

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ILEO-CECAL IDIOPÁTICA NO ADULTO: RELATO DE CASO OCORRIDO NO MUNICÍPIO DE GURUPI - TOCANTINS*IDIOPATHIC ILEOCECAL INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN THE ADULT: A CASE REPORT*Manuelle Maria Ramos de Oliveira¹, Natália Pereira dos Santos², Edimar Nogueira Amaral Filho³, Marcio Barbosa de Oliveira⁴, Zoroastro Henrique de Santana⁵.¹Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário UnirG, Gurupi-TO, Brasil.E-mail:
mar.b.oliveir@gmail.com**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**

Coordenação de Medicina. Centro Universitário UnirG, Campus II. Av. Rio de Janeiro nº 1585, CEP 77403-090, Centro, Gurupi-TO. Fone: (63) 3612-7618.

RESUMO

Introdução: A intussuscepção intestinal consiste na invaginação de um segmento proximal do intestino no lúmen do segmento distal adjacente. É extremamente rara em adultos, representando menos de 5% de todas as obstruções intestinais; ao contrário da população pediátrica, cerca de 90% das intussuscepções em adultos estão associadas a uma lesão patológica, ou ponto de chumbo na parede intestinal. **Objetivo:** relatar um caso de intussuscepção intestinal ileo-cecal de origem idiopática com intervenção cirúrgica. **Metodologia:** Realizou-se um relato de caso de um paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, ocorrido no Hospital Regional de Gurupi-TO com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito irradiada para flanco esquerdo, acompanhada de plenitude abdominal. **Resultados e Discussão:** Os exames laboratoriais realizados não demonstraram alterações, entretanto a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Ultrassonografia abdominal (US) e Tomografia Computadorizada (TCs) de abdome demonstraram sinais de oclusão intestinal devido à intussuscepção intestinal seguido de intervenção cirúrgica. **Conclusão:** O diagnóstico pré-operatório da intussuscepção é geralmente desafiador em virtude da inespecificidade sintomatológica e apresentação clínica, e em alguns casos, poderá ser firmado apenas no intra-operatório. Em virtude da maioria dos casos apresentarem uma causa orgânica subjacente, frequentemente maligna, a ressecção segmentar curativa é indicada.

Descritores: Intussuscepção, Obstrução intestinal, Adulto.**ABSTRACT**

Introduction: The intestinal intussusception consists of invagination of a proximal segment of the intestine into the lumen of the adjacent distal segment. It is extremely rare in adults, accounting for less than 5% of all bowel obstructions; unlike the pediatric population, about 90% of intussusceptions in adults are associated with a pathological lesion, or lead point in the intestinal wall. **Objective:** The objective of the present study is to report a case of ileo-cecal intestinal intussusception of idiopathic origin with surgical intervention, evidencing the importance of the case due to the rarity of the occurrence in adults, mainly because it is of idiopathic cause. **Methodology:** A case report of a 46-year-old male patient at the Regional Hospital of Gurupi-TO complaining of abdominal pain in right hypochondrium irradiated to the left flank, accompanied by abdominal fullness. **Results and Discussion:** The laboratory tests performed did not show any alterations. However, Upper Digestive Endoscopy (EDA), Abdominal Ultrasound (US) and Computed Tomography (CT) of the abdomen showed signs of intestinal occlusion due to intestinal intussusception followed by surgical intervention. **Conclusion:** The preoperative diagnosis of intussusception is generally challenging due to the symptomatological and clinical specificity, and in some cases, it may be established only intraoperatively. Because most cases have an underlying, often malignant, organic cause, curative segmental resection is indicated.

Descriptors: Intestinal intussusception, Intussusception in adults, Invagination.**INTRODUÇÃO**

A intussuscepção intestinal consiste na invaginação de um segmento proximal do intestino (intussusceptum) no lúmen do segmento distal adjacente (intussusciens), podendo gerar isquemia do segmento afetado por compressão vascular do mesentério correspondente.

A intussuscepção é extremamente rara em adultos e representa menos de 5% de todas as obstruções intestinais; ao contrário da população pediátrica, cerca de 90% das intussuscepções em

adultos estão associadas a uma lesão patológica, ou ponto de chumbo na parede intestinal; estudos recentes mostram que 30% das intussuscepções do intestino delgado são causadas por malignidade; o restante dos casos é causado por lesões benignas (60%) ou idiopáticas (10%); e a maioria das intussuscepções do cólon, no entanto, são causadas por malignidade (60%).^{2,5}

O tratamento padrão da intussuscepção em adultos é cirúrgico, sem tentativas não operatórias prévias de redução. Devido à alta incidência de malignidade, especialmente nas intussuscepções do

cólon, uma ressecção intestinal segmentar sem redução intraoperatória prévia é geralmente realizada.^{2,4}

Diante da necessidade de melhor entender o acometimento de intussuscepção intestinal por idade e respectiva etiologia, tem-se como o objetivo desse estudo relatar raro caso de intussuscepção intestinal em adulto com intervenção cirúrgica. Desta forma, é importante evidenciar o presente caso devido à raridade da ocorrência da intussuscepção intestinal em adultos, sobretudo por ser de causa idiopática.

METODOLOGIA

Realizou-se um relato de caso de um paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, ocorrido no Hospital Regional de Gurupi-TO que procurou o serviço com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito irradiada para flanco esquerdo, acompanhada de plenitude abdominal. Foram consultados os seguintes exames: hemograma, coagulograma, Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP), Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO), glicemia de jejum, uréia, creatinina, sódio, potássio, Exame de Urina (EAS), Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Ultrassonografia abdominal (US) e Tomografia Computadorizada (TCs) de abdome demonstrando sinais de oclusão intestinal devido à intussuscepção intestinal seguido de intervenção cirúrgica.

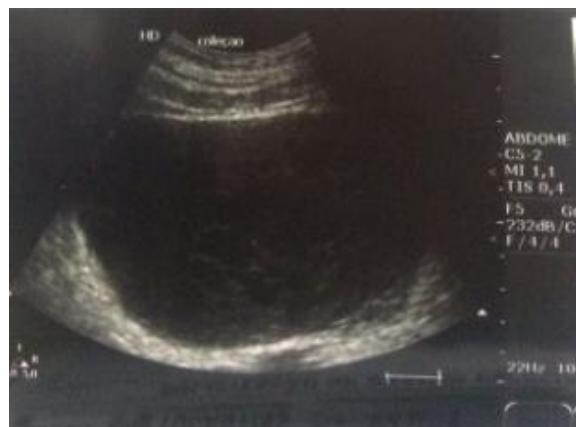
O estudo foi consentido pelo paciente para publicação do caso, incluindo imagens de exames realizados. Tal confirmação foi dada através do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A queixa relatada pelo paciente era de dor abdominal em hipocôndrio direito com irradiação para flanco esquerdo sendo de grande intensidade e acompanhada por emagrecimento e plenitude. Os exames laboratoriais não mostraram alterações quanto a hemograma, coagulograma, Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP), Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO), glicemia de jejum, uréia, creatinina, sódio, potássio e Exame de Urina (EAS).

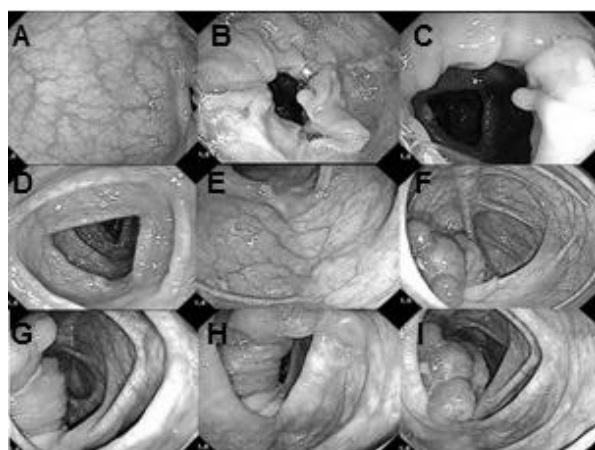
A ultrassonografia abdominal mostrou presença de volumosa coleção com debris em flanco direito e alças intestinais com peristalse, podendo corresponder a hematoma intracavitário direito, não podendo ser descartado, mais remotamente, quadro de invaginação intestinal cuja imagem é similar a “alça dentro de alça” (Figura 1).

Figura 1. Imagem ultrassonográfica evidenciando volumosa coleção com debris em flanco direito, não podendo ser descartado, quadro de invaginação intestinal.



Foi então solicitada uma colonoscopia para esclarecimento diagnóstico. Notou-se tumoração multinodular gigante projetada sobre mucosa com aspecto de intussuscepção do cólon proximal (Figura 2).

Figura 2. Fotos da colonoscopia mostrando projeção do colonoscópio do íleo terminal até a válvula ileocecal (A-I).



O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora mediana na qual se observou uma invaginação de aproximadamente 10 cm de íleo terminal para dentro do cólon direito. A conduta cirúrgica foi redução da invaginação e enterectomia com uma enterocoloanastomose mecânica término-terminal e apendicectomia profilática. O paciente evoluiu bem, recebendo alta no 2º dia de pós-operatório.

O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou segmento de intestino delgado de formato habitual, pesando o conjunto 30,0g e apresentando edema, vasodilatação e infiltrado inflamatório predominantemente redondoneuclear. O apêndice possuía formato habitual, revestido por serosa opaca com depósito fibrino de coloração pardo-amarelada, consistência elástico-borrachosa, medindo 5,5x1,1cm nas suas maiores dimensões e pesando 5,0g. Portanto, indicando

periapendicite reacional na ausência de sinais de malignidade.

Embora comum em crianças, a intussuscepção intestinal é uma entidade rara em adultos. Estima-se que apenas 5% dos portadores de intussuscepção sejam adultos e que aproximadamente 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos sejam causados por intussuscepção.⁶

Nos adultos, o mecanismo exato da intussuscepção é desconhecido, porém, acredita-se que a presença de lesão na parede intestinal altera o peristaltismo normal iniciando o processo de invaginação.^{6,7} A presença de lesão orgânica tem sido descrita em 70 a 90% dos casos de intussuscepção em adultos.^{8,6,16} Dessas, mais de 50% são malignas.^{8,6,9} Geralmente, as lesões do intestino delgado são benignas, sendo apenas 30% delas malignas, primárias ou metastáticas. Já no cólon, as lesões malignas representam 66% dos casos.^{6,7,10} O mecanismo da intussuscepção idiopática ainda não é compreendido, acontecendo em 8 a 20% dos casos em adultos, principalmente no intestino delgado.

De acordo com sua localização intestinal, as intussuscepções podem ser classificadas em: entérica, íleo-cólica, ileocecal, colo-cólica, colorretal e reto-retal.¹² A intussuscepção ileocecal se dá quando o segmento proximal do intestino invagina para dentro do lúmen do segmento distal adjacente, sendo o quadro apresentado pelo paciente do presente relato. Não há predominância clara entre os sexos, e a média de idade dos acometidos varia de 40 a 57 anos.¹¹ Neste caso, o paciente possuía idade (46 anos) compatível com a faixa mais acometida de acordo com a literatura, porém não foi identificada a causa da intussuscepção.

O quadro clínico em adultos possui como sintoma mais comumente observado a dor abdominal. A sintomatologia é geralmente inespecífica e crônica, sugerindo obstrução intestinal na maioria das vezes. Outros sintomas encontrados são náuseas, vômitos, tumoração abdominal, alteração do hábito intestinal, febre, hemorragia digestiva, emagrecimento, parada da eliminação de flatos e/ou peritonite.^{1,11,13} O paciente relatado no caso apresentou-se com queixa de dor abdominal acompanhada por emagrecimento e plenitude, sintomatologia concordante com a literatura supracitada.

São utilizadas técnicas de imagem não invasivas para realizar o diagnóstico. A ultrassonografia é um exame com boa acurácia diagnóstica, tanto em adultos, quanto em crianças.^{15,17} É de fácil realização, reprodutível e não invasivo.¹⁶ Permite o diagnóstico rápido em mãos experientes capazes de identificar o "sinal do alvo" na visão transversa e o "sinal do pseudorim" na visão longitudinal, bastante sugestivos desta condição.^{15,18} Ao ser submetido à ultrassonografia

abdominal, o paciente mostrou presença de volumosa coleção com debris em flanco direito e alças intestinais com peristalse, que sugeria o quadro de invaginação intestinal (imagem similar a "alça dentro de alça"), mas também poderia ter como diagnóstico diferencial hematoma intracavitário direito. A colonoscopia evidenciou tumoração multinodular gigante projetada sobre mucosa com aspecto de intussuscepção do cólon proximal, entretanto o diagnóstico de certeza somente foi dado no intra-operatório, com o achado de invaginação ileocecal.

Nos adultos, o tratamento cirúrgico requer abordagem individualizada e na maioria das vezes envolve a ressecção dos segmentos intestinais acometidos.¹¹ Invaginações envolvendo o cólon devem ser ressecadas "em blocos" sem redução prévia, devido ao maior risco da presença de neoplasias malignas como causa da intussuscepção desse segmento.¹⁴ No período intra-operatório, foi possível identificar uma invaginação de aproximadamente 10 cm de íleo terminal para dentro do cólon direito. Optou-se pela redução da invaginação e realização de enterectomia com uma enterocoloanastomose mecânica término-terminal e apendicectomia profilática.

O estudo anatomopatológico do segmento de intestino delgado excisado apresentou edema, vasodilatação, infiltrado inflamatório predominantemente redondonuclear e ausência de sinais de malignidade, apoiando então, o diagnóstico de intussuscepção idiopática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reportou-se um caso de intussuscepção ileocecal idiopática, uma entidade nosológica rara em adultos. Considerando os principais aspectos para o diagnóstico conclui-se que o diagnóstico pré-operatório é geralmente desafiador em virtude da inespecificidade sintomatológica e apresentação clínica. Isto porque, em alguns casos, poderá ser firmado apenas no intra-operatório e deve sempre ser aventado frente aos diagnósticos diferenciais de obstrução intestinal.

Em virtude da maioria dos casos apresentarem uma causa orgânica subjacente, frequentemente maligna, a ressecção segmentar curativa é indicada.

REFERÊNCIAS

1. Hanan B, et al . Intussuscepção intestinal em adultos. Rev bras. colo-proctol. Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 432-438, Dec. 2007 .
2. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. Int J Colorectal Dis 2006; 21:834-9.

3. Goh BKP, Quah HM, Chow PKH, et al. Predictive factors of malignancy in adults with intussusception. *World J Surg* 2006; 30:1300-4.
4. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:1546-51.
5. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;98:444-7.
6. Begos DG, Sandor A, Modlin I. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 73:88_94.
7. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T et al. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J. Clin. Gastroenterol.* 2003; 36:18_21
8. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226:134_138.
9. Akcay MN, Polat M, Cadirci M, Gencer B. Tumor induced ileoileal invagination in adults. *Am Surg* 1994; 60:980_981
10. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999;88:25_28.
11. Araújo PJH, Rangel MF, Batista TP. Intussuscepção Íleo-Cólica em Adulto. *Rev bras Coloproct.* 2008; 28(4): 470-473
12. Batista BN, Maximiliano LF. Intussuscepção intestinal em adultos jovens – relato de caso e revisão de literatura. *Rev Col Bras Cir.*2009; 36(6): 533-536
13. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: A Retrospective Review. [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273082/>
14. Beckmann GA, Filho MARS, et al. Intussuscepção Intestinal em Adulto – Um relato de caso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília* 2016.
15. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. *Am J Gastroenterology* 1993; 88:617_618.
16. Cerro P, Magrini L, Porcari P, De Angelis O. Sonographic diagnosis of intussusception in adults. *Abdom Imaging*2000; 25:43_47.
17. Fuji Y, Taniguchi N, Itoh K. Intussusception. Induced by villous tumor of the colon: sonographic findings. *J Clin Ultrasound* 2002; 30:48_51.
18. Weillbaecher D, Dolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults. *Am J Surg* 1971; 21:531_535.