Rev. Méd. Paraná, Curitiba.
2021; 79(2):.139-140 DOI: 10.55684/79.2.1679 (disponível em 06/2022)

Relato de Caso

# INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POR LINFOMA CAUSANDO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

*INTESTINAL INTUSSUSCEPTION DUE TO LYMPHOMA CAUSING ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN*

Diogo Miguel dos **SANTOS**[1], Fernanda Marcondes **RIBAS**[2], Carlos Roberto **CARON**[2], Sivan **MAUER**[2]
Nicolau Gregori **CZECZKO**[1,2], Leandro Cardoso **BARCHI**[1]

REV. MÉD. PARANÁ/1679

## INTRODUÇÃO

O intestino delgado apresenta resistência natural ao desenvolvimento da neoplasia seja ela benigna ou maligna. Quando sintomáticos, o quadro vai depender das características macroscópicas da lesão do local e com menos importância, do tipo histológico do tumor. Dependendo do seu tamanho vão se manifestar com quadros de intussuscepção e oclusão intestinal intermitente e, com menor frequência, ocorrem sangramentos.

Tumores de intestino delgado são raros, corresponde de 1-6% de todas as neoplasias e os linfomas correspondem a 14%. Os mais comuns são adenocarcinomas (50%) seguidos dos tumores carcinoides (34%) e sarcomas (19%). Os tumores do delgado podem acometer todas as idades; porém, têm pico entre a 5ª/6ª. décadas de vida. As células linfoides estão presentes em todo trato gastrointestinal. Portanto, em qualquer segmento do intestino delgado pode haver desenvolvimento de linfoma.

Invaginação ou intussuscepção intestinal ocorre quando um segmento de alça intestinal proximal penetra no segmento distal. Corresponde a apenas 1% dos casos de obstrução intestinal.

O objetivo deste trabalho foi relatar um paciente com linfoma que causou intussuscepção, concomitantemente à obstrução intestinal.

## RELATO DO CASO

Homem com 22 anos deu entrada no pronto-socorro com quadro de tosse seca, febre, vômitos, inapetência há 13 dias. Corado, hidratado, acianótico, eupneico, afebril, taquicárdico (126 bpm), frequência respiratória de 16, pressão arterial 136x85 mmHg, saturação de $O^2$ de 98%. O abdome estava flácido, indolor à palpação, sem sinais de peritonite, descompressão brusca negativa, ruídos hidroaéreos positivos. Ele era portador de paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento, epilepsia e em uso de Depakene®. Estava em tratamento com a urologia por área nodular endurecida em testículo esquerdo. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações, no entanto a radiografia de tórax (Figura 1A) apresentava-se com infiltrado à direita, com impressão diagnóstica de pneumonia bacteriana. Foi administrado anti-inflamatório, analgesia e antibioticoterapia com alta médica. Após 5 dias da alta retornou ao pronto-socorro com piora do quadro clínico, tosse produtiva, febre, vômitos incoercíveis, inapetência e desconforto abdominal. As frequências cardíaca estava em 120 bpme a respiratória em 18, pressão arterial 144x88 mmHg. O exame físico estava prejudicado devido à dificuldade de comunicação do paciente. Apresentava-se corado, hidratado, acianótico, eupneico, estável hemodinamicamente, abdome normodistendido, discreta dor à palpação difusa, ruídos hidroaéreos positivos. Foi solicitada tomografia de tórax e abdome (Figura 2) e exames laboratoriais com PCR 107,6, hemoglobina 11, hematócrito 33,6, leucócitos 9970, plaquetas 360 000, creatinina 0,9, potássio 4,0, sódio 138 ureia 32, TGO 58. A tomografia de tórax estava sem alterações mas havia acentuada distensão gasosa e líquida do intestino delgado; tomografia de abdome superior e pelve (Figura 2) mostrava moderada distensão hidroaérea de alças intestinais jejunais, notando-se interrupção abrupta do seu calibre na região do flanco direito, onde existia obstrução mecânica com aspecto de invaginação intestinal, que determinava quadro suboclusivo à montante. O segmento de alça intestinal distal invaginado apresenta-se com paredes difusamente espessas, notando conteúdo heterogêneo que projetava-se inclusive para a luz, promovendo importante redução do seu calibre, adquirindo por vezes aspecto vegetante, e com espessura de até 3,2 cm, características que sugerem processo primário de alça.

Após a hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, intussuscepção intestinal por tumor primário foi indicada laparoscopia na urgência. Observou-se alças de delgado distendida e edemaciadas à montante; intussuscepção intestinal há 1 m do ângulo duodenojejunal por tumoração intralumial; e linfonodomegalia em raiz do mesentério. Foi realizada enterectomia segmentar de mais ou menos 30 cm, obtendo-se margem de ressecção segura tanto à montante quanto à jusante da lesão, enteroanastomose manual laterolateral, linfadenectomia e retirada da peça cirúrgica (Figura 2C). Paciente foi encaminhado à UTI recebendo dela no 3º. dia do pós-operatório, e hospitalar no 11º. dia. O resultado anatomopatológico, com imunoistoquímica, revelou linfoma de células B, células grandes de alto grau; foi indicada quimioterapia.

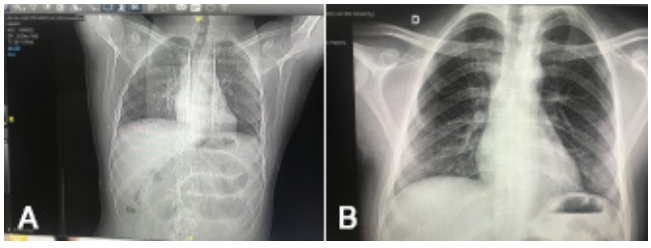


**FIGURA 1 -** A) RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM INFILTRAÇÃO A DIREITA (PNEUMONIA BACTERIANA); B) DISTENSÃO PRONUNCIADA DE ALÇAS DE DELGADO PROXIMAL.

*Trabalho realizado no [1]Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil; [2]Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.*

***DESCRITORES*** *- Obstrução intestinal. Tumor de intestino delgado. Linfoma. Intussuscepção.* ***HEADINGS*** *- Bowel obstruction. Small intestine tumor. Lymphoma. Intussusception.*

*Endereço para correspondência: Leandro Cardoso Barchi*
*Endereço eletrônico: leandrobarchi@hotmail.com*

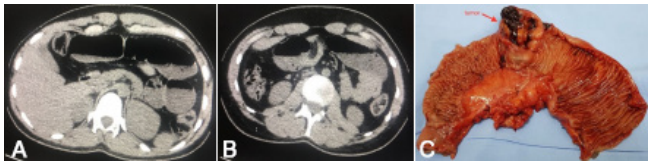


**FIGURA 2** – A E B) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME COM NÍVEIS HIDROAÉREOS EM ALÇAS E INTERRUPÇÃO ABRUPTA DA LUZ INTESTINAL COM ASPECTO DE INTUSSUSCEPÇÃO; C) ESPÉCIME CIRÚRGICO COM O TUMOR APONTADO (SETA)

## DISCUSSÃO

Entre os tumores malignos que têm origem no intestino delgado, inclui-se os linfomas; podem ocorrer em toda extensão com certa preferência pelo íleo. Originam-se nos linfócitos; podem acometer o intestino primariamente ou secundariamente, em consequência de uma doença nodal disseminada. Os linfomas primários do trato gastrointestinal podem ter origem nos linfócitos T ou B, mais frequentemente neste último. Os tipos histológicos são denominados baixo grau e alto grau, com predominância no tipo baixo grau. Geralmente acomete a população mais idosa, pico entre 50-60 anos de idade, mas pode ser encontrado em qualquer idade. Quando o abdome agudo obstrutivo é causado por intussuscepção em crianças maiores de 3 anos deve-se suspeitar de linfoma. Existe igual distribuição entre os gêneros. Das manifestações clínicas, a dor abdominal tipo cólica é a mais frequente, causada pela oclusão; normalmente ocorrem concomitantemente náuseas e vômitos incoercíveis, que não cessam com anti-heméticos. Algumas vezes ocorre hemorragia digestiva. Sintomas menos frequentes podem ocorrer como emagrecimento, fraqueza e perfuração do órgão acometido. Febre e linfadenomegalias raramente se manifestam. O exame físico pode revelar sinais de carências nutricionais múltiplas, como edemas de membros inferiores ou até anasarca nos casos mais graves, e baqueteamento digital. A distensão abdominal na vigência de obstrução é facilmente observada, além dos ruídos hidroaéreos estarem aumentados. O peristaltismo intestinal pode ser percebido na parede abdominal (ondas de Kussmaul) e massas abdominais duras e fixas à palpação. A taxa de sobrevida de 5 anos para linfoma é de 30-50%. O estudo radiológico do tumor de intestino delgado se dá normalmente por radiografias de abdome ou tomografia de abdome total, quando em quadro oclusivo. Na radiografia de abdome apresenta padrão de abdome agudo, dilatação difusa de alças intestinais, sinal de empilhamento de moedas, espessamento de paredes, níveis hidroaéreos. Na tomografia de abdome há espessamento de parede intestinal, algumas vezes nodular, em distribuição difusa ou focal, assimétrica ou concêntrica, e ainda, linfonodos em mesentéricos e, também, dilatação à montante da lesão. Verificam-se sinais de intussuscepção quando ocorre, interrupção abrupta do calibre da luz intestinal mais obstrução mecânica com aspecto de invaginacão intestinal determinando suboclusão à montante. Quando não há urgência, o exame contrastado do intestino com bário mostra alterações difusas do padrão normal; observam-se espessamento e alargamento das pregas da mucosa, segmentação e floculação de bário, áreas nodulares de defeito de enchimento, e a periferia das alças pode apresentar-se com o aspecto rendilhado. O diagnóstico é feito por meio do estudo histológico do material colhido.

O tratamento vai depender do estádio em que o paciente se encontra, nos estádios iniciais podem ser tratados com antibioticoterapia; já nos mais avançados, deve receber quimioterapia. O tratamento cirúrgico está reservado às complicações, obstruções sejam elas por intussuscepção ou obstrução parcial ou total da luz do intestino, ou perfurações do órgão. Radioterapia e quimioterapia adjuvantes naqueles com lesões ressecáveis permanece ainda não totalmente estabelecido, uma vez que existe incidência significativa de recidiva após ressecção cirúrgica completa.

## REFERÊNCIAS

1. Petroianu A, Sales da Cunha A, Ferrari MLA, et al. Sangramento do intestino delgado. Rio de Janeiro Guanabara Koogan2002; Urgências Clinicas e Cirúrgicas; p 1059-63
2. Coelho J C U, John L Bell, Michael J Edwards, Raphael E; et al. tumores de intestino Delgado. 3°ed. São Paulo, Atheneu, 2006. Aparelho Digestivo Clínica e Cirúrgica; p 811- 18.
3. Gama J J R, Machado M C C, Raslan S, et al. Afecções cirúrgicas do abdome. Barueri-Sp, Manole 2008. Clínica Cirúrgica Medicina USP; p 1547-60
4. Courtney M Townsend Jr, R Daniel Beuchamp, et al. Intestino Delgado 18° ed. Rio de Janeiro, Elsevier 2010. Sabiston tratado de cirúrgia; p 1233- 37.
5. Moreira A M, Iglesias A C, et al. Complicações da Cirúrgia gastroduodenal. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 2005. Complicações em Cirúrgia Prevenção e tratamento, p 413- 16.
6. Balsamo F, Zanchetta B H, et al. Intussuscepcão de intestino delgado em paciente adulto por GIST: relato de caso. Revista brasileira de coloproctologia vol 29 número 2, Rio de Janeiro abril/junho 2009
7. Coeli G N M, Da Silva A C, et al. Linfoma difuso de grandes células B de intestino delgado: relato de caso; Revista ciência em saúde, volume 2, número 2, abril 2012.
8. Burgos AA, Martinez ME, Jaffe BJ. Tumors of the small intestine. In: Zinner MJ (ed). Maingot's abdominal operations. 10 ed Connecticut: Appleton E Lange; 1997 . p 1131-73
9. Foucar K, Foucar E, Mitros F, Clamon G, Goeken J. Epitheliotrpic lymphoma of the small bowel Reporto f a fatal case with cytotoxic/supressor T-cell immunotype. Cancer 1984; 54: 54-60.
10. D'Ippolito G, Silva CIS, Rocha AJ, Caldana RP. Gastrointestinal. São Paulo: Elsevier; 2011. Linfoma abdominal. P 675-8.