

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE ADULTO: UM RELATO DE CASO

INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULT PATIENTS: A CASE REPORT

RAFAEL DAL SANTO **CASSAROTTI**. Médico Residente em Cirurgia Geral do HONPAR.

LUIS FELIPE PERRIN **OLIVEIRA**. Médico cirurgião e preceptor de Cirurgia Geral do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo, avaliar retrospectivamente os aspectos diagnósticos e terapêuticos da intussuscepção intestinal em adultos. Segundo Zubaidi, Al-Saif, Silverman (2006) a intussuscepção foi relatada pela primeira vez em 1674. É uma entidade que difere em vários aspectos daquela observada na faixa etária pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Intussuscepção intestinal. Adulto. Cirurgia.

ABSTRACT

This paper has the purpose of evaluating retrospectively the diagnostic and therapeutic aspects of intestinal intussusception in adults. According to Zubaidi, Al-Saif, Silverman (2006), intussusception was first reported in 1674. It is an entity that differs in several respects from that observed in the pediatric age group.

KEYWORDS: Intestinal intussusception. Adult. Surgery.

INTRODUÇÃO

Segundo Zubaidi et al. (2006) a intussuscepção foi relatada pela primeira vez em 1674, por Barbette de Amsterdam, esta representa a invaginação de um segmento intestinal sobre outro, havendo uma migração distal de um segmento do intestino para o lúmen intestinal adjacente, manifesta-se geralmente por um quadro de obstrução intestinal sendo relativamente de maior número de casos entre as crianças entre os três meses e os seis anos de idade, raramente acomete pacientes adultos. Depois da apendicite, é a segunda causa mais comum de emergência abdominal infantil, já em adultos trata-se de uma causa pouco frequente, apenas 1% a 5% nos casos de obstrução intestinal.

A intussuscepção intestinal em adultos é uma entidade que difere em vários aspectos daquela observada na faixa etária pediátrica. Enquanto nas crianças o início dos sintomas geralmente é agudo com dor abdominal em cólica, vômitos, eliminação de fezes com muco e sangue e massa palpável, na maioria das vezes primária e de natureza benigna, sendo o tratamento

realizado com redução com enema baritado em 80% dos casos. Sua apresentação no adulto pode ser subaguda ou crônica e a patologia normalmente é secundária à uma causa orgânica, sendo de difícil diagnóstico, quase sempre firmado somente durante a laparotomia (ARAÚJO et al., 2008).

Portanto, os sintomas e a apresentação clínica são frequentemente inespecíficos e arrastados, sugerindo quadro de obstrução intestinal. Dor abdominal é o sintoma mais comum (95-97%), seguido por vômitos (41,7-78%) e sangramento intestinal (23,3-26%). A diarreia, sintoma inicial apresentado pela paciente retratada no caso, tem prevalência de 7-28,3%. Além disso, massas palpáveis estão presentes em 24-42% dos pacientes e a identificação de massa móvel ou palpável, apenas quando os sintomas estão presentes, sugerem intussuscepção ou volvo (GHO et al., 2006; HANAN et al., 2007).

A fisiopatologia da intussuscepção ainda é desconhecida, mas se supõe que irritantes dentro do lúmen intestinal ou qualquer lesão na parede do intestino podem alterar o padrão normal do peristaltismo, iniciando uma invaginação que levará a intussuscepção. Geralmente localiza-se entre segmentos que se movimentam livremente e segmentos retroperitoneais ou fixados por aderências. Quanto à localização são classificadas em três categorias principais: 1) êntero-entérica; 2) colo-cólica; 3) 3í leo-cólica. Suas manifestações clínicas inclui a tríade clássica, composta por dor abdominal, fezes sanguinolentas e massa palpável, isso dependendo da evolução da mesma (PAIVA et al., 2011; RENZULLI et al., 2010).

Além disso, a maioria dos pacientes apresenta algum processo patológico subjacente na parede intestinal e há o risco de doença maligna associada em, aproximadamente, 65% dos casos. Diante disso há o consenso de que a ressecção é a conduta apropriada nesses pacientes. No entanto, ainda é controverso se intussuscepção deve ser reduzida antes da ressecção (HANAN et al., 2007; PAIVA et al., 2011).

E com o constante avanço dos métodos de imagem, maior número de 4casos têm sido diagnosticados antes da indicação da cirurgia. Imagens ultrassonográficas sugerem intussuscepção como o sinal do alvo no corte transversal e o do pseudo rim, no longitudinal. Também podem ser evidenciadas, como na imagem abaixo, as várias camadas das paredes intestinais envolvidas, produzindo um padrão multilamelar ou "em casca de cebola" (ARAÚJO et al., 2008; PAIVA et al., 2011; RENZULLI et al., 2010).

Esse artigo tem como objetivo relatar retrospectivamente aspectos diagnósticos e terapêuticos de um caso de intussuscepção intestinal em adulto.

METODOLOGIA

Esta pesquisa seguirá as normas regulamentadoras em seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996). Será realizado um estudo prospectivo observacional, após a aprovação do Comitê de Ética do HONPAR – Hospital Norte do Paraná, localizado na cidade de Arapongas. O paciente participante do estudo será orientado e todo o processo será realizado após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

RELATO DE CASO

Paciente M.C.P.M, sexo feminino, 71anos, do lar, residente na cidade de Jandaia do Sul, Paraná, em caso própria, com rede de esgoto, procurou o ambulatório da Cirurgia Geral, do Hospital Honpar, com queixa de dor abdominal há 1 semana, associado a náusea e emese em grande quantidade. Nega etilismo, tabagismo, comorbidades prévias e alergias. Negava antecedentes de acidentes vasculares cerebrais, cardiopatias e cirurgias.

Bom estado geral, com pressão arterial de 140x80mmHg, frequência cardíaca de 72bpm, frequência respiratória de 18, temperatura 36,7C, Glasgow 15, saturação 92%, corada, hidratada, 2BRNF, sem sopro, ausculta pulmonar livre, mv+, abdome globoso, discretamente distendido, com dor a palpação difusa de maior intensidade em região epigástrica, RHA aumentados. Nega evacuação e flatos. Oclusão intestinal.

Internamento, tomografia de abdome, exames laboratoriais, dieta zero, passagem de sonda naso-gástrica aberta e uso de antibiótico (ciprofloxacino 400mg de 12/12hrs e metronidazol 1,5gr uma vez ao dia). Aguarda procedimento cirúrgico.

LE associada à colectomia segmentar (ceco), enterectomia do íleo terminal (30cm) e entero colón com anastomose terminal lateral com drenagem de cavidades. Sem intercorrências.

DISCUSSÃO

De acordo com Paiva et al. (2011), depois da apendicite, a intussuscepção é a segunda causa mais comum de emergência abdominal infantil. Em adultos trata-se de uma causa pouco frequente, apenas 1% a 5% nos casos de obstrução intestinal. Sua apresentação no adulto pode ser subaguda ou crônica e a patologia normalmente é secundária à uma causa orgânica, sendo de difícil diagnóstico, quase sempre firmado somente durante a laparotomia.

CONCLUSÃO

A intussuscepção em adultos é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. Dessa forma, a intussuscepção é quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P.J.H.; RANGEL, M.F.; BATISTA, T.P. Intussuscepção íleocólica em adulto. **Rev Bras Colo-proctol.** v.28(4):470-3, 2008.

GOH, B.K. et al. Predictive factors of malignancy in adults with intussusception. **World J Surg.** v.30(7):1300-4, 2006.

HANAN, B. et al. Intussuscepção intestinal em adultos. **Rev Bras Colo-proctol.** v.27(4):432-8, 2007.

PAIVA, M.R.; TORRES-JÚNIOR, L.G.; SANTOS, F.A.V. Intussuscepção intestinal em adultos: relato de caso. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** v.24(3):253-4, 2011.

RENZULLI, P.; CANDINAS, D. Idiopathic small-bowel intussusception in an adult. **CMAJ.** V.182(3):E148, 2010.

ZUBAIDI, A.; AL-SAIF, F.; SILVERMAN, R. Adult intussusception: a retrospective review. **Dis Colon Rectum.** v.49(10): 1546-51, 2006.