RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

RELATO DE CASO

Intussuscepção do apêndice vermiforme ocasionado por adenocarcinoma serrilhado primário: relato de caso e revisão de literatura

Appendiceal intussusception induced by primary serrated adenocarcinoma: a case report

Marcelo Barros Weiss[1], Maria Vitória Figueiredo Martins[2], Giovanna Andrade Rosa[2]

RESUMO

A intussuscepção é definida como a intussuscepção de um segmento intestinal, seja o intestino delgado ou grosso, no lúmen do segmento adjacente. Qualquer segmento do trato gastrointestinal pode estar envolvido nesse processo; no entanto, os segmentos mais comuns a serem afetados são o jejuno e o íleo, além dos segmentos colônicos. Neste relato de caso, relatamos e discutimos um caso de intussuscepção do apêndice cecal secundária a adenocarcinoma serrilhado, ocorrido em um paciente do sexo masculino em um hospital de ensino da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Uma vez feito o diagnóstico, foi realizada hemicolectomia direita com anastomose primária. A análise histopatológica revelou adenocarcinoma serrilhado de baixo grau — moderadamente diferenciado (pT 3, pN 0). As neoplasias primárias do apêndice vermiforme são uma condição rara. Essa condição pode estar associada à intussuscepção apendicular, evento também considerado raro na literatura, que requer uma abordagem diagnóstica cuidadosa. O tratamento é cirúrgico e dependerá da classificação da intussuscepção, mas em casos suspeitos de malignidade associada, a hemicolectomia com linfadenectomia é bem indicada.

Palavras-chave: Intussuscepção; Apêndice cecal; Adenocarcinoma.

ABSTRACT

Intussusception is defined as the intussusception of an intestinal segment, either the small or large intestine, into the lumen of the adjacent segment. Any segment of the gastrointestinal tract may be involved in this process; however, the most common segments to be affected are the jejunum and ileum, in addition to the colonic segments. In this case report, we report and discuss a case of intussusception of the cecal appendix secondary to serrated adenocarcinoma, which occurred in a male patient at a hospital in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais - Brazil. Once the diagnosis was made, right hemicolectomy with primary anastomosis was performed. Histopathological analysis revealed low-

[1] Hospital Albert Sabin, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado:
Claudemiro Quireze Jr.
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.
Goiânia/GO, Brasil.

Autor Correspondente:
Maria Vitória Figueiredo Martins
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, Minas Gerais
E-mail: mariavfm@yahoo.com.br

Fontes Apoiadoras:
Não houve fontes apoiadoras

Conflito de Interesses:
Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Comitê de Ética:
Número do Parecer - 7.666.586

Recebido em: 18 Julho 2025.
Aprovado em: 02 Novembro 2025.
Data de Publicação: 30 Abril 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36403

grade serrated adenocarcinoma — moderately differentiated (pT 3, pN 0). Primary neoplasms of the vermiform appendix are a rare condition. This condition may be associated with appendiceal intussusception, an event also considered rare in the literature, which requires a careful diagnostic approach. Treatment is surgical and will depend on the classification of the intussusception, but in suspected cases of associated malignancy, hemicolectomy with lymphadenectomy is well indicated.

Keywords: Intussusception; Appendix; Adenocarcinoma.

Introdução

Intussuscepção é definida como invaginação de um segmento intestinal (*intussusceptum*), seja o intestino delgado ou o intestino grosso, para o lúmen do segmento adjacente a este (*intussuscipiens*), como um "telescópio"[1].

Qualquer segmento do trato gastrointestinal (TGI) pode estar envolvido nesse processo. No entanto, os segmentos mais comuns de serem acometidos são as alças do jejuno e do íleo, além de segmentos colônicos[2].

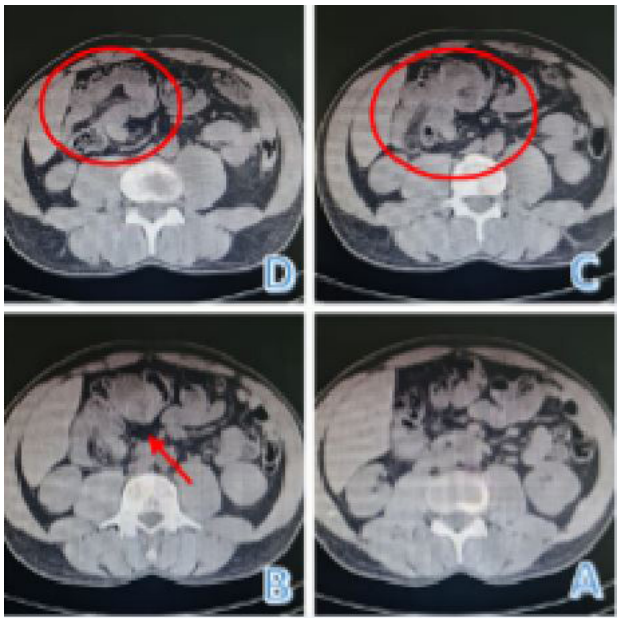
A intussuscepção do apêndice cecal é considerada um evento raro, com aproximadamente 0,01% de casos relatados em literatura médica[3]. Em 1858, o primeiro caso histórico foi relatado por M'Kidd (1858)[4]: um garoto, 7 anos, que era acometido por crises intensas e intermitentes de dor abdominal, ausência de alteração do hábito intestinal — sem sinais de sangue ou muco em fezes, sem evidências de massas palpáveis em exame físico abdominal. As crises álgicas eram manejadas com morfina e repetidas inalações de clorofórmio. A criança faleceu por exaustão. Durante a necrópsia, foi evidenciada invaginação completa do apêndice vermiforme em ceco[5].

Neste relato de caso, reportamos e discutimos mais um caso de invaginação do apêndice cecal secundária a um adenocarcinoma serrilhado, ocorrido em um hospital de ensino do município de Juiz de Fora/MG.

Relato de Caso

Paciente FMC, sexo masculino, 49 anos, sem comorbidades, com relato de dor abdominal difusa com três meses de evolução, admitido em nosso serviço com quadro de dor abdominal intensa e melena há um dia, sem outras queixas. Paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, afebril. Ao exame físico, havia ausência de dor à palpação e ausência de irritação peritoneal. Investigação laboratorial demonstrando leucometria de 6,67 x 10*3 e hemoglobina de 11,8mg/dl; pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Realizada Tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou sinais de invaginação intestinal ileocecocólica com aparente espessamento da parede do segmento ileal invaginado (Figura 1).

Figura 1. Imagens da Tomografia computadorizada de abdome evidenciando invaginação do segmento ileocólico.



Fonte: Arquivo pessoal.

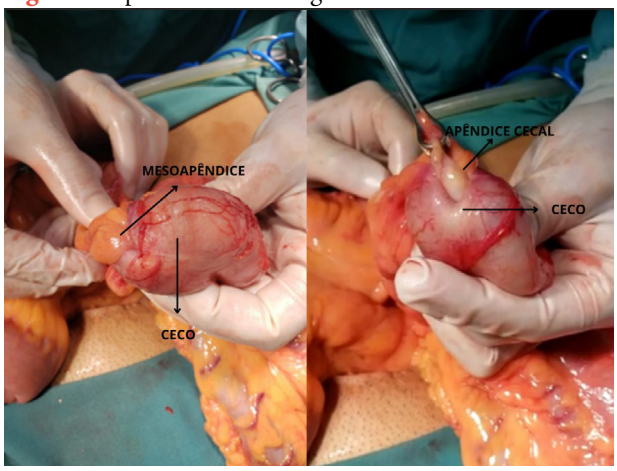
O paciente foi submetido a laparotomia exploradora, evidenciando invaginação de todo o apêndice vermiforme em ceco (Figura 2), sem outros achados intraoperatórios. Realizada hemicolectomia direita (Figura 3) com anastomose primária ileocolônica término-terminal. Espécime cirúrgica encaminhada para análise anatomopatológica.

A espécime cirúrgica em aberto expõe lesão úlcero-vegetante, verrucosa, granulosa em topografia apendicular.

O exame histopatológico da peça revelou: Adenocarcinoma Serrilhado de baixo grau – moderadamente diferenciado, medindo 4,3 x 3,5cm. Invadindo até subserosa (focalmente), ausência de invasão angiolinfática e perineural. Ausência de metástase em 13 linfonodos regionais estudados. Estadiamento patológico: pT 3, pN 0.

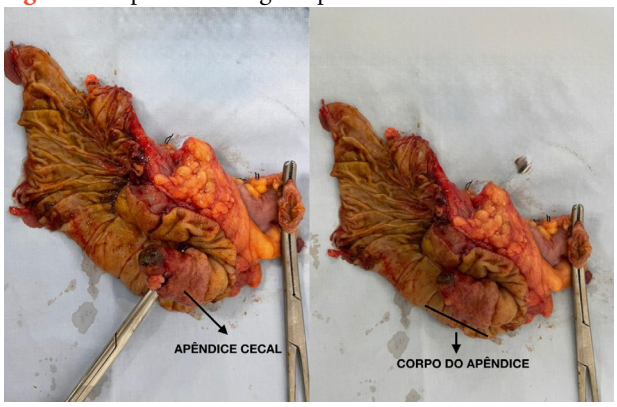
Durante pós-operatório imediato, apresentou quadro de íleo adinâmico, sem maiores intercorrências. A recuperação em POI foi rápida e de boa evolução, recebendo alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório.

Figura 2. Apêndice cecal invaginado em ceco.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 3. Espécime cirúrgica após hemicolectomia direita.



Fonte: Arquivo pessoal.

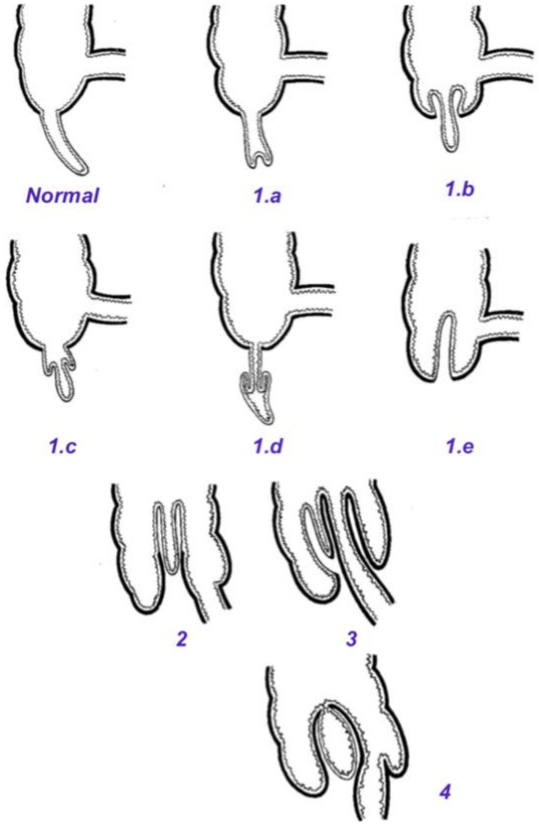
Discussão

A invaginação do apêndice vermiforme é um evento bastante raro. Por ser uma condição de difícil diagnóstico, muito dos casos é identificado no intraoperatório — como é o caso do nosso paciente — ou até mesmo no pós-operatório[4,6]. Alguns fatores podem estar envolvidos na fisiopatologia dessa condição. Fatores anatômicos, como um amplo lúmen apendicular — em especial o lúmen proximal; um mesoapêndice escasso, livre de gordura e com uma base mais estreita; uma parede apendicular saudável, móvel e capaz de peristaltismo ativo; um apêndice livre, não fixado por aderências congênitas ou inflamatórias. Fatores que alteram a motilidade e o peristaltismo fisiológico apendicular, como a presença de fecalitos, vermes e corpo estranho na luz do apêndice; condições que acometem a parede apendicular, como adenite mesentérica, papiloma, pólipos e endometrioma[5].

Os sinais e sintomas clínicos em adultos costumam ser crônicos, a maior parte dos pacientes apresentam sintomas inespecíficos sugestivos de obstrução intestinal. Sendo a dor abdominal o mais comum, seguido de náuseas e vômitos. Raramente massas palpáveis são identificadas[7,8].

Segundo a classificação de Forshall (1953)[5] (Figura 4), define-se como: 1.a - Invaginação da ponta do apêndice (o intussuscepto) no apêndice proximal (o *intussuscipiens*); 1.b - Invaginação iniciada na junção do apêndice com o ceco, sendo o apêndice o intussuscepto e o ceco o *intussuscipiens*; 1.c - Invaginação iniciando ao longo do comprimento do apêndice; 1.d - Intussuscepção retrógrada do apêndice proximal para o apêndice distal; 1.e - Invaginação completa do apêndice no ceco (nosso caso); 2 - Intussuscepção composta (intussuscepção composta ou secundária do tipo cecocólica induzida por apêndice invaginado como ápice com intussuscepção apendicular); 3 - Qualquer tipo de intussuscepção apendicular complicada por intussuscepção ileocólica; 4 - Invaginação de mucocele apendicular no ceco[5].

Figura 4. Classificação de intussuscepção apendicular.



Fonte: Forshall (1953)[5].

O tratamento dessa condição é, basicamente, cirúrgico. O procedimento cirúrgico é baseado nessa classificação, em que nos tipos 1.a, 1.c e 1.d a apendicectomia é suficiente uma vez que a lesão não inclui a base do apêndice. Em contrapartida, nos tipos 1.b, 1.e e 2, a base do apêndice ligada pode acarretar intussuscepção contínua após apendicectomia isolada, assim, a princípio, deve ser considerada a colectomia parcial (ceco). Porém, o tratamento pode variar, tendo como base os resultados histopatológicos. No tipo 3, é necessário identificar a origem da intussuscepção ileocecal e remover

o ponto-gatilho. No tipo 4, se durante o ato cirúrgico e/ou avaliação pré-operatória houver grande suspeita de malignidade, a hemicolectomia oncológica direita deve ser considerada. Por outro lado, se o potencial maligno parecer baixo ou duvidoso, pode ser tratada de forma semelhante aos tipos 1.b, 1.e, 2 e 39,10.

Conclusão

Enquanto neoplasias colorretais possuem alta incidência, neoplasias primárias do apêndice vermiforme são uma condição rara. Essa condição pode estar associada à intussuscepção apendicular, evento também considerado raro pela literatura, que requer uma abordagem diagnóstica cuidadosa. O tratamento é cirúrgico e vai depender da classificação da intussuscepção, mas em casos suspeitos de malignidade associada, a hemicolectomia com linfadenectomia está bem indicada.

Copyright

Copyright© 2021 Weiss et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Contribuição dos Autores:

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita – análise e edição: MB Weiss; MVF Martins. *Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – rascunho original*: MB Weiss; GA Rosa; MVF Martins. *Validação, Software*: GA Rosa. *Recursos & Aquisição de Financiamento*: MVF Martins. *Curadoria de Dados & Análise Formal*: MVF Martins.

Referências

1. Zubaidi A, AlSaif F, Silverman R. Adult intussusception: a retrospective review. Dis Colon Rectum. 2006;49(10): 1546-51.
2. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: A retrospective review. World J Surg. 2015;39(1):134-8.
3. Collins DC. 71,000 Human appendix specimens. a final report, summarizing forty years' study. Am J Proctol. 1963;14:265-81.
4. McKidd J. Case of invagination of cecum and appendix. Edinburgh Med J. 1858;4:793-6.
5. Forshall I. Intussusception of the vermiform appendix with a report of seven cases in children. Br J Surg.1953;40(162): 305-12.
6. Chaar CI, Wexelman B, Zuckerman K, Longo W. Intussusception of the appendix: comprehensive review of the literature. Am J Surg. 2009;198(1): 122-8.
7. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg. 1997;226(2): 134-8.
8. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg. 1997;173(2): 88-94.
9. Hatch QM. Appendiceal neoplasms. Dis Colon Rectum. 2017;60: 1235-8.
10. Shaib WL, Assi R, Shamseddine A, Alese OB, Staley C 3rd, Memis B, et al. Appendiceal mucinous neoplasms: diagnosis and management. Oncologist. 2017;22(9):1107-16.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.