

INTUSSUSCEPÇÃO COLO-CÓLICA SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA DE CÓLON



Ketzer, BM¹; Lourencini, R²; Cerqueira, BS²; De Moura, GMM³; Adri, CG³; Mota, JO³; Moraes Filho, AC³; Kunizaki, ESB⁴

1. Coordenador da Cirurgia Geral do Hospital Geral do Grajaú (HGG) e Professor da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade de Santo Amaro (UNISA); 2. Médico assistente da Cirurgia Geral do HGG; 3. Acadêmico de medicina da UNISA; 4. Residente do Programa de Cirurgia Geral da UNISA

INTRODUÇÃO

A invaginação da porção proximal do intestino em seu seguimento distal foi descrita pela primeira vez por Paul Barbette de Amsterdã em 1674. A intussuscepção no adulto representa de 1-5% das obstruções intestinais e cerca de 5% do total das intussuscepções na população em geral. A maioria dos casos de intussuscepção no adulto estão associadas a lesão estrutural pré existente.

As lesões malignas geram 30% dos casos de intussuscepção de delgado e 66% das intussuscepções de cólon. As intussuscepções podem ser classificadas de acordo com sua localização em quatro categorias: (1) entero-entérica, (2) colócica, (3) ileo-cólica e (4) ileocecal.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 78 anos, com diagnóstico prévio de hepatite B, procura o PS com queixa de dor abdominal há 30 dias com presença de sangue nas fezes há 15 dias. Ao exame físico de entrada apresentava-se com massa palpável em fossa ilíaca esquerda e hipogástrio, bem delimitada, sem descompressão brusca dolorosa. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste iodado indicou intussuscepção intestinal no cólon descendente, promovendo distensão líquido-gasosa de alças cólicas à montante. Colonoscopia demonstrou lesão abaulada, irregular, com áreas de aspecto necrótico e friável em cólon sigmóide proximal, que impediu progressão do aparelho.

Paciente foi submetida a laparotomia exploradora com achado de intussuscepção do cólon esquerdo ao interior do cólon transverso, e com tumor causando a intussuscepção. Realizada colectomia esquerda com ostomia terminal, paciente encaminhada à UTI por instabilidade hemodinâmica. Paciente morreu no 3º pós-operatório devido choque circulatório. Anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do cólon.

DISCUSSÃO

Embora o mecanismo exato que leva à intussuscepção ainda seja desconhecido, acredita-se que qualquer lesão na parede intestinal ou agente irritante dentro do lúmen que possa levar à alteração da atividade intestinal peristáltica seja capaz de iniciar o processo de invaginação. Os principais locais das intussuscepções colônicas são as regiões flexíveis como sigmóide, transverso e ceco. Em sua maioria, a intussuscepção no adulto está ligada a uma lesão primária que leva à telescopagem intestinal, tendo sua etiologia definida em 70 a 90% dos casos.

O melhor tratamento para a intussuscepção no adulto ainda é controverso, entretanto a literatura indica a ressecção em bloco sem tentativa de redução prévia pela colonoscopia nos casos de intussuscepção colônica, devido à alta probabilidade de malignidade. A redução pré-operatória com bário ou ar, ou a redução manual intra-operatória em geral não é recomendada devido aos riscos de perfuração, disseminação intraluminal de microorganismos ou células neoplásicas e embolização venosa de células neoplásicas. É uma condição que leva ao aumento dos riscos cirúrgicos, devido ao estado friável e edematoso do intestino, com maior chance de perfuração intestinal e complicações na anastomose.



Imagem 1- Foto do intraoperatório demonstrando intussuscepção colócica do cólon descendente sobre o transverso

CONCLUSÃO

A intussuscepção colócica é predisposta por tumores do cólon, sendo o tipo mais prevalente o adenocarcinoma. A colonoscopia é o exame de escolha para diagnóstico, porém predispõe a complicações caso seja desfeita a intussuscepção. A ressecção cirúrgica é o tratamento preferencial para estas lesões, permitindo resultados mais seguros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lyons D, Sidhu S. Missed case of intussusception, a rare cause of abdominal pain in adults: A case report emphasizing the imaging findings and review of the literature. *Radiol Case Rep.* 2019 May 24;14(8):906-910.19.
- Onkendi EO, Grotz TE, Murray JA et al. Adult intussusception in the last 25 years of modern imaging: is surgery still indicated? *J Gastrointest Surg.* 2011;15(10):1699–1705.20.
- Kim KH, Namgung H, Park DG. Adult intussusceptions: preoperative predictive factors for malignant lead point. *Ann Surg Treat Res.* 2014; 86(5):244–248
- Hanan B, Diniz TR, da Luz MM, da Conceição SA, da Silva RG, Lacerda-Filho A: Intussusception in adults: a retrospective study. *Colorectal Dis* 2010;12:574–578.8