

Danielle Giorgenon Di Bonifacio¹, Weberson Paulo da Silva¹,
Jean Santana de Souza¹, Pedro Alberto Ferreira Cavichioli¹,
Gabriela Hawane Bortoli França Moreira¹, Gabriela Oliveira Bagano¹,
Alexandre Salles de Faria¹, Vinicius Rodrigo de Fábio Lima¹

Obstructive acute abdomen secondary to intestinal intussusception

Abdome agudo obstrutivo secundário a intussuscepção intestinal

ABSTRACT| Introduction: *Intestinal intussusception results from the invagination of a portion of the intestine into another adjacent segment, a situation that generates obstruction. This condition usually occurs due to a potentially malignant lesion. Objective:* Description of the diagnosis and treatment of a clinical case of acute abdomen in an adult patient, showing intestinal intussusception and tumor in the small intestine. **Methods:** This is a descriptive study in the form of a case report, in which data were extracted from the medical records of a single patient. **Case report:** D.N.V., male, 26 years old, was admitted to the hospital emergency room due to a complaint of pain in the hypogastrium for three days, of moderate intensity, with partial improvement with analgesia, associated with nausea, vomiting, hemochezia and denies weight loss. Physical examination indicated regular general status, pain on palpation in the left flank and iliac fossa, no signs of peritonism. Laboratory tests and abdominal tomography were requested, which showed a volvulus of the small intestine with intussusception. The patient was submitted to exploratory laparotomy which confirmed the intestinal intussusception and the tumor in the jejunum. Then, resection of the affected segment was performed. **Conclusion:** Intestinal intussusception presents a different clinical picture when compared to adults and the pediatric population due to less specific symptoms. Intussusception becomes secondary to a malignant lesion located in the jejunum, with resection being the indicated procedure. A detailed investigation enables a more assertive prognosis, reduces complications, and may resolve the clinical picture more efficiently.

Keywords| Intussusception; Small intestine; Acute abdomen; Adenocarcinoma.

RESUMO| Introdução: A intussuscepção intestinal advém da invaginação de uma porção do intestino para outro segmento adjacente, situação que gera obstrução. Esta condição, ocorre geralmente por uma lesão potencialmente maligna. **Objetivo:** Descrição do diagnóstico e tratamento de caso clínico de abdome agudo em um paciente adulto, sendo evidenciado intussuscepção intestinal e tumoração em intestino delgado. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo em forma de relato de caso, nos quais os dados foram extraídos do prontuário de um único paciente. **Relato de caso:** D.N.V., masculino, 26 anos, foi admitido na emergência do hospital motivado a queixa de dor em hipogástrio há três dias, de moderada intensidade, com melhora parcial a analgesia, associado a náuseas, vômitos, hemoquezia e nega perda ponderal. O exame físico indicou regular estado geral, dor à palpação em flanco e fossa ilíaca à esquerda, ausência sinais de peritonismo. Foram solicitados exames laboratoriais e tomografia de abdome que evidenciou um volvo de intestino delgado com intussuscepção. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora que confirmou a intussuscepção intestinal e a tumoração em jejuno. Em seguida realizada ressecção do segmento acometido. **Conclusão:** A intussuscepção intestinal apresenta quadro clínico diferente se comparado adultos e a população pediátrica devido aos sintomas menos específicos. A intussuscepção torna-se secundária frente a lesão maligna localizada no jejuno, sendo a ressecção a conduta indicada. Uma investigação detalhada possibilita um prognóstico mais assertivo, reduz complicações e poderá solucionar o quadro clínico de forma mais eficiente.

Palavras-chave| Intussuscepção; Intestino delgado; Abdome agudo; Adenocarcinoma.

¹Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção é uma condição infrequente em adultos, com maior incidência na população pediátrica, de difícil diagnóstico e que apresenta, nesta faixa etária e na maioria dos casos, um fator precipitante¹. Consiste na introdução de um segmento proximal do trato gastrointestinal (TGI), seja este acometido por linfonodo ou lesão estrutural definida, na luz do segmento distal², representando cerca de 1 a 5% dos quadros de abdome agudo obstrutivo³. O diagnóstico baseia-se na elevada suspeita clínica auxiliada por exames complementares, como ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdômen, com achados típicos da doença como “sinal do alvo”, assim como colonoscopia, no entanto, o diagnóstico definitivo é firmado no intraoperatório. O tratamento requer abordagem individualizada, mas comumente resulta em ressecções dos segmentos intestinais envolvidos, pois a causa da invaginação intestinal costuma ser uma lesão potencialmente maligna⁴.

As neoplasias malignas do intestino delgado são raras e representam, em média, 2 a 3% das neoplasias gastrintestinais^{10,11}. São mais de 40 tipos histopatológicos de neoplasia do intestino delgado, sendo que mais de 95% dos casos malignos são adenocarcinomas, tumores estromais gastrintestinais (GIST - *gastrointestinal stromal tumors*), carcinoides ou linfomas, com diagnóstico muitas vezes tardio, ocorrendo em uma complicação aguda da doença¹², sendo necessário, portanto, elevado índice de suspeita para oferecer diagnóstico e tratamento precoces.

Embora não seja considerado uma fonte científica de alto nível de evidência (nível VII)¹³, o relato de caso contribui com informações que, em geral, podem fornecer subsídios para melhor tratamento e segmento de pacientes em situações diversas. Apesar desta problemática, o presente trabalho agrega tema e dados relevantes para sociedade científica, enriquecendo os bancos de pesquisa acadêmica.

Sendo assim, o objetivo do trabalho consiste em relatar o caso, pautado no estudo de artigos científicos, de um paciente adulto com quadro de abdome agudo e diagnosticado tomográfico de intussuscepção, sendo evidenciada tumoração em jejuno, que corrobora para máxima de que neste grupo de pacientes, o diagnóstico em questão está associado a lesões secundárias e neoplasia, tanto quanto a ressecção cirúrgica do segmento acometido como conduta preconizada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo em forma de relato de caso, nos quais os dados foram extraídos do prontuário de um único paciente, que incluem: evolução médica progressa, entrevista com o paciente, exames de imagem e descrição de procedimento cirúrgico utilizados para registro do manejo clínico-cirúrgico do paciente. As informações que compuseram a base teórica foram extraídas de 13 artigos científicos, coletados no período de 25 a 30 de dezembro de 2022 nas bases de dados digitais da Scielo, PubMed, EBSCO e *ScienceDirect*, os termos utilizados para busca foram “*adult intestinal intussusception*” e “*intestinal intussusception AND adult*”. Foram incluídos no estudo, artigos que discorreram sobre a temática de intussuscepção intestinal no adulto e os relatos de caso apenas em adultos, escritos na língua inglesa ou portuguesa. Foram excluídos artigos com metodologia série de casos e artigos com erros metodológicos.

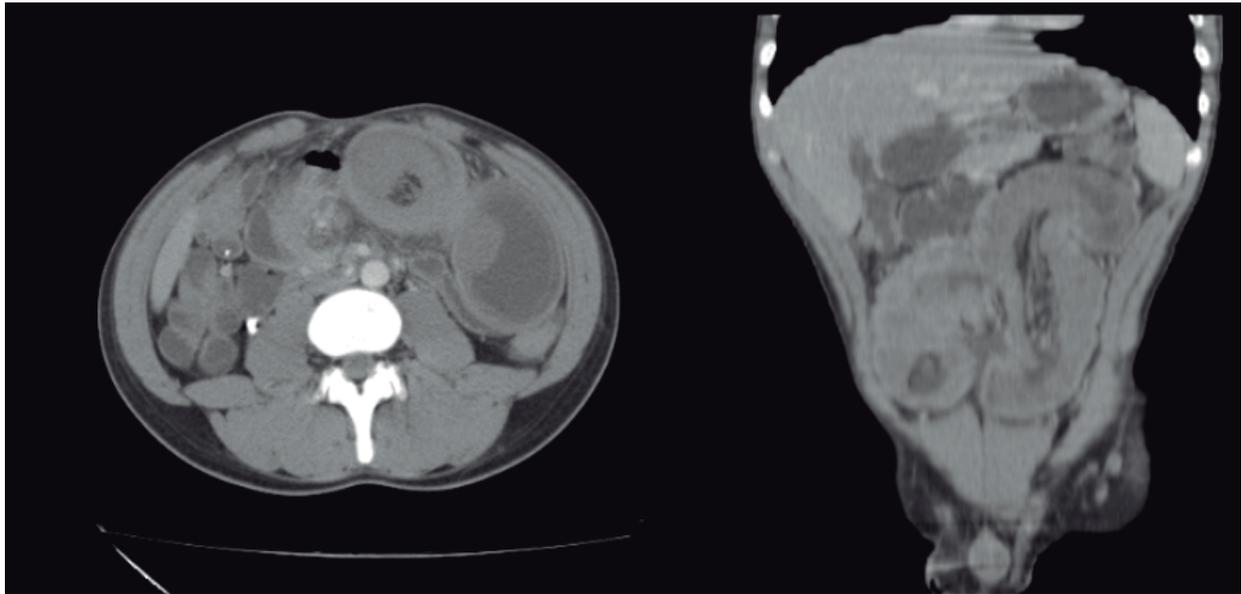
RELATO DO CASO

DNV, masculino, 26 a, admitido na emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto-SP com queixa de dor em hipogástrio há 3 dias, tipo cólica, de moderada intensidade, com melhora parcial com analgésicos, sem fator de piora, associado a náuseas, vômitos, hematoquezia. Nega episódios febris, nega perda de peso. Sem alterações urinárias. Antecedentes pessoais: anemia falciforme. Nega hipertensão arterial, diabetes, etilismo e tabagismo.

Ao exame físico o estado geral regular, orientado, consciente, eupneico, hipocorado +/4+, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presentes em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios. Aparelho digestivo: abdome doloroso à palpação em flanco e fossa ilíaca à esquerda, sem sinais de peritonismo. Toque retal: sangue vivo em dedo de luva. Toque retal: esfíncter normotônico, ausência de lesões e tumorações, presença de sangue em dedo de luva. Membros superiores e inferiores - sem edemas, boa perfusão.

Complementada investigação com exames laboratoriais e TC de abdome com evidência de volvo do intestino delgado (jejuno) com intussuscepção intestinal (Figura 1).

Figura 1 - TC de abdômen com contraste. Seta mostra região de intussuscepção



Fonte: Prontuário médico do paciente.

Foi feita a hipótese diagnóstica de intussuscepção intestinal, realizado suporte clínico e indicada laparotomia exploradora. No inventário da cavidade havia intussuscepção intestinal a 20 cm da válvula ileocecal, evidenciado tumoração em jejuno proximal a 30 cm da válvula ileocecal.

Realizado enterectomia segmentar enteroanastomose. No anatomopatológico foi visualizado lesão vegetante medindo cerca de 3,1 cm e distando 3,7 cm da margem cirúrgica mais próxima. No mesentério três linfonodos que foram todos incluídos, o maior de 0,7 cm.

Exame citopatológico do líquido ascítico: ausência de células atípicas, predomínio de hemácias, esparsos linfócitos e macrófagos, raras células de padrão mesotelial e fundo sero-hemático.

Exame macroscópico - segmento intestinal medindo 10,8 cm de comprimento e 4,6 cm de diâmetro externo. A serosa é lisa e congesta. A mucosa exibe lesão vegetante medindo 3,1cm e distando 3,7 cm da margem cirúrgica mais próxima.

Exame microscópico - segmento intestinal com adenocarcinoma invasivo bem diferenciado, ulcerado, com foco de diferenciação mucinosa, originando-se em adenoma túbulo-viloso e infiltrando até camada muscular própria.

As margens cirúrgicas proximal, radial e distal estão livres de neoplasia nos cortes histológicos avaliados. Ausência de metástases nos três linfonodos avaliados.

Por fim, o paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, funções fisiológicas preservadas, estável hemodinamicamente em boas condições clínicas de alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório com seguimento ambulatorial com a oncologia clínica.

DISCUSSÃO

A intussuscepção intestinal é rara em adultos e mais comum na faixa etária pediátrica, apresentando na grande maioria das vezes um fator etiológico associado. Os locais preferenciais de ocorrência são as junções dos segmentos livremente móveis com os segmentos retroperitoneais (região ileocecal) ou fixos através de aderências^{1,2}. A ocorrência da intussuscepção no intestino grosso, ao contrário do delgado, fala a favor de uma etiologia maligna na maioria das referências bibliográficas consultadas³.

Os sintomas de intussuscepção no adulto, diferentemente da criança, são geralmente inespecíficos e crônicos, sugerindo obstrução intestinal na maioria das vezes.

A apresentação atípica do estágio inicial resulta em diagnóstico difícil, necessitando de um certo grau de suspeição mediante quadros de dor abdominal com sintomas vagos⁵. Apesar de ter sido feito o diagnóstico pré-operatório no relato em questão, a literatura informa que o mesmo só é possível em apenas 32% dos casos e que costuma ser feito já em estágio com complicações (como obstrução ou perfuração) naqueles cuja causa primária é neoplasia de intestino delgado⁶.

O tratamento instituído foi a ressecção cirúrgica, sem tentativa de redução prévia. Embora controverso, a maioria dos autores concordam que a ressecção é necessária, já que uma lesão patológica maligna, está presente na maioria dos casos³. Tal suposição foi confirmada no caso supracitado, sendo o diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de intestino delgado.

Sobre a neoplasia de intestino delgado, alguns aspectos presentes neste caso chamam atenção: a idade do paciente, que se encontrava na 2ª década de vida ao diagnóstico, não se encaixando na faixa etária de 50 – 60 anos, que é a mais acometida pela doença; o tipo histológico do paciente em pauta era o adenocarcinoma, que atualmente não é mais considerado o tipo mais comum, uma vez que as últimas revisões sistemáticas sobre o tema tem demonstrado uma maior prevalência do tumor Neuroendócrino; a localização era em Jejunum, porém a maioria das fontes demonstraram que o sítio mais frequente é o Íleo⁷; por fim, a sintomatologia apresentada, pois apesar de integrar o espectro clínico da neoplasia de delgado, a hemorragia digestiva não é a sua forma mais comum de apresentação, embora tenha sido observada neste caso⁵.

É conhecida a associação da Anemia Falciforme com quadros de dor abdominal aguda principalmente relacionadas a fenômenos vaso-oclusivos e eventos isquêmicos⁸, bem como a associação com um risco maior de desenvolvimento de neoplasias hematológicas⁹. Apesar de haver estas já descritas complicações da doença falciforme, cabe investigar em estudos futuros se tal patologia se correlaciona com os fenômenos descritos neste relato (intussuscepção intestinal e neoplasia de intestino delgado) ou se foram condições apenas coexistentes neste caso. A importância dessa informação se justifica pela maior incidência de desfechos oncológicos desfavoráveis na população falcêmica.

CONCLUSÃO

A ocorrência de intussuscepção intestinal é rara em adultos e seu diagnóstico é desafiador, porém necessita ser feito com brevidade pelo risco de complicações do quadro. Embora controverso, a maioria dos autores propõe que a ressecção cirúrgica constitui a melhor opção terapêutica, uma vez que uma lesão maligna está presente na maioria dos casos - como neste, em que a peça cirúrgica teve anatomopatológico compatível com Adenocarcinoma de Intestino Delgado. Ademais, seria importante futuros estudos investigarem se a Anemia Falciforme constitui fator de risco para as complicações gastrointestinais relatadas ou se neste caso seria apenas uma condição coexistente.

REFERÊNCIAS

1. Weiss MB, Barradas de Menezes R. Adult colonic intussusception: a case report. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(1):129-131.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*. 1997;226:134-138.
3. Hanan B, Diniz TR, Luz MMP, Conceição SA, Silva RG, Lacerda-Filho A. Intussuscepção intestinal em adultos. *Rev bras Coloproct*. 2007;27(4):432-438.
4. Beckmann GA et al. Intussuscepção Intestinal em Adulto – Um relato de caso. *Rev Med Saude Brasilia* 2016; 5(1):52-8. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6716/4326>.
5. Ciresi DL, Scholten DJ. The continuing clinical dilemma of primary tumors of the small intestine. *Am Surg*. 1995 Aug;61(8):698-702. PMID: 7618809.
6. Negoï I, Paun S, Hostiuc S, Stoica B, Tanase I, Negoï RI, Beuran M. Most small bowel cancers are revealed by a complication. *Einstein (São Paulo)*. 2015 Oct-Dec;13(4):500-505. DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3380. Epub 2015 Dec 11. PMID: 26676271; PMCID: PMC4878621.
7. Martins ACA et al. Neoplasias do intestino delgado: experiência de cinco anos. *Rev Col Bras Cir*.

2001 Sep;28(5):342-346. DOI: 10.1590/S0100-69912001000500006

8. Paydas S. Sickle cell anemia and hematological neoplasias. *Leuk Lymphoma*. 2002 Jul;43(7):1431-4. DOI: 10.1080/1042819022386833. PMID: 12389625.

9. ACP Silva, G Augusto, CM Freitas, P Vicari, JFM Farah, JPVSC Simões, DMV Lima, VLP Figueiredo. Isquemia intestinal aguda por crises vaso-oclusivas crônicas em paciente com anemia falciforme: relato de caso. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2022;44(S2):S47-S48. DOI: 10.1016/j.htct.2022.09.079.

10. Kummar S, Ciesielski TE, Fogarasi MC. Management of small bowel adenocarcinoma. *Oncology (Williston Park)*. 2002;16(10):1364-9.

11. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):5-29.

12. Talamonti MS, Goetz LH, Rao S, Joehl RJ. Primary cancers of the small bowel: analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Arch Surg*. 2002;137(5):564-70.

13. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*. 2007;6:1-4.

Correspondência para/Reprint request to:

Weberson Paulo da Silva

*Rua Carlos Gomes, 40, apto. 34,
Campos Elíseos, Ribeirão Preto/SP, Brasil
CEP: 14085-400*

E-mail: weberson-paulo@hotmail.com

Recebido em: 17/01/2023

Aceito em: 29/03/2023