

---

## RELATO DE CASO

---

### ***Relato de caso: intussuscepção ileocecal por lipoma em adulto***

**Adrian Joseph Ramos Tannouri<sup>1</sup>, Bernardo Toledo Barros Chatagnier<sup>2</sup>, Mark Fernando Neumaier<sup>1</sup>,  
Marcelo Zeni<sup>1</sup>, Raidel Deucher Ribeiro<sup>1</sup>, Solon Casaletti<sup>1</sup>**

#### **Resumo**

A intussuscepção intestinal ocorre quando um segmento proximal do intestino invagina para o interior de um segmento distal a ele. Embora comum na idade pediátrica, constitui condição relativamente rara em adultos, entretanto, nestes há uma etiologia bem definida e geralmente de natureza maligna na maioria dos casos, ao contrário dos achados em crianças. Os sintomas e a apresentação clínica, apesar de sugerirem um quadro de obstrução intestinal, são bastante variáveis e freqüentemente inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório. O tratamento cirúrgico ideal é contraditório, porém aspectos como a localização da intussuscepção, particularmente nas lesões de topografia entérica, ou naqueles pacientes em que o achado cirúrgico evidencie apenas aderências pós-operatórias, podem determinar uma abordagem mais seletiva do que apenas ressecção. O objetivo do presente artigo é descrever um caso raro de intussuscepção ileocecal por lipoma de ceco em adulto, em que foi realizada redução da invaginação, hemicolectomia direita e íleo-transverso anastomose.

**Descritores:** 1. *Intussuscepção;*  
2. *Adulto;*  
3. *Lipoma.*

#### **Abstract**

The intestinal intussusception occurs when a proximal part of the intestine invaginate into a distal segment. Although common in children, it is a relative rare condition in adults. Intussusception is the first cause of obstruction in children, and in most cases, with no demonstrable cause, while in adults, most cases are the result of malignant tumors. It may require surgical treatment, which ideal technique is controversial. The location, particularly in small intestine lesions, or patients whose surgical findings reveals only post surgical adherence, may need a specific treatment than only resection. The goal of this article is to describe a rare case of intussusception caused by cecal lipoma, which was conducted by surgical reduction with right hemicolectomy and ileo-transverse anastomosis.

**Keywords:** 1. *Intussusception;*  
2. *Adult;*  
3. *Lipoma.*

---

1- Residente de Cirurgia Geral do Hospital Governador Celso Ramos

2- Cirurgião do Hospital Governador Celso Ramos

## Introdução

A intussuscepção do trato intestinal, embora freqüente na idade pediátrica, é rara em adultos. A intussuscepção em adultos tem etiologia bem definida em 90% dos casos<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>. Apresentamos o relato de uma paciente com achado cirúrgico de intussuscepção ileocecal por lipoma cecal, em que foi realizado hemicolectomia direita seguida de íleo-transverso anastomose mecânica.

## Relato de Caso

Paciente do sexo feminino (OVCC), branca, 61 anos, casada, do lar, natural de Nova Veneza (SC) e procedente de Forquilha (SC), admitida no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Florianópolis (SC), em 24 de fevereiro de 2008 com história de diarreia desde o início de novembro de 2007, evoluindo com dor abdominal e perda de peso no período. Portadora de Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Coronariana em uso regular de medicações apropriadas, sem história familiar relevante e submetida a apenas uma cesariana prévia.

Trouxe consigo exames realizados em outro serviço. Na tomografia de abdome superior de 8 de janeiro de 2008, foi identificada dilatação do ângulo hepático do cólon, com espessamento parietal irregular difuso, estendendo-se para o cólon transverso. Além disso, pôde-se observar imagem hipodensa no interior desta alça ao nível do ceco (Fig.1). Na colonoscopia de 22 de janeiro de 2008, houve progressão do instrumento até o cólon transverso proximal, onde se identificou massa tumoral arredondada que obstruía quase totalmente a luz intestinal, impedindo a progressão do exame. O anátomo-patológico indicou lesão ulcerada inespecífica.

Ao exame físico, a ausculta abdominal revelava ruídos hidroaéreos presentes e normais. À palpação, o abdome se apresentava flácido, sem sinais de irritação peritoneal e sem sinais de ascite, sendo identificada massa indolor, relativamente mobilizável em hipocôndrio direito (ângulo hepático). O toque retal não revelou nenhuma particularidade.

Exames laboratoriais em 25 de fevereiro de 2008 revelaram hemoglobina de 9,4g/dl, hematócrito de 31,4%, leucócitos de 10000mm<sup>3</sup>, plaquetas de 345000mm<sup>3</sup>, albumina de 3,5g, proteína total de 5,9g e CEA de 1,51ng/ml (normal até 2,5ng/ml). Sódio, potássio, magnésio, cálcio, TAP e TTPA estavam dentro do limite da normalidade.

A paciente foi submetida à laparotomia exploradora em 29 de fevereiro de 2008, que evidenciou: 1) intussuscepção de tumor primário de ceco até o cólon transverso (Fig.2); 2) ausência de metástases loco-regionais e/ou à distância; 3) ausência de ascite. Inicialmente foi realizado o descolamento do ceco e do cólon transverso, após a redução manual da intussuscepção tumoral (Fig.3). Em seguida, secção ileal há ±10cm da válvula íleo-cecal e secção do cólon transverso há ±10cm distalmente ao local onde estava situado o tumor deslocado (hemicolectomia direita). Finalmente, ligadura dos vasos mesentéricos na base do mesocólon, com retirada da peça em monobloco, seguida de íleo-transverso anastomose mecânica.

Ao exame macroscópico, foi identificada, na porção inferior do ceco, lesão ulcerada extraluminal, untuosa e amarelada, que media ±4cm e comprimiu a válvula íleo-cecal. Já o exame histopatológico revelou lipoma de parede cecal, ulcerado na face peritoneal, com compressão de parede intestinal, obstrução e sofrimento de alças. Outras duas lesões ulceradas foram identificadas: a primeira medindo 2cm, localizada no cólon transverso a 6cm da margem distal; e a segunda medindo 1cm, localizada a 19cm da margem distal; ambas de caráter não-neoplásico. O apêndice cecal não mostrou alterações.

## Discussão

A intussuscepção é definida por invaginação de segmento proximal do intestino para o interior de segmento distal<sup>6</sup>. Constitui condição relativamente rara em adultos, em torno de 5% de todas as intussuscepções<sup>2, 3</sup>, e responsável por apenas 1-5% das obstruções intestinais nessa faixa etária<sup>1, 7, 8</sup>. As causas de intussuscepção diferem bastante entre pacientes pediátricos e adultos. Ao contrário das intussuscepções em crianças, nas quais apenas em 10% dos casos existe etiologia bem definida, nos adultos existe processo patológico identificável em 90% dos casos<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>.

Na classificação utilizada por Dean et al<sup>9</sup>, a intussuscepção intestinal pode ser dividida em 4 tipos, de acordo com a localização da lesão: 1) entérica (intestino delgado invaginando para o interior de intestino delgado); 2) ileocecal (válvula ileocecal ou cólon constituem pontos chave da invaginação); 3) íleo-cólica (íleo protruído para o interior da válvula ileocecal e subseqüentemente para o ceco); 4) colo-cólica (cólon invaginando para o interior do cólon).

A intussuscepção ileocecal constitui aproximadamente 15-30% de todas as intussuscepções e resulta da invaginação do apêndice, ceco e válvula ileocecal para o cólon ascendente ou transverso<sup>10, 11</sup>. Nesta localização existe predominância de lesões de etiologia maligna<sup>6, 10, 12</sup>. Segundo a literatura, a intussuscepção causada por lipoma de cólon ocorre com frequência de 1,6 a 9% de todas as invaginações intestinais<sup>1, 6, 12</sup>, o que confirma a raridade do achado cirúrgico aqui retratado.

Os sintomas e a apresentação clínica são frequentemente inespecíficos e arrastados, sugerindo quadro de obstrução intestinal. Dor abdominal é o sintoma mais comum (95-97%), seguido por vômitos (41,7-78%) e sangramento intestinal (23,3-26%)<sup>1, 2, 3</sup>. A diarreia, sintoma inicial apresentado pela paciente retratada no caso, tem prevalência de 7-28,3%<sup>1, 6, 12</sup>. Além disso, massas palpáveis estão presentes em 24-42% dos pacientes e a identificação de massa móvel ou palpável, apenas quando os sintomas estão presentes, sugerem intussuscepção ou volvo<sup>3, 9, 13</sup>.

O diagnóstico pré-operatório da intussuscepção em adultos geralmente é difícil, sendo realizado muitas vezes apenas durante a laparotomia<sup>1, 6, 11</sup>. Atualmente a maioria dos autores sugere a tomografia computadorizada como método de imagem de maior acurácia para o diagnóstico<sup>1, 6</sup>, entretanto, o enema baritado pode ser útil nas intussuscepções de cólon<sup>12</sup>.

O tratamento ideal para as intussuscepções em adultos permanece controverso. Proponentes da ressecção primária mencionam a elevada incidência de lesão maligna especialmente em lesões colônicas, o que torna mandatário a ressecção em bloco<sup>1, 6</sup>. Além disso, a incapacidade de diferenciar uma lesão de etiologia benigna ou maligna, tanto no pré-operatório como no trans-operatório, também determina que intussuscepções entéricas devem ser ressecadas sem redução inicial<sup>6, 8</sup>. A redução de intussuscepção por lesão maligna é potencialmente prejudicial, pelo risco teórico de metastatizar ou embolizar células tumorais para regiões com mucosa ulcerada<sup>5, 6</sup>. Outra desvantagem está relacionada ao risco aumentado de complicações na anastomose, devido ao enfraquecimento da parede intestinal durante a manipulação e ao risco potencial de perfuração<sup>1, 6</sup>.

Por outro lado, alguns autores recomendam abordagem mais seletiva do que apenas ressecção em bloco, levando em consideração o sítio de localização da lesão, o qual, como já mencionado anteriormente,

influencia no tipo de patologia<sup>3, 4, 6, 14</sup>. Desse modo, uma abordagem mais específica pode ser aplicada às lesões entéricas, pois taxa menor de lesões malignas nessa localização tornam o argumento da ressecção inicial menos convincente<sup>6</sup>. Sendo assim, a redução da intussuscepção é preconizada em alguns casos selecionados de pacientes com Síndrome de Peutz-Jeghers<sup>12</sup> ou naqueles submetidos a cirurgias prévias em que o achado cirúrgico evidencie apenas aderências pós-operatórias<sup>1</sup>.

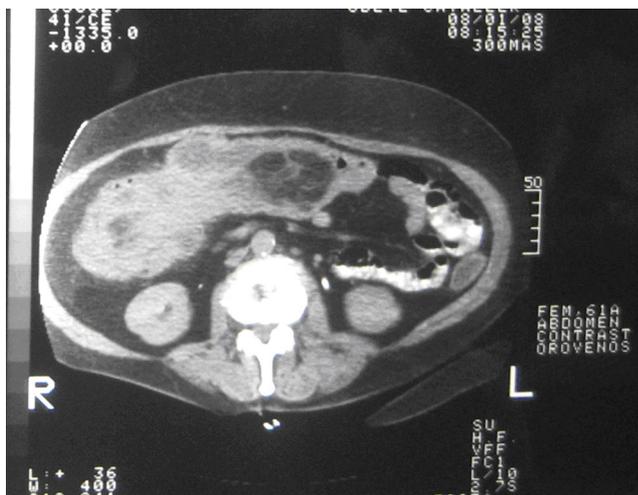
### Referências bibliográficas:

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226(2):134-8.
2. Agha FP. Intussusception in adults. *AJR Am J Roentgenol* 1986;146(3):527-31.
3. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173(2):88-94.
4. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981;193(2):230-6.
5. Weilbaeher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W, 2nd. Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg* 1971;121(5):531-5.
6. Goh 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.
7. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg* 2003;186(1):75-6.
8. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH, Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999;188(4):390-5.
9. Dean DL, Ellis FH, Jr., Sauer WG. Intussusception in adults. *AMA Arch Surg* 1956;73(1):6-11.
10. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg* 1970;172(2):306-10.
11. Erbil Y, Eminoglu L, Calis A, Berber E. Ileocolic invagination in adult due to caecal carcinoma. *Acta Chir Belg* 1997;97(4):190-1.
12. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis* 2006;21(8):834-9.
13. Sanders GB, Hagan WH, Kinnaird DW. Adult intussusception and carcinoma of the colon. *Ann*

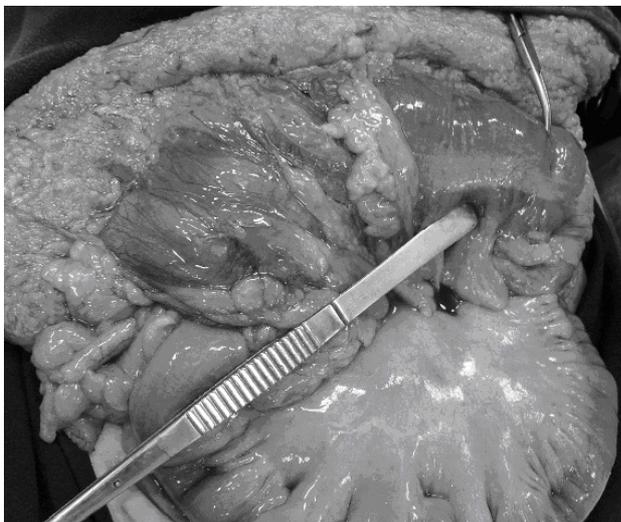
Surg 1958;147(6):796-804.

14. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. Am J Surg 1989;158(1):25-8.

**Figura 1:** Tomografia Computadorizada indicando obstrução do cólon transverso.



**Figura 2:** Trans-operatório, onde a pinça de Kelly (acima) indica o ponto de obstrução e a pinça anatômica indica a posição da invaginação.



**Figura 3:** Trans-operatório, após redução da intussuscepção.



**Endereço para correspondência:**

Raidel Deucher Ribeiro  
R. Frei Caneca nº 160 ap 1105  
Florianópolis – SC  
CEP 88025-000  
E-mail: del\_ribeiro@yahoo.com.br