37º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA
RIO DE JANEIRO. RJ
12 a 16 de Outubro de 2015

Trabalhos Científicos

Título: Intussusceplção Aguda Em Lactente: Relato De Caso

Autores: MARCOS HENRIQUE ALVES FELIX (FACULDADE SÃO LUCAS); ALESSANDRA YUKARI YAMAGISHI (FACULDADE SÃO LUCAS); NATÁLIA NOGUEIRA VIEIRA (FACULDADE SÃO LUCAS); REBEKA MAYARA MIRANDA DIAS FOGAÇA (FACULDADE SÃO LUCAS); GISLAINE MOREIRA CHACON (FACULDADE SÃO LUCAS); BILLY PAUL MIRANDA DIAS FOGAÇA (FACULDADE SÃO LUCAS); RHUAN ANTONIO DE PAULA SILVEIRA (FACULDADE SÃO LUCAS); BRENDA DE LIMA LOUZADA PIRES (FACULDADE SÃO LUCAS); TARIQUI COSTA SILVA (FACULDADE SÃO LUCAS); HORACIO TAMADA (FACULDADE SÃO LUCAS)

Resumo: Introdução: Intussuscepção denomina uma invaginação de um segmento intestinal sobre outro. É relativamente comum entre crianças, sendo a segunda maior causa de emergência abdominal pediátrica, atrás somente da apendicite aguda. Descrição do caso: RFOS, 6 meses, feminino, iniciou quadro de vômitos e diarreia líquida com sangue há 3 dias, concomitantemente inapetência, hiporexia e hipertemia (37,5°C). Ao exame físico apresentou abdome flácido e doloroso a palpação. A Ultrassonografia abdominal evidenciou massa sólida em quadrante superior direito, hipoecóica, contornos regulares com anéis concêntricos, dilatação do intestino delgado, aumento do peristaltismo e presença de liquido livre, sugestivas de intussuscepção colocólica. Sem alterações de exames laboratoriais. Pela laparotomia exploratória, visualizou-se invaginação íleo-ileo-cecocólico com área de 10 cm de necrose em íleo, e divertículo de Meckel, sendo realizado a redução da invaginação por ordenha e ressecção de cerca de 15cm, à 5cm da valva ileocecal. Realizado anastomose término-terminal e síntese da parede abdominal por planos. Na abertura do segmento ileal ressecado notou-se um pólipo séssil, cujo laudo do anatomopatológico demonstrou hiperplasia linfonodal. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, com alta hospitalar no 7º dia. Discussão: A fisiopatologia da Intussuscepção é desconhecida, supõe-se que irritantes ou lesões no lúmen e parede intestinais alterem o peristaltismo, iniciando uma invaginação. Manifesta-se por tríade clássica: dor abdominal, fezes sanguinolentas e massa palpável em crianças. A intussuscepção é primária ou idiopática na maioria dos casos e até 80% são efetivamente tratados por redução pneumática ou por enema. A maior parte das intussuscepções pediátricas é ileocólica (75–95%). Conclusão: A associação da avaliação clínica com os exames de imagem fornece segurança no diagnóstico preciso de intussuscepção. A ultrassonografia destaca-se como padrão-ouro no diagnóstico e acompanhamento desta afecção. Os tratamentos não cirúrgicos são, atualmente, a conduta de eleição, apresentam alta taxa de êxito, baixa taxa de morbimortalidade, e curta duração da hospitalização.