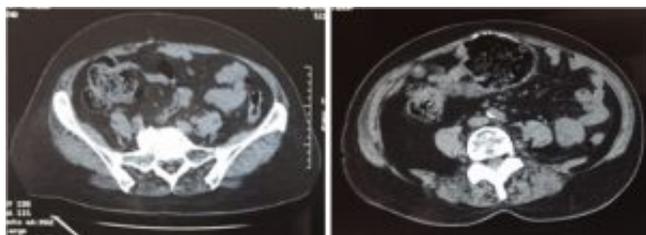


Paciente do sexo feminino, 76 anos, com história de diabetes, constipação crônica e ressecção segmentar de transverso há 10 anos por adenoma não ressecável por colonoscopia. Foi internada com quadro de distensão e dor abdominal difusa há 2 dias e sem evacuar há 5 dias. Nos dias anteriores ao início dos sintomas relatava evacuações a cada 2 dias, sempre em pequena quantidade.

A paciente estava em bom estado geral, abdome distendido com ruídos presentes e desconforto à palpação difusamente, sem sinais de peritonite e sem massas palpáveis. No toque retal não se notavam lesões e não havia fecaloma tocável.

Os exames laboratoriais mostravam eletrólitos, amilase e função renal normais. Hemograma com hemoglobina normal mas com 17000 leucócitos, sem desvio à esquerda.

Realizou tomografia de abdome total com os seguintes achados:

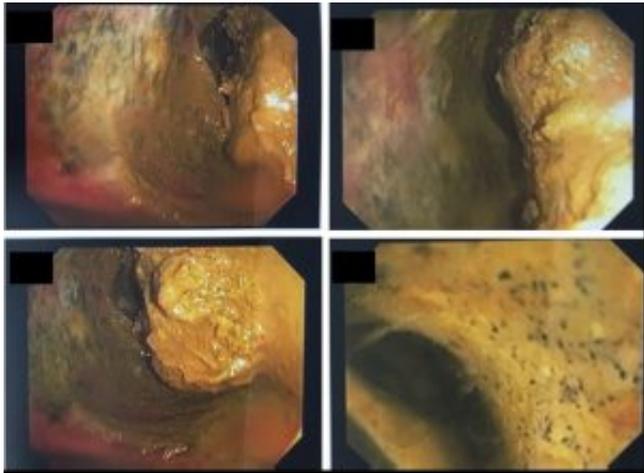


Ausência de líquido livre ou sinais de pneumoperitônio.

Estômago e intestino delgado sem distensão. Volumosa coprostase no cólon direito e cólon transverso sem se identificar ponto de obstrução evidente.

Com este achado foi iniciado o uso de laxativos via oral, ingestão aumentada de líquidos e lavagem retal com glicerina 12 %. Mesmo após várias lavagens retais e uso de laxativos orais a paciente evoluiu com piora da dor e distensão abdominal.

Neste momento foi indicada a realização de uma colonoscopia (preparo exclusivamente retrógrado) para descartar a presença de um fator obstrutivo não identificado na tomografia e tentar descomprimir o cólon.



Colonoscopia: Volumoso fecaloma impactado no cólon transverso. Foi realizada infusão lenta de 1000 ml de soro fisiológico morno com amolecimento do fecaloma, permitindo a passagem do aparelho através da área de obstrução e descompressão do cólon direito que também apresentava grande quantidade de resíduos fecais. O local de impactação apresentava sinais de isquemia e necrose da mucosa. O cólon direito apresentava grande quantidade de resíduos fecais aderidos às paredes, impedindo a avaliação da mucosa.

Após a colonoscopia descompressiva a paciente apresentou melhora significativa da dor e distensão abdominal e estava em ótimo estado geral. Foi mantida internada com antibióticos, dieta líquida sem resíduos e laxativos via oral. Apresentou eliminação de gases e evacuações no mesmo dia da colonoscopia.

No dia seguinte a paciente voltou a apresentar distensão abdominal e evoluiu com taquicardia, taquipnéia e alteração do nível de consciência.

Realizou nova tomografia de abdome que demonstrou grande distensão do ceco e presença de pneumoperitônio. Ausência de líquido livre. Neste momento foi indicada abordagem cirúrgica. Devido à distensão abdominal foi optado por laparotomia convencional.



Volumoso fecaloma no cólon direito. Presença de pneumoperitônio. Ausência de líquido livre.

No intra-operatório foi identificada grande área de necrose no ceco, ainda sem perfuração e outro ponto de necrose no cólon transverso. Não havia perfuração evidente e nem contaminação da cavidade. Foi realizada uma colectomia direita ampliada (ceco, ascendente, transverso residual e descendente). Como a paciente estava estável hemodinamicamente, sem anemia, o intestino delgado e o sigmóide não estavam distendidos e não havia contaminação da cavidade foi realizada anastomose primária íleo-sigmóide.



Colectomia direita ampliada. Nota-se grande área de necrose no ceco e outra pequena no transverso. Também é possível identificar a área de anastomose da ressecção prévia.

A paciente apresentou uma boa evolução no pós operatório, recebendo alta da UTI no 5º pós operatório com evacuações presentes e recebendo dieta via SNE.

Revisão

A impactação fecal é uma patologia comum e potencialmente fatal que pode ocorrer em todos os grupos etários. Crianças, pacientes acamados e idosos são as populações que estão sob maior risco. A impactação geralmente ocorre na presença de constipação severa, anormalidades anorretais e nas disfunções neurogênicas e funcionais gastrointestinais¹.

O reconhecimento precoce desta doença é importante devido à sua alta morbidade, mortalidade e grande custo ao sistema de saúde. O tratamento minimiza o risco de complicações que incluem obstrução intestinal levando à úlcera estercoral, perfuração, peritonite e sepse¹.

Uma revisão incluindo 188 artigos, analisou 280 casos de obstrução por fecaloma. Destes 43,5% pacientes tinham mais do que 65 anos, 49% apresentavam história de constipação severa, 29% eram portadores de doenças neuropsiquiátricas e 15% estavam institucionalizados. Um total de 346 complicações médicas secundárias à impactação fecal foram identificadas incluindo perfuração, obstrução, fístulas para órgãos adjacentes e complicações clínicas como pneumonia aspirativa e sepse².

Não há diferença na distribuição por sexo mas a idade avançada aumenta a incidência desta patologia. No exame físico a distensão e a dor abdominal são os achados mais frequentes. No exame retal, a presença de fezes tocáveis é encontrada em menos da metade dos casos, pois a impactação pode ocorrer em qualquer local, desde o cólon direito até o reto. Os achados laboratoriais são inespecíficos mas a leucocitose e alterações eletrolíticas são comuns. A radiografia de abdome costuma mostrar dilatações difusas do delgado e do cólon além de grande quantidade de fezes acumuladas. A tomografia de abdome é o melhor exame pois pode identificar o local preciso da impactação, descartar complicações e outras causas de obstrução³.

A sigmoidoscopia e a colonoscopia podem ser utilizadas para descartar a presença de obstrução mecânica de outra etiologia e também para ajudar na fragmentação e irrigação da massa fecal impactada, porém, devem ser realizadas com cuidado devido ao risco de perfuração iatrogênica³.

A perfuração intestinal causada por impactação fecal é rara e quando ocorre apenas 10-20 % dos casos tem o diagnóstico confirmado antes da operação. Neste cenário é importante a realização de ressecção do segmento colônico acometido (já que a área isquêmica costuma ser grande) e a realização de uma ostomia. A sutura da perfuração ou a simples derivação estão associadas à um maior risco de complicações e mortalidade⁴.

Referências

1. Hussain ZH, Whitehead DA, Lacy BE. *Curr Gastroenterol Rep*. 2014 Sep;16(9):404.
2. Serrano Falcón B, Barceló López M, Mateos Muñoz B, Álvarez Sánchez A, Rey E. Fecal impaction: a systematic review of its medical complications. *BMC Geriatr*. 2016 Jan 11;16(1):4.
3. [Byun YH](#), [Park YS](#), [Myung SJ](#), [Eom WY](#), [Choi WW](#), [Kim TH](#), [Jo YJ](#), [Kim SH](#), [Song MH](#). Transient intestinal obstruction due to stool impaction in the elderly. *Korean J Gastroenterol*. 2005 Sep;46(3):211-7.
4. Serpell JW, Nicholls RJ. Stercoral perforation of the colon. *Br J Surg*. 1990 Dec;77(12):1325-9.

