

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM HOMEM ADULTO: RELATO DE CASO

Paula Fonseca Gomes^{1,2}, Anna Luisa Aguiar Guimarães^{1,2}, Leticia Silveira Naglis⁴
Bernardo Teixeira Pentagna³, Carlos Augusto Marques Batista³

RESUMO

Introdução: Intussusceção é uma condição no qual uma parte do intestino se invagina num segmento adjacente. Patologia mais recorrente na infância. Ocorre por causa idiopática ou distúrbio orgânico. **Objetivo:** Mostrar um caso de intussusceção em um homem adulto. **Relato de caso:** Homem branco de meia idade, apresentava dor abdominal em cólica há 2 meses em fossa ilíaca esquerda, além de massa palpável na mesma região há 6 meses e teve perda ponderal de 4kg em 9 dias. Foi realizado colectomia parcial com anastomose colo-cólica. **Conclusão:** A invaginação é rara em adultos, o exame diagnóstico mais usado é a tomografia computadorizada e o tratamento preconizado é a abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Intussusceção, massa abdominal, colectomia, tomografia computadorizada.

1- Discente da Faculdade de Medicina de Valença.

2- Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Valença.

3- Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Valença.

4- Residente do Serviço de cirurgia Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Januzzi

INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULT MAN: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Intussusception is a condition in which a part of the intestine invaginates in an adjacent segment. Most recurrent pathology in childhood. Occurs due to idiopathic cause or organic disorder. **Objective:** Show a case of intussusception in an adult man. **Case report:** Middle-aged white man presented abdominal pain in colic for 2 months in the left iliac fossa, in addition to palpable mass in the same region for 6 months and had weight loss of 4kg in 9 days. Partial colectomy with colo-colic anastomosis was performed. **Conclusion:** Invagination is rare in adults, the most commonly used diagnostic test is computed tomography, and the treatment recommended is the surgical approach.

Keywords: Intussusception, abdominal mass, colectomy, computed tomography.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção ou invaginação intestinal acontece quando uma porção do intestino se insere no lúmen de outro segmento adjacente. A maioria das invaginações são ileocólicas o que corresponde a 80%, em seguida vem a ileoileocólica, ileoileal e a colocólica (ROHDE; OSVALDT, 2018; CUNHA et al., 2005). É mais comum na faixa etária pediátrica e incomum em adultos, sendo este responsável por apenas 5% de todos os casos (DE LUCENA; APEL; SILVA, 2005).

Dentre as causas desta patologia podemos citar a idiopática e a devido um dano orgânico pré-existente, por exemplo, os divertículos de Meckel, pólipos, hematomas, cistos, neurofibromas ou doenças malignas (TORRICELLI et al., 2008). Na população adulta, ainda é desconhecida a causa exata da intussuscepção, no entanto, considera-se que a lesão presente na parede intestinal modifica o peristaltismo normal o que ocasiona processo de invaginação. Ainda não foi compreendido o mecanismo da invaginação idiopática que ocorre em 8 a 20% dos relatos em adultos (HANAN et al., 2007).

Independente da causa da invaginação é similar o processo fisiopatológico resultante. Conforme o intestino invagina-se para a luz distal, a constrição provoca graus variáveis de oclusão venosa. Se não ocorrer a redução espontânea da intussuscepção, é imprescindível o edema parietal do intestino com envolvimento arterial concomitante

(CUNHA et al., 2005).

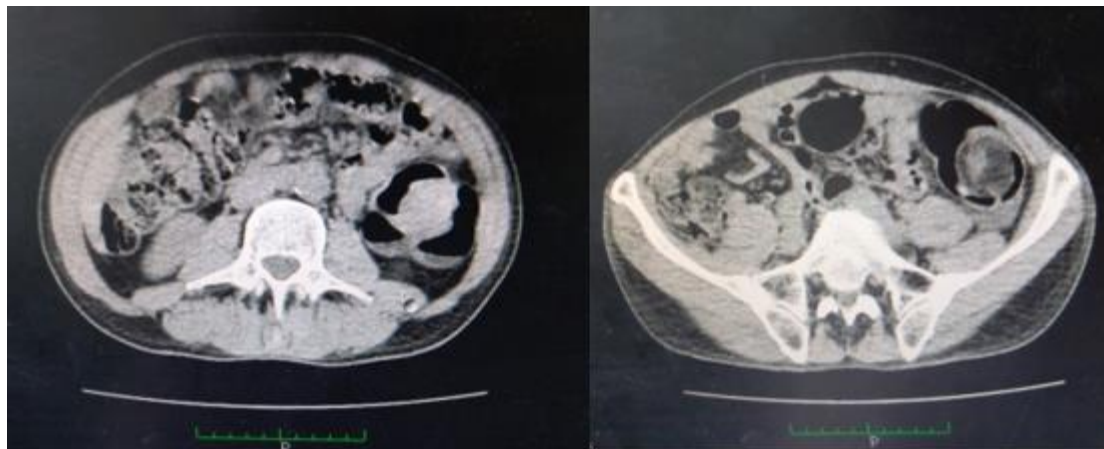
Apresentamos o relato de caso de intussuscepção intestinal em adulto, diagnosticado por meio da tomografia abdominal (TC) e colonoscopia e submetido a colectomia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 56 anos de idade, pedreiro e morador de Rio das Flores, deu entrada no Pronto Socorro do HELJG com queixa de dor abdominal de pouca intensidade, intermitente, em cólica e sem irradiação em fossa ilíaca esquerda há dois meses. Relatou que há dez dias a mesma vinha se tornando mais intensa, associada à hiporexia e perda ponderal de 4 kg em nove dias. Negou vômitos, febre ou alteração do hábito intestinal. Relatou uma massa abdominal palpável em fossa ilíaca esquerda (FIE) há seis meses, que desaparecia “massagear” o abdome, porém no dia em que procurou o Hospital, estava dolorida e não desapareceu como de costume. Negou comorbidades, internações hospitalares, cirurgias prévias, alergias e uso de medicamentos; negou tabagismo e etilismo.

Ao exame físico paciente em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril; Glasgow 15, lúcido e orientado no tempo e no espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes; ACV: RCR 2T e BNF, FC 73 bpm, PA 130/90 mmHg; AR: murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios, FR 18 irpm, Sat. O₂: 98%; abdome plano, timpânico, peristáltico, doloroso a palpação profunda em FIE, massa palpável de aproximadamente 10 cm em FIE; membros inferiores sem alterações e panturrilhas livres. Foi internado em Cirurgia Geral para investigação diagnóstica. Hemograma sem leucocitose; hematócrito 32,6 e hemoglobina 11,5. Tomografia abdominal com contraste venoso mostrou invaginação intestinal do cólon transversos, causando moderada dilatação do cólon a montante e imagem heterogênea no interior do cólon descendente, pouco específica, mas podendo representar lipoma endoluminal (figuras 1 e 2).

Figura 1- Imagens de TC mostrando invaginação intestinal



Foi realizado clister glicerinado 1.000 ml e óleo mineral, e então a massa palpável em FIE regrediu e o paciente evacuou e a dor aliviou. Colonoscopia mostrou volumoso pólipó pediculado com base larga em cólon transverso, de aproximadamente 6 cm, de aspecto cerebroide, enegrecido, com grande quantidade de fibrina espessa aderida, ocasionando intussuscepção intransponível ao aparelho; impressão diagnóstica compatível com pólipó pediculado (Yamada IV), de aspecto neoplásico (figura 3).

Figura 2- Colonoscopia mostrando lesão grande/lesão pediculada.



Indicado colectomia para tratamento de intussuscepção intestinal e tumoração em cólon transverso. Realizado laparotomia mediana supra e infraumbilical e encontrado pequena quantidade de líquido serohemático em cavidade abdominal, intussuscepção

em cólon transverso e massa tumoral no mesmo local, de aproximadamente 10 cm. Realizado colectomia parcial com anastomose colo-cólica manual do tipo termino-terminal (figura 4). Laudo anatomopatológico: tumoração polipóide, medindo 8,0 x 4,0 x 3,0 cm, distando 6 cm da margem mais próxima e presença de 18 linfonodos; microscopia mostra lesão polipóide ulcerada e ricamente vascularizada, com tecido adiposo de permeio e área de necrose isquêmica que necessita de estudo imuno-histoquímico para correta classificação.

Figura 3- Peça cirúrgica mostrando grande lesão pediculada.



Paciente evoluiu no pós-operatório imediato em CTI e sem intercorrências. Recebeu alta para enfermaria no 1º dia de pós-operatório. Recebeu alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório, sem intercorrências ou complicações. Realizou revisão ambulatorial sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Nas crianças a intussuscepção é geralmente aguda e caracterizada por uma tríade clássica (dor abdominal em cólica, fezes em “geléia-de-framboesa” ou hematoquezia, e tumoração abdominal palpável) a qual ocorre em menos de 50% das crianças com

intussuscepção (CUNHA et al., 2005). No adulto, a sintomatologia da invaginação intestinal se diferencia da criança, estes são majoritariamente inespecíficos e crônicos, com predominância da obstrução intestinal e o sintoma mais observado é a dor abdominal (DE LUCENA; APEL; SILVA, 2005; BECKMANN et al., 2016). Outros sintomas encontrados em ambos são náuseas, vômitos, massa abdominal, constipação, diarreia, febre, meteorismo intestinal, enterorragia, parada da eliminação de flatos e/ou peritonite, porém, estão presentes em apenas metade dos pacientes (ARAÚJO; RANGEL; BATISTA, 2008). O paciente relatado no caso apresentou-se com queixa de dor abdominal em cólica concordante com a literatura, apesar de não haver alteração do hábito intestinal.

Técnicas de imagem não invasivas auxiliam no diagnóstico de certeza. O melhor método para o diagnóstico é a tomografia computadorizada, no entanto, a ultrassonografia é outro exame que possui alta sensibilidade para o diagnóstico (BATISTA; MAXIMIANO, 2009). Na tomografia computadorizada pode ser visualizada a densidade do tumor ocasionada pelo segmento acometido, associada ao edema de parede intestinal e mesentérico, no qual origina um sinal característico chamado de “alvo” com camadas concêntricas do intestino invaginado, sugerindo uma imagem típica da intussuscepção (BECKMANN et al., 2016). Por sua vez, na ultrassonografia é possível observar o sinal do “alvo/rosquinha” e o sinal do “pseudo-rim”, apesar deles não serem patognomônicos de intussuscepção (CUNHA et al., 2005).

O uso da radiografia de abdome simples mediante suspeita de invaginação intestinal ainda é contraditório (CUNHA et al., 2005), porém, ela pode demonstrar o sinal do empilhamento de moedas que sugere obstrução intestinal, o sinal do menisco e da mola espiralada (MARINIS et al., 2009). A colonoscopia é um exame que auxilia no diagnóstico quando a intussuscepção acontece a nível ileocecal ou colo-cólico, pode ter inclusive função terapêutica para resolução da invaginação (COLCHON et al., 2011). No caso relatado, a colonoscopia auxiliou no diagnóstico ao mostrar pólipó pediculado no cólon transversos.

Não há um consenso universal em relação ao tratamento da intussuscepção. É preciso levar em conta a condição subjacente do paciente, se é benigna ou maligna para o tratamento cirúrgico (TORRICELLI et al., 2008). Majoritariamente os autores

concordam que a laparotomia é mandatória com o intuito de detectar uma lesão orgânica, mais comumente de origem maligna (HANAN et al., 2007). O tratamento cirúrgico é indicado nos pacientes, no qual a ressecção completa possa ser feita ou se estiverem presentes complicações do tumor, como a obstrução intestinal (TORRICELLI et al., 2008). A maioria das cirurgias de ressecção do segmento acometido é realizada por via aberta, no entanto, a cirurgia videolaparoscópica também tem sido feita no tratamento da intussuscepção. A escolha entre elas leva em consideração a condição clínica do paciente, da localização da invaginação e sua extensão, além da possibilidade de doença maligna (COLCHON et al., 2011). No caso descrito, foi realizado o tratamento cirúrgico por meio da colectomia parcial com anastomose colo-cólica.

CONCLUSÃO

Diante do caso clínico exposto e da análise da literatura pode-se concluir que a intussuscepção intestinal é mais prevalente nas crianças e raras em adultos e o diagnóstico no adulto é mais difícil de fazer, por apresentar quadro clínico inespecífico. Apesar, da tomografia computadorizada ser o método de imagem preferível no diagnóstico, há outros exames que também podem auxiliar. Na maioria das vezes é associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico, como aconteceu no caso clínico relatado, embora a melhor abordagem terapêutica ainda não esteja totalmente definida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P. J. H.; RANGEL, M. F.; BATISTA, T. P. Intussuscepção íleo-cólica em adulto. **Rev Bras Colo-proctol**, v. 28, n. 4, p. 470-3, 2008.

BATISTA, B. N.; MAXIMIANO, L. F. Intussuscepção intestinal em adultos jovens: relato de caso e revisão de literatura. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 6, p. 533-536, 200

BECKMANN, G. A. et al. Intussuscepção Intestinal em Adulto—um relato de caso. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 1, 2016.

COLCHON, P. H. et al. Intussuscepção ileocecal secundária a melanoma metastático. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 7, n. 26, 2011.

CUNHA, F. M. da et al. Intussuscepção em crianças: avaliação por métodos de imagem e abordagem terapêutica. **Radiologia Brasileira**, 2005.

DE LUCENA, M. T.; APEL, A.; SILVA, M. J. D. M. E. Intussuscepção no adulto. **Rev bras Coloproct**, v. 25, n. 2, 2005.

HANAN, B. et al. Intussuscepção intestinal em adultos. **Rev bras Coloproct**, v. 27, n. 4, p. 432-438, 2007.

MARINIS, A. et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. **World journal of gastroenterology: WJG**, v. 15, n. 4, p. 407, 2009.

ROHDE, L.; OSVALDT, A. B. **Rotinas em cirurgia digestiva**. Artmed Editora, 2017.

TORRICELLI, F. C. M. et al. Linfoma ileal primário como uma causa de intussuscepção ileocecal recorrente. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 2, p. 246-250, 2008.