

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL PÓS-LAPAROTOMIA EM ADULTO

INTESTINAL INTUSSUSCEPTION POST LAPAROTOMY IN AN ADULT

Ana Cláudia Zanfolin Lóis¹; Ana Karla Silvestre Santos²; Evandro Leite Bitencourt³; Bruno de Oliveira Araújo Sousa⁴.

RESUMO

Intussuscepção intestinal é uma patologia rara em adultos, responsável por menos de 1% dos casos de obstrução intestinal, sendo mais comum em idosos, e relacionada à presença de patologias malignas. Em adultos, possui sintomatologia muito variável e inespecífica, dificultando o diagnóstico e tornando-se quase sempre um achado intraoperatório, diferentemente do que ocorre nas crianças. Casos de intussuscepção intestinal após trauma abdominal e laparotomia são raros, geralmente associados a espasmos da musculatura intestinal ou à presença de suturas intestinais e aderências. O relato apresentado neste artigo trata-se de um caso de intussuscepção pós-laparotomia prévia, realizada devido ferimento penetrante em abdome.

Descritores: Intussuscepção. Abdome Agudo. Obstrução Intestinal. Laparotomia.

ABSTRACT

Intestinal intussusception is a rare condition in adults, responsible for less than 1% of cases of intestinal obstruction, being more common in the elderly and related to the presence of malignant pathologies. In adults, it has a very variable and non-specific symptomatology, making diagnosis difficult and is almost always an intraoperative finding, unlike what occurs in children. Cases of intestinal intussusception after abdominal trauma and laparotomy are rare, usually associated with spasms of the intestinal musculature or the presence of intestinal sutures and adhesions. The report presented in this article is a case of prior post-laparotomy intussusception performed due to penetrating injury to the abdomen.

Keywords: Intussusception. Abdomen, Acute. Intestinal Obstruction. Laparotomy.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Barette de Amsterdã em 1674, a invaginação intestinal representa uma forma rara de obstrução intestinal no adulto¹. A intussuscepção intestinal, embora comum na população pediátrica, é rara em adultos, sendo que apenas 5% de todos os casos de intussuscepção ocorrem nesta faixa etária e dessas, somente 1% cursa com obstrução intestinal. Ocorre quando o segmento proximal do intestino (intussuscepto) telescopa dentro do segmento distal (intussusceptado)². Geralmente localiza-se entre segmentos que se movimentam livremente e segmentos retroperitoneais ou fixados por aderências. Quanto à localização, pode ser classificado em três categorias principais: 1) enteroentérica; 2) colo-cólica; 3) íleo-cólica³.

Nos adultos, o quadro clínico é bastante variável e inespecífico, o que torna o diagnóstico desta condição geralmente difícil e na maioria das vezes um achado intraoperatório, ao contrário das crianças que geralmente têm sintomas específicos, com dor abdominal, fezes sanguinolentas e massa palpável, dominando o quadro clínico³. Nas crianças, a intussuscepção é primária (idiopática) na maioria dos pacientes, e até 80% são efetivamente tratados por redução pneumática ou enema. Nos adultos, devido ao fato de que a maioria dos pacientes apresenta algum processo patológico subjacente na parede intestinal e o risco de doença maligna associada aproximadamente em 65%, é consenso de que a ressecção é a conduta apropriada nestes pacientes. No entanto, ainda é controverso

¹ Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Cirurgia Geral, Palmas, TO, Brasil.

² Centro Universitário de Gurupi, Curso de Medicina, Gurupi, TO, Brasil.

³ Universidade Federal do Tocantins, Faculdade de Medicina, Palmas, TO, Brasil.

⁴ Hospital Geral Público de Palmas, Serviços de Cirurgia Geral, Palmas, TO, Brasil.

se a intussuscepção deve ser reduzida antes da ressecção³. O presente artigo tem como objetivo trazer a luz um caso raro de intussuscepção intestinal em um adulto pós-laparotomia.

RELATO DO CASO

R.M.S, 40 anos, sexo masculino, pardo, residente em Palmas - TO, solteiro, pedreiro, sem comorbidades. Admitido no Hospital Geral Público de Palmas em janeiro de 2018, vítima de ferimento por arma branca em região posterior do tórax à esquerda, flanco à esquerda, antebraço direito e região pré-auricular e facial à esquerda. No exame físico da admissão o paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, consciente e orientado, porém com abdômen doloroso à palpação difusamente. Foi realizado o primeiro atendimento do paciente, seguido de avaliação complementar, aonde se obteve raio-x de tórax que demonstrou velamento dos seios costofrênicos, sugestivo de hemotórax e FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) positivo para a presença de líquido livre em cavidade abdominal. Diante disso, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora, sendo encontrado lesão esplênica de grau I com saída de secreção hemática em pequena quantidade, lesão no diafragma de aproximadamente 0,4cm de diâmetro, lesão em cólon transverso de aproximadamente 1cm de diâmetro com extravasamento conteúdo fecaloide, e lesão em intestino delgado, também de cerca de 1cm, a 80cm do ângulo de Treitz. Foi realizado frenorrafia, enterorrafia, colorrafia e inserido esponja hemostática sobre o baço para realização de hemostasia. Tendo em vista o diagnóstico radiológico de hemotórax, foi realizado toracostomia à esquerda com drenagem em selo d'água. No mesmo ato cirúrgico, uma equipe combinada de Cirurgia Plástica e Cabeça e Pescoço abordou a lesão facial e pré-auricular do paciente.

O paciente evoluiu no terceiro dia pós-operatório (PO) com dor abdominal intensa e distensão abdominal, negava a eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, o abdômen se encontrava tenso, doloroso à palpação superficial e profunda, apresentando peristálse de luta. Foi então solicitada TC de abdome total, que evidenciou imagem em alvo, com aspecto de intussuscepção íleo-íleal (Figura 1). Foi indicada nova laparotomia exploradora, tendo como

achados grande quantidade de líquido inflamatório na cavidade abdominal, baço sem sinais de sangramento ativo, presença de lesões de alça de delgado a 30 cm e 90 cm do ângulo de Treitz, além de intussuscepção intestinal a 140 cm deste mesmo ângulo (Figura 2). As rafia realizadas na laparotomia anterior estavam íntegras. Após redução manual da intussuscepção, foram observadas áreas de isquemia em alça no local da invaginação. O paciente foi submetido então à enterorrafia das novas lesões encontradas e enterectomia de porção de cerca de 30cm de intestino delgado na região de intussuscepção, seguida de anastomose entérica.



Figura 1. Imagem em alvo (identificada pela seta) observada em tomografia.

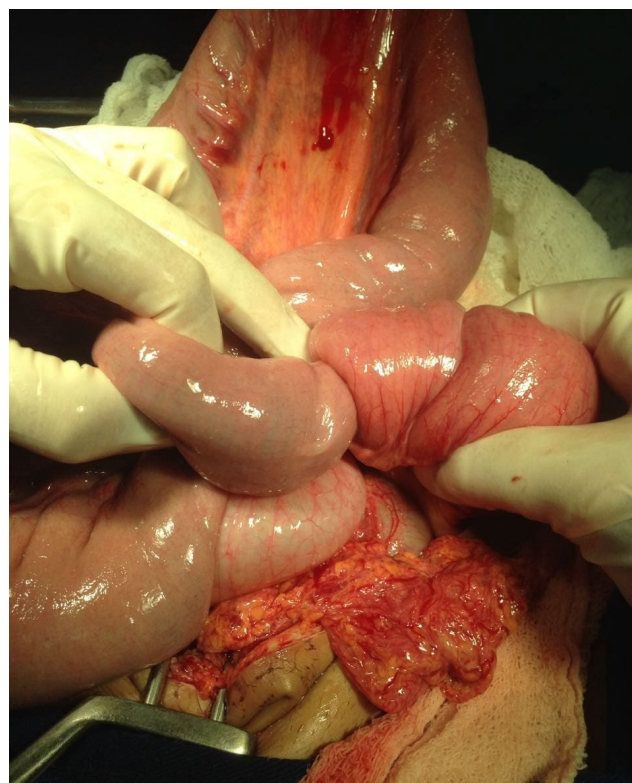


Figura 2. Intussuscepção entre alças de íleo.

Paciente evoluiu no pós-operatório em bom estado geral, com dor abdominal leve, eliminação de flatos e fezes presente e aceitando a dieta conforme progressão da mesma. Recebeu alta hospitalar no oitavo dia após a reabordagem cirúrgica com orientações e retorno para acompanhamento ambulatorial, até o presente momento sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Intussuscepção intestinal é uma condição rara em adultos, responsável por apenas 1% dos casos de abdômen agudo obstrutivo e geralmente relacionada a condições que levam a alteração da peristálse normal do intestino. Enquanto em crianças cerca de 90% dos casos são atribuídos à causa idiopática, entre adultos 90% deles têm etiologia definida, sendo que a mais frequente está relacionada à presença de tumores intestinais (benignos ou malignos)⁴.

Dentre as causas traumáticas, o trauma abdominal fechado é uma causa rara de intussuscepção intestinal e tem sido relacionado a espasmos localizados da musculatura lisa, edema de parede intestinal e peristálse anormal⁵. Em casos de intussuscepção relatada em pós-operatórios, a etiologia mais comum está relacionada à presença de sutura intestinal e aderências⁶. Clinicamente pode se apresentar de maneira insidiosa e com predomínio de sintomas obstrutivos, como vômitos, distensão abdominal e dor, sendo que menos de um terço dos pacientes com intussuscepção intestinal irão apresentar o sinal clássico de fezes em “geleia de framboesa”⁵. O paciente apresentado neste artigo trata-se de um caso de intussuscepção intestinal após laparotomia exploradora, realizada devido trauma abdominal aberto (ferimento por arma branca) e enquadra-se no perfil obstrutivo, apresentando dor e distensão abdominal, permanecendo sem eliminação de flatos e fezes após três dias de pós-operatório da abordagem inicial. Apesar de raro, casos de intussuscepção intestinal em pós-operatórios têm sido relatados com mais frequência do que casos puramente pós-trauma⁶.

O paciente em questão teve sinais sugestivos de intussuscepção visualizados na TC, aonde foi encontrada imagem em alvo, típico achado de intussuscepção intestinal neste tipo de exame. TC é o exame

de escolha para a realização do diagnóstico, sendo capaz de diagnosticar corretamente cerca de 78% dos casos, enquanto o USG tem uma acurácia de 50%. O uso combinado de ambos pode elevar para 95,5% essa taxa. Estudos demonstram que radiografia simples de abdômen não é efetiva para a realização do diagnóstico⁴.

Devido à possibilidade de sofrimento vascular do intestino e da elevada relação de intussuscepção e presença de tumores intestinais, é indicada tratamento cirúrgico em pacientes adultos com sintomatologia persistente. Não é recomendada a redução manual da intussuscepção durante a cirurgia em casos de patologias malignas devido ao risco de provocar embolismo venoso do tumor⁷. No caso apresentado foi realizada a redução manual na tentativa de preservar a alça intestinal, uma vez que não havia correlação com neoplasia. Entretanto, devido ao aspecto doente do intestino, optou-se por realizar a enterectomia com enteroanastomose primária e o paciente evoluiu bem no pós-operatório.

O caso aqui apresentado se relaciona a uma etiologia pouco comum na literatura. Intussuscepção em pós-operatório apresenta uma proeminente dificuldade diagnóstica, uma vez que fatores relacionados à primeira cirurgia confundem o médico, como por exemplo, dor abdominal, distensão e íleo pós-cirúrgico, o que pode retardar o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira D, Martins M, Costa V, Costa P, Costa W, Costa CS, et al. Invasão intestinal idiopática no adulto: a propósito de um caso clínico. *Rev Port Cir.* 2013;(27):107-12.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-8.
3. Paiva MR, Torres-Júnior LG, Santos, FAV. Intussuscepção intestinal em adultos: relato de caso. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(3):253-4.
4. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: a retrospective review. *World J Surg.* 2015;(39):134-8.
5. Karam J, Khreiss M, Musallam KM, Alaeddine MH, Al-Kutoubi A, Abi Saad GS. Small bowel intussusception following blunt abdominal trauma.

- ma in an adult patient. Emerg Med J. 2009;26(10):752-3.
6. Stockinger ZT, McSwain N Jr. Intussusception caused by abdominal trauma: case report and review of 91 cases reported in the literature. J Trauma. 2005;58(1): 187-8.
7. 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.

Recebido em: 10/02/2019

Aceito para publicação: 27/03/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Ana Cláudia Zanfolin Lóis

E-mail: ana.zanfolin@gmail.com

anakarla.silvestre@gmail.com