

PNEUMORETROPERITÔNIO APÓS VIDEOCOLONOSCOPIA

Relato de Caso e Revisão da Literatura

Roberto Pereira Durscki, Geraldo Alberto Sebben, Helena Vicente de Castro P. de Araújo, Luiz Eduardo D. Barboza, Ísis Del Corso, Heloíse C. Cavalcanti e Silva

INTRODUÇÃO

A colonoscopia, introduzida na prática clínica em 1960, é a técnica mais utilizada para diagnóstico, tratamento e seguimento de doenças colorretais. Embora considerada um procedimento seguro, pode estar associada a complicações, tais como perfuração de cólon, peritonite e sangramentos (Ota e cols). Neste trabalho relatamos um caso de dor abdominal aguda, com sinais de irritação peritoneal por retropneumoperitônio, após videocolonoscopia.

RELATO DO CASO

J.L.K.M, masculino, 18 anos. Internado com enterorragia. Realizou videocolonoscopia: lesão ulcerada de 1,0 cm de diâmetro em parede anterior do reto (Fig. 1). Havia coágulos e sangramento ativo. Foi realizada injeção esclerosante para hemostasia e obteve-se sucesso.

Nas horas seguintes, o paciente apresentou dor abdominal difusa de forte intensidade, sinais de irritação peritoneal e parada de eliminação de gases. A radiografia simples do abdome mostrou áreas radioluscentes, adjacentes à musculatura de ambos os músculos psoas e em regiões laterais do reto, compatíveis com ar em retroperitônio (Fig. 2). A ultrassonografia confirmou os achados radiográficos, mostrando também líquido em pequena quantidade ao redor do reto. No hemograma havia leucocitose.

Optou-se por conduta expectante. Foi iniciado antibioticoterapia (metronidazol e ciprofloxacino), jejum e hidratação venosa.

Paciente evoluiu favoravelmente recebendo alta hospitalar após 7 dias.

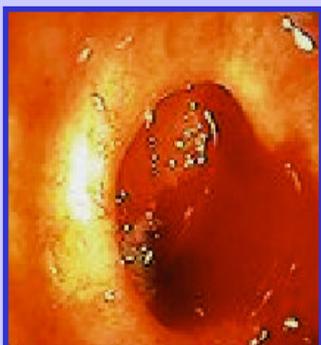


Fig. 1: Úlcera no reto



Fig. 2: Pneumoretroperitônio

DISCUSSÃO

A perfuração não é uma complicação comum nas videocolonoskopias, mas quando ocorre está relacionada a importante morbidade e mortalidade. Bakker e cols demonstraram que a incidência de perfurações foi diferente de acordo com o tipo de colonoscopia, sendo que nas terapêuticas (0,44%) a incidência foi duas a três vezes maior do que nas diagnósticas (0,16%).

Segundo Lovisetto e cols existe três mecanismos responsáveis pelas perfurações: trauma mecânico direto (endoscópio); procedimentos terapêuticos (eletrocoagulação, biópsias ou ressecções); e barotrauma (hiperinsuflação). No trauma pneumático, a pressão intraluminal excessiva provoca estiramento da túnica serosa (pressão de 202 ± 15 mmHg), as fibras musculares se separam e ocorre herniação da mucosa. Segue-se a perfuração para a cavidade peritoneal (pressão de 226 ± 14 mmHg) ou difusão subserosa do ar e conseqüentemente pneumoretroperitônio, pneumomediastino, enfisema subcutâneo e pneumatose do cólon (Dafnis e cols).

O tratamento, na ausência de perfuração para cavidade peritoneal (pneumoperitônio), inicialmente é conservador. Utiliza-se antibioticoterapia, jejum e hidratação parenteral. Devido ao preparo intestinal, quase sempre realizado, prévio ao exame colonoscópico, a contaminação em geral é baixa e o quadro tende a evoluir satisfatoriamente.

REFERÊNCIAS

1. H Ota, S Fujita, T Nakamura, S Tanaka, T Tono, Y Murata, N Tanaka, S Okajima. Pneumoretroperitoneum, pneumomediastinum, pneumopericardium, and subcutaneous emphysema complicating sigmoidoscopy: report of a case. Department of Surgery and Medicina, Tanaka-Kitanoda Hospital, 707 Kitanoda Sakai, Osaka 599-8123
2. Federico Lovisetto, Sandro Zonta, w Emanuela Rota, Massimiliano Mazzilli, Giuseppe Faillace, Alessandro Bianca, Alessio Fantini, and Mauro Longoni. Left Pneumothorax Secondary to Colonoscopic Perforation of the Sigmoid Colon. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007;17:62-64
3. Daniels FRCS, T Sullivan MB, J Hale FRCS. Retroperitoneal gas after colonoscopy. JR Soc Med. 1999;92:21-22
4. Dafnis G, Ekbohm A, Pahlman L, et al. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. Gastrointest Endosc. 2001;54:302-309.
5. Brayko CM, Kozarek RA, Sanowski RA, Howells T. Diverticular rupture during colonoscopy: fact and fancy? Dig Dis Sci. 1984; 19:427-31
6. Fernandez Cebrian JM, Morales VY, Pieniella F. Asymptomatic iatrogenic rectal perforation. Rev Esp Enferm Digest. 1992; 82:440-441