

COMPLICAÇÃO COLÔNICA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA SÍNDROME DE OLGIVIE

Farid Jacob Abi Rached¹
Jorge Filho Bedran²
Alder Olivier Bedran³
Jorge Hage Zbeidi⁴

RESUMO

Os autores fazem referência às dilatações idiopáticas do cólon (Síndrome de Olgivie) e também ao ceco móvel em pós-operatório de cirurgias, em especial das obstétricas, que são as de que trata o presente trabalho. Fazem uma revisão da bibliografia e relatam as várias formas de tratamento. Descrevem quatro casos, todos em pós-operatório de cirurgia obstétrica: sendo dois com dilatação e perfuração do ceco e dois apenas com dilatação do ceco, em todos foram feitas cecostomia, em um foi feita rafia, nos quatro casos o ceco era móvel. De todos os casos um evoluiu para o óbito e neste a cirurgia realizada pelo grupo foi a 3ª quando já havia perfuração e toxemia.

Fazem comentários de suas experiências pessoais.

Outras denominações são íleo espástico, pseudo-obstrução intestinal, obstrução idiopática do intestino grosso, e Síndrome de *Olgivie* que foi quem primeiro descreveu este quadro em 1948. A seguir *Adam* relatou 20 casos de dilatações do colo sem perfuração que é a ocorrência natural destas dilatações e estas foram descritas por vários autores como vemos no quadro abaixo.

Autores	Número de casos
Wojtalick	3
Carrasquilla	3
Gierson	3
Spira	3
Yen Cheon	3
Hay	2
Millar e Ovlisen	2
Robert, Eddy e Vosseler	1
Dumont, Dovy D.	1
Jensen	1
R.C. Rudigoz – PH Berard, PH Hallonet	1
Total	23

O título do presente trabalho se deve a que a observação dos autores e os casos apresentados foram decorrentes de pós-operatório de cirurgia obstétrica e pelo fato de ter sido apresentado durante o XXX Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, que teve por tema base complicações em colo-proctologia.

As dilatações do colo na ausência de obstáculo mecânico são raras e a etiologia é incerta; elas evoluem espontaneamente até a perfuração e se assestam em geral ao nível do ceco.

- 1 Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
 - 2 Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
 - 3 Membro Associado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
 - 4 Membro Associado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Ocorrem em diversas circunstâncias, afecções neurológicas (doença de *Parkinson*), cirúrgicas (histerectomia, fratura de colo do fêmur) e as obstétricas).

Olgivie, Adam e outros autores admitem uma etiologia de origem neurovegetativa por inibição da inervação simpática do cólon, ocorrendo um íleo funcional, comparável ao das doenças ocorridas após tratamento por psicotrópicos (*Mc Cormack*). Dentre as emergências cirúrgicas no puerpério temos:

1. Apendicite aguda
2. Úlcera péptica perfurada
3. Doença de *Crohn*
4. Pancreatite aguda
5. Cisto de ovário
6. Colecistite aguda
7. Obstrução intestinal
8. Dilatações idiopáticas do cólon

Os fatores que contribuem para perfuração cecal são:

1. Hiperpressão cecal com isquemia necrosante ao nível de zonas cecais mal vascularizadas.
2. Uma pressão acima de 20 cm de H₂O (na espécie animal) mantida por 28 horas pode causar uma necrose.
3. Uma pressão acima de 20 cm de H₂O (na espécie humana) pode provocar uma perfuração.
4. A existência de uma válvula cecal continente contribui para aumentar a pressão intracecal.
5. Um útero cesariado retroposto pode causar uma oclusão ao nível do sigmóide.
6. Quando houver um ceco móvel (por volvo ou hemivolvo)
7. As lavagens intestinais pós-operatórias podem também provocar uma perfuração como constatou *K. Jensen* que adverte que na realização do enema é utilizada uma pressão de 100 cm de H₂O e esta é transmitida ao ceco causando perfuração.

TRATAMENTO

O tratamento não está devidamente estabelecido e as opiniões variam quanto aos tipos de complicações surgidas:

- 1ª Distensão simples sem perfuração
- 2ª Distensão com perfuração

No primeiro caso, quando a distensão cecal atinge 9 cm segundo *Gierson* e *Eckmann* e 9 a 12 cm segundo *Hay* (isto evidenciado através de RX simples do abdômen ou contrastado) há indicação para uma cecostomia profilática. (O

diâmetro cecal observado no pós-operatório normal é de 6,4 cm.)

Nestas mesmas condições *Kukora* propõe o esvaziamento endoscópico com o qual resolveu cinco casos num total de seis.

Alguns tentam tratar com enema. *Kalund Jensen* refere que o enema nos casos de íleo paralítico com dilatação cecal pode, por uma transmissão da pressão do enema, produzir a perfuração cecal (pressão 100 cm de H₂O é comumente utilizada na introdução do enema).

Millar e *Ovlisen* em observação experimental e clínica em ocasiões de prévia perfuração cecal determinaram a pressão intracólica de 20 a 50 cm de H₂O.

No segundo caso em que ocorre a perfuração a conduta depende do cirurgião e das condições locais podendo ser realizada:

- a) Cecostomia simples
- b) Sutura e cecostomia
- c) Hemicolectomia com ou sem ileostomia
- d) Íleo transversostomia

A sutura simples não é indicada.

Passaremos a relatar agora os casos por nós assistidos com suas peculiaridades: o total é de quatro casos; dois com perfuração do ceco e dois com distensão de alças e dilatação cecal.

1º caso: J.M.A., 22 anos, brasileira, casada, branca.

1ª gravidez — Parto cesáreo. Evolução pós-operatória com distensão abdominal progressiva, vômitos e parada na eliminação de gases e fezes. Paciente reoperada não por nós. No 4º dia pós-operatório da 2ª reintervenção fomos solicitados pelo obstetra e concluímos por obstrução intestinal com peritonite.

Cirurgia: laparotomia mediana infra e supra-umbilical desde 2 cm acima da cicatriz umbilical até o púbis.

Inventário da cavidade: Peritonite fecal, grande distensão das alças intestinais, delgado e cólons, perfuração do ceco de ± 1,5 cm.

Conduta: Cecostomia com sonda de *Miller Abbott*, jejunostomia para descompressão do delgado tal a dilatação das alças, drenagem com Penrose e fechamento da parede com pontos totais. Evoluiu mal com toxemia, peritonite e óbito, no 3º dia de pós-operatório da 3ª reintervenção.

2º caso: L.A.G., 30 anos, brasileira, casada, branca.

Gesta II para II — 1º parto cesáreo 14/9/77, 2º parto cesáreo 24/11/79.

Evolução pós-operatória da 2ª cesárea com distensão abdominal e parada na eliminação de

gases. No 3º dia de pós-operatório acentuou-se a distensão e passou a apresentar dores abdominais e irritação peritoneal, quando fomos solicitados pelo obstetra para opinarmos.

Os exames realizados, RX simples e hemograma, revelaram respectivamente distensão generalizada de alças cólicas e delgadas sem evidência perfeita do ceco e o hemograma discreto desvio à esquerda. Também foi realizado RX de trânsito intestinal com bilegrafina onde persistia a distensão generalizada de alças intestinais, com 1º diagnóstico de íleo adinâmico.

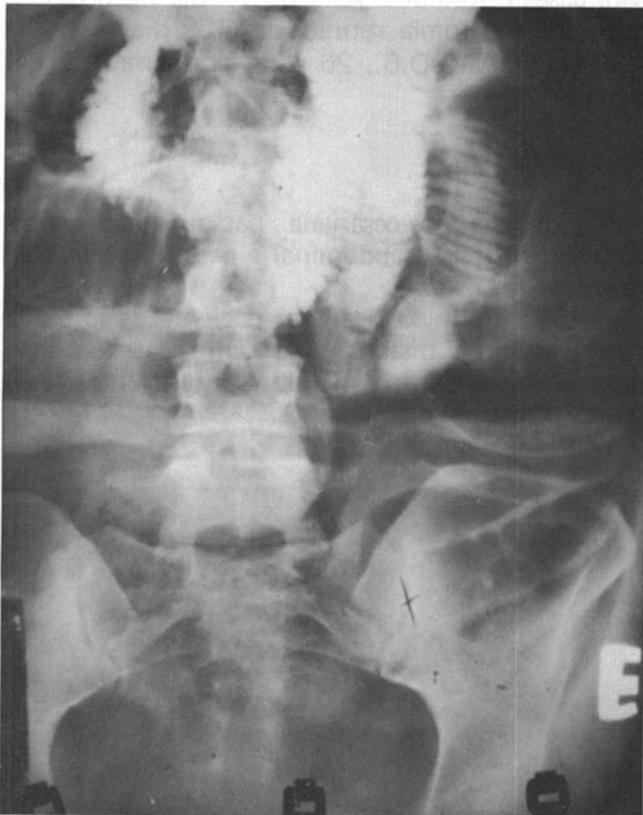


Fig. 1 - RX contrastado; jejuno superior contrastado com bilegrafina. Obstrução intestinal? (jejuno médio).

Devido à exacerbação do quadro doloroso após um enema suave e dores localizadas na F.I.D. foi indicada a cirurgia que consistiu em: laparotomia mediana infra e supra-umbilical. Abertura da parede por planos e ao abrir o peritônio houve saída de gás.

Inventário da cavidade: secreção purulenta hipogástrica, com alça ileal bloqueando uma perfuração de ± 10 cm no ceco, sendo este móvel e dobrado sobre si mesmo fazendo uma obstrução em alça fechada.

Conduta: rafia de perfuração com pontos separados de fio Dexon 000, em duplo plano de sutura e cecostomia com Trifoley nº 30, saindo pela própria ferida do ceco numa das extremi-

dades. Apendicectomia profilática (apêndice retrocecal e subseroso), cecopexia a goteira parietocólica direita, limpeza ostensiva da cavidade com soro fisiológico, colocação de drenos tubulares para irrigação e Penroses nos hipocôndrios e fossas ilíacas.

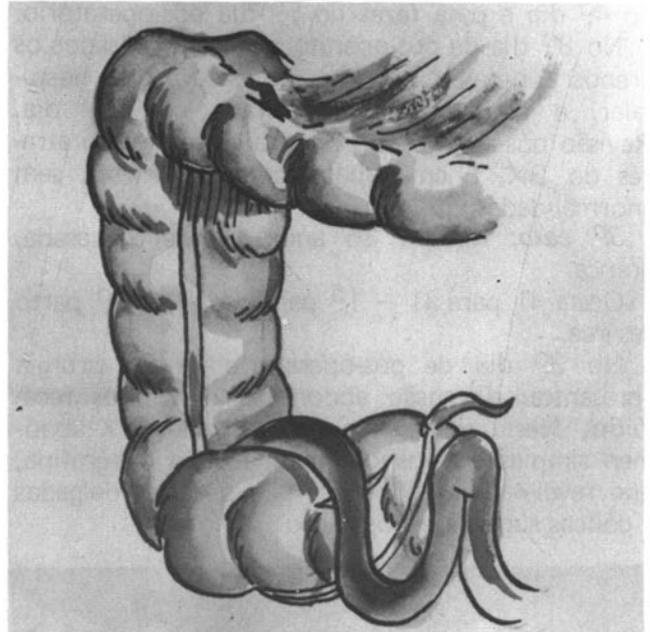


Fig. 2 - Alça ileal tamponando perfuração - Hemívolve do ceco.

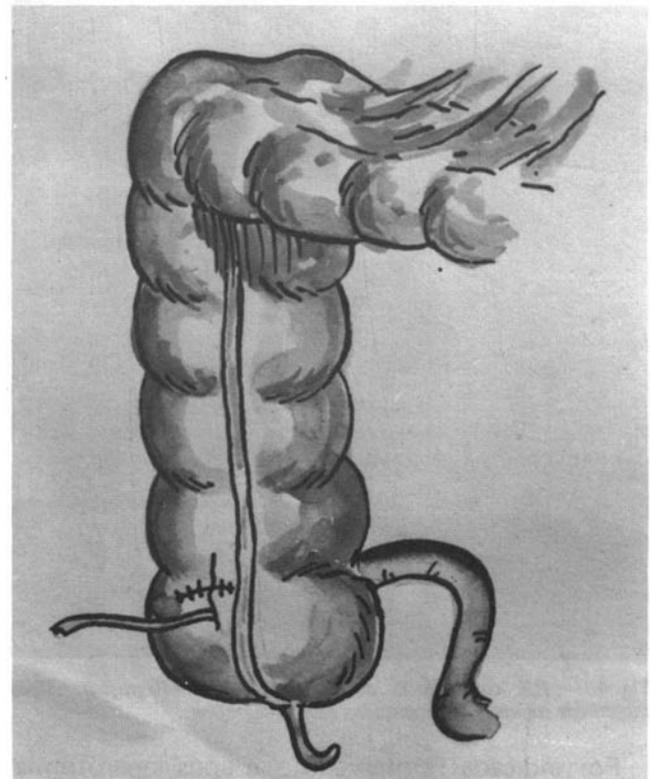


Fig. 3 - Cólon já retificado com cecostomia e rafia da perfuração.

Fechamento da parede com pontos totais de fio de Dexon nº 1 e pontos interessando peritônio e aponeurose.

Evolução pós-operatória excelente com irrigação funcionando bem por um período de três dias, com melhora acentuada do quadro séptico.

A cecostomia começou a funcionar para gases no 4º dia e para fezes no 5º dia pós-operatório.

No 8º dia de pós-operatório foram retirados os drenos tubulares, no 11º dia obteve alta hospitalar, a cecostomia foi retirada no 15º dia. Revisão pós-operatória e controle radiológico através de RX. Enema opaco com seis meses, sem anormalidades.

3º caso: M.S.P., 36 anos, brasileira, casada, branca.

Gesta II para II — 1º parto cesárea, 2º parto cesárea.

No 3º dia de pós-operatório da 2ª cirurgia apresentou distensão abdominal e vômitos fecalóides. Nesta ocasião foram realizados RX abdômen simples e trânsito intestinal com bilegrafina, que revelaram grande distensão de alças delgadas e cólicas sugerindo obstrução.

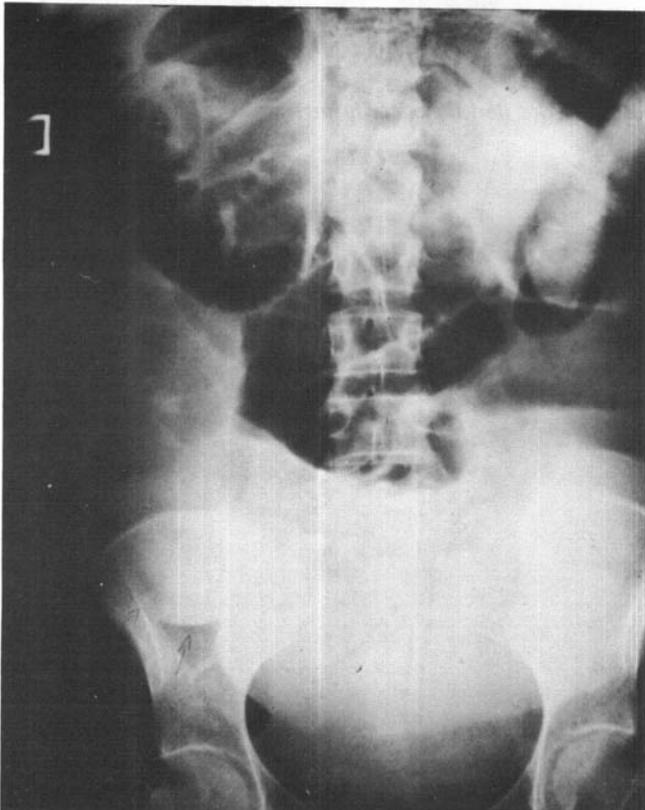


Fig. 4 — RX contrastado do abdômen com bilegrafina. Alças intestinais dilatadas contrastadas com bilegrafina.

Foi indicada reintervenção e após laparotomia mediana infra e supra-umbilical o inventário da cavidade revelou grande distensão cecal com

esgarçamento da serosa e por vias de explodir, distensão de alças delgadas e também dos cólons, dolicossigma, estenose anular natural (?) ao nível do íleo terminal e apêndice subseroso e retrocecal sendo o ceco móvel.

Conduta: Apendicectomia, cecostomia com Tri-foley nº 30 pelo orifício do apêndice, cecopexia a goteira parietocólica direita, fechamento por planos após desfazer a estenose do íleo e drenar a cavidade com Penrose. Evolução pós-operatória com distensão abdominal e desconforto até o 5º dia, quando a cecostomia começou a funcionar para gases e líquidos. Alta no 7º dia de pós-operatório. Cecostomia retirada no 15º dia.

4º caso: M.G.O.B., 26 anos, brasileira, casada, branca.

Primigesta

No 2º dia pós-cesariana passou a apresentar vômitos, distensão abdominal e parada na eliminação de gases e fezes.

O exame clínico revelava: paciente desidratada com volumosa distensão abdominal, sendo este doloroso à palpação em todos os quadrantes, com ruídos hidroaéreos metálicos.

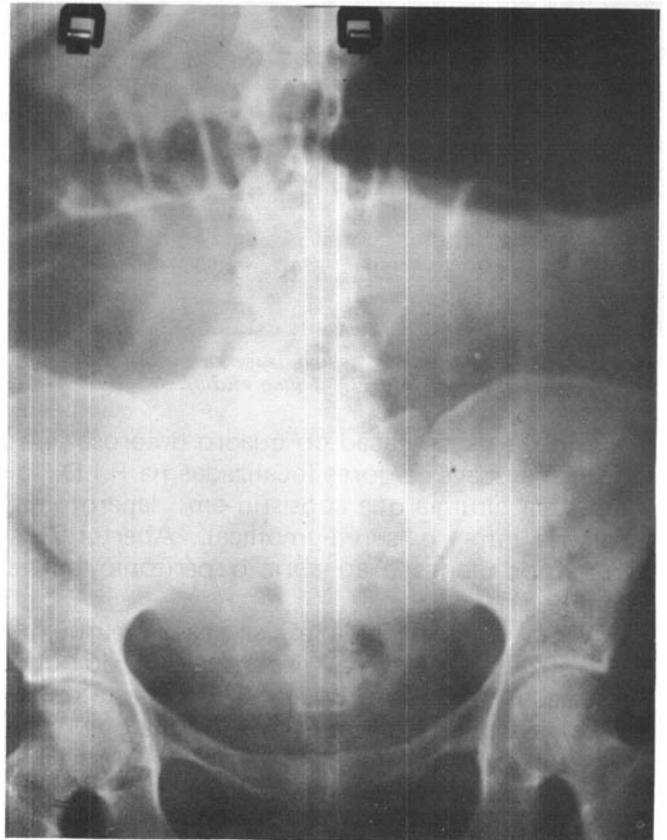


Fig. 5 — RX simples em decúbito dorsal: grande dilatação gasosa do ceco e restante do cólon direito.

Os exames realizados revelaram: hemograma D.E. com discreta leucocitose; RX abdômen simples: distensões generalizadas de alças intestinais e volumosa distensão do ceco com líquido entre as alças intestinais.

Com este quadro foi levada a cirurgia e após laparotomia mediana o inventário da cavidade revelou distensões generalizadas de alças intestinais e também do ceco que se apresentava em hemivolvo (ceco móvel).

Conduta: devido à dificuldade de manuseio das alças intestinais optou-se por aspiração das alças intestinais com agulha, apendicectomia e cecostomia com Trifoley nº 30 através do orifício do apêndice, cecopexia a goteira parietocólica direita. Limpeza mecânica da cavidade e fechamento da parede por planos, após drenagem por drenos tubulares para irrigação (suspeita de contaminação) e drenos de Penrose.

Evolução pós-operatória com distensão abdominal até o 4º dia de pós-operatório quando começou a funcionar a cecostomia.

Alta hospitalar no 14º dia e retirada da cecostomia no 28º dia pós-operatório.

COMENTÁRIOS

1. As dilatações idiopáticas do cólon não ocorrem só em pós-operatório de cirurgias obstétricas, mas a experiência pessoal dos autores foram nestes casos.

2. Não há necessidade de haver ceco móvel para que ocorram as dilatações idiopáticas, mas não podemos deixar de correlacionar a patologia e nem também deixar de responsabilizá-la, pois não sabemos qual ocorreu primeiro (se a torção do ceco ou a dilatação das alças).

3. Em um dos nossos casos (nº 2) fizemos enema evacuador e após isto exacerbaram-se os sintomas, o que nos levou a indicar a cirurgia e havia explosão do ceco, este já estava perfurado e tamponado, o enema apenas exacerbou o quadro. Por isso contra-indicamos o enema como método de tratamento nestes casos.

4. Achamos que a feitura da cecostomia é uma das medidas mais tranquilizantes nestes casos desde que bem feita e manuseada.

5. Não temos experiência com o esvaziamento endoscópico e achamos temerária tal prática, dependendo muito do estado da paciente e também em virtude de dificuldade de se saber o que está ocorrendo no abdômen.

6. Uma de nossas pacientes, o caso que foi ao óbito, foi operada por nós na 3ª reintervenção,

na 2ª reintervenção não encontraram alterações apenas dilatação de alças e nada fizeram.

7. Muitas vezes o RX simples do abdômen não nos dá noção do aumento do ceco e sim distensão gasosa generalizada de alças intestinais, o que também pode ocorrer com o RX contrastado e mesmo assim somos obrigados a indicar a cirurgia.

8. Pelos casos por nós vivenciados queremos frisar especialmente aos colegas que não têm cirurgia geral, sua especialidade diária, para darem atenção às distensões abdominais pós-operatórias e ficarem atentos para surpreenderem um quadro destes no seu início e tratá-lo convenientemente.

SUMMARY

The authors refer idiopathic dilatation of colon (Olgivie's Syndrome) and also to the moving cecum in post-surgery specially on the obstetrics, which are all discussed in this work.

They review the bibliography and make a report of the different forms of the treatment. They describe four post-obstetric surgery cases. Two of them deal with cecum dilatation and perforation, the other two are just about cecum dilatation. In all these moving cecum cases cecostomy took place and in one of them these happened a suture. From all these medical cases one occurred the death of the patient. It was the third surgery performed by the group and these had already occurred cecum perforation and toxemy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHOO YC — Ileus of the colon with cecal dilatation and perforation. *Obstet Gynecol*, 54(2): 241-5, Aug. 79.
2. LAWAEZ D & JENSEN HK — Survey radiography of abdomen following caesarean section, with particular reference to caecal diameter and the presence of free subdiaphragmatic gas. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 55(4): 311-4, 1976.
3. MUNRO A & JONES PF — Abdominal surgical emergencies in the puerperium. *British Medical Journal*, 4: 691-694, 1975.
4. DUMONT M — Perforation spontanée du coecum après césarienne. *Nouv Presse Méd*, 5: 866-867, 1976.
5. ECKMANN WG, WENZKE F & ABRANSON W — Perforation of the coecum complicating adynamic ileus. *Am J Surg*, 96: 718-720, 1958.
6. GIERSON ED, STROM FK, SHAW W & COYNE SK — Coecal rupture due to colonic ileus. *Br J Surg*, 62: 383-386, 1975.

7. HAY JM, KASWIN R, TREMOLIERES F & MAILLARD JN – Perforations caecales au cours des dilatations idiopathiques aiguës du colon. *Nouv Presse Méd*, 5: 16-18, 1976.
8. JENSEN HK – Perforation of the coecum following cesarean section. *Acta Obstet Gynec Scand*, 51: 382-384, 1972.
9. KUKORA JS & DENT TL – Colonoscopic decompression of massive nonobstructive coecal dilatation. *Arch Surg*, 112: 512-517, 1977.
10. Mc CORMACK M – Coecal rupture in psychotic patients. *Brit Med J*, 4: 82-83, 1974.
11. MILLAR DR & OVLISEN R – Two cases of spontaneous perforation of the coecum following cesarean. *Acta Obstet Gynec Scand*, 45: 254-257, 1966.
12. NORTON L & YOUNG D – Scribner. Management of pseudo-obstruction of the colon. *Surg Gynec Obstet*, 138: 595-598, 1974.
13. OLGIVIE H – Large intestine colic due to sympathetic denervation. A new clinical syndrome. *Brit Med J*, 9: 671-673, 1948.
14. ROBERTSON JA, EDDY WA & VOSSELER AJ – Spontaneous perforation of the cecum without mechanical obstruction. *Am J Surg*, 96: 448-452, 1958.
15. SPIRA IA & WOLFF WI – Gangrene and spontaneous perforation of the cecum as a complication of pseudo-obstruction of the colon. *Dis Col rect*, 19: 557-562, 1976.
16. WOJTALIK RS, INDENAUER SM & KAHN SS – Perforation of the colon associated with adynamic ileus. *Am J Surg*, 125: 601-606, 1973.