

## Intussuscepção intestinal

ELIAS JIRJOSS ILIAS<sup>1</sup>, PAULO KASSAB<sup>2</sup>, OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutores em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Titulares do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo, SP, Brasil

<sup>2</sup> Professor Livre-docente da Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

**Correspondência para:** Elias Jirjoss Ilias, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61, Vila Buarque, São Paulo, SP, Brasil, 01221-020, – eliasilias@hotmail.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 13 anos, gênero feminino, parda, negava doenças prévias. Procurou o pronto-socorro com queixa de emagrecimento de aproximadamente 5 kg em 15 dias (peso = 34,0 kg) e aparecimento de massa abdominal. Ao exame físico de entrada, apresentava-se em regular estado geral, descorada +/4+, desidratada +/4+, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, linfonodos submandibulares de consistência fibroelástica, não aderidos aos planos profundos, ausculta cardíaca e respiratória normais. O abdome apresentava massa móvel, indolor, localizada em flanco esquerdo, de 10 x 4 cm, ruído hidroaéreo presente e diminuído, sem visceromegalias, cicatriz de 4 cm na fossa ilíaca direita de apendicectomia prévia, sem sinais flogísticos e presença de linfonodos inguiniais bilaterais de características inflamatórias. Ao toque retal, apresentava-se indolor, com esfíncter normotenso, fezes pastosas na ampola e sangue na luva.

A paciente foi submetida à tomografia computadorizada (TC) abdominal que revelou imagem sugestiva de intussuscepção no intestino delgado (imagem em alvo) (Figura 1), essa imagem foi vista no ultrassom abdominal realizado posteriormente.

Foi realizada laparotomia exploradora em que foi encontrada invaginação intestinal a 1 metro do ângulo de Treitz (Figura 2). Desfeita a invaginação e palpada lesão



**Figura 1** – Tomografia computadorizada de abdome mostrando a imagem em alvo com múltiplas camadas concêntricas que caracteriza a intussuscepção intestinal.

intraluminal de pólipó retirado através de enterotomia e sutura. A paciente teve boa evolução pós-operatória e alta hospitalar 5 dias após a cirurgia.



**Figura 2** – Alça de delgado mostrando a invaginação intestinal na região do jejuno.

### DISCUSSÃO

A intussuscepção é a causa mais comum, na infância, de obstrução do intestino delgado. Geralmente, ocorre com a invaginação do segmento proximal no distal.

O pico de maior incidência varia do 5º ao 9º mês de vida, nos quais apenas 10%-15% dos casos ocorre após os 2 anos de idade. Existe maior predominância com relação ao sexo masculino (60%-70%), principalmente nos casos de crianças maiores, em uma frequência de 1:1.000 nascidos vivos. Diferenças étnicas e correlação com história familiar não são observadas. A tríade clássica dos sintomas da intussuscepção são dor abdominal aguda, vômitos e eliminação de muco com sangue (“geleia de morango”) pelo reto. A dor, na fase aguda, é caracterizada como intermitente, cuja duração persiste por 4-5 minutos, com intervalos variados de aproximadamente 20 minutos

A presença de massa abdominal é um achado importante no diagnóstico, com uma incidência de 48%, e a localização mais frequente é a flexura hepática. O sintoma inicial mais frequente nas crianças menores é o vômito, ao contrário das crianças maiores, que é a dor abdominal. O primeiro sintoma não se deve ao fator obstrutivo, mas a mecanismo reflexo da dor, que é muito intensa.

Quando a invaginação ocorre no intestino delgado, situação mais rara, espera-se uma sintomatologia obstrutiva mais precoce, com dor, vômitos e enterorragia. Nesse caso, a massa abdominal é mais difícil de ser palpada assim como a realização do diagnóstico. Essa forma normalmente acomete crianças maiores de 2 anos, que, geralmente, apresentam alguma doença que sirva como ponto fixo para a intussuscepção.

A tomografia computadorizada é um ótimo método diagnóstico quando mostra a imagem típica da invaginação intestinal que é a imagem chamada em alvo com camadas concêntricas do intestino invaginado.

A intussuscepção, cuja etiologia seria um ponto fixo, tem uma incidência de apenas 10% dos casos, sendo o divertículo de Meckel o mais comum (75% dos casos), seguido por pólipos intestinais (15% dos casos) e o restante estaria dividido em púrpura de Henoch-Schonlein, linfoma e duplicação ileal.