

Volvo ileal em adulto: estudo de caso

Ileal volvulus in adult: case study

Camylle Reis Figueiredo ¹, Walter Pinto Silva Filho ¹, Lister A. Modesto Santos ¹,
Vitorino Modesto Santos ²

Resumo

O abdome agudo obstrutivo é uma das principais causas de atendimento em serviços de emergências cirúrgicas. Dentre suas causas, volvo de intestino delgado é uma condição rara, que ocorre com mais frequência em países do Oriente. O propósito desse relato é descrever um caso de volvo de íleo com revisão de literatura sobre essa entidade. O paciente masculino de 67 anos apresentou acentuada distensão abdominal aguda e instabilidade hemodinâmica em virtude de volvo de íleo em torno do eixo da artéria ileocecólica com dilatação e isquemia de alças do intestino delgado. Realizada com sucesso enterectomia segmentar além de ileostomia terminal. Segundo a literatura, esse abdome agudo obstrutivo é raro e há necessidade de estudos incluindo maior número de pacientes. Relatos de caso podem aumentar o índice de suspeita sobre condições raras.

Palavras chave: Intestino Delgado, Isquemia Mesentérica, Oclusão Intestinal, Volvo

Abstract

Obstructive acute abdomen is a major cause of care in surgical emergency services. Among its causes, small bowel volvulus is a rare condition that occurs more frequently in Eastern countries. The purpose of this report is to describe a case of volvulus of the ileum with review of literature on this entity. The 67-year-old patient had severe acute abdominal distension and hemodynamic instability due to volvulus of the ileum around the axis of the ileoceccolic artery, dilated and ischemic small bowel loops. Segmental enterectomy plus terminal ileostomy were successfully performed. According to literature, this cause of obstructive acute abdomen is rare and studies with more patients are necessary. Case reports may increase the suspicion index about rare conditions.

Keywords: Small Bowel, Mesenteric Ischemia, Intestinal Occlusion, Volvulus

1. Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo-SP

2. Professor Adjunto da UCB e Preceptor do Departamento de Medicina Interna do HFA

E-mail do primeiro autor: camylle.figueiredo@gmail.com

Recebido em 29/04/2016

Aceito, após revisão, em 01/10/2016

Introdução

O abdome agudo obstrutivo é uma das principais causas de atendimento em prontos socorros e aproximadamente 15% de todas as causas de abdome agudo.¹ As principais etiologias de abdome agudo obstrutivo variam de acordo com a localização da obstrução e a faixa etária dos pacientes. De maneira em geral, bridas, hérnias e cânceres colo retais são os principais fatores envolvidos.¹ Digno de nota é que o volvo de intestino delgado corresponde a menos de 5% de todas as obstruções intestinais.^{1,2}

Volvo é uma entidade na qual o intestino sofre rotação sobre o próprio eixo, ocasionando obstrução parcial ou completa com grau variável de sofrimento vascular.³⁻⁶ O sigmoide é a principal sede de volvo; sítios menos comuns são ceco, transverso, íleo terminal e até o estômago.^{3,5} No intestino delgado, o volvo pode ser classificado como primário ou secundário. O primário ocorre em uma cavidade abdominal normal, sem alterações anatômicas, é mais frequente no Oriente Médio e na Índia, incomum na Europa e América do Norte e pode estar associado com diferenças nas alimentações.^{5,6} O secundário se relaciona com fatores predisponentes congênitos ou adquiridos, como má-formação anatômica e má-rotação intestinais, além de aderências, entre outros.^{1,5-7}

Ambos os tipos de volvo de intestino delgado são condições cirúrgicas incomuns de

abdome agudo obstrutivo na população adulta, principalmente no Ocidente. Essa entidade não tem sido objeto de maior atenção, já que muito poucos casos são descritos. Por se tratar de patologia rara, não se encontram extensas revisões ou trabalhos que tratem desse tema.

O propósito deste relato é descrever um caso de volvo de intestino delgado, mais especificamente de íleo com comprometimento vascular mesentérico.

Relato de caso

Homem de 67 anos, cardiopata hipertenso, acamado por sequela de acidente vascular cerebral, internado no Hospital do Servidor Estadual Público de São Paulo (HSPE) em agosto de 2015 com insuficiência cardíaca descompensada e úlceras de pressão infectadas nos calcâneos. Durante a internação iniciou com dor e distensão abdominal além de vômitos. Subitamente, apresentou taquicardia ventricular que foi controlada com cardioversão elétrica. Evoluiu com piora da distensão abdominal e necessidade de altas doses de drogas vasoativas. Radiografia de abdome revelou alças dilatadas de intestino delgado (Figura 1). Na avaliação da Cirurgia Geral o paciente em ventilação mecânica e usando drogas vasoativas estava taquicárdico, hipotenso, e emagrecido. O abdômen estava distendido e hipertimpânico, com rigidez em tábua. Nos exames laboratoriais realizados observaram-

se leucocitose, elevação de troponina e hiperlactatemia. Em virtude de instabilidade hemodinâmica, não foi possível realizar tomografia computadorizada de abdome (TC) e foi indicada laparotomia exploradora com hipótese de abdome agudo vascular, possivelmente causado por embolia mesentérica.

No intraoperatório, foi evidenciada moderada ascite de aspecto seroso e alças de

delgado com dilatação acentuada e sinais de sofrimento que iniciava a cerca de 20 cm da válvula ileocecal associado com dilatação a montante (figura 2). O ceco encontrava-se fixo e havia um volvo de íleo em torno do eixo da artéria ileocecólica (figura 3). Foi realizada enterectomia segmentar de cerca de 110 cm de delgado e, em virtude da gravidade do quadro, a opção foi por exteriorização de ileostomia terminal em parede abdominal.



Figura 1. Radiografia de abdome evidenciando dilatação acentuada de alças de delgado.



Figura 2. (Achado intraoperatório): alças de intestino delgado apresentando-se dilatadas e com alteração de coloração sugerindo sofrimento vascular.



Figura 3. (Achado intraoperatório): Volvo de íleo em torno do eixo da artéria ileocecólica.

O paciente evoluiu com estado grave no pós-operatório, necessitando de tratamento em unidade de terapia intensiva por aproximadamente um mês; porém, após suporte clínico, recebeu alta hospitalar em regular estado geral, abdome flácido, indolor à palpação, ileostomia funcionando bem e com controle regular de seu débito.

Discussão

Volvo é uma forma especial de obstrução intestinal que resulta de rotação da alça ao redor do eixo de seu mesentério. A apresentação clínica é geralmente abdome agudo. Os sintomas são semelhantes a qualquer outra obstrução intestinal, incluindo dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos; e, algumas vezes, peritonite.¹⁻⁷ A evolução está diretamente relacionada com possíveis complicações, como isquemia e perfuração. A mortalidade de pacientes que evoluem com gangrena pode variar entre 20 e 100%.⁵

O tipo e a incidência de volvo intestinal se relacionam com a idade e

diferenças geográficas dos pacientes. Em adultos, volvo de sigmoide ocorre em 70 a 80% e de ceco em 10 a 20% dos casos; já o volvo de intestino delgado é considerado um raro evento.⁵

A prevalência de volvo de intestino delgado varia em diferentes partes do mundo. No EUA, Canadá e Europa Ocidental não representa um problema de saúde com a mesma magnitude como em alguns países da África e Ásia.^{5,6} Na América do Norte e Europa Ocidental, a ocorrência é de 1,7 a 5,7% e na Índia chega a quase 25%.⁵ Tal prevalência se deve a fatores higienodietéticos e socioeconômicos. Postula-se que a alimentação rica em vegetais e celulose por gerações em regiões como Oriente Médio, Leste Europeu e Ásia Meridional, tem levado a um aumento relativo do comprimento do intestino delgado. Associado com mesentério pobre em gordura, embora longo e com a base estreita, apresenta mobilidade visceral aumentada, predispondo ao volvo.^{6,8}

O volvo de intestino delgado classificado como primário é mais frequente em algumas regiões da África, países do Oriente Médio, Afeganistão e Iran.⁵ Estima-se também que seja mais comum no sexo masculino.^{5,8} Spasokukozki sugeriu uma teoria para a ocorrência do volvo primário; nela o alimento rico em fibras e de difícil digestão ao chegar ao jejuno faz com que este segmento recaia sobre a pelve, com isso o íleo longo é levado no sentido horário ao abdome superior, podendo causar o volvo jejunoileal juntamente com o mesentério adjacente.⁸ Isso acontece durante eventos especiais, como períodos religiosos como Ramadan ou durante os meses de verão, quando se celebra grande número de casamentos e festas em áreas rurais subdesenvolvidas. Acredita-se que o súbito enchimento pela ingestão de uma única grande refeição volumosa e pouco digerível sobrecarrega o intestino vazio e induz um peristaltismo intestinal vigoroso, que poderia ocasionar volvo do intestino delgado.^{5,8}

O tipo secundário ocorre na presença de lesões como aderência pós-operatórias, má rotações, intussuscepção, hérnia estrangulada, tumores intra-abdominais, volvo de intestino grosso, divertículo de Meckel, e infestação por *Ascaris*.¹⁻⁷ Esse tipo é mais comum no Ocidente, correspondendo a aproximadamente 70 a 90% dos casos.⁵

Clinicamente, o paciente apresenta-se com dor periumbilical que não responde a analgesia simples, associado a náuseas (83%),

vômitos (100%), distensão abdominal (55%) e peritonismo (14 a 26%). Febre, taquicardia e peritonismo estão presentes em 90% dos casos com gangrena, os quais necessitam de abordagem cirúrgica imediata. Laboratorialmente, há leucocitose acima de 18.000/mm³, hiperamilasemia, hiperlactatemia (55%) e acidose metabólica (25%).^{2,4-6} Vale ressaltar que nenhum desses dados laboratoriais é considerado como confirmatório de pior prognóstico.

Na radiografia de abdome, pode ser observada dilatação de alças de delgado, níveis hidroaéreos e, conforme a evolução, sinais de isquemia e perfuração de alça com pneumoperitônio.⁹ À ultrassonografia com *doppler*, observa-se a clássica imagem descrita como “sinal do catavento”, que corresponde a um deslocamento no sentido horário da veia mesentérica superior e do mesentério, ao redor da artéria mesentérica superior. Esse sinal indica a alteração anatômica causada pelo volvo do intestino médio. Nesses casos, além do intestino os vasos estão envolvidos. O sinal representa o padrão característico dos vasos mesentéricos no *doppler*, com sensibilidade entre 89 e 100%.¹⁰

Na tomografia de abdome, os achados dependem do comprimento e da orientação do segmento comprometido, havendo torções em forma de “C” e de “U”. Além disso, os tradicionais achados de obstrução como distensão de alças, edema de parede do

intestino e achados sugestivos de complicações como pneumatose intestinal, líquido livre em cavidade abdominal, e pneumoperitônio podem ser encontrados.⁹

A conduta em abdome agudo obstrutivo depende das condições clínicas. Pacientes que se encontram estáveis hemodinamicamente, sem sinais evidentes de complicações devem ser avaliados de maneira mais minuciosa, utilizando-se dos recursos diagnósticos disponíveis para elucidar a causa e realizar tratamento específico. Entretanto, pacientes hemodinamicamente instáveis não suportam tratamento retardado. Quaisquer complicações com repercussões abdominais e hemodinâmicas importantes, devem ser submetidas a tratamento cirúrgico o mais precocemente possível.¹⁻⁶ Essa conduta constitui o principal fator prognóstico na sobrevida desse grupo de pacientes. Já a modalidade de cirurgia depende de achados intraoperatórios; no volvô com sofrimento de alças indica-se enterectomia segmentar, se possível com anastomose primária.⁴⁻⁶

O caso aqui descrito inicialmente poderia se confundir com abdome agudo de causa vascular, devido à gravidade e aos fatores de risco apresentados pelo doente, como a cardiopatia e manobras de cardioversão antes da piora da distensão abdominal. O achado de volvô de íleo primário com sofrimento vascular de alças de delgado é raro, mas deve-se considerar a hipótese dessa entidade. Apesar de o paciente,

obviamente não ser procedente de áreas onde a condição é mais frequente, tratava-se de um indivíduo bastante emagrecido, cujo mesentério se apresentava pobre em tecido gorduroso, fenômeno que poderia constituir fator predisponente para a ocorrência de volvô ileal.

Conclusão

Volvô é uma das causas de abdome agudo obstrutivo, sendo rara a sua ocorrência no intestino delgado. Constata-se a raridade do caso, quando são levantados dados na literatura e não se encontram com facilidade trabalhos científicos sobre o tema. Apesar de ser incomum no Ocidente, essa patologia pode ter desfechos desfavoráveis quando essa hipótese diagnóstica não é considerada precocemente. Mais estudos são necessários para melhor definir os fatores predisponentes e a fisiopatologia da doença.

Referências

1. Jackson PG, Raiji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician*. 2011;83(2):159-65.
2. Brinda MA, Manjunath S, Balasubramanya, KS, Nanjaiah B. An unusual case of small bowel volvulus. *J Clin Diag Res*. 2015; 9(11):PD08-10.
3. Furtado WS, Mello DACPG, Santos VM, Oliveira Junior WP, Schoff WLA. Volvô gástrico associado a volvô cecal em paciente jovem. *Bras Med*. 2012;49(3):206-9.

4. Santín-Rivero J, Núñez-García E, Aguirre-García M, Hagerman-Ruiz-Galindo G, de la Vega-González F, Moctezuma-Velasco CR. [Intestinal volvulus. Case report and a literature review]. *Cir Cir.* 2015;83(6):522-6.
5. Roggo A, Ottinger LW. Acute small bowel volvulus in adults. A sporadic form of strangulating intestinal obstruction. *Ann Surg.* 1992;216(2):135-41.
6. Grasso E, Sciolli L. Spontaneous small bowel volvulus in an adult. Case report and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2011;82(5):413-6.
7. Furtado WS, Mello DACPG, Santos VM, Oliveira Junior WP, Schoff WLA. Volvo do íleo em torno de cordão fibroso do divertículo de Meckel. *Bras Med.* 2012;49(2):142-6.
8. Vaez-Zadeh K, Dutz W, Nowrooz-Zadeh M. Volvulus of the small intestine in adults: A study of predisposing factors. *Ann Surg.* 1969;169(2):265-71.
9. Paulson EK, Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology.* 2015;275(2):332-42.
10. Vijayaraghavan SB, Ravikumar VR, Srimathy G. Whirlpool sign in small-bowel volvulus due to a mesenteric cyst. *J Ultrasound Med.* 2004;23(10):1375-7.