

# Duplicação Tubular Colorretal

## Tubular Colorectal Duplication

Sofia Morão<sup>1</sup>, Catarina Ladeira<sup>1</sup>, Maria Knoblich<sup>1</sup>, Pedro Paulo Mendes<sup>2</sup>, Rui Alves<sup>1</sup>

1. Serviço de Cirurgia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

2. Serviço de Imagiologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

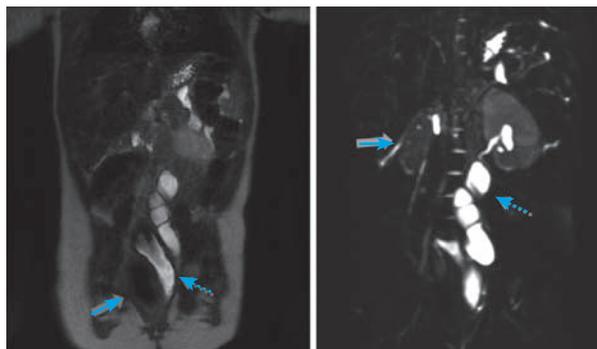
Acta Pediatr Port 2018;49:87-8

DOI: 10.21069/APP.2018.11837

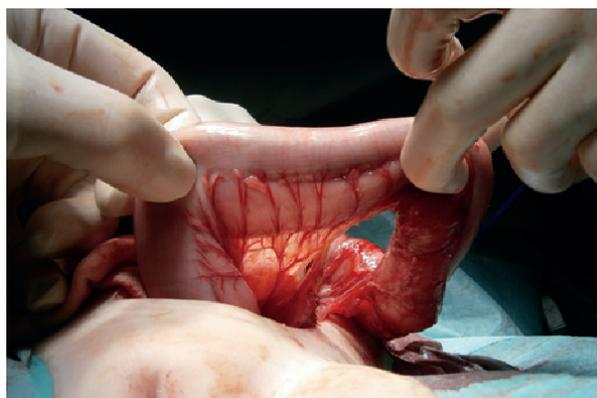
Lactente com 6 meses de idade, com diagnóstico pré-natal de artéria umbilical única e suspeita de hipoplasia renal direita, com quatro episódios de pielonefrite aguda nos primeiros três meses de vida. Por suspeita de prolapso retal, foi encaminhada para consulta de cirurgia pediátrica, onde se documentou esforço ao evacuar, com dilatação anal exuberante e abaulamento da parede retal direita por massa, excluindo-se o prolapso (Fig. 1). Concomitantemente, foi observada em consulta de urologia e juntamente com exames radiológicos (ecografia abdominal, renal e pélvica, renograma com mercapto-acetil-triglicina, uro-tomografia computadorizada, ressonância magnética abdomino-pélvica, cistografia miccional retrógrada e clister opaco) foi diagnosticado rim direito hipoplásico (20% função) e rim esquerdo vicariante, megauretero refluxivo bilateral, duplicação do cólon e reto e atresia vaginal (Fig. 2). Assim, foram realizadas duas cirurgias aos 4 meses de vida: reimplantação ureteral bilateral pela técnica de Cohen e laparotomia exploradora com identificação de duplicação tubular do cólon ascendente até ao reto, tendo sido feita ressecção do cólon e da duplicação desde o reto até ao ângulo esplénico e, a partir daí, secção de parede comum do transverso até ao ascendente, fazendo comunicar os dois lumens, seguida de anastomose colo-anal tipo Swenson (Figs. 3 e 4). Sem intercorrências no intra ou pós-operatório. Na consulta de seguimento mais recente (três meses pós-operatório) apresentava boa progressão ponderal, mas ainda com frequência aumentada das dejeções diárias.



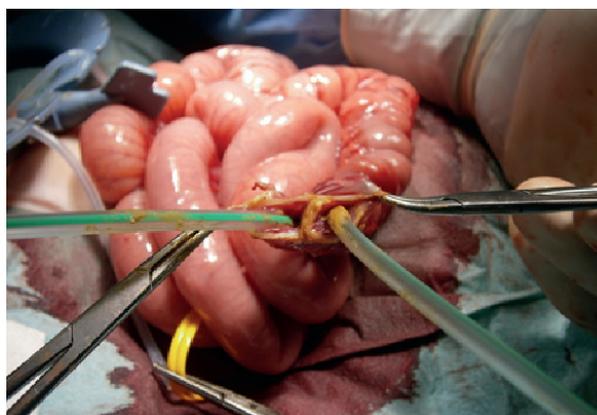
**Figura 1.** Protusão da duplicação na parede retal direita, assemelhando-se a um prolapso retal.



**Figura 2.** Planos coronais da ressonância magnética (realizada no dia a seguir ao clister opaco). À esquerda, a seta a cheio mostra cólon normal e a seta a tracejado aponta para a duplicação cólica (preenchida com contraste). À direita, a seta a cheio mostra rim direito atrofico e a seta a tracejado aponta para o megauretero esquerdo.



**Figura 3.** Duplicação tubular do cólon no bordo mesentérico.



**Figura 4.** Evidência dos dois lumens separados por um septo comum.

As duplicações cólicas representam 6% - 15% de todas as duplicações do tubo digestivo.<sup>1-3</sup> As tubulares são menos frequentes do que as císticas e, quando muito longas ou totais, podem estar associadas a outras duplicações do sistema gênito-urinário, como é o caso.<sup>1</sup> O tratamento consiste na sua resseção e, neste caso, isso poderia significar colectomia total; no entanto, a divisão do septo comum permitiu preservar cólon,<sup>1,4</sup> aumentando a possibilidade de trânsito intestinal normal a médio prazo.

**Palavras-chave:** Anomalias Múltiplas; Cólon/anomalias congénitas; Recém-Nascido; Reto/anomalias congénitas

**Keywords:** Abnormalities, Multiple; Colon/abnormalities; Infant, Newborn; Rectum/abnormalities

#### O QUE ESTE CASO ENSINA

- As duplicações tubulares longas do cólon são malformações congénitas raras.
- É necessário um alto índice de suspeição pois estas malformações podem ser confundidas com outras patologias.
- A divisão cirúrgica do septo comum evita as complicações associadas a resseção total do cólon.
- As duplicações longas do cólon estão muitas vezes associadas a outras malformações do aparelho gênito-urinário, pelo que a avaliação multidisciplinar é fundamental.

#### Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

#### Fontes de Financiamento

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

#### Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

#### Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

#### Correspondência

Sofia Morão  
Sophia.morao@gmail.com  
Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Rua Jacinta Marto, 1169-045 Lisboa, Portugal

**Recebido:** 05/04/2017

**Aceite:** 13/07/2017

#### Referências

1. Keckler SJ, Holcomb GW. Alimentary tract duplications. In: Holcomb G, Murphy J, Ostlie D, editors. Ashcraft's pediatric surgery. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2014.p.539-47.
2. Bilommi R. Volvulus U-shaped transverse colonic duplication: Report of a case and literature review. J Pediatr Surg Case Rep 2017;20:51-3.

3. Kothari M. Tubular duplication of colon and terminal ileum in a female child, case report, review of literature and proposal of a new classification. J Pediatr Surg Case Rep 2015;3:512-3.
4. Bhadoo D, Chand K, Jana M, Gupta AK, Bhatnagar V. Colonic duplication: Treatment by limited division of common wall. J Indian Assoc Pediatr Surg 2015;20:146-7.