

VOLVO POR DOENÇA DE CHAGAS – REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 02/05/2024

Carolinne Ribeiro Anzai

Estudante de medicina - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Araguari, MG, Brasil

José Makary Paiva do Amaral

Estudante de medicina - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, Brasil

Luana Novaes de Almeida

Estudante de medicina - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Araguari, MG, Brasil

Mariana Pinho Sá

Estudante de medicina - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Araguari, MG, Brasil

Paulo Henrique Faria Domingues

Estudante de medicina - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, Araguari, MG, Brasil

RESUMO: Introdução: No megacólon causado pela doença de chagas, podemos encontrar distensão abdominal, fecaloma, oclusão/subocclusão intestinal e volvo de sigmoide (JÚNIOR, 2002). Na literatura pouco é explorado a relação entre doença de

chagas e volvo intestinal. **Objetivo:** Revisar a relação entre volvo e a doença de Chagas.

Resultado: O megacólon, conhecido por aumentar o diâmetro do cólon, pode sofrer uma rotação em torno do próprio eixo e sofrer ou não estrangulamento, levando à isquemia mesentérica e, diante dos nossos resultados, a doença de chagas é um fator de risco para tal rotação (GABRIEL, 2003).

Conclusão: Todo paciente com suspeita de obstrução deve ser submetido a uma proctossigmoidoscopia (BAYLÃO, 2016).

PALAVRAS-CHAVE: Volvo intestinal; Doença de chagas; Obstrução intestinal.

VOLVO DUE TO CHAGAS DISEASE – LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: In megacolon caused by Chagas disease, we can find abdominal distension, fecaloma, intestinal occlusion/subocclusion and sigmoid volvulus (JÚNIOR, 2002). In the literature, little is explored about the relationship between Chagas disease and intestinal volvulus. **Objective:** To review the relationship between volvulus and Chagas disease. **Result:** Megacolon, known for increasing the diameter of the colon, may undergo rotation around its own axis and

may or may not suffer from strangulation, leading to mesenteric ischemia and, given our results, Chagas disease is a risk factor for this. rotation (GABRIEL, 2003). **Conclusion:** Every patient with suspected obstruction should undergo a proctosigmoidoscopy (BAYLÃO, 2016). **KEYWORDS:** Intestinal volvulus; Chagas disease; Bowel obstruction.

INTRODUÇÃO

É sabido por todos que a doença de chagas apresenta duas fases, sendo a primeira a aguda e, por seguinte, a crônica (JÚNIOR, 2002).

Na fase aguda, podem estar presentes sintomas como mal-estar, anorexia, mialgia, cefaleia, febre intermitente, sinal de Romaña (edema periorbital e palpebral unilateral indolor) em conjuntiva infectada, chagoma (lesão inflamatória endureada), linfonodomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, *rash*, taquicardia persistente, sinais de miocardite aguda e disfunção neurológica em crianças com meningoencefalite e, além disso, ser assintomática (JÚNIOR, 2002).

Já na fase crônica, possuímos espectros da doença em cada órgão acometido. No exemplo da cardiomiopatia, estão presentes sinais de congestão, falência biventricular com edema periférico, hepatomegalia, ascite, sinais de tromboembolismo para pulmão, cérebro e extremidades (JÚNIOR, 2002).

No megaesôfago, podemos encontrar perda ponderal, caquexia, hipertrofia de glândulas salivares, pneumonite aspirativa e esofagite erosiva (BAYLÃO, 2016).

No megacólon, podemos encontrar distensão abdominal, fecaloma, oclusão/subocclusão intestinal e volvo de sigmoide (JÚNIOR, 2002).

Na literatura pouco é explorado a relação entre doença de chagas e volvo intestinal, logo, essa revisão de literatura pretende analisar seus fatores fisiopatológicos que levam ao aparecimento do volvo.

MATERIAL E MÉTODOS

A busca foi realizada na base de dados PubMed e limitou-se a artigos entre o período de 2002 a 2024 que atenderam aos critérios de serem revisões de literatura e relatos de caso.

Em seguida, foram analisadas as palavras-chave dos títulos dos artigos e selecionados aqueles cuja temática mais se enquadra ao nosso objetivo.

Foram selecionados 3 artigos para leitura completa.

DISCUSSÃO

Nesta localização, a obstrução intestinal costuma cursar com menor perda volêmica e menor incidência de distúrbios hidroeletrólíticos graves. Entretanto a obstrução colônica com uma válvula ileocecal competente (85% dos indivíduos) nada mais é que uma obstrução “em Alça Fechada”, com grande risco de se tornar uma obstrução estrangulada quando a pressão intraluminal supera a pressão capilar (GABRIEL, 2003).

Dor abdominal e distensão são os sintomas mais frequentes, qualquer que seja a causa da obstrução. A obstrução mecânica do cólon pode produzir os mesmos sintomas da obstrução mecânica do delgado, porém com uma intensidade mais variável – em pacientes idosos e estoicos, ocasionalmente não há queixas de dor (GABRIEL, 2003).

A presença de dor intensa e persistente, bem como outros sinais e sintomas sistêmicos, sugere a presença de estrangulamento (GABRIEL, 2003).

Os sintomas da fase aguda podem se desenvolver ao longo de 1 semana. Os vômitos surgem mais tardiamente ou mesmo não ocorrem, principalmente se houver competência da válvula ileocecal. Os vômitos fecaloides são bastante raros (GABRIEL, 2003).

Na obstrução colônica, a constipação tem caráter progressivo e desenvolve-se junto com a incapacidade de eliminar gases. Por outro lado, o volvo de sigmoide se apresenta de forma aguda, lembrando muito a obstrução do delgado, com dor, distensão abdominal importante e constipação (GABRIEL, 2003).

No exame físico, durante a inspeção, é interessante procurarmos evidências de cicatrizes antigas. Em alguns casos, a peristalse de luta pode ser visualizada. A presença de febre muitas vezes indica possibilidade de estrangulamento. O surgimento de hipotensão e taquicardia nos faz pensar em desidratação, peritonite ou em ambas condições (BAYLÃO, 2016).

Todo paciente com suspeita de obstrução colônica deve ser submetido a uma proctossigmoidoscopia. A colonoscopia é contraindicada, pois a insuflação de ar para a realização do procedimento pode levar à perfuração intestinal (BAYLÃO, 2016).

CONCLUSÃO

O megacólon, conhecido por aumentar o diâmetro do cólon, pode sofrer uma rotação em torno do próprio eixo e sofrer ou não estrangulamento, levando à isquemia mesentérica e, diante dos nossos resultados, a doença de chagas é um fator de risco para tal rotação (GABRIEL, 2003).

Em pacientes com volvo do sigmoide, a obstrução pode ser aliviada através da passagem de um tubo retal por sigmoidoscopia ou colonoscopia. Na ausência de resposta, o próprio colonoscópio deve ser utilizado nessa tentativa. Entretanto, estes indivíduos devem ser submetidos à cirurgia eletiva para ressecção da alça na mesma internação, uma vez

que as recidivas são frequentes. Nos pacientes que não responderem à descompressão colonoscópica ou naqueles com sinais clínicos ou colonoscópicos de estrangulamento, estará indicada a abordagem cirúrgica imediata, com ressecção do segmento afetado, colostomia protetora e fechamento do coto retal (cirurgia de Hartmann). A reconstrução do trânsito deverá ser realizada em um segundo momento (BAYLÃO, 2016).

REFERÊNCIAS

SANTOS JÚNIOR, Júlio César Monteiro dos. Megacólon-parte I: Doença de chagas. **Rev. bras. coloproctol**, p. 266-277, 2002.

BAYLÃO, A. L. P. et al. Volvo de sigmoide: aspectos diagnósticos e terapêuticos diante um relato de caso. In: **Congresso Médico Acadêmico UniFOA**. 2016.

GABRIEL, Andressa Guterres. **Avaliação da morbi-mortalidade do tratamento cirúrgico do volvo colônico de sigmóide na urgência**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.