

Trabalhos Científicos

Título: Relato De Caso: Intussuscepção Intestinal

Autores: VELASCO GISELA CARVALHO (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA), MARIANA BASTOS GOMES NOLASCO (UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ AVAÍ), ANDRESSA RANGEL LIMA (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA), ANDRÉ PANCRÁCIO ROSSI (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA), MARIA LUIZA DIAS RAPOSO RODRIGUEZ (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA), KAMILA CAMPOS CABRAL (HOSPITAL SÃO JOSÉ AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ AVAÍ), ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA (UNIG), SAULO BASTOS GUERRA BOECHAT (UNIG), FERNANDA DE MEDEIROS COSTA LANNES BARROSO (UNIG), JÚLIA BEDIM (UNIG), LUÃ SPALLA BRAGA SILVA (UNIG), NATHÁLIA RODRIGUES NUSS (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA)

Resumo: É uma obstrução aguda do intestino na qual há a invaginação de uma alça intestinal para dentro da luz do próprio tubo digestivo. Clinicamente se apresenta como de início súbito, intermitente, que pode ser expresso por choro inconsolável e flexão das pernas sobre o abdome. Pode haver ainda: fezes em geleia de framboesa e massa em forma de 'salsicha' em quadrante superior direito do abdome. Lactente, 1 ano 4 meses, masculino, apresentando há 1 semana abaulamento em região epigástrica associada a dor abdominal e há 2 dias constipação intestinal. Em atendimento de urgência foi feito sorbitol, seguido de alta com prescrição domiciliar de supositório de glicerina e após, houve início de liberação de fezes aquosas. Destaca-se que paciente apresentava constipação intestinal, além de internação prévia prolongada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por pneumonia adquirida na comunidade, como história pregressa. Ao exame do abdome notava-se abaulamento em epigástrico, de consistência endurecida e dolorosa à palpação superficial, mas sem sinais de peritonite. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome superior e pelve mostrou processo inflamatório em mesentério com distensão de delgado, sem área de stop, além de Ultrassonografia de abdome total com imagens sugestivas de invaginação intestinal e linfadenopatia. Instaurou-se como conduta: dieta zero, hidratação venosa, sonda nasogástrica, avaliação de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido - base. Sem melhora, optou-se por realizar uma laparotomia exploradora que evidenciou a 30-40 cm da válvula íleo cecal: divertículo de Meckel que estava aderido ao estômago com parede espessada e friável. Realizado enterectomia + enteroanastomose (T-T) em dois planos e apendicectomia profilática, por má rotação. Intussuscepção pode ser de origem idiopática, quando relacionada a uma linfopatia secundária à infecção viral, como no caso descrito acima. Em menores de dois anos a invaginação se dá por um divertículo de Meckel e, nos maiores de cinco a causa mais frequente é o linfoma. O diagnóstico é clínico mas, em casos duvidosos, a escolha é a TC de abdome. No entanto, USG de abdome pode mostrar o 'sinal do alvo', que não é patognomônico, além da presença de espessamento de parede intestinal e enterocolite. A principal complicação é um abdome agudo perfurativo com peritonite por extravasamento do conteúdo fecaloide. O enema baritado pode ser diagnóstico e terapêutico, assim como a laparotomia exploradora, uma vez que não há consenso para com a técnica cirúrgica apropriada, assim como da realização ou não de apendicectomia profilática/incidental. Mediante clínica e achados de imagem, paciente foi diagnosticado com intussuscepção e recebeu tratamento cirúrgico com apendicectomia profilática, com desfecho satisfatório do caso.