

DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON. COMPLICAÇÃO POR ESTENOSE COM FORMAÇÃO DE BEZOAR. RELATO DE UM CASO

Antero Scherer¹
Fernando A. Rodrigues Corrêa²
Evangeline Rodrigues Corrêa³
Eduardo Castilhos R. Corrêa⁴

RESUMO

Os autores descrevem um caso de Doença Diverticular do cólon sigmóide, complicado por estenose e formação de bezoar constituído por grande número de sementes vegetais, simulando tumor. Concluem que a estenose parcial do intestino grosso, causada por patologia diverticular, quando associada a defeitos de mastigação ou a erros alimentares, pode ser causa de formação de bezoar, causando obstrução e simulando neoplasia.

No contexto da nosologia reto-cólica a moléstia diverticular constitui patologia realmente surpreendente por suas manifestações, complicações e problemas cirúrgicos, geralmente graves, que apresenta. Manifestando-se de maneira polimorfa, pode simular qualquer quadro abdominal, não excluindo o câncer reto-cólico⁵.

Descrevemos um caso em que a estenose, produzida pela doença, determinou uma dilatação cólica a montante da zona estenosada. Com a retenção de restos alimentares – grande número de sementes – constituindo um verdadeiro bezoar. A sintomatologia, o exame físico e o estudo radiológico eram, em tudo, compatíveis com neoplasia daquele segmento intestinal.

Relato do caso

Paciente C.M.A., masculino, cor branca, 61

anos, agricultor, n.º registro 18411, foi internado no Hospital Universitário de Santa Maria em 27/10/83, com diagnóstico de obstrução intestinal; mau estado geral. Sua queixa principal: não evacuava há mais de dez dias a não ser com lavagem intestinal. Apresentava dor abdominal difusa, de forte intensidade, acompanhada de vômitos. Negava sangramentos, protrusões ou saída de pus pelo ânus. Relatava emagrecimento importante (20 kg em seis meses). Contava que, há mais de 15 anos, era portador de hérnia inguinal, precisando submeter-se à cirurgia por seis vezes.

Há 18 dias tinha sofrido cirurgia em outro hospital (laparotomia exploradora) tendo sido encaminhado ao nosso Serviço com diagnóstico de tumor de cólon.

Ao exame físico apresentava mau estado geral, desidratado, mucosas descoradas, adinâmico, dispnéico, facies de dor, deambulando com dificuldade. Presença de várias cicatrizes cirúrgicas abdo-

- 1 Médico do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria
- 2 Professor Adjunto da Disciplina de Proctologia do Curso de Medicina, Departamento de Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Chefe do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Universitário
- 3 Professora Assistente da Disciplina de Proctologia do Curso de Medicina, Departamento de Cirurgia, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria
- 4 Monitor da Disciplina de Proctologia do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. Acadêmico do 6.º ano do Curso de Medicina da UFSM

minais, sendo uma mediana supra e infra-umbilical.

Ao exame proctológico apresentava:

- Inspeção: sem particularidades.
- Toque retal: presença de fezes pastosas no reto.
- Anuscopia: presença de fezes amareladas e amolecidas no reto.
- Retossigmoidoscopia: até 15 cm sem obstáculos para o aparelho; mucosas normais; fezes amareladas no reto e sigmóide.

Após a internação foram solicitados exames de rotina e exame radiológico dos cólons por enema e duplo contraste, que revelou o seguinte:

“Fluxo retrógrado do contraste efetuando-se normalmente até o nível do sigmóide proximal, onde se visualiza área de diminuição de calibre dificultando o fluxo do contraste, com distensão de alças a montante. Observa-se pequenos divertículos a nível do sigmóide. O segmento estenótico descrito pode corresponder à (1.º) Neoplasia; (2.º) Diverticulite”.

Predominando o quadro de semi-occlusão intestinal, o paciente foi submetido à transversostomia à direita, que proporcionou melhora do estado geral e permitiu o preparo do cólon para a posterior sigmoidectomia. A limpeza mecânica do cólon foi, então, feita por aplicação de enteroclistas na colostomia e, pelo ânus, na parte distal do cólon.

Foi feita sigmoidectomia em 25/11/83, através de laparotomia pararretal esquerda externa, supra e infra-umbilical. A exploração da cavidade abdominal mostrou ausência de sinais de metástases, alça sigmóide com aderências ao peritônio e parede abdominal e estenose no seu terço superior, e, ainda, dilatação do cólon descendente que se apresentava cheio de uma grande quantidade de sementes vegetais perfeitamente palpáveis e que conferiam àquele segmento cólico um aspecto pouco comum de tumoração mole e granulosa. Parte deste conteúdo saiu com a peça cirúrgica e outra parte permaneceu na luz intestinal tendo sido, após a feitura da anastomose, levada por manobras manuais para a porção distal do sigmóide remanescente. Eram sementes de frutas, principalmente de laranjas e melancias.

O estudo anatomopatológico revelou o seguinte:

“Macroscopia: . . . parede intensamente espessada às custas do tecido brancacento, de consistência firme, produzindo importante estenose da luz intestinal.”

“Macroscopia: . . . não há evidência de neoplasia. Linfonodos mostram-se apenas reativos.”

“Conclusão: . . . as alterações histológicas vistas (vide microscopia) denotam um processo inflamatório inespecífico, com importante espessamento fibroso da parede intestinal, mais intenso na serosa. Considerando que o paciente é portador de doença diverticular, tais alterações podem representar seqüelas de uma diverticulite com perfuração e/ou abscesso pericólico.”

Em 21/12/83 foi feito o fechamento da transversostomia e, em 2/3/84, novo estudo radiológico demonstrou:

“Trânsito retrógrado do contraste efetuando-se sem alterações. Os segmentos radiografados têm calibre e conformação parietal normal.”

O paciente atualmente está bem, assintomático.

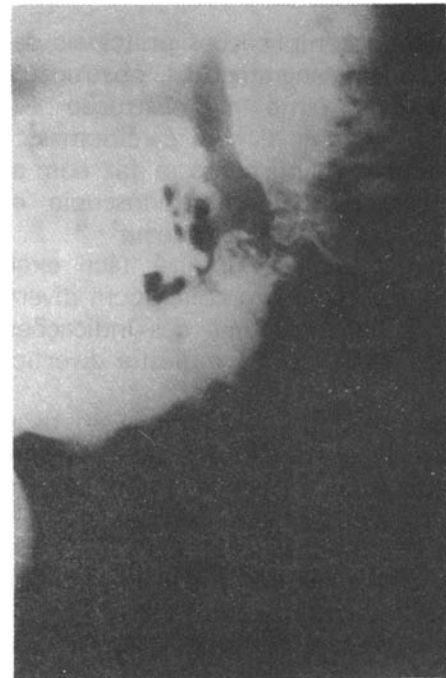


Fig. 1 – Aspecto radiológico da estenose do sigmóide, com o bezoar a montante.



Fig. 2 – Paciente com transversostomia.

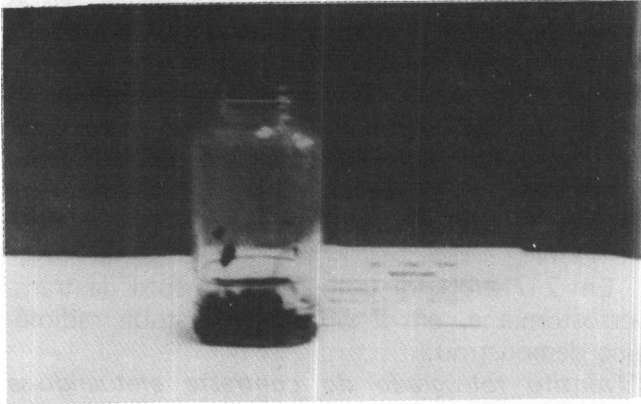


Fig. 3 – Frasco contendo parte das sementes de frutas retiradas do sigmóide.

DISCUSSÃO

Três são as complicações principais da colopatia diverticular: sangramentos, obstrução e perfuração. O importante na obstrução é fazer o diagnóstico diferencial com carcinomas³. O diagnóstico destas complicações se faz com a história clínica, sigmoidoscopia, colonoscopia e estudo radiológico dos cólons por enema^{2, 6}.

Entretanto, nem sempre é fácil excluir-se o câncer em um segmento cólico com divertículos e este dilema constitui uma das indicações para o tratamento cirúrgico da moléstia diverticular dos cólons⁵.

No caso relatado, predominavam os sintomas do quadro de obstrução e o paciente apresentava mau estado geral. Optamos, então, pelo tratamento cirúrgico, *em três tempos*, com prévia transversostomia à direita, seguida, mais tarde, da sigmoidectomia com anastomose término-terminal e, por último, fechamento da colostomia⁴.

A presença das sementes vegetais na porção dilatada do cólon descendente, constituindo o que supomos poder chamar de fitobezoar, foi em achado cirúrgico. Considerando a limpeza mecânica procedida durante os dias que se passaram entre a feitura da colostomia e a realização da sigmoidectomia, é lícito concluir que a quantidade real de sementes contidas pela estenose era várias vezes maior do que a encontrada.

Sabemos que a obstrução intestinal por alimentos, principalmente frutas (fitobezoar), é uma complicação não muito rara em pacientes que

sofreram ressecção gástrica ou gastroenteroanastomose, mas que também pode ocorrer em pacientes sem aqueles antecedentes¹.

Na maioria destes casos, a obstrução se faz no intestino delgado (íleo intestinal, geralmente)¹.

No presente estudo, entretanto, a localização, rara, do bezoar deveu-se à estenose do sigmóide proximal, produzida pela doença diverticular.

CONCLUSÃO

A estenose parcial do intestino grosso, causada por patologia diverticular, quando associada a defeitos de mastigação ou a erros alimentares, pode ser causa de formação de bezoar, causando obstrução e simulando neoplasia. Os pacientes devem ser instruídos para uma boa mastigação, não devendo ingerir sementes vegetais³ ou porções grandes de frutas¹, face o risco de obstrução.

SUMMARY

The authors describe a diverticular diseases case of the sigmoid colon, complicated with stenosis and formation of phytobezoar constituted by a great number of vegetable pieces, simulating tumor.

They conclude that colon's partial stenosis, caused by diverticular pathology, when associated to incorrect mastigation or food mistakes, may be cause for bezoar's formation, causing obstruction and simulating neoplasia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERTIL NP – Intestinal obstruction due to food in surgery. *Gynecology and Obstetrics*, 149(152), 1961.
2. HARRIS RD, ANDERSON JE & WOLF EA – Giant air cyst of the sigmoid complicating diverticulitis – in *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 18, nº 5, p. 418(424), 1975.
3. MORENO FU – Relatório do Simpósio sobre Doença Diverticular do Cólon in *Patologia Colorretal – atualização (Temas do XXIV Congresso brasileiro de Proctologia)*, p. 305(206), Kronos Grafica e Editora Ltda., 1974.
4. PONKA JL – Emergency surgical operations for diverticular diseases in *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 13, nº 3, p. 235(242), 1970.
5. PONTES JT – Complicações da moléstia diverticular dos cólons in *patologia colorretal – atualização – Temas do XXIV Congresso Brasileiro de Proctologia.*, Kronos Gráfica e Editora Ltda., p. 114(LL/), 1974.
6. SCHENKEN JR & COCHRAN R – An intestinal-gas cyst, a rare complication of diverticulitis. Report of a case in *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 15, nº 6, p. 448(452), 1972.