

Fístula cólon-jejunal em paciente com fecaloma e volvos jejunal e sigmoideano devido à dolicomegassigmoide: relato de caso

Colon fistula-jejunal in patient with fecaloma and volvos jejunal sigmoideano and due to dolicomegassigmoide: case report

MITRE KALIL,¹ DIOGO LESQUEVES SANDOVAL,² THIAGO RAMPAZO PANCINI,² ULISSES LOPES GUERRA PEREIRA SOBRINHO,² DANIELA LERBACK JACOBSEN,³ LUIZA VALLORY ALOCHIO,³ AMANDA ARAÚJO,³ RICARDO DALVI NICOLA,³ MITRE KALIL JUNIOR³

RESUMO

O dolicomegacólon consiste no aumento do comprimento e diâmetro dos segmentos do cólon, causando alteração da motilidade e interferindo no funcionamento do trânsito intestinal. Pode ser classificado em: Aganglionose Congênita ou Doença de Hirschsprung; o Megacólon Chagásico ou Adquirido e o Idiopático. Suas principais complicações são fecalomas, volvos, úlceras por estase fecal com isquemia da parede intestinal e perfurações.^{11,12,15} Relatamos o caso de uma paciente com quadros recorrentes de suboclusões intestinais que melhoravam com tratamentos clínicos conservadores. Os preparos mecânicos para realização de uma colonoscopia sempre foram inadequados devidos aos fecalomas, volvo sigmoideano e a dor forte apresentada pela paciente durante tais tentativas. Indicado laparotomia exploradora, evidenciou-se volvo de sigmoide com fecaloma impactado, aderido e fistulizado para um volvo de jejuno distal.^{6,5,10}

Unitermos: Megacólon, Fístula Intestinal, Obstrução Intestinal.

SUMMARY

The dolicomegacólon is to increase the length and diameter of the parts of the colon, causing changes in motility and interfering with the operation of the intestinal transit. Can be classified into: Aganglionosis Congenital or Hirschsprung disease; the Chagas' Disease or Acquired megacolon and idiopathic. Its main complications are fecalomas, volvulus, fecal stasis ulcers with ischemia of the bowel wall and perforations.^{11,12,15} We report the case of a patient with recurrent episodes of intestinal sub-occlusion that improved with conservative medical treatment. Mechanical preparation for performing a colonoscopy were always inadequate due to fecalomas, sigmoideano volvo and severe pain presented by the patient during such attempts. Suitable exploratory laparotomy, revealed a sigmoid volvulus with impacted fecal impaction, and joined fistulized for volvo distal jejunum.^{6,5,10}

Keywords: Megacolon, Intestinal Fistula, Intestinal Obstruction.

1. Professor Associado (Adjunto IV) da Disciplina de Fundamentos da Cirurgia e de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da EMESCAM e Titular de Técnica Operatória e Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da MULTIVIX - Vitória - ES (TCBCD e TCBC). **2.** Residentes (R2) do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES. **3.** Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da EMESCAM. **Endereço para correspondência:** Dr. Mitre Kalil - Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Vitória - ES - CEP 29025-023/**e-mail:** mitre.kalil@emescam.br **Recebido em:** 14/09/2015. **Aprovado em:** 14/10/2015.

INTRODUÇÃO

O dolico megacólon é o aumento do comprimento e diâmetro dos diversos segmentos do cólon observados ao enema opaco e a colonoscopia.

Em geral é decorrente de alteração nas células ganglionares dos plexos mioentéricos, de Meissner e de Auerbach na forma adquirida, causado pelas toxinas do tripanossoma *Cruzi*, alterando substancialmente a Atividade Muscular Intrínseca do Intestino (SNA).

A incoordenação motora do cólon interfere no trânsito colônico, seguindo-se de estase e dilatação cólica levando à obstipação e até a obstrução intestinal baixa.

O Mega e o Dolico megacólon Chagásico (MCH) é o mais comum no nosso país por tratar-se de uma endemia ainda não erradicada.

O Megacólon Congênito (Doença de Harald Hirschsprung-1888), ocorre devido à ausência dos neurônios intramurais dos plexos de Meissner e Auerbach (aganglionose congênita).^{3,5,6,10,15}

A Doença de Chagas, descrita por Carlos Chagas em 1909, microscopicamente ocorre uma neuropatia inflamatória do plexo mioentérico em que 2 a 5% dos indivíduos infectados pelo tripanossoma desenvolvem o megacólon chagásico, entre 30-60 anos de idade, acometendo principalmente segmento distal do cólon e o reto.

O diagnóstico é feito laboratorialmente pela reação de fixação do complemento para Doença de Chagas, a reação de Machado-Guerreiro (sensibilidade de 80%) e por exames de imagem como radiografia simples do abdome e enema opaco.^{2-5,8,11,12,17,20}

Outra causa menos comum de megacólon é a displasia intestinal neuronal, que descreve dois tipos distintos de defeitos congênitos dos gânglios murais intestinais.

O tipo A é observado principalmente em crianças e consiste em hipoplasia da inervação simpática.

O tipo B está presente tanto em crianças quanto em adultos e caracteriza-se pela displasia do plexo submucoso de Meissner, resultando em uma propulsão anterógrada fraca das fe-

zes. Histologicamente, estão presentes hiperplasia e gânglios gigantes, com sete a dez células nervosas. A colectomia total com anastomose ileorretal é o tratamento de escolha.

A obstrução intestinal é causada por volvos ou fecalomas.

Muitos volvos podem ser desfeitos por colonoscopia e muitos fecalomas podem ser evacuados através da digitocrasia feita sob raquianestesia.

Aquelas obstruções intestinais que evoluem com fistulizações, necroses intestinais ou obstrução em alça fechada são tratadas cirurgicamente.

Relatamos o caso de uma paciente com obstrução intestinal em virtude da formação de dois volvos (sigmoide e jejuno) devido ao volumoso fecaloma sigmóideano, que evoluiu com uma fístula cólon-jejunal.^{3,5,6,10,20}

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, caucasiana, residente de Cariacica- ES, antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo II e glaucoma.

Em 2008 iniciou com quadros recorrentes de constipação intestinal severa, procurando sempre auxílio ambulatorial, sendo diagnosticado em 2009, dolico megacólon idiopático.

A tomografia computadorizada do abdome evidenciou acúmulo importante de resíduos em alças de delgado e o enema opaco, grande distensão do cólon ascendente, sigmoide e reto. A reação de Machado-Guerreiro foi negativa.

Em outubro de 2012, foi internada com quadro de distensão e dor abdominal difusa e perda ponderal importante de aproximadamente 20kg ao longo desses quatro anos.

Apresentava associado, alguns episódios evacuações líquidas ao dia.^{2,13,14,16} No exame físico apresentado abdome flácido, distendido, globoso, hipertimpânico em epigástrico, sem sinais de defesa, com ruídos hidroaéreos presentes e com massas palpáveis e móveis em ambos flancos, sugestivas de fecalomas.

Ao toque retal, ausência de fezes em ampola retal, sendo então tratada sintomaticamente e com enteróclises. Foi solicitada uma nova tomografia computadorizada de abdome, cujo

Figura 1 . Tomografia computadorizada de abdome: distensão de alças colônicas, apresentando fezes em seu interior.



Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando distribuição de contraste em alças colônicas.

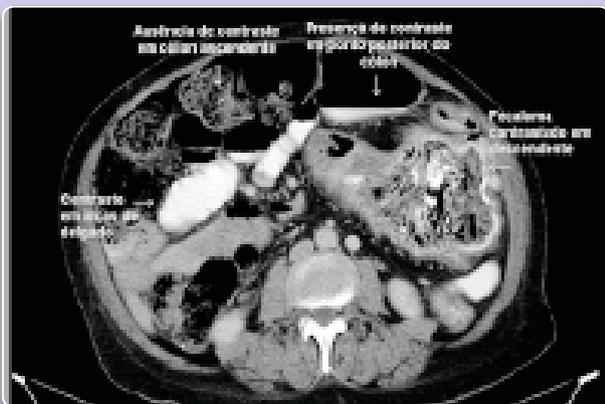


Figura 3. Peça cirúrgica: observar trajeto fistuloso demarcado por pinça anatômica.



laudo revelou importante dilatação e tortuosidade de alças colônicas com fezes em seu interior (figuras 1 e 2). Após dois dias de internação foi dada alta devido à melhora da distensão abdominal e do quadro clínico.

Em fevereiro de 2013, a paciente retornou ao pronto-socorro da Santa Casa de Misericórdia de Vitória com quadro semelhante, sendo então internada e realizados todos os exames e preparo pré-operatório. Optou-se por uma laparotomia exploradora que evidenciou múltiplas e difusas aderências entero-colônicas, dolicomegacólon com volumoso fecaloma impactado na transição descendente-sigmoide obstruindo completamente à luz intestinal além de uma fístula cólon-jejunal (figura 3).

Realizou-se então enterectomia com enteroanastomose término-terminal, colectomia esquerda com colostomia à Mickulicz.

O pós-operatório imediato foi realizado na UTI onde permaneceu por cinco dias, sendo depois transferida para enfermaria permanecendo por mais cinco dias, tendo alta após este prazo. Além de todo suporte terapêutico necessário, manteve-se por 10 dias a antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol. O fechamento da colostomia deu-se após 90 dias.^{11,12}

DISCUSSÃO

O megacólon tem alta incidência na América Latina, acometendo mais o sexo masculino na proporção 3:2, comumente entre 3ª e 5ª décadas de vida.

Pode ter diversas origens, entre elas, as mais comuns são a Doença de Hirschsprung e a Doença de Chagas. Descartamos a hipótese de Hirschsprung pela idade e período das manifestações clínicas e Megacólon Chagásico pela sorologia e reação de Machado-Guerreiro terem dadas negativas, ambos exames de alta sensibilidade. Firmou-se então o diagnóstico de megacólon de origem idiopática.^{2,4,5,20} Na maioria dos casos, o megacólon resulta em obstrução intestinal manifestando-se clinicamente por constipação intestinal de instalação lenta e progressiva, acompanhada de distensão abdominal. Suas complicações podem ser potencialmente desastrosas, como obstrução em alça fechada e ruptura colônica.

Na paciente em questão, entretanto, os quadros de semioclusão eram recorrentes e, insidiosamente, se abrandavam devido à presença de uma fístula cólon jejunal crônica formada, que

permitia a fuga de material fecaloide para o delgado e vice-versa. O enema baritado evidenciava uma dilatação importante, representada pelo megacólon cujo diâmetro ultrapassava 12 cm no ceco; 8 cm no cólon ascendente e 7 cm no cólon descendente e retossigmoide.

Na radiografia simples do abdome, podia-se ver ainda sinais de obstrução, como níveis hidroaéreos em mesogástrico; concreções radiopacas, o sinal do “empilhamento de moedas”; edema e espessamento da parede intestinal; alça de Von Wahl e uma imagem em “bico de pássaro”, as duas últimas patognômicas de vólculo. O diagnóstico diferencial pode ser feito com obstruções congênicas de evolução crônica, constipação intestinal crônica devido a dólícolon e megacólon psicogênico em adultos.

O tratamento inicial da suboclusão intestinal, principalmente em casos não complicados, é clínico, composto por dieta rica em fibras, laxativos e monitorização radiológica. Faz-se esvaziamento manual e com enteroclistas (enemas glicerinados). Em alguns pacientes, entretanto, terapia laxativa é, em geral, uma estratégia a curto prazo. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos com evolução prolongada cujas medidas clínicas não promoveram evacuação intestinal satisfatória.

As cirurgias realizadas são: desfazer o volvo e sigmoidopexia na goteira parietocólica esquerda; sigmoidectomia com colostomia a Hartmann; hemicolecotomia esquerda ou retossigmoidectomia com anastomose manual com ou sem preparo mecânico transoperatório e colectomia total com ileostomia.

No caso apresentado optamos pela colectomia esquerda, enterectomia jejunal (incluindo a fístula) com enteroanastomose término-terminal e colostomia a Mickulicz.^{1,2,4,7-9,18,19}

CONCLUSÃO

É incomum na evolução do dolícomegacólon a associação de volvo sigmoide-jejunal com fístula e obstrução intestinal. A fístula ocasionada a partir da estase fecal com ulceração e perfuração do cólon comunicou-se com o jejuno e não livremente para a cavidade peritoneal, o que certamente teria desfecho mais grave.

O diagnóstico e conduta cirúrgica precoce evita quadros suboclusivos crônicos, volvos e suas complicações, o que culminam com operações de urgência e morbimortalidades elevadas.

REFERÊNCIAS

1. Ashley, S.; Zinner, M. Maingot's abdominal operations. New York: McGraw-Hill Medical, 2007.
2. Carvalho, M.; Santana, E. Técnica cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
3. Coelho, U. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. V. 1, São Paulo: Atheneu, 2005.
4. Coelho, U. Manual de clínica cirúrgica v.1 – Cirurgia geral e especialidades. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
5. Fauci, A.; Kasper, D.; Longo, D. Harrison: medicina interna. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Medical, 2007.
6. Feldman, M.; Friedman, L.; Sleisenger, M. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease; pathophysiology; diagnosis; management. 7ª edition. V.1. Philadelphia: Saunders, 2002.
7. Goffi, F. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.
8. Kalil, M. Cirurgia do Aparelho Digestivo. Vitória, FCAA / UFES, 400 pag, 1985.
9. Kalil, M. Técnica Operatória. Vitória, UNIMED, 219 Pag, 2013.
10. Lopes, A (org). Tratado de clínica médica. V.1. São Paulo: Roca, 2006.
11. Martins, H.; Damasceno, M.; Awada, S (org). Pronto-Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole, 2007.
12. Mendelssohn, P.; Liu, T. Controle Clínico do paciente cirúrgico. Rio de Janeiro; Atheneu, 2008.
13. Mincis, M. Gastroenterologia & hepatologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo; Casa Leitura Médica, 2008.
14. Miszputten, S (org). Guia de gastroenterologia - série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/UNIFESP. 2ª Ed. Barueri; Manole, 2007.
15. Raia, AA. Manifestações Digestivas da Moléstia de Chagas. São Paulo, Sarvier, 277 pag, 1983.
16. Rohde, L (org). Rotinas em cirurgia digestiva. Porto Alegre; Artmed, 2011.
17. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – SOBED. Endoscopia gastrointestinal terapêutica. São Paulo; Tecmedd, 2006.
18. Townsend, C (org). Sabiston – Textbook of surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19ª ed. Saunders Elsevier, 2012.
19. Vieira, O (org). Clínica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos. São Paulo; Atheneu, 2000.
20. Way, L. (org). Cirurgia – diagnóstico e tratamento. 9ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1993.