

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

FERNANDA BEATRIZ SILVEIRA CALDAS

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS
ASSOCIADA A LIPOMA: RELATO DE CASO**

JOÃO PESSOA

2013

FERNANDA BEATRIZ SILVEIRA CALDAS

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS
ASSOCIADA A LIPOMA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, desenvolvido como requisito para obtenção do diploma de nível superior, referente ao curso de Medicina, na Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Cássio Virgílio Cavalcante de Oliveira

JOÃO PESSOA

2013

RESUMO

A intussuscepção intestinal em adultos é rara, correspondendo a 5% de todos os casos de intussuscepção, sendo responsável por 1% das obstruções intestinais nessa faixa etária. É uma condição comum em crianças, sendo geralmente idiopática. Porém, em adultos apresenta etiologia bem definida, sendo 60% dos casos induzidos por neoplasia maligna. Dentre as neoplasias gastrintestinais benignas, a incidência de lipomas é de apenas 2,6%, localizando-se mais frequentemente no ceco. A sintomatologia é vaga e o diagnóstico precoce ainda é um desafio para os cirurgiões. O tratamento é controverso e deve ser individualizado. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de uma paciente com intussuscepção ileocecal causada por lipoma medindo 9cm, cujo tratamento foi realizado por videolaparoscopia de emergência, devido a um quadro de obstrução intestinal aguda.

PALAVRAS-CHAVE: intussuscepção em adultos, intussuscepção ileocecal, lipoma intestinal.

ABSTRACT

Intestinal intussusception in adults is rare, accounting for 5% of all cases of intussusception, being responsible for 1% of intestinal obstruction in this age group. It is a common condition in children and is usually idiopathic. However, in adults the aetiology is well defined, being 60% of the cases induced malignancy. Among the benign gastrointestinal malignancies, the incidence of lipomas is only 2.6%, being located more often in the cecum. The symptoms are vague and early diagnosis remains a challenge for surgeons. Treatment is controversial and should be individualized. The objective of this work is to present a case report of a patient with ileocecal intussusception caused by lipoma measuring 9cm. He was treated by laparoscopy emergency due to an acute intestinal obstruction.

KEY-WORDS: adult intussusception; ileocecalintussusception; intestinal lipoma.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é a migração de um segmento proximal do intestino para o interior de segmento distal adjacente^{1,2}. É uma causa frequente de obstrução intestinal em crianças, porém é incomum em adultos. A intussuscepção intestinal em adultos corresponde a 5% de todos os casos de intussuscepção intestinal, ocasionando apenas 1% dos quadros de obstrução intestinal nesse grupo de pacientes⁵.

Nos adultos, a etiologia geralmente é maligna e a sintomatologia é inespecífica^{1,3}. Em menor frequência, as neoplasias benignas também podem causar intussuscepção⁴. Nesses casos o lipoma é tumor benigno mais comum^{4,5}.

Assim, o objetivo desse trabalho consiste em descrever um caso clínico envolvendo intussuscepção intestinal em adultos de rara etiologia. Além disso, espera-se estimular o desenvolvimento de novos estudos e técnicas de tratamento envolvendo o tema, além de contribuir com pesquisas de atualização da incidência desse distúrbio.

Foi realizada uma revisão de literatura a respeito dos métodos de diagnóstico e tratamento atuais dessa condição, contribuindo com o enriquecimento do saber médico.

CASO CLÍNICO

Paciente, 32 anos, sexo feminino, secretária, natural e procedente de João Pessoa. Procurou atendimento no pronto-socorro com queixa de dor do tipo cólica em mesogástrio há aproximadamente um dia. Apresentava história de dor periumbilical e intermitente, desencadeada por alimentação há três meses. Não referiu outros sintomas, como perda de peso, ou internação hospitalar em detrimento do quadro.

Após esse período, ocorreu uma exacerbação aguda do quadro doloroso, associada a náuseas, distensão abdominal, parada de eliminação das fezes e flatulência. Negava vômitos ou febre. À ectoscopia, encontrava-se em estado geral regular, desidratada, taquicárdica e eupnéica.

Ao exame físico, o abdome estava distendido, flácido, com massa móvel, indolor, medindo cerca de 10cm, palpável em mesogástrio. Apresentava hipertimpanismo difuso e ruído hidroaéreos metálicos. Não foram palpadas visceromegalias. Os outros aparelhos avaliados durante o exame físico geral não tinham alterações.

Foi investigada através de tomografia computadorizada (TC) de abdome, com achado de alças intestinais distendidas e presença de massa sugestiva de alça

intussusceptada em topografia de cólon direito. Tratava-se de uma intussuscepção ileocecal, com massa localizada no ceco, medindo 9cm.

O tratamento de escolha para o caso foi a realização de colectomia direita de urgência, através de videolaparoscopia. O resultado do exame histopatológico da peça cirúrgica revelou a presença de lipoma, o qual não foi identificado pela TC. A paciente teve alta no terceiro dia de pós-operatório, evoluindo sem intercorrências.



Figura 1. Alça intestinal ressecada com lipoma intraluminal.

DISCUSSÃO

A intussuscepção ou invaginação intestinal ocorre quando um segmento proximal do intestino (intussuscepto) migra para a luz do segmento distal adjacente (intussusceptiente), podendo acarretar em obstrução intestinal^{1,2}. A maioria é anterógrada, ou seja, segue a direção da peristalse normal, embora ocasionalmente seja retrógrada^{3,4}.

Trata-se de uma condição comum na idade pediátrica, porém bastante rara em adultos. Apenas 5% de todos os casos de intussuscepção intestinal acometem estes, sendo a invaginação responsável por 1% dos quadros de obstrução intestinal nessa mesma faixa etária⁵.

A apresentação clínica em adultos difere da pediátrica. Nos adultos, 90% dos casos tem etiologia bem definida, geralmente associada a lesões da parede intestinal, porém a sintomatologia é inespecífica^{1,3}. Já nas crianças, a intussuscepção corresponde a principal causa de oclusão intestinal, o quadro clínico é mais característico e apenas 10% dos casos possui etiologia estabelecida^{1,2}.

Qualquer lesão na parede intestinal ou corpo estranho que irrite seu lúmen pode modificar o padrão de peristalse normal, levando a intussuscepção⁶. O mecanismo de formação está relacionado a um estímulo dentro ou fora da parede intestinal, que induz a contração de uma área proximal ao mesmo tempo em que relaxa a região adjacente distal, podendo precipitar uma invaginação^{6,3,4}. A partir do momento em que esta se forma, o edema invade a região, evoluindo para necrose e gangrena se o tratamento não for estabelecido³.

A intussuscepção pode acometer qualquer região do trato gastrointestinal abaixo do cardia⁴ e é classificada de acordo com sua localização. Desse modo, a intussuscepção intestinal é classificada em: entérica, íleo-cólica, ileocecal e colócólica⁷. A entérica pode ser jejuno-jejunal, jejuno-ileal ou íleo-ileal; a íleo-cólica ocorre pela protrusão do íleo através da válvula ileocecal; na ileocecal, a válvula ileocecal ou o ceco invaginam para o cólon ascendente^{7,4}.

Brayton e Norris⁴, em 1954, demonstraram em uma revisão com 745 pacientes, que 39% de todas as intussuscepções em adultos são entéricas, 17% são restritas ao cólon, 16% são ileocecais, 13% são íleo-cólicas e 4% envolvem apenas o ceco e o apêndice. Já em crianças, a maioria são ileocecais^{2,4}.

A etiologia mais comum de intussuscepção intestinal em adultos são as neoplasias. As de origem maligna correspondem a aproximadamente 60% dos casos e são mais frequentes no intestino grosso^{4,8,9}. A neoplasia maligna em cólon mais frequente, levando a invaginação, é o adenocarcinoma, também sendo relatados quadros ocasionados por leiomiosarcomas, sarcomas de células reticulares, linfosarcomas e metástases^{7,9}.

As lesões malignas que mais acometem o intestino delgado são as metástases e o melanoma⁹. Porém, as neoplasias benignas são predominantes neste, como os pólipos Peutz-Jeghers, lipomas, fibromas, leiomiomas, hamartomas e aderências^{9,10}. Quando encontradas no cólon, pólipos e lipomas tem maior frequência⁹.

Os lipomas correspondem a 5% de todos os tumores gastrointestinais e a 10% das neoplasias benignas do trato gastrintestinal¹¹. Segundo Mayo et al¹², em uma revisão com mais de 4000 casos de neoplasias gastrointestinais benignas, a

incidência de lipomas foi de 2,6%, correspondendo a uma rara etiologia de invaginação intestinal.

Eles são ligeiramente mais comuns em mulheres e após os 50 anos de idade^{8,13}. 90% são submucosos, os demais são subserosos ou acometem os apêndices epilóicos^{14,15,16}. Podem ser encontrados em todo trato gastrointestinal, porém são mais frequentes em cólon direito e a maioria se localiza no ceco¹⁷.

Namikawa et al (2012)¹⁰ mostrou que 50 casos de intussuscepção intestinal em adultos causados por lipoma foram relatados na literatura inglesa de 2001 a 2010, cuja localização das lesões se distribuíram da seguinte maneira: 2 casos no estômago, 4 no jejuno, 21 no íleo, 3 no ceco, 7 no cólon ascendente, 6 no cólon transversal, 4 no cólon descendente e 3 no sigmóide.

Geralmente são assintomáticos, sendo encontrados ao acaso através de uma colonoscopia, cirurgia, exames radiológicos ou autópsia¹⁸. Porém, lesões com mais de 2cm, produzem sintomatologia inespecífica, como dor abdominal, diarreia e sangramento¹⁶. Menos de 20% causam intussuscepção e obstrução^{19,20}.

O diagnóstico precoce de intussuscepção em adultos ainda é um desafio para os cirurgiões, devido a uma grande variedade de sintomas, quadro clínico crônico e dificuldade em examinar o intestino delgado¹⁰. O sintoma mais comum é a dor abdominal, seguida por vômito e sangramento retal²¹. Em 24-42% dos pacientes encontram-se massas palpáveis, as quais, se identificadas apenas na presença de sintomas, são altamente sugestivas de invaginação ou volvo²¹.

Apenas 32 a 50% dos casos são diagnosticados no pré-operatório⁹. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado através de uma laparotomia, em detrimento de um quadro de obstrução intestinal aguda^{3,5}. A radiografia simples de abdome e o enema baritado tem sido utilizados por décadas, porém, atualmente, exames como a ultrasonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) melhoraram a capacidade diagnóstica⁹.

A radiologia convencional permite apenas o diagnóstico do quadro oclusivo, apresentando baixa sensibilidade e especificidade^{1,9}. No enema baritado, a intussuscepção pode ter o aspecto de “mola espiralada” ou “mola alongada”, caso

haja comprometimento vascular. Porém, se o edema impedir o influxo de contraste, a invaginação aparecerá apenas como uma massa intraluminal obstrutiva⁹.

A USG de abdome pode sugerir a intussuscepção, quando o transdutor é orientado transversalmente a invaginação, através da imagem “em alvo” ou quando a intussuscepção é visualizada obliquamente, formando o “sinal do pseudo-rim”^{1,9}. Porém, esses sinais não são patognomônicos, podendo estar presentes em casos de enterocolite ou volvo^{1,9}. A USG com doppler avalia o grau de isquemia das alças intestinais^{1,9}.

A tomografia computadorizada (TC) pode ser diagnóstica ao exibir espessamento da parede intestinal e “lesão em alvo de anéis concêntricos”¹. Segundo Goth et al (2006)²¹, com o crescente uso da TC nos dias atuais, o número de pacientes diagnosticados no pré-operatório aumentou, sendo considerada como o exame mais sensível para o diagnóstico. Nesse trabalho, a TC detectou intussuscepção em 24 de 30 pacientes, enquanto o estudo com bário obteve êxito em apenas 5 de 11 casos.

Embora seja difícil identificar a etiologia da intussuscepção apenas com os métodos diagnósticos de imagem⁹, os lipomas podem ser identificados na TC ou USG como uma massa homogênea, com alta densidade gordura¹⁰. Porém, quando há esteatonecrose, a imagem é heterogênea¹⁰. Assim, o diagnóstico definitivo é realizado pelo estudo anatomopatológico²².

A RM é bem menos utilizada e, em relação à intussuscepção, demonstra características semelhantes às encontradas na TC⁹. Os exames endoscópicos (esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia) são diagnósticos e terapêuticos em casos de intussuscepção colo-cólica e entero-cólica¹.

O tratamento ideal para a intussuscepção intestinal em adultos ainda é controverso, a respeito de quando fazer redução antes da ressecção ou executar apenas a ressecção cirúrgica²³. Weilbaeher et al²⁴ (1971) afirmaram que em adultos, deve-se fazer a ressecção sem redução prévia, independente do sítio anatômico, devido a alta incidência de etiologia maligna.

As correntes contrárias à redução antes da ressecção justificam que há risco de implantação intraluminal ou embolia venosa do tumor em regiões com mucosa

ulcerada, além da possibilidade de perfuração e complicações anastomóticas, se quando há edema e isquemia^{23,24}. Os que são a favor, advogam a vantagem de a redução diminuir a área a ser ressecada²⁵.

Contudo, devido ao fato de a incidência de neoplasias benignas no intestino delgado ser maior, pacientes com intussuscepção entérica podem ser candidatos a redução se tiverem diagnóstico benigno definitivo estabelecido no pré-operatório²⁶. A redução ainda poderá ser feita nos casos em que a ressecção possa acarretar em síndrome do intestino curto²³.

REFERÊNCIAS

1. Rosa, N; Martins, S; Lamelas, J; Rodrigues, M. Invaginação intestinal. Rev Port Coloproct. 2010; 7(3): 140-143.
2. Cunha, FM; Figueirêdo, SS; Nóbrega, BB; Oliveira, GL; Monteiro, SS; Lederman, HM. Intussuscepção em crianças: avaliação por métodos de imagem e abordagem terapêutica. Radiol Bras vol.38 no.3 São Paulo May/June 2005.
3. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. Ann Surg 1970;172(2):306-10.
4. Brayton D, Norris WJ. Intussusception in adults. Am J Surg. 1954; 88(1):32-43.
5. Meshikhes, AW; Al-Momen, SA; Al Talaq, FT; Al-Jarroof, AH. Adult Intussusception Caused by a Lipoma in the Small Bowel: Report of a Case. Surg Today (2005) 35:161–163.
6. Weilbaecher, D; Bolin, JA; Hearn, D; Ogden, W. Intussusception in adults. Review of 160 cases. Am J Surg. 1971;121:531–5.
7. Dean DL, Ellis FH, Jr., Sauer WG. Intussusception in adults. AMA Arch Surg, 1956;73(1):6-11.
8. Singhal, S; Singhal, A; Arora, PK; Tugnait, R; Tiwari, B; Malik, P; Dhuria, AS; Varghese, V; Bharali, MD; Chandrakant, S; Pushkar; Panwar, V; Ballani, A; Gupta, N; Ramteke, VK. Adult ileo-ileo-caecal intussusception: case report and literature review. Case Rep Surg. 2012;2012:789378.
9. Huang BY, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. Radiol Clin North Am. 2003; 41(6):1137-51.

10. Namikawa, T; Hokimoto, N; Okabayashi, T; Kumon, M; Kobayashi, M; Hanazaki, K. Adult ileoileal intussusception induced by an ileal lipoma diagnosed preoperatively: report of a case and review of the literature. *Surg Today* (2012) 42:686–692.
11. Balamoun H, Doughan S: Ileal lipoma. A rare cause of ileocolic intussusception in adults: Case report and literature review. *World J Gastrointest Surg* 2011, 3(1):13–15.
12. C. W. Mayo, R. J. G. Pagtalunan, and D. J. Brown, “Lipoma of the alimentary tract,” *Surgery*, vol. 53, no. 5, pp. 598–603, 1963.
13. S. Boyce and Y. P. Khor, “A colonic submucosal lipoma presenting with recurrent intestinal obstruction attacks,” *BMJ Case Report*, June 2009.
14. Ginzburg L, Weingarten M, Fischer MG. Submucous lipoma of the colon. *Ann Surg* 1958; 148: 767–72.
15. Alponat A, Kok KYY, Goh PMY, Ngoy SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996; 62:918-921.
16. Catania G, Petralia GA, Migliore M, Cardi F. Diffuse colonic lipomatosis with giant hypertrophy of the epiploic appendices and diverticulosis of the colon. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:769-775.
17. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas: report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic Experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:888–893.
18. Jiang L, Jiang LS, Li FY, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5664–7.
19. Tascilar O, Cakmak GK, Gun BD, et al. Clinical evaluation of submucosal colonic lipomas: Decision making. *World J Gastroenterol* 2006; 12): 5075–7.
20. Mouaqit, O; Hasnain, H; Chbani, L; Benjelloun, B; Bouhaddouti, H; Majdoub, KI; Toughrai, I; Laalim, SA; Oussaden, A; Maazaz, K; Amarti, A; Taleb, KA. Adult intussusceptions caused by a lipoma in the jejunum: report of a case and review of the literature. *World Journal of Emergency Surgery* 2012, 7:28.
21. Goth BK, Quah HM, Chow PK, Tan KY, Tay KH, Eu KW, et al. Predictive factors of malignancy in adults with intussusception. *World J Surg* 2006;30(7):1300-4.
22. Oliveira, I; Mesquita, HC; Santiago, RR; Bandeira, JAG; Matos, MF; Guerra, JC; Souza JAS, Carvalho, ACM; Souza, JVS. Lipoma de Intestino Grosso. *Rev Bras Coloproct*, 2003;23(1):28-29.

23. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg.* 1999;188:390–5.
24. D Weilbaecher, J.A Bolin, D Hearn, W Ogden. Intussusception in adults. *Am J Surg*, 121 (1971), pp. 531–535.
25. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989;158:25–8.
26. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981;193:230–6.