

ADENOCARCINOMA DE CECUM COMO FATOR DE INVAGINAÇÃO ÍLEO-CECO-CÓLICA CRÔNICA NO ADULTO

Dr. VIRGILIO NOLL *

A invaginação íleo-ceco-cólica crônica no adulto é rara. Não entra no quadro das afecções de caráter urgente, como é o caso das intussuscepções no latente e criança, pois raramente ocasiona o íleo mecânico. Mas nem por isso, deixa exigir um tratamento cirúrgico rápido e adequado, pela simples razão de que a invaginação intestinal no adulto deve ser considerada como uma complicação provocada por tumores intestinais benignos ou malignos. Dizíamos ser uma complicação, e isso um acidente feliz, pois permite tratar um doente com sua neoplasia inicial, pois sabemos que somente pequenos tumores determinam invaginação, e repetimos se o doente tem a felicidade de ser operado quando o tumor ainda está circunscrito, isso que tange aos malignos, teremos certeza de realizarmos uma terapêutica eficiente e curadora.

Porque se dá a invaginação mais frequentemente no trato digestivo íleo-ceco-colon ascendente? Deve se invocar as seguintes razões: 1.º anatómicas, disposição normal, desembocadura de tubo digestivo de calibre menor-íleon em trato digestivo de diâmetro maior cecum-colon ascendente; ou disposição anormal mesos excessivamente longos permitindo com facilidade deslocamentos intestinais dentro da cavidade abdominal; 2.º fisiológicas, existência de anteperistaltismo do hemi-colon direito (W. Cannon) em oposição ao íleo animado de movimentos isoperistálticos; 3.º patológicas, inflamações como: enterites, colites e principalmente a presença de tumores na luz intestinal provocam o desequilíbrio da função cinética do intestino. Com efeito, as neofor-mações intestinais podem ser considera-das no adulto como desencadeadoras pri-

maciais de estímulos anormais sobre a musculatura lisa intestinal originando espasmos, verdadeiras cabeças-de-ponte para a futura penetração entero-enterica.

Passemos agora a história clínica do nosso doente, Pedro José da Silva, portador de uma invaginação íleo-ceco-cólica por blastoma maligno de origem epitelial, e por ser um caso pouco corrente, segundo a bibliografia médica, desperta um interesse clínico todo especial. O supra citado, de 51 anos de idade, côr branca, casado, profissão pedreiro, ocupando o leito 27, nos relata o seguinte: foi operado em 10 de janeiro de 1956, não sabe no entanto precisar o motivo da intervenção cirúrgica. Queixa-se de fortes dôres no ventre, indicando-nos a fossa ilíaca direita como zona onde se iniciam as mesmas, ressaltando que essas algias abdominais irradiam-se do flanco direito pelo hipocôndrio direito até o epigástrico. Diz mais, que elas aparecem por espaço de tempo, variando minutos mais ou menos até duas horas (intermitentes), duram vários minutos para em seguida desaparecerem. Últimamente persistem por mais de uma hora. São influenciadas pela ingestão de alimentos (reflexo gastrocólico). Simultaneamente com as dôres, notou o aparecimento sob a parede do ventre de uma bola (sic) e que essa se magnificava em relação direta com a intensificação da dôr ventral. Após as refeições sente náuseas e no momento de aparecerem as cólicas tem tido vômitos alimentares, às vezes biliosos. Com uso de remédios (sic) e clistéres às vezes desaparecia a bola (sic) (possibilidade de desinvaginação!). Prisão de ventre acentuada, entrecortada por diarréias fétidas e abundantes. Inapetente. Emagreceu

* Assistente da 18.ª Enfermaria — Serviço de Cirurgia Geral de Homens, da Santa Casa de Misericórdia.
Instrutor de Clínica Propedéutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina — Universidade do Rio Grande do Sul.

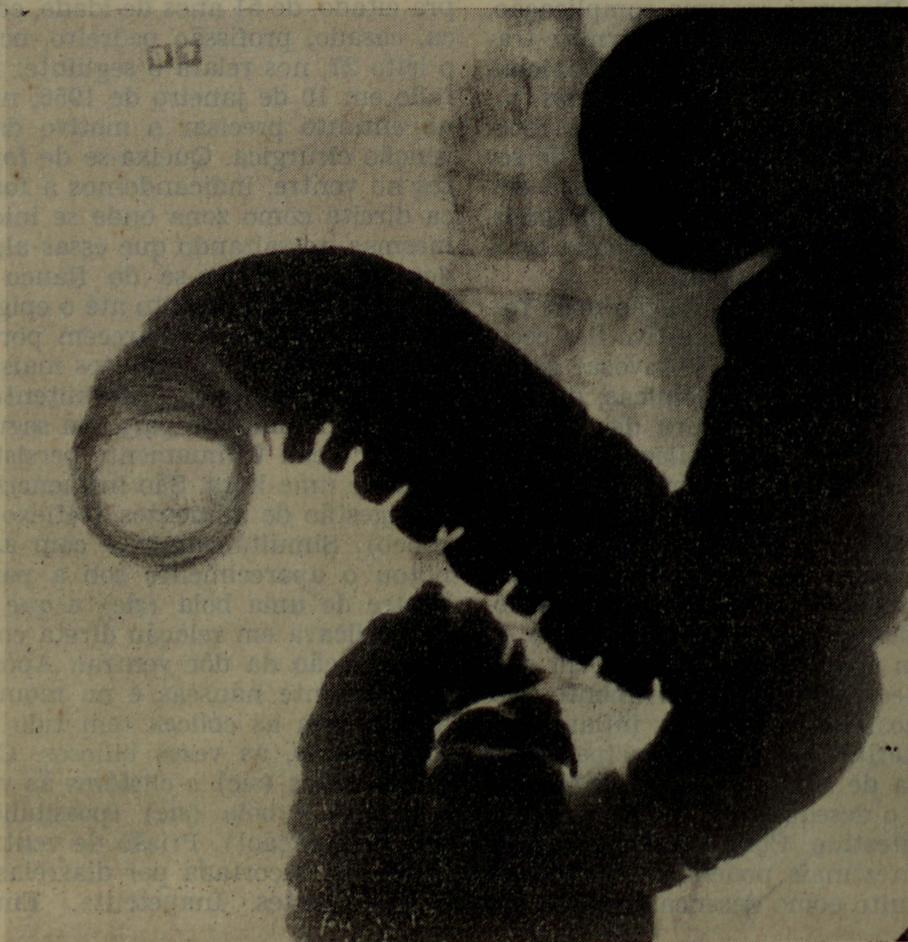
quatro quilos nos últimos 3 meses. Sem particularidades os antecedentes remotos, familiares e hereditários.

Exame objetivo. A inspeção: ventre abaulado no hipocôndrio direito e epigástrico; notamos pequenos deslocamentos do abaulamento, da direita para a esquerda. Não percebemos reptações intestinais sob a parede abdominal. Antiga cicatriz operatória na linha mediana (xifo-umbelical). **A apalpação:** tumor cilíndrico, comprimento de mais ou menos 20 centímetros, estendendo-se do flanco direito até o epigástrico, levemente doloroso, de consistência sólida, dando impressão de leve renitência. Continuando a apalpação além do tumor em direção da fossa ilíaca direita constatámos ao seu nível uma de-

pressão nítida, ausência de cecum — sinal de Dance.

Exames complementares: Fezes: pesquisa sangue oculto: positivo; parasitológico positivo para *Strongyloides Esterco-ralis*. Outros exames como urina, hemograma, dosagens de uréia, glicose, serina e globulinas — dentro dos limites normais.

Radiografia do grosso intestino: O cliché radiográfico é muito sugestivo e diremos patognóstico da invaginação íleo-ceco-cólica. Parada do enema baritado na cabeça da invaginação, seguindo uma linha ligeiramente côncava, abraçando uma zona clara convexa. Não se nota no eixo do corpo da invaginação, o costu-



Invaginação íleo-ceco-cólica

meiro filete escuro denotando, ainda, passagem de contraste através da luz angustiadada do intestino invaginado e que segundo Porcher com acêrto tomaria o aspecto tridente. Outros radiologistas, entre êles Sante, interpretam a imagem radiológica da cabeça da invaginação como cupuliforme, ou crescente ou em anel, semi-anel, conforme a maior ou menor quantidade de substância radiopaca a se coletar nos bordos cefálicos da intussuscepção.

Diagnóstico: Pela anamnese; exame objetivo do doente; presença de tumor nas regiões; hipocondrio direito e epigástrico; relação existente entre dôr abdominal e aparecimento do tumor; positividade — sinal de Dance; e principalmente pelo aspecto radiológico, por assim dizer patognomônico — concluímos pela INVAGINAÇÃO ÍLEO-CECO-CÓLICA.

Tratamento: A laparotomia paramediana direita encontramos: o íleo (parcialmente) cecum e cólon ascendente invaginados além do ângulo hepático, 10 centímetros mais ou menos; o cilindro invaginante de côr vermelho violáceo, coberto de estrias de fibrina. No pé da invaginação aderências entre o íleo e cólon ascendente. Presença exsudato peritoneal. Procuramos desinvaginar o intestino, que não foi possível pelas manobras habituais.

Tática operatória: Isolamento da alça ileal abaixo do pé da invaginação, mais ou menos 10 centímetros, isolamento cecum, cólon ascendente, ligadura dos vasos íleo cólicos, cólica direita média e superior, — secção entre pinças da parte invaginada; anastomose do íleon com cólon transversa na altura do terço médio. Fechamento da parede por planos.

Observação: Após a abertura da peça operatória (íleo-ceco-cólon), notamos no fundo do céco um tumor sésil, do tamanho de uma nóz e de aspecto em couveflôr.

Resultado do exame anátomo-patológico: Procedido o exame anátomo-patológico da peça operatória, constituída de íleon terminal, cecum e cólon ascendente, pelo Instituto de Patologia e Fisiologia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, sob número AP-10.402.56, deu o seguinte diagnóstico: ADENOCARCINOMA COM ÁREAS DE CARCINOMA GELATINOSO. LINFADENITE CRÔNICA. Em 7 de maio de 1956. (as.) Dr. Raul Krebs. Patologista.

Resumo: O autor considera a invaginação íleo-ceco-cólica crônica do adulto, como uma complicação de tumores intestinais, benignos ou malignos, existentes nessa parte do trato digestivo; e indica como tratamento ideal a hemicolectomia direita com ileotransversostomia término-lateral.

BIBLIOGRAFIA

Fotheringham, W. Tejerina — Operaciones Urgentes — Tomo II.

Mondor, H. — Diagnostics Urgents.

Mirizzi — Pablo L. — Tumores Abdominales — Volumen I

Nash, J. — Blades, Brian — Fisiologia Quirurgica.

Gley-E. — Tratado de Fisiologia.

Kirschner-Nordmann — Cirurgia — Volume VI.

Sante — Interpretação Radiológica.