



Obstrução em alça fechada com iminência de ruptura cecal: relato de caso

COSTA, Leandro Jaime Barreto²; MACHADO, Ana Paula Nogueira²

^{1,2}Serviço de Cirurgia Geral do HUCF - Unimontes

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA - UNIMONTES

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal pode ser em alça fechada, quando há oclusão de um segmento proximal e distal ou na presença dessa última com válvula ileocecal competente. Apresenta maior risco de isquemia e necrose, pois ocorre aumento mais rápido da pressão intraluminal, vencendo a pressão capilar e venosa intestinal, o que acarretará menor perfusão intestinal. Apresentaremos um caso adenocarcinoma de reto alto com componente estenótico e válvula ileocecal competente.

RELATO DE CASO

C.A.F.G, sexo masculino, 73 anos de idade, compareceu ao pronto atendimento do Hospital Universitário Clemente de Faria, com relato de dor abdominal difusa, associada a parada de eliminação de fezes e flatos há 5 dias, sem náuseas e vômitos. Nega febre e queixas urinárias. História de constipação de longa data, chegando a ficar até 20 dias sem evacuar. Hipertenso em tratamento. Nega cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, ressalva-se a distensão abdominal, dor à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem fezes na ampola. A radiografia de abdome agudo revelou distensão de alças de intestino grosso, ausência de ar no reto e elevação de hem cúpula diafragmática esquerda, mas não mostrou todo o campo abdominal. Optado por complementar o estudo com tomografia computadorizada de abdome - distensão de alças cólicas, gases atípicos em parede cecal, redução abrupta do calibre por provável espessamento parietal ao nível da junção retossigmoidiana. Foi submetido à laparotomia exploradora, sendo identificada distensão importante de todo o cólon, sofrimento isquêmico do ceco em iminência de ruptura e explosão, tumoração com estenose em transição do sigmoide com reto alto. Realizada proctocolectomia total com ileostomia terminal. Houve boa evolução, recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT3pN1a).

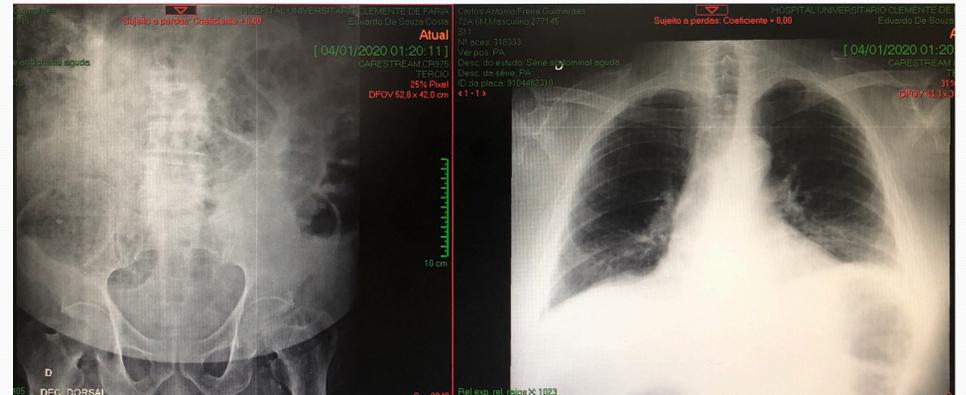


Fig 1 - Radiografia evidenciando intestino grosso distendido, ausência de ar no reto e hem cúpula diafragmática esquerda elevada

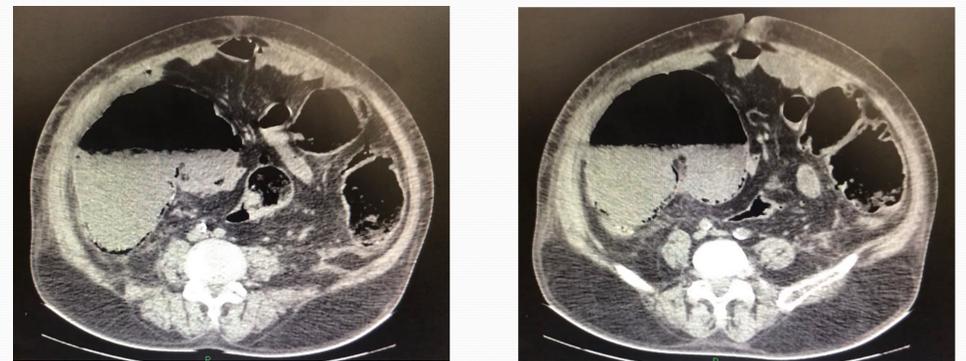


Fig 2 e 3 - TC com distensão cecal e dissecção gasosa de sua parede (pneumatose intestinal). Presença de afilamento na transição do sigmoide com o reto alto

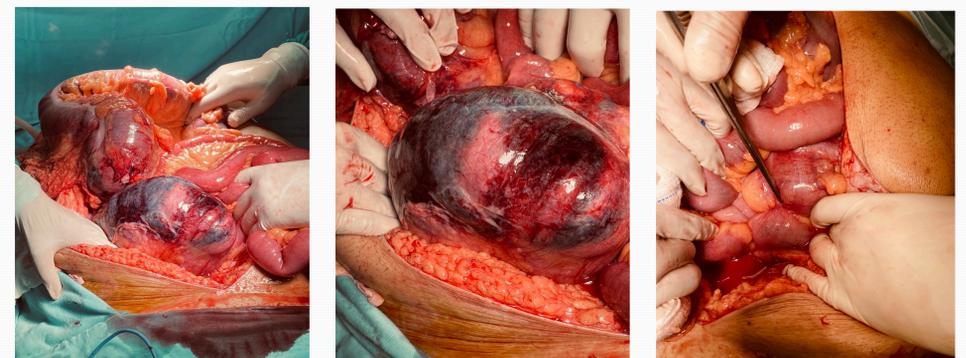


Fig 4,5 e 6 - Achados intra-operatórios: distensão de todo o intestino grosso, ceco isquêmico com ruptura iminente e lesão estenótica na transição do sigmoide com o reto alto



Fig 7 - Produto de colectomia total

DISCUSSÃO

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer colorretal será o segundo mais incidente em ambos os sexos, perdendo apenas para o câncer de próstata e de mama em homens e mulheres, respectivamente. Apresenta maior taxa de complicações na presença de válvula ileocecal competente, devido isquemia, perfuração e peritonite fecal. O diagnóstico precoce e intervenção imediata são fundamentais para diminuição da morbimortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frimann-Dahl J. Mechanical obstruction of the large bowel. In: Frimann-Dahl J, ed. Roentgen examinations in acute abdominal diseases. Springfield: Charles C. Thomas, 1960:199210.
2. Scott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. Br J Surg 1995;82:3213.
3. Megibow AJ. The gastrointestinal tract. In: Haaga JR, Lanzieri CF, Zerhouni EA, eds. Computed tomography and resonance imaging of the whole body. St. Louis, Washington, Toronto: Mosby, 1994:8734.
4. Irvin GL, Horsley JS, Caruana JA Jr. The morbidity and mortality of emergent operations for colorectal disease. Ann Surg 1984;199:598603.
5. Soonawalla Z, Thakur K, Boorman P, Macfarlane P, Sathananthan N, Parker M. Use of self-expanding metallic stent in the management of obstruction of the sigmoid colon. AJR 1998;171:6336.