

INTRODUÇÃO

A invaginação intestinal é rara no adulto, embora seja frequente na idade pediátrica. Nesta faixa etária, 80-90% dos casos são secundários a lesões orgânicas da parede intestinal. As invaginações colo-cólicas são as menos frequentes e na sua maioria estão associadas a uma lesão maligna. Os lipomas apesar de serem raros no tracto gastrointestinal, são o tumor benigno não epitelial mais frequente do cólon. No entanto, geralmente são assintomáticos e muito raramente são a causa de uma invaginação intestinal. No adulto, o tratamento ideal da invaginação intestinal é controverso. No entanto, a abordagem cirúrgica é relativamente consensual.

CASO CLÍNICO

Identificação

M.R.M.M.G., 49 anos, sexo feminino

Antecedentes Pessoais

Dislipidemia e incontinência urinária

Antecedentes Familiares

Irmão falecido por adenocarcinoma do recto

História da Doença Actual

Quadro de dor abdominal localizada à fossa ilíaca esquerda (FIE) com 8 dias de evolução, agravada nos 3 dias anteriores e acompanhada de um agravamento de obstipação.

Exame Objectivo

Abdómen - dor à palpação profunda e massa palpável na FIE. Ruídos hidroaéreos presentes e diminuídos.

Exames Auxiliares de Diagnóstico

Estudo analítico - elevação da PCR (54,9mg/L) e da LDH (323U/L)
TC abdominal - Fig. 1, Colonoscopia - Fig. 2

A doente foi proposta para laparotomia.

Cirurgia - Fig. 3

Foi realizada uma Operação de Hartmann.

Evolução

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Teve alta ao 5º dia pós-operatório. Foi realizada a reconstituição do trânsito intestinal 8 meses após a cirurgia. No pós-operatório apresentou uma infecção da ferida cirúrgica tratada com drenagem e cuidados de penso.

Anatomia Patológica

Segmento cólico de 32cm onde se identifica uma formação polipóide de 6,0x3,5x3,0cm, constituída por tecidos amarelados e de consistência mole, compatível com lipoma.



Fig. 1 - TC Abdominal - Na transição entre o cólon descendente e o sigmóide observados aspectos compatíveis com invaginação, sem se identificar o agente causador. Distensão do cólon a montante, pneumatose intestinal e presença de bolhas de gás livre.

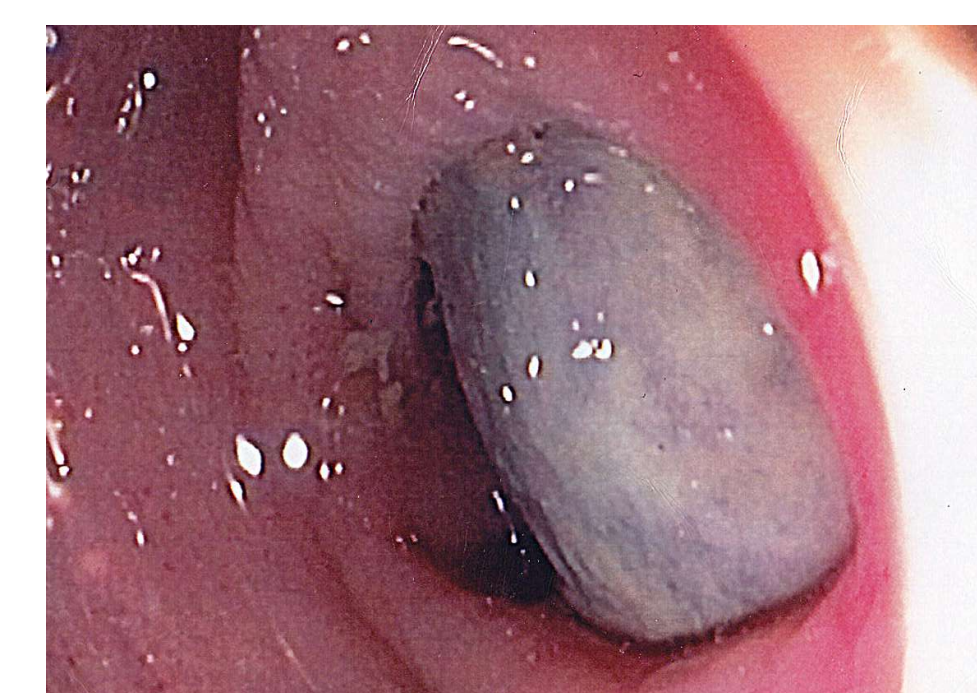


Fig. 2 - Colonoscopia - Progressão até aos 35cm da margem anal. Mucosa de aspecto violáceo e necrosado a ocupar o lúmen. Não foi possível a progredir. Aspecto compatível com invaginação coló-cólica. Não foi possível a resolução endoscópica.

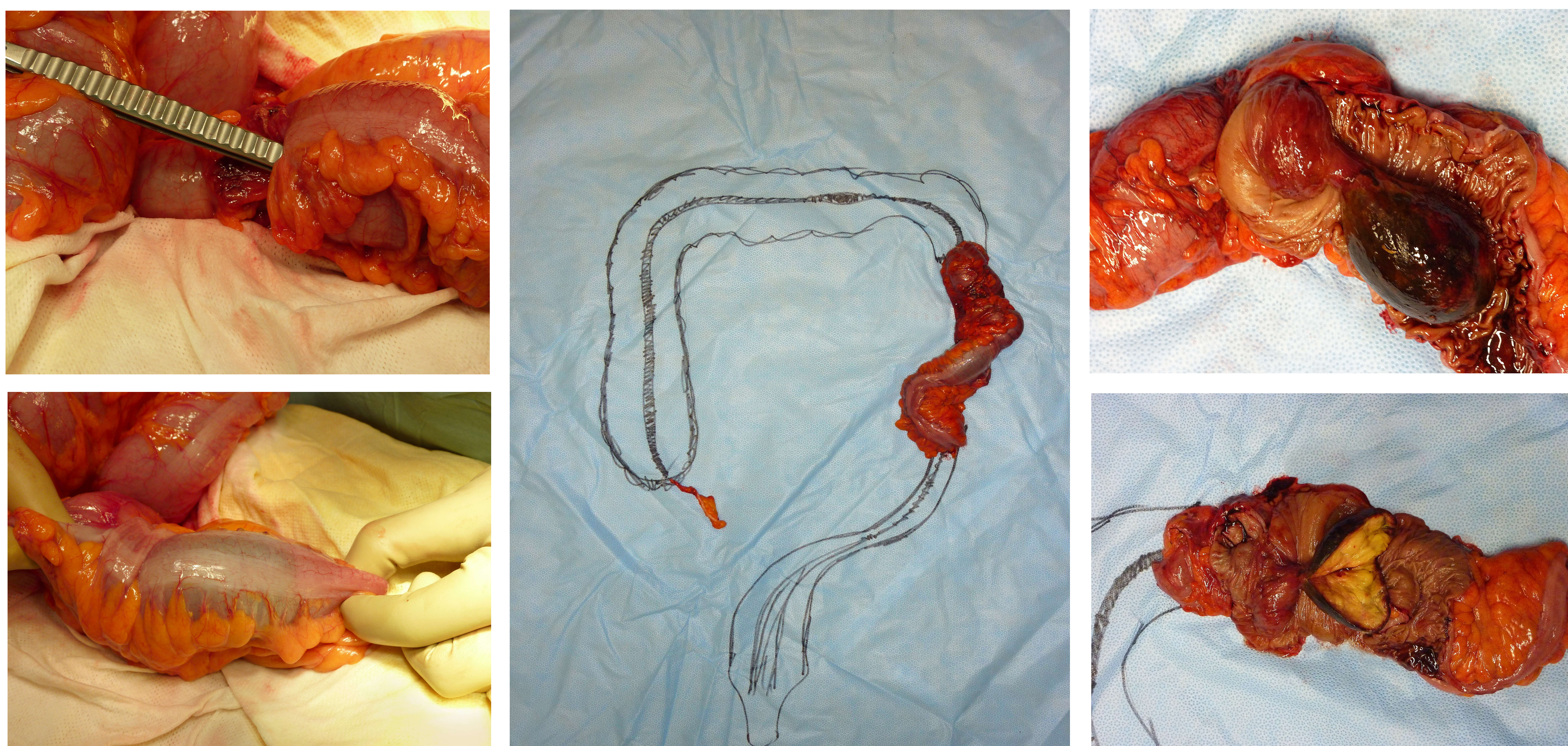


Fig. 3 - Cirurgia - Confirmada a presença de uma invaginação colo-cólica envolvendo o cólon descendente e o cólon sigmóide, devido a volumosa neoformação polipóide.

Bibliografia

- 1 - J. Escallon, E. Londoño, S. Restrepo, 2010. Lipoma Submucoso Gigante del Cólon como Causa de Intususcepción Colo-cólica del Descendente. Rev Gast Col, 3:34
- 2 - A. Tannour, B. Chatagnier, M. Neumaier, M. Zeri, R. Ribeiro, S. Casalelli, 2010. Relato de Caso: Intususcepción Ileocecal por Lipoma em Adulto. Arq Calam Med, 39(1)
- 3 - M.P. Guillén-Paredes, et al. 2009. Invaginación Colo-Cólica por Lipoma. Cir Esp, 10:1016
- 4 - G. Guerra, H. Souza, M. Fonseca, I. Codes, I. Albuquerque, G. Formiga, 2004. Intususcepción Colo-Cólica Exteriorizada pelo Ânus, Secundária a Lipoma - Relato de Caso Clínico. Rev Bras Coloproct, 5(4)
- 5 - J. Llanos, C. Ortega, R. Rojas, A. O'Brien, 2005. Invaginación Colo-Cólica: Presentación de Dos Casos. Rev Chil Radiol, 11(1)
- 6 - J. Martín, J. Aguayo, J. Aguilar, J. Torralba, R. Liron, J. Miguel, E. Girela, M. Corral, 2001. Invaginación Intestinal en el Adulto. Presentación de Siete Casos con Énfasis en el Diagnóstico Preoperatorio. Cir Esp, 70(2)
- 7 - N. Rosa, S. Martins, J. Lamelas, A. Rodrigues, 2010. Invaginação Intestinal. Rev Port Coloproct, 7(3):140-143