

Intussuscepção ileocólica por lipoma: relato de caso e revisão da literatura

Ileocolic intussusception caused by lipoma: case report and literature review

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto¹; Davidson Anthony Aragão Freire¹; Lorena Cavalcante de Lemos¹; Andreza Alves de Sousa²; Ana Cecília de Souza Fernandes³; Márcio Almeida de Sousa Jucá⁴

1 – Cirurgião geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo.

3 – Médica pelo Centro Universitário Christus e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

4 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

RESUMO

A intussuscepção intestinal é uma causa rara de obstrução intestinal em adultos, representando menos de 1% dos casos de obstrução mecânica. Os lipomas intestinais são lesões benignas incomuns que podem ter apresentação assintomática, mas podem funcionar raramente como ponto de invaginação intestinal. Esse artigo relata o caso de uma paciente de 58 anos, com quadro de obstrução intestinal íleo-cólica com diagnóstico pós-operatório de lipoma intestinal e reforça a importância de um diagnóstico precoce por imagem seguida de abordagem cirúrgica adequada para manejo do paciente.

Palavras-chave: Intussuscepção; Lipoma; Obstrução intestinal.

ABSTRACT

Intestinal intussusception is a rare cause of intestinal obstruction in adults, accounting for less than 1% of cases of mechanical obstruction. Intestinal lipomas are uncommon benign lesions that can present asymptotically but may rarely act as a point of intestinal invagination. This article reports the case of a 58-year-old patient with ileocolic intestinal obstruction and a postoperative diagnosis of intestinal lipoma, highlighting the importance of early imaging diagnosis followed by appropriate surgical management for patient care.

Keywords: Intussusception; Lipoma; Intestinal obstruction.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é uma entidade clínica rara em adultos, responsável por menos de 1% das obstruções intestinais mecânicas cuja sintomatologia inespecífica pode dificultar o diagnóstico pré-operatório.

Essa condição ocorre devido ao impulsionamento peristáltico de uma lesão intraluminal, usualmente maligna, que ocasiona a invaginação de um segmento de alça intestinal proximal sob um segmento distal. Esse ponto de intussuscepção pode ser identificado por imagem ou em peça cirúrgica em até 90% dos casos e é definida como idiopática ou primária nos casos nos quais não se consegue identificar essas lesões.^{1,2,3}

Os lipomas intestinais, primeiramente descritos em 1757 por Bauer, são as lesões mesenquimais benignas de células adiposas mais comuns do trato gastrointestinal, que se originam da submucosa em 90% dos casos e que podem servir como ponto de intussuscepção.^{4,5,6}

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre um paciente com obstrução intestinal por intussuscepção íleo-cólica por lipoma intestinal.

RELATO DO CASO

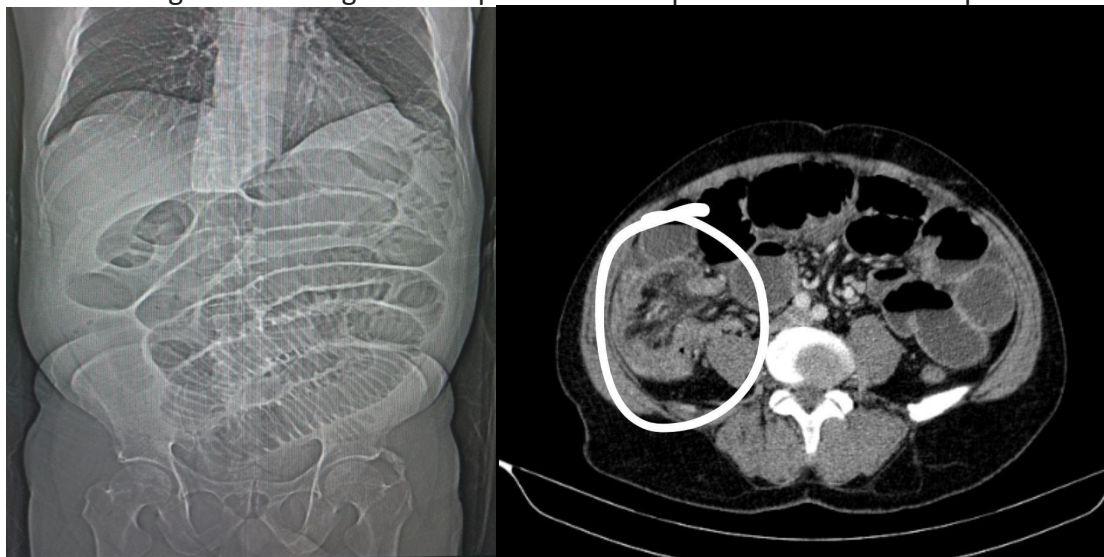
Paciente masculino de 58 anos, relatou história de 3 dias de dor abdominal em cólica, localizada

em fossa ilíaca direita com irradiação para hipogastro, associado a náuseas, vômitos, hiporexia, diminuição da eliminação de flatos além de alteração do hábito intestinal. História patológica pregressa sem comorbidades, alergias nem cirurgias. Nega história de câncer em familiares de primeiro grau.

Ao exame físico da admissão, o paciente se apresentou em regular estado geral, abdome globoso, distendido, hipertimpânico à percussão, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite. Sem outras alterações dignas de nota. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose de 18.500/mm³ sem desvio à esquerda, sem alterações de PCR, função renal ou hepática.

Realizou radiografia pelo protocolo de abdome agudo, que evidenciou dilatação de alças delgadas sem pneumoperitônio. Foi, então, realizada TC de abdome com contraste que evidenciou mínima quantidade de líquido livre em cavidade abdominal, extensa dilatação de alças delgadas e foi visualizado, em topografia de fossa ilíaca direita, formação expansiva com atenuação de partes moles (complexo intussuscepto-intussusceptiente/sinal pseudorim) com centro adiposo em continuidade com a gordura mesentérica em topografia ileocólica. (Figura 1)

Figura 1. À esquerda: imagem de radiografia apresentando sinais sugestivos de obstrução de intestino delgado. À direita: imagem de tomografia computadorizada apresentando sinal do “pseudo rim”



Fonte: Autoria própria

O paciente foi submetido a uma laparotomia, com achado de lesão de intussuscepção íleo-cólica e palpação de lesão intraluminal em íleo distal, sendo realizada ileocectomia direita com íleo-transverso anastomose. (Figura 2)

Figura 2. À esquerda: achado intraoperatório de obstrução intestinal.
À direita: produto de ileocectomia direita.



Fonte: Autoria própria

O estudo anatomopatológico mostrou 33 linfonodos na peça cirúrgica com a conclusão de que a lesão se tratava de um lipoma submucoso.

DISCUSSÃO

Os lipomas intestinais comumente são assintomáticos, mas lesões maiores que 2cm de diâmetro podem causar sintomas inespecíficos, obstrução intestinal diretamente pela lesão ou ainda funcionarem como ponto de intussuscepção. Nessas situações, ocorre síndrome de obstrução intestinal, enquanto a tríade clássica de dor abdominal, massa palpável e hematoquezia está presente em apenas 10% dos adultos.^{1,7,8}

A localização de um lipoma é mais frequente no intestino grosso (65-75%), seguido do intestino delgado (20-25%) e, neste caso, está mais comumente localizado no íleo. Seu pico de incidência é entre a 6ª e 7ª décadas de vida e são mais comuns em mulheres. Não se tem relato de degeneração maligna.⁸

O diagnóstico da intussuscepção intestinal pode ser auxiliado por exames de imagem como USG de abdome ou ainda a tomografia computadorizada de abdome, método de escolha, no qual se visualiza o sinal do alvo ou massa em salsicha, que apresenta especificidade de quase 100% e sensibilidade de até 87,5% em adultos.¹ A ressonância magnética é útil para lesões benignas de tecido adiposo por apresentar hipersinal em T1, similarmente ao tecido celular subcutâneo.

Muitos autores recomendam ressecção endoscópica de lesões suspeitas de lipomas maiores que 2cm, mesmo em pacientes assintomáticos, especialmente em idosos, uma vez que há maior chance de diagnósticos diferenciais com lesões malignas.¹

Em casos de obstrução por intussuscepção intestinal, o tratamento quase sempre é cirúrgico e leva em consideração o tamanho do lipoma, localização, confirmação pré-operatória ou ainda presença de complicações. A técnica cirúrgica consiste em ressecção do segmento intestinal acometido e reconstrução primária do trânsito intestinal.

A necessidade de redução é controversa, mas há consenso de que a redução não deve ser tentada em casos de sinais de isquemia irreversível, inflamação ou ainda suspeita de neoplasia, mas que pode ser possível para preservação duodenal ou para evitar amputação abdominoperineal em casos de duodeno e reto, respectivamente.⁸

REFERÊNCIAS

1. O. Mouaqit, H. Hasnai, L. Chbani, A. Oussaden, K. Maazaz, A. Amarti, et al., Pedunculated lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case report, BMC Surg. 13 (2013) 51.

2. M. Mohamed, K. Elghawy, D. Scholten, K. Wilson, M. McCann, Adult sigmoidorectal intussusception related to colonic lipoma: a rare case report with an atypical presentation, *Int. J. Surg. Case Rep.* 10 (2015) 134–137
3. A. Marinis, A. Yiallourou, L. Yiallourou, N. Dafnios, G. Anastasopoulos, I. Vassiliou, et al., Intussusception of the bowel in adults: a review, *World J. Gastroenterol.* 15 (January (4)) (2009) 407–411.
4. Geraci G, Pisello F, Arnone E, Sciuto A, Modica G, Sciumè C. Endoscopic Resection of a Large Colonic Lipoma: Case Report and Review of Literature. *Case Rep Gastroenterol.* 2010 Feb 3;4(1):6-11. doi: 10.1159/000260053. PMID: 21103220; PMCID: PMC2988890.
5. Minaya Bravo AM, Vera Mansilla C, Nogueiras Fraguas F, Granell Vicent FJ. Ileocolic intussusception due to giant ileal lipoma: Review of literature and report of a case. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(8):382-4. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.03.035. Epub 2012 Apr 17. PMID: 22622130; PMCID: PMC3376677.
6. Kenneth W. Warren, Frederick H. Brandenburg, Lipomas of the Gastrointestinal Tract, *Surgical Clinics of North America*, Volume 31, Issue 3, 1951, Pages 743-752, ISSN 0039-6109,
7. Andrew Waack, Swamroop Nandwani, Karthik Kolisetty, Venkatramana Vattipally, Lipoma lead point intussusception in an adult: A case report, *Radiology Case Reports*, Volume 17, Issue 12, 2022, Pages 4907-4910, ISSN 1930-0433,
8. Manouras A, Lagoudianakis EE, Dardamanis D, Tsekouras DK, Markogiannakis H, Genetzakis M, Pararas N, Papadima A, Triantafillou C, Katergiannakis V. Lipoma induced jejunojejunal intussusception. *World J Gastroenterol.* 2007 Jul 14;13(26):3641-4. doi: 10.3748/wjg.v13.i26.3641. PMID: 17659719; PMCID: PMC4146808.