

Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot

PNEUMATOSE CÓLICA ASSOCIADA A VOLVO DA SIGMÓIDE

S. RITO NOBRE, J. E. PINA CABRAL, P. SOUTO, H. GOUVEIA, M. CORREIA LEITÃO

GE - J Port Gastreterol 2007, 14: 244-245

Doente do sexo feminino, de 77 anos, diabética, com quadro inaugural de oclusão intestinal comprovado radiologicamente. Avaliação laboratorial sem alterações. Foi realizada colonoscopia, com progressão até junto do ângulo esplênico, não se identificando dilatação luminal significativa. Entre os 20 e os 30cm da margem anal foi observada torsão da sigmóide sugestiva de volvo em resolução. Entre os 30 e os 50cm a parede intestinal apresentava aspecto nodular, revestido por mucosa normal, nalguns segmentos com congestão, sugerindo pneumatose cólica (Figura 1). O diagnóstico foi confirmado após punção de uma das lesões com agulha de esclerose, da qual resultou o seu esvaziamento imediato (Figuras 2 e 3). A doente teve alta assintomática e a colonoscopia de controlo, efectuada ao cabo de 3 meses, não revelou lesões. A pneumatose cólica (PC) é uma entidade pouco frequente e a associação com volvo da sigmóide é ainda mais rara ^(1,2). Ocorre em ambos os sexos e em qualquer faixa etária, embora seja mais comum entre os 30-50 anos de idade ⁽¹⁾. Caracteriza-se pela presença de múltiplos quistos gasosos localizados na submucosa ou subserosa da parede intestinal ⁽¹⁾. A etiopatogénese não está ainda

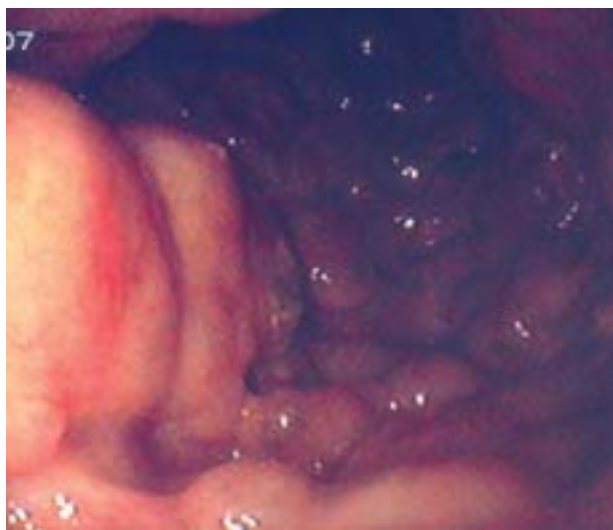


Figura 1 - Mucosa cólica com aspecto difusamente nodular, revestido por mucosa normal, sugestivo de pneumatose cólica.

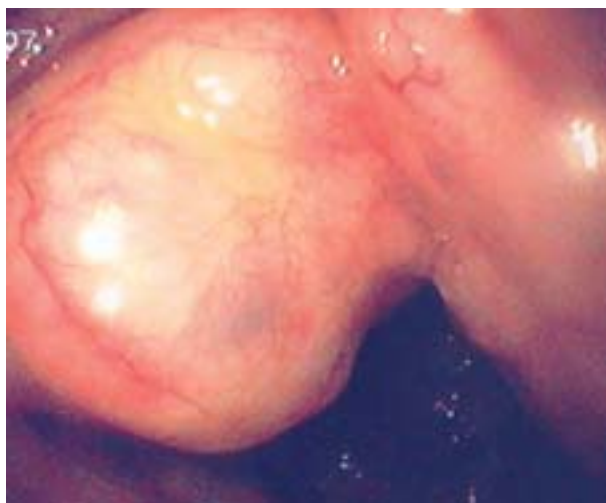


Figura 2 - Em pormenor, o aspecto translúcido de uma lesão nodular, sugerindo a presença de ar na submucosa, aspecto característico desta entidade.

esclarecida, admitindo-se que o gás possa ser forçado a penetrar na parede intestinal por diversas vias (pulmonar, soluções de continuidade na mucosa, aumento da pressão intra-luminal ou do peristaltismo), que as bactérias produtoras de gás invadam a parede ou que o excesso de hidrogénio resultante da fermentação bacteriana dos hidratos de carbono no lúmen seja absorvido e sequestrado na parede intestinal ⁽¹⁾. A PC pode ser idiopática (15%) ou secundária a doença pulmonar obstrutiva crónica, conectivites, amiloidose, colites infecciosas, oclusão intestinal, isquémia, doença de Crohn e iatrogenia cirúrgica ou endoscópica ⁽¹⁾. A localização preferencial das formas primárias é o cólon esquerdo, ao passo que as secundárias ocorrem tipicamente no intestino delgado e cólon direito, sendo que o recto se encontra frequentemente poupado ^(1,3). Moote *et al.* ⁽³⁾ demonstraram uma associação com redundância da sigmóide, admitindo que a torsão intermitente e obstrução da ansa redundante possa forçar a penetração de gás na parede intestinal. No entanto, os autores não excluem que a PC seja responsável pelo estiramento do mesentério ou alongamento do cólon, com conseqüente redundância cólica. Esta teoria



Figura 3 - Colapso da lesão nodular, após punção com agulha de esclerose, confirmando o diagnóstico.

foi questionada por Azimuddin *et al.* ⁽⁴⁾, que propuseram como evento inicial a torção de uma ansa sigmóide redundante, com subsequente isquémia da mucosa e pneumatose, com base num caso em que se documentou PC no decurso de volvo intestinal. Gillon *et al.* ⁽²⁾ relataram quatro casos de PC associada a volvo da sigmóide, três dos quais sem pneumatose prévia, sugerindo que o volvo seria o factor desencadeante. No restante, o diagnóstico de PC precedeu o desenvolvimento de volvo, mas na laparotomia identificaram-se estrias mesentéricas sugestivas de torções anteriores, passíveis de ter desencadeado pneumatose. Também Shallal *et al.* ⁽⁵⁾ descreveram um caso de PC resultante de volvo crónico da sigmóide. Na doente que se apresenta, é provável que o volvo tenha sido responsável pela PC, o que é suportado pela resolução endoscópica registada ao cabo de 3 meses. Para além disso, nos casos descritos de PC e volvo da sigmóide, as lesões estão confinadas ao segmento envolvido ^(2,4), o que favorece a relação causal, tal como se verificou nesta situação. Habitualmente a evolução é

favorável, como aconteceu neste caso. A resolução de algumas PC secundárias assenta no tratamento adequado da patologia gastrointestinal subjacente ⁽²⁾. Nesta doente, a colonoscopia foi eficaz na resolução completa do volvo, eliminando o factor etiopatogénico provável e conduzindo, subsequentemente, ao desaparecimento das lesões. A remissão da sintomatologia obviou à necessidade de terapêutica médica, com antibioterapia ou recurso a oxigénio hiperbárico, e cirúrgica, que deve ficar reservada para os casos sintomáticos refractários e para a abordagem das complicações ⁽¹⁾.

Correspondência:

Sónia Rito Nobre
 Serviço de Gastrenterologia
 Hospitais da Universidade de Coimbra
 Avenida Bissaya Barreto e Praceta Mota Pinto
 3000-075 Coimbra
 Tlm.: 914956504
 Fax: 230701517
 e-mail: soninobre@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sartor RB, Murphy ME, Rydzak E. Miscellaneous inflammatory and structural disorders of the colon. In: Yamada T eds. Textbook of Gastroenterology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 1809-11.
2. Gillon J, Holt S, Sircus W. Pneumatosis coli and sigmoid volvulus: a report of 4 cases. Br J Surg 1979; 66: 802-5.
3. Moote DJ, Fried LA, LeBrun GP, Fraser DB. Pneumatosis coli: is there a relationship with sigmoid colon redundancy? Gastrointest Radiol 1989; 14: 79-82.
4. Azimuddin K, Bourne R. Pneumatosis cystoides intestinalis in a case of sigmoid volvulus. Br J Hosp Med 1997; 57: 468-9.
5. Shallal JA, Van Heerden JA, Bartholomew LG. Pneumatosis cystoides intestinalis. Mayo Clin Proc 1974; 49: 180-4.