

INTUSSUSCEPÇÃO NO ADULTO

MAURILIO TOSCANO DE LUCENA¹, ALINE APEL¹, MAURÍCIO JOSÉ DE MATOS E SILVA¹

¹*Serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena, HBL,, Recife, PE, Brasil*

LUCENA MT, APEL A, SILVA MJM. Intussuscepção no Adulto. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(2):158-161.

RESUMO: A intussuscepção intestinal, embora comum na população pediátrica, é rara em adultos, podendo levar a uma sintomatologia variável e a erros diagnósticos frequentes. O objetivo do presente trabalho é descrever dois casos de intussuscepção colo-cólica em adultos, causados por adenocarcinoma de cólon e tumor estromal gastrointestinal (GIST). Caso 1 - paciente do sexo masculino com 73 anos de idade e sintomatologia de dor abdominal, alteração do hábito intestinal e sangramento junto às evacuações há \pm 5 meses. Ao exame físico foi evidenciada tumoração em reto médio. A ultra-sonografia mostrou uma imagem “em alvo” ao nível do cólon sigmóide. Caso 2 – paciente do sexo feminino com 53 anos de idade, apresentando distensão e dor abdominal tipo cólica há \pm 2 anos, associadas a hematoquezia, perda ponderal importante e dificuldade para evacuar. Ao exame físico, observou-se tumoração móvel, palpável em quadrante inferior esquerdo do abdome, além de uma tumoração retal a \pm 8 cm da margem anal. Durante a retossigmoidoscopia, notou-se a presença de uma tumoração no reto com sinais de necrose. Os pacientes foram submetidos à laparotomia exploradora com confirmação de invaginação sigmoidorretal nos dois casos. Procedeu-se à ressecção sem redução do segmento envolvido com realização de anastomose colorretal primária no 1º caso e confecção de colostomia terminal no 2º caso. Os diagnósticos histopatológicos foram de adenocarcinoma no 1º caso e de tumor estromal gastrointestinal no 2º caso. A intussuscepção intestinal em adultos é associada com uma lesão patológica definida ou cabeça de invaginação na maioria dos casos. O tratamento deve envolver a ressecção cirúrgica do segmento envolvido sem tentativas de redução.

Descritores: Intussuscepção, invaginação, intussuscepção no adulto, adenocarcinoma, GIST

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal, embora comum na população pediátrica, é rara em adultos, sendo responsável por 5% de todos os casos e por 1% das obstruções intestinais. Ocorre quando o segmento proximal do intestino (intussuscepto) telescopa dentro do segmento distal (intussusceptado)¹.

Ao contrário do que ocorre na idade pediátrica, a intussuscepção no adulto tem uma etiologia bem definida em cerca de 80 a 90% dos casos, com as neoplasias sendo a principal causa na

maioria das séries²⁻⁸. O tratamento é portanto diferente daquele na intussuscepção intestinal da criança⁹.

Apresentamos o relato de dois casos de intussuscepção intestinal no adulto, diagnosticados pré-operatoriamente através da ultra-sonografia e endoscopia e submetidos a ressecção cirúrgica.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Um indivíduo do sexo masculino com 73 anos de idade deu entrada no setor de emergência do HBL

Trabalho Realizado no Serviço de Coloproctologia do HBL, Recife, PE.

Recebido em 22/10/2004

Aceito para publicação em 20/05/2005

com sintomatologia de dor abdominal, alteração do hábito intestinal e sangramento junto às evacuações há \pm 5 meses. Ao exame físico, o paciente se apresentava com abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal e uma tumoração palpável no 1/3 médio do reto. A ultra-sonografia abdominal mostrou uma imagem “em alvo” correspondente à topografia do cólon sigmóide (Figura-1). Foi indicada laparotomia exploradora que evidenciou uma invaginação sigmoidorretal sem sinais de necrose nem dilatação de alças a montante (Figura- 2). Optou-se por ressecção do sigmóide sem tentativa de redução



Figura 1 – Ultra-sonografia evidenciando imagem “em alvo”, sugestiva de invaginação intestinal ao nível do cólon sigmóide.

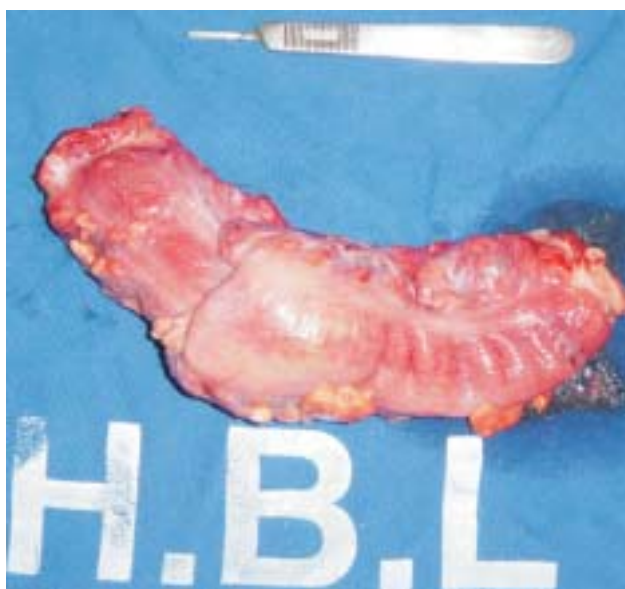


Figura 2 – Peça operatória de invaginação sigmoidorretal.

do segmento invaginado. Reconstruímos a continuidade intestinal através de anastomose colorretal primária sem preparo, pois o cólon esquerdo apresentava-se vazio de fezes e sem sinais de sofrimento vascular. A evolução pós-operatória foi bastante satisfatória, recebendo o paciente alta no 7º DPO. O diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma.

Caso 2

Paciente de 53 anos de idade, sexo feminino, foi atendida no Ambulatório de Coloproctologia do HBL com queixas de distensão e dor abdominal tipo cólica há dois anos, além de hematoquezia de moderada intensidade com evolução de 20 dias, associadas a perda ponderal importante e dificuldade para evacuar espontaneamente. Trazia uma ultra-sonografia do abdome que demonstrava apenas colelitíase, além de uma colonoscopia (feita no dia anterior à consulta) que evidenciava formação polipóide, ulcerada com cerca de 5 cm, obstruindo a luz do órgão a \pm 17 cm da margem anal, não permitindo a passagem do aparelho. Ao exame físico, o abdome era flácido com presença de tumoração móvel, palpável em quadrante inferior esquerdo. Ao exame proctológico foi palpada uma tumoração retal a \pm 8 cm da margem anal, o que suscitou a possibilidade de invaginação intestinal ao considerar-se o laudo da colonoscopia feita no dia anterior. A retossigmoidoscopia evidenciou uma tumoração com sinais de necrose no 1/3 médio do reto. A paciente foi então submetida a laparotomia exploradora, tendo sido diagnosticada uma invaginação sigmoidorretal, provocada por uma tumoração pediculada de sigmóide, que se constituía na cabeça de invaginação (Figura-3), além de implantes no peritônio parietal e grande omento. Foi realizada retossigmoidectomia com confecção de colostomia e fechamento do coto retal. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 5ºDPO. O exame histopatológico da peça operatória revelou se tratar de um tumor estromal gastrointestinal, confirmado pela imunohistoquímica, através do marcador CD 117 (Figura-4), com malignidade de grau intermediário e implantes epilóicos e peritoneais.

DISCUSSÃO

A intussuscepção intestinal é rara em adultos e apresenta na grande maioria das vezes um fator



Figura 3 – Tumorção polipóide no sigmóide (cabeça de invaginação)

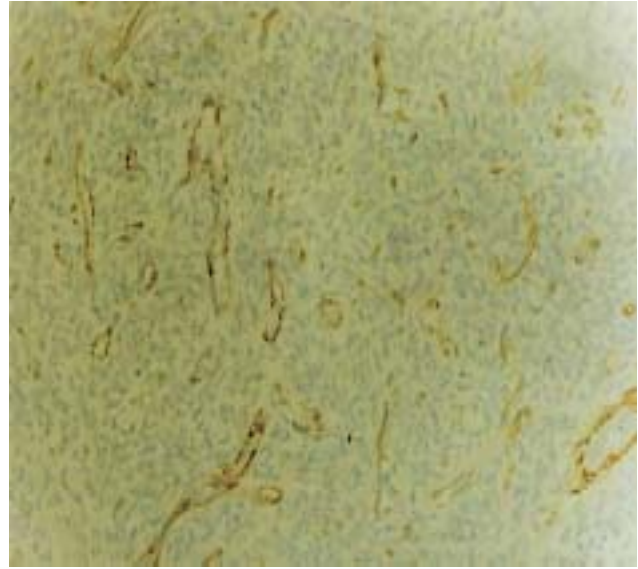


Figura 4 – Imunoexpressão do CD 117 – 400x

etiológico associado. Os locais preferenciais de ocorrência são as junções dos segmentos livremente móveis com os segmentos retroperitoneais (região ileocecal) ou fixos através de aderências¹⁰. De acordo com a localização pode-se classificar a intussuscepção intestinal em: entérica, ileocólica, ileocecal e colocólica¹¹. Os dois casos aqui relatados, apresentavam intussuscepção do tipo colocólica, o que está em desacordo com a maioria das séries que referem a localização no intestino delgado como a mais freqüente. A ocorrência da intussuscepção no intestino grosso, ao contrário do delgado, fala a favor de uma etiologia maligna. Sanders e cols., revisando mais de 350 casos de intussuscepção colônica, encontraram em 68% dos casos uma neoplasia maligna como causa, sendo o adenocarcinoma responsável por aproximadamente 62%¹².

Os sintomas de intussuscepção no adulto, diferentemente da criança, são geralmente inespecíficos e crônicos, sugerindo obstrução intestinal na maioria das vezes. Apesar de ter sido feito o diagnóstico pré-operatório nos dois casos relatados, a literatura informa que o mesmo só é possível em apenas 32% das situações¹. Um dos pacientes foi diagnosticado com ajuda do exame ultra-sonográfico. A ultra-sonografia é de boa acurácia no diagnóstico da intussuscepção, tanto em adulto quanto em crianças, demonstrando a imagem em “alvo”, que, embora não seja patognomônica, é bastante sugestiva¹³.

O tratamento instituído foi a ressecção cirúrgica, sem tentativa de redução prévia. Embora controverso, todos os autores concordam que a ressecção seja necessária, já que uma lesão patológica, provavelmente maligna, está presente na maioria dos casos^{8,12,14}. Tal afirmativa foi corroborada nos dois casos aqui apresentados pois, em ambos, o diagnóstico histopatológico foi de neoplasia maligna (adenocarcinoma e GIST).

CONCLUSÃO

Os relatos dos casos aqui apresentados confirmam que as neoplasias malignas são as principais etiologias na intussuscepção intestinal no adulto, notadamente quando ocorrem no cólon. O tratamento deve ser a ressecção cirúrgica, seguindo os preceitos da cirurgia oncológica, sem tentativa de redução prévia.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer as inestimáveis contribuições das Dras. Rosa Cirne de Azevedo Foinquinos e Consuelo Antunes Barreto Lins, patologistas do Hospital Barão de Lucena.

SUMMARY: While intussusception is relatively common in children, it is infrequently seen in adults. The symptoms and signs are non-specific and intussusception often is misdiagnosed in the adult population. The purpose of the present work is to report two cases of adult intussusception caused by adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumour (GIST). Case 1 - a 73-year-old male with complaints of abdominal pain, abnormal evacuations and bloody stools of five months duration. Physical examination revealed a palpable mass in the medium rectum. Abdominal sonography showed a "target" lesion in the left lower quadrant. Case 2 - a 53-year-old woman presented to the ambulatory with abdominal distension and crampy abdominal pain for two years. The patient also reported bloody stools, loss of weight and difficulty to evacuate. Her abdomen was soft with a palpable mass in the left lower quadrant, besides a rectal tumour at ± 8 cm from anal verge. The rectosigmoidoscopy showed a mass in the rectum with necrotic signs. The patients were submitted to exploratory laparotomy that confirmed the diagnosis of sigmoidorectal intussusception in both cases. No attempts were made to reduce the intussusception prior to resection. We proceeded to a colorectal anastomosis in case 1 and a terminal colostomy in case 2. Pathological examination revealed adenocarcinoma in case 1 and gastrointestinal stromal tumour (GIST) in case 2. Adult intussusception is associated with a defined pathologic lesion or lead point in the majority of cases. Treatment should involve surgical resection of the involved segment of the bowel without attempts of reduction.

Key words: Intussusception, invagination, adult intussusception, adenocarcinoma, GIST

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azar T, Berger DL: Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997; 226: 134-8.
2. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981; 193: 230-6.
3. Coleman MJ, Hugh TB, May RE, Jensen MJ: Intussusception in the adult. *Aust N Z J Surg.* 1981; 51: 179-80.
4. Agha FP: Intussusception in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 1986; 146: 527-31.
5. Carter CR, Morton AL: Adult intussusception in Glasgow, UK. *Br J Surg.* 1989; 76: 727.
6. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH: Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg.* 1989; 158: 25-8.
7. Hamaloglu E, Yavuz B: Intussusception in adults. *Panminerva Med.* 1990; 32: 118-21.
8. Begos DG, Sandor A, Modlin IM: The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997; 173: 88-94.
9. Tan KY, Tan SM, Tan AG, Chen CY, Chng HC, Hoe MN: Adult intussusception: experience in Singapore. *ANZ J Surg.* 2003; 73: 1044-7.
10. Sachs M, Encke A: Entero-enteral invagination of the small intestine in adults. A rare cause of "uncertain abdomen". *Langenbecks Arch Chir.* 1993; 378: 288-91.
11. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981; 193: 230-6.
12. Sanders GB, Hagan WH, Kinnaird DW: Adult intussusception and carcinoma of the colon. *Ann Surg.* 1958; 147: 796-804.
13. Pracros JP, Tran-Minh VA, Morin de Finfe CH, Deffrenne-Pracros P, Louis D, Basset T: Acute intestinal intussusception in children. Contribution of ultrasonography (145 cases). *Ann Radiol (Paris).* 1987; 30: 525-30.
14. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W 2nd: Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg.* 1971; 121: 531-5.

Endereço para correspondência:

Maurilio Toscano de Lucena
R. Esmeraldino Bandeira, 395/1102
Graças
52011-090 - Recife-PE
Fone: (081) 3242-9747 e (081) 99765232.
E-mail: mtlucena@terra.com.br