

Malignant jejuno-jejunal intussusception in the adult Invaginação jejuno-jejunal maligna no adulto

A. COUCEIRO¹, G. CAPELÃO¹, J. NOBRE², M. LAUREANO¹, I. GONÇALVES¹, A. INÁCIO², S. AMADO³, P. CLARA³, M. COELHO SANTOS⁴

RESUMO

Introdução: A invaginação intestinal é uma causa rara de oclusão intestinal no adulto.

Apresentamos o caso de um homem de 62 anos com dor abdominal difusa e vômitos. A radiografia abdominal mostrou níveis hidro-aéreos de delgado e a ecografia revelou imagem compatível com invaginação de delgado e adenopatias adjacentes. Realizou tomografia que confirmou o diagnóstico. Foi submetido a ressecção segmentar de jejuno com lesão subjacente. O exame histológico revelou um carcinoma do jejuno pT3N0Mx.

Objectivos: Alertar para uma causa rara de oclusão intestinal no adulto.

Conclusões: É necessário alto índice de suspeita para fazer o diagnóstico de invaginação dado que a tríade típica de massa palpável, rectorragia e dor abdominal está presente em menos de 50% dos casos.

Palavras-chave: Carcinoma do jejuno, Invaginação, Oclusão intestinal.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal intussusception is rare in adults.

The authors present the clinical case of a 62-year old man with diffuse abdominal pain and vomiting. The abdominal x-ray showed air-fluid levels in the small bowel and the ultrasound revealed an image of intussusception and adjacent adenopathy. The tomography confirmed the diagnosis.

The patient underwent segmental resection of the jejunum with underlying lesion. It was made the histopathological diagnosis of a pT3N0Mx carcinoma.

Goals: Alert for a rare cause of intestinal obstruction in the adult.

Conclusions: High index of suspicion is required to make the diagnosis of intussusception as the typical triad of palpable mass, abdominal pain and blood loss is present in less than 50% of cases.

Key-words: Jejunal carcinoma, Intestinal obstruction, Intussusception.

INTRODUÇÃO

A invaginação intestinal corresponde à migração de um segmento intestinal em outro imediatamente aferente. É uma condição rara em adultos, que corresponde a cerca de 1 a 5% das oclusões intestinais mecânicas.¹

De acordo com a etiologia, a invaginação pode ser classificada em: lesão benigna (doença inflamatória intestinal, aderências pós-operatórias, divertículo de Meckel), lesão maligna (tumores primários ou secundários) ou idiopática (por presença de jejunostomia de alimentação, após cirurgia gástrica).¹ Cerca de 80 a 90% dos casos há uma lesão subjacente, maligna em metade das situações. Estudos recentes mostram que cerca de 30% das invaginações de delgado estão associadas a lesão maligna, 60% a lesão benigna e 10% são idiopáticas.² Tendo em conta a localização pode classificar-se como sendo: entero-entérica, ileo-cólica ou colo-cólica. As localizações preferenciais da invaginação são as junções entre segmentos com maior mobilidade e retroperitoneais

ou segmentos fixos por aderências.³ Assim sendo, a invaginação mais frequente é a ileo-cólica, seguindo-se a ileo-ileal e a colo-cólica.⁴ A invaginação jejuno-jejunal é bastante rara.

O objectivo desta publicação é alertar para uma entidade rara e desafiante para o cirurgião dado ser necessário alto índice de suspeição para fazer o diagnóstico pré-operatório de invaginação.

RELATO DO CASO

Doente do sexo masculino com 62 anos de idade que deu entrada no Serviço de Urgência com queixas de dor abdominal difusa tipo cólica com um mês de evolução. Referia agravamento da dor e vômitos nos últimos 2 dias. Sem outras queixas associadas.

Antecedentes pessoais: neoplasia maligna da próstata.

Sem antecedentes familiares relevantes.

Ao exame objectivo apresentava abdómen doloroso à palpação do epigastro com sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis.

¹Internos de Formação Específica de Cirurgia Geral; ²Assistente Graduado; ³Assistente Hospitalar; ⁴Chefe de Serviço, Director de Serviço – Serviço de Cirurgia 2, Centro Hospitalar de Leiria – E.P.E.

Correspondência: Ana dos Santos Couceiro • E-mail: anascouceiro@gmail.com • Morada: Centro Hospitalar de Leiria – E.P.E., Rua das Olhalvas 2410-197 Pousos – Leiria • Telemóvel: 964913170 • Telefone: 244817063



FIGURA 1. Ecografia pélvica. Segmento intestinal na transição do flanco para a fossa ilíaca esquerda com parede acentuadamente espessada, e com imagem "em alvo" compatível com invaginação.

Analicamente com leucocitose de $14.7 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.0-10.0) com $10.1 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.8-8.0) de neutrófilos e Proteína C reactiva de 73 mg/L (0-10.0).

A radiografia do abdómen em pé mostrou níveis hidro-aéreos de intestino delgado. Realizou ecografia abdominal e pélvica onde se observou "fígado de dimensões ligeiramente aumentadas, sem evidência de lesões focais; na transição do flanco para a fossa ilíaca esquerda há segmento intestinal com parede acentuadamente espessada, e com imagem que poderá corresponder a invaginação eventualmente do intestino delgado (Figura 1); distensão por líquido do segmento intestinal a montante; parecem existir algumas adenopatias adjacentes." A tomografia abdominopélvica mostrou "aspectos compatíveis com oclusão alta, aparentemente provocada por aspecto compatível com invaginação com provável rotação do intestino a nível da fossa ilíaca esquerda, provavelmente ileo-ileal? (Figuras 2 e 3); espessamento acentuado das ansas a esse nível, bem como algumas adenopatias, a maior das quais com cerca de 9 mm; não parece haver compromisso vascular evidente; massas sólidas em ambas as glândulas supra-renais, heterogêneas, à direita com cerca de 2.4 cm e à esquerda com 4.9x4.6 cm de maior eixo, aspectos que poderão estar em relação com lesões secundárias; restantes órgãos sem alterações."

O doente foi submetido a laparotomia mediana. Intra-operatoriamente encontrou-se invaginação jejuno-jejunal (Figuras 4 - 7). Realizou-se

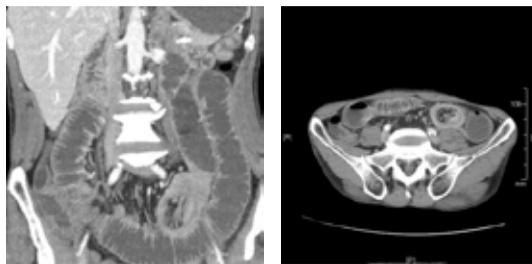


FIGURA 2 E 3. Tomografia abdominal e pélvica. Aspectos compatíveis com oclusão alta, aparentemente provocada por invaginação com provável rotação do intestino a nível da fossa ilíaca esquerda, provavelmente ileo-ileal?

ressecção segmentar de jejuno com a lesão subjacente. Teve como intercorrência, infecção da ferida operatória com necessidade de antibioterapia. Teve alta bem ao 10º dia de pós-operatório, sendo orientado para a consulta externa de Cirurgia Geral e de Oncologia.

O exame macroscópico da peça revelou segmento intestinal com cerca de 44.5 cm de comprimento. A 13.5 cm de uma das extremidades cirúrgicas, identificou-se formação tumoral, vegetante, com 3.5 cm de maior eixo e constituído em secção por um tecido esbranquiçado com áreas avermelhadas, firme, de limites mal definidos.

No exame histológico da formação tumoral descrita, observaram-se aspectos de proliferação celular com características citomorfológicas de malignidade; margens cirúrgicas sem lesão e 10 gânglios linfáticos no tecido adiposo peri-intestinal sem sinal de metastização. O estudo de imunohistoquímica suportou o diagnóstico de carcinoma indiferenciado - pT3N0Mx.

Efectuou-se biópsia da lesão suspeita da supra-renal esquerda guiada por tomografia que foi inconclusiva por escassa representatividade. O doente foi discutido em Reunião de Grupo de Decisão Terapêutica, tendo sido decidido realizar tomografia toracoabdominopélvica, colonoscopia e endoscopia digestiva alta. Deu entrada no Serviço de Urgência com dispneia, tosse, expectoração e febre. A radiografia de tórax mostrou imagem nodular no campo pulmonar direito. Ficou internado com infecção respiratória, verificando-se agravamento progressivo do seu estado clínico, tendo falecido.

DISCUSSÃO

A invaginação intestinal é frequente em crianças e



FIGURAS 4 - 7. Peça operatória. Invaginação jejuno-jejunal.



FIGURA 8. Radiografia do tórax. Imagem nodular no campo pulmonar direito.

geralmente associa-se a uma tríade clássica de dor abdominal tipo cólica, rectorragias e massa palpável dolorosa. O adulto apresenta-se geralmente com dor abdominal inespecífica normalmente de longa duração.⁵ Segundo Azar e cols a duração média dos sintomas é de 37.4 dias.⁶ Segundo Hass e col menos de 20% dos doentes apresentam um quadro de oclusão intestinal.⁷

Contrariamente aos casos pediátricos, o diagnóstico é raramente feito no pré-operatório. Na maioria dos casos o diagnóstico definitivo é baseado nos achados cirúrgicos.^{4,7}

Contudo, alguns exames complementares podem ser bastante úteis, principalmente se o quadro cursar com clínica de oclusão intestinal. A radiografia do abdómen normalmente mostra sinais típicos de oclusão intestinal. A ecografia abdominal pode permitir o diagnóstico em mãos experientes, identificando uma imagem “em alvo”, “sinal do Donut” ou em “pseudo-rim”, que são compatíveis com invaginação.⁸ As limitações do método prendem-se com a obesidade, distensão abdominal e a dependência do examinador. Po-

rém, é a tomografia que mais auxilia no diagnóstico.^{5,9} A sua eficácia ronda os 58 a 100% nas séries mais recentes.¹⁰ A ansa intestinal apresenta-se distendida e aparentemente espessada porque corresponde a 2 camadas de intestino.¹¹ A densidade da massa gerada pelo segmento acometido, associada ao edema de parede intestinal e mesentérico dá uma imagem “em alvo” que pode ser vista nos cortes sagitais, enquanto que nos cortes axiais ou coronais a invaginação se apresenta como uma massa com forma de “pseudo-rim”. A tomografia pode permitir distinguir a invaginação com lesão orgânica subjacente daquela sem ponto de partida identificável.¹ A colonoscopia é também uma ferramenta útil, principalmente quando os sintomas indicam uma oclusão intestinal cólica. Nos casos crónicos, os estudos contrastados podem auxiliar a identificar o local e a causa da invaginação.

De acordo com a literatura a ressecção cirúrgica definitiva é o tratamento recomendado nas invaginações no adulto. Contudo, permanece controverso se se deve optar por ressecção em bloco primária ou redução inicial da invaginação, seguida de ressecção intestinal mais limitada.^{6,10,12,13} Na incerteza de presença de malignidade deve optar-se pela ressecção em bloco. Alguns autores preconizam uma estratégia selectiva de ressecção, consoante a localização da invaginação, recomendando a ressecção nas lesões cólicas por terem maior potencial de malignidade.^{10,14}

Há alguns casos publicados de ressecção da invaginação por via laparoscópica.¹⁵ O uso desta via de abordagem depende do estado clínico do doente, da localização e extensão da invaginação, da possibilidade de lesão orgânica subjacente e da existência de cirurgiões com experiência em laparoscopia.¹⁰

Apresentamos o caso clínico de um adulto com carcinoma do jejuno, cuja primeira manifestação foi uma oclusão intestinal alta por invaginação

jejuno-jejunal, por ser um caso raro. O doente embora com sintomatologia com um mês de evolução recorreu ao serviço de urgência com quadro de oclusão intestinal. O diagnóstico de invaginação foi feito no pré-operatório. A tomografia indicou a suspeita de se tratar de invaginação secundária a lesão maligna, pela presença de adenopatias peri-intestinais e de lesões suspeitas de metastização nas supra-renais. Optou-se pela ressecção segmentar de delgado sem redução prévia da invaginação para minimizar o risco de disseminação intraluminal e de embolização venosa em regiões de mucosa ulcerada. O doente faleceu com o diagnóstico de carcinoma indiferenciado do jejuno com suspeita de metastização supra-renal e pulmonar. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407.
2. Renzulli P, Candinas D. Idiopathic small-bowel intussusception in an adult. *CMAJ.* 2010;182:148.
3. Oliveira T, Marques C, Álvares R, Chiarelli F, Sabbag A. Intussuscepção jejunojejunal causada por divertículo jejunal. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11:189-191.
4. Lérias C, Torres M, Gregório C, Gouveia H, Sofia C, Freitas D. Invaginação idiopática no adulto. *GEJ Port Gastroenterol.* 2002;9:196-198.
5. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Pictorial review: adult intussusception - a CT diagnosis. *Br J Radiol.* 2002;75:185.
6. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134-138.
7. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg.* 2003;186:75-76.
8. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. *Am J Gastroenterology.* 1993;88:617-618.
9. Lvoff N, Breiman RS, Coakley FV, Lu Y, Warren RS. Distinguishing features of self-limiting adult small-bowel intussusception identified at CT. *Radiology.* 2003;227:68.
10. Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol.* 2009;15:1985-1989.
11. Mullan CP, Siewert B, Eisenberg RL. Small bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198:105-117.
12. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, 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;21:834-839.
13. Yalamarthi S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J.* 2005;81:174-177.
14. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173:88-94.
15. Karahasanoglu T, Memisoglu K, Korman U, Tunckale A, Curgunlu A, Karter Y. Adult intussusception due to inverted Meckel's diverticulum: laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003;13:39-41.