

28

JOAQUIM BASTOS E JOSÉ DELERUE

ESTENOSE TRAUMÁTICA DO INTESTINO DELGADO

Separata do *Boletim dos Hospitais da Santa Casa*
Serie I, n.º 1 — Dezembro, 1940

OFICINA TIPOGRÁFICA DO HOSPITAL DO
CONDE DE FERREIRA — PORTO — 1940

RC
MNCT
616
BAS

SERVIÇO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO

(Director: Prof. TEIXEIRA BASTOS)

Enfermaria n.º 1 — FACULDADE

ESTENOSE TRAUMÁTICA DO INTESTINO DELGADO

(*Observação clínica*)

POR

JOAQUIM BASTOS e JOSÉ DELERUE

Assistentes



Os traumatismos abdominais violentos provocam, em geral, graves lesões das vísceras contidas dentro do ventre. O drama agudo — traduzido em aparatosa fenomenologia ou escondido sob a máscara enganadora duma acalmia transitória — obriga a cuidar rapidamente da destrinça semiológica, para que a terapêutica cirúrgica depressa acuda a remediar os distúrbios no órgão atingido.

Quando, pela sua menor violência ou pelas condições especiais em que actuou, a contusão do ventre não acarretou ferida de víscera maciça ou ôca, o quadro clínico esbate-se pouco a pouco, afastando-se a hipótese de hemorragia ou perfuração.

Mais raramente, pode o traumatismo, em determinadas circunstâncias, produzir lesões de gravidade intermediária, que embora não obriguem a intervenção imediata, pois para tal não se encontra indicação, causam, mais tarde, perturbações funcionais importantes. As estenoses traumáticas do intestino delgado, abrigadas neste capítulo de patologia abdominal, merecem menção especial, dada a raridade

RC
MNCF
616
BAS

do seu aparecimento. A presente nota clínica, motivada por nova observação deste género, permite lembrar alguns aspectos do problema dos apertos cicatriciais do delgado.

Em Agosto de 1939 entrou no Serviço de Clínica Cirúrgica (Enf. n.º 1-E — Reg. clínico n.º 3683) um rapaz de 22 anos de idade (J. M.), com um padecimento digestivo que se iniciara cinco meses antes. Trabalhando, nessa altura, numa mina, foi soterrado por uma derrocada de saibro que lhe ocasionou o embate da parede abdominal anterior contra umas pedras; quando recuperou os sentidos, passadas algumas horas, apenas sentia leves dores no ventre, à esquerda da cicatriz umbilical. Acamou durante três dias, para recommear depois a trabalhar, a-pesar-do reaparecimento das dores, esbatidas com o decúbito. Durante os primeiros oito dias seguintes ao traumatismo não observou emissão de gases ou fezes, o que, junto com a persistência das dores, teve como consequência o uso dum vermífida, ingerido a conselho paterno. Pouco tempo depois da administração do fármaco, foi acometido de violentas dores em quasi todo o ventre, acompanhadas de movimentos peristálticos e de ruídos hidro-aérios.

As crises dolorosas, que surgiam intermitentemente, com a duração duns minutos, repetiram-se, com a evolução da doença, num ritmo de maior frequência, com intervalos cada vez mais curtos. Desaparecimento súbito das dores, sendo a sua terminação seguida de borborigmos. Em breve, observou modificações de trânsito intestinal, alternando os períodos de diarreia com os de obstipação.

Dois meses após o acidente, os fenómenos dolorosos, já então muito violentos, acompanhavam-se de vômitos alimentares e biliares e terminavam, às vezes, por abundante emissão de gases intestinais.

A história clínica não fornecia qualquer outro elemento de valia, e nem no exame geral nem nos antecedentes do doente se descobriam sinais de moléstia adquirida ou de tara herdada que interessassem ao estudo da observação.

Na data do internamento, o abdómen do doente apresentava-se abaúlado, de forma simétrica, distendido, com os rebordos musculares normais apagados. De quando em quando, a intervalos de tempo variáveis, assistia-se à formação e progressão de ondas peristálticas, acompanhadas do borborigmos que nasciam no hipocôndrio direito, caminhavam para o lado oposto, para se perderem no flanco esquerdo, ou surgiam na fossa iliaca direita e, depois dum trajecto transversal, davam origem a uma tumefacção supra-púbica, do tamanho duma pequena laranja. Quando a tumefacção desaparecia, ouviam-se ruídos hidro-aérios e as violentas dores que, até então, muito incomodavam o doente, cessavam rapidamente.

Na fase de acalmia, a simples palpação abdominal, ou outra qualquer excitação, acordava o peristaltismo exagerado e doloroso. Sensibilidade difusa aumentada, com máximo de acuidade num ponto situado 5 cm. para baixo e para a esquerda do umbigo.

Timpanismo abdominal difuso, Órgãos hipondriacos em sede alta,

Reacção de *Wassermann* negativa. Leucopenia com leve monocitose (amostras n.ºs 8.271 e 8.243 — Laboratório Nobre).

Rectoscopia: O exame rectoscópico mostrou que não era possível progredir para além de 18 cm. do orifício anal. Ausência de qualquer alteração da mucosa. Nova observação, efectuada um mês depois, permitiu verificar a livre progressão do tubo rectoscópico até 35 cm. do ânus, sem que qualquer obstáculo dificultasse a sua marcha.

Exame radiológico: Após ingestão de papa opaca apenas se verificou, como pormenor digno de nota, a existência de estase acentuada no ileon. A introdução de substância opaca por clister pôs em evidência uma dificuldade de trânsito na ansa sigmoideia, situada em sede variável de exame para exame, conforme se pode verificar nas radiografias e decalques das fig. n.ºs 1, 2, 3, 4, 5.

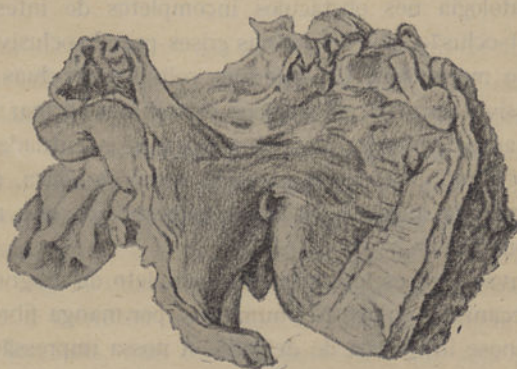


FIG. 1

Em face da sintomatologia não se tornava difícil agrupar os distúrbios apresentados pelo doente no quadro da sub-occlusão intestinal crônica. O síndrome de *Köenig*, exteriorizando-se com toda a sintomatologia — crises de cólicas, hiperperistaltismo, ruídos musicais e descargas gasosas ou fecais, estas menos evidentes — amparava, de sobejo, tal maneira de pensar. E dado que a fenomenologia se estabeleceu de maneira progressiva a seguir a violenta contusão abdominal parecia lógico admiti-la como consequência dêsse factor traumático.

Se a classificação nosológica parcial e a determinante etiológica se definiam desta forma, tornava-se mais difícil localizar o obstáculo ao longo do tubo digestivo e a sua sede em relação às túnicas intestinais. Porque, se para alguns autores o síndrome de *Köenig* pertence somente às estenoses fibrosas do delgado, outros descrevem também tal sintomatologia nos obstáculos incompletos do intestino grosso, seja por sub-occlusão, seja ainda, nas crises pseudo-oclusivas do dolico-cólon ou do megacólon. Os informes colhidos em duas rectoscopias e em sucessivos exames radiológicos permitiram afirmar a localização ileal, porquanto demonstraram, além da estase acentuada no delgado, uma variabilidade da sede da pretensa estenose cólica, a qual devia pois ser atribuída à conta de factor espasmódico que não de lesão orgânica constituída.

Restava, para esclarecimento completo de diagnóstico, determinar o mecanismo do apêrto traumático, por manga fibrosa peri-ileal ou por estenose intrínseca do delgado. A nossa impressão inclinou-se um pouco para a primeira hipótese, baseados em circunstâncias de freqüência e na evolução clínica da observação. As violentas contusões abdominais, quando ocasionam fenómenos de sub-occlusão secundária, fazem-no, regra geral, por organização conjuntiva dum hematoma, tam raros são, como adiante se verá, os apertos traumáticos intrínsecos do jejuno-ileon. Por outro lado, a falta quási completa de intervalo livre no caso que discutimos, a discordância entre a violência do traumatismo e a ausência de melena, primeiro, e depois de sinais de estenose completa, as melhorias observadas após aplicações diatérmicas, fizeram-nos atribuir a dificuldade de trânsito intestinal a um apêrto extrínseco do delgado, de origem traumática. Em breve a intervenção cirúrgica mostrava o êrro de raciocínio, neste ponto de vista.

Operação n.º 2.071 (Prof. Teixeira Bastos). Raquianestesia com percaína, segundo a técnica de *Quarella*. Aberto o ventre por laparotomia infra-umbilical, logo se observou o hiperperistaltismo em ansas ileais com calibre duplo do normal e paredes muito espessas e duras; as ondas de contração progrediam ao longo do intestino, parando ao nível dum estreitamento

esbranquiado, cicatricial, de forma anular, para recomeçarem depois a sua marcha em sentido retrógrado. A partir do anel de estenose, o intestino, de paredes flácidas, apresentava um calibre reduzido, características estas visíveis na fig. n.º 1, que representa o segmento de íleon ressecado. Ao redor das ansas intestinais, livres dentro da cavidade abdominal, não existia qualquer sinal de reacção da serosa visceral. No mesentério da ansa estenosada notava-se uma cicatriz esbranquiçada que se estendia do apêto à raiz do meso.

Ressecado o segmento intestinal doente, foi a operação terminada por uma entero-anastomose latero-lateral, muito dificultada pela diferença de espessura do íleon, acima e abaixo da estenose.

Período post-operatório normal, à parte a pronunciada hipotensão provocada pela raquianestesia. Alta, curado, 15 dias depois da intervenção.

O exame histológico permitiu afastar a possibilidade de outra qualquer etiologia, pois apenas «revela ligeira atrofia da mucosa, esclerose das túnicas musculares, mais ou menos acentuada segundo os pontos considerados e espessamento escleroso da sub-serosa. Não se observaram lesões de carácter específico ou tumoral (Exame n.º 4.180 — Prof. A. Tavares).

A raridade extrema dos apêtos traumáticos do intestino delgado tem sido salientada pelos raros autores que estudaram tal assunto. *Sorrel* classifica até essas observações de excepcionais e *Patel e Desjacques*, ao acentuarem a baixa freqüência da subtenoses ileais traumáticas, apontam a maior facilidade com que as contusões abdominais provocam dificuldades de trânsito pelo mecanismo de bridas.

Compreende-se bem a raridade dos apertos intestinais intrínsecos, de origem traumática, pois, para produzir lesões de estenose, não deve a contusão ter violência tal que obrigue a intervenção cirúrgica imediata, mas torna-se necessário que seja suficiente para causar lesões sérias nas túnicas do delgado.

No trabalho de *Patel e Desjacques*, contam-se somente 11 observações de apêto intestinal, publicados até 1932, em que a origem traumática se averiguou perfeitamente e nas quais a operação ou autópsia permitiram um exame minucioso das lesões. Os relatos clínicos onde não se anota protocolo operatório ou necrópsico não têm o mesmo valor, visto que, além do possível erro no diagnóstico de localização há que atender à existência de apêtos intestinais de outra natureza, nomeadamente de etiologia tuberculosa, a qual só pode afastar-se depois de praticado o exame histo-patológico.

Nas investigações bibliográficas por nós efectuadas encontramos, depois do trabalho dos cirurgiões de Lyon, mais cinco casos de estenose traumática do delgado, o que perfaz o total de desassete observações, contando com a que hoje comentamos.

Pelo quadro junto, onde se mencionam apenas os elementos mais importantes de cada relato clínico, nota-se que, nas primeiras

observações publicadas, o erro de diagnóstico era freqüente e a verificação das lesões efectuava-se, regra geral, na autópsia. O exame minucioso dos doentes, nas observações mais modernas, não evita contudo que, durante o acto operatório ou necrópsico, se corrijam impressões erradas, no todo ou em parte. O juízo de diagnóstico limita-se, por vezes, a localizar o obstáculo no delgado (*Léjars e Mathieu*) ou a atribuir os distúrbios encontrados a oclusão intestinal mal definida ou até a peritonite por perfuração que mascara o resto da sintomatologia (*Maier*).

Dependente da intensidade e modo de acção do factor traumático, a fenomenologia clínica exterioriza-se de forma variável. Em geral, esbatidos os sinais de choque traumático, decorre uma fase de intervalo livre — mais ou menos nítido e mais ou menos prolongado — na qual a ausência quasi absoluta de qualquer sintoma permite vida normal. Pouco a pouco, primeiro sem dar lugar a perturbações funcionais e depois acompanhado de distúrbios de gravidade crescente, constitue-se o apêrto intestinal intrínseco, o qual, com a evolução da doença, termina por produzir dificuldades de trânsito intestinal. O modo de evolução e a rapidez com que se constitue a estenose incompatível com a vida variam com diversos factores, apontando-se as observações de *Weiss*, em que a morte surgiu dois meses após o acidente, e a de *Léjars e Mathieu*, na qual as desordens intestinais só obrigaram a intervenção cirúrgica oito anos depois da contusão abdominal.

Atingido o período de estado, o quadro clínico não apresenta a invariabilidade indicada por alguns autores como meio de fácil diagnóstico. A presença da téttrade de *König* não constitue facto obrigatório e a par de tais síndromos parcialmente amputados arquivam-se mesmo observações onde o esmiuçar da sintomatologia não permitiu mais que o diagnóstico de oclusão intestinal mal definida.

O acto cirúrgico, imposto pela persistência e agravamento da fenomenologia clínica em função de diminuição progressiva do calibre intestinal, variou com os diferentes cirurgiões entre a ressecção da ansa ileal e a entero-anastomose, à qual se juntou, algumas vezes, uma prudente enterostomia.

A mortalidade operatória atinge números elevados — 3 mortes em 9 casos operados — independentemente da técnica cirúrgica adotada. Parece até, à face dos resultados publicados, que, quando as lesões não provocam oclusão completa do intestino delgado, a ressecção da ansa deve preferir a derivação por anastomose.

Obs.	Autor	Intervalo livre	Sintomas	Diagnóstico	Lesão intestinal	Lesão do meso	Intervenção	Resultado
I	<i>Pouzet</i>	4 meses	Koenig incompleto	S diagnóstico	Apêto incompleto	—	—	Morte
II	<i>Baillet</i>	4 meses	Oclusão intestinal	Apêto intestinal	Apêto completo	—	—	Morte
III	<i>Wetss</i>	2 meses	Obstipação e vômitos	Peritonite tuberculosa	Apêto filiforme Perforação a montante	—	—	Morte
IV	<i>Bartikowski</i>	Vários meses	Sub-occlusão	Apêto intestinal	—	—	—	Morte
V	<i>Schloffer</i>	—	—	—	—	—	—	—
VI	<i>Longard</i>	3 meses	S. de estenose	Apêto intestinal	Apêto intestinal acentuado	—	Ressecção da ansa	Cura
VII	<i>Kahler</i>	2 a 3 semanas	Koenig incompleto	S diagnóstico	Apêto quase completo	Lesão dos vasos mesentéricos	Entero-anastomose	Morte
VIII	<i>Léjars e Mathieu</i>	6 e 18 meses	Koenig completo	Obstáculo no delgado	Apêto circular do delgado pouco pronunciado	—	Entero-anastomose Apendicectomia	Cura
IX	<i>Koltchine</i>	Mal definido	Dores abdominais e obstipação	Oclusão	Apêto cicatricial acentuado	Cicatriz no meso	Ressecção da ansa	Morte
X	<i>Mater</i>	Ausente	Dores abdominais e diarreia	Peritonite Oclusão	Apêto intestinal Úlcus cicatrizado Úlcus perforado	Lesão dos vasos mesentéricos	I — Enterostomia II — Ressecção da ansa	Cura
XI	<i>Patel e Desjacques</i>	Ausente	Koenig completo	Aperto intestinal	Apêto intestinal pronunciado	Brecha do mesentério	Ent.-anastomose Enterostomia	Morte
XII	<i>Oberthur</i>	8 dias	Koenig completo	Sub-occlusão	Apêto duplo com perfuração coberta	Mesentério intacto	Ressecção das ansas	Cura
XIII	<i>Pupini</i>	Ausente	Oclus. intestinal	Oclus. intestinal	Apêto intestinal	Mesent. retraído c larga laceração	Entero-anastomose	Cura
XIV	<i>Kissalew</i>	—	—	—	Apêto simp.	—	—	—
XV	<i>XV</i>	—	—	—	»	—	—	—
XVI	<i>XVI</i>	—	—	—	» duplo	—	—	—
XVII	<i>Bastos e Delerue</i>	Ausente	Koenig completo	Apêto intestinal extrínseco	Apêto intestinal	Cicatriz no meso	Ressecção da ansa	Cura

Os protocolos operatórios registam, com freqüência variável, a presença de lesões do mesentério junto das alterações simples ou múltiplas das paredes intestinais. *Patel e Desjacques*, que examinaram com cuidado o mecanismo de produção dos apertos intestinais traumáticos, comparavam-no ao invocado para explicar as estenoses ileais consecutivas a redução de hérnias. No seu modo de ver, os apertos traumáticos do intestino delgado dependeriam dum mecanismo duplo. A contusão da ansa intestinal ocasionaria lacerações das suas túnicas, com integridade da serosa visceral e cicatrização secundária produzindo estreitamento de calibre; mas, por outro lado, o traumatismo provocaria lesões graves do mesentério, comprometendo a irrigação da ansa, o que, de acôrdo com os resultados experimentais de *Bolognesi e Scholoffer*, teria importância primordial na génese do apêto.

BIBLIOGRAFIA

- Kisselew* (A. G.) et *Kanevskij* (N. Z.) — Des rétrécissements traumatiques de l'intestin. *Vestnik chirurgii*, Fev.-Março, 1939, T. 57, n.º 2-3, pág. 304. An. in *Arch. Mal. App. Digestif*, T. 29, n.º 7, 1939, pág. 804.
- Koltchine* (P. F.). Sur les rétrécissements cicatriciels de l'intestin d'origine traumatique, sans lésion des parois abdominales. *Chirurgia*, T. 33, n.º 137, Maio, 1913, pág. 672. An. in *Journal de Chirurgie*, T. 11, 1913, pág. 799.
- Léjars* (F.) — Les sténoses fibreuses de l'intestin grêle. *La Semaine Médicale*, 32.º ano, 1912, pág. 181.
- Maier* — Sténose intestinale traumatique (a propos d'un cas opéré et guéri). *Arch. f. Klin. Chir.*, T. 132, 1924, pág. 212. An. in *Journal de Chirurgie*, T. 25, 1925, pág. 214.
- Oberthur* — Sténose traumatique de l'intestin grêle. *Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir. de Paris*, T. 58, 1932, pág. 570.
- Patel et Desjacques* (R.) — Rétrécissement de l'intestin grêle d'origine traumatique. *Lyon Chirurgical*, T. 29, 1932, pág. 404.
- Patel et Desjacques* — Les sténoses traumatiques de l'intestin grêle. *Journal de Chirurgie*, T. 40, 1932, pág. 182.
- Pupini* — Considérations sur un cas de sténose post-traumatique du grêle. *Il Policlinico (sez. prática)* — 39.º ano, n.º 22, 30-V-932, pág. 847. An. in *Journal de Chirurgie*, T. 41, 1933, pág. 127.
- Faulandé* (M.) — Sténoses traumatiques de l'intestin grêle. *Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir. de Paris*, T. 58, 1932, pág. 1047.



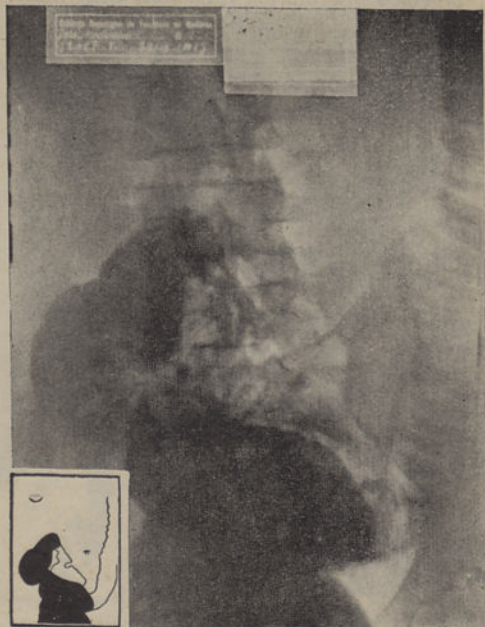


FIG. 2

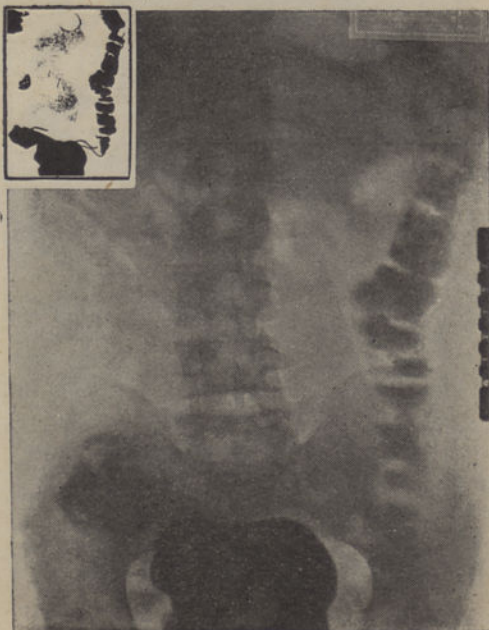


FIG. 3



FIG. 4

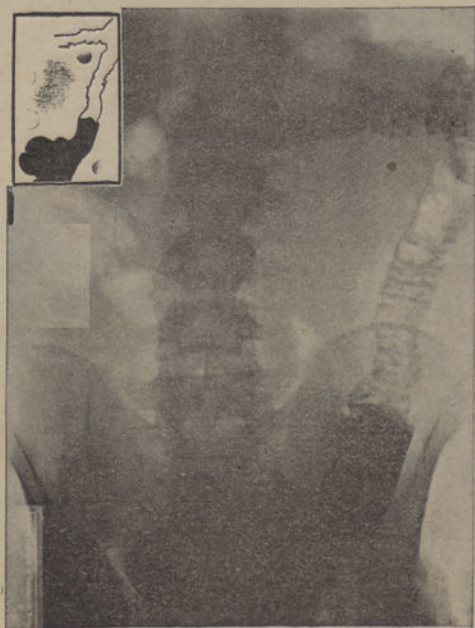


FIG. 5

