

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR MEGACÓLON CHAGÁSICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EM CENÁRIO DE EMERGÊNCIA

Pamela Gomes¹

¹Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA)

pamelacassia@hotmail.com

RESUMO

O megacólon chagásico é manifestação tardia da Doença de Chagas, caracterizada por dilatação progressiva do cólon e constipação crônica, podendo evoluir para abdome agudo obstrutivo e tóxico. Relata-se o caso de paciente masculino, portador de Doença de Chagas há 35 anos, admitido no pronto-socorro do Hospital Regional de Tucuruí–PA com dispneia, constipação intestinal há 40 dias, episódios de êmese, astenia e inapetência. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, taquicárdico e dispneico, com abdome distendido e doloroso. Após tentativa inicial de tratamento conservador com fletinema, sem resolução, o paciente evoluiu com sinais de abdome agudo inflamatório, sendo submetido à laparotomia exploradora. Identificou-se megacólon tóxico chagásico com isquemia colônica, sendo realizada colectomia total com ileostomia terminal à Hartmann. O caso evidencia a gravidade das complicações digestivas da Doença de Chagas e a importância da intervenção cirúrgica oportuna.

PALAVRAS-CHAVE: Megacólon chagásico. Abdome agudo. Colectomia total.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências hepáticas e gastrointestinais;

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas permanece como um relevante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões endêmicas, como a Amazônia Legal, onde ainda se observa expressiva carga de morbimortalidade associada à doença (DIAS et al., 2016; WHO, 2023). A forma digestiva resulta da destruição progressiva do plexo mioentérico pelo *Trypanosoma cruzi*, levando a distúrbios da motilidade intestinal e dilatação do trato gastrointestinal (DE REZENDE, 1999). O megacólon chagásico, manifestação tardia dessa forma clínica, pode cursar com constipação crônica grave e evoluir para complicações potencialmente fatais, como obstrução intestinal, isquemia colônica e megacólon tóxico, configurando um quadro de abdome agudo inflamatório que exige abordagem diagnóstica e terapêutica imediata (RASSI et al., 2010).

OBJETIVOS

Relatar um caso clínico de abdome agudo inflamatório secundário a megacólon tóxico chagásico, destacando os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos em cenário de emergência. (SCHOFIELD; JANNIN; SALVATELLA, 2006).

METODOLOGIA E RELATO DE CASO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, realizado a partir da análise de prontuário médico, evolução clínica e descrição do ato cirúrgico de paciente atendido no pronto-socorro do Hospital Regional de Tucuruí, Pará. O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o anonimato e a confidencialidade das informações do paciente. Paciente do sexo masculino, com diagnóstico prévio de Doença de Chagas há aproximadamente 35 anos, foi admitido no serviço de urgência com quadro de abdome agudo inflamatório, caracterizado por distensão abdominal importante e dispneia. Relatava constipação intestinal prolongada, com duração aproximada de 40 dias, associada a episódios de êmese, astenia e inapetência. Negava alergias medicamentosas e outras comorbidades relevantes. Ao exame físico inicial, encontrava-se em estado geral regular, consciente e orientado, apresentando taquicardia e dispneia, com ausculta pulmonar sem alterações significativas. O exame abdominal evidenciou distensão difusa associada à dor generalizada, compatível com quadro de obstrução intestinal. Inicialmente, foi realizada tentativa de manejo conservador por meio de flet enema, com eliminação parcial de fezes, porém sem resolução do quadro clínico. Diante da evolução desfavorável e da persistência dos sinais de abdome agudo inflamatório, foi indicada laparotomia exploradora de urgência.

Figura 1 – Paciente no pronto-socorro com abdome distendido compatível com abdome agudo inflamatório.



Fonte: prontuário médico do Hospital Regional de Tucuruí, Pará.

Foi realizada laparotomia mediana, com abertura por planos e inventário sistemático da cavidade abdominal, evidenciando dilatação colônica difusa, sofrimento de alças e extensas áreas isquêmicas, incluindo o cólon transverso. Procedeu-se à lise de aderências, ligadura dos vasos cólicos e realização de colectomia total, com confecção de ileostomia terminal à Hartmann. Após hemostasia rigorosa, realizou-se lavagem da cavidade abdominal, drenagem da loja pélvica, contagem de compressas e fechamento por planos. A peça cirúrgica foi encaminhada para exame anatomopatológico.

Figura 2 – Radiografia de abdome evidenciando dilatação colônica compatível com megacólon.



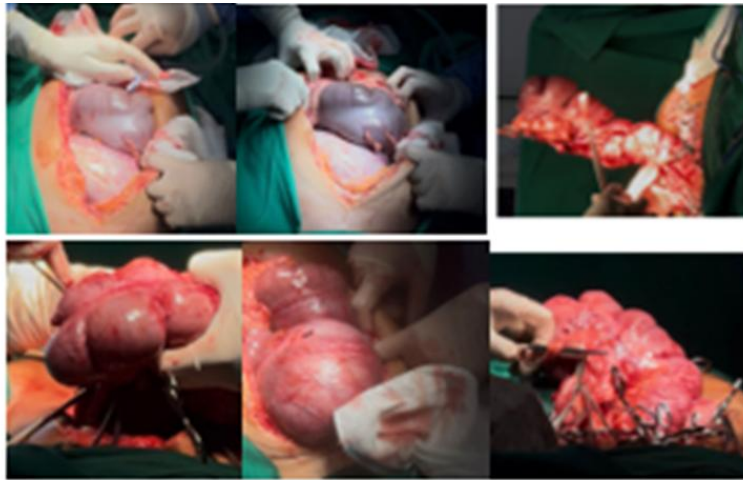
Fonte: Radiologia Hospital Regional de Tucuruí, Pará.

Figura 3 – Início da incisão cirúrgica durante laparotomia exploradora.



Fonte: Foto intraoperatória, Hospital Regional de Tucuruí, Pará.

Figura 4 – Cólon dilatado durante procedimento cirúrgico, antes da colectomia.



Fonte: Foto intraoperatória, Hospital Regional de Tucuruí, Pará.

Figura 5 – Final do procedimento: ileostomia terminal à Hartmann e fechamento da laparotomia.



Fonte: Foto intraoperatória, Hospital Regional de Tucuruí, Pará.

O diagnóstico pós-operatório foi de obstrução intestinal por megacólon tóxico chagásico, caracterizando abdome agudo inflamatório (DE REZENDE, 1999; SABISTON, 2017).

DISCUSSÃO

O megacólon chagásico decorre da desnervação progressiva do plexo mioentérico causada pelo *Trypanosoma cruzi*, resultando em perda da motilidade intestinal, dilatação colônica acentuada e constipação crônica grave (BRASIL, 2018). Em fases avançadas, a evolução para megacólon tóxico configura uma emergência cirúrgica,

associada a elevada morbimortalidade, especialmente quando há atraso no diagnóstico e na intervenção (DIAS et al., 2016). A progressão do quadro obstrutivo pode levar a sofrimento isquêmico das alças, translocação bacteriana, resposta inflamatória sistêmica e sepse, o que reforça a necessidade de reconhecimento precoce do abdome agudo inflamatório em pacientes com história de Doença de Chagas em áreas endêmicas. Nesses casos, quando há comprometimento colônico extenso ou falha do tratamento conservador, a colectomia total com ileostomia terminal representa a abordagem cirúrgica mais segura, permitindo o controle do processo inflamatório, a prevenção de perfuração intestinal e a redução do risco de evolução para sepse e choque séptico (SABISTON, 2017; RASSI et al., 2010).

RESULTADOS

A intervenção cirúrgica possibilitou a resolução do quadro obstrutivo e inflamatório, com estabilização clínica do paciente no pós-operatório imediato e evolução favorável sob adequada condução terapêutica. (SCHOFIELD; JANNIN; SALVATELLA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O megacólon chagásico permanece como grave complicação da Doença de Chagas em regiões endêmicas, podendo evoluir para abdome agudo obstrutivo e condições de alto risco. O reconhecimento precoce do quadro e a intervenção cirúrgica oportuna são determinantes para a redução da morbimortalidade. O presente relato reforça a importância do seguimento clínico contínuo desses pacientes e da atuação rápida em cenários de urgência. (BRASIL, 2018; WHO, 2023).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas: guia de vigilância, prevenção, controle e manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DE REZENDE, J. M. Megacólon chagásico. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 32, n. 4, p. 451–464, 1999.

DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 25, n. esp., p. 7–86, 2016.

RASSI, A.; RASSI JÚNIOR, A.; MARIN-NETO, J. A. Chagas disease. The Lancet, London, v. 375, n. 9723, p. 1388–1402, 2010.

SABISTON, D. C. Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SCHOFIELD, C. J.; JANNIN, J.; SALVATELLA, R. The future of Chagas disease control. Trends in Parasitology, v. 22, n. 12, p. 583–588, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease (American trypanosomiasis). Geneva: WHO, 2023.