

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL RETOSSIGMOIDE

SIGMOID RECTAL INTESTINAL INTUSSUSCEPTION: CASE REPORT

Carlos SABBAG¹, Ana C. BLITZCKOW¹, EDMILSON FABRI¹

Gomes LAS, Cade GSE, de Souza GA, Pereira BAD, Faoro NT. Impacto da aplicação de diretrizes na solicitação de tomografia computadorizada de crânio em traumatismo cranioencefálico leve: revisão sistemática. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2022;80(1):e1698

DESCRITORES – Íleus. Intussuscepção. Neoplasias Intestinais.
HEADINGS – Ileus. Intussusception. Intestinal Neoplasms

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal chega a ser responsável por cerca de 1-5% das causas de obstrução intestinal encontrada no adulto. Na pediatria costuma ser de causa indefinida e nos adultos, na sua maioria, decorre por algum processo patológico na parede intestinal (em até 90% dos casos), sendo que existe risco elevado de doença maligna associada de aproximadamente 30-60%. Do ponto de vista fisiológico, a presença de uma lesão na parede intestinal (extra ou intra luminal) serviria como elemento de tração da alça no movimento peristáltico, favorecendo a migração telescópica dela na direção da alça adjacente e levando à invaginação ou telescopagem. A localização mais comum é a íleoecólica, seguido pela íleoileal e colocolica. Os sintomas podem ser inespecíficos, crônicos ou subagudos, relacionados à obstrução parcial intermitente da luz intestinal. A queixa mais comum é cólica abdominal, distensão, náuseas e vômito

Este artigo relata o tratamento cirúrgico de um caso de obstrução intestinal causada por intussuscepção sigmóide-retal secundária à lipoma de submucosa de parede intestinal.

RELATO DO CASO

Mulher de 47 anos procurou atendimento em pronto-socorro devido à dor abdominal tipo cólica, recorrente e com evolução de 3 dias. Apresentava diarreia líquida, com muco e presença de estrias de sangue. O abdome apresentava leve distensão, dor difusa à palpação e exames laboratoriais sem alterações significativas. Não apresentava melhora com tratamento sintomático e foi submetida à tomografia abdominal com diagnóstico de imagem nodular ovalada com cerca de 46 mm induzindo à intussuscepção sigmóide-retal, observando pequeno acúmulo líquido entre estas alças (Figura 1)



FIGURA 1 - A) TOMOGRAFIA DE ABDOME MOSTRANDO INTUSSUSCEPÇÃO; B) SETAS NO SIGMOIDE, RETO E LIPOMA

Foi submetida à retossigmoidoscopia complementar, visualizando lesão subepitelial no reto com intussuscepção de alça intestinal apresentando sinais de isquemia, não sendo possível a correção endoscópica. Realizado tratamento cirúrgico por laparoscopia (Figura 2) com ressecção do reto e sigmoide e colostomia em descendente (operação de Hartmann). O exame anatomopatológico do espécime mostrou “lipoma de submucosa com 5,5 cm de diâmetro, sinais de isquemia de mucosa e inflamação da parede até a serosa (serosite crônica e aguda severa (Figura 3). A paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no 3º dia do pós-operatório.



FIGURA 2 - IMAGEM LAPAROSCÓPICA DA INTUSSUSCEPÇÃO SIGMOIDERRETAL



FIGURA 3 – PEÇA CIRÚRGICA MOSTRANDO O LIPOMA (ASTERISCO) JÁ SEM A INTUSSUSCEPÇÃO

DISCUSSÃO

Os lipomas são neoplasias benignas relativamente raras e que podem ser encontradas em qualquer segmento do trato

intestinal. São, normalmente, assintomáticos; no entanto, quando seu tamanho ultrapassa 2-3 cm podem gerar sintomas como dor abdominal, presença de sangue nas fezes e alteração do hábito intestinal. Na idade adulta a invaginação intestinal é situação relativamente rara e geralmente associada com lesões orgânicas patológicas da parede intestinal (80-90% dos casos). Estudos mostram que 30-60% das invaginações intestinais são de causa maligna. Mais de 90% dos lipomas são submucosos, sendo o restante subserosos, epilóicos e intermucoserosos.

A incidência é maior na população feminina com a faixa etária entre 5-6ª décadas de vida. A intussuscepção coló-cólica é incomum e corresponde a menos de 5% dos casos. O diagnóstico permanece como um desafio para a maioria dos cirurgiões, principalmente por apresentar variedade de sintomas e algumas vezes predominância de sintomatologia crônica.

A tomografia abdominal é a melhor forma de diagnóstico por apresentar maior sensibilidade. Dependendo da urgência clínica e estrutura do local de atendimento, podem ser usados RX, ecografia abdominal, colonoscopia e enema opaco. A colonoscopia pode ser de grande auxílio podendo confirmar a intussuscepção, localização e demonstrar a lesão que originou o problema.

O tratamento no adulto é geralmente cirúrgico levando-se em conta o risco de isquemia, perfuração e a possibilidade de malignidade como causa inicial da invaginação. A redução da invaginação é controversa, e basicamente fica na dependência de diagnóstico preciso e das características do achado cirúrgico intra-operatório (isquemia, redutibilidade, risco de perfuração e peritonite).

REFERÊNCIAS

1. Akcay MN, Polat M, Cadirci M, Gencer B. Tumor induced ileoileal invagination in adults. *Am Surg* 1994;60:980-981
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*. 1997;226:134-138
3. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999;88:25-28.
4. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics*. 2006;26:733-44
5. Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu Y-H, GuoR-X, et al. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol*. 2009;15:3303-8
6. 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.
7. 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.
8. Croome KP, Colguhoun PHD. Intussusception in adults. *Can J Surg*. 2007;50(6):E13-14.
9. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: a retrospective review. *World J Surg*. 2015;(39):134-8.
10. Batista BN, Maximiano LF. Intussuscepção intestinal em adultos jovens: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Col Bras Cir*. 2009;36(6):533-6.
11. Hurwitz LM, Gertler SL. Colonoscopic diagnosis of ileocecal. *Gastrointest Endosc* 1986;32:217218.