

Intussuscepção colônica em adulto: relato de caso

Adult colonic intussusception: a case report

Marcelo Barros Weiss¹, Romeu Barradas de Menezes²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140029

RESUMO

Intussuscepção é a penetração de um segmento do tubo gastrointestinal (TGI) em direção ao segmento adjacente. É rara em adultos e de diagnóstico difícil. Possui na faixa etária adulta, em geral, um fator precipitante. Este trabalho relata paciente adulta que se apresentou à emergência cirúrgica com abdome agudo. Realizada laparotomia de emergência que evidenciou invaginação colônica. A patologia confirmou tratar-se de lipoma como cabeça do intussuscepto.

Palavras-chave: Intussuscepção; Intestino Grosso; Adulto; Lipoma; Laparotomia.

¹ Médico-cirurgião. Mestrado em UTI. Professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora e Preceptor de Residência Médica de Cirurgia Geral no Hospital Maternidade Therezinha de Jesus-HMTJ, Juiz de Fora, MG – Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, MG – Brasil.

ABSTRACT

Intussusception is the penetration of a digestive tract segment into an adjacent segment. It is rare in adults and difficult to diagnose. For adults it generally involves a precipitating factor. This paper describes an adult patient who entered the emergency department with acute surgical abdomen. Emergency laparotomy revealed colonic intussusception. The pathology confirmed a lipoma as the head of this intussusceptum.

Key words: Intussusception; Intestine, Large; Adult; Lipoma; Laparotomy.

INTRODUÇÃO

A invaginação, ou intussuscepção intestinal, é comum em crianças, porém rara em adultos. Sua raridade e inespecificidade clínica atrasam o seu diagnóstico e de suas complicações, com repercussão sobre seu tratamento em adultos e idosos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 38 anos de idade, procurou serviço de urgência devido à dor abdominal recorrente, de início há duas semanas, e parada de eliminação de fezes nos últimos dias, diminuição de flatos e episódio no dia anterior de hematoquezia. Apresentou episódio de vômito, com náuseas, hiporexia e emagrecimento de 4 kg em duas semanas, sem febre. Procurou a Unidade de Pronto-Atendimento cinco vezes anteriormente, sendo prescrita analgesia, o que trouxe melhora parcial. O abdome estava distendido, doloroso difusamente à palpação superficial, com ruídos hidroaéreos, timpanismo e massa palpável paraumbilical à direita. Apresentava os seguintes exames hematológicos: hemoglobina de 12,4 g%; leucócitos totais: 10.000/mm³;

Recebido em: 29/05/2013
Aprovado em: 15/10/2013

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFJF
Juiz de Fora, MG – Brasil

Autor correspondente:
Romeu Barradas de Menezes
E-mail: romeubm@globom.com

plaquetas: 382.000/mm³; creatinina: 0,6 mg%; ureia: 21 mg%; sódio: 137 mEq/L; potássio: 3,8 mEq/L. O exame de urina (elementos anormais, sedimentoscopia) estava normal. A ultrassonografia abdominal visualizou alça no interior de alça intestinal na região infraumbilical, podendo corresponder à invaginação intestinal.

Foi submetida à laparotomia, que identificou grande cabeça de invaginação em colo transverso, próximo do ângulo hepático. Realizada hemicolectomia direita com esvaziamento linfonodal e anastomose primária terminolateral (Figura 1).

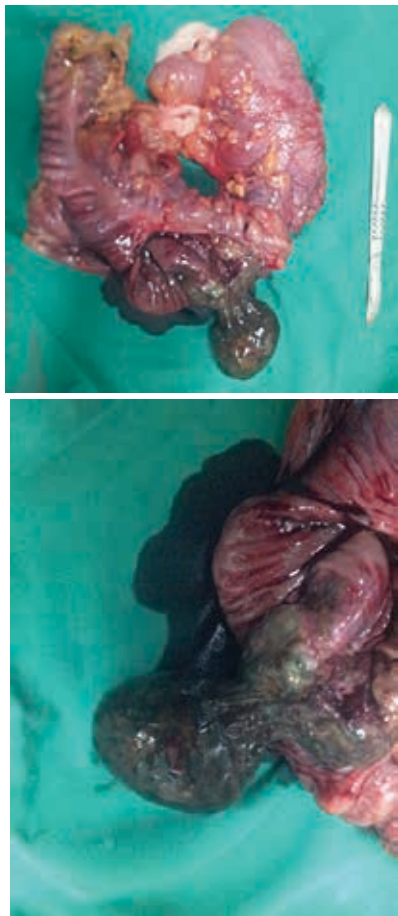


Figura 1 - Cabeça de invaginação do colo transverso.

Evoluiu sem complicações no pós-operatório. O resultado histopatológico evidenciou lipoma gigante.

DISCUSSÃO

A intussuscepção é a entrada de um segmento do tubo gastrointestinal (TGI) em direção ao segmento adjacente, anterior ou posteriormente.¹ Pode ser classificada,

em relação à sua sintomatologia, em aguda, menos de quatro dias; subaguda, quatro a 14 dias; e crônica, acima de 14 dias. A invaginação anterógrada ocorre quando o segmento intestinal proximal invagina-se para o interior do lúmen do segmento distal; e a retrógrada, quando o segmento distal invagina-se para o interior do proximal.¹

A invaginação em adulto é rara, perfazendo 5% dos casos de intussuscepção e 1% das causas de obstrução intestinal.² Pode envolver qualquer parte do TGI, sendo mais frequente no intestino delgado do que no colo.^{2,3} Nos adultos a idade média de aparecimento é de 54,4 anos, com pequeno predomínio em mulheres (1,3:1).⁴

O mecanismo exato que leva à invaginação ainda é desconhecido, entretanto, acredita-se que qualquer lesão ou processo irritativo dentro do lúmen intestinal é capaz de desencadeá-la.¹ Estima-se que 90% das intussuscepções em adultos tenham causa subjacente.^{3,5} No intestino grosso, a maioria dos estudos institucionais mostra que os tumores malignos compõem mais de 50% das causas de invaginação de colo.⁵ Outros fatores de risco citados, além de tumores malignos e benignos, são infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, doença inflamatória intestinal, cirurgia abdominal prévia e transplante hepático.⁶

Neste caso, a cabeça de invaginação foi um lipoma, tumor benigno constituído por células gordurosas tipo adulto envoltas por cápsula fibrosa.⁷ Possui incidência de 0,6% com predomínio na quinta e sexta décadas de vida, sendo mais prevalente em mulheres.^{7,9} Foram relatados entre 1976 e 2001, 32 casos de invaginações colônicas secundárias ao lipoma.¹⁰ É considerado o segundo tumor benigno mais comum do intestino grosso, sendo, geralmente, assintomático⁸, podendo evoluir de forma sintomática em 6,6% dos casos.⁹ Em 24 casos de intussuscepção observados durante 22 anos, somente dois foram ocasionados por lipoma.⁸ Não há controvérsia que os lipomas devem ter pelo menos 2 cm para gerar sinais e sintomas, os quais podem ser: intussuscepção, sangramento, obstrução intestinal e dor abdominal^{7,9}, sendo controverso na literatura qual ocorre com mais frequência.⁸ Os lipomas teoricamente podem sofrer degeneração sarcomatosa e se tornarem malignos, porém é evento extremamente raro.⁸

A sintomatologia da invaginação intestinal é inespecífica, sendo mais prevalentes em pacientes com diagnóstico confirmado de intussuscepção: dor abdominal (100%), náuseas e vômitos (55,5%), hematoquezia (50%) e massa palpável no hemiabdomen inferior (11,1%).⁵

A inespecificidade dos sinais e sintomas da invaginação torna o diagnóstico pré-operatório um desafio

para os cirurgiões. Na grande parte das vezes a sintomatologia clínica de obstrução predomina, fazendo da radiografia o primeiro exame solicitado, que evidencia sinais de obstrução intestinal e, eventualmente, seu sítio.³ Apesar de a ultrassonografia ser considerada exame de grande utilidade no diagnóstico de invaginação, o exame com mais acurácia é a tomografia computadorizada, podendo chegar a 100%.³⁻¹¹ Entretanto, de acordo com a situação clínica e das condições do serviço, podem ser usados o enema opaco, a colonoscopia e a sigmoidoscopia flexível como recursos diagnósticos.³

Grande parte das revisões indica a cirurgia de urgência ou eletiva como escolha no manejo terapêutico da invaginação intestinal pelo risco de isquemia intestinal e lesão maligna como causa do processo.¹² O manejo conservador com acompanhamento imagiológico (ultrassonografia e TC) é possível em pacientes sem lesões subjacentes nos exames de imagem e sem manifestações clínicas.³

Importante citar que, como a intussuscepção em adultos tem causa maligna subjacente na maioria dos casos, a redução manual pode causar dispersão do tumor e não está indicada, principalmente, se houver acometimento do colo.¹² Entretanto, quando houver diagnóstico pré-operatório de lesão benigna a redução pode ser feita, possibilitando ressecção menor, caso não haja sinais de isquemia de parede intestinal.¹¹

CONCLUSÕES

A intussuscepção é evento raro em adultos, com diagnóstico difícil devido à inespecificidade da sua sintomatologia. O cirurgião deve, portanto, ficar atento a essa possibilidade diagnóstica, em que o melhor método de imagem é a tomografia computadorizada para sua identificação. O tratamento requer ressecção do segmento envolvido sem tentativa de redução nas lesões de colo.

REFERÊNCIAS

1. Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo R-X, *et al.* Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol.* 2009; 15:3303-8.
2. Gollub MJ. Colonic intussusception: clinical and radiographic features. *AJR Am J Roentgenol.* 2011; 196(5):W580-5.
3. Guillén-Paredes MP, Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Mengual-Ballester M, Cases-Baldó MJ, *et al.* Adult intussusception: 14 case reports and their outcomes. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010; 102(1):32-6.
4. Soni S, Moss P, Jaiganesh T. Idiopathic adult intussusception. *Int J Emerg Med.* 2011; 4:8.
5. Balik A, Ozturk G, Aydinl B, Alper F, Gumus H, Yildirgan MI, *et al.* Intussusception in Adults. *Acta Chir Belg.* 2006; 106:409-12.
6. Pischke S, Karsten W, Hadem J, Schmidt S, Heiringhoff Heinz K, Helfritz F, *et al.* Liver transplantation: A new risk factor for intestinal intussusceptions. *Ann Hepatol.* 2011; 10(1):38-42.
7. Guerra GMLSR, Souza HFS, Fonseca MFM, Codes LMG, Albuquerque IC, Formiga GJS. Intussuscepção colo-cólica exteriorizada pelo ânus secundária a lipoma. Relato de Caso. *Rev Bras Coloproct.* 2005; 25(4):382-5.
8. Bromberg SH, Zampieri JC, Cavalcanti LAF, Waisberg J, Barreto E, de Godoy AC. Lipomas colorretais: correlação anatomoclínica de 29 casos. *Rev Assoc Med Bras.* 1997; 43(4):319-25.
9. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas: report of two cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum.* 1987; 30:888-93.
10. Rogers SO, Lee MC, Ashley SW. Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery.* 2002; 131(6):687-8.
11. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, *et al.* Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009; 15(4):407-11.
12. Croome KP, Colguhoun PHD. Intussusception in adults. *Can J Surg.* 2007; 50(6):E13-14.