



MALFORMAÇÃO DE COMPLEXO CLOACAL ASSOCIADA A MEGACÓLON: INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA: RELATO DE CASO

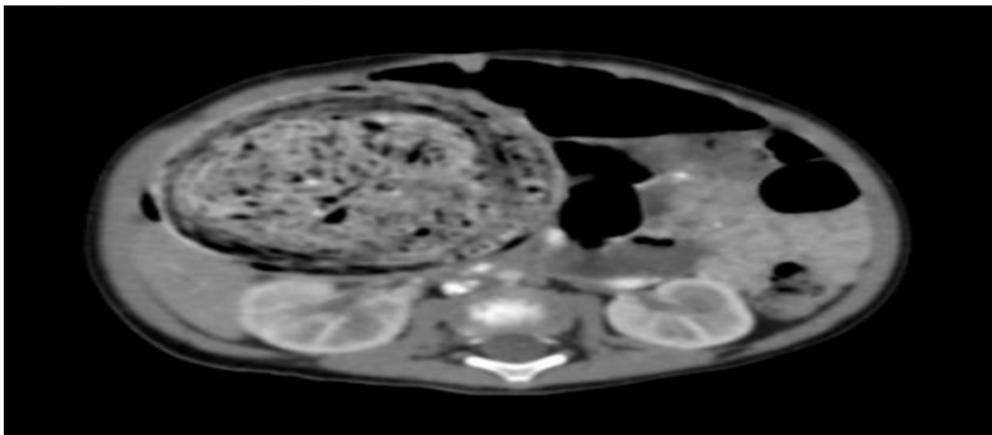
Thales Albuquerque Rocha¹, Gessyelle Amaral Cavalcante de Queiroga², Clara de Araújo Dantas Teixeira³, Arthur Ferreira Cerqueira Amorim⁴, Isabella Beserra Ramos⁵, Vinícius Almeida da Nóbrega⁶, João Bezerra da Silva Neto⁷, Letícia de Souza Formiga⁸.
^{1,2,3,4,5} Universidade Federal de Campina Grande, ^{6,7,8} Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

INTRODUÇÃO

As malformações anorretais e o megacólon congênito (MC) representam patologias com incidência de 1 em cada 5.000 nascidos vivos. Embora sejam frequentemente associadas a outras malformações, a associação de ambas as doenças é rara e ainda incompreendida.

RELATO DE CASO

V.M.L. apresentou-se, no exame físico neonatal, com genitália ambígua: grandes lábios hipertrofiados e coaptados posteriormente, clitoremegalia, ausência de orifício vaginal e presença de apenas um orifício de drenagem na vulva. Foi iniciada uma investigação clínica de Hiperplasia Adrenal Congênita, cujo diagnóstico após alguns exames foi descartado. Aos 2 meses, realizou USG pélvica, que evidenciou: útero de aspecto didelfo, ovário direito ausente, vagina com duplicação e bexiga de aspecto duplicado. Além disso, o cariótipo realizado foi 46XX. Aos 3 meses, realizou uretrocistografia que evidenciou bifurcação do canal urogenital e vagina em fundo cego, fechando o diagnóstico de Malformação do Complexo Cloacal. Aos 6 meses, a paciente internou-se com quadro grave de obstrução intestinal e a tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou: fecaloma de grande volume ocupando cólon sigmóide e descendente direito.



Tomografia computadorizada evidenciando fecaloma extenso em nível de T10.

Diante dessa descrição, foi diagnosticado o megacólon e submetida à redução de fecaloma em bloco cirúrgico. No dia seguinte, foi submetida à laparotomia exploradora com colostomia e maturação de coto distal e vesicostomia. O material das 4 porções do cólon e reto foram submetidos a biópsia e imuno-histoquímica, sendo encontrada ausência de células ganglionares em cólon sigmóide descendente, transverso e ascendente. Após 1 mês e meio, V.M.L. foi readmitida ao serviço para realização de anoretoplastia sagital posterior e reconstrução de trânsito intestinal. Evoluiu bem e sem intercorrências.



Paciente apresentando vulva com hipertrofia de clitóris e cicatrizes de duas estomias e uma vesicostomia.

DISCUSSÃO

A paciente apresentou-se com exame histopatológico positivo para (MC) e, apesar da pouca literatura disponível recomendar colectomia do colón acometido, a paciente foi submetida apenas à colostomia e posterior reconstrução de trânsito. Até o presente momento não houve recidiva de obstrução. Essa conduta conservadora mostrou um desfecho positivo para a paciente que já apresentava a malformação do complexo cloacal e diversas cirurgias anteriores. Assim, é notório que o presente estudo traz à luz novos conhecimentos científicos em cirurgia.

- REFERÊNCIAS:** 1-Pena A (1989) *The surgical management of persistent cloaca: results in 54 patients treated with a posterior sagittal approach. J Pediatr Surg* 24:590–598.
2 - Devries PA, Pena A (1982) *Posterior sagittal anorectoplasty. J Pediatr Surg* 17:638–643.
3 -Stephens FD (1953) *Imperforate rectum; a new surgical technique. Med J Aust* 1:202–203