



20º CONGRESSO DE  
CIRURGIA  
RIO DE JANEIRO  
17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL  
O cirurgião geral de hoje



# MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Aline de Quadros Teixeira<sup>1</sup>; Philippe Scharth Montenegro<sup>2</sup>, Thiago Scharth Montenegro<sup>3</sup>.

1. Médica residente do Hospital Municipal Lourenço Jorge

2. Acadêmico de Medicina – UNIGRANRIO

3. Médico graduado pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

## INTRODUÇÃO

**Introdução** A má rotação intestinal é uma condição congênita rara causada por uma anomalia durante a formação fetal em que há o posicionamento impróprio do intestino delgado. Sua incidência é maior na população pediátrica. Os casos em adolescentes e adultos são menos prevalentes, estando presentes em 0,2% da população geral. O deslocamento do intestino para a direita condiz à formação de uma banda fibrosa, chamada de banda de Ladd, que em pacientes sintomáticos pode-se apresentar como volvo e obstrução alta no duodeno. Esse relato se dá para evidenciar o caso de um paciente adolescente apresentando má rotação intestinal atendido na emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge, e tem como objetivo mostrar a importância da identificação precoce e planejamento cirúrgico.

## RELATO DE CASO

Paciente M.O.P, 15 anos, apresentando-se com quadro agudo de dor abdominal, com múltiplos episódios eméticos nas últimas 24h. Na investigação foi relatado pela mãe que o mesmo apresentava, desde a infância, episódios eméticos intermitentemente após refeições. Ao exame físico, o paciente era longilíneo, emagrecido, apresentava-se com dor à palpação em hipocôndrio direito. A tomografia de abdome apresentava-se com evidente proeminência gástrica. Foi realizado novo estudo após contraste oral e venoso onde não havia passagem do contraste após a porção proximal do duodeno e pequena quantidade de ar em retroperitônio, mesmo após 2h. Optou-se por realizar uma laparotomia exploradora de urgência que evidenciou rotação intestinal do duodeno para esquerda, assim como aderências. O paciente foi levado à enfermaria onde evoluiu com dor persistente, náuseas e vômitos. Após 72h de internação foi realizada nova tomografia com contraste sendo evidenciado pneumoperitônio extenso e

o paciente foi submetido à nova laparotomia exploradora que não encontrou pontos de perfuração ou obstrução, mesmo após manobras confirmatórias e não foi realizado nenhuma outra intervenção além da ordenha manual. O paciente retornou à enfermaria, permanecendo internado por mais 2 semanas em recuperação realizando NPT. Durante a recuperação, desenvolveu um quadro de pneumonia e infecção fúngica. Foi realizada uma sessão clínica multidisciplinar para discussão de uma nova abordagem do paciente para resolução definitiva do caso. Na terceira abordagem foi notado espessamento na região duodenal e múltiplas aderências intestinais. Foi optado pela realização de um bypass gastrojejunal e o paciente teve alta após 1 semana. Após um ano, o paciente está em follow-up no ambulatório da Cirurgia Geral e apresenta-se sem queixas.

## DISCUSSÃO

A elucidação diagnóstica após a infância geralmente é tardia e pode levar a diagnósticos clínicos equivocados, exames e procedimentos desnecessários e, por vezes, múltiplos procedimentos cirúrgicos. Alguns pacientes ficam taxados como portadores de doenças como síndrome dispéptica, síndrome do intestino irritável ou distúrbio psicogênico. Nosso paciente havia histórico de múltiplas idas à emergência, e tratado apenas com sintomáticos, sem ter tido um diagnóstico definitivo até a sua cirurgia. Pode-se considerar aceitável que crianças com obstruções agudas consequentes de má rotação necessitem de cirurgia de urgência. Porém, as complicações e sequelas tardias dessa terapêutica cirúrgica são ainda pouco avaliadas e entendidas. O diagnóstico correto e tratamento adequado desses pacientes num primeiro ato cirúrgico pode alterar o impacto a longo prazo da qualidade de vida dos pacientes. Apesar disso, ainda há morbidade associada, mesmo com a correção cirúrgica, e por isso os responsáveis e os pacientes devem receber educação detalhada sobre o potencial risco de obstrução intestinal alta.

## REFERÊNCIAS:

- 1- Bass KD, Rothenberg SS, Chang JH (1998) Laparoscopic Ladd's procedure in infants with Malrotation. J Pediatr Surg 33: 279–281
- 2- Berdon WE (1995) The diagnosis of malrotation and volvulus in the older child and adult: a trap for radiologists. Pediatr Radiol 25:101–103
- 3- Dunker MS, Bemelman WA, Slors JF, van Duijvendijk P, Gouma DJ (2001) Functional outcome, quality of life, body image, and cosmesis in patients after laparoscopic-assisted and conventional restorative proctocolectomy. Dis Colon Rectum 44: 1800–1807
- 4- Fisher JK (1981) Computed tomographic diagnosis of volvulus in intestinal malrotation. Radiology 140: 145–146
- 5- Frantzides CT, Cziperle DJ, Soergel K, Stewart E (1996) Laparoscopic Ladd procedure and cecopy in the treatment of malrotation beyond the neonatal period. Laparosc Endosc Percutan Tech 6: 73–75