

Intussuscepção intestinal em adulto jovem secundária à angiolipoma de cólon: relato de caso

Intestinal intussusception secondary to an angiolipoma of the colon in a young adult: case report

IGOR TIAGO CORREIA SILVA,¹ CECÍLIA LÍVIA DE OLIVEIRA MARTINS,² LAERTES PIMENTEL BRASILEIRO DA COSTA,³ OLIVAL CIRILO LUCENA DA FONSECA NETO³

RESUMO

Intussuscepção intestinal é rara em adultos. Angiolipomas são causas incomuns da doença. Manifestações clínicas inespecíficas e acurácia limitada dos exames de imagem disponíveis dificultam o diagnóstico pré-operatório. A confirmação de intussuscepção é baseada em achados cirúrgicos. Ressecção intestinal é mandatória quando o cólon é acometido devido ao alto risco de malignidade. Relatamos um caso de intussuscepção colônica em um adulto jovem, secundária à angiolipoma.

Unitermos: Intussuscepção Intestinal, Angiolipoma, Cólon, Cirurgia Abdominal.

SUMMARY

Intestinal intussusception is rare in adults. Angiolipomas are uncommon causes of disease. Nonspecific clinical manifestations and limited accuracy of imaging available hinder the preoperative diagnosis. Confirmation of intussusception is based on surgical findings. Bowel resection is mandatory when the colon is affected due to the high risk of malignancy. We report a case of colonic intussusception in a young adult, secondary to angiolipoma.

Keywords: Intestinal Intussusception, Angiolipoma, Colon, Abdominal Surgery.

INTRODUÇÃO

Intussuscepção intestinal (IInt) ocorre quando um segmento proximal do intestino invagina em segmento distal adjacente.¹ Qualquer lesão parietal ou intraluminal que altere o padrão de peristalse intestinal pode desencadear a doença.²

A IInt é rara em adultos, correspondendo a cerca de 5% de todas as intussuscepções registradas em literatura.² A idade média de apresentação está entre a 6.^a a 7.^a década de vida, com incidência equivalente entre os sexos.²⁻⁴

Em torno de 80 a 90% dos casos em adultos possuem etiologia definida.⁵ Intussuscepção em cólon está associada à malignidade em 65 a 70% dos casos, com predomínio de adenocarcinoma, além de linfoma e doença metastática.^{3,6} Lesões benignas acometem cerca de 30% dos pacientes e incluem lipomas, tumores estromais benignos, pólipos adenomatosos, endometriose e anastomoses prévias. IInt idiopática tem sido raramente relatada em cólon.^{7,8}

Os sintomas de IInt em adultos são inespecíficos, subagudos ou crônicos e relacionados à obstrução parcial intermitente da luz intestinal.^{9,10} A doença apresenta baixo índice de suspeição, sendo o diagnóstico retardado na maioria dos casos.¹¹

A confirmação da IInt é baseada em achados cirúrgicos, mas radiografia, ultrassonografia (USG), tomografia

1. Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital da Restauração, Recife. PE, Brasil. **2.** Estudante de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife. PE, Brasil. **3.** Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Restauração, Recife. PE, Brasil. **Endereço para correspondência:** Cecília Lívia de Oliveira Martins - Rua Gen. Cordeiro de Farias, 96 - Centro - Goiânia - PE/ CEP 55.900-000/ e-mails: cecilivia@yahoo.com.br; olivalneto@globo.com. **Recebido em:** 13/06/2013. **Aprovado em:** 12/07/2013.

computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome, assim como endoscopia e colonoscopia, podem revelar o segmento acometido pela doença.¹²

O presente relato trata de Int em um adulto jovem, secundária à angiolipoma de cólon.

RELATO DE CASO

J.P.S.F., sexo masculino, 36 anos, foi admitido com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE), tipo cólica, de forte intensidade, intermitente, há \pm 2 meses, cessada apenas com uso de analgésicos de alta potência. No mesmo período, apresentou perda ponderal de \pm 9 kg, anorexia e alguns episódios de melena em pequena quantidade. Negava vômitos, constipação intestinal, etilismo, tabagismo e história familiar de neoplasias.

Ao exame físico, estava normocorado, hidratado, afebril, com abdome doloroso à palpação profunda em FIE, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massa palpável, ruídos hidro-aéreos normoativos. Hemograma admissional era normal. Marcadores bioquímicos não identificaram comprometimento hepático, pancreático e renal. Antígeno carcinoembriogênico (CEA) mostrava elevação discreta (22,36 ng/mL). USG de abdome identificou massa sólida, discretamente ecogênica, medindo 5,9 x 4,9 x 5,8 cm, em ângulo esplênico do cólon.

RNM de abdome (Figura 1) evidenciou formação expansiva intraluminal em cólon descendente, ovalada, de contornos regulares bem definidos, medindo 1,8 x 2,0 x 2,3 cm. A lesão exibiu componente tecidual com intensidade de sinal semelhante à gordura, comportando-se como “cabeça” desse processo, sugerindo intussuscepção. Não foram observados sinais de obstrução do cólon ou de alça de intestino delgado.

Colonoscopia mostrou formação vegetante com superfície necrótica, medindo \pm 6 cm, ocluindo quase totalmente a luz do cólon em ângulo esplênico, sem outras anormalidades intestinais. Biópsia da lesão apresentou resultado histopatológico inconclusivo, sendo indicada laparotomia exploradora.

O achado cirúrgico foi de tumoração em ângulo esplênico de cólon, medindo \pm 6 cm em sua maior extensão, com sinais de sofrimento crônico de alça (Figura 2). Foi realizada hemicolecotomia esquerda com margens oncológicas e anastomose primária. O paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta em boas condições clínicas no sexto dia do pós-operatório. O resultado histopatológico da peça cirúrgica revelou angiolipoma de cólon esquerdo.

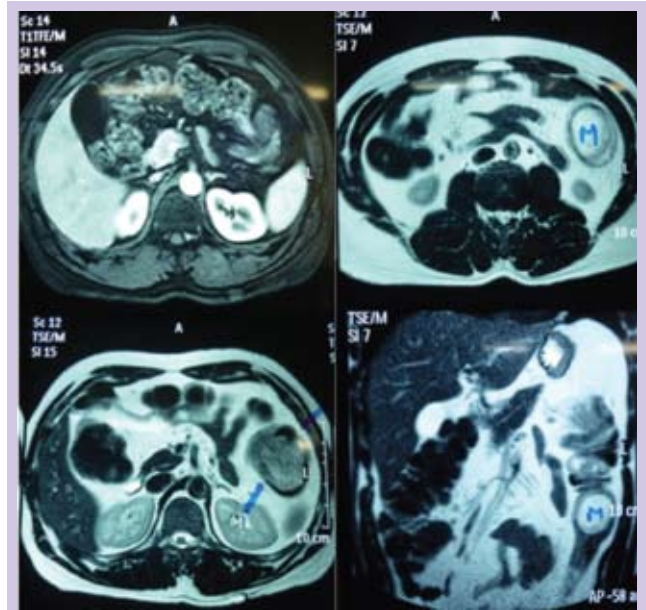


Figura 1: RNM de abdome. Formação ovalada intraluminal em cólon descendente, medindo 1,8 x 2,0 x 2,3 cm, sugestiva de intussuscepção.



Figura 2: Peça cirúrgica. Tumoração em ângulo esplênico de cólon, medindo \pm 6 cm em sua maior extensão, com sinais de sofrimento crônico de alça.

DISCUSSÃO

Angiolipomas usualmente se desenvolvem em adultos jovens, como tumores benignos subcutâneos, encapsulados, bastante dolorosos, múltiplos, com predomínio em tronco e braços.^{13,14}

Apenas 22 casos de angiolipoma envolvendo trato gastrointestinal (TGI) foram observados em revisão de literatura, sendo localizados em: esôfago (1), estômago (3), duodeno (2), jejuno e íleo (6), junção ileocecal (3), cólon (5) e reto (2).¹⁵

Angiolipomas são macroscopicamente bem circunscritos, com superfície amarela e áreas vermelhas. Histologicamente, são compostos de tecido adiposo maduro e vasos sanguíneos proliferados, com trombos de fibrina em seu interior.^{13,14}

Quando presentes em TGI, angiolipomas são indolores em metade dos casos.¹³ Pacientes com lesões pequenas são frequentemente assintomáticos. No entanto, com o aumento do tumor, eles podem experimentar dor abdominal (71 a 100%), náuseas e vômitos (40 a 60%), melena (4 a 33%), massa abdominal palpável (<10%), intussuscepção e obstrução intestinal.^{6,15-17}

A intussuscepção colônica geralmente exibe quadro clínico subagudo, com dor abdominal prolongada e constipação. Pacientes raramente apresentam obstrução intestinal aguda ou dor tipo cólica generalizada.³ A tríade clássica de dor abdominal, massa abdominal palpável e fezes heme-positivas é incomum.²

O diagnóstico de IIInt é difícil devido à ampla variedade de sintomas e apresentação similar a outras doenças, tais como: apendicite, enterocolite, prolapso retal, divertículo de Meckel, púrpura de Henoch.¹⁰ Em casos de angiolipoma, carcinoma de cólon, hematoma intramural e lipoma são os principais diagnósticos diferenciais.¹⁸

Radiografia simples de abdome pode evidenciar sinais de obstrução intestinal e estimar sua topografia. Além disso, enema baritado pode demonstrar “sinal de mola” preenchendo o local da lesão, porém é contraindicado em casos de suspeita de isquemia ou perfuração intestinal.^{2,5,12}

USG de abdome é um exame de boa acurácia, fácil realização, não invasivo, operador-dependente. A identificação do “sinal do alvo” em vista transversal e do “sinal do pseudo-rim” em vista longitudinal são bastante sugestivos de IIInt.^{5,12} Contudo, obesidade e excesso de ar no intestino dificultam a interpretação de imagens.⁵

TC de abdome tem sido a forma mais aceita para diagnóstico de IIInt, especialmente em pacientes com dor abdominal inespecífica.¹⁷ Vários estudos apontam sensibilidade de 58 a 100% e especificidade de 57 a 71% na identificação da doença.⁷ A densidade da massa gerada pelo segmento acometido, relacionada a edema de parede intestinal e presença de mesentério intraluminal, origina o “sinal do alvo”, sugestivo da lesão.^{2,5,7,12}

Nos casos de angiolipomas predominantemente angiomatosos, TC ou angiografia podem diferenciar a lesão do lipoma devido à elevada vascularização observada dentro do tumor.¹³

Colonoscopia tem grande valor para a avaliação de casos de IIInt aguda e crônica, principalmente quando os sintomas sugerem obstrução do cólon. Pode confirmar a intussuscepção, sua localização e identificar a lesão subjacente quando existente.^{6,5} Outros exames, como RNM e endoscopia, podem ser úteis para diagnóstico de IIInt.^{1,2}

Apesar dos avanços radiológicos, o grau de suspeição diagnóstica para angiolipomas em TGI é baixo devido a apresentação clínica inespecífica e falta de achados típicos em estudos de imagem.¹⁵ Séries cirúrgicas mostraram que o diagnóstico pré-operatório foi correto em 32 a 50% dos casos.⁹

Opções de tratamento de angiolipoma de cólon variam a depender do tipo de lesão. Pequenos pólipos pedunculados podem ser removidos na colonoscopia. No entanto, para lesões extensas ou pólipos com base ampla, excisão cirúrgica com subsequente anastomose primária é o tratamento de escolha. Comparada à excisão endoscópica, ressecção cirúrgica pode reduzir o risco de perfuração e hemorragia nesses pacientes.¹⁵

Devido ao grande risco de malignidade, nos casos de intussuscepção colônica, a ressecção do segmento afetado deve ser em bloco, com margens oncológicas.^{4,5} Biópsia por congelação pode confirmar a doença e auxiliar na definição da ressecção cirúrgica.¹⁵ Redução não deve ser tentada se houver sinais de isquemia intestinal, inflamação ou suspeita de lesão maligna.⁵

Atraso no diagnóstico aumenta morbidade associada com IIInt. A parte intussusceptada pode se tornar edemaciada e desencadear obstrução ou compressão da vasculatura do intestino, resultando em isquemia mesentérica, hemorragia, perfuração, peritonite, choque, com evolução para óbito se não tratada.^{4,9,11} Taxa de mortalidade referente à IIInt em adultos corresponde a 8,7% para lesões benignas e 52,4% para lesões malignas.¹⁶ Entretanto, excelente prognóstico

pode ser esperado com a remoção completa do tumor, embora recorrência seja alta quando a lesão é inadequadamente ressecada.¹⁵

O paciente em questão apresentou quadro clínico inespecífico, mas incompatível com obstrução intestinal. Dor abdominal crônica e melena, sem evidência de massa palpável em abdome, associadas a imagens sugestiva de IInt em USG e RNM, levantaram suspeita da doença. Colonoscopia não foi capaz de definir a etiologia da lesão. A confirmação diagnóstica de angioliipoma só foi possível por análise anatomopatológica da peça cirúrgica.

Como não foi realizada biópsia por congelação, a alta incidência de tumores malignos em cólon, além de história de perda ponderal significativa, mesmo sem outras condições sugestivas de malignidade, determinaram ressecção em bloco da lesão, com margens oncológicas, em conformidade com a literatura.

CONCLUSÃO

IInt em adultos está quase sempre associada à lesão orgânica subjacente, apresenta quadro clínico inespecífico, diagnóstico por imagem limitado, requerendo alto índice de suspeição diagnóstica e tratamento urgente. Angioliipomas em cólon exigem ressecção cirúrgica em bloco, com margens oncológicas, e apresentam bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Sundaram B, Miller CN, Cohan RH, *et al.* Can CT features be used to diagnose surgical adult bowel intussusceptions? *AJR Am J Roentgenol* 2009; 193(2):471-8.
2. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A, *et al.* Significant parameters for surgery in adult intussusception. *Surgery* 2010; 147(2):227-32.
3. Gollub MJ. Colonic intussusception: clinical and radiographic features. *AJR Am J Roentgenol* 2011; 196(5):W580-5.
4. Lindor RA, Bellolio MF, Sadosty AT, *et al.* Adult intussusception: presentation, management, and outcomes of 148 patients. *J Emerg Med* 2012; 43(1):1-6.
5. Hanan B, Diniz TR, da Luz MM, *et al.* Intussusception in adults: a retrospective study. *Colorectal Dis* 2010; 12(6):574-8.
6. 6. Varban OA, Ardestani A, Azagury DE, *et al.* Contemporary management of adult intussusception: who needs a resection? *World J Surg* 2013 Apr 10.
7. 7. Onkendi EO, Grotz TE, Murray JA, *et al.* Adult intussusception in the last 25 years of modern imaging: is surgery still indicated? *J Gastrointest Surg* 2011; 15(10):1699-705.
8. 8. Choi SH, Han JK, Kim SH, *et al.* Intussusception in adults: from stomach to rectum. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183(3):691-8.
9. 9. Batista BN, Maximiano LF. Intestinal intussusception in young adults: literature review. *Rev Col Bras Cir* 2009; 36(6):533-6.
10. 10. Loukas M, Pellerin M, Kimball Z, *et al.* Intussusception: an anatomical perspective with review of the literature. *Clin Anat* 2011; 24(5):552-61.
11. 11. Chen KC, Hung TY, Wang TH, *et al.* Rapid diagnosis of jejunojejunal intussusception by an emergency physician-performed bedside ultrasound. *Am J Emerg Med* 2010; 28(1):117.e5-7.
12. 12. Hanan B, Diniz TR, Luz MMP, *et al.* Intussuscepção intestinal em adultos. *Rev bras Coloproct* 2007; 27(4): 432-438.
13. 13. Okuyama T, Yoshida M, Watanabe M, *et al.* Angioliipoma of the colon diagnosed after endoscopic resection. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(6):748-50.
14. 14. Chen YY, Soon MS. Preoperative diagnosis of colonic angioliipoma: a case report. *World J Gastroenterol* 2005; 11(32):5087-9.
15. 15. Wang L, Chen P, Zong L, *et al.* Colon angioliipoma with intussusception: a case report and literature review. *World J Surg Oncol* 2013; 11:69.
16. 16. Soni S, Moss P, Jaiganesh T. Idiopathic adult intussusception. *Int J Emerg Med* 2011; 4:8.
17. 17. Yalamarthi S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J* 2005; 81(953):174-7.
18. 18. Molinares B, Goldstein A, Varela GJ, *et al.* Colonic angioliipoma: a rare finding in the gastrointestinal tract. Case report and review of literature. *J Radiol Case Rep* 2012; 6(6):23-8.