

Jhonat Thalyson da Silva ¹, José Roberto Cavalcanti de Novais ¹, Lívia Aglaia Soares Maia de Carvalho ¹, Inácio Pereira Aguiar Junior ¹, João Antonio Jacinto de Oliveira ², Amanda Rodrigues da Silva ¹, Nayron Arthur Correia Farias ¹, Maria Clara Lopes Alves Nascimento ³.
1. Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho, 2. Universidade Tiradentes, 3. Universidade Federal de Alagoas

INTRODUÇÃO

Volvo cecal é uma torção axial envolvendo o ceco, o cólon ascendente e o íleo terminal, que resulta em uma obstrução em alça fechada do ceco, a qual, se persistir, desenvolverá comprometimento vascular ⁷. Volvos de cólon é a terceira causa principal de obstrução do cólon no mundo, após o câncer colorretal e a diverticulite sigmóide complicada ¹.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, foi admitida no setor de emergência do Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho, encaminhada do Complexo Hospitalar Manuel André para avaliação da cirurgia geral, com a suspeita de abdome agudo obstrutivo.

A própria referiu dor e constipação há 12 dias, associada a vômito há 10 dias. Relata, ainda, passado cirúrgico apenas de colecistectomia videolaparoscópica há 5 anos. Apresentava mau estado geral, hipocorada 2+/4 e, taquipneica. Ao exame físico apresentava distensão abdominal, dor à palpação superficial e profunda, com sinais de peritonite.

Logo, foi solicitada a passagem de sonda nasogástrica, exames laboratoriais (tabela 1) e rotina radiológica de abdome agudo, o qual evidenciou distensão de alças (sinal do grão de café) e níveis hidroaéreos. Dessa forma, fechou o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo e foi indicado intervenção cirúrgica

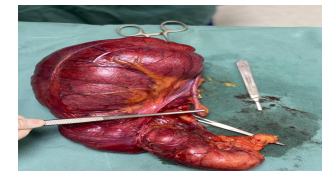
Prosseguiu-se com laparotomia exploratória, através das incisões mediana. Após realizada abertura por planos, identificou volvo de ceco com dilatação de alças a montante e obliteração a jusante. Diante disso, foi realizada hemicolectomia direita com anastomose ileotransversa. Durante o ato cirúrgico, iniciou antibioticoterapia com Rocefin 1g e metronidazol 500mg.

Em virtude do quadro geral da paciente, ela foi encaminhada entubada e sedada à UTI após o término do procedimento cirúrgico. No dia seguinte iniciou o desmame de sedação e da ventilação mecânica, sendo extubada sem intercorrências no mesmo dia. A mesma teve resposta significativa positiva, que permitiu alta da UTI no segundo dia pós-operatório. Ela evacuou no terceiro dia pós-operatório e, no mesmo dia, a sonda nasogástrica foi retirada. Já no quarto iniciou dieta líquida que foi bem aceita, permitindo assim a evolução da mesma nos dias seguintes. Por fim, houve boa evolução e alta hospitalar no oitavo dia pós operatório.



	Pré operatório	Segundo dia pós operatório	Sexto dia pós operatório
Hemoglobina	15,1 g/dL	14,8 g/dL	g/dL
Leucócitos	22.100 /mm ³	17.500/mm ³	13.100 /mm ³
Bastões	5%	4%	3%
Segmentados	88%	90%	87%
Plaquetas	374.000 /mm ³	208.000 /mm ³	368.000 /mm ³
Ureia	50 mg/dL	56 mg/dL	13 mg/dL
Creatinina	0,6 mg/dL	0,8 mg/dL	0,7 mg/dL

Tabela 1. Exames Laboratoriais



DISCUSSÃO

O volvo cecal é uma entidade rara, 20 vezes mais comum em mulheres ⁴, na sua segunda e terceira décadas de vida ⁵, caracterizado anatomicamente pela torção axial que ocorre envolvendo o ceco, o íleo terminal e o cólon ascendente ⁶.

Os achados clínicos são inespecíficos, logo, é difícil distinguir o volvo cecal da obstrução do intestino delgado, constipação, íleo adinâmico ou outras causas de obstrução do cólon ⁷.

A radiografia abdominal é frequentemente obtida como imagem diagnóstica inicial, em virtude da maioria dos pacientes com volvo cecal agudo apresentarem quadros clínicos sugestivos de obstrução intestinal ³. Anormalidades radiológicas são identificáveis em quase todos os pacientes com volvo cecal agudo, com dilatação cecal (98% -100%), nível de ar-líquido único (72% -88%), dilatação do intestino delgado (42% -55 %), e ausência de gás no cólon distal (82%) relatada como as anormalidades mais comumente visualizadas ⁹. Por sua vez, a tomografia computadorizada (TC) atualmente tem um papel importante, com sensibilidade de até 90% para o volvo cecal. Os sinais de “grão de café”, “bico de pássaro” e “redemoinho” são três dos achados comuns de TC associados ao volvo cecal agudo ⁸.

Em termos de tratamento, o volvo de ceco é sempre uma emergência cirúrgica, apesar da ausência de sinais radiológicos ou clínicos graves. Logo, a hemicolectomia direita com anastomose íleo transversal é a opção cirúrgica mais aceita ².

REFERÊNCIAS

- Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW, Ilstrup DM. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. *Ann Surg* 1985;202:83–92.
- Berger JA, van Leersum M, Plaisier PW. Cecal volvulus: Case report and overview of the literatura. *Eur J Radiol Extra*. 2005;55(3):101-103
- Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J*. 2005; 81 : 772–776
- Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg*. 2014 Feb;259(2):293-301.
- Le CK, Nahiriak P, Qajja E. Cecal Volvulus. [Updated 2021 Sep 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
- Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002;45:264–267.
- Mary Eng MD., Kadiyala Ravindra MD. Cecal Volvulus Following Laparoscopic Nephrectomy and Renal Transplantation. *Journal of The Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*. 2009 Oct-Dec; 13(4): 612–615.
- Moore CJ, Corl FM, Fishman EK. CT of cecal volvulus: unravelin'g the image. *AJR* 2001;177:95–8.
- Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, et al. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 1990;33:765–9