

Má rotação intestinal em adultos: um relato de caso e revisão da literatura

Malrotation in adults: a case report and literature review

Alexandre Mantovani Bezerra¹, Oscar Yukinobu Yamaguchi¹, Luiza Arcas Gonçalves¹,
Bruno Azeredo Coutinho Nascimento¹, Alexandre Shiniti Sassatani², José Cesar Asséf³

Resumo

Introdução: A Má Rotação Intestinal é uma anomalia congênita causada por incompleta ou ausência de rotação normal do intestino primitivo durante o período embrionário. Ela se manifesta de forma variável. Neste presente estudo, apresentaremos um caso que representa este diagnóstico.

Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, deu entrada ao pronto-socorro do Hospital Santa Isabel, com queixa de dor em epigástrio há 3 dias, contínua, com irradiação para hipogástrio e região direita do abdome associada a náuseas, vômitos biliosos e parada de eliminação de fezes. Como conduta inicial, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem, com uma hipótese diagnóstica inicial de um abdome agudo obstrutivo a esclarecer. Na tomografia de abdome, em fase sem contraste, notou-se sinais de má-rotação intestinal. **Conclusão:** O caso relatado mostra uma apresentação típica de complicação secundária à má rotação intestinal em um adulto. Os exames de imagem foram importantes para o diagnóstico dessa paciente.

Descritores: Anormalidades congênicas, Anormalidades do sistema digestório/diagnóstico por imagem, Intestinos/anormalidades, Obstrução intestinal, Rotação, Adulto

Abstract

Background: Intestinal malrotation is a congenital ano-

maly caused by an incomplete or lack of normal gut rotation during embryogenic period. It manifests in varying ways. In this study, we present a case that represents this diagnosis.

Case Report: Female patient, 51 years old, arrives at the Santa Isabel's Emergency Department complaining about a continuous epigastric pain for the last 3 days, irradiating to the lower abdominal quadrant and right side of abdomen, associated with nausea, bilious vomiting, and failure to thrive. As an initial approach, image and laboratory studies were performed, with a diagnostic hypothesis of obstructive acute abdomen. In contrasted tomography, no contrast phase, signals of malrotation were seen. **Conclusion:** This case report provides a typical presentation of a complication from intestinal malrotation in an adult. Image studies were critical to this diagnosis.

Keywords: Congenital abnormalities, Digestive system abnormalities/diagnosis imaging, Intestines/abnormalities, Intestinal obstruction, Adult

Introdução

A Má Rotação Intestinal é uma anomalia congênita causada por rotação incompleta ou ausência de rotação do intestino primitivo no eixo da artéria mesentérica superior durante o desenvolvimento embrionário. As alterações desta rotação podem ser assintomáticas ou manifestarem-se com intensidade variável, causando obstrução e até necrose de segmentos intestinais. Em geral, apresenta-se no primeiro ano de vida, mas às vezes os sintomas causados por essa condição podem aparecer tardiamente, dificultando o diagnóstico em adultos⁽¹⁾.

No presente estudo, apresentaremos um caso que representa como a hipótese diagnóstica de má rotação deve ser elencada, apesar de rara.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, 51 anos, deu entrada ao pronto-socorro do Hospital Santa Isabel (São Paulo/SP), com queixa de dor em epigástrio há 3 dias, contí-

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 5º ano de Medicina. São Paulo - SP - Brasil

2. Médico Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Serviço de Emergência. São Paulo - SP - Brasil

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia / Diretor do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo - SP - Brasil

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo - SP - Brasil

Endereço para correspondência: Alexandre Mantovani Bezerra. Rua Conde de Irajá, 195 - aptº 171 - Vila Mariana - 04119-010 - São Paulo - SP - Brasil. E-mail: xande.mantovani@gmail.com

nua, com irradiação para hipogástrio e região direita do abdome associada a náuseas, vômitos biliosos e parada de eliminação de fezes. Referia quadro de cólica abdominal há 5 anos, com piora progressiva, e que, no último ano, evoluiu com alteração do hábito intestinal, com aumento da flatulência, fezes pastosas e aumento do número de evacuações diárias.

Fora diagnosticada com Síndrome do Intestino Irritável há 2 anos, e negava outros antecedentes patológicos ou uso contínuo de medicações. Ao exame clínico, apresentava-se com abdome distendido e doloroso à palpação superficial e profunda do andar superior, sem outras alterações. Como conduta inicial de investigação, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem, incluindo ultrassonografia (USG) de abdome total, tomografia computadorizada (TC) de abdome, e radiografia de abdome, com uma hipótese diagnóstica inicial de um abdome agudo obstrutivo à esclarecer.

Na radiografia de abdome, foi possível observar: distensão cólica em segmento transverso e segmentos intestinais com predomínio central; além de níveis líquidos em posição ortostática (Imagem 1).

Na ultrassonografia de abdome total, foram evidenciados: distensão líquida; e discreto espessamento parietal de alças intestinais em epigástrio, mesogástrio e hipogástrio.

Na TC de abdome, em fase sem contraste, notou-se: acentuada dilatação com nível líquido e realce parietal da câmara gástrica, de parte de alças de intestino delgado (provavelmente de alças jejunoileais) e de parte do intestino grosso, com área de redução

abrupta do calibre próximo ao terço médio do cólon transverso na região mesogástrica, assumindo aspecto em redemoinho dos vasos mesentéricos; ainda, sinal de má-rotação intestinal, com ângulo de Treitz localizado à direita dos vasos mesentéricos, seguido por alças jejunais localizadas no flanco direito e ileais, no flanco esquerdo (Imagem 2).

Ela, então, foi encaminhada ao Pronto-Socorro Central da Santa Casa, e ali internada para observação e tratamento. Foram realizadas hidratação endovenosa, jejum, analgesia simples e passagem de sonda nasogástrica. Ao longo do tempo, a paciente evoluiu estável, com melhora progressiva dos sintomas, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

No sétimo dia de internação, foi realizada uma tomografia de abdome total de controle, não sendo mais identificada distensão de alças intestinais, entretanto, com manutenção da imagem de má-rotação intestinal. Devido a melhora clínica e radiológica do quadro obstrutivo, a paciente recebeu alta hospitalar, sendo encaminhada para tratamento ambulatorial eletivo. Até sua primeira consulta ambulatorial, a paciente se manteve estável e sem queixas.

Discussão

A má rotação intestinal ocorre por uma falha na rotação normal do intestino primitivo durante o período intrauterino. Devido ao fato da maioria dos pacientes permanecerem assintomáticos ao longo de suas vidas, muitas vezes o diagnóstico não é feito, sendo sua real incidência desconhecida⁽¹⁾.

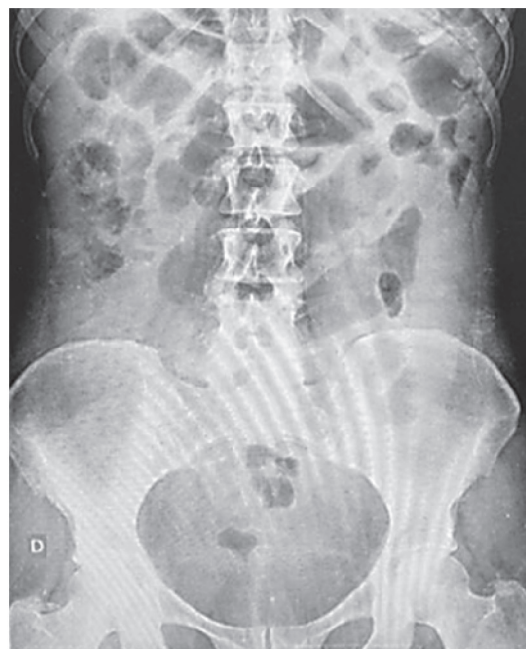
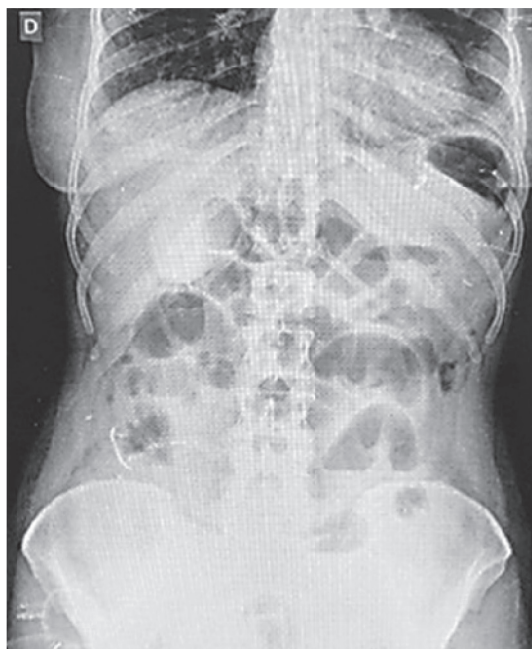


Imagem 1: Radiografia de Abdome. Observam-se: distensão cólica em segmento transverso e segmentos intestinais com predomínio central; e níveis líquidos em posição ortostática.

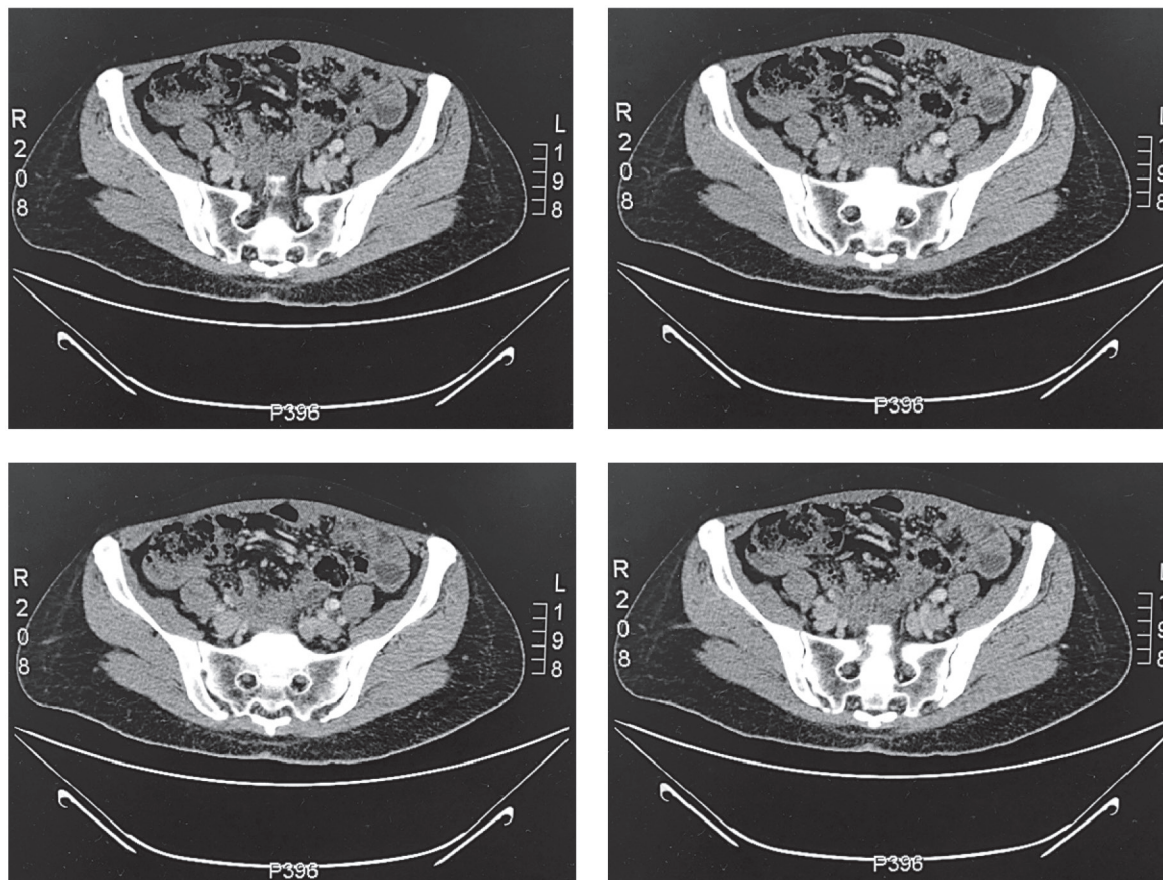


Imagem 2: Tomografia de Abdomem (fase sem contraste). Notam-se: acentuada dilatação com nível líquido e realce parietal da câmara gástrica, de parte de alças de intestino delgado (provavelmente de alças jejunoileais) e de parte do intestino grosso com área de redução abrupta do calibre próximo ao terço médio do cólon transverso na região mesogástrica, assumindo aspecto em redemoinho dos vasos mesentéricos. Ainda, sinal de má-rotação intestinal, com ângulo de Treitz localizado à direita dos vasos mesentéricos, seguido por alças jejunais localizadas no flanco direito e ileais, no flanco esquerdo.

Quando presentes, os adultos queixam-se de sintomas variados, como náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação e flatos, a maioria sendo de curso crônico até o momento diagnóstico. No caso apresentado, a sintomatologia relatada foi condizente aos dados da literatura. Ainda, normalmente os pacientes possuem outras anomalias congênicas associadas à má rotação. Já as complicações mais temidas são o volvo intestinal, a isquemia mesentérica, mais comuns em crianças, e as bandas fibróticas peritoneais (bandas de Ladd) em adultos, que apresentam risco de obstrução e estrangulamento de alça intestinal⁽¹⁻³⁾.

Classicamente, a maioria dos casos de má rotação é diagnosticada durante o período neonatal ou primeiro ano de vida, porém recentemente a literatura mostra que há controvérsias, apresentando praticamente metade de casos em que o diagnóstico é feito durante a idade adulta, como aqui relatado, em que o diagnóstico ocorreu tardiamente. Quando isto ocorre, além de maiores índices de atraso e erro diagnóstico, a morbidade mostrou-se mais elevada quando com-

parado a diagnósticos mais precoces, com maiores taxas de complicações perioperatórias e necessidade de reabordagem cirúrgica⁽⁴⁻⁶⁾.

O diagnóstico é realizado valendo-se de exames de imagem, variando-se o método de escolha de acordo com a idade: crianças geralmente são mais submetidas a séries de exames contrastados via oral para visualização do trato gastrointestinal superior, enquanto adultos são preferencialmente submetidos a tomografia computadorizada (TC). Na tomografia computadorizada, o sinal do redemoinho descreve uma rotação e/ou ingurgitamento dos vasos mesentéricos e do intestino ao longo da artéria mesentérica superior, podendo ainda haver achados adicionais como obstrução duodenal, congestão da vasculatura mesentérica e outras evidências de má rotação intestinal. O raio-x de abdome, salvo em alguns casos de obstrução, é de pouco valor diagnóstico. Em outras ocasiões, o diagnóstico é realizado no intra-operatório⁽⁷⁾.

A correção do defeito é realizada através do procedimento de Ladd, preferencialmente via laparotomia.

É possível também a escolha de realizar o procedimento de Ladd via laparoscopia, que aparenta ser mais segura quando comparada à cirurgia aberta, o que, curiosamente, geralmente não é considerada como primeira opção. Em pacientes assintomáticos, cirurgias eletivas podem ser realizadas para a correção. Ainda, nos estudos aqui avaliados, a escolha operatória se sobressaiu a não-operatória, com taxa de mortalidade significativamente menor quando é escolhido o tratamento cirúrgico em relação ao não-cirúrgico. Entretanto, entendemos que indicado o tratamento operatório, sua realização de forma eletiva quando possível, é preferencial à realização na urgência. O preparo adequado para o procedimento eletivo quando possível, seguramente é acompanhada de menor morbidade, motivo pelo qual foi a nossa opção terapêutica no presente caso⁽⁸⁻⁹⁾.

Conclusão

O caso relatado mostra uma apresentação típica de abdome agudo obstrutivo secundário à má rotação intestinal em um paciente adulto. Os exames de imagem foram importantes para o diagnóstico dessa paciente. Neste caso, dada a evolução favorável apresentada, a terapêutica não-cirúrgica de urgência foi a melhor escolha. A paciente apresenta-se livre de sintomas desde então e em acompanhamento ambulatorial.

Tratando-se de uma doença rara, frequentemente não diagnosticada corretamente, o conhecimento da má rotação intestinal pode propiciar um diagnóstico e tratamento mais rápido e assertivo, o que aumenta as chances de resultados terapêuticos positivos nos pacientes com essa condição.

Referências

1. Gamblin TC, Stephens RE Jr, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation: a case report and review of the literature. *Curr Surg.* 2003; 60(5):517-20.
2. Aboagye J, Goldstein SD, Salazar JH, Papandria D, Okoye MT, Al-Omar K, et al. Age at presentation of common pediatric surgical conditions: reexamining dogma. *J Pediatr Surg.* 2014; 49(6):995-9.
3. Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: varied clinical presentation from infancy through adulthood. *Surgery.* 2011;149(3):386-93.
4. Durkin ET, Lund DP, Shaaban AF, Schurr MJ, Weber SM. Age-related differences in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation. *J Am Coll Surg.* 2008; 206(4):658-63.
5. Kapfer SA, Rappold JF. Intestinal malrotation-not just the pediatric surgeon's problem. *J Am Coll Surg.* 2004; 199(4):628-35.
6. Coe TM, Chang DC, Sicklick JK. Small bowel volvulus in the adult populace of the United States: results from a population-based study. *Am J Surg.* 2015; 210(2):201-210.e2.
7. Pickhardt PJ, Bhalla S. Intestinal malrotation in adolescents and adults: spectrum of clinical and imaging features. *AJR Am J Roentgenol.* 2002; 179(6):1429-35.
8. Frasier LL, Levenson G, Gosain A, Greenberg J. Laparoscopic versus open Ladd's procedure for intestinal malrotation in adults. *Surg Endosc.* 2015; 29(6):1598-604.
9. 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.

Trabalho recebido: 07/10/2018

Trabalho aprovado: 14/02/2019

Trabalho publicado: 15/02/2019