

> STEFANY SCARLETH ZAPATA GUTIERREZ . S.Z. Médica Residente, 2º ano de Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI
> Fernanda Arias Lucena. Médica Residente 2 ano de Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI
> Fernanda Borim Pace. Médica Residente 2 ano de Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI
> Romulo Amorim Oliveira. Médico Residente 2 ano de Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI
> Vitor Bergamaschi. Médico Residente 2 ano de Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI
> Cibelle Marion Bertolli - Bertolli, C. M. Orientadora e Médica assistente/Coordenadora de residência em Cirurgia Geral - HOSPITAL NARDINI

INTRODUÇÃO:

A intussuscepção intestinal colo-cólica representa 4% a 5% dos casos de intussuscepção e é causa infrequente (1% a 5%) de obstrução intestinal nos adultos. A clínica é variável e inespecífica, o que torna o diagnóstico difícil e, frequentemente um achado intraoperatório. Ao contrário das crianças que em geral têm sintomas mais clássicos e a intussuscepção é primária ou idiopática, são tratados por redução pneumática ou por enema, nos adultos, a maioria apresenta alguma patologia subjacente associada, por essa razão a ressecção é a conduta mais recomendada

RELATO DE CASO:

GSS, feminino, 75 anos, clínica de dor abdominal difusa há 7 dias, com piora nos últimos 3 dias, associado a náuseas, vômitos, dificuldade de evacuação e eliminação de flatos, além de fezes enegrecidas e emagrecimento de cerca de 10 kg nas últimas 2 semanas. História previa de massa pélvica. Ao exame sinais vitais normais, abdome distendido, timpânico, ruídos diminuídos, dor à palpação em flanco esquerdo e mesogástrio, sim sinais de irritação peritoneal, massa palpável em fossa ilíaca direita e melena ao toque retal. Aos exames laboratoriais, anemia (hb 9,9 g/dl, hto 31,1%), plaquetose de 534000/mm³, leucócitos: 6700/mm³, PCR: 7,40 mg/l. Rx abdominal com distensão de alças de delgado e cólon. A tomografia abdominal (Figura 1) mostrou massa pélvica de 10,0 x 7,3 cm, sinais de oclusão/suboclusão intestinal com ponto obstrutivo em cólon transverso, com sinais de invaginação alça dentro de alça, em flanco esquerdo, podendo representar intussuscepção. Optado por laparotomia exploradora: Com achados de ascite moderada, distensão de delgado e colón direito, desserosamento de ceco, intussuscepção do cólon transverso no colón descendente por tumoração de 5x5 cm em ângulo esplênico de colón transverso (Figura 2). Além de tumor ovariano direito e cisto ovário esquerdo. Realizado colectomia subtotal, ileostomia e colostomia do descendente, linfadenectomia do mesocólon transverso, ooforectomia direita e exérese de cisto ovariano (Figura 3). Paciente apresentou boa resposta pós-operatória, tolerou dieta no 4º dia, recebeu antibioticoterapia até dia 7 e alta no 8º dia em boas condições. Laudo do exame anatomopatológico- adenocarcinoma bem diferenciado em cólon transverso a 19 cm da VIC. Sem invasão vascular, com margens livres. Estadiamento, pT1N0M0. Analisados 47 linfonodos da peça cirúrgica, livres de achados neoplásicos. Ooforectomia direita mostra fibroma de ovário de 13 cm (Figura 3), tuba uterina com congestão das túnicas. Exame imuno-histoquímico, compatível com adenocarcinoma de cólon. Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem sintomas ou sinais de recorrência da neoplasia até data atual.

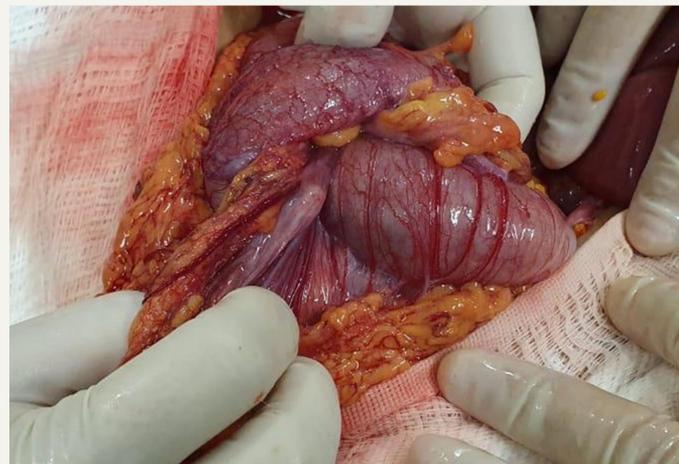


Figura 2: intussuscepção do cólon transverso no colón descendente



Figura 3: Peça cirúrgica: colectomia subtotal, tumoração de colón transverso. Tumor ovariano direito

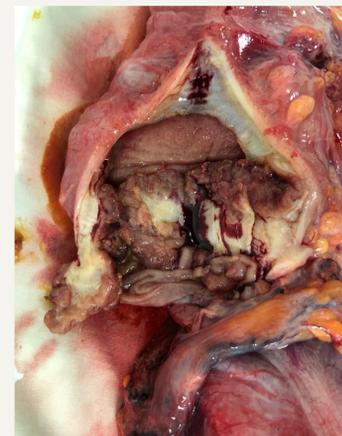


Figura 3: Peça cirúrgica: tumor de colón transverso

DISCUSSÃO

A intussuscepção em adultos é uma condição pouco frequente que representa um desafio diagnóstico e terapêutico. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia inespecífica, sendo a obstrução intestinal muito pouco frequente.

É importante lembrar, devido à grande incidência de condições malignas como causa das intussuscepções, sendo o adenocarcinoma primário a lesão maligna mais comum, realizar uma avaliação adequada junto a exames complementares, sendo a tomografia abdominal o exame mais sensível no momento de avaliar os diagnósticos diferenciais, especialmente em quadros obstrutivos. Portanto na intussuscepção colo-cólica em adultos, a conduta de escolha e a ressecção em bloco do segmento acometido sem redução prévia, considerando e respeitando os princípios oncológicos, é recomendada também anastomose primária entre tecidos viáveis, ou caso essa não seja possível, derivação do trânsito intestinal como apresentado no caso clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morera-Ocon FJ, Hernandez-Montes E, Bernal-Sprekelsen JC: Intestinal invagination in adults: presentation of a case and a review of the Spanish literature. *Cir Esp* 2009, 86:358-362.
2. Begos DG, Sandor A, Modlin I: The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997, 73:88-94.
3. Nagorney DM, Starr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981, 193:230.
4. Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes M. P. Guillén-Paredes, A. Campillo-Soto, J. G. Martín-Lorenzo, J. A. Torralba-Martínez, M. Mengual-Ballester, M. J. Cases-Baldó and J. L. Aguayo-Albasini. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*



Figura 1: Tomografia de abdomen, mostrou "sinal do alvo" ou sinal de olho de boi. Característico de intussuscepção.