



## **TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO PARA INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS: RELATO DE CASO**

José Mauro da Silva Rodrigues <sup>1</sup>, Luísa Motta Justo<sup>2</sup>, Beatriz Guedes Borges da Proença<sup>3</sup>, Larissa Rossetto Botejara <sup>4</sup>, Manoela Rios <sup>5</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1264-1273>

Artigo recebido em 30 de Julho e publicado em 09 de Outubro de 2024

### RELATO DE CASO

#### **RESUMO**

A intussuscepção intestinal, definida pela invaginação intestinal sobre seu segmento adjacente, apesar de comum da população pediátrica, é rara em adultos, sendo frequentemente associada a neoplasias. O diagnóstico é desafiador, e a Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen com contraste endovenoso (EV) é o método mais sensível. O tratamento cirúrgico é o padrão ouro, com preparação pré-operatória focada no controle da dor e hidratação. No caso relatado, paciente masculino, 68 anos, apresentou-se com dor abdominal, distensão e saída de secreção fétida pela jejunostomia, procurando atendimento após cinco dias de sintomas. O exame físico também indicou desidratação e emagrecimento significativo, e os exames laboratoriais revelaram anemia e leve alteração hidroeletrólítica. Com antecedente de neoplasia estenosante de esôfago e cárdia, o paciente estava em vigência de quimioterapia e foi submetido a jejunostomia, devido disfagia progressiva, cerca de 1 mês antes. A TC de abdômen contrastada inicial evidenciou intussuscepção em alça de delgado, eferente a jejunostomia, que foi descomprimida através de procedimento não invasivo: a infusão de solução salina com diluição de contraste iodado através da sonda Foley da jejunostomia, aplicada sob pressão. Após procedimento, no mesmo dia, foi realizada nova TC de abdômen evidenciando resolução da intussuscepção.

**Palavras-chave:** Intussuscepção em adultos, obstrução intestinal, neoplasia, tratamento cirúrgico.



# NON-OPERATIVE TREATMENT FOR INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: A CASE REPORT

## ABSTRACT

Intestinal intussusception, defined as the invagination of one segment of the intestine into an adjacent segment, although common in the pediatric population, is rare in adults and is often associated with neoplasms. The diagnosis is challenging, and contrast-enhanced computed tomography (CT) of the abdomen is the most sensitive method. Surgical treatment is the gold standard, with preoperative preparation focused on pain control and hydration.

In the reported case, a 68-year-old male patient presented with abdominal pain, distension, and the discharge of foul-smelling secretions from a jejunostomy, seeking care after five days of symptoms. The physical examination also indicated dehydration and significant weight loss, while laboratory tests revealed anemia and mild electrolyte imbalance. With a history of stenosing neoplasm of the esophagus and cardia, the patient was undergoing chemotherapy and had undergone jejunostomy due to progressive dysphagia about one month prior. The initial contrast-enhanced CT of the abdomen showed intussusception in a loop of the small intestine, distal to the jejunostomy, which was decompressed through a non-invasive procedure: the infusion of saline solution with diluted iodinated contrast through the Foley catheter of the jejunostomy, applied under pressure. After the procedure, on the same day, a follow-up CT of the abdomen demonstrated resolution of the intussusception.

**Keywords:** Intussusception in adults, intestinal obstruction, neoplasia, surgical treatment.

**Instituição afiliada** – <sup>1</sup> Departamento de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, <sup>2-5</sup> Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba.

**Autor correspondente:** José Mauro da Silva Rodrigues

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é definida pela invaginação de uma alça intestinal sobre seu segmento adjacente, resultando em obstrução e potencial isquemia intestinal, além de diversas complicações como sepse e necrose<sup>1</sup>.

Ocorre mais frequentemente na população pediátrica, sendo raro em adultos, mas, quando ocorre, associa-se a processo neoplásico em 90% dos casos<sup>2</sup>. Outros fatores de risco associados são: tumoração (maligna ou benigna); alterações anatômicas; endometriose, entre outros.

Quanto à localização, são classificadas em três categorias principais: 1) êntero-entérica; 2) colo-cólica; 3) íleo-cólica<sup>2,3</sup>. A intussuscepção pode ser classificada em primária ou secundária. Na intussuscepção primária, ainda não se conhece um mecanismo exato. Este tipo ocorre no intestino delgado em aproximadamente 8% a 20% dos casos. Por outro lado, a intussuscepção secundária é geralmente causada por lesões patológicas na parede intestinal ou por irritantes presentes no lúmen. Essas condições podem alterar a atividade peristáltica normal, criando um ponto crítico que facilita a invaginação de um segmento do intestino em outro. A intussuscepção secundária é frequentemente associada a tumores, pólipos ou infecções que contribuem para o comprometimento da motilidade intestinal<sup>3</sup>.

Devido a invaginação dos segmentos, a obstrução da alça intestinal pode ocorrer, comprometendo o suprimento sanguíneo do segmento afetado, conseqüentemente levando a isquemia e necrose e, portanto, também perfuração e sepse. Os sintomas mais frequentes são dor abdominal, vômito (que pode ser bilioso), distensão abdominal e até mesmo fezes com sangue, porém são frequentemente inespecíficos, o que dificulta a identificação da patologia, sendo necessário recorrer a métodos diagnósticos de imagem<sup>2,4</sup>.

A tomografia computadorizada (TC) de abdômen é considerada o método com maior sensibilidade para o diagnóstico de intussuscepção em adultos, demonstrando uma eficiência superior quando comparada à ultrassonografia (USG)<sup>5</sup>. A TC permite a visualização detalhada das camadas intestinais e a identificação de sinais característicos, como a presença de “alça em alvo” e a relação entre as alças intestinais. Além disso, a



TC pode auxiliar na avaliação de complicações associadas, como perfuração ou isquemia intestinal, o que a torna uma ferramenta essencial na prática clínica para o manejo de casos suspeitos de intussuscepção<sup>6</sup>. Contudo, é importante destacar que a USG também apresenta alta sensibilidade além da alta acessibilidade e baixo custo operacional<sup>7</sup>.

O tratamento definitivo no adulto, segundo a literatura, é a intervenção cirúrgica, devido a alta incidência de malignidade<sup>5,8</sup>. Contudo no pré-operatório é essencial providenciar o controle da dor, antieméticos, hidratação intravenosa, sonda nasogástrica e, possivelmente, antibióticos. Na suspeita de intussuscepção intestinal deve ser feito o jejum de sólidos e líquidos no pré-operatório<sup>2</sup>. A escolha do procedimento cirúrgico vai depender da localização, tamanho, causa da intussuscepção e a viabilidade do segmento acometido.

## **METODOLOGIA**

Foram utilizados como motor de busca os indexadores Pub Med, Up to Date e Scielo para seleção dos artigos, através dos termos “intussuscepção em adultos, obstrução intestinal, neoplasia, tratamento cirúrgico”. Foram excluídos artigos com mais de 15 anos de publicação ou que não se encaixavam dentro do escopo da pesquisa.

## **DESCRIÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo masculino, 68 anos, da entrada no pronto-socorro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) dia 02/08/2024, com dor abdominal há 5 dias associado a distensão e saída de conteúdo escurecido e fétido pela jejunostomia, além de náuseas e vômitos.

No exame físico o paciente encontrava-se em regular estado geral, descorado +/4+, desidratado +/4+, acianótico, anictérico, afebril e emagrecido +++/4+. Murmúrio vesicular presente bilateralmente com redução em base direita sem ruídos adventícios, com saturação de oxigênio de 97%, frequência respiratória de 18 incursões por minuto. Constava bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos, sem sopros, pressão arterial de 152/81 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm e tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos. Abdômen estava distendido e doloroso palpação superficial e profunda,



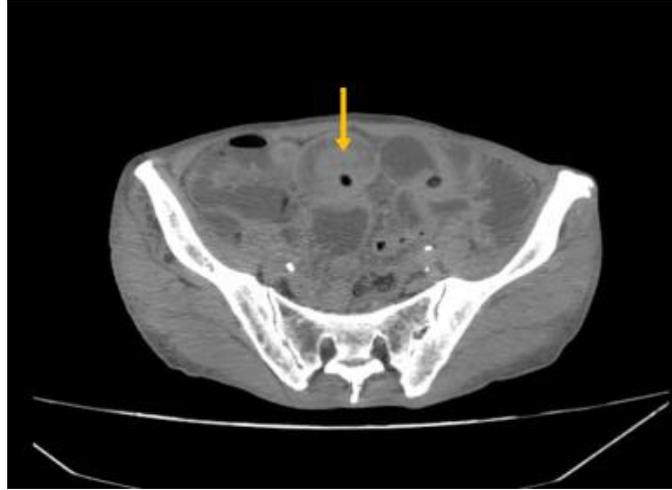
principalmente em flanco direito, com descompressão brusca negativa, apresentando saída de secreção peri-jejunostomia, com odor fétido, sem sinais flogísticos na pele adjacente. Membros inferiores sem edema e sem sinais de trombose venosa profunda.

Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 28,6%, leucócitos de  $10,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , plaquetas de  $425 \times 10^3/\mu\text{L}$ , potássio de 3,9 mEq/L, sódio de 131 mEq/L, creatinina de 0,9 mg/dL, ureia de 77 mg/dL e PCR de 28 mg/L.

Como antecedentes clínicos, apresenta neoplasia estenosante de esôfago e cárdia avançada, sem proposta cirúrgica, em vigência de quimioterapia paliativa. É ex tabagista e ex etilista há 25 anos. Em uso de Omeprazol 40mg, Codeína 30mg, Dipirona 1g e Nortriptilina 25mg.

Também, em internação anterior do dia 28/06/2024, devido quadro de disfagia progressiva e impossibilidade de passagem da sonda nasoenteral (SNE) via Endoscopia Digestiva Alta (EDA), foi realizada jejunostomia a Witzel, para garantia de suporte nutricional ao paciente.

Na admissão atual, optada pela realização de Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen com contraste endovenoso (EV), que revelou acentuado espessamento parietal esofagogastroduodenal, indicativa de origem neoplásica, e a presença da jejunostomia no flanco esquerdo com sonda Foley introduzida e balão insuflado. Foi demonstrada intussuscepção em alça de delgado próximas à extremidade distal da sonda (locada a aproximadamente 25 cm abaixo do orifício da jejunostomia, com balonete insuflado), associada a moderada ectasia de alças de delgado a montante, com níveis hidroaéreos. Além disso, foram observadas linfonodomegalias perigástricas e retroperitoneais.



*Imagem 1. TC de abdome evidenciando intussuscepção (seta amarela).*

Visto paciente sem proposta de tratamento curativo, com relato de focos de carcinomatose peritoneal em cirurgia prévia de confecção de jejunostomia, optada pela tentativa de decompressão da intussuscepção intestinal a detrimento de nova abordagem cirúrgica.

Foi iniciado procedimento com o esvaziamento do balonete da sonda Foley e realizada a tração da mesma até a borda da jejunostomia, em vista de TC de abdômen mostrando 25cm de sonda introduzida em alça de jejuno. Em seguida, reinsuflado balonete somente com 5 ml de água destilada, fixando a sonda na posição estabelecida. Então, iniciada a infusão, sob pressão, de solução composta por 480 ml de soro fisiológico 0,9% e 20 ml de contraste iodado, utilizando uma seringa de 60 mL. Após a conclusão da infusão, a sonda Foley foi fechada e uma nova TC de abdômen foi solicitada para reavaliação do quadro. A antibioticoterapia foi iniciada com Ceftriaxona, na dosagem de 2g de 12/12 horas, e Metronidazol, na dose de 500mg de 8/8 horas, além da administração de Enoxaparina 40 mg e Omeprazol 40 mg.

A nova TC de abdômen, realizada no mesmo dia, evidenciou sonda de jejunostomia no flanco esquerdo, mas sem sinais da intussuscepção observada anteriormente. Observou-se coprostase com distensão da moldura cólica, leve distensão com níveis hidroaéreos de múltiplas alças delgadas e pequena quantidade de líquido livre, sem fatores obstrutivos caracterizados.

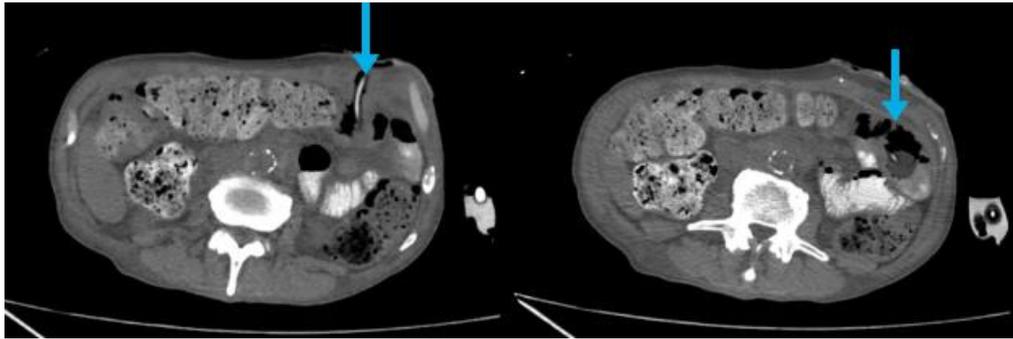


Imagem 2. TC de abdome após realização do procedimento (seta azul: Sonda Foley).

Paciente permaneceu internado por mais 2 dias para observação. Clinicamente, evoluiu com melhora da dor e distensão abdominal, boa aceitação de dieta enteral via jejunostomia e parada da saída de secreção peri-sonda. Nos exames laboratoriais, houve também correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. Assim, recebendo alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado ilustra a complexidade do manejo da intussuscepção em um paciente adulto com histórico de neoplasia associado. Embora a intussuscepção seja mais comum na população pediátrica<sup>2</sup>, sua manifestação em adultos merece atenção devido à alta taxa de associação com processos neoplásicos, como observado neste paciente.

A apresentação clínica deste paciente foi marcada por sintomas típicos de obstrução intestinal, como dor abdominal, distensão e secreção pela jejunostomia<sup>3, 4</sup>. Esses sinais são frequentemente inespecíficos, o que pode dificultar o diagnóstico<sup>3</sup>. No caso em questão, a tomografia computadorizada foi fundamental para identificar diagnóstico do paciente e suas implicações, como distensão difusa de alças delgadas. A utilização destes exames de imagem, é respaldada pela literatura, que destaca sua maior sensibilidade em comparação com a ultrassonografia para detectar complicações associadas, além de permitir a visualização de possíveis lesões patológicas que podem atuar como pontos de partida<sup>5, 6</sup>.

Para o manejo do paciente foi optada por intervenção não invasiva, com a descompressão da intussuscepção através da sonda de Foley da jejunostomia. Esse tipo de abordagem pode ser relevante em casos em que se busca evitar uma cirurgia



imediate, pelas condições clínicas individualizadas do paciente, quando a viabilidade do segmento intestinal ainda não está comprometida. A rápida identificação e correção de desequilíbrios eletrolíticos e a administração de antibióticos também são essenciais para prevenir complicações sépticas e isquêmicas, uma vez que o paciente apresentava sinais de desidratação e anemia.

A escolha do tratamento cirúrgico, embora não realizada inicialmente, é ainda o padrão ouro para intussuscepção em adultos, segundo a literatura<sup>2,5,8</sup>. Porém, é sabido que tratamento descompressivo tem sua eficácia comprovada na população pediátrica, mostrando sucesso em 75-95% dos casos, com taxa de recidiva de 5-10%<sup>1, 9,10</sup>. Como paciente em questão apresentava empecilhos relevantes a abordagem cirúrgica, incluindo desnutrição severa, doença oncológica em estágio avançado, evidência de carcinomatose peritoneal em descrição cirúrgica prévia, foi optada pela abordagem inicial não invasiva, com posterior monitoramento da evolução clínica.

Por fim, a evolução do paciente foi positiva, com melhora clínica e laboratorial significativa após procedimento. Mesmo assim, há necessidade de acompanhamento contínuo e próximo, além de abordagem multidisciplinar devido histórico oncológico e complicações gastrointestinais<sup>2,11</sup>.

A gestão destes casos complexos deve considerar a progressão da doença oncológica, mas também o suporte nutricional, a reabilitação intestinal e a garantia da qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

A intussuscepção intestinal em adultos, especialmente em contextos oncológicos, requer um diagnóstico rápido e um plano de manejo bem estruturado para evitar complicações sépticas e isquêmicas. A tomografia computadorizada é uma ferramenta valiosa para a avaliação e manejo inicial. A abordagem deve ser individualizada, considerando as características clínicas do paciente e as implicações de suas comorbidades. Sendo assim, a intervenção não invasiva realizada no caso apresentado mostrou-se como uma saída efetiva para solucionar casos selecionados em que os pacientes têm limitação terapêutica cirúrgica.



## REFERÊNCIAS

1. SALAZAR, J. H.; VO, N. G. Intussusception in children. In: NAGLER, J.; LI, E. d. B.; HOPPIN, A. G. (eds.). UpToDate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children?search=Intussusception%20&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E122&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children?search=Intussusception%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E122&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 2024, ago.
2. BRILL, A.; LOPEZ, R. A. Intussusception in adults. [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545264/#:~:text=Intussusception%20usually%20involves%20the%20small>. Acesso em: 2024.
3. MARINHO, M. P. C.; SILVA, S. D. Intussuscepção intestinal: uma revisão sistemática. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Orientador: RESENDE, V. C. P. 2021. 11 f. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2021. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/1429>. Acesso em: 2024.
4. GONZÁLEZ-CARRERÓ SICTO, C. et al. Intestinal intussusception in adults: location, causes, symptoms, and therapeutic management. Radiologia [Internet]. 2023. [cited 2023 Nov 20];65(3):213–21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37268363/>. Acesso em: 2023, nov.
5. TEELE, R. L.; SWEENEY, J. F.; JONES, R. S. Adult intussusception. *Annals of Surgery*, v. 226, n. 2, p. 179-185, 1997. Disponível em: [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/1997/08000/adult\\_intussusception.3.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/1997/08000/adult_intussusception.3.aspx). Acesso em: 2024.
6. DOLLINGER, M. et al. Role of clinical and CT findings in the identification of adult small-bowel intussusception requiring surgical intervention. *BJS Open*. 2021, 6 set; 5(5). doi: 10.1093/bjsopen/zrab076. PMID: 34498667; PMCID: PMC8427536.
7. BATISTA, B. N.; MAXIMIANO, L. F. Intussuscepção intestinal em adultos jovens: relato de caso e revisão de literatura. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 36, n. 6, p. 533–536, dez. 2009.
8. ARAUJO, M. G.; FREITAS, F.; RIBEIRO, C. Intussuscepção intestinal: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 31, n. 3, p. 253-258, 2011. Disponível em:



- <https://www.scielo.br/j/rbc/a/zff3xvLXm3msYZ9CsPw8TFq/?format=pdf>. Acesso em: 2024.
9. JAIN, S.; HAYDEL, M. J. Child Intussusception. [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431078/>. Acesso em: 2024.
10. KELLEY-QUON, L. I. et al. Management of intussusception in children: a systematic review. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 56, n. 3, p. 587–596, mar. 2021.
11. HANAN, B. et al. Intussuscepção intestinal em adultos. *Revista Brasileira de Coloproctologia* [Internet]. 2007, 1 dez; 27:432–438. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/zff3xvLXm3msYZ9CsPw8TFq/>. Acesso em: 2024.