

OBSTRUÇÃO INTESTINAL NA GESTAÇÃO: UM CASO RARO DE ABDOME AGUDO

INTESTINAL OBSTRUCTION IN PREGNANCY: A RARE CASE OF ACUTE ABDOMEN

LUIZ OTÁVIO VILELA REBOUÇAS¹, FABIANO ALVES SQUEFF²

1- Médico residente de Cirurgia Geral da Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA) - Anápolis, GO, Brasil.

2- Médico preceptor da Residência de Cirurgia Geral Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA) - Anápolis, GO, Brasil.

RESUMO

O volvo de cólon transverso é uma causa rara, potencialmente grave, de abdome agudo obstrutivo. Durante a gestação, essa patologia torna-se ainda menos prevalente. A síndrome de obstrução intestinal é definida por um conjunto de sinais e sintomas que se manifestam, comumente, com uma intensa dor abdominal, parada de eliminação de fezes e flatos e possui diversas causas não traumáticas, dentre elas o volvo. Contudo, devido a gestação, este quadro pode apresentar uma variabilidade ou sobreposição de sintomas com agravamento precoce, por vezes, devido às limitações relacionadas aos exames diagnósticos por imagem na gravidez e, consequente, diagnóstico tardio. Aliado a isso, essa diversidade de sintomas e alta incidência de dor abdominal na população em geral dificultam seu diagnóstico e a torna um fator importante de internação hospitalar e, nos casos graves, evolui com alta morbidade e mortalidade. Devido sua fisiopatologia, há acentuado risco de evoluir com complicações devido a isquemia progressiva do cólon, principalmente sem adequada intervenção, portanto, é imperativo o diagnóstico precoce e a adequada abordagem terapêutica seja colonoscopia ou cirúrgica. Assim, este estudo demonstra um caso clínico de abdome agudo obstrutivo por volvo de cólon transverso durante a gestação e as terapias empregadas desde a descompressão pela colonoscopia até posterior abordagem cirúrgica com necessidade de ressecção intestinal.

Palavras chave: Abdome agudo na gestação, Obstrução intestinal, Complicações cirúrgicas na gravidez. Colectomia parcial, Anastomose intestinal.

ABSTRACT

Transverse colon volvulus is a rare, serious cause of acute obstructive abdomen. During pregnancy, this pathology becomes even less prevalent. Bowel obstruction syndrome is defined by a set of signs and symptoms that commonly manifest as intense abdominal pain, cessation of stool elimination

and flatus, and has several non-traumatic causes, including volvulus. However, due to pregnancy, this condition may present a variability or overlap of symptoms with early worsening, sometimes due to limitations related to diagnostic imaging tests during pregnancy and, consequently, late diagnosis. In addition, this diversity of symptoms and high incidence of abdominal pain in the general population make its diagnosis difficult and becomes an important factor for hospital admission and, in severe cases, evolves with high morbidity and mortality. Due to its pathophysiology, there is a high risk of progression to complications due to progressive colon ischemia, especially without adequate intervention, therefore, early diagnosis and the appropriate therapeutic approach, whether colonoscopy or surgery, are imperative. Thus, this study demonstrates a clinical case of obstructive acute abdomen due to volvulus of the transverse colon during pregnancy and the therapies employed, from decompression by colonoscopy to a subsequent surgical approach requiring intestinal resection.

Keywords: Acute abdomen in pregnancy, Intestinal obstruction, Surgical complications in pregnancy, Partial colectomy, Intestinal anastomosis.

INTRODUÇÃO

O volvo de cólon transverso é uma rara etiologia de obstrução intestinal por volvo ou torção de cólon. A obstrução intestinal é uma enfermidade que possui diversas apresentações clínicas, desde dor abdominal associada a parada de eliminação de fezes e flatos, presença de náuseas e vômitos até simples e leve modificação do hábito intestinal. Podem ser organizadas em classificações relativas à topografia (alta ou baixa), fator causal (mecânico ou funcional) e quanto à etiologia como aderências, neoplasias, corpos estranhos, inflamação e até mesmo torção - volvo colônico. O termo "volvulus" vem do latim "volvere" que significa torção. Foi descrito pela primeira vez por Rokitansky em 1836.¹ Desde então, apresenta-se como uma causa importante de obstrução e com particularidades em relação às outras etiologias.

O volvo colônico é uma causa menos comum de obstrução intestinal mecânica, estimada em menos de 5% dos casos. Esse tipo de obstrução por volvo cursa com redução do lúmen intestinal, o que cria um mecanismo de alça fechada e progressiva distensão intraluminal. Além disso, a torção de vasos mesentéricos leva progressiva diminuição da perfusão dos segmentos intestinais acometidos, que somada à distensão acentuada do segmento, acelera a isquemia do cólon. Com isso, existe um alto risco de perfuração intestinal e, consequente, deterioração clínica devido à contaminação da cavidade peritoneal.

Na anatomia do cólon, desde o ceco até o cólon sigmoide, existem regiões com maior propensão à torção devido a fatores relacionados à mobilidade do segmento, mesentério longo e outros fatores como constipação crônica, cirurgias abdominais prévias, envelhecimento e emagrecimento.² Dessa forma, Gingold³ aponta o volvo colônico como a terceira causa de obstrução intestinal colônica, representando de 10 a 15% de todas as obstruções colônicas, já Ballantyne⁴ estima uma prevalência variando de 1 a 20% de todas as obstruções intestinais. Como também, Halabi⁵ demonstra em estudo de 9 anos que revelou 63.749 casos de volvo colônico em 3.351.152 obstruções intestinais, com incidência estável de volvo sigmoide e crescimento de 5% ao ano no volvo cecal; sigmoide: 60-75%, ceco: 25-40%, cólon transverso: 1-4% e flexura esplênica: 1%.

Por outro lado, durante a gestação, devido ao grande aumento hormonal de progesterona pela produção placentária, para efeitos fundamentais ao feto, traz repercussões sistêmicas

ao organismo materno como: diminuição da motilidade gastrointestinal devido às alterações mecânicas no abdome, aumento do volume uterino e relaxamento da musculatura lisa devido à alta quantidade de progesterona. Com isso, a gestante possui maiores tendências para a constipação quando comparada à população em geral.² Como também, o crescimento uterino causa distorção e alteração da posição do cólon, o que pode favorecer constipação, torção e obstrução.

O quadro clínico de abdome agudo obstrutivo possui grande variação quanto ao início dos sintomas, que dependem da localização e oclusão parcial ou total do lúmen. De uma forma geral, há uma mudança no hábito intestinal desde a lentificação até a parada total na eliminação de gases e fezes. Aliado a isso, o paciente pode cursar com distensão, que pode estar ou não associada a epigastria, náuseas e vômitos. A deterioração clínica acontece, principalmente, devido à desidratação na presença de vômitos, jejum prolongado devido à hiporexia e náuseas, e distúrbios hidroeletrólíticos que são muito associados. Obstruções parciais são candidatas ao tratamento não operatório: hidratação, analgesia, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e sondagem se êmese e até métodos descompressivos utilizando colonoscopia e tubos semirrígidos em alguns casos de volvos colônicos, se o paciente possuir condições clínicas estáveis⁶⁻⁸. Por outro lado, obstruções totais são tratadas de forma cirúrgica, seja com ressecções intestinais, derivação do trânsito intestinal ou eliminação do fator obstrutivo, devido ao alto risco de complicações como perfuração intestinal e baixa taxa de resolução espontânea.²

O diagnóstico de obstrução intestinal é realizado a partir da suspeição clínica associada a dados da anamnese, exames laboratoriais e achados em exame de imagem. O exame clínico e físico, de uma forma geral, podem revelar topografia como massas palpáveis, distensão abdominal, hipertimpanismo à percussão e quanto à presença de ruídos hidroaéreos. Exames laboratoriais corroboram na investigação, relacionando ou não com fatores inflamatórios, desidratação, entre outros. E, a depender da provável etiologia e condição clínica, realizam-se exames de imagem para definir causa, planejamento terapêutico clínico ou cirúrgico, como radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

No entanto, sabe-se que neste país existe uma dicotomia muito grande dos serviços hospitalares, desde a disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem até terapias menos invasivas ou cirúrgicas, o que aumenta consideravelmente o risco de subdiagnosticar ou tratar de forma inadequada, colocando em risco a segurança materno-fetal.

OBJETIVOS

Este artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de uma adulta jovem que durante a gestação evoluiu com volvo de cólon transversal e, portanto, abdome agudo obstrutivo durante a gestação, sendo esta etiologia extremamente rara principalmente durante a gravidez. Explicar os métodos diagnósticos utilizados, a terapia inicialmente proposta e a terapia definitiva empregada. Como também, o pós-operatório e o curso durante a fase final da gestação.

RELATO DE CASO E MÉTODO

O caso foi analisado desde a entrada da paciente no serviço de urgência de uma unidade hospitalar que permitiu a extração de informações qualitativas e quantitativas, possibilitando uma visão abrangente de todo caso até o desfecho final, isto é, o comportamento da paciente gestante desde o início do quadro de obstrução intestinal, a eficácia dos tratamentos

empenhados e as tomadas de decisões dos profissionais de saúde envolvidos no quadro.

Sendo assim, a paciente que este estudo representa teve entrada no serviço de urgência por demanda espontânea, queixando-se de dor lombar associada a disúria. Gestante de aproximadamente 22 semanas estimada pelo USG obstétrico. Negou comorbidades. Refere antecedente cirúrgico de esplenectomia após trauma. Durante o atendimento, realizou exames laboratoriais e ultrassonografia de rins e vias urinárias que evidenciaram sinais de pielonefrite aguda, sendo iniciada antibioterapia e internação hospitalar. Durante a internação, paciente evolui com distensão abdominal associada a parada de eliminação de fezes e flatos, sendo solicitada avaliação pela equipe de cirurgia que solicitou a realização de tomografia de abdome devido grande distensão abdominal associada a interrupção do trânsito intestinal.



Figura 1. Radiografia de abdome AP no scout por tomografia computadorizada.
Fonte: Arquivo pessoal da paciente (2024).

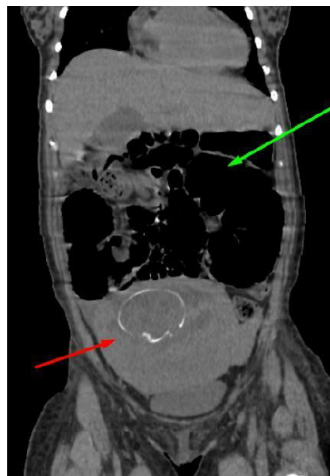


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome com corte coronal. Seta verde - distensão acentuada de cólon transverso. Seta vermelha - crânio do feto.

Fonte: Arquivo pessoal da paciente (2024).



Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome com corte coronal evidenciando “twist” dos vasos cólicos, sugerindo volvo.

Fonte: Arquivo pessoal da paciente (2024).



Figura 4. Tomografia de Abdômen, corte coronal, evidenciando acentuada distensão de cólon transverso.

Fonte: Arquivo pessoal da paciente (2024).

Tomografia de abdome, evidenciada acima, destacou acentuada distensão com nível hidroaéreo de cólon e a montante (delgado), associado aspecto rotacional dos vasos mesentéricos junto à raiz com transição de calibre das alças sugerindo rotação intestinal - volvo de cólon.

Devido à estabilidade clínica e ausência de fatores que evidenciam complicações, optamos pela tentativa de descompressão colônica através de colonoscopia. Contudo, não obtivemos sucesso. Assim, foi realizada a laparotomia exploradora para preservar bem estar materno-fetal.

Realizou-se incisão mediana transumbilical para ampla exposição de cavidade peritoneal. Identificou-se volumosa distensão de todo cólon transverso, que estava rotacionado em seu próprio eixo e distensão dos segmentos intestinais a montante como também útero gravídico com aspecto habitual.



Figura 5. Intraoperatório com acentuada distensão de cólon transverso.

Fonte: Foto registrada pela equipe médica (2024).

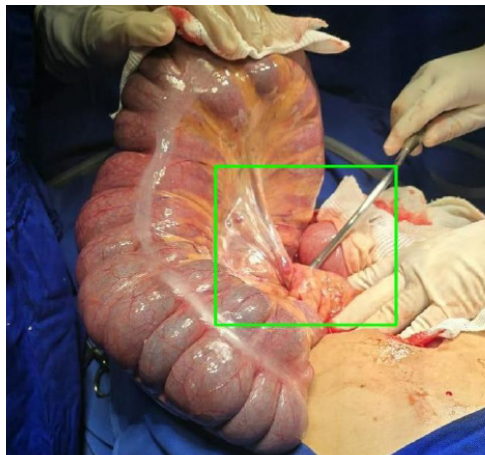


Figura 6. Intraoperatório evidenciando cólon transverso com rotação de mesocólon.

Fonte: Foto registrada pela equipe médica (2024).

Ainda no intraoperatório, após desfazer volvo, lise de aderências e manobras para liberação de cólon, optada ileocelectomia estendida devido sinais de isquemia em cólon ascendente - mecanismo alça fechada devido à válvula ileocecal competente, e preservando cólon descendente. Posteriormente, realizada anastomose êntero-cólica (íleo distal e cólon descendente) latero-lateral com grampeador linear cortante 75mm junto com reforço da linha de grampo com fio inabsorvível 4.0.

DISCUSSÕES

A distribuição do volvo intestinal varia significativamente conforme fatores geográficos e epidemiológicos.⁹ Em Uganda, essa condição é a segunda causa mais comum de obstrução intestinal, com aumento nos casos ao longo das últimas quatro décadas.¹⁰ No

entanto, o volvo de cólon transverso é relativamente raro em comparação com o volvo de sigmoide e cecal, correspondendo a apenas 4% dos casos de volvo de cólon, conforme outra análise de 306 casos realizada na década de 1960.^{4,9}

A etiologia do volvo de cólon transverso geralmente envolve fatores congênitos, mecânicos e fisiológicos que alteram as relações anatômicas normais. Um mesocólon transverso curto e pontos de fixação amplos nas flexuras hepática e esplênica normalmente evitam a torção do cólon transverso.¹¹ No entanto, anormalidades congênitas como redundância, não fixação ou outras anomalias viscerais podem predispor ao volvo. Além disso, fatores fisiológicos como gravidez ou constipação crônica, dieta rica em fibras e megacólon associado à doença de Hirschsprung também podem contribuir para o volvo.²

Os volvos intestinais são caracterizados por uma torção ou rotação anormal do intestino, com consequente obstrução em alça fechada e eventual repercussão perfusional do órgão.¹² O volvo do cólon transverso é uma condição extremamente rara na prática cirúrgica devido ao mesentério transverso mais curto e às fixações anatômicas naturais nos ângulos hepático e esplênico. Essa patologia costuma estar associada a outras anormalidades, como malformações e bandas congênitas, constipação crônica, lesões neoplásicas obstrutivas dos segmentos distais do intestino, doenças neuropsiquiátricas e gravidez.

No caso em questão, a paciente apresentou cólon transverso redundante e dilatado, que apesar de fixação na flexura hepática, apresentou volvo. Pode-se suspeitar que a cirurgia prévia de esplenectomia possa ter contribuído para tal fator, uma vez que o acesso ao espaço de Traube pode ser necessário para a liberação do ângulo esplênico do cólon transverso para a esplenectomia, retirando, portanto, seu ponto de fixação. Porém, não conseguimos provar fator causal, mas apenas inferências sobre possíveis fatores que contribuíram para a formação do volvo associada ao quadro gestacional.

O manejo cirúrgico é necessário devido à alta probabilidade de necrose associada. O tratamento pode ser efetuado por redução simples da torção mesentérica, redução da torção associada à fixação do segmento envolvido ou colectomia dos segmentos envolvidos. No entanto, mesmo com o tratamento cirúrgico, existe um risco considerável de nova formação de volvo nos segmentos remanescentes.

Devido à intensa dilatação do segmento proximal e dúvidas quanto à viabilidade intestinal da área com torção, optou-se pela ressecção do segmento colônico envolvido com anastomose primária. No acompanhamento ambulatorial do presente caso, a paciente mostrou-se assintomática, com boa evolução clínica e cirúrgica. A taxa de mortalidade por volvo aumenta significativamente em pacientes com intestino gangrenoso, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. Felizmente, apesar de evoluir com gangrena, a paciente foi abordada em tempo para evitar perfuração e consequente infecção generalizada. Até o momento da escrita do presente estudo, a paciente segue bem clinicamente e apresentando boa vitalidade fetal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico e abdome agudo obstrutivo pode ser desafiador devido a inúmeros fatores, ainda mais durante a gestação, porém é dever do profissional assistente acatar e entender a queixa da paciente e oferecer o melhor para investigação e tratamento. Apesar

de possuímos uma grande dicotomia acerca de infraestrutura, acervo tecnológico e acesso aos profissionais de saúde devemos, individualmente, compensar através de uma anamnese e exame físico de excelência. A identificação correta e manejo adequado, no caso em questão, conseguiu salvar duas vidas e evitar também morbidades associadas como uso de colostomia ou internação prolongada devido à infecção. Sendo assim, é fundamental o conhecimento teórico para que se suspeite e diagnostique e, sem seguida, tratar e resolver.

REFERÊNCIAS

1. Tan PY, Corman ML. History of colonic volvulus. *Semin Colon Rectal Surg.* 1999;10(2):122-8.
2. Townsend CM, Sabiston DC. *Sabiston Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice.* 18th ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2010.
3. Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012;25(4):236-44.
4. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Volvulus of the colon: incidence and mortality. *Ann Surg.* 1985;202(1):83-92.
5. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, Pigazzi A, Stamos MJ. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg.* 2014 Feb;259(2):293-301.
6. Kakande I. Surgical problems in tropical Africa. *East Afr Med J.* 2016;93(12 Suppl):S1-40.
7. Kayiira M, Muwanguzi E, Kasozi D, Waitt P, Ayebare R, Musinguzi E, Orimunsi I, Okeny P, Mbide P, Serumaga TA, Tamale N. Transverse colon volvulus presenting as bowel obstruction, atelectasis, and displacement of the right lobe of the liver into the left upper abdominal quadrant: a case report. *J Med Case Rep.* 2023 Apr 9;17(1):130.
8. Bouali M, Elhattabi K, Bensardi F, Fadil A. Ischemic transverse colon volvulus caused by intestinal malrotation: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;83:105970.
9. Al-Doud MA, Al-Omari MA, Dboush HG, Alabbadi AS, Al-Rahamneh IE. Large bowel obstruction secondary to transverse colon volvulus: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;76:534-8.
10. Hasnaoui H, Laytimi F, Elfellah Y, Mouaqit O, Benjelloun EB, Ousadden A, Taleb KA, El bouhaddouti H. Transverse colon volvulus presenting as large bowel obstruction: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):156.
11. Sana L, Ali G, Kallel H, Amine B, Ahmed S, Ali EM, Wajdi C, Saber M. Spontaneous transverse colon volvulus. *Pan Afr Med J.* 2013 Apr 25;14:99.
12. Tian BWCA, Vigutto G, Tan E, van Goor H, Bendinelli C, Abu-Zidan F, Ivatury R, Sakakushev B, Di Carlo I, Sganga G, Maier RV, Coimbra R, Leppäniemi A, Litvin A, Damaskos D, Broek RT, Biffl W, Di Saverio S, De Simone B, Ceresoli M, Picetti E, Galante J, Tebala GD, Beka SG, Bonavina L, Cui Y, Khan J, Cicuttin E, Amico F, Kenji I, Hecker A, Ansaloni L, Sartelli M, Moore EE, Kluger Y, Testini M, Weber D, Agnoletti V, Angelis ND, Coccolini F, Sall I, Catena F. WSES consensus guidelines on sigmoid volvulus management. *World J Emerg Surg.* 2023 May 15;18(1):34.

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

LUÍZ OTÁVIO VILELA REBOUÇAS
Av. Madre dos Anjos, s/n, Jundiá - Anápolis - GO - Brasil
E-mail: luiz.reboucas21@gmail.com

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes:

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>
Tárik Kassem Saidah - <http://lattes.cnpq.br/7930409410650712> - <https://orcid.org/0000-0003-3267-9866>

Autores:

Luiz Otávio Vilela Rebouças - <http://lattes.cnpq.br/5818111462220557> - <https://orcid.org/0009-0001-1914-830X>
Fabiano Alves Squeff - <http://lattes.cnpq.br/3196033094850548> - <https://orcid.org/0009-0000-3506-1872>

Revisão Bibliotecária: Izabella Goulart
Revisão Ortográfica: Dario Alvares
Recebido: 11/09/25. Aceito: 08/10/25. Publicado em: 21/10/2025.