

MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL EM ADULTO: RELATO DE CASO

Adult intestinal malrotation: case report

Ubirajara Rutilio M. e F. de **ARAÚJO**, Imad Izat **EL TAWIL**

Trabalho realizado no Ônix Centro Hospitalar, Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Ubirajara Araújo,
e-mail: biraraujo@bol.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 10/08/2009
Aceito para publicação: 25/01/2011

INTRODUÇÃO

A má rotação intestinal é anomalia congênita causada por rotação incompleta ou não rotação do intestino no eixo da artéria mesentérica superior durante o desenvolvimento embriológico². Apresenta-se tipicamente nos primeiros meses de vida, mas às vezes pode se apresentar tardiamente causando dificuldade e erro no diagnóstico⁹. Sabe-se que 64% dos casos tornam-se evidentes clinicamente nos primeiros meses de vida e 82% até o primeiro ano⁹, porém, alguns autores afirmam que até 90% dos casos são diagnosticados ao se completar um ano⁴. A real incidência desta malformação não é conhecida, com estimativas variando de 1:200 a 1:6000 nascidos vivos⁴. Em adultos, a incidência é de 0,2%⁵, sendo que cerca de 15% de todos os pacientes com diagnóstico firmado de má rotação intestinal permanecem assintomáticos por toda vida⁶. Por estes motivos, o diagnóstico desta doença faz parte do dia-a-dia do cirurgião pediátrico, mas esta hipótese diagnóstica frequentemente fica esquecida nos casos de dor abdominal em adultos¹.

RELATO DO CASO

Mulher de 21 anos, telefonista, deu entrada no hospital com quadro de intensa dor abdominal com três dias de evolução e piora progressiva nas últimas 24 horas. Referia ser a dor abdominal do tipo difusa, em cólica, porém mais intensa em região epigástrica e com irradiação para dorso. Ela apresentava piora importante após as refeições, quando era acompanhada de náuseas e vômitos. Negava quaisquer outras queixas associadas.

Não apresentava nenhuma comorbidade, mas referia na história mórbida pregressa episódio

semelhante há três anos, porém de caráter fugaz e com melhora espontânea com repouso intestinal e medicação anti-espasmódica.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, levemente desidratada, normocorada, afebril e com dados vitais estáveis (PA=110x60 mmHg e FC=80 bpm). O abdômen estava plano, flácido, ruídos hidro-aéreos presentes, levemente doloroso à palpação de epigástrico, mas sem sinais de irritação peritoneal.

Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos, avaliação da função hepática e pancreática) que encontravam-se dentro dos limites da normalidade, bem como ultrassonografia abdominal total que evidenciou somente distensão de alças intestinais. Iniciaram-se medicações analgésicas e bloqueador de bomba de prótons e solicitou-se endoscopia digestiva alta, a qual demonstrou apenas pequena hérnia hiatal. No segundo dia de internamento o quadro clínico permanecia inalterado, mas com maior intolerância alimentar; então, foi solicitada tomografia de abdômen que concluiu tratar-se de má rotação intestinal ao longo do eixo da artéria mesentérica superior, com sinais de sub-oclusão do trato gastrointestinal alto.

Optou-se por conduta cirúrgica através da via laparotômica. No intra-operatório observou-se todo o intestino delgado disposto para o lado direito do abdômen e o cólon para o lado esquerdo. Além disto, o jejuno proximal encontrava-se isquêmico e fazendo volvo de 270° sobre o eixo dos vasos mesentéricos superiores; já o cólon direito estava disposto por trás destes vasos, mas com a sua arcada vascular disposta acima deles. Para a correção da anomalia fez-se uma enterotomia do jejuno proximal, a cerca de 10 cm do ângulo duodenojejunal, e desfez-se o volvo, o que cursou com melhora progressiva da isquemia intestinal, permitindo que se fizesse uma enteroanastomose. O cólon direito comprimia os vasos mesentéricos superiores através da arcada vascular da cólica direita, fazendo ingurgitamento vascular. A seguir, realizou-se ligadura do pedículo da artéria cólica média em sua origem e colectomia direita seguida de ileotransversostomia látero-lateral.

A paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no 5º dia do pós-operatório e manteve-se assintomática até o último seguimento, dois anos após a operação.

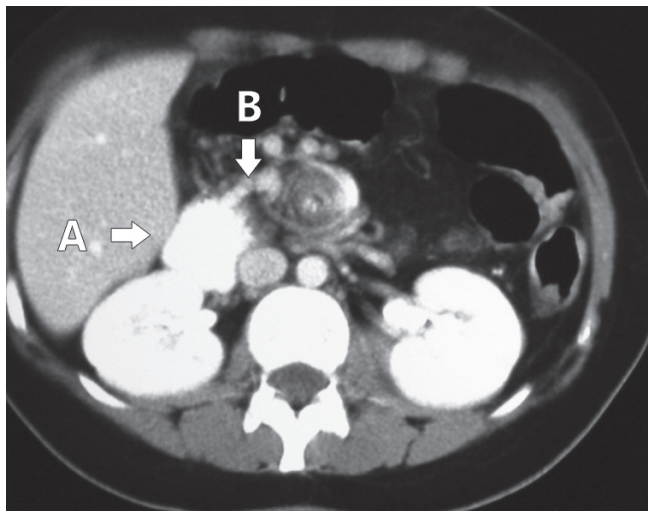


FIGURA 1 - Aspectos da tomografia abdominal: a) dilatação e espessamento da parede duodenal e b) transição duodenojejunal deslocada à direita da linha média

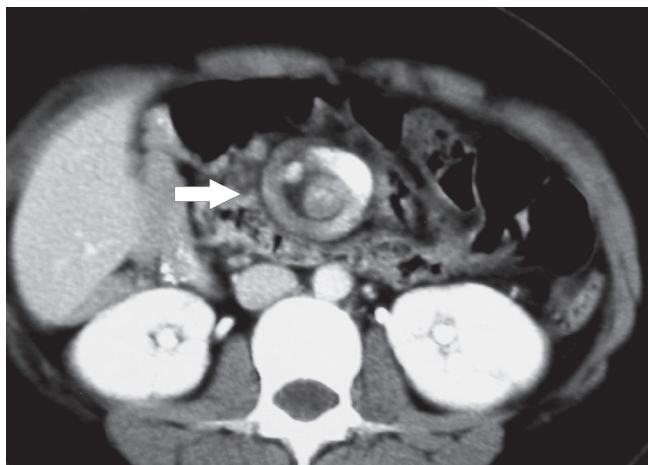


FIGURA 2 - Rotação intestinal de 720° sobre o eixo dos vasos mesentéricos superiores

DISCUSSÃO

Segundo alguns autores a grande maioria dos casos de má rotação intestinal em adultos é assintomática^{4,5,9}; dentre aqueles que desenvolverão algum sintoma, a evolução pode ocorrer de forma aguda ou crônica. A aguda, cursa com quadro de vômitos e dor abdominal sem distensão (por se tratar de obstrução alta) que pode evoluir para isquemia e necrose intestinal com peritonite¹. Isto pode ser causado por obstrução intestinal por volvo ou hérnia interna, com ou sem isquemia intestinal^{2,5}. Em geral, com boa anamnese descobre-se história prévia de sintomas intermitentes, mas leves¹. No presente caso, a evolução ocorreu de forma aguda, tendo sido causada por volvo do jejuno com consequente obstrução intestinal. Já nos casos de evolução crônica, os sintomas são inespecíficos, como dor abdominal tipo

cólica de caráter intermitente e vômitos recorrentes^{1,6}. A causa dessa anomalia é a incorreta fixação do intestino delgado, causando estreitamento no pedículo dos vasos mesentéricos superiores, o que predispõe o intestino ao volvo^{5,6}. Além disto, formam-se feixes de peritônio para tentar fixar compensatoriamente o ceco (que está localizado no quadrante superior direito) na parede abdominal; estes feixes cruzam o duodeno mal posicionado e podem causar obstrução ou criar espaços para formação de hérnias internas^{5,6}. Estes sintomas vagos tornam o diagnóstico obscuro, retardando-o, e não raro o paciente é atendido por vários médicos, que atribuem as causas das queixas a problemas da motilidade intestinal ou a desordens de origem psiquiátrica antes de esclarecer o correto e definitivo diagnóstico^{2,3,4,5,6}.

Quanto ao relatado, o diagnóstico foi elucidado através de tomografia contrastada de abdômen. Este exame vem sendo cada vez mais solicitado e demonstra alterações de parâmetros anatômicos característicos, tais como: relação inversa entre os vasos mesentéricos superiores (veia está situada à esquerda da artéria)^{1,4,10}, ausência ou hipoplasia do processo uncinado do pâncreas^{4,10} e alterações na disposição das alças intestinais⁴. Porém, o diagnóstico poderia ter sido feito através de estudo radiográfico contrastado do trato gastrointestinal alto, o qual segundo muitos autores, é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de má rotação intestinal^{1,4}, tendo acurácia superior a 80%^{2,6} e em alguns estudos atingindo 100%⁵. O achado mais importante a ser observado é a junção duodenojejunal, a qual não cruza a linha média e fica localizada à direita da coluna vertebral^{1,4,6}. Além destes, há outros exames para o diagnóstico tais como: ultrassonografia de abdômen (também avaliando a relação inversa entre os vasos mesentéricos)^{3,6,9,10}, angiografia^{3,6} e a videolaparoscopia⁷. Nos casos agudos, no entanto, o diagnóstico na maioria das vezes continua a ser feito através da laparotomia³.

Finalmente, no que diz respeito ao tratamento, não existe padronização para adultos, sendo que vai depender dos achados intra-operatórios e do tipo de malformação associada⁴. Porém, em geral deve-se fazer uma série de manobras chamadas de procedimento de Ladd, que consiste na liberação das aderências existentes, mobilização do duodeno e do cólon direito, liberação e alargamento do pedículo dos vasos mesentéricos superiores e realização de apendicectomia profilática^{1,2,4,5,8}. Não há consenso quanto à prevenção de complicações peri e pós-operatórias através da cecopexia⁴. Atualmente, tem-se sugerido a realização do procedimento de Ladd por videolaparoscopia, por ter bons resultados e pouca morbidade^{4,7,8}. Segundo alguns estudos, a videolaparoscopia, quando comparada ao procedimento convencional, tem significativamente menor tempo de internamento pós-operatório e menor necessidade de analgesia pós-operatória⁵. Com relação aos casos assintomáticos, não

há consenso quanto à conduta a ser tomada⁴; há autores que afirmam que não se deve operar o paciente¹, mas há outros, em contrapartida, que alegam que o tratamento cirúrgico deve ser instituído para prevenir complicações causadas por volvo ou hérnia interna^{5,6}.

CONCLUSÃO

A má rotação intestinal em adultos é doença de difícil diagnóstico primário devido a não constar entre as hipóteses diagnósticas iniciais do cirurgião geral. A sua lembrança é fundamental nos quadros arrastados de dor abdominal sem explicação plausível, pois evita complicações e a rotulação do paciente como tendo uma dor de origem psicossomática.

REFERÊNCIAS

1. Dietz DW, Walsh RM, Grudfest-Broniatowski S, Lavery IC, et al. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults. *Dis Colon Rectum* 2002, 45(10):1381-6.
2. Gamblin TC, Stephens Jr RE, Jhonson RK, Rothwell M. Adult malrotation: a case report and review of the literature. *Curr Surg* 2003, 60(5):517-20.
3. Jayathillake A, Shields MA. Malrotation with volvulus: a rare cause of acute bowel obstruction in na adult. *ANZ J Surg* 2005, 75(9):831-3.
4. Krapfer SA, Rappold JF. Intestinal malrotation – not just the pediatric surgeon’s problem. *J Am Coll Surg* 2004, 199(4):628-35.
5. Matzke GM, Dozois EJ, Larson DW, Moir CR. Surgical management of intestinal malrotation in adults: comparative results for open and laparoscopic Ladd procedures. *Surg Endosc* 2005, 19(10):1416-9.
6. Maxson RT, Franklin PA, Wagner CW. Malrotation in the older child; surgical management, treatment, and outcome. *Am Surg* 1995, 61(2):135-8.
7. Mazziotti MV, Strasberg SM, Langer JC. Intestinal rotation abnormalities without volvulus: the role of laparoscopy. *J Am Coll Surg* 1997, 185(2):172-6.
8. Seymour NE, Andersen DK . Laparoscopic treatment of intestinal malrotation in adults. *JSLs* 2005, 9(3):298-301
9. Vukie Z. Presentation of intestinal malrotation syndromes in older children and adults: report of three cases. *Croat Med J* 1998, 39(4):455-7.
10. Zissin R, Rathaus V, Oscadchy A, Kots E, et al. Intestinal malrotation as na incidental finding on CT in adults. *Abdom Imaging* 1999, 24(6):550-5.