

# INTUSSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIA A TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: APRESENTAÇÃO RARA EM PACIENTE EPIDEMIOLOGICAMENTE ATÍPICO

Matheus Naves Rosa<sup>1</sup>, Marco Aurélio Kenichi Yamaji<sup>1</sup>, Carolina Folini<sup>2</sup>, Stephanie Callegari Zaghini<sup>1</sup>, Beatriz De Giacomo<sup>1</sup>, Pedro Gatto Ravelani<sup>1</sup>, Miguel Josué Pitta Rodrigues Ferreira De Moraes<sup>3</sup>, Leonardo Akira Pineze<sup>3</sup>.

1- Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Araraquara (UNIARA)

2- Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Araraquara

3- Cirurgião do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Araraquara

CORRESPONDÊNCIA: navesmatheus@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal em crianças é uma condição comum e muitas vezes benigna. Já nos adultos é uma patologia rara, com incidência de 2-3 a cada 1.000.000 por ano. É a causa de apenas 1% das obstruções intestinais em adultos. Ao contrário do que ocorre nas crianças, nos adultos diversas condições podem atuar como ponto inicial, tais como pólipos, neoplasias benignas (p.ex. lipomas), divertículos colônicos, divertículo de Meckel, estenoses e neoplasias malignas. Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são patologias raras, representando menos de 0,2% de todos os tumores gastrointestinais e apenas 0,04% das neoplasias malignas do intestino delgado. Ocorrem predominantemente em pacientes do sexo masculino, principalmente entre 50 e 70 anos. O estômago (40-60%) e o intestino delgado (20%) são os locais mais comuns. Eles são tipicamente assintomáticos, mas podem se manifestar com sintomas gastrointestinais inespecíficos, sangramento e obstrução intestinal. Intussuscepção e obstrução raramente são causadas por GISTs devido à sua tendência a crescer de maneira extraluminal.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, de 40 anos de idade, etnia branca, foi encaminhada ao nosso serviço após ter procurado o pronto atendimento com queixa de náuseas e vômitos associados à inapetência. Referia parada de eliminação de fezes há 2 dias, e flatos há 1 dia, com piora progressiva da distensão abdominal nesse período. Negava histórico de hematêmese ou melena, sendo uma cesárea a única cirurgia prévia. Não possuía comorbidades e estava em uso apenas de desogestrel como método contraceptivo.

Há 6 meses a paciente havia sido admitida com o mesmo quadro clínico, sendo realizada TC de abdome que não evidenciou alterações, sendo responsiva ao tratamento conservador realizado. No período compreendido entre as duas admissões, apresentou uma perda ponderal de 16kg (20%).

A TC identificou um achado de alça dentro de alça (Figuras 1A e 1B), conferindo aspecto “em alvo” com dilatação de alças à montante, sendo altamente sugestivo de intussuscepção intestinal.

Optou-se então pela realização de uma laparotomia exploradora que evidenciou uma intussuscepção enteroentérica localizada a aproximadamente 1 metro da válvula ileocecal, com tumoração palpável e presença de implantes tumorais no intestino delgado, a 1 metro proximal da invaginação (Figura 2), sem outras lesões metastáticas identificáveis ao inventário da cavidade. Como o segmento entérico apresentava cerca de 25cm de invaginação, sem sinais de isquemia, optou-se pela redução seguida de enterectomia, visando diminuir a extensão da ressecção.

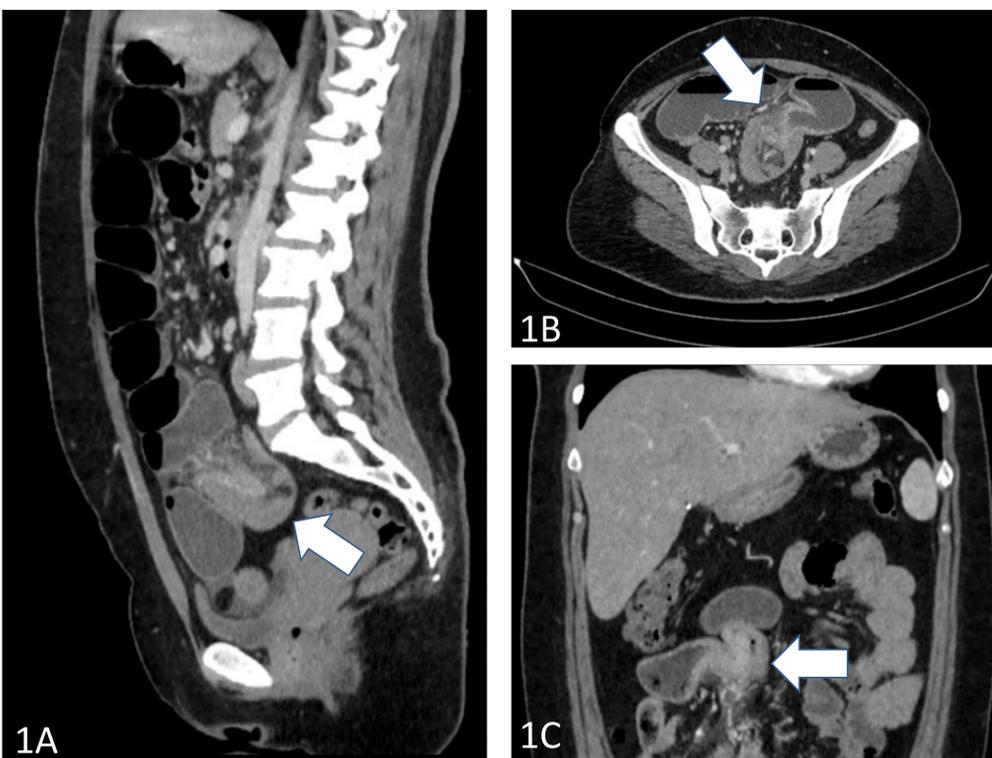


Figura 1. Tomografia Computadorizada (TC).

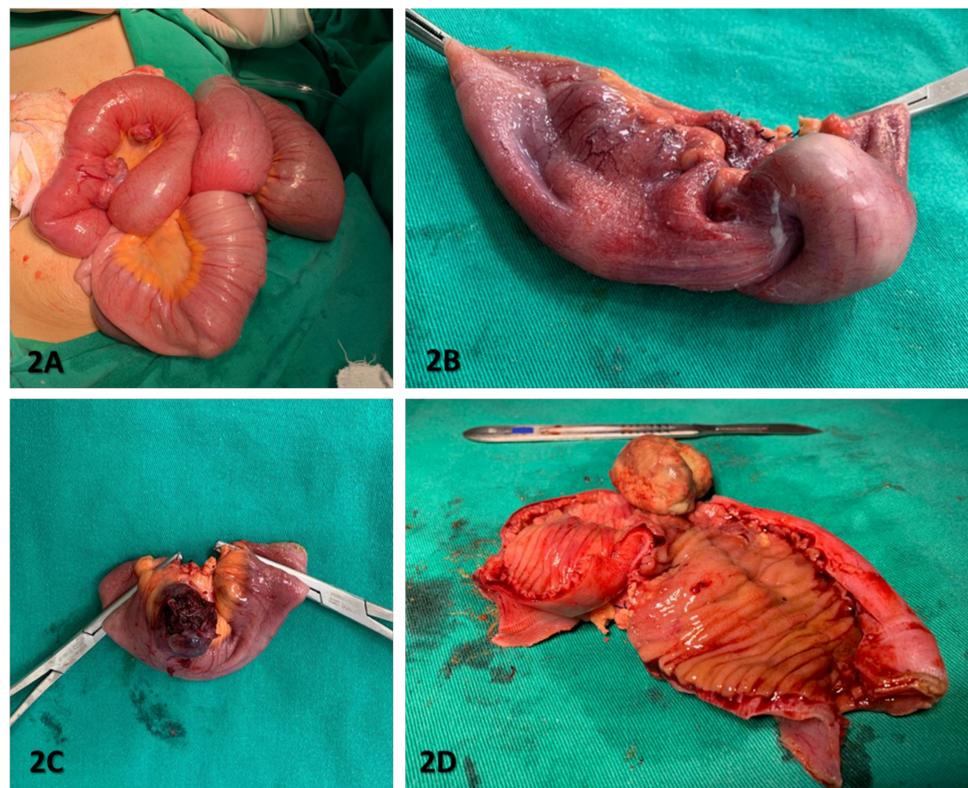


Figura 2. Intra-operatório e peça cirúrgica.

A análise histológica (Figura 3) evidenciou proliferação neoplásica mesenquimal de alta celularidade, constituída por feixes entrecruzados de elementos alongados pleomórficos com citoplasma homogêneo, com células de núcleos alongados e fusiformes, ovalados e arredondados, compatível com GIST. A análise retrospectiva do caso evidenciou uma intussuscepção que poderia ter sido diagnosticada desde a primeira TC (Figura 1C).

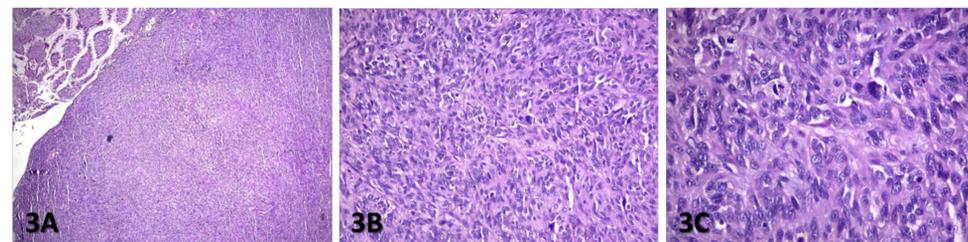


Figura 3. Histologia após coloração com Hematoxilina-Eosina(H&E).

## DISCUSSÃO

A intussuscepção é responsável por 1% das obstruções intestinais em adultos. A tomografia computadorizada (TC) é a principal ferramenta diagnóstica, permitindo a identificação de detalhes como local e etiologia da obstrução, como também de sinais clássicos como a imagem “em alvo”. Como tratamento, devido à alta probabilidade de malignidade (38-70%), a ressecção primária deve ser realizada sem tentativa de redução, visto que a mesma aumenta o risco de complicações. GISTs são tumores raros que podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal (TGI), sendo mais frequentes no estômago. A provável origem desses tumores são as células intersticiais de Cajal, que regulam a contração autonômica do TGI. Para pacientes com GIST primário localizado, a ressecção cirúrgica com margem microscópica negativa (ressecção R0) e uma pseudocápsula tumoral intacta é o tratamento de escolha. A linfadenectomia formal não é necessária, pois sabe-se que o GIST raramente faz metástase para os linfonodos. Dependendo da estratificação de risco, pode ser necessária terapia alvo molecular específica com mesilato de imatinibe, que também é o tratamento médico de primeira linha para GIST metastático e irresssecável.

## REFERÊNCIAS

- Marsicovetere P, Ivatury S, White Brent, Holubar, Stefan. Intestinal Intussusception: etiology, diagnosis, and treatment. Clinics In Colon And Rectal Surgery. 2016
- Wiener-Carrillo I, González-Alvarado C, Cervantes-Valladolid M, Echaverry-Navarrete D, Zubieta-O'Farrill G, Gudiño-Chávez A. Intussusception secondary to a carcinoid tumor in an adult patient. International Journal Of Surgery Case Reports. 2014.
- Aydin N, Roth A, Misra S. Surgical versus conservative management of adult intussusception: case series and review. International Journal Of Surgery Case Reports. 2016.
- Kim JW, Lee BH, Park SG, Kim BC, Lee S, Lee SJ. Factors predicting malignancy in adult intussusception: an experience in university-affiliated hospitals. Asian Journal Of Surgery. 2014.
- Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: a retrospective review. World Journal Of Surgery. 2014.