

ALTERAÇÃO CONGÊNITA DE FIXAÇÃO DO SEGMENTO CECO-ASCENDENTE DÁ SINTOMAS IGUAIS AOS DA SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL

JÚLIO CÉSAR MONTEIRO SANTOS JR. ¹

¹ Instituto de Medicina, Guaratinguetá, SP, Brasil

SANTOS Jr JCM. Alteração Congênita de Fixação do Segmento Ceco-Ascendente dá Sintomas Iguais aos da Síndrome do Cólon Irritável. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(0):361-369.

RESUMO: **Objetivo:** Uma variação anatômica do ceco-ascendente (CID-10 Q43,3) pode ser a causa dos sintomas referidos pela maioria, se não pela totalidade dos pacientes definidos como portadores da SÍNDROME DE CÓLON IRRITÁVEL nas formas com constipação predominante, diarreia predominante ou dos que têm constipação e diarreia, associados. O objetivo desse estudo foi avaliar o resultado da CECOPEXIA como método de tratamento de pacientes com SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL.

Pacientes e Métodos: De março de 1994 a outubro de 2005, 80 pacientes (71 mulheres e 9 homens.) com idade de 37,5 anos (variando 3 a 72) atendidos em Clinicas Privadas receberam o diagnóstico clínico de ceco móvel; 65 pacientes (81,3%) vinham sendo acompanhados e medicados como se fossem doentes com SÍNDROME DE CÓLON IRRITÁVEL. Quinze tinham outras doenças: 4(5%) eram tratados por distúrbios ginecológicos, 3 (3,8%) por doença intestinal inflamatória, 2 (2,5%) por colecistopatia calculosa, 2 (2,5%) por doença diverticular, e os 4 restantes (5%), por causa de apendicite, megacolon, giardíase e dor abdominal não específica. Todos os pacientes desta série foram programados para cecopexia. Cinquenta e nove foram operados, 6 aguardam oportunidade para a operação e 15 recusaram o tratamento cirúrgico.

Resultados: Os 59 pacientes operados (cecopexia) estão sendo seguidos desde 2 até 138 meses (média de 25 meses) e estão assintomáticos. Os pacientes não operados estão, da mesma forma, sendo acompanhados desde 4 até 128 meses (média de 25 meses); esses apresentam os mesmos sintomas que motivaram a primeira consulta.

Conclusão: Nós temos proposto a investigação topográfica do ceco-ascendente para todos os pacientes com diagnóstico de síndrome de intestino irritável, bem como para aqueles em que a síndrome do cólon irritável não foi usada como a doença que explicaria ou seria a causa para os sintomas e sinais crônicos associados, tais como: desconforto abdominal, dor abdominal, distensão, plenitude, cólica, constipação, constipação e diarreia, diarreia e dispareunia. Os pacientes com a síndrome do cólon irritável ou aqueles com as referidas queixas e com ceco móvel foram operados e ficaram curados.

Descritores: síndrome do cólon irritável, síndrome do ceco móvel, plenitude abdominal, cólica abdominal, constipação, diarreia, torção do ceco, dispareunia, cecopexia.

INTRODUÇÃO

Perturbações de funções gastrointestinais tais como atividade secretória, sensibilidade visceral e motilidade têm sido associadas a alterações do eixo cérebro-intestino^{1,2}. Isto implica na participação do

vários neurotransmissores como serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT), acetilcolina, substância P, peptídeo intestinal vasoativos (o VIP), e a calcitonina gene-peptídeo relacionado (CGRP)³. Entre esses, a serotonina, pelo importante papel que desempenha na

Trabalho realizado no Instituto de Medicina, Guaratinguetá, SP, Brasil

Recebido em 06/12/2005

Aceito para publicação em 15/12/2005

motilidade e hipersensibilidade⁴ visceral, tem sido destacada como o agente primário no mecanismo de desenvolvimento dos sintomas na síndrome de intestino irritável (SCI)⁵⁻⁹. Contudo, e ainda que novos conhecimentos sobre fisiopatologia de SCI venham sendo adquiridos, o diagnóstico e o tratamento dessa doença têm sido um grande desafio, sobretudo devido à falta de um marcador que defina o diagnóstico e pela inexistência de opções de tratamento efetivo^{10,11}. Além isto, a SCI é uma desordem de alta prevalência que afeta de forma significativa o trabalho, o estilo de vida e o convívio social das pessoas¹². Essa doença é subestimada, mal conhecida e mal quantificada. A maioria dos doentes com SCI, nos Estados Unidos da América e no Mundo, estão sem diagnóstico^{9,11}. Por outro lado, há várias pessoas que referem sintomas de dor/desconforto abdominal, distensão/plenitude abdominal, cólica abdominal, - com diarreia e/ou constipação flutuantes, que receberam o diagnóstico clínico de SCI, mas que não sentem alívio com os tratamentos clínicos atualmente disponíveis e preconizados.

O objetivo deste relatório é mostrar uma grande série desses pacientes, vistos primeiramente como sendo doentes com SCI e assim tratados sem êxito, mas que foram, como doentes com síndrome do ceco móvel, curados cirurgicamente, com a cecopexia.

PACIENTES E MÉTODOS

Critérios de inclusão

Todos os pacientes vistos em duas Clínicas Privadas (Ginecologia e Obstetrícia e Clínica de ColoProctologia) que preencheram os critérios para diagnóstico de SCI (Manning, Roma I ou II) ou com o diagnóstico clínico de SCI^{13,14} oriundos de outros consultórios médicos, ou pessoas sem um diagnóstico formal, mas queixando de dor abdominal de etiologia desconhecida; com cólica, constipação, diarreia, ou diarreia e/ou constipação flutuantes; distensão ou plenitude abdominal, associados ou não à dor abdominal durante relações sexuais, foram incluído neste estudo.

De março 1994 a outubro 2005, 80 pacientes, 71 mulheres e 9 homens com idades de 3 a 72 anos (média de 37,5), a maioria deles (65 pacientes/81,3%)

registrados como tendo SCI, foram clinicamente investigados para o diagnóstico de síndrome do ceco móvel e incluídos neste estudo. Sessenta e três pacientes (78,8%) foram submetidos a exames radiológicos contrastados do intestino (trânsito intestinal ou enema opaco), com o propósito de se verificar topografia do ceco (identificação do ceco móvel) e confirmar o diagnóstico clínico. O trânsito foi feito com a técnica seguinte: (Figuras-1 e 2)

1. Os pacientes foram orientados para ingerir 40 ml de uma refeição de bário (as crianças, 20 ml) às 8 horas da manhã sem preparo prévio ou alteração da alimentação habitual, seja na véspera ou no dia do exame, nem antes e nem depois da ingestão do contraste.
2. Radiografia abdominal, incluindo a pequena bacia, foi tomada depois de 5 horas e 10 horas da refeição de bário, em duas posições:
 - a. Posição ortostática e
 - b. Decúbito dorsal com declive cefálico e pés elevados numa inclinação de 15 graus.

Todas as imagens radiográficas foram analisadas pelo mesmo médico que graduou a mobilidade de ceco em tipo I, II, III e IV, de acordo com a posição daquele segmento na pelve, como proposto por Padrón e Ania¹⁵, modificados por Santos e col.^{16,17}, assim:

Tipo I - O ceco, quando o paciente está em decúbito dorsal, é visto na situação anatômica normal, mas cai em direção à pequena bacia, quando o paciente está em pé.

Tipo II - No decúbito dorsal, o ceco já se encontra abaixo de sua situação anatômica normal e tem uma descida evidente quando o paciente fica em pé.

Tipo III - Com o paciente em pé, o ceco é visto dentro da pelve, de onde não se move quando o paciente é posto em posição de decúbito dorsal.

Tipo IV - O ceco, no decúbito dorsal, está na posição anatômica ou numa situação um pouco acima; o ângulo hepático do cólon é visto próximo ao último arco costal. Quando o paciente fica em pé, o ceco, o cólon ascendente, o ângulo hepático e o cólon transversos estão todos dentro da bacia.

As Figuras-1 e 2 são imagens que exemplificam o ceco móvel tipo IV; as Figuras-3 e 4 são de enema opaco e a Figura-5 ilustra o diagnóstico clínico confirmado no ato operatório.



Figura 1 – Tipo IV – Transito, paciente em posição ortostática

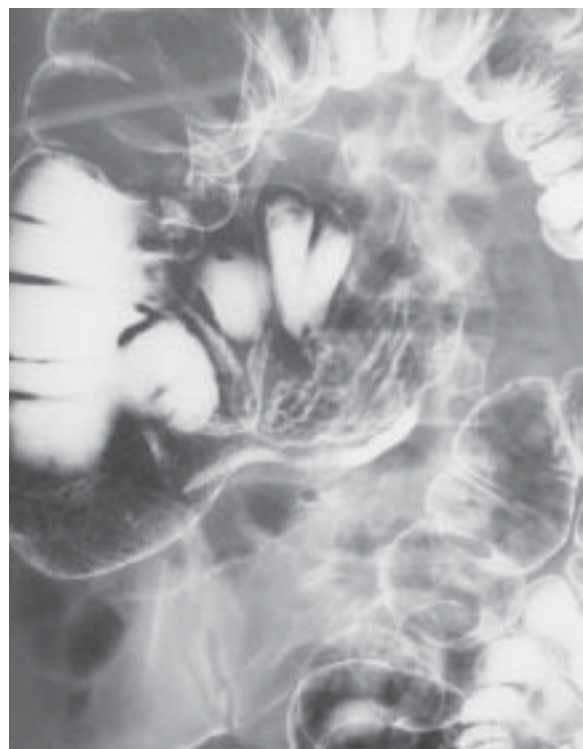


Figura 2 – Tipo IV, paciente em decúbito dorsal



Figura 3 – enema opaco – ceco infra-hepático



Figura 4 – báscula medial do ceco

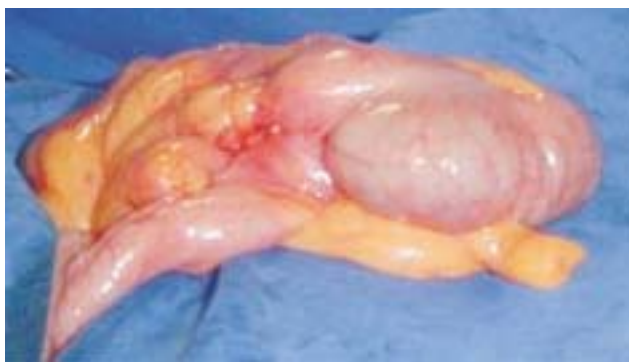


Figura 5 – ceco-ascendente exposto por incisão de Pfannenstiel

Em dezessete pacientes (21,3%), o diagnóstico de ceco móvel foi exclusivamente clínico. Desse grupo, 10 foram operados e a confirmação diagnóstica foi feita no intra-operatório. (Figura-5).

Independente de gradação da radiológica do ceco móvel, todos os pacientes receberam o mesmo tratamento cirúrgico.

Os pacientes, sob anestesia geral, foram submetidos a microlaparotomias; nas crianças foi feita incisão de Davis' pequena; em mulheres adultas ou homens, a incisão foi transversa infra-umbilical (Pfannenstiel). A cecocolopexia foi feita como descrito por Rogers¹⁸. Os pacientes adultos receberam alta hospitalar 24 horas depois da operação; as crianças, 48 horas.

RESULTADOS

Antes do diagnóstico de SCM, 65 pacientes (81,2%) vinham sendo tratados de SCI; 4 (5%) de

Tabela 1 – Sintomas graduados pelos pacientes de acordo com a relevância.

Sintomas	primeiro n (%)	segundo n (%)	terceiro n (%)	quarto n (%)	Número n (%)
Dor	34 (42,5)	4 (5)	3 (3,8)	3 (3,8)	44 (55)
Distensão	16 (20)	49 (61,4)	9 (11,3)	-	63 (78,7)
Cólica	15 (18,8)	19 (23,8)	18 (22,5)	4 (5)	56 (70)
Constipação	10 (12,5)	6 (7,5)	28 (35,8)	20 (25)	64 (80)
Diarréia	5 (6,3)	2 (2,6)	22 (27,5)	4 (5)	33 (41,2)
Nenhum	-	-	-	49 (61,3)	-
Total	80	80	80	80	260

Tabela 2 – Dados demográficos, sintomas mais frequentes, diagnósticos prévios e diagnósticos previamente feitos nos pacientes que foram operados.

	Dados Demográficos		Queixas			Diagnóstico Prévio	
	Sexo H:M	Idade	Distensão/Cólica n(%)	Constipação/dor n(%)	Diarréia n(%)	SCI n(%)	Outros n(%)
TP n=80	9:71	37,5	63(78,7)/56(70)	64(80)/44(55)	33(41%)	65(81,3)	15(18,7)
OP n=59	5:54	36,8	54(91,5)/40(68)	46(78)/35(59)	24(40,6)	50(84,7)	9(15)

TP = Todos pacientes; OP = operados; SCI = síndrome do cólon irritável; H = homem; M = mulher

desordens ginecológicas, 3 (3,8%) de doença intestinal inflamatória, 2 (2,5%) de colecistopatia litiásica, 2 (2,5%) de doença diverticular, e os 4 restantes (5%) por causa de apendicite, megacolon, giardíase e dor abdominal inespecífica.

Todas as pacientes foram interrogadas sobre dor abdominal durante relações sexuais. Vinte e uma pacientes (29,6%) não responderam; 50 responderam - 3 (6%) disseram “não”, e 47 (94%) responderam “sim”.

Os oitenta pacientes tiveram 260 sintomas. Os cinco mais importantes deles foram: dor, distensão (ou inchaço), cólica, constipação e diarreia - classificados em primeiro, segundo, terceiro e quarto lugares, conforme o julgamento dos pacientes.

Trinta um pacientes (38,7%) tiveram quatro sintomas dos cinco mais frequentes; 49 pacientes (61,3%) pelo menos três. (Tabela-1)

Sessenta e quatro pacientes (80%) reclamaram de constipação, 63 (78,7%) de distensão (ou inchaço), 56 (70%) de cólica, 44 (55%) de dor, e 33 pacientes (41,2%) tiveram diarreia. (Tabelas-1 e 2)

Todos os pacientes desta série informaram alívio dos sintomas com a defecação.

O tratamento cirúrgico foi proposto: 66 pacientes (82,5%) concordaram com a operação: 59 (73,7%) foram operados; 14 (17,5%) recusaram, e 7 pacientes (8,7%) estão esperando por um momento oportuno.

Dentre os pacientes operados 54 são mulheres (91,5%) e 5 são homens (8,5%), com idades que variam de 3 a 70 anos (média=36,8; desvio padrão=11,7); 50 pacientes (84,7%) foram anteriormente tratados por síndrome de intestino irritável; 2 (3,4%) por causa de colecistopatia calculosa, 2 (3,4%) por doença

inflamatória pélvica, 2 por causa de giardíase (3,4%), 2 outros (3,4%) por causa de colite e o último(1,7%) como tendo apendicite crônica.

Entre os pacientes operados (54 mulheres e 5 homens), as queixas pré-operatórias mais frequentes, individualmente ordenadas por relevância, foram, em primeiro lugar, dor (50%), cólica (22%), distensões abdominais (14%), constipação (10%), e diarreia (4%); em segundo lugar, distensão (62%), cólica (20%), dor (8%), e diarreia (4%) e, em terceiro lugar, constipação (36%), diarreia (28%), cólica (16%) distensão (14%), e dor (6%). Trinta e sete pacientes (62%) não mencionaram um quarto sintoma, mas fizeram referência a constipação (24%), cólica (6%), diarreia (6%) e dor (2%). (Tabelas-2 e 3)

Todas as 54 mulheres operadas devolveram o questionário sobre a dor abdominal durante as relações sexuais. Onze pacientes (20,3%) não responderam. As 43 que responderam (79,6%) - 3 (6,9%) disseram “que não”, e 40(93%) disseram “que sim”.

Seguimento Pós-Operatório

Desde abril de 1994 até outubro de 2005, todos os pacientes dessa série foram seguidos ambulatorialmente, em média 21,9 meses (1 a 139 meses, dp= 25,9). Os pacientes operados tiveram seguimento, em média, até de 22 meses (variando de 1 a 139 meses; sd=27). Os pacientes em espera e os que recusaram o tratamento cirúrgico estão sendo acompanhados, em média, há 25 meses (variando de 4 a 128; sd=21). Esses pacientes continuam com os mesmos sintomas que motivaram a inclusão nesse estudo.

Tabela 3 – Arranjo dos sintomas de acordo com a importância definida pelos pacientes operados.

Sintomas	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Número
Dor	27 (50%)	4 (8%)	3 (6%)	1 (2%)	35
Cólica	12 (22%)	13 (20%)	12 (16%)	3 (6%)	40
Distensão	10 (14%)	36 (62%)	8 (14%)	-	54
Constipação	7 (10%)	4 (6%)	20 (36%)	15 (24%)	46
Diarreia	3 (4%)	2 (4%)	16 (28%)	3 (6%)	24
Nenhum	-	-	-	37 (62%)	-
Total	59	59	59	59	199

Tabela 4 – Dados demográficos e de seguimento dos pacientes operados e não operados.

Operados					Não operados				
dados	n=59	RaioX	Resultado	Seguimento média	dados	n=21	RaioX	Resultado	Seguimento média
idade média	H:M	S/N	B/R	m(var;dp)	age mean	H:M	S/N	B/I	m(var;dp)
59	5:54	64/17	54/5	22(1-139;27)	39	4/17	14/7	0/21	25(4-128;21)

H=homem; M=mulher; S=sim, N=não; B=bom; R=regular; m=média; var=variação, dp=desvio padrão; I=inalterado

Entre os que foram operados, cinquenta e quatro pacientes (91,5%) foram considerados com saúde boa; cinco pacientes (8,5%) foram considerados com saúde regular, porque eles ainda reclamam da constipação intestinal (Tabela-4.), mas que melhora com uso de policarbofila cálcica (1,3 g duas vezes em dia) ou com plantago ovata (30 g duas vezes ao dia).

DISCUSSÃO

As desordens gastrintestinais funcionais (DGF) são condições crônicas ou periódicas com vários sintomas, mas sem uma causa estrutural ou bioquímica conhecida¹⁹.

Não é objetivamente possível comprovar qualquer condição patológica associada, nem mesmo um marcador biológico que possa identificar os pacientes com a doença que, apesar de tão comum, é pouco conhecida em seus aspectos fisiopatológicos¹¹.

Uma desordem gastrintestinal funcional importante é a síndrome de cólon irritável (SCI), definida como desconforto ou dor abdominal e que tem pelo menos duas das três seguintes características: alívio com a defecação, ataque associado com mudança na frequência das evacuações, ou associado com a aparência das fezes, sem se fazer acompanhar por qualquer anormalidade inflamatória, ou metabólica ou estrutural.

O diagnóstico, quase que exclusivamente baseado na relação de sintomas relatados pelos pacientes, tem sido considerado como um diagnóstico de exclusão¹¹. Os testes probabilísticos de avaliação

em DGF para pacientes com SCI não diferem daqueles da população geral para doentes com colite, câncer colo-retal, infecção gastrintestinal, disfunção tireoidiana e intolerância a lactose, mas essas doenças não ocorrem como desordens devidas ao abuso sexual e físico^{20,21} e nem se associam a distúrbios psicológicos²². Exames de sangue rotineiros, dosagens bioquímicas e hormonais têm sido mencionados, sem que se encontre um marcador bioquímico alternativo. Porém, quando nós estudamos os nossos pacientes com SCI por meio do trânsito intestinal contrastado, objetivando observar alterações topográficas do ceco, pudemos verificar que todos eles tinham ceco móvel de grau variado. Essa afirmação é válida, inclusive para a penúltima paciente desse grupo que, durante a entrevista com um dos autores, contou peculiaridades de sua história clínica que poucos pacientes revelam. Ela, entre os 5 e 12 anos de idade, foi, sistematicamente, vítima de abuso sexual, mediante sevícias, perpetradas pelo avô. Esse fato enfeitava o quadro clínico complementando o conjunto dos elementos essenciais para o diagnóstico de SCI. Assim que ela era tratada e bem informada a respeito da sua doença; não lhe faltou a psicoterapia que lhe permitiu solução satisfatória para os problemas relacionados ao sexo, menos para a dor abdominal, a distensão, a constipação e diarreia flutuante e nem para o desconforto no hipogástrio sentido durante o coito. A operação tornou-a livre desses sintomas.

Seriam estes fatos meras coincidências, ou distorção de julgamento do observador envolvido com o objeto de sua observação?

A segunda hipótese não deve ser desconsiderada; o “bias” é possível em todas as investigações, mas nesses casos, improvável, pois o observador apenas anota o que os pacientes relatam. A primeira, por outro lado, é o que estamos procurando. Coincidência ou não, falando sobre síndrome do ceco móvel, nós estamos frente a uma nova consideração sobre uma doença antiga, comum e ordinariamente mal diagnosticada^{23,24} que “imita” a síndrome do cólon irritável, inclusive na sua incidência populacional, ou é a própria. De fato, no meu discernimento, que surge deste estudo, a maioria dos pacientes, se não todos, diagnosticados como tendo SCI, não sofrem de SCI, mas da síndrome de ceco móvel. Nessa situação, por enquanto, a coincidência é apenas uma seqüência de causa e efeito, isto é, o ceco móvel é a causa, até então desconhecida, da síndrome do cólon irritável.

Tirol²⁵ descreveu uma relação interessante entre ceco móvel e dor abdominal durante as relações sexuais que ele denominou de “dispareunia do lado direito”, mencionando que o sintoma estará presente se houver, torção ceco-cólica crônica ou periódica. Recentemente, o autor acentuou a dor, crônica ou intermitente, e o desconforto abdominal periódico, localizado no quadrante inferior direito do abdômen, como uma característica clínica do ceco móvel. Além disto, ele fez comentários sobre a alta e significativa incidência do problema, comprometendo de 20 a 30% da população, seus sintomas e sinais, o fácil diagnóstico e tratamento cirúrgico, bem como apelou para o maior interesse do médico no reconhecimento da síndrome do ceco móvel²³⁻²⁶. Todavia, esse autor não fez qualquer ilação entre o ceco móvel e a síndrome do cólon irritável.

Nossos pacientes tinham todos os sintomas de perturbações gastrintestinais funcionais com destaque para as reclamações de dor abdominal intermitente, não necessariamente localizada no quadrante inferior direito do abdômen; cólica, constipação, diarréia, ou constipação seguida de diarréia; distensão abdominal ou inchaço, e/ou dor abdominal durante relações sexuais. A maioria deles foi vista e tratada como tendo síndrome do cólon irritável. Eles foram vistos e examinados por vários gastroenterologistas e submetidos a uma multiplicidade de exames como ultra-som abdominal, tomografia abdominal, enema opaco, colonoscopia, exames ginecológicos, e assim por

diante, quase sempre sem que o doutor achasse qualquer anomalia.

Quase todos eles (65; 81,2%) por causa dos mencionados sintomas foram considerados como tendo SCI, razão porque lhes foram administrados brometo de pinaverium, mebeverine, cisaprida, tegaserode, ou plantago ovata, ou brometo de N-butilscolopamine, associados ou não ao clonazepam para suavizar os sintomas intermitentes crônicos. Porém, quando eles foram encaminhados para um diagnóstico alternativo, no caso a SCM, a mudança na terapêutica – de clínica para cirúrgica - propiciou bons resultados com a erradicação dos sintomas.

Na maioria dos mais recentes trabalhos encontrados na literatura médica em que há menção ao ceco móvel, se não em todos, excluindo os de Tirol²³⁻²⁸, os autores apenas mencionam os aspectos associados com a oclusão intestinal parcial. Esta pode ser devida à bácia cecal, ou à torção parcial e intermitente daquele segmento do intestino grosso, ou à torção completa que pode culminar com obstrução do cólon direito e necrose do ceco. Nesses casos, o tratamento cirúrgico urgente proposto, em geral, termina com a excisão de parte do cólon direito^{18,29-39}.

Não há descrita nenhuma relação entre ceco móvel e distúrbios intestinais funcionais; especialmente, não houve ainda menção à síndrome de cólon irritável com o atual enfoque, embora Tirol²⁵ tenha descrito uma relação entre dispareunia e ceco móvel.

Nosso primordial objetivo com essas observações é estabelecer relação entre a anomalia congênita - velha conhecida, mas pouco reconhecida e mal diagnosticada - e a síndrome do cólon irritável, com o sentido de chamar a atenção para o fato de que a ênfase que tem sido dada a esta doença precisa ser revista. Assim, certamente, a maioria dos pacientes que são registrados como sofrendores da síndrome do cólon irritável serão beneficiados pela cecopexia.

Em suma, nós aconselhamos que todos os pacientes com SCI ou com sintomas obscuros de dor abdominal intermitente, cólica, constipação, diarréia ou constipação e diarréia flutuantes; com distensão ou inchaço abdominal, dor abdominal durante relações sexuais e aqueles nos quais os referidos sintomas possam estar associados a distúrbios da esfera sexual decorrentes ou não do estupro devem ser investigados como pessoas doentes com ceco móvel e que necessitam de cecopexia.

SUMMARY: Purpose: Mobile cecum is due to an embryological anatomic variation of the ascending colon and/or the cecum because of failure of right colon fusion with lateral peritoneum. This study was designed to evaluate the outcome of cecopexy as a treatment of patients with irritable bowel syndrome or of patients with intermittent abdominal complains of pain, colic, distension, constipation and/or diarrhea.

Patients and Methods: From 1994 to 2005, 80 patients (71 women and 9 men – median age, 37,5 – ranged 3 to 72) seen in private office had clinical diagnosis of mobile cecum; 65 patients (81,3%) had been seen as having irritable bowel syndrome. Fifteen had others diseases: 4(5%) of gynecological disorders, 3(3,8%) of inflammatory bowel disease, 2 (2,5%) of cholelithiasis, 2 (2,5%) of diverticular disease, and the 4 remainder (5%) because of appendicitis, megacolon, giardiasis, and unspecific abdominal pain. All patients of this series were programmed for cecopexy. Fifty-nine were operated on, six were waiting for opportunity surgery, and fifteen refused the surgical treatment and are on clinical follow-up in private office.

Results: All operated patients with fixed cecum followed from 3 to 139 months (median, 22) are well. The non-operated patients followed from 4 to 128 months (median, 25) are with the same complaint.

Conclusion: We recommend that all patients with diagnosis of irritable bowel syndrome or with obscure cause for intermittent right lower abdominal pain, distension, colic; constipation or diarrhea should be investigated as sick person probably with mobile cecum needing cecopexy.

Key words: mobile cecum syndrome, irritable bowel syndrome, intermittent abdominal complaint, abdominal pain, colic, diarrhea, constipation, cecal volvulus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*,2000;47:861–869.
2. Mawdsley JE and Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 2005; 54:1481–1491.
3. Kilkens TOC, Honig A, van Nieuwenhoven MA, Riedel WJ, and Brummer RJM Acute tryptophan depletion affects brain-gut responses in irritable bowel syndrome patients and controls. *Gut*, 2004; 53:1794-1800.
4. De Ponti F. Pharmacology of serotonin: what a clinician should know. *Gut*,2004; 53:1520-1535.
5. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*. 1999; 45(suppl 2):II43-7.)
6. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97:S7-26.
7. De Ponti F, Tonini M. Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptor subtypes. *Drugs*. 2001; 61:317-32.
8. Crowell MD. The role of serotonin in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Am J Manag Care*. 2001; 7(suppl 8):S252-60.
9. Baker DE. Rationale for using serotonergic agents to treat irritable bowel syndrome. *Am J Health-Syst Pharm*. 2005;62:700-711.
10. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 2001;48:272-282.
11. Cash BD, Chey WD. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin N Am* 2005;34:205-220.
12. Oberndorff-Klein Wooltthuis AH, Brummer RJM, de Wit NJ, et al. Irritable bowel syndrome in general practice: An overview. *Scand J Gastroenterol* 2004 (Suppl 241):17-22.
13. Manning AP, Thompson WG, Heaton KA, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome *BMJ* 1978;2:653-54.
14. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II. The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A Multinational Consensus. 2nd Ed. McLean, VA: Degnon Associates; 2000.
15. F. Padrón and B. Anía. (Eds.) Constipation is a disease. 1st Edition. Lexeditorial JMS, Barcelona, 1997
16. Santos Jr JCM, Cavalca AC, Caso CEQ. Mobile cecum as a syndrome. Is it a myth or a fact? <http://www.inst-medicina.com.br/mobile.htm> 2005.
17. Santos Jr JCM, Cavalca AC, Caso CEQ. Síndrome do ceco móvel. Mito ou realidade? *Rev bras Coloproctol* 2004;24(2):153-156.
18. Rogers RL. Mobile cecum syndrome. *Dis Colon Rectum* 1984;27:399-402)
19. Hyams J, Colletti R, Faure C, et al. Functional gastrointestinal disorders: Working Group Report of First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, Hematology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35(Suppl. 2):S110-S117.
20. Tallet NJ, Fett SL, Zinmeister AR, Melton LJ III. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology*. 1994;107:1040-1049.

21. Drossman DA, Leserman J, Nachman C, et al. Sexual and physical abuse to women with functional organic gastrointestinal disorders. *Ann Internal Med* 1990;113:828-30).
22. Guthrie E, Creed E, Dawson D, et al. A controlled trial of psychologic treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;113:450-47.
23. Tirol FT. Recurrent cecocolic torsion: radiological diagnosis and treatment. *JSLS* 2003;7:23-31.
24. Tirol FT. Cecocolic torsion. *Surg Rounds* 2003;26:125-31.
25. Tirol FT. Dyspareunia: a symptom of recurrent cecocolic torsion. *Abdom Surg* Fall 2001;11-15.
26. Tirol FT. Cecocolic torsion: classification, pathogenesis, and treatment. *JSLS* 2005;9:328-34.
27. Tirol F. Recurrent cecocolic torsion – phantom tumor. *Abdom Surg* 1999, Fall:20-24.
28. Tirol FT. Laparoscopic cecocolopexy with polypropylene mesh. *Abdom Surg* 1999,Fall:16-19.
29. Anderson JR, Welch GH. Acute volvulus of the right colon: An analysis of 69 patients. *World J Surg* 1986;10:336-342.
30. Gupta S, Gupta SK. Acute caecal volvulus: report of 22 cases and review of literature. *Ital J Gastroenterol* 1993; 25: 380-384.
31. Rothstein RD, Frank AJ, Goffner LB, Fruauff AA: Cecal volvulus: the CT whirl sign. *Abdom Imaging* 1993; 18(3): 288-9.
32. Rombeau JL. Intestinal malrotation during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1993;81:817-819.
33. Husain K, Fitzgerald P, Lau G. Cecal volvulus in the Cornelia de Lange syndrome. *J Pediatr Surg* 1994;29:1245-7.
34. Lee YJ, Lee YA, Liu TJ, Chang TH. Mobile cecum syndrome; a report of two cases. *Chin Med J (Taipei)* 1996;57:380-3.
35. Frischman WJ, Couper RTL, Freeman JK. Cecal Volvulus Following Gastroduodenoscopy in Cornelia de Lange Syndrome. *J Pediat Gastroenterol Nutr* 1996;22(2):205-207.
36. Yeh WC, Wang HP, Chen C: Preoperative sonographic diagnosis of midgut malrotation with volvulus in adults: the “whirlpool” sign. *J Clin Ultrasound* 1999 Jun; 27(5): 279-83.
37. Simon AM, Birnbaum BA, Jacobs JE. Isolated Infarction of the Cecum: CT Findings in Two Patients. *Radiology*. 2000;214:513-516.
38. Moore CJ, Corl FM, Fishman EK: CT of cecal volvulus: unraveling the image. *AJR Am J Roentgenol* 2001 Jul; 177(1): 95-8.
39. Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002;45:264-267.

Endereço para correspondência:

INSTITUTO DE MEDICINA
JÚLIO CÉSAR M SANTOS JR.
Av. Min. Urbano Marcondes, 516
12515-230 – GUARATINGUETÁ (SP)