

INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTO – RELATO DE UM CASO

*Trabalho realizado no Setor de Doenças do Aparelho Digestivo da Universidade Estadual de Londrina

ALVARO QUEIROZ DE GODOY - a
 JESUS ROBERTO CERIBELLI - b
 EDIVALDO MACEDO DE BRITO - c
 JOSÉ CARLOS LACERDA DE SOUZA - d
 ALDA MARIA LOSI GUEMBAROVSKI - e

RESUMO

Apresentação de caso de paciente portadora de intussuscepção intestinal, cuja causa era um pseudo tumor inflamatório de jejuno. O diagnóstico de certeza somente foi realizado por laparotomia e exame histopatológico da peça cirúrgica. São tecidos comentários sobre a entidade, após breve revisão bibliográfica.

Palavras-chave : Obstrução intestinal, intussuscepção em adulto.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção é definida como a invaginação de um segmento do trato gastrointestinal dentro de outro segmento adjacente.

A intussuscepção é uma das condições abdominais mais frequentemente vistas entre crianças acima do primeiro mês de vida, somente perdendo para a apendicite como causa de abdome agudo (CORAN, A. G.⁵).

Embora seja primariamente uma doença própria de crianças, em 5% das vezes incide em adultos.

A intussuscepção intestinal raramente é lembrada no diagnóstico diferencial das doenças gastrointestinais no adulto.

Na infância a frequência é maior, e na maioria das vezes não tem causa definida; ao contrário, entre adultos, geralmente a intussuscepção intestinal é secundária a uma causa bem estabelecida.

Com este artigo temos o objetivo de apresentar o caso de uma paciente acompanhada pelo Serviço de Emergências Cirúrgicas do Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina.

APRESENTAÇÃO DO CASO

A. M. S., 36a, branca, fem, casada, do lar, natural de Londrina. Paciente atendida com queixa de dor em região epigástrica tipo queimação há vários anos, e há um mês

dor em cólica na mesma região de forte intensidade, que piorava após as alimentações e melhorava pouco com vômitos. Estes continham material de cor esverdeada e sabor amargo, sem relação com a alimentação e eram precedidos de náuseas. Vinha sendo acompanhada em nível ambulatorial tendo sido submetida à Endoscopia Digestiva Alta com aparelho Olympus tipo GIF-K₂ e feito o diagnóstico de gastrite, após seriografia de estômago e duodeno que evidenciou estômago em “cascata”. Como a sintomatologia persistiu, a paciente realizou Colecistograma Oral no qual houve opacificação da vesícula biliar sem imagens de cálculos biliares e a ultra-sonografia de hipocôndrio direito mostrou vesícula e vias biliares normais. Há dias intensificação da sintomatologia que motivou a procura do Serviço de Emergência. Vários episódios de vômitos cujas características não foram definidas e parada de eliminação de gases e fezes. Encontrava-se em bom estado geral, eupneica, anictérica, com mucosas coradas, hidratada e a temperatura axilar era de 37,4°C enquanto a retal 37,7°C. A pressão arterial era 120/80 e o pulso 116. Ao exame do tórax nada de particular foi encontrado. O abdome mostrava-se distendido e tenso, doloroso à palpação superficial difusamente porém na região epigástrica. Os RHA encontravam-se aumentados. Vários exames foram solicitados: Amilase, Urina tipo I, Bilirrubinas, Fosfatase Alcalina, Transaminases, Lipase, Uréia e Creatinina, todos normais. O hemograma revelou série vermelha conservada, VHS de 76 mm na 1a. hora, leucócitos totais de 12.750 mm³ com 91% de segmentos, 8% de linfócitos e 1% de monócitos,

^a Professor Adjunto do Setor de Doenças do Aparelho Digestivo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina e Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

^b Professor Adjunto do Setor de Doenças do Aparelho Digestivo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina e Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

^{c - d} Professor Assistente do Setor de Doenças do Aparelho Digestivo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

^e Professora Auxiliar de Ensino do Setor de Anatomia Patológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

a radiografia de tórax não mostrou alterações apreciáveis. As radiografias de abdome mostraram, em posição ortostática, vários níveis hidroaéreos intraluminares e, em decúbito dorsal horizontal, distensão de jejuno e íleo com edema de paredes intestinais e “empilhamento de moedas”, representado pelas pregas de Kerkring. Com este quadro clínico e os exames complementares, principalmente as radiografias de abdome, foi levantada a hipótese de abdome agudo obstrutivo e indicada laparotomia explorada. Achado cirúrgico: à aproximadamente 1,50 m da válvula ileo-cecal, presença de invaginação jejuno-jejunal com segmento em torno de 30 cm que após redução habitual mostrou lesão intraluminal, endurecida, com 4 x 3 cm, superfície regular, atuando como cabeça da intussuscepção (Fig. 1 e 2). Como pelo aspecto macroscópico não houve possibilidade de determinar as características da lesão em relação à sua origem, optou-se por ressecção ampla, em cunha no mesentério, com boas margens de segurança e reconstrução do trânsito intestinal mediante anastomose término terminal. Ao exame histológico a lesão mostrou tratar-se de pseudo-tumor-inflamatório (Fig. 3 e 4). A evolução clínica pós-operatória foi favorável, ocorrendo sem anormalidade e a paciente recebeu alta hospitalar no 7º P. O. em excelentes condições, situação que persiste até o presente (24 meses de acompanhamento).

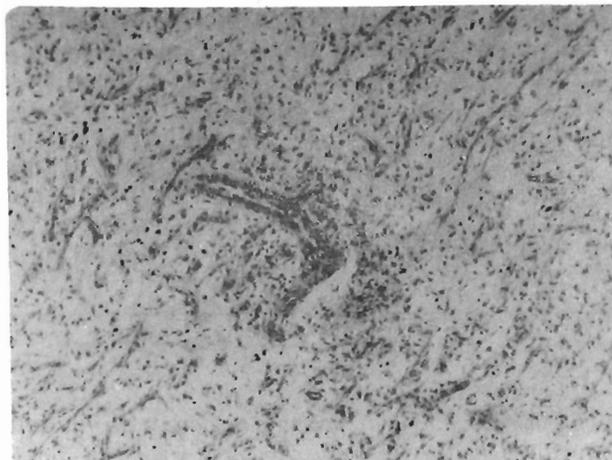
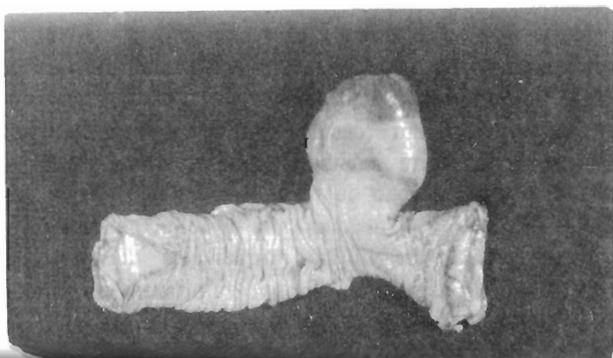


Figura 3 — Coloração pela Hematoxilina-Eosina, mostrando número variável de eosinófilos, linfócitos e plasmócitos e numerosos vasos de paredes finas.

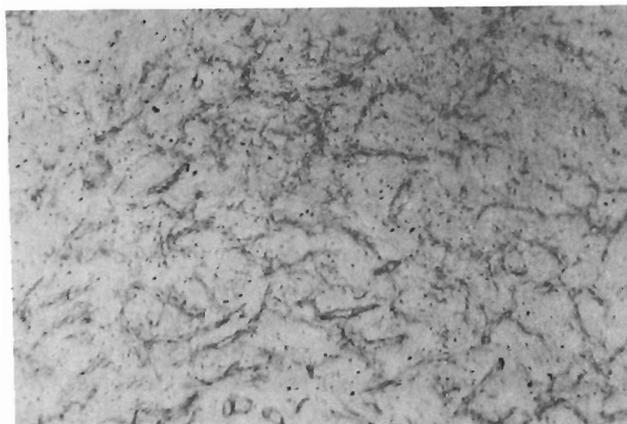


Figura 4 — Coloração pela reticulina, mostrando os numerosos vasos de paredes finas dispersos que a

fibras reticulares nas áreas peri-vasculares.

DISCUSSÃO

A intussuscepção intestinal é uma entidade comum em crianças, como causa de obstrução intestinal. Clinicamente observamos distensão abdominal e vômitos (87%), massa palpável (85%), dor abdominal (73%) e enterorragia (13%) (Mc GOVERN, J. B. e GROSS, R. E. ⁹)

Em adultos os sintomas de intussuscepção intestinal incluem dor abdominal em aperto (75%), náuseas e vômitos (68%), distensão abdominal (45%), dolorimento abdominal (60%) e alteração no hábito intestinal (34%) (FELIX, E. L. et alii⁸). A duração dos sintomas varia de horas a dias e até anos, podendo também se apresentar de forma aguda. Embora presente em 85% dos casos em crianças, as massas palpáveis em adultos somente ocorrem em 26% a 50%, e enterorragia em 30 a 60% dos casos.

A intussuscepção em crianças também constitui causa comum de obstrução intestinal pós-operatória, imediata ou precoce (RAFFENSPERGER, J. G. & BAKER, R. J.¹⁰ - Mc GOVERN, J.B. & GROSS, R.E.⁹; COX, J.A. & MARTIN, L. W.⁶).

O mecanismo exato que desencadeia uma intussuscepção permanece desconhecido. O estímulo no intestino normalmente produz uma área de constrição acima do ponto e relaxamento abaixo. É geralmente aceito que qualquer lesão da parede intestinal ou irritante na luz intestinal que altera as características peristálticas normais é capaz de iniciar uma invaginação (BRIGGS, D. F. et alii³; WEILBAECHER, D. et alii¹¹). Enquanto em crianças a maioria dos casos (90%) são idiopáticos ou primários (BRIGGS, D. F. et alii³; CORAN, A. G. ¹⁵), em adultos 80% ou mais são provocados por causas demonstráveis, sendo portanto, secundários (3%). As causas de invaginação intestinal em adultos são muitas e variadas. Contudo, a grande maioria (55%) é representada por tumores. Os fatores etiológicos em ordem decrescente de frequência são tumores benignos (lipomas, pólipos não adenomatosos, pólipos adenomatosos, granulomas inespecíficos, etc.), tumores malignos, primária (idiopática), divertículo de Meckel, prolapso transnastomótico de mucosa gástrica, úlceras crônicas na febre tifóide e tuberculose, aderências, pâncreas aberrante, trauma, corpos estranhos, e outros incluindo ceco móvel e púrpura visceral (BRIGGS, D. F. et alii³).

Em relação aos locais mais frequentemente comprometidos podemos citar o estômago (6%), jejuno (40%), ileocólica (13%), ilececal (16%) e apendicecal (4%).

Para o diagnóstico da entidade em adultos são importantes os ataques de dor abdominal em cólica ou aperto, borborigmo e náuseas estendendo-se por semanas ou meses, especialmente se associado com sangramento retal, nos episódios de ataques. Frente a este quadro devemos lembrar a entidade (BOND, M.R. & ROBERTS, J.B.M.¹).

Em adultos a intussuscepção deve ser considerada no diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas gastrointestinais sugestivos de suboclusão intestinal, particularmente quando de natureza intermitente, confusa e quando se associa a tumores "fantasmas". Por esta razão tais pacientes devem ser exaustivamente investigados mediante

estudos radiológicos (radiografias simples de abdome, enema baritado, trânsito intestinal e retossigmoidoscopia) (BURMEISTER, R. W. ⁴).

Em cirurgia pediátrica as intussuscepções interessam frequentemente o segmento ileocecólico e por esta razão podem ser reproduzidos pelos enemas de bário, todavia ainda em crianças nas invaginações pós-operatórias, que geralmente interessam ao intestino delgado (COX, J.A. & MARTIN, L. W.⁶) os enemas são totalmente ineficazes e retardam o tratamento cirúrgico que constitui a melhor opção. Em relação ao tratamento cirúrgico de crianças que desenvolvem invaginações no período pós-operatório, durante a laparotomia devem ser liberadas as aderências, explorando todo o intestino delgado e reduzindo as obstruções manualmente sem tração das alças o que poderá provocar lesão destas. Quando áreas de necrose ou sofrimentos importantes forem observados, as alças interessadas deverão ser ressecadas com anastomoses término-terminais para reconstrução do trânsito. Nos adultos as invaginações geralmente são secundárias e os tumores encaixam a lista etiológica. Por estas razões o tratamento ideal nestes pacientes é o cirúrgico (BRIGGS, D. F. et alii³) não devendo ser tentada a redução radiológica com enemas baritados. Como a associação entre tumores malignos e intussuscepção é mais frequente do que se previa antigamente (24% nos casos de invaginações de delgado e 54% nos casos de intussuscepção de cólon) o tratamento de escolha para todos os tipos de invaginações em adultos é a ressecção sem redução ou com um mínimo de redução, sempre que isto for possível (WEILBAECHER, D. et alii¹¹; FELIX E. L. et alii⁸). Difere desta opinião a de outros autores, (BOND, M. R. & ROBERTS, J. B. M.¹) que sugerem inicialmente insuflação do cólon com ar ou constate. Nos casos não reduzidos estes autores indicam cirurgia e ainda aqui mais conservadores realizando a redução manual ou com sondas de Foley como descrito por BRIGGS, D.F. et alii³, e ressecção posterior quando julgada necessária. Participam parcialmente desta idéia COTLAR, A. M. & COHN I.⁷ que embora não utilizem manobras clínicas, tentam ser, durante a cirurgia, conservadores, também somente ressecando os segmentos acometidos, em bloco como para câncer, quando as lesões são sugestivas de neoplasia ou a redução for impossível. BRAYTON, D. & NORRIS, W. J.² lembram que, entre adultos, as invaginações são algo mais comuns no intestino delgado do que no cólon, que geralmente um tumor intraluminal é a causa do evento e que se o cólon está envolvido pela invaginação a lesão deve ser considerada e tratada como maligna, mediante ressecção ampla.

DISCUSSÃO DO CASO

Em relação ao caso apresentado é importante salientar o fato de que a paciente vinha apresentando dores abdominais em queimação e posteriormente em cólica tendo sido pensado inicialmente em gastroduodenopatia ulcerosa, hipótese afastada pela Seriografia de estômago e duodeno e Endoscopia. Posteriormente a hipótese de colecistopa-

tia foi aventada e eliminada pelo Colecistograma Oral e pela ultra-sonografia. Finalmente houve um quadro de obstrução intestinal e somente pela laparotomia conseguimos o diagnóstico de invaginação intestinal. Como o aspecto da lesão não permitia o descarte de eventual malignidade a ressecção empregada foi ampla e, considerando o laudo histopatológico da lesão, a paciente foi curada pelo tratamento instituído.

No que se refere à lesão encontrada que mostrou tratar-se de pseudotumor inflamatório podemos dizer que são pólipos fibróticos inflamatórios que se projetam para o lúmen de segmentos do trato gastrointestinal. Macroscopicamente são lesões ovais, pediculadas ou não, com superfície lisa, às vezes, ulcerada, circunscrita, porém não encapsulada.

Microscopicamente são tumores compostos por fibroblastos alongados e delgados. A matriz é edematosa e geralmente contém eosinófilos, células plasmáticas, linfócitos e histiócitos. Chamam a atenção as numerosas fibras reticulares, que ocorrem na área perivascular. As lesões são primariamente submucosas, entretanto a camada profunda da mucosa e áreas adjacentes da muscular externa podem mostrar envolvimento mínimo. O aspecto rico em fibras reticulares com arranjo perivascular lembra aquele visto nos hemangiopericitomas. Alguns casos publicados como hemangiopericitomas podem ser, na verdade, pólipos fibróticos inflamatórios. Estes tumores são de origem inflamatória ou neural.

SUMMARY

The authors present a case of a patient with intussusception, where the cause was an inflammatory tumor of the jejunum. The correct diagnosis was only realized by laparotomy and histology of the lesion. The authors comment the entity after brief review of the literature.

Key-words: Intestinal obstruction, intussusception in the adult.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOND, M. R. & ROBERTS, J. B. M. Intussusception in the adult. *Brit J. Surg.*, 51 (11): 818-25, 1964.
2. BRAYTON, D. & NORRIS, W. J. Intussusception in adults *Am. J. Surg.*, 88: 32-43, 1954.
3. BRIGGS, D. F. ; CARPATHIOS, J. ; ZOLLINGER, W. Intussusception in adultos. *Am. J. Surg.*, 101:109-13, 1961.
4. BURMEISTER, R.W. Intussusception in the adult. *Am. J. Dig. Dist.*, 7 (4) : 360 - 74, 1962.
5. CORAN, A.G. Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 117: 735-38, 1969.
6. COX, J.A. & MARTIN, L.W. Postoperative Intussusception. *Arch. Surg.*, 106:263-66, 1973.
7. COTLAR, A.M. & COHN, I. Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 101 : 114-120, 1961.
8. FELIX, E. L.; COHEN, M. H. ; BERNSTEIN, A. D.; SCHWARTZ, J. H. Adult intussusception. *Am.J. Surg.*, 131 : 758-61, 1976.
9. McGOVERN, J. B. & GROSS, R. E. Intussusception as a postoperative complication. *Surgery*, 63 (3) : 507-13, 1968.
10. RAFFENSPERGER, J.G. & BAKER, R.J. Postoperative Intestinal obstruction in children. *Arch Surg.*, 94 : 450-59. 1967.
11. WEILBAECHER, D.; BOLIN, J.A.; HEARN, D.; OGDEN, W. Intussusception in adults. *Am.J. Surg.*, 121 : 531-35, 1971.