

ROTAÇÃO INCOMPLETA DE CECO

— Um caso Clínico-Cirúrgico —

Hospital S. Sebastião de Inhapim (MG)

JOAQUIM COELHO NETO (autor) (*)

FRANCISCO BARBOZA MOTTA (co-autor) (**)

DEFINIÇÃO

Rotação Incompleta do Ceco — é consequência da não-rotação do intestino em volta dos vasos mesentéricos superiores. Assim, a rotação anti-horária de 360° não se completa e o ceco fixa-se no quadrante superior direito, quase sempre por meio de reflexões peritoneais laterais (também conhecidas como “faixa de Ladd”), que muitas vezes passam sobre o duodeno, causando compressão extrínseca.

Manifestações Clínicas — Na maioria das vezes, os sintomas iniciam-se no período neonatal, mas, em alguns casos, os pacientes permanecem assintomáticos até a idade adulta. Em geral, a queixa principal é o vômito de material contendo bile, que, prolongando-se, pode causar desidratação e depleção de eletrólitos. A radiografia mostra o estômago e o duodeno proximal dilatados e cheios de ar; se, porém, o vômito for volumoso, esses órgãos podem esvaziar-se. A rotação imperfeita do ceco é a segunda causa mais usual de obstrução duodenal no recém-nato, depois da atresia do duodeno.

Caso clínico-cirúrgico

G.D.O., feminina, 18 anos, branca, solteira, doméstica, natural de Inhapim-MG. Registro: 6.272 — Hospital São Sebastião de Inhapim (MG).

Paciente com história de pirose, epigastralgia e plenitude pós-prandial crônicas, raramente apresentava náuseas e vômitos. Fazia consultas ambulatoriais, ocasionalmente.

Internada no Hospital São Sebastião de Inhapim (MG), em 7 de agosto de 1979, com desidratação acentuada, emagrecimento, pirose, epigastralgia, empachamento, vômitos intensos,

(*) Membro Associado do C.B.C. e Membro Filiado da S.B.C.P.

(**) Diretor do Hospital São Sebastião de Inhapim (MG).



anemia (Hematócrito — 30%) e verminose (Áscaris, Necator e Ameba).

Fez-se equilíbrio da paciente com reposição hidroeletrólítica, Hemotransusão ("A" Rh +), tratamento da verminose e da sintomatologia péptica.

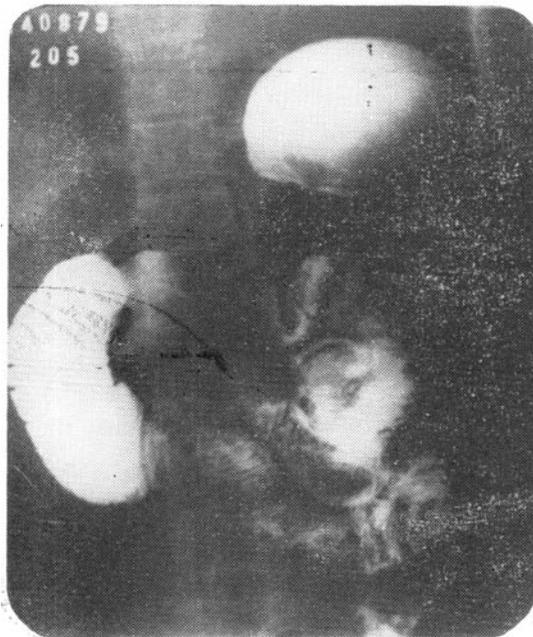
Com 7 dias de tratamento os exames laboratoriais estavam todos normais. Mas a paciente mantinha o mesmo quadro gastropéptico, com vômitos até mesmo após ingestão de líquidos.

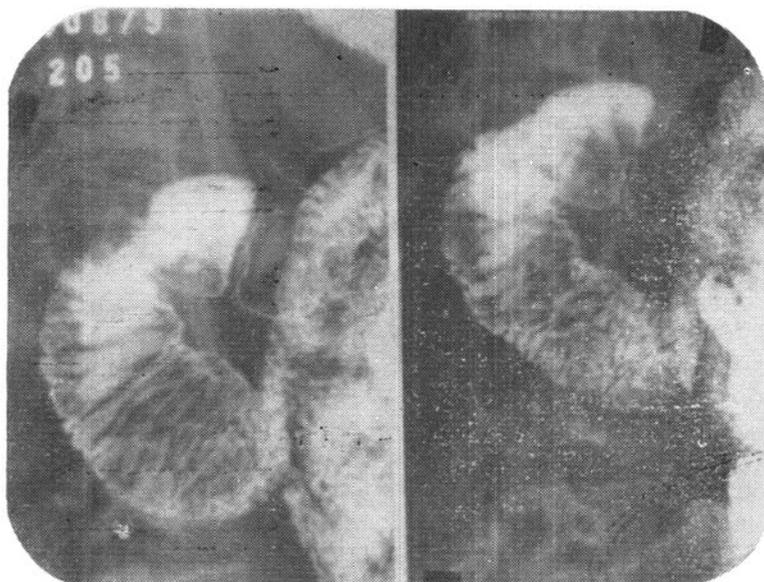
Seriografia Esôfago-Gastro-Duodenal

(S.E-G-D.), registrava aumento de calibre da 1.^a, 2.^a e 3.^a porções do arco duodenal, com calibre normal da 4.^a porção duodenal.

O Radiologista interrogava e suspeitava um pinçamento aorto-mesentérico.

A paciente obteve melhora por poucos dias. Houve reagravamento do quadro e, no 25.^o dia de hospitalização, foi indicada cirurgia.





Laparotomia Exploradora

Ao Inventário Cirúrgico, encontramos:

- 1) O Ceco ocupando o quadrante superior direito da cavidade;
- 2) O Apêndice com o seu meso aderidos na parede duodenal anterior;
- 3) Hipertrofia do piloro e da parede duodenal anterior.
- 4) Observação: Não se observou presença das reflexões peritoneais laterais.



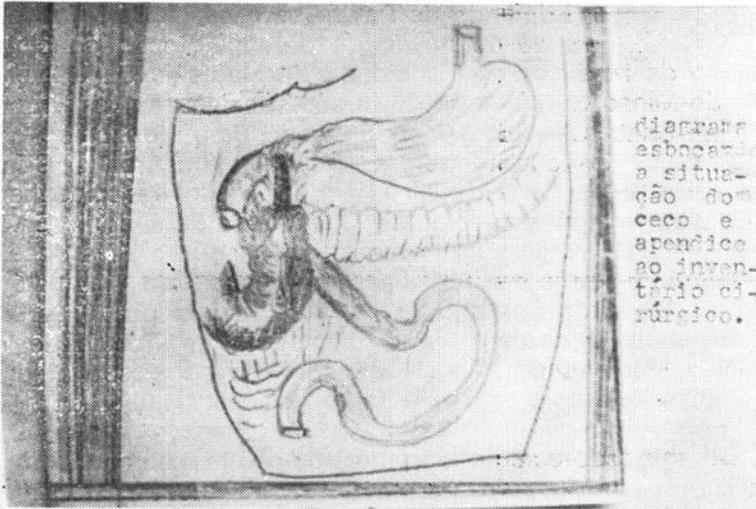


Diagrama esboçando a situação do ceco e apêndice ao inventário cirúrgico.

Conduta Cirúrgica:

- 1) Liberação do Ceco para sua loja anatômica.
- 2) Apendicectomia preventiva, em face da traumatização mesoapendicular na sua difícil liberação.
- 3) Vagotomia e Píloroplastia a Heineke-Mikulicz, em virtude do exposto acima.

Pós-operatório imediato normal e alta hospitalar com 8 dias.

Paciente encontra-se completamente assintomática num follow-up de 19 meses, integrada ao trabalho e vida social.

BIBLIOGRAFIA

1. Condon, R. E.; Nyhus, L. M. — Manual de Terapêutica Cirúrgica, 289-304, 327-346, 1976.
2. Corrêa Netto, A.; Zerbini, E. J. — Clínica Cirúrgica, 4:403-419, 1974.
3. Madden, J. L. — Atlas de Técnicas em Cirurgia, 330-335, 1967.
4. Patel, J.; Leger, L. — Tratado de Técnica Quirúrgica. XI: 615-625, 626-634, 1973.
5. Schwartz, S. J. — Princípios de Cirurgia: II. 1549-1580. 1976.

