

ABDÓMEN AGUDO

Volvo do Cólon Transverso

Sónia PALMA, João LEITÃO, Helena Lopes da SILVA, Isabel TÁVORA

RESUMO

O volvo do cólon transverso permanece uma entidade médica rara nas revisões bibliográficas de oclusão do cólon (1%), sendo frequentemente excluída do seu diagnóstico diferencial. Está contudo associada a morbilidade e mortalidade superior comparativamente aos mais frequentes volvos do cego e da sigmóide, necessitando de diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica urgente. Os autores apresentam um caso desta entidade, realçando o papel dos meios de diagnóstico por imagem, e uma revisão bibliográfica.

SUMMARY

ACUTE ABDOMEN Transverse Colonic Volvulus

Volvulus of the transverse colon continues to be a rare medical problem in the bibliographic medical revisions of large bowel obstructions (1%), being frequently excluded of the differential diagnosis. However it is associated with higher morbid-mortality than the commonest cecal and sigmoid volvulus, making urgent a rapid diagnostic and surgical intervention.

The authors present a case of this entity emphasizing the imagiologic diagnostic aspects and a bibliographic revision.

S.P., J.L., H.L.S., I.T.: Serviços de Imagiologia Geral e de Cirurgia 1. Hospital de Santa Maria (CHLN). Lisboa

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

O volvo do cólon transverso está associado a morbidade e mortalidade superior comparativamente aos mais frequentes volvulos do cego e da sigmóide, necessitando de diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica urgente.

Os autores apresentam um caso desta entidade, realçando o papel dos meios de diagnóstico por imagem, e uma revisão bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, com 83 anos de idade, acamado e residente num lar, internado no Serviço de Medicina IC do Hospital de Santa Maria no dia 7 de Dezembro de 2008, por quadro compatível com gastroenterite aguda. Como antecedentes pessoais relevantes salientam-se Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico extenso, encontrando-se acamado há dois anos e colite isquémica com internamento anterior recente.

Decorridas menos de 24 horas de internamento inicia quadro de prostração progressiva com paragem da emissão de gases e fezes e vômitos fecalóides. Ao exame objectivo apresentava-se com pele e mucosas ligeiramente desidratadas, abdómen distendido, timpanizado e indolor à palpação.

Após observação pela equipa médica de urgência de cirurgia são requeridas análises sanguíneas e Rx abdominal em decúbito dorsal com raios horizontais (figura 1).

Analicamente salientava-se: HB – 11,8 g/dl; Ureia – 119 mg/dl; Creatinina – 1,2 mg/dl; Osmolalidade sérica – 329 mg/dl; PCR – 24,9

Atendendo à marcada distensão gasosa do quadro cólico foi solicitada a realização de TC abdominal e pélvica para auxílio diagnóstico na determinação de

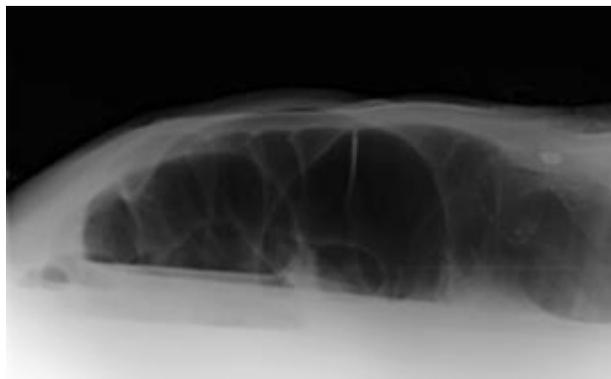


Fig. 1– Rx de abdómen em decúbito com raios horizontais, demonstrando marcada distensão gasosa do cólon.

eventual causa e nível obstrutivo (figura 2).

A TC confirmou a existência de volvo do cólon localizado no transverso e associado à variante de Chilaiditi, pelo que o doente foi operado em contexto de urgência (figuras 3,4,5).

Do procedimento cirúrgico destacam-se os seguintes achados e procedimentos:

Torsão do cólon transverso (que se encontrava viável).

Apendicectomia e esvaziamento do cólon pelo coto apendicular.

Plastia do mesocólon transverso.

Fixação e reforço dos ângulos hepático e esplénico à parede lateral do abdómen através de pontos do ligamento



Fig. 2 - Topograma de TC abdominal e pélvica revelando marcada distensão do cólon até ao ângulo esplénico que aparenta desvio para a linha média.



Fig. 3 – Imagem axial de TC que mostra a presença de Síndrome de Chilaiditi (variante anatómica caracterizada por interposição do ângulo hepático anteriormente ao lobo direito do fígado), frequentemente associada como factor de risco para o volvo do cólon transverso.

gastrocólico e grande epíloon.

O pós-operatório decorreu sem qualquer complicação, com alta médica para o lar.

DISCUSSÃO

Desde a publicação do primeiro caso de volvo do cólon transverso por Kallio em 1932¹, verificamos que as mais recentes revisões bibliográficas inglesas relatam um total de cerca de 75 casos descritos no mundo e com



Fig. 4 – Imagem axial de TC com contraste endovenoso, demonstrando o típico sinal do bico (radiologia clássica), correspondendo ao ponto de torção do cólon transverso.



Fig. 5 – Imagem axial de TC com contraste endovenoso, revelando a localização anómala da veia mesentérica à esquerda da artéria mesentérica superior, sinal associado a márotação intestinal.

cerca de 36 casos na literatura Japonesa^{2,3}. Daqui resulta que em termos de incidência esta entidade representa apenas 4 a 11% dos casos de volvo do cólon⁴.

Contudo a sua mortalidade é cerca de três vezes a do volvo do cego e apresenta igualmente pior prognóstico que o volvo da sigmóide, o mais comum^{1,4}.

Os casos descritos predominam em adultos jovens do sexo feminino parecendo existir um segundo pico de incidência nas 7ª e 8ª décadas de vida^{4,5}.

Em circunstâncias normais, se os pontos de fixação do ângulo hepático e do ângulo esplénico do cólon estiverem preservados, o volvo do cólon transverso não ocorre, estando descritos os seguintes factores de risco^{1,5}:

Pontos de fixação esplénico e hepático próximos (alterações congénitas de rotação com ou sem bridas pós-cirúrgicas).

Outras variantes anatómicas (Síndrome de Chilaiditi, cólon redundante e móvel, ausência ou deficiente fixação do mesentério).

Alterações da motilidade intestinal (gravidez, pós-operatório, sedação).

O diagnóstico desta entidade depende de um elevado nível de suspeição clínica, mas nem sempre é fácil. A apresentação clínica é altamente inespecífica, estando consideradas duas principais formas de apresentação⁵:

Aguda – início súbito de dor abdominal intensa e com deterioração clínica rápida.

Subaguda / Progressiva – dor abdominal crescente com marcada distensão abdominal. História de episódios prévios de menor intensidade.

O diagnóstico precoce é essencial para a correcta abordagem terapêutica, mas nem sempre é fácil. O Rx simples de abdómen em pé ou em decúbito lateral revela classicamente dois níveis hidro-aéreos, tal como sucede no volvo da sigmóide, mas distinto do nível único observado no volvo do cego. Frequentemente verifica-se um segmento intestinal distendido em U, com a concavidade dirigida para o local da obstrução¹.

O clíster opaco demonstra o sinal do *bico* no local da torção, clássico e tido como patognomónico¹.

Actualmente a TC proporciona um excelente meio de diagnóstico. Pelo elevado detalhe anatómico permite não só o diagnóstico preciso como também a exclusão de outras causas de oclusão. O sinal do *whirl* em TC com o *novelo* dos vasos mesentéricos e segmento intestinal distendido, bem como a posição anómala da veia mesentérica à esquerda da artéria (indicativa de márotação intestinal), são os sinais mais frequentemente detectados nesta entidade⁴.

A cirurgia constitui o tratamento de eleição, sendo a abordagem determinada pela viabilidade da parede intestinal, variando desde a simples redução da torção sem colopexia até à remoção do cólon excessivo que favorece a recorrência.

Foi descrita redução da torção por colonoscopia em

indivíduos com contra-indicações para cirurgia, mas associa-se a maiores morbilidade, mortalidade e taxa de recorrência.

CONCLUSÃO

O volvo do cólon transverso é uma causa rara de obstrução intestinal, com uma apresentação clínica inespecífica e associada a pior prognóstico que as outras localizações mais comuns de torção do cólon. Os métodos de imagem e particularmente a TC permitem estabelecer o diagnóstico, identificando o nível de torção, a presença de alterações anatómicas favorecedoras e a exclusão de outros diagnósticos diferenciais.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. NEWTON N, REINES H: Transverse Colon Volvulus: Case Reports and Review. *Am J Roentgenol* 1977;128:69-72
2. HIDEO Y, TOSHIO S: A case of transverse colon volvulus. *Japanese J Gastroenterol Surg* 2002;35:102-5
3. ANDERSON J, LEE D: Volvulus of the transverse colon. *Brit J Surg* 2005;68:179-181
4. HINKLE J, SMITH T: Malrotation with volvulus of the transverse colon and duodenal obstruction secondary to Ladd's bands. *Clinical Imaging* 2008;32:65-8
5. MATSUSHIMA K, SUZUKI Y: Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome. *Am J Surg* 2006; 92:203-4