

Duplicação Intestinal: Causa Rara de Oclusão em Adulto

Intestinal Duplication: A Rare Cause of Occlusion in Adults

Nádia Silva¹, Diogo Carrola Gomes¹, Ricardo Matos¹, Isabel Paixão¹

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Nádia Silva [nadiarsilva@gmail.com]
Rua da Beneficência, nº 8, 1050-099, Lisboa, Portugal
ORCID iD: 0000-0002-6374-626X

RESUMO

A duplicação do tubo digestivo é uma patologia rara, geralmente diagnosticada em idade jovem. O diagnóstico tardio pode associar-se a complicações como a oclusão intestinal, a hemorragia digestiva ou a perfuração de víscera oca.

Apresentamos o caso de uma doente de 60 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal e obstipação. Na tomografia computadorizada abdominopélvica apresentava volumoso fecaloma do cólon sigmoideu que condicionava oclusão intestinal, pelo que foi submetida a cirurgia urgente.

No intraoperatório verificou-se presença de duplicação incompleta do cólon esquerdo, que terminava em fundo cego ao nível do reto médio. Esta duplicação levou à formação de um volumoso fecaloma no lúmen duplicado, condicionando oclusão por compressão do cólon funcionante.

Foi realizada uma ressecção tipo Hartmann, com colostomia em cano de espingarda, com o lúmen duplicado proximalmente. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo sido submetida a cirurgia de restabelecimento da continuidade intestinal ao fim de 6 meses.

PALAVRAS-CHAVE: Anomalias do Aparelho Digestivo; Obstrução Intestinal

1. Serviço Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Recebido/Received: 28/04/2020 - Aceite/Accepted: 15/10/2020 - Publicado online/Published online: 29/10/2020

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

ABSTRACT

Duplication of the digestive tract is a rare condition, usually diagnosed at a young age. Late diagnosis can be associated with complications such as bowel obstruction, hemorrhage, or perforation.

We present the case of a 60-year-old patient admitted to the emergency department due to abdominal pain and constipation. In the computed tomography scan, she presented a large fecaloma of the sigmoid colon causing large bowel obstruction.

Intraoperatively there was an incomplete duplication of the left colon, which ended in a cul-de-sac at the mid-rectum. This duplication led to the formation of a large fecaloma in the duplicated colon that compressed and obstructed the functioning lumen.

Hartmann's operation with a double barrel colostomy was performed. The postoperative period was uneventful; bowel continuity was restored 6 months later.

KEYWORDS: Digestive System Abnormalities; Intestinal Obstruction

INTRODUÇÃO

O primeiro caso de duplicação intestinal foi descrito por Calder em 1733, mas só em 1941 é que Ladd e Gross definiram esta patologia como se tratando de “estruturas ocas, esféricas ou alongadas, com parede de músculo liso, revestidas por mucosa, intimamente ligadas a alguma porção do tubo digestivo.”¹

A incidência desta patologia é de 1:5000 nascidos-vivos, sendo mais frequente no sexo masculino. Geralmente são lesões únicas, podendo haver lesões síncronas em 10%-20% dos casos. São diagnosticadas antes dos 2 anos em 80% dos doentes.²⁻⁴

A localização mais comum é o ílion (30%) e válvula ileocecal (30%), seguidos do jejuno (8%), cólon (6%-7%) e reto (5%). A duplicação pode ser de 3 tipos, segundo McPherson: tipo I, quistos simples; tipo II, diverticular; tipo III, tubulares. O seu diagnóstico baseia-se nos critérios de Rowling: 1 – duplicação da parede em continuidade com a do órgão duplicado; 2 – quisto coberto por parede muscular lisa; 3 – presença de mucosa do trato digestivo, podendo existir por vezes mucosa heterotópica.^{5,6}

Têm surgido várias propostas para tentar explicar a origem desta patologia, nomeadamente a teoria de Bremer (1944) que sugere ser secundária a erros de recanalização do tubo digestivo durante a fase embrionária.⁷

As duplicações completas são raras. As formas quísticas, mais frequentes, geralmente não comunicam com o lúmen; as tubulares podem ter uma ou mais comunicações.

As duplicações do trato digestivo são em 13% dos casos de origem colorretal e devem ser abordadas cirurgicamente quando encontradas para evitar futuras complicações.⁸

O quadro sintomático pode apresentar-se por obstipação, perfuração, hemorragia digestiva ou oclusão intestinal. A estratégia cirúrgica requer uma ressecção conjunta da área duplicada até pelo menos 2 cm além da duplicação. A cirurgia pode ser dificultada por fibrose na área de duplicação, presença de neoplasias e alterações no suprimento sanguíneo.^{4,8}

As duplicações tubulares do cólon com extensão abaixo da reflexão peritoneal podem estar associadas a malformações do aparelho genito-urinário.⁹



FIGURA 1. TC mostrando fecooma condicionando compressão do lúmen funcional apontado pela seta a vermelho.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma doente de 60 anos de idade, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e lúpus eritematoso sistêmico.

A doente recorreu ao serviço de urgência por queixas de obstipação e dor abdominal com vários dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava um abdómen distendido, doloroso à palpação nos quadrantes inferiores, com massa palpável no hipogastro. Ao toque retal apresentava a ampola colapsada por compressão extrínseca.

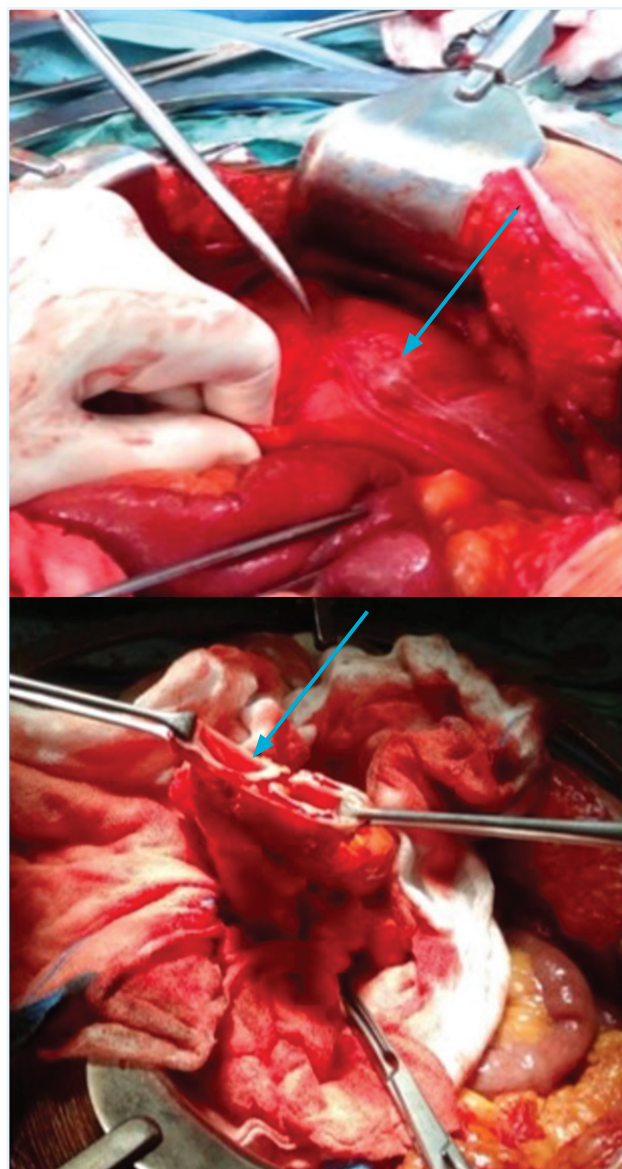
Foram pedidos vários exames complementares de diagnóstico realizados na urgência. O estudo analítico não apresentava alterações. O radiograma de abdómen mostrava alguns níveis hidroaéreos e ausência de ar na

ampola retal. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica que mostrava "(...) volumoso fecaloma retal, medindo 23x9 cm, condicionando oclusão intestinal e espessamento parietal do cólon. Útero atrófico, desviado para a direita (...), malformação renal com rim direito resultante da fusão dos dois rins, com evidência de 2 ureteres que têm implantação vesical separada e bilateral" (Figs 1 a 3).

Foi proposta para cirurgia urgente. No intraoperatório constatou-se a presença de duplicação do cólon sigmoide e reto que terminava em fundo cego no reto médio, preenchida por um volumoso fecaloma. A *tanea coli* duplicada estendia-se de forma contínua até ao cego, pelo que não era possível avaliar de forma segura a extensão proximal da duplicação (Fig. 4). Optou-se por realizar



FIGURAS 2 e 3. Imagens de TC demonstrando oclusão por volumoso fecaloma da transição retossigmoideia, com lúmen funcional colapsado (seta na Fig. 2, em cima). Na Fig. 3, em baixo, mostra-se duplicação pielo-calicial à direita com 2 ureteres a emergirem separadamente do rim (seta vermelha).



FIGURAS 4 e 5. Fotografia intraoperatória mostrando duplicação tubular desde o cólon sigmoide ao reto médio. A *tanea coli* duplicada estendia-se até ao cólon ascendente, como mostra a seta, na figura em cima. Colostomia em cano de espingarda com lúmen duplicado apontado pela seta, figura em baixo.

uma ressecção tipo Hartmann com secção distal ao nível do reto inferior e exteriorização de ambos os lúmenes em cano de espingarda (Fig. 5).

No pós-operatório, a doente foi submetida a colonoscopia para estudo do restante cólon. O limite proximal do lúmen duplicado situava-se cerca de 10 cm proximalmente à colostomia, não sendo encontradas outras alterações no restante cólon.

Aos 6 meses foi submetida a cirurgia de ressecção da restante área duplicada e restabelecimento do trânsito intestinal, que decorreu sem intercorrências.

O exame histopatológico de ambas as peças operatórias, confirmou tratar-se de uma duplicação tubular, sem mucosa heterotópica ou neoplásica.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A apresentação clínica dos casos de duplicação cólica depende da sua localização, extensão, e de outros fatores, como a presença de mucosa heterotópica. A obstipação, perfuração e a oclusão intestinal são as apresentações mais comuns, atendendo a presença de um lúmen distalmente cego.

A abordagem cirúrgica depende da localização e do tipo de duplicação. As duplicações quísticas, quando pequenas, são excisadas em bloco com o cólon normal adjacente à semelhança das duplicações tubulares. Se a duplicação se estende abaixo da reflexão peritoneal devem ser excluídas malformações do aparelho génito-urinário.

A ressecção cirúrgica deve estender-se até cerca de 2 cm além do óstio do lúmen duplicado atendendo à presença de alterações fibróticas, ao suprimento sanguíneo partilhado e ao risco de desenvolvimento de neoplasia no segmento duplicado. O adenocarcinoma é o tipo de neoplasia mais frequentemente encontrado, seguido do carcinoma escamoso e do carcinoide.¹⁰

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Gross RE, Holcomb GW Jr, Farber S. Duplications of the alimentary tract. *Pediatrics*. 1952;9:448-68.
2. Hackam DJ, Zalev A, Burnstein M, Rotstein OD, Koo J. Enteric duplication in the adult, derived from the foregut, midgut and hindgut: presentation, patterns and literature review. *Can J Surg*. 1997;40:129-33.
3. Iyer CP, Mahour GH. Duplications of the alimentary tract in infants and children. *J Pediatr Surg*. 1995;30:1267-70. doi: 10.1016/0022-3468(95)90482-4.
4. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill JA, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. *Ann Surg*. 1989;209:167-74.
5. Rowling JT. Some observations on gastric cysts. *Br J Surg*. 1959;46:441-5.
6. McPherson AG, Trapnell JE, Airth GR. Duplication of the colon. *Br J Surg*. 1969;56:138-42.
7. Bremer JL. Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch Pathol*. 1944;38:132-40.
8. Correia-Pinto J, Romero R, Carvalho JL, Silva G, Guimarães H, Estevão-Costa J. Neonatal perforation of a Y-shaped sigmoid duplication. *J Pediatr Surg*. 2001;36:1422-4. doi: 10.1053/jpsu.2001.26390.
9. Okur H, Keskin E, Zorludemir U, Olcay I. Tubular duplication of the hindgut with genitourinary anomalies. *J Pediatr Surg*. 1992;27:1239-40. doi: 10.1016/0022-3468(92)90799-d.
10. Kang M, An J, Chung DH, Cho HY. Adenocarcinoma arising in a colonic duplication cyst: a case report and review of the literature. *Korean J Pathol*. 2014;48:62-5. doi: 10.4132/Korean-JPathol.2014.48.1.62.