

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA A CERCA DA LAPARATOMIA COMO TRATAMENTO CIRURGICO PARA REDUZIR VOLVO DE SIGMÓIDE NO BRASIL

Tayná de Farias Borges¹, Gabrielly Leite Carvalho², Thays da Silva Queiroz³.

^{1,2,3}: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), CAMPUS RIO VERDE, GOIÁS.

tayna_1998@hotmail.com

Área Temática: Temas Livres em Medicina

RESUMO

Introdução: O volvo de sigmoide é uma emergência cirúrgica caracterizada pela torção do cólon sigmoide em torno de seu eixo mesentérico, podendo evoluir para obstrução intestinal e isquemia quando não tratado precocemente. Trata-se de uma condição mais prevalente em adultos entre a quinta e a oitava décadas de vida, com predominância no sexo masculino e altas taxas de recorrência. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a laparotomia como escolha no tratamento do volvo de sigmoide no Brasil entre 2010 e 2022 e sua epidemiologia no território nacional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, obtidos por meio do DATASUS. **Resultados e Discussão:** No período analisado, foram registrados 3.079 procedimentos, com maior concentração na região Sudeste (42,6%), seguida pelas regiões Nordeste (24,3%) e Sul (20%). Observou-se flutuação no número de casos ao longo dos anos, com tendência de redução nos registros mais recentes. **Conclusão:** A laparotomia permanece uma estratégia terapêutica relevante no manejo do volvo de sigmoide, especialmente em cenários de urgência e complicações, destacando-se a importância do diagnóstico precoce e da individualização da conduta para redução da morbimortalidade

Palavras-chave: Volvo de sigmoide, Laparotomia, Tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O volvo de sigmoide é uma emergência cirúrgica grave caracterizada pela torção anormal da parte do intestino grosso nomeada de sigmoide, sendo esta torcida em mais de 180 graus em relação ao seu eixo mesentérico. Este quadro, de início, resulta na obstrução da luz intestinal de maneira parcial ou total, evoluindo para a isquemia intestinal caso não seja tratado a tempo (Wertkin e Aufses). A taxa de incidência do volvo de sigmoide é variável, mas é maior entre os 50 – 80 anos. Além disso, é mais incidente no sexo masculino, em uma proporção de 1,4: 1 a 4: 1. Outra característica importante, é a sua recorrência, que varia entre 13 a 85%. O quadro clínico é caracterizado principalmente por dor abdominal, constipação, distensão abdominal e diminuição ou ausência de flatos e fezes. Outros achados menos comuns incluem vômitos, náuseas, diarreia e anorexia. A existência de melena, defesa abdominal e/ou sinal de Blumberg são indicadores de gravidade.(Ferreira et al) . Exames de imagens são fundamentais quando se suspeita de volvo de sigmoide. A tomografia

computadorizada (TC) é um método que permite visualizar de maneira detalhada o local da torção, se o tecido intestinal é viável e, também, se há consequências, possibilitando aos médicos escolher quais medidas tomar de forma eficaz (Vasques et al). Mas, radiografias isoladas de abdômen também auxiliam no diagnóstico em torno de 60- 75% dos casos (Ferreira et al). O tratamento pode ser realizado de forma conservadora realizando a descompressão endoscópica, mas por apresentar altas taxas de recidiva, é considerada uma medida temporária (Gingold e Murrel). Sendo, portanto, o tratamento cirúrgico a melhor escolha na maioria dos casos, exceto em idade mais avançada, sem sintomas intestinais e comorbidades associadas (Sugimoto et al). Durante a avaliação cirúrgica são considerados o local e extensão da torção, o estado geral do paciente e a viabilidade do tecido intestinal para que se possa escolher qual é a melhor técnica, sendo um atendimento individualizado para cada pessoa (Vasques et al). A laparotomia é a cirurgia que abre a cavidade abdominal a partir de uma incisão em qualquer região do abdome com finalidade de diagnóstico e, também, terapêutico. É constituída de cinco fases: abrir a cavidade abdominal, exploração, cirurgia de fato, revisar e fechar.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo, retrospectivo, observacional, analítico e ecológico, que levantou o número de reduções cirúrgicas de volvo de sigmoide por laparotomia, no período de 2010-2022. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de livros, com o Tratado de Pediatria e o de Dermatologia Neonatal e Infantil, e de artigos em inglês e português, que foram encontrados nas bases de dados do PubMed e Scielo, de acordo com os seguintes descritores “volvo de sigmoide”, “laparotomia” e “tratamento” Os dados utilizados na análise epidemiológica foram coletados do sistema de informações do Ministério da Saúde, o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), pela ferramenta Tabnet, onde constam dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) que possui o registro com todos os dados dos hospitais de todo o território nacional. Foi selecionada a seguinte categoria: redução cirúrgica de volvo por laparotomia. Através dessa coleta de dados, foi possível analisar os seguintes fatores: o número total de cirurgias realizadas no Brasil no período entre 2010 e 2022 e a distribuição desses casos por região brasileira. Em virtude de ser um estudo baseado exclusivamente em dados da literatura atual não será necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da coleta de dados a partir do DATASUS (TABNET), verificou-se que durante os anos de 2010 a 2022, o Brasil registrou 3.079 casos de redução cirúrgica de volvo por laparotomia (Tabela 1).

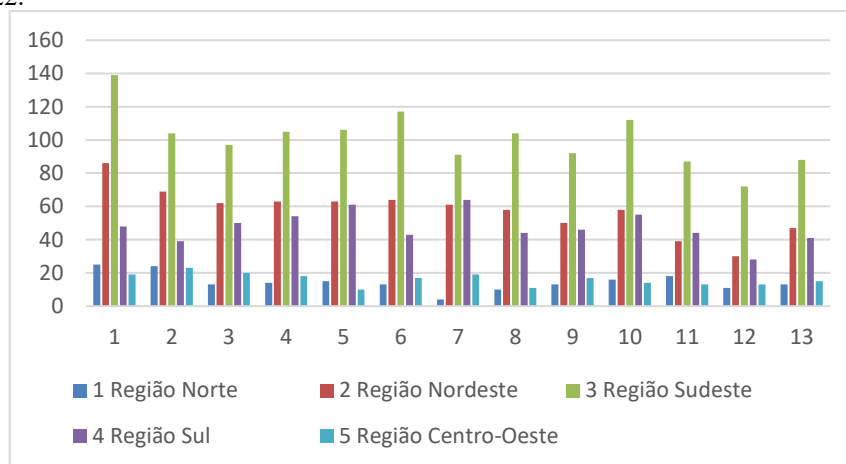
Tabela 1. Distribuição geográfica por região de redução cirúrgica de volvo por laparotomia de 2010 a 2022.

Região	Ano (2010-2022)
Região Norte	189
Região Nordeste	750
Região Sudeste	1314
Região Sul	617
Região Centro-Oeste	209
Total	3079

Fonte: Autor

Deste total, a região Sudeste apresentou o maior número de casos em todos os anos, totalizando 1.314 casos para o período analisado, seguidos de 750 casos da região Nordeste. A região Sul registrou 617 casos, ficando atrás da região Sudeste e Nordeste. Em seguida a região Norte teve o menor total de casos para o período analisado, com 189 registros ficando atrás da região Centro-Oeste com 209 casos registrados (Gráfico 1).

Gráfico 1: Redução cirúrgica de volvo por Laparotomia, de acordo com a AIH aprovadas segundo a região, de 2010 a 2022.



Fonte: Autor

Em uma análise individual dos registros em relação ao período analisado, é possível observar que a região Sudeste apresentou decréscimo no número de registros comparados com o ano de 2010, apresentando uma elevação no número de registros no ano de 2015, voltando ao declínio nos demais anos analisados. O mesmo acontece com as demais regiões analisadas, sendo possível observar flutuações entre os registros nos anos analisados.

Em comparativo com o total de casos por região e ano, 2010 apresentou a maior quantidade de laparotomia realizada, com um total de 317 registros, seguidos de 259 no ano de 2011 e 255 registros nos anos de 2014 e 2019 (Tabela 2).

Tabela 2. Total de registros de redução cirúrgica de volvo por laparotomia de 2010 a 2022 por região.

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	5	4	3	4	5	3		0	3	6	8	1	3

Nordeste	6	9	2	3	3	4	1	8	0	8	9	0	7
Sudeste	39	04	7	05	06	17	1	04	2	12	7	2	8
Sul	8	9	0	4	1	3	4	4	6	5	4	8	1
Centro-Oeste	9	3	0	8	0	7	9	1	7	4	3	3	5
Total	17	59	42	54	55	54	39	27	18	55	01	54	04

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Essa análise revela que a região Sudeste apresentou consistentemente o maior número de laparotomias ao longo dos anos analisados, enquanto a região Norte permaneceu com o menor total entre as regiões. As regiões Sul, Nordeste, e Centro-Oeste também demonstraram flutuações nos registros durante o período analisado, apresentando aumento e declínio do total de laparotomias realizadas.

O volvo de sigmoide é definido pela torção do cólon sigmoide ao redor de seu eixo longitudinal e do mesentério, resultando em obstrução intestinal. Essa condição representa entre 2% e 50% das obstruções colônicas descritas na literatura. Acomete principalmente indivíduos adultos, com maior incidência entre a quarta e a oitava décadas de vida, e apresenta maior prevalência no sexo masculino. A apresentação clínica é geralmente aguda, caracterizada por dor abdominal, distensão, náuseas e constipação, frequentemente associada à ausência de eliminação de fezes e flatos. Os achados ao exame físico incluem distensão abdominal e dor à palpação, podendo a dor estar localizada no abdome inferior ou apresentar distribuição difusa. Diante de suspeita clínica de abdome agudo obstrutivo, exames de imagem são fundamentais para confirmação diagnóstica, sendo a tomografia computadorizada o método de escolha, por permitir a avaliação da extensão da obstrução e da viabilidade do segmento intestinal acometido. O tratamento cirúrgico permanece como a estratégia terapêutica definitiva para o volvo de sigmoide, uma vez que possibilita a resolução da torção, a restauração do fluxo sanguíneo intestinal e a prevenção de complicações potencialmente fatais, como isquemia, necrose, perfuração e infecção. (Varques et al).

Em pacientes considerados de alto risco e sem condições clínicas adequadas para a realização de anestesia geral, a ressecção do cólon sigmoide sob anestesia local tem sido descrita como uma alternativa viável. Há relatos na literatura de desfechos positivos associados à colectomia sigmoide minimamente invasiva realizada por meio de pequena incisão transversal. A colostomia endoscópica percutânea (PEC) configura-se como outra opção, permitindo a fixação endoscópica do sigmoide em indivíduos nos quais procedimentos cirúrgicos apresentam risco excessivo ou naqueles que não obtiveram sucesso com tratamento cirúrgico prévio; contudo, observa-se elevada taxa de recorrência após a retirada dos dispositivos da PEC. Em pacientes com volvo sigmoide, independentemente da classificação ASA, a realização de cirurgia definitiva de forma precoce após a descompressão endoscópica inicial demonstra redução da taxa de mortalidade. (Abdelrahim et al.).

Com a inserção da destorção endoscópica na década de 1940, essa técnica, associada à ressecção cirúrgica posterior, passou a ser considerada a principal estratégia terapêutica para o volvo de sigmoide. A destorção pode ser efetuada por diferentes métodos, como enema contrastado, proctoscopia rígida, sigmoidoscopia flexível e colonoscopia. Na ocorrência de sinais de comprometimento intestinal, como gangrena, está indicada a exploração cirúrgica imediata com ressecção de urgência. De maneira semelhante, pacientes que apresentem

manifestações clínicas compatíveis com sepse, incluindo febre, leucocitose e peritonite, devem ser encaminhados diretamente ao centro cirúrgico para abordagem exploratória.

A abordagem cirúrgica tradicional consiste na exploração abdominal com ressecção do cólon sigmoide; contudo, em pacientes idosos ou portadores de múltiplas comorbidades, esse procedimento pode estar associado a risco perioperatório elevado. Paralelamente, técnicas menos invasivas vêm sendo desenvolvidas, como a retopexia endoscópica, a extraperitonealização do cólon sigmoide, a retopexia por via laparoscópica e a mesosigmoidoplastia, as quais têm demonstrado resultados satisfatórios tanto em situações agudas quanto eletivas. As técnicas laparoscópicas, em particular, têm sido aplicadas com eficácia e segurança.

Em indivíduos com instabilidade hemodinâmica, a realização de exames de imagem não é recomendada, sendo indicada a intervenção cirúrgica imediata por meio de laparotomia exploradora. Durante o procedimento, deve-se analisar a viabilidade do segmento intestinal acometido para determinar a necessidade de ressecção, bem como avaliar a possibilidade de anastomose primária ou da execução do procedimento de Hartmann.

Intervenções cirúrgicas de emergência para volvo colônico estão relacionadas a índices significativos de morbidade e mortalidade. Evidências sugerem que pacientes submetidos à cirurgia sem descompressão prévia ou preparo intestinal apresentam maior frequência de necrose intestinal e piores desfechos clínicos. (Gingond)

Assim, conforme analisado no DataSUS, o número de casos tratados por meio da laparotomia é consideravelmente pequeno, sendo que em 13 anos de análise 3079 pacientes receberam essa modalidade de tratamento. Não foi possível traçar uma comparação com outro país devido a ausência de dados na área, sendo necessário mais pesquisas a respeito dessa temática. Contudo, por ser um número alto, nota-se a importância da realização de tal procedimento para assegurar ao paciente um tratamento com possibilidade de salvar vidas.

4. CONCLUSÃO

A análise dos dados do DATASUS evidencia que a redução cirúrgica do volvo por laparotomia permanece um procedimento relevante no manejo do volvo de sigmoide no Brasil, com maior concentração de casos na região Sudeste ao longo do período analisado. Embora o número absoluto de procedimentos seja relativamente limitado, os achados reforçam a importância da intervenção cirúrgica como estratégia definitiva, especialmente em cenários de urgência e complicações associadas. A literatura corrobora que a escolha da abordagem deve ser individualizada, considerando estabilidade clínica, viabilidade intestinal e comorbidades, a fim de reduzir morbimortalidade. Destaca-se, ainda, a necessidade de mais estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, para melhor compreensão do perfil da doença e otimização das estratégias terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdelrahim A, Zeidan S, Qulaghassi M, Ali O, Boshnaq M. Dilemma of sigmoid volvulus management. **Ann R Coll Surg Engl**. 2022 Feb;104(2):95-99.

Atamanalp SS. Sigmoid volvulus. **Eurasian J Med**. 2010 Dec;42(3):142-7.

Ferreira, Lucas Fortes Portela, Francisco Ferreira Filho, Amanda Fortes Portela Ferreira e Victor Valente Lopes. "A avaliação da atuação da colonoscopia no tratamento do volvo colônico". **Journal of Health & Biological Sciences** 7, n.º 4.

Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. **Clin Colon Rectal Surg**. 2012;25(4):236-244.

Sugimoto S, Mizukami T, Ito T, Tsunoda Y, Imamura S, Tamura T, et al. Endoscopic detorsion for sigmoid volvulus using unsedated water-immersion colonoscopy. **Endoscopy** 2013; 45(Suppl 2): E263–4.

Tazima, M. De F. G. S.; Andrade Vicente, Y. A. De M. V.; Moriya, T. Simpósio: Fundamentos Em Clínica Cirúrgica - 3ª Parte. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 33-8 .

Vasques, L. F.; Pereira, A. M.; Rocha, R. De O.; Sommer, L. De F.; Bertolin, M. E. B.; De Magalhães, R. G. C.; Neves, F. G. C. De M.; Da Silva, E. B.; Neves, L. G. C.; Santos, L. F.; Miranda, M. C. Volvo De Sigmóide: Avaliação Clínica E Cirúrgica. **Revista Foco**, [S. L.], V. 16, N. 9, P. E3064, 2023.

Wertkin MG, Aufses AH. Management of volvulus of the colon. **Dis Colon Rectum**. 1978;21(1):40–45.