

AUTO-AMPUTAÇÃO DE INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO

ANDRÉ VITÓRIO

ABRIELA LYRA

FRANCISCO A. COELHO SARMENTO FILHO - TSBCP

ROGÉRIO CORREIA LEAL - TSBCP

VITÓRIO A; LYRA A; SARMENTO FILHO FAC; LEAL RC. Auto-Amputação de Intussuscepção Intestinal em Adulto. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):105-107

RESUMO: Intussuscepção intestinal é muito mais comum em crianças. Ocorre em 5% dos casos em adultos. Nesta faixa etária geralmente é associada a neoplasmas (malignos e benignos), doenças inflamatórias, divertículo de Meckel, etc. Dor abdominal, acompanhada de sintomatologia de sub ou oclusão intestinal (náuseas, vômitos, alteração do hábito intestinal e abdome distendido) são as queixas mais frequentes. Tomografia computadorizada do abdome é o exame de maior acurácia para o diagnóstico. Normalmente a cirurgia está indicada quando do diagnóstico e geralmente a redução prévia é contra-indicada. Na presença ou na suspeita de câncer, realiza-se ressecção oncológica. Nos outros casos, ressecção segmentar simples. Os autores apresentam um caso de intussuscepção ileo-cecal, sem lesão orgânica concomitante e apresentação clínica inusitada: desintegração, por inteiro, de intussuscepto necrosado e exteriorização via anal. Houve evolução para peritonite e realizou-se hemicolectomia direita, ileostomia e fístula mucosa, com boa evolução.

Unitermos: intussuscepção; auto-amputação

INTRODUÇÃO

Intussuscepção intestinal é a penetração de um segmento proximal do intestino dentro do lúmen de um segmento distal adjacente.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso ocorrido no nosso serviço de uma paciente com esta complicação, e sua inusitada forma de apresentação clínica.

RELATO DO CASO

Paciente M.S.B., feminino, 50 anos, natural e procedente do Recife. Relatava história de dor abdominal recorrente em abdome inferior, mal caracterizada, havia 2 meses. Há aproximadamente 15 dias vinha apresentando vômitos e diarreia com "filetes de sangue". Nas últimas 24 horas, notou aparecimento de "carnosidade escura e mau cheirosa", exteriorizando-se pelo ânus. Apresentava bom estado geral, pulso de 72 bpm, respiração 16 rpm, normocorada, hidratada, afebril, abdome

depressível, flácido, pouco doloroso à palpação profunda na região mesogástrica, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos normoativos. Não foi palpada massa abdominal. Ao exame proctológico mostrava tecido necrótico, pardo acinzentado, friável e com odor fétido, exteriorizando-se pelo ânus (Figura-1).

Trazia alguns exames complementares realizados pouco dias antes em outro serviço: leucograma: leucócitos totais 8.600, sem desvio à esquerda. USG abdominal: processo expansivo de textura mixta em mesogástrio, envolvendo segmento de alça intestinal, apresentando líquido livre em torno do mesmo. Foi submetida a exame sob anestesia. Durante a sua realização, após a raquianestesia e devido ao relaxamento esfinteriano, ocorreu saída, à leve tração, do "material necrótico" já relatado, o qual encontrava-se livre e "preso" apenas a pressão muscular (Figura-2). Toque retal e retossigmoidoscopia subsequentes revelaram-se normais. O exame físico abdominal permanecia inalterado.

Optou-se por conduta expectante. Colonoscopia e repetição da USG foram solicitadas.

No dia seguinte, antes do preparo para estes exames, a paciente referiu forte dor no abdome. À pal-

pação, detectou-se irritação peritoneal e Rx simples de abdome mostrou pneumoperitônio.

À laparotomia, encontrou-se peritonite fecal difusa, intussuscepção íleo-ceco-cólica parcialmente reduzida, com íleo terminal apresentando áreas de necrose e algumas perfurações.

Realizou-se hemicolecotomia direita, ileostomia e fístula mucosa. A paciente obteve alta no sexto dia de pós-operatório e o exame histopatológico da peça revelou processo inflamatório inespecífico e ausência de lesões associadas.

DISCUSSÃO

A isquemia intestinal, independente da etiologia (intussuscepção é uma delas), produz níveis variáveis de comprometimento de sua parede, sendo de magnitude decrescente da luz para a periferia. A mucosa é a camada mais vulnerável aos efeitos da hipoxia tecidual, seguida pela submucosa, depois a muscular e por último a camada serosa. Divide-se o grau de acometimento, de acordo com a intensidade e duração do processo isquêmico e baseado na consequência final de todo o fenômeno, em três tipos: 1) Reversibilidade funcional e morfológica completas (quando só a mucosa e submucosa sofrem necrose) 2) Seqüela estenótica do segmento comprometido (quando a camada muscular também é atingida) 3) Perfuração seguida de peritonite (todas as camadas são atingidas-gangrena). O desdobramento clínico é gradual e diretamente proporcional a cada fase deste mesmo processo.

A intussuscepção intestinal (do latim intus: interior e susctio: ação de receber), foi descrita há mais de 300 anos.

É mais comum em crianças, principalmente entre os 3 meses e 5 anos de idade e representa a principal causa de obstrução intestinal em infantes abaixo dos 2 anos; em apenas 5% dos casos ocorre em adultos. Diferentemente do que ocorre nas crianças, em que raramente existe uma anormalidade anatômica, a intussuscepção em adulto é associada a um processo patológico em mais de 90% dos casos. As lesões mais comumente envolvidas são as neoplasias (malignas e benignas), lesões inflamatórias do intestino e divertículo de Meckel. Em aproximadamente 30% dos casos intussuscepções êntero-entéricas e em aproximadamente 60% das colocolônicas, a "cabeça" daquelas são representadas pelo adenocarcinoma.

Os sinais e sintomas em adultos são inespecíficos e podem, ocasionalmente, ser de natureza crônica ou recorrente. Dor abdominal é a queixa proeminente, geralmente associada a uma sintomatologia sugestiva

de sub ou mesmo uma oclusão intestinal (náuseas, vômitos, alterações do hábito evacuatório e abdome distendido), enterorragia ocorre em alguns casos. Massa palpável, diferentemente das crianças, é achado incomum no adulto.

Enema opaco e USG podem ser úteis para o diagnóstico, mas o exame complementar de maior acurácia é, sem dúvida; a tomografia computadorizada.

A redução da intussuscepção, na tentativa de uma cirurgia eletiva de menor porte ou até a tentativa de resolução colonoscópica só deve ser tentada na certeza da viabilidade do segmento comprometido e ausência de malignidade, o que geralmente é difícil precisar. Diante desta possibilidade, é desaconselhável tentar a manobra, pelo risco de perfuração ou disseminação de células malignas. Na maioria das vezes é realizada laparotomia.

Na presença de malignidade ou na dúvida quanto a sua existência, procede-se a ressecção de caráter oncológico; na certeza de lesões benignas, esta pode ser mais econômica. A reconstrução imediata do trânsito intestinal ou a confecção de ostomias dependem das condições gerais do paciente, dos achados locais e da experiência do cirurgião.

No nosso caso, duas constatações tornaram-se evidentes: a ausência de processo patológico concomitante, como comprovado no anatomopatológico da peça cirúrgica, fugindo à regra e, mais importante, a raríssima condição de desintegração, por inteiro, e exteriorização, via anal, de boa parte do intussuscepto necrosado.

Apesar de, em adultos, ser muito mais comumente induzida por fatores patológicos, a intussuscepção intestinal pode, como vimos no presente caso, ser completamente idiopática.

Apesar da isquemia progressiva ter atingido o segmento intestinal intussusceptado e da instalação gradual de necrose da mucosa em direção à serosa, não hou-



Figura 1 - Material necrótico exteriorizando-se pelo ânus.



Figura 2 - Visão macroscópica completa do material necrótico.

ve oscilação da sintomatologia durante praticamente toda evolução do processo, em decorrência provavelmente da "proteção" produzida pelo segmento intussusceptante.

A desintegração do segmento tubular "protegido" e necrosado, de modo uniforme e sincrônico, e a ulterior eliminação, por inteiro, via anal, é teoricamente possível, mas por demais improvável. Analisando, porém, a evolução clínica, o exame proctológico e o achado cirúrgico, não temos dúvidas que esta seqüência verificou-se neste caso.

CONCLUSÃO

Enfatizamos então, que o achado de "material necrótico" exteriorizado pelo ânus, principalmente com a forma tubular, contendo um lúmen e com história semelhante a deste caso, deve tratar-se, até prova em contrário, de "auto-amputação", parcial ou completa, de uma intussuscepção intestinal.

SUMMARY: Intestinal intussusception usually affect the children. Only 5% occur in adults. Generally there is association with organic pathology (neoplasms, inflammatory disease, Meckel's diverticulum, etc). The mains complaints are abdominal pain and symptoms and signs of bowel obstruction. Bloody diarrhoea may be a feature. Abdominal mass, unlike in children, is uncommon. CT Scan of the abdomen is the diagnostic test of choice. Since the cause is, generally, a malignant tumor or other pathology that must be removed, laparotomy is almost always indicated. Intussusception's reduction is usually not possible or not desired before surgery. If carcinoma is present or is suspected, standard resection is indicated. In the others cases, limited resection. The authors reported a case of ileocaecal intussusception with rare clinical picture, without organic lesion associated. The invaginated segment, with necrosis, developed self-amputation and posterior exteriorization through anus. Irritation peritoneal was observed and laparotomy indicated. Right hemicolectomy, ileostomy and mucosa fistula were performed. The patient presented a good outcome.

Key words: intussusception; self-amputation

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heidenreich A, Astiz JM, Moldes J et al. Intussusception Intestinal en el adulto. V. Argent. Cir, 1997, 72(6): 203-211.
2. Accetta I, Moraes FA, Duarte AM et al. Invaginação colócica exteriorizada pelo ânus secundária a lipoma: relato de três casos. Ver. Bras. Colo-proctol, 1985, 5(4): 207 -209.
3. Daneman A, Alton DJ: Intussusception. Issues and Controversies related to diagnosis and reduction. Radiol clin north.
4. Champoux AN, Del Beccaro MA, Nazar-Stewart V: Recurrent intussusception. Risk and features. Arch Pediatr Adolesc Med 148:474, 1994.
5. Harrington L, Connolly B, Hux, Wesson DE, Babyn P, Schuh S: Ultrasonographic and clinical predictors of intussusception. J Pediatr 132:836-839, 1998.
6. Weilbaecher D, Bolin JA, Heam D, et al: Intussusception in adults: Review of 160 cases. AM J Surg 121:531, 1971
7. Nagomey DM, Sarr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult Ann Surg 193:230, 1981.
8. Merine D, Fishman EK, Jones B: Entero-enteric intussusception: CT findings in nine patients. AM J Roentgenol 148:1129, 1987.
9. Begos DG et al: The diagnosis and management of adult intussusception, AM J Surg 5 173:88-94, 1997.
10. Birkhanr - AM J Emerg Med: Painless intussusception and altered mental status. 17(4): 345-7 - 01 - Jul - 1999. AM 34:743, 1996.
11. Cantor DS - Gastrointest endosc: Colonic intussusception. 51(6):724 - 01-Jun-2000.
12. Tatsuguchi A - Gastrointest endosc: Lipomatosis of the small intestine and colon associated with intussusception in the ileocecal region. 49(1) : 118-21 - 01-Jan-1999.

Endereço para Correspondência:

Rogério Correia Leal
Rua Sebastião Leme, 171/2202
Graças - Recife (PE)
CEP:52011-160
Tel/Fax: 34279050
E-mail: rc.leal@zaz.com.br