes to high mortality. BMC Surg. 2021 Dec 19;21(1):430. doi: 10.1186/s12893-021-01416-8. PMID: 34923984; PMCID: PMC8684650.
- 13- Lopes, Josiane Harumi Cihoda et al. Abdome agudo obstrutivo por volvo cecal: relato de caso e revisão da literatura. Journal of Coloproctology, Volume 38, Supplement 1,2018,Page 42,ISSN 2237-9363,https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.089.