



Pseudo-obstrução colônica aguda secundária a traumatismo raquimedular



Fonseca, MK; Cunha, CEB; Oliveira, HBR; Petrillo, YTM; Leonardi, L; Castilho, RL; Breigeiron, R..

Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre, Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A pseudo-obstrução colônica aguda, também conhecida como síndrome de Ogilvie, é uma patologia rara caracterizada pela distensão intestinal do cólon na ausência de obstrução mecânica intrínseca ou extrínseca. A fisiopatologia não é completamente compreendida, embora acredita-se que a denervação parassimpática sacral com consequente atonicidade do cólon distal seja um dos mecanismos envolvidos. É frequente, portanto, a presença de um fator desencadeante, sobretudo condições que provocam um desbalanço autônomo, como sepse, trauma, cirurgias e medicações anticolinérgicas.

A apresentação clínica é semelhante ao abdome agudo obstrutivo mecânico, e a investigação diagnóstica deve primariamente excluir possíveis causas de obstrução. A alta taxa de mortalidade relaciona-se ao potencial risco de complicações graves, como isquemia e perfuração intestinal, enfatizando a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 37 anos, etilista e dependente químico, admitido no setor de emergência após trauma por queda de motocicleta com cinemática grave. Na avaliação inicial, diagnosticadas fraturas de arcos costais com pequeno hemotórax associado, lesão esplênica grau II da AAST com estabilidade hemodinâmica e traumatismo raquimedular Frankel A secundário a fratura instável do corpo de T6. Optou-se por tratamento não-operatório do hemotórax e da lesão de baço, permanecendo em observação com plano de transferência para posterior estabilização cirúrgica da fratura vertebral em serviço especializado.

No sexto dia de internação, iniciou com distensão abdominal, constipação e vômitos refratários ao tratamento clínico de suporte instituído, com dieta oral zero, sondagem nasogástrica e retal, enema, hidratação e correção hidroeletrólítica. Evoluiu com piora dos sintomas no dia seguinte, necessitando intubação orotraqueal por insuficiência ventilatória.

A radiografia simples e a tomografia de abdome identificaram importante distensão abdominal determinada por dilatação de alças de cólon, com formação de níveis hidroaéreos e maior diâmetro na região do ceco (11 centímetros).



O paciente foi submetido a duas colonoscopias descompressivas, sem sucesso. Optou-se por tratamento farmacológico com neostigmine, apresentando resposta clínica e evacuações espontâneas com resolução do quadro após 72 horas do início da intervenção.

DISCUSSÃO

No caso descrito, o trauma raquimedular parece ser a etiologia da síndrome, embora a utilização de medicações opioides para controle da dor, bem como de neurolépticos para controle da agitação por abstinência possam ser também fatores predisponentes.

O principal objetivo no tratamento da pseudo-obstrução colônica aguda é a descompressão adequada do cólon, como forma de evitar complicações. Em pacientes que não respondem ao manejo inicial de suporte em 48 horas, ou que apresentem diâmetro cecal maior que 12 centímetros, deve ser considerado o tratamento com neostigmina, um inibidor reversível da acetilcolinesterase.

A descompressão colonoscópica é indicada em casos sem resposta ao tratamento farmacológico. Procedimentos cirúrgicos são a última opção terapêutica, indicados nos casos de peritonite ou refratários às demais medidas, seja por descompressão cirúrgica ou ressecção intestinal de urgência.

REFERÊNCIAS

1. Ross SW et al. Am Surg 2016; 82:102.
2. Vogel et al. Dis Colon Rectum 2016; 59:589.