

# Intussuscepção jejunojejunal causada por divertículo jejunal

## *Jejunojejunal intussusception caused by jejunal diverticulum: a case report*

Thiago B. Oliveira<sup>1</sup>, Carlos C.B. Marques<sup>1</sup>, Renata M. Álvares<sup>1</sup>, Fábio Chiarelli<sup>2</sup>, Anwar F.F.Sabbag<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico da 6ª. série do curso de graduação em Medicina da FAMERP, <sup>2</sup> Residente do serviço de Ortopedia\*, <sup>3</sup> Médico do serviço de cirurgia geral\*  
\* Hospital de Base de São José do Rio Preto

**Resumo** A intussuscepção intestinal é causa importante de obstrução intestinal aguda na população pediátrica. Em contrapartida é rara em adultos sendo responsável por 1 a 5% das obstruções intestinais nesse grupo. Nas crianças em 90% das vezes não se identifica uma causa subjacente e nos adultos o inverso é verdadeiro, pois 90% das intussuscepções associam-se a lesões intestinais subjacentes. O diagnóstico clínico no adulto é difícil uma vez que os sintomas são inespecíficos e às vezes possuem evolução crônica. O tratamento de escolha no adulto é a ressecção cirúrgica do segmento acometido. No presente trabalho relata-se um raro caso de intussuscepção jejunojejunal, tendo como causa subjacente um divertículo jejunal, num paciente de 75 anos de idade gastrectomizado.

**Palavras-chave** Intussuscepção; Jejunojejunal; Adulto.

**Abstract** Intestinal intussusception is an important cause of acute intestinal obstruction on pediatric population. Unlike its pediatric counterpart, it is rare in adults and accounts for 1 to 5% of intestinal obstructions in this group. In children there is no underlying cause identified in 90% of the time, whereas in adults the inverse is true as 90% of intussusceptions has a precipitating intestinal lesion associated. The clinical diagnosis in the adult is difficult because the symptoms are nonspecific and sometimes have chronic evolution. Surgical resection of the segment is the choose treatment. In this article is related a rare case of jejunojejunal intussusception, with a precipitating jejunal diverticulum, on a 75 year old patient with a previous gastrectomy.

**Keywords** Intussusception; Jejunojejunal; Adult.

### Introdução

O primeiro relato de intussuscepção foi feito por Barbette de Amsterdam em 1674. O primeiro a relatar detalhadamente 3 casos foi Sir Jonh Hunter em 1789. Em 1871 Sir Jonathan Hutchinson foi o primeiro a operar com sucesso uma criança com intussuscepção<sup>(1)</sup>.

A intussuscepção ocorre mais comumente na população pediátrica (95% dos casos)<sup>(1)</sup>, sendo de ocorrência rara entre adultos. Responde aproximadamente por 1 a 5% de todas as causas de obstrução intestinal em adultos<sup>(1, 2, 3)</sup>. Ocorre quando um segmento proximal de intestino (intussusceptum) se invagina no segmento intestinal distal (intussusceptiens)<sup>(1)</sup>.

A causa da intussuscepção difere entre a população pediátrica e os adultos. Em adultos causa subjacente é vista em 90% dos casos. Já na população pediátrica é visto o inverso com apenas 10% dos casos associados a causas subjacentes<sup>(2, 4, 5, 6, 7, 8)</sup>.

Os sintomas no adulto são vagos e inespecíficos, como dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos e, em contrapartida

aos casos pediátricos, a intussuscepção no adulto raramente é diagnosticada no pré-operatório<sup>(1, 4, 9)</sup>. Em crianças, como a etiologia da maioria dos casos é primária, entre 40 e 80% dos pacientes podem ser efetiva e permanentemente tratados por redução pneumática ou hidrostática, introduzida por Hirschsprung em 1876, enquanto nos adultos a ressecção cirúrgica é a escolha<sup>(1)</sup>.

No presente trabalho relata-se um raro caso de intussuscepção jejunojejunal em paciente gastrectomizado, tendo como “ca-beça” de invaginação um divertículo jejunal.

### Relato do caso

Paciente de 75 anos, branco, casado, lavrador aposentado, deu entrada no setor de emergência com quadro de dor epigástrica há cerca de 12 horas, de início repentino, tipo cólica, de forte intensidade, associada a náuseas, anorexia e eructações. Referia parada de eliminação de fezes e flatos associado ao quadro. Negava vômitos ou outros sintomas. Procurou atendimento médico onde foram prescritas drogas antiespasmódicas, sem

melhora clínica sendo encaminhado para o Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP.

Como antecedentes apresentava arritmia e doença de Chagas. Cirurgia para úlcera gástrica há mais de 20 anos e cirurgia intestinal não sabendo referir qual, 11 meses após a cirurgia para úlcera gástrica. Ex-tabagista, parou há 8 anos. Passado de ressecção trans-uretral de tumor de bexiga, em acompanhamento no setor de urologia.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, consciente, orientado, desidratado, corado, acianótico, anictérico, eupnéico, afebril. Abdome: distendido, timpânico, com ruídos hidroaéreos aumentados, e leve dor a palpação epigástrica. Descompressão brusca negativa. Toque retal: sem alterações. Sistema cardiovascular e respiratório sem alterações ao exame físico.

Com base no quadro do paciente e nos antecedentes de cirurgia abdominal anterior, foi aventada a hipótese de abdome agudo obstrutivo. Solicitado então exame radiológico simples de abdome agudo que evidenciava a presença de sinal do empilhamento de moedas (figura 1) e nível hidroaéreo na posição ortostática (figura 2).

Tendo em vista o passado de 2 cirurgias abdominais, quadro clínico e padrão obstrutivo ao raio X foi indicada laparotomia exploradora, com a hipótese diagnóstica de obstrução intestinal.

**Intra-operatório:** Após laparotomia mediana xifo-infraumbilical foi identificado gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux; evidenciados inúmeros divertículos de todo o colon e identificado segmento de jejuno intussuscepto a 40 cm da anastomose jejunojejunal do Y de Roux, com dilatação a montante (figura 3). Desfeita a invaginação, foi evidenciado sofrimento de alça e divertículo de jejuno como “cabeça” de invaginação (figura 4), sendo ligados os vasos jejunais, realizado enterectomia de cerca de 20 cm (figura 4), e fechados os cotos jejunais em 2

planos, com Mononylon 4-0. Realizada anastomose jejuno-jejunal latero-lateral em 2 planos (mucosa com Catgut 3-0, seromuscular com Prolene 4-0, pontos contínuos).

**Evolução:** Paciente evoluiu bem no pós-operatório (P.O.), desperto, com diurese mantida, eliminando fezes e flatos já no terceiro P.O.; introdução de dieta via oral leve no quinto P.O., e obtendo alta hospitalar 9 dias após a cirurgia, com ferida operatória limpa, sem maiores complicações e retorno ambulatorial.

### Discussão

A maneira mais apropriada de descrever os sinais e sintomas da intussuscepção no adulto é dizer que são inespecíficos e às vezes crônicos. Azar e cols descrevem uma duração média dos sintomas de 37,4 dias<sup>(3)</sup>. A tríade clássica descrita em pacientes pediátricos composta de dor e distensão abdominal, massa palpável e sangue positivo nas fezes (“geléia de uva”) não é visto em praticamente nenhum paciente<sup>(2,10)</sup>.

Segundo Hass e cols os sintomas mais comuns na intussuscepção no adulto são dor abdominal, náuseas e vômitos, distensão e dor à palpação abdominal. Menos de 20% dos pacientes se apresentam como obstrução intestinal aguda como no caso descrito<sup>(11)</sup>.

A avaliação radiológica é necessária na maioria dos casos, tendo em vista a inespecificidade dos sintomas. Radiografias simples do abdome geralmente mostram sinais de obstrução intestinal. Exames contrastados com bário podem ajudar a definir local e causa da intussuscepção<sup>(1)</sup>. A tomografia computadorizada, o ultrassom abdominal e a ressonância nuclear magnética também podem ser utilizados em casos selecionados<sup>(7,9,12)</sup>.

Uma observação consistente da literatura diz respeito à natureza da lesão em cada local afetado. Quando a intussuscepção ocorre no intestino grosso mais freqüentemente deve-se à neoplasia maligna. Em contrapartida, quando atinge o intestino del-

Figura 1: Raio X de abdome mostrando sinal do empilhamento de moedas.



Figura 2: Raio X de abdome ortostático com presença de níveis hidroaéreos.



**Figura 3:** Achado intra-operatório de segmento de jejuno intussuscepto.



gado a maioria das lesões adjacentes é benigna: neoplasias benignas, divertículo de Meckel, lesões inflamatórias e aderências. Causas malignas também são descritas, porém em menor frequência (neoplasias primárias e metastáticas de delgado)<sup>(1)</sup>. No paciente descrito a causa subjacente foi a presença de divertículo jejunal na borda mesentérica do órgão, funcionando como “cabeça” de invaginação, causa muito rara de intussuscepção de delgado.

Eisen e cols numa revisão de 22 casos de intussuscepção de intestino delgado em adultos não relataram nenhum caso de divertículo adquirido de intestino delgado como causa subjacente<sup>(2)</sup>. Azar e cols, numa revisão de 58 casos encontraram 44 casos de intussuscepção de intestino delgado. Desses, 52% tinham lesões benignas como causa, e não houve nenhum caso relacionado de intussuscepção jejunojejunal por divertículo jejunal.<sup>(3)</sup>

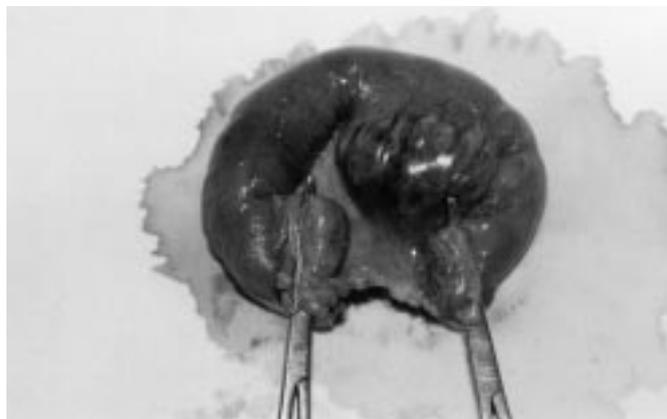
As localizações preferenciais da intussuscepção são as junções entre segmentos com maior mobilidade do intestino e retroperitoneais (por exemplo, região ileocecal) ou segmentos fixados por aderências. Quando o intussuscepto penetra no intussusceptiense o mesentério é carreado concomitantemente e é aprisionado entre as paredes intestinais, provocando compressão vascular e conseqüente isquemia e necrose da parede intestinal<sup>(1)</sup>.

De acordo com a literatura a ressecção cirúrgica definitiva é o tratamento recomendado na maioria dos casos, devido a grande incidência de patologias subjacentes, obstrução recorrente e injúria isquêmica<sup>(7,11,16)</sup>. A principal controvérsia é se deve ser reduzida a lesão antes da ressecção, pela possibilidade de disseminação neoplásica em casos de neoplasia subjacente<sup>(1,5)</sup>. Na intussuscepção envolvendo o intestino delgado, como visto nesse caso, a ressecção sem redução é recomendada, a menos que haja envolvimento de um grande segmento de intestino. Nesses casos a redução manual ajuda a delimitar melhor a extensão do sofrimento de alça, evitando grandes ressecções e conseqüentemente síndrome do intestino curto<sup>(11)</sup>, conduta que foi adotada no presente caso e que foi bem sucedida.

#### Referências Bibliográficas

1. Begos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173(2):88-94.
2. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999;188(4):390-5.
3. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226(2):134-8.
4. Navarro O, Daneman A. Intussusception. Part 3: diagnosis and management of those with an identifiable or predisposing cause and those

**Figura 4:** Peça cirúrgica da enterectomia por sofrimento de alça mostrando divertículo jejunal.



- that reduce spontaneously. *Pediatr Radiol* 2004;34(4):305-12
5. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, Kori T, et al. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol* 2003;36(1):18-21.
6. Napora TE, Henry KE, Lovett TJ, Beeson MS. Transient adult jejunal intussusception. *J Emerg Med* 2003;24(4):395-400.
7. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology* 1999;212(3):853-60.
8. Gayer G, Apter S, Hoffman C, Nass S, Amitai M, Zissin R, et al. Intussusception in adults: CT diagnosis. *Clin Radiol* 1998;53(1):53-7.
9. Sofia S, Casali A, Bolondi L. Sonographic diagnosis of adult intussusception. *Abdom Imaging* 2001;26(5):483-6.
10. Zissin R, Gayer G, Konen O, Shapiro-Feinberg M. Transient colocolic intussusception. *Clin Imaging* 2000;24(1):8-9.
11. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg* 2003; 186(1):75-6.
12. Ormijana JS, Aisa P, Anorbe E, Aguirre X. Idiopathic enteroenteric intussusception in adults. *Abdom Imaging* 2003;28:8-11.
13. Ozdogan M, Hamaloglu E, Ozdemir A, Ozenc A. Antegrade jejunijejunal intussusception after Roux-en-Y esophagojejunostomy as an unusual cause of postoperative intestinal obstruction: report of a case. *Sug Today* 2001;31:355-7.
14. Denath FM, Kweka EL. Retrograde intussusception of the bypassed duodenojejunal segment after Roux-en-Y gastrectomy: computed tomography findings. *Can Assoc Radiol J* 1991;42(2):135-8.
15. Loizou MC, Koundourakis SS, Kollias VD, Panayotides HC, Papagrigoriadis SS. Jejunojejunal intussusception after Roux-en-Y gastrojejunostomy: a rare cause of postoperative bowel obstruction in an adult. *Eur J Surg* 1994;160(8):451-2.
16. Luckey P, Kemper J, Engelbrecht V, Modder U. Idiopathic ileoileal intussusception in an adult with spontaneous reduction during enteroclysis: a case report. *Abdom Imaging* 2000;25(1):48-50.

#### Correspondência:

Thiago Bueno de Oliveira  
Rua Joaquim Manoel Pires, 270 ap. 11  
15091-210 – São José do Rio Preto – SP  
e-mail: thiagobueno32@hotmail.com