

Megacólon fisiopatologia clínico

Chagásico: e quadro

Definição

O termo megacólon caracteriza-se pela dilatação e alongamento do intestino grosso, fundamentalmente devido a alterações da inervação intrínseca dessa víscera, com os consequentes distúrbios morfológicos e funcionais.

Etiologia e fisiopatologia

No Brasil e em vários países da América do Sul, a principal etiologia do megacólon é a doença de Chagas (DC), também chamada de Tripanossomíase Americana, causada pela transmissão do *Trypanossoma cruzi* através insetos triatomídeos hematófagos (Barbeiro), chamados de vetores.

Frequentemente as manifestações são tardias decorrentes da destruição irreversível de células ganglionares periféricas do sistema nervoso autonômico, principalmente o parassimpático, por meio dos plexos mioentérico e submucoso (Auerbach e Meissner).

As alterações na denervação na região retossigmóide e no cólon ocorrem fundamentalmente na fase aguda da infecção pelo *Trypanossoma cruzi* e dependem do equilíbrio entre o hospedeiro e o parasita que envolve diversos fatores da complexa reação do sistema imunológico.

Entretanto, estudos mais recentes demonstram a participação no megacólon chagásico (MC) também das células intersticiais de Cajal, que são oriundas do mesordema e estão presentes no

plexo mioentérico nas camadas longitudinais e circulares do cólon. Entretanto, ainda é incerto se alterações nessas células são primárias ou secundárias na fisiopatologia do MC. Em nosso meio, Araújo et al. demonstraram redução significativa dessas células em espécimes cirúrgicos comparando portadores de MC e pacientes sem DC ($p < 0,001$).

Macroscopia e alterações no cólon

O local de acalasia, dissinergia e maior denervação autonômica no MC é a porção distal do sigmóide e proximal do reto (transição retossigmóide), embora possa ocorrer em todo cólon. Nas vísceras ocas a destruição de células ganglionares provoca, com o passar do tempo, o aparecimento das dilatações, hipertrofias musculares e alongamentos, com maiores repercussões no cólon esquerdo (notadamente no sigmóide) devido ao fato dessa região acomodar o bolo fecal já na forma sólida (Figura 1). Conseqüentemente, há alterações de secreção, absorção e motilidade cólica.

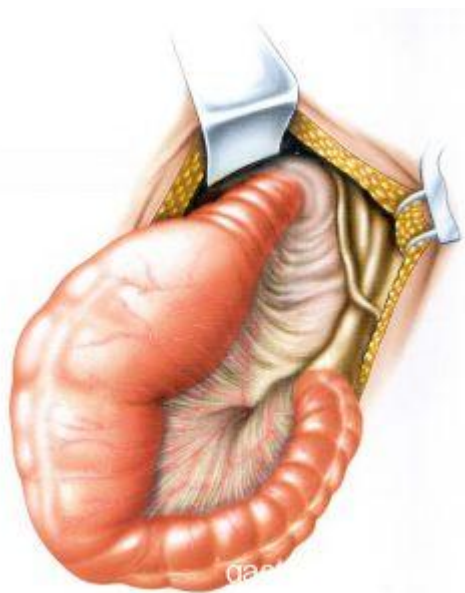


Figura 1: Dilatação e alongamento do sigmóide no megacólon chagásico.

Epidemiologia

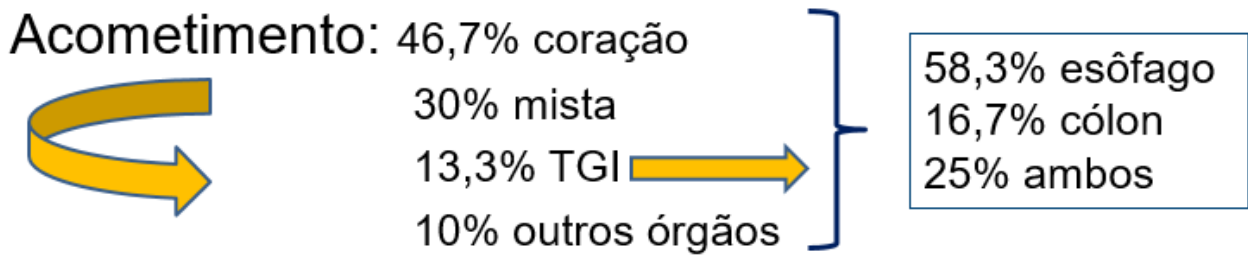
A manifestação clínica da DC ocorre mais comumente na 4ª e 5ª década de vida, com prevalência pouco maior em pacientes do sexo masculino (60%). Afeta cerca de 2-3 milhões de brasileiros, 18 milhões de pessoas na América do Sul e cerca de 120 milhões de latino-americanos estão em risco de contrair a doença. No entanto, observa-se uma queda acentuada dos casos após a década de 90, principalmente pela melhoria das condições de vida e saneamento básico, mas também ao êxodo rural e uso de inseticidas.

Assim, atualmente observa-se que a DC e o MC afetam predominantemente pessoas idosas e isso demonstra a complexidade e necessidade de individualização de conduta e plano terapêutico nessa população. Em levantamento de estudo brasileiro, com análise de 90 portadores de DC, observou-se que a média de outras doenças concomitantes foi de $2,8 \pm 1,8$ e que quase 18% dos pacientes necessitaram internação no ano anterior, principalmente por descompensação de doença cardíaca e 75% tinham mais de 67 anos de idade.

Formas de transmissão:

- triatomídeos contaminados
- transfusão sanguínea
- transplante de órgãos
- contaminação vertical
- contaminação por via oral através de alimentos

Locais de acometimento



A investigação dos órgãos acometidos pela DC é de fundamental importância já que a miocardiopatia constitui-se tanto em principal causa de óbito quanto em fator contribuinte para o mesmo. Além disso, no caso de doença esofágica, a existência de desnutrição é frequente, também colaborando para o aumento da morbimortalidade desses pacientes.

Conheça nosso curso [Gastroenterologia do Consultório](#) e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia

Quadro clínico

Cerca de 30-60% dos portadores de DC apresentarão sintomas relacionados à doença e destes e 7-10% terão queixas relacionadas ao trato digestório, sendo a colopatia a que tem manifestação mais tardia

O principal sintoma do portador de MC é a constipação intestinal crônica com piora progressiva ao longo do tempo. Cerca de 70% dos pacientes com MC ficam sem evacuar por mais de 10 dias e 37% por mais de 20 dias. Dessa forma, embora possa haver sintomas de obstrução de saída associados, ou dissinergia, a principal característica desses pacientes é o longo tempo sem o desejo de evacuar (diferente dos pacientes com obstrução de saída clássica, que habitualmente apresentam o desejo eventualmente várias vezes ao dia). Entretanto, importante ressaltar que, como as fezes são ressecadas habitualmente, e há a dissinergia da musculatura anorretal, é comum o relato de esforço evacuatório e dificuldade em eliminá-las ao longo do tempo para a exoneração.

O meteorismo também é um sintoma bastante comum e pode vir acompanhado por redução da ingestão alimentar não só pela distensão abdominal, mas também pelo excesso de fezes no cólon e também, não incomumente, como relato dos pacientes que evitam ingerir alimentos para não acumular fezes. Entretanto, essa redução da quantidade de alimentação precisa ser bem diferenciada da disfagia consequente da acalasia do esôfago.

Ao exame físico, pode-se constatar:

- sinais de desnutrição
- distensão abdominal
- aumento do timpanismo no espaço de Traube
- deslocamento do cólon sigmóide para o abdome direito
- sinal de Gersuny: palpação moldável do hipogástrio e fossa ilíaca esquerda (FIE) com sensação de descolamento ao relaxar, devido acúmulo de fezes no cólon esquerdo (fecaloma).

Além disso, é primordial em todas as consultas, a realização do toque retal, já que a incidência de fecaloma em portadores de MC ao longo da vida é em torno de 50%.

Complicações:

- impactação fecal e formação de fecaloma
- úlcera estercorácea: decorre da ação mecânica da impactação fecal na parede intestinal com formação de área de isquemia. Ocorre em cerca de 3% dos casos de MC.
- volvo de sigmóide: quadro agudo de importante distensão abdominal, parada de eliminação de fezes e flatos e vômitos, provocada por alongamento crônico do mesocólon devido à dilatação do lúmen e distensão por fezes, com rotação organoaxial aguda. O sinal radiológico clássico é o do grão de café (Figura 2).



Figura 2: Radiografia simples de abdome ortostática com volvo de sigmóide.

Referências

1. Santos Júnior JCM. Megacólon – Parte II: Doença de Chagas. Rev Bras Coloproct, 2002(4):266-277
2. Alves RMA, Thomaz RP, Almeida EA, Wanderley JS, Guariento ME. Chagas' disease and ageing: the coexistence of other chronic diseases with Chagas' disease in elderly patients. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2009; 42(6):622-8

3. Nahas SC, Dias AR, Dainezi MA, Araújo SEA, Nahas CSR. A Vídeo-Cirurgia no Tratamento do Megacólon Chagásico. Rev bras Coloproct, 2006;26(4): 470-4
4. Kamiiji MM, Oliveira RB. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2005; 38(4):305-9
5. Araújo SEA, Dumarco RB, Rawet V, Seid VE, Bocchini SF, Nahas SC. Depopulation of interstitial cells of Cajal in chagasic megacolon: towards tailored surgery? Arq Bras Cir Dig. 2010;32(2):81-5
6. Silva AL, Giacomini RT, Quirino VA, Miranda ES. Proposta de classificação do megacólon chagásico através de enema opaco. Rev Col Bras Cir. 2003;30(1):4-10
7. Cavenaghi S, Felício OCS, Ronchi LS, Cunrath GS, Melo MMC, Netinho JG. Prevalence of rectoanal inhibitory reflex in chagasic megacolon. Arq Gastroenterol. 2008;45(2):128-31
8. Nahas SC. Tratamento cirúrgico do megacólon chagásico pela retossigmoidectomia abdominal com anastomose mecânica colorretal término-lateral posterior imediata. Tese Professor Livre Docente, USP, São Paulo, 2000.
9. Nahas SC, Pinto RA, Dias AR, Nahas CSR, Araújo SEA, Marques CFS, Cecconello I. Long-term follow up of abdominal rectosigmoidectomy with posterior end-to-side stapled anastomosis for Chagas megacolon. Olorectal Dis. 2011;13(3):317-22.

Como citar este artigo

Pinto RA, Neto IJFC, Camargo MGM, Nahas SC, Marques CFS. Megacólon Chagásico: fisiopatologia e quadro clínico. *Gastropedia* 2024, Vol. 1 Disponível em: gastropedia.pub/pt/cirurgia/megacolon-chagastico-fisiopatologia-e-quadro-clinico/