

INTUSSUSCEPÇÃO INTESITINAL IDIOPÁTICA NO ADULTO: RELATO DE CASO.

¹ Igor R Del Bizzone, ² Pablo P Pereira, ³ Paula B Nunes, ⁴ Elkin E. C. Silva, ⁵ Luciana Oliveira, ⁶ Paulo de Tarso V de Oliveira
^{1,2,3} Residentes Cirurgia Geral HRSS; ⁵ Acadêmica medicina hospital HRSS; ^{4 6} Cirurgião Geral HRSS.

Hospital Regional São Sebastião (HRSS)

Palavras-chave: intussuscepção intestinal, abdome agudo obstrutivo.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é uma emergência médica, decorrente de uma invaginação do lúmen intestinal em outro seguimento adjacente. É uma condição rara no adulto, cerca 5% dos casos descritos e pode ser classificada quanto a topografia em enteroentérica, enterocólica ou íleo-cólica. A clínica, na grande maioria dos casos é inespecífica, com inapetência, hiporexia, vômitos, e uma síndrome crônica obstrutiva, com interrupção da eliminação de flatos e fezes. Apesar disso, em alguns casos de sub-oclusão intestinal, pode ocorrer escapes fecais, impedindo o diagnóstico precoce. Apresenta diferentes etiologias, a idiopática, a primária, mais comuns na faixa etária pediátrica e a secundária, em sua grande maioria, associadas a uma condição maligna, apresentando maior incidência em adultos e idosos (60%). O paciente que apresenta o quadro sem uma patologia prévia associada corresponde a minoria dos casos descritos na literatura.

RELATO DE CASO

A.E, 58 anos, homem, hígido, sem antecedentes cirúrgicos com quadro de dor abdominal difusa e inespecífica iniciada há 2 semanas, com piora nas últimas 24 horas sem fator desencadeante, associada a náuseas, vômitos, inapetência e interrupção das evacuações. O abdome era normotenso e distendido, ruídos hidroaéreos presentes, desconfortável a palpação superficial difusa e dor a palpação profunda na região de fossa ilíaca direita. Laboratório na admissão: Hb: 12,1; Leucócitos: 10.400; PCR: 47,2; U: 30; Cr: 0,8; Amilase: 70; EAS com GRAM: negativo. (figura 1). Ultrassonografia de Abdome Total (US) revelou massa ecogênica de parede espessa com conteúdo líquido, presença de septações medindo cerca de 9,3; 6,1 e 7,0 cm com volume de 212,0 cm³, e

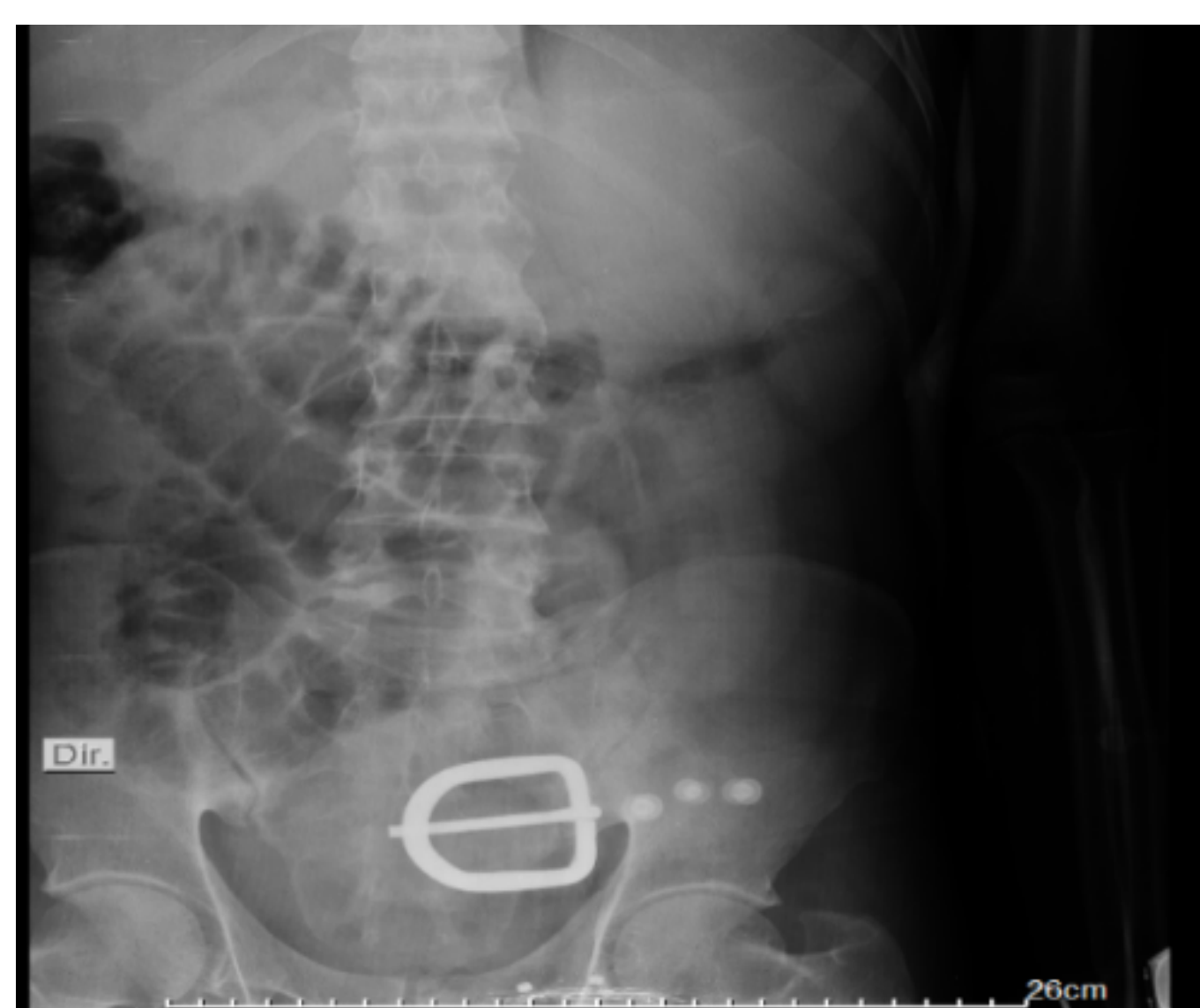


Figura 1: RX Abdome total - Distensão difusa de alças de intestino delgado.

dilatação de alças intestinais em flanco direito; líquido livre no espaço sub-hepático esquerdo e espaço de Morriison. Já a tomografia Computadorizada de Abdome (TC) com contraste demonstrou acentuada distensão gástrica e de intestino delgado, com orientação anômala (em caracol) de suas alças a nível pélvico, moderada quantidade de líquido na cavidade abdominal, sugerindo hérnia interna ou intussuscepção intestinal.

REFERÊNCIAS

- 1) HANAN B; DINIZ TR; LUZ MMP; CONCEIÇÃO SA; SILVA RG; LACERDA-FILHO A. Intussuscepção Intestinal em Adultos. Rev Bras Coloproct, 2007;27(4): 432-438.
- 2) Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, Guo KJ. Adult intussusception: A retrospective review of 41 cases. World J Gastroenterol 2009; 15(26): 3303 – 3308.
- 3) Paiva MR, Torres-Júnior LG, Santos, FAV. Intussuscepção intestinal em adultos: relato de caso. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2011;24(3):253-4.
- 4) Teixeira D, Martins M, Costa V, Cos-ta P, Costa W, Costa CS, et al. Inva-ginação intestinal idiopática no adulto: a propósito de um caso clínico. Rev Port Cir. 2013;(27):107-12.
- 5) Azar T, Berger DL. Adult intussus-ception. Ann Surg. 1997;226(2):134-8.
- 6) Karam J, Khreiss M, Musallam KM, Alaeddine MH, Al-Kutoubi A, Abi Saad GS. Small bowel intussuscep-tion following blunt abdominal in an adult patient. Emerg Med J. 2009;26(10):752-3.

Optou-se pela realização de laparotomia exploradora que evidenciou a intussuscepção de segmento do intestino delgado a 90cm do Ângulo de Treitz, (figura 2) com comprometimento vascular local difuso. Sem evidências de lesões benignas ou malignas. Realizada ressecção do segmento com margem ampla sadia (figura 3), respeitando critérios de ressecção oncológicos e enteroanastomose primária latero-lateral dos seguimentos adjacentes.

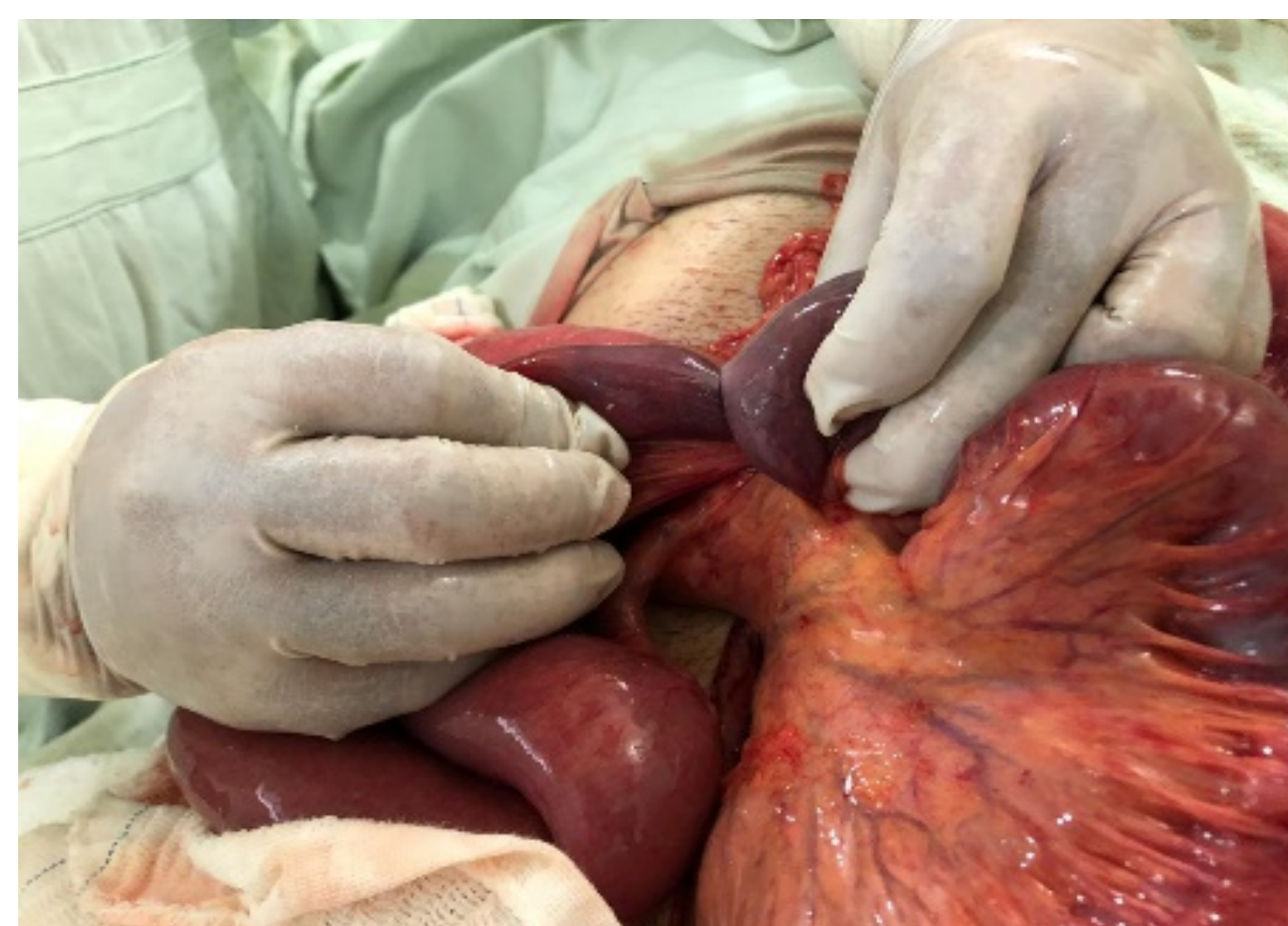


Figura 2: ponto de torção intestinal



Figura 3: segmento intestinal ressecado

DISCUSSÃO

A Intussuscepção apresenta diferentes etiologias, primária, idiopática e, em 90% dos casos, secundária a uma patologia prévia. Pode ser benigna (30%) como os pólipos intestinais, doença diverticular, estenoses e aderências pós cirúrgicas prévias. Porém, em sua grande maioria (60%), está relacionada a casos de potencial malignidade, por isso, opta-se pela abordagem laparotômica. A radiografia de abdome é um dos exames mais comumente solicitados na abordagem inicial e, apesar de raramente apresentar sinais sugestivos de intussuscepção, pode ajudar no direcionamento do quadro para o caráter obstrutivo e/ou auxiliar na topografia inicial. A US abdome também é rotineiramente solicitada, apresentando boa acurácia e sinais sugestivos, como o sinal do alvo no corte transversal e o do pseudo rim, no longitudinal. Podem ser evidenciadas, as várias camadas das paredes intestinais envolvidas, produzindo um padrão multilamelar ou “em casca de cebola”. O exame complementar de maior sensibilidade diagnóstica é a TC abdominal, pois permite um direcionamento mais preciso da etiologia do quadro, além de avaliar a extensão do comprometimento de estruturas adjacentes, nos casos de malignidade. Mesmo com a gama de exames complementares na avaliação inicial do paciente, na grande maioria dos casos o diagnóstico definitivo é feito durante a abordagem terapêutica.

CONCLUSÃO

O manejo inicial e diagnóstico pré-operatório é difícil e rotineiramente atrasado em virtude da variabilidade e inespecificidade de sinais e sintomas apresentados pela população adulta. Devido à grande incidência de condições malignas como etiologia, a ressecção segmentar seguida de avaliação complementar é fundamental para um diagnóstico

preciso.