

(21219) - TWIST DE UM VOLVO DO CEGO

Ana Rita Lourenço¹; Helena Devesa¹; Sónia Fortuna Martins¹; Beatriz Louro¹;
Renato Barradas¹; Luís Ferreira¹

1 - Hospital Distrital de Santarém

Introdução: O volvo do cego é uma causa rara de oclusão (1.5%), que consiste numa torção do cego e do mesentério sobre si mesmo. O volvo cólico é a terceira causa de oclusão intestinal do cólon (5%), a seguir ao cancro coloretal e à diverticulite complicada, sendo o local mais frequente no colon sigmoide. Os fatores de risco para o volvo do cego são: dismotilidade cólica, obstipação, cirurgias abdominais prévias, bridas congénitas, gravidez, colonoscopia prévia. Está descrito na literatura a associação com mucocelo apendicular e neoplasia do apêndice. É mais comum em mulheres com idade inferior a 60 anos. Tal como os restantes casos de oclusão, pode progredir para isquémia, necrose e perfuração. A história clínica e o exame objetivo não são específicos e dependem da duração e gravidade da doença. O diagnóstico raramente é baseado apenas na clínica e na radiografia. A tomografia computadorizada é o exame com maior acuidade diagnóstica, sendo os achados típicos: distensão cólica, o “whirl sign”, um apêndice central, o sinal de grão de café e um intestino delgado colapsado.

Objectivo: Apresentação de uma etiologia rara de oclusão intestinal, sua marcha diagnóstica e tratamento.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico.

Resultados: Doente sexo masculino, 84 anos, autónomo, sem antecedentes cirúrgicos, que recorreu ao SU por dor abdominal, obstipação e vómitos de estase. À observação, apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, abdómen distendido, timpanizado, assimétrico à inspeção, com assimetria visível na fossa ilíaca direita, doloroso à palpação, sem defesa nem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, aumento discreto dos parâmetros inflamatórios e aumento da LDH. RX abdómen em ortostatismo: nível hidroaéreo com distensão cólica no hipocôndrio esquerdo. TC abdominal e

pélvica com contraste: “Nos quadrantes abdominais médio/ inferior, ligeiramente lateralizada à esquerda, observa-se marcada distensão de ansa ileal, que tem um calibre máximo aproximado de 9,5 cm, identificando-se ponto de transição abrupta do calibre, com ansa eferente e ansa aferente, aspectos sugestivos de traduzir provável hérnia interna, a condicionar síndrome em ansa fechada. Coexiste ligeira distensão de ansas intestinais de delgado, acumuladas na fossa ilíaca direita.” Submetido a laparotomia exploradora, com identificação de volvo do cego com distensão marcada do cego e apêndice espessado por aparente lesão mucinosa. Realizada hemicolectomia direita e anastomose ileocólica. Anatomia patológica revelou neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice - pTisN0 (0/36 gânglios). Apresentado caso clínico em Consulta de Decisão Terapêutica, decidida vigilância.

Discussão: É essencial um diagnóstico e gestão precoce do volvo do cego para diminuir a morbimortalidade associada. A destorção endoscópica deve ser evitada porque raramente é eficaz (5%) e está associada a um maior risco de perfuração. Pode ser realizada cecopexia com ou sem cecostomia se elevado risco cirúrgico como medida temporária se intestino viável, embora com elevada taxa de recorrência. O tratamento definitivo, tal como feito, consiste numa hemicolectomia direita, idealmente com anastomose primária. A neoplasia mucinosa do apêndice é uma entidade rara, que corresponde a menos de 1% dos cancros. Os estádios iniciais são muitas vezes incidentalomas, manifestando-se clinicamente como uma apendicite. O tratamento cirúrgico da neoplasia do apêndice pode ser uma apendicectomia ou uma hemicolectomia direita se fatores de risco (envolvimento peri apendicular, mais de 2cm, envolvimento da muscular ou uma histologia de alto grau). Sendo assim, ao realizar uma hemicolectomia direita, neste caso o doente ficou tratado em relação às duas patologias.

Palavras-chave : volvo do cego, oclusão cólica, neoplasia do apêndice