

Invaginação Intestinal (Intussuscepção)

Dr Marco Daiha

Histórico:

- John Hunter (1737-1821) – Primeira descrição.
- Hirschsprung 1876 – Redução hidrostática.
- Ladd 1913 – Diagnóstico por enema contrastado.
- Ravitch 1948 – Redução por enema baritado

Incidência

- 1.9 a 4 casos por 1000 nascidos vivos
- Maior no sexo masculino 3 : 2
- Brancos > Negros
- Faixa mais comum entre 3 meses e 2 anos
- Pico de incidência entre 5 e 9 meses de idade
- Mais da metade de todos os casos antes de 1 ano
- Normalmente crianças saudáveis , bem nutridas
- Sazonal – relacionada a maior incidência de viroses e infecções respiratórias.

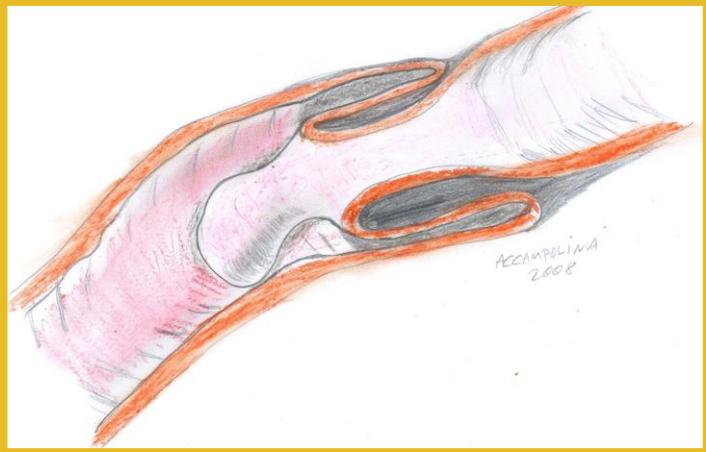
Fisiopatologia

Primária - Idiopática

- > 80% - Íleo-cólica
- Linfonodos aumentados
- Hipertrofia da Placas de Peyer
- Divertículo de Meckel
- Pólipos intestinais
- Tumor carcinóide
- Linfoma não Hodgkin
- Pâncreas ectópico
- Duplicação intestinal

Secundária

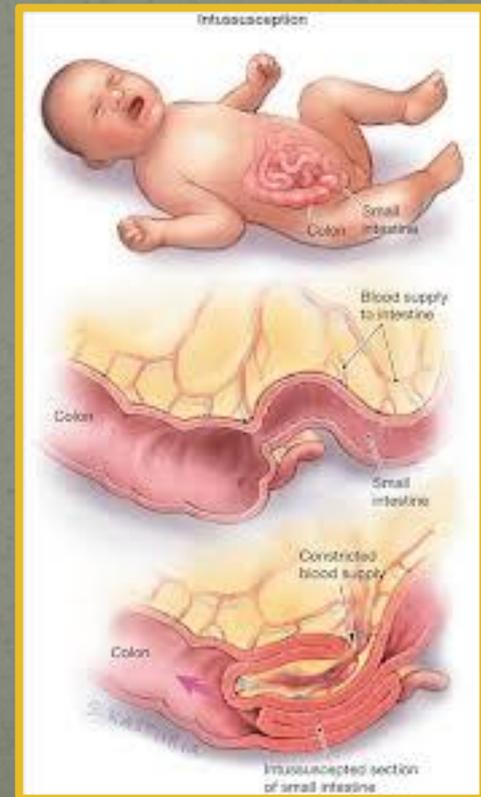
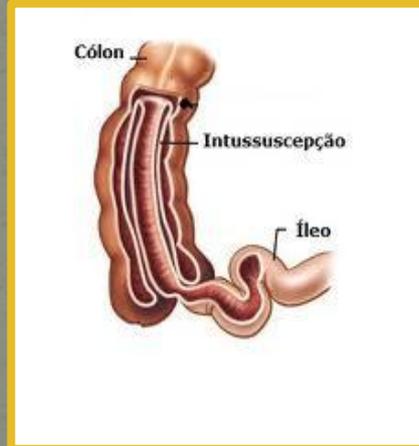
- Fibrose Cística
- Pós operatória(18%)
- Hemorragia submucosa (Henoch-Schönlein)



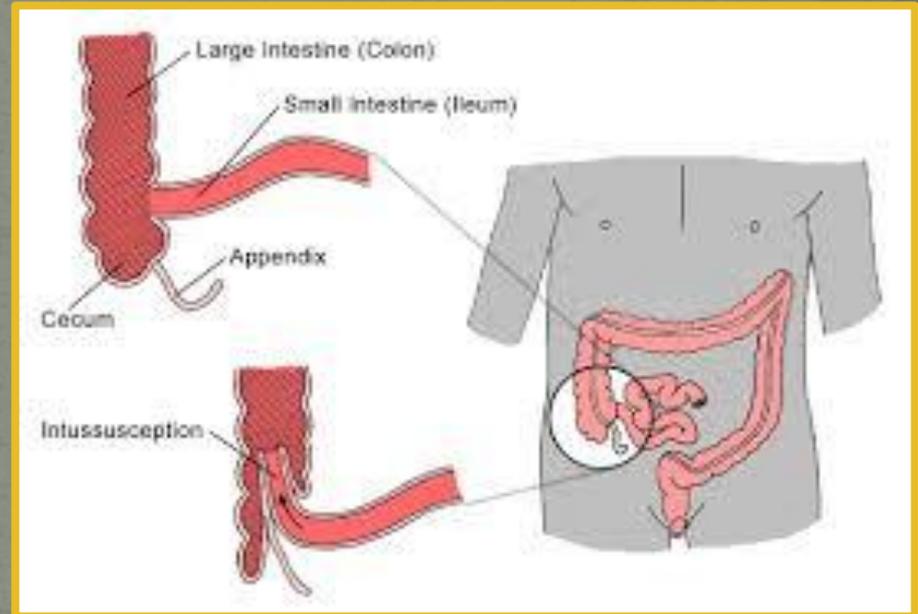
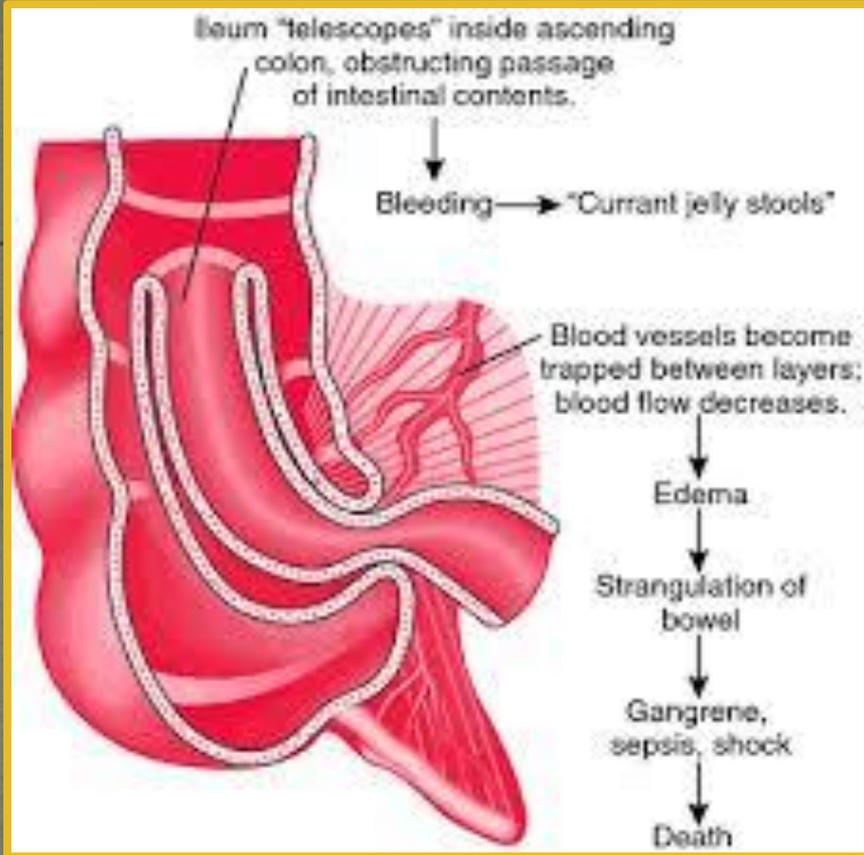
Definição:

É a “*telescopagem*” de uma porção do intestino por dentro da porção distal a ela, movida pela atividade peristáltica do sistema digestivo.

- Íleo-cólica (80%)
- Íleo-Ileal
- Ceco – cólica
- Colo-cólica
- Jejunó-jejunal



Invaginação intestinal



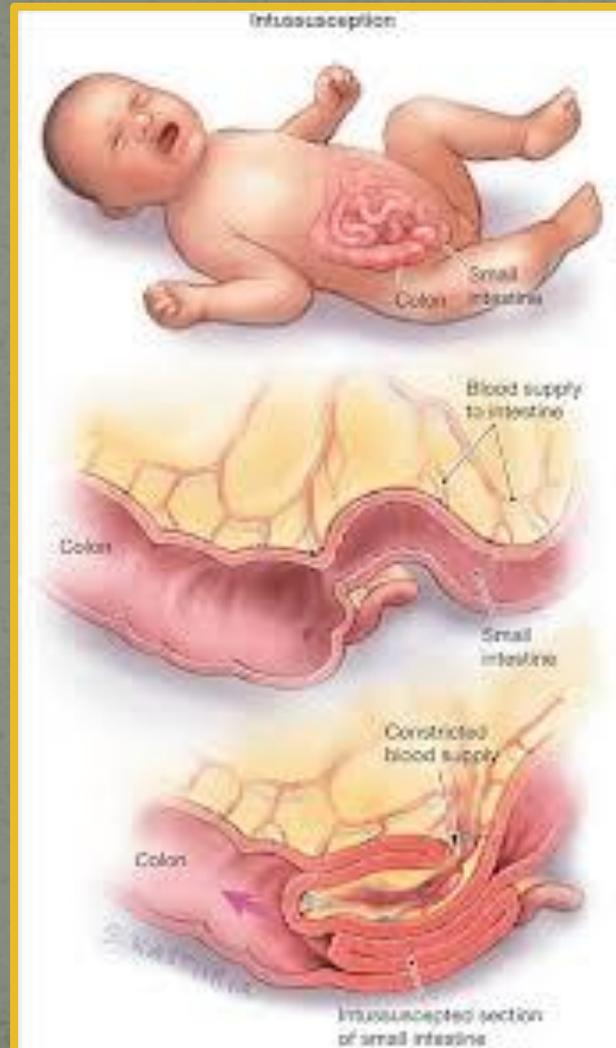
Invaginação intestinal



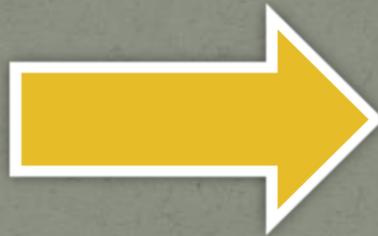
Apresentação clínica

- Dores em cólicas com muito desconforto abdominal
- Criança previamente normal antes das cólicas
- Dobram as pernas sobre o abdome
- Entre as crises de dor a aparência pode ser normal
- Evolui com letargia entre as crises
- Vômitos alimentares e posteriormente biliosos
- Fezes com sangue inicialmente
- Fezes com aspecto de “geléia de Morango”: isquemia intestinal – hemorragia de mucosa.

Exame físico



Crises de 1 a 2 min com 15 a 20 min de intervalo



Fezes em geléia de Morango (ou framboesa)



Exame físico:

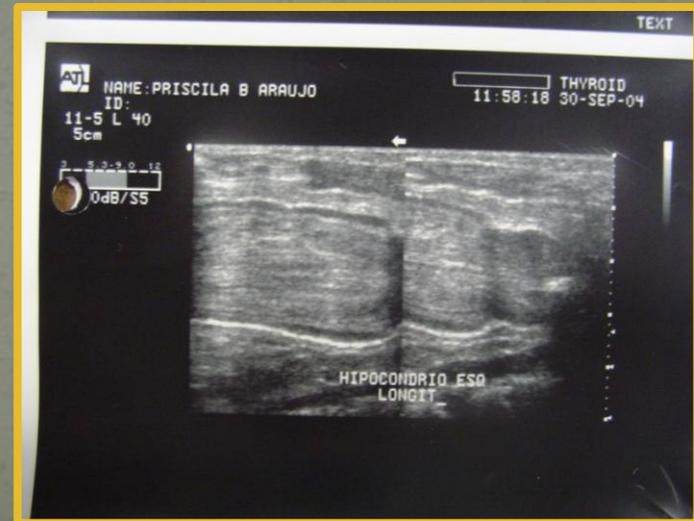
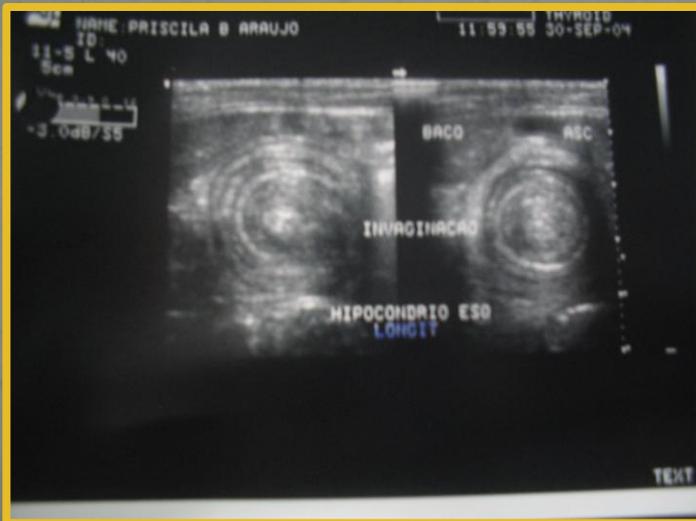
- Hiperperistaltismo durante os episódios de dor
- Quadrante inferior direito parece vazio à palpação
- Massa abdominal pode ser palpada entre as crises de dor com forma comprida e curva em qualquer ponto.
- Toque retal: sangue e muco ou sangramento vivo
- Desidratação e bacteremia nos casos mais graves
- Prolapso da invaginação através do ânus : grave sinal de extensa telescopagem de grande parte do intestino com provável dano vascular
- Fase tardia: choque hipovolêmico e sepsis

Diagnóstico

- ULTRASSONOGRAFIA
- TOMOGRAFIA
- CLISTER OPACO (duplo contraste)

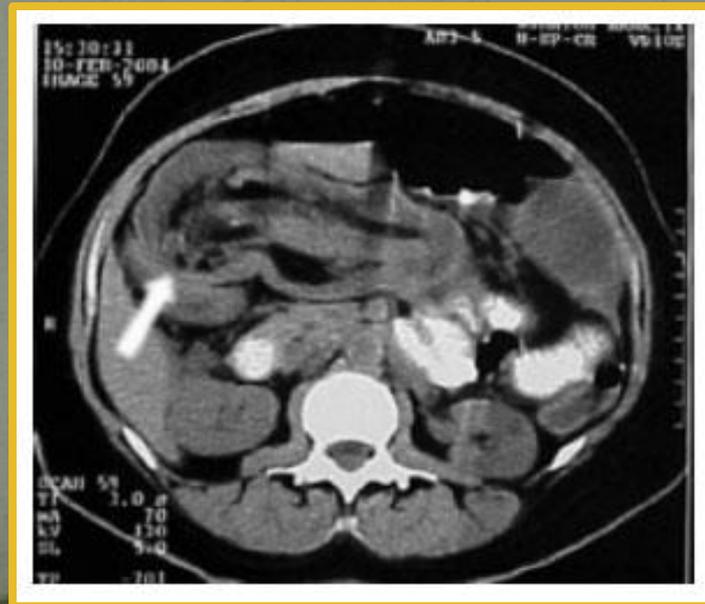
Ultrassonografia

- Em mãos hábeis é o mais rápido e mais barato método
- Não oferece os riscos da radiação ionizante
- Imagem em “alvo” ou “pseudorim”
- Pode acompanhar os métodos de tratamento por redução hidrostática ou pneumostática



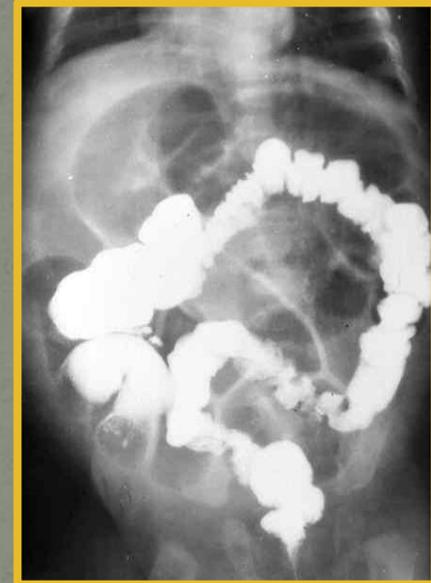
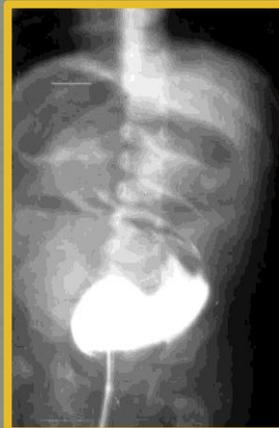
Tomografia

- Imagem em “alvo” como na USG
- Hoje em dia faz parte da rotina de abdome agudo de algumas emergências
- Alta exposição a radiação ionizante
- Melhor definição do segmento comprometido



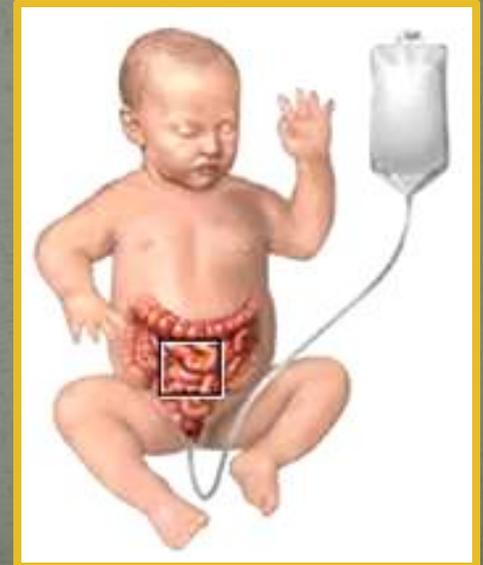
Clister por Radioscopia

- Pode ser diagnóstico tanto quanto tratamento
- Dinâmico
- Contraste: Bário ou Pneumático (Air-enema)



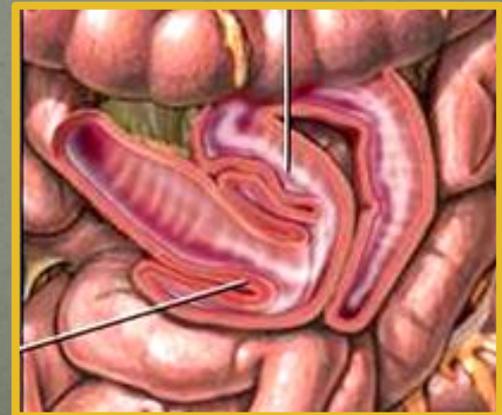
Tratamento :

- Redução Hidrostática (50% a 78% - sucesso)
- Redução Pneumostática(80 a 120 mmHg)
- Redução hidrostática acompanhada por USG
- Cirúrgico



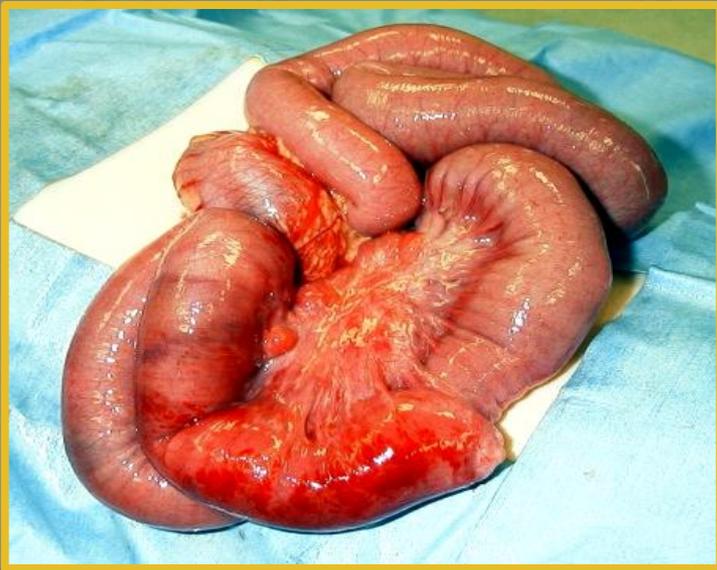
Redução por Bário ou Pneumostática

- Somente por escopia
- Monitoramento sobre as complicações
- Sob anestesia para relaxamento
- Sonda Nasogástrica
- Menor morbidade
- Air enema: Pneumoperitônio



Tratamento cirúrgico

- Diagnóstico tardio
- Presença de sinais de complicações (hemorragia, isquemia, perfuração de víscera
- Pode ser somente a redução manual



Tratamento cirúrgico

- Possibilidade de ressecção em casos de Isquemia
- Anastomose primária X Peritonite severa
- Jejum prolongado (4-5 dias)
- Sonda nasogástrica
- Hidratação volumosa
- Recorrência : séries de 2% a 20%
- USG controle no pós op

OBRIGADO !

