

## Invaginação intestinal aguda no adulto

### A proposito de um caso

Dr. Sergio Cattani de Curlis

Ex-interno-plantão da Santa Casa

A oportunidade, que se nós ofereceu, de observarmos um caso desta natureza, no Serviço de Urgência da Santa Casa de Misericórdia, despertou em nós a idéia de publicarmos a observação, acrescida de alguns comentários, dada a raridade da afecção, pois não figura com frequência em nossas estatísticas diagnósticas, constituindo ocorrência bastante rara.

O caso, que registramos, reveste-se de duplo intrêss e em primeiro lugar, porque reproduz nas suas manifestações — regularidade, successão e nitidez dos sintomas — o quadro clínico, “au grand complet”, da invaginação intestinal, conforme lhe descrevem os classicos em seus tratados, facto aliás, pouco frequente em medicina; em segundo lugar, porque tivemos a ocasião de empregar no diagnóstico de um ventre agudo, a prova radiológica, ainda rarissimas vezes utilizada por nossos cirurgiões, e que reputamos de inestimável valor.

Foi-nos possível assim, associando sinais clínicos e radiológicos, chegar a um diagnóstico pré-operatório exato, proporcionando os dados seguros para uma intervenção de urgência, cujo beneficiado é o nosso enfermo, pois, levado á sala de operações com estado geral excelente, o acto operatório resumiu-se a simples desinvaginação de um segmento intestinal ainda em ótimas condições.

Queremos salientar assim, o auxílio prestado pelo radio-diagnóstico, constituindo um ponto de particular interesse da nossa observação.

Justificada pois, a apresentação deste pequeno trabalho, passamos ao relato do caso.

E. L., de côr preta, 42 anos, solteiro, carregador, natural deste Estado, aqui residente, baixou ao Serviço em 8 de Agosto de 1937.

Deu entrada no Hospital, queixando-se de intensas dôres abdominais, não se conseguindo, entretanto, obter uma resposta sôbre o lugar exato em que o doente sentia dôres espontâneas; doia-lhe todo o ventre.

Relatou-nos o enfermo, que no inicio da semana sentira fortes dôres no abdomen, durante dois dias, tendo desaparecido sem a intervenção de qualquer medicamento.

Três dias passaram-se sem nada sentir. Súbitamente, em plena saúde, na manhã do dia 6, foi novamente acometido por violentas dôres no ventre, sendo obrigado a abandonar o trabalho. Retirando-se para casa, guardou o leito durante dois dias, tomando chás e aplicando mesinhas, que de nada lhe valeram. A' noite não conseguiu dormir, devido a dôr que não mais cessou. Entretanto, por momentos diminuia, acalmando-o, para dentro de poucos minutos exacerbar-se, com caráter atroz,

impelindo o paciente a "reforçar-se no leito". Na manhã seguinte teve um vômito. A' tarde iniciaram-se umas evacuações sanguinolentas e de pequena quantidade, sendo entretanto frequentes, não apresentando, porém, sinais de materias fecais.

No dia seguinte teve novo vômito, estando em constante estado nauseoso, não conseguindo alimentar-se. Diversas evacuações sanguinolentas, que êle comparava a uma geléia com sangue; outras vezes sentia necessidade, porém nada evacuava. A' tarde manifestaram-se soluços; teve novo vômito.

Acusa no seu passado mórbido, febre tifoide aos 8 anos, e enteralgias passageiras raras. Sofreu amputação do membro superior direito em 1921, devido a um acidente.

Tabagista e alcoolatra inveterado. Hábitos imoderados.

Nada de interessante em seus antecedentes hereditários e familiares.

Hospitalizado em 8 de Agosto, domingo, fomos encontrá-lo ocupando um dos leitos da 13.<sup>o</sup> enfermaria, atendendo um chamado para vermos um doente que estava passando mal, pois que era nossa hora de plantão.

A sua posição no leito era de desconforto, não encontrando uma atitude que lhe atenuasse os sofrimentos.

Enquanto narrava a sua história, foi obrigado a suspendê-la por momentos, devido as dores que intensificando-se, o imobilizavam, estampando-se na face, pela contração dos músculos, toda intensidade dos seus padecimentos. Eram verdadeiras cólicas, que atravessavam o ventre de um lado ao outro, comparando o doente, á facadas.

Estado geral bom. Psicismo normal; inteligência e memória perfeitamente conservadas.

A' inspeção do abdomen, séde de todos os seus sofrimentos, notamos que se achava ligeira e uniformemente globuloso, acompanhando os movimentos respiratórios do torax, não se observando movimentos peristálticos intestinais.

Ventre doloroso. Não havia contratura.

Hemiabdomen E um pouco resistente á palpação, principalmente em sua metade inferior. A esta altura percebia-se, nos momentos de acalmia, uma tumoração, sem limites precisos, de superficie lisa, alongada no sentido longitudinal e de consistencia pastosa. A fossa iliaca D achava-se facilmente depressivel, dando-nos a sensação de vazio (sinal de Dance, atingindo-se sem dificuldade a parede posterior.

Praticamos um toque rectal, com o fim de verificarmos si sentia-se se a extremidade inferior desta tumoração. Não se percebia nada; entretanto, este toque veio confirmar nossas suspeitas, porque ao retirarmos o anus a dedeira, esta achava-se recoberta por mucosidades sanguinolentas.

Pulso — 80. Temperatura 36,8°.

Com a impressão clínica de uma invaginação intestinal, transportamos o doente para a sala de Radiologia, com o fim de ratificarmos nosso diagnóstico.

Apelamos, então, para o colega Dndo. Homero Menezes, que se prontificou a praticar o exame radiascópico e radiográfico do paciente.

Administrado um lavamento baritado, sob o ecran, acompanhando a progressão da coluna opaca, vimos que esta se deteve na altura do segmento recto-sigmoidiano. Foi batida uma chapa radiográfica, que aqui reproduzimos. Constatou-se pela interpretação do cliché, que no ponto de parada da coluna de barita, se desenhava uma imagem característica de uma invaginação intestinal, podendo ser classificada como uma imagem em bidente.

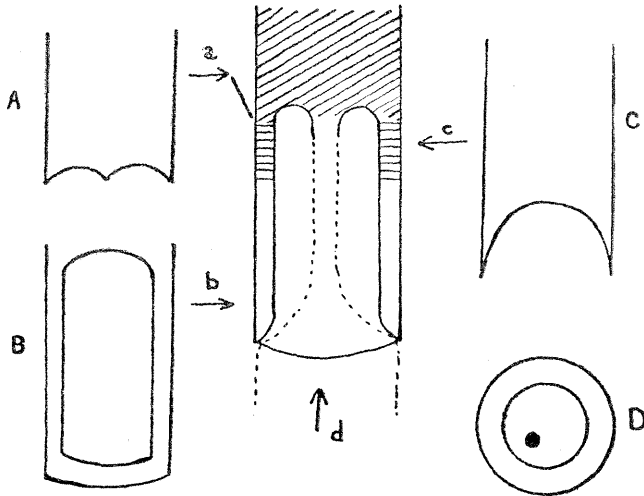
Diante de um quadro com sintomatologia tão completa, conforme os sinais clínicos relatados e a prova radiológica, só o diagnóstico de invaginação intestinal se impunha e, como estivesse indicada a intervenção de urgência, foi o ocorrido comunicado ao cirurgião-interno Dr. Varnieri, que imediatamente compareceu ao Hospital.

**OPERAÇÃO:** — Decidida a intervenção cirúrgica, foi praticada uma celiotomia mediana umbilico-pubiana.

Aberto o peritoneo, a mão no interior do ventre, percebeu logo, no meio das alças intestinais, a existência de um tumor cilíndrico, regular, de paredes lisas, orientado no sentido longitudinal, atingindo a pelvis.

Prolongada a incisão para cima (supra-umbilical), afim de facilitar a exteriorização do tumor, verificamos tratar-se de uma invaginação intestinal, colo-cólica, compreendendo parte do transverso e o descendente, até ao colon pelvico, numa extensão de 60 á 80 cm. aproximadamente. O grande epiplon havia sido levado, em parte, pelo cilindro de invaginação.

Examinando o anel estrangulador, e constatando a possibilidade de uma desinvaginação, foi ela tentada. O aspeto do "boudin" era bom, es-



IMAGENS ESQUEMATICAS DA INVAGINAÇÃO (OMBREDANNE)

- A) em amputação: o baryo só desce até "a".
- B) em ampolla ou lacunar: o baryo recobre a bainha, que é larga.
- C) em cupula: o baryo desce até a metade da bainha, "c".
- D) em cocar: a invaginação é vista de frente, seguindo a linha "d".

tando indicada a redução, pois reunia todos os caracteres que, de acôrdo com Lejars, atestam uma vitalidade certa: “liso, quente, bem vascularizado, sem nenhuma placa, sem nenhuma mancha suspeita, tanto no corpo como no colo”.

Docemente, por expressão progressiva e cuidadosa da cabeça de invaginação, através da alça invaginante, e leves trações na outra extremidade, chegou-se com facilidade a desinvaginar completamente o intestino.

O segmento invaginado apresentava-se com bom aspeto, sómente leve cianose e edema das parêdes. Regular desinserção de epiploon ao nível do colon transversal, que foi suturado.

Constatada, pois, a sua integridade, foi a segmento intestinal, reingrado no ventre e procedido ao fechamento da parêde abdominal, por uma sutura em três planos, sem drenagem.

Raqui-anestesia, depois completada por eternarose.

Operador — cirurgião-interno Dr. Varnieri.

Auxiliares — internos-plantões Sergio e Darcy.

---

Falar em invaginação intestinal aguda no adulto, era expor-se, há ainda bem pouco tempo, ás críticas as mais severas por parte dos autores, arraigados, que estavam a antiga formula, de que “a invaginação no lactente é aguda e super-aguda, na criança é sub-aguda, e no adulto crônica”.

Entretanto, sucederam-se as observações, aumentaram as estatísticas e, em face de casos como o de Ferey, que encontra uma perfuração no 5.º dia; o de Tavernier, que no 10º dia teve que ressecar a alça já esfacelada; o de Wortmann, que, igualmente, no 5º dia foi obrigado a ressecar uma alça já gangrenada, além de numerosos outros casos indênticos, com que dia a dia se enriquece a literatura médica, aquêles principios caíram por terra e, hoje nós estamos autorizados a citar a invaginação intestinal aguda como uma afecção capaz de ser encontrada no adulto.

Aliás, Mandor em seu livro admite esta possibilidade, posta em duvida por tantos autores, documentando-a e demonstrando-a mesmo.

O caso de que nos ocupamos, vem confirmar plenamente esta asserção, mostrando mais uma vez, que a invaginação intestinal pode adquirir no adulto caráter agudo<sup>a</sup> reclamando a intervenção cirúrgica de urgência, e, podendo como tal, ser catalogada nos quadros de abdomen agudo.

A grande frequência na criança, em relação ao adulto, faz com que ela seja considerada como uma afecção própria desta idade. A explicação deste facto é dada pela ausência de soldaduras peritoneais do segmento ileo-cecal, recém solidarizado á parêde nos primeiros meses da vida extra-uterina.

Devemos frizar, porém, em considerando a forma aguda no adulto e na criança, que, embora apresentando sintomatologia idêntica, esquamatizada na triade — sinais de oclusão, tumor em “boudin”, enterorrágia — apresenta-se em geral, com caracteres próprios a idade, revestindo-

se de maior gravidade na criança, dada a rapidez com que evoluem as lesões.

Com efeito, assim se exprime Pouliquen — “a invaginação na criança é uma afecção muito grave; trata-se não de urgência, mas de extrema urgência; desde a primeira visita do médico deve ser adotada uma decisão cirúrgica imediata”.

No adulto a evolução da molestia é mais lenta, mais arrastada, os sinais característicos se manifestando tardiamente, dando tempo assim, a que se observe com mais demora o doente, e permitindo a realização mais segura de bons exames radiológicos.

Na criança, o início brusco pode adquirir um aspeto dramático e catastrófico, alarmando as pessoas que a cercam, como no celebre caso de Ramond, no qual a pequena Cristiane “tornou-se de repente lívida, cadavérica, todos os seus tegumentos ficaram brancos, como si estivesse morta, enquanto que seus lábios e suas orelhas, assim como a extremidade dos dedos tornaram-se violáceos” tendo voltado ao normal em alguns segundos, e motivando um chamado de urgência. Era o início de uma invaginação intestinal, legítimo “shock inicial”. Outras vezes são gritos, ou então a criança torna-se agitada, desespera-se, entra a debater-se com braços e pernas, verdadeiras convulsões, que cessam passada a crise dolorosa.

O adulto, com sistema nervoso menos impressionável, suporta estas crises dolorosas, sem estas manifestações dramáticas, apenas com modificações dos traços fisionômicos, que exprimem o sofrimento e a ansiedade, ou revolvendo-se no leito, a procura de uma posição que o alivie, sem chegar, entretanto, a um estado de inconsciência.

O sintoma convincente, orientador do diagnóstico, ou sinal de Cruveillier, que é a evacuação sanguinolenta, na criança se apresenta já na oitava hora, no adulto, só passadas 48 horas e mais é que se manifesta.

Considerando a invaginação como uma hernia do intestino no intestino, podemos dizer que na criança há estrangulamento desde que há invaginação. No adulto, os sinais reveladores de um estrangulamento são mais tardios, podendo mesmo o intestino sair pelo anus sem o aparecimento de graves lesões.

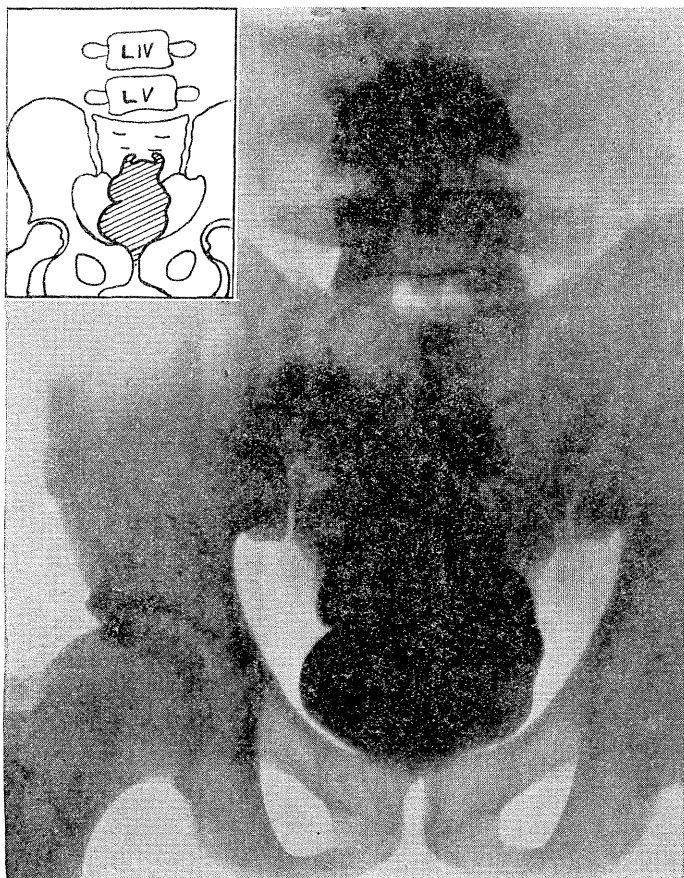
A invaginação na criança conduz a uma morte rápida. Entretanto, atualmente, os cirurgiões melhor educados, senhores dos quadros sintomáticos perfeitamente estabelecidos, permitindo uma decisão terapêutica eficaz, diagnosticam e curam. Haja vista, a excelente estatística apresentada por Pouliquen, que em 14 casos, teve 11 curas operatórias.

O adulto resiste à sua invaginação; o que se verifica, em geral, é a passagem ao estado de cronicidade, devido em parte a tolerância do organismo adulto, mas por outro lado, sobretudo favorecido pela ausência quasi constante de diagnóstico precoce. Porém a passagem ao estado crônico não é sinão uma forma evolutiva, podendo exigir a intervenção, ao curso de um episódio agudo tardio, se manifestando sobre uma invaginação já de há muito constituída, e obrigando a manobras operatórias complexas, como as ressecções.

E’ preciso, pois, que deante de um quadro agudo de ventre sobrevindo em um adulto, se pense um pouco mais na possibilidade de uma

intussuscepção, afim-de a surpreendermos na sua crise inicial, e si para isso não forem suficientes os sinais clínicos, temos como ultimo recurso o emprego do radio-diagnóstico.

Não obstante a excelência do estado geral, com um pulso de 80 e uma temperatura de  $36,8^{\circ}$ , com um mínimo de reações locais, o nosso paciente era portador de um autêntico abdomen agudo, sujeito a passagem ao estado crônico, com uma intervenção tardia de pessimos resultados, ou ao aparecimento precoce de lesões graves, como nos casos já citados.



Assim, baseando-nos pelos trabalhos daquêles que teem apresentado communicações a este respeito e, orientando-nos pela nossa própria observação, pensamos que pode-se chegar no adulto a mesma simplicidade de resultados, como para a criança; as dificuldades até agora eram as hesitações prolongadas de diagnóstico, hoje já afastadas em absoluto, pelo emprego do radio-diagnóstico, que desfaz todas as dúvidas.

Além da pouca frequência da invaginação intestinal no adulto, que torna a nossa observação especialmente interessante, outras pequenas particularidades que tivemos o ensejo de comprovar pelo exame efetuado, são também dignas de serem postas em destaque.

Queremos nos referir, em primeiro lugar, a constatação do sinal de Dance. Poucas vezes aludido, é para muitos um sinal inconstante; quer nos parecer que, ignorado pela maioria, elle não é convenientemente nem sistematicamente pesquisado. Ramond afirma, que este sinal é certamente mais frequente e mais fácil de constatar, que o sinal do "boudin".

O sinal de Dance, é esta depressibilidade anormal da fossa iliaca direita, que pela apalpação dá-nos a sensação de vazio. Verifica-se isto, em consequência do deslocamento do cecum e colon ascendente, de suas posições, arrastados que são, pelos segmentos invaginados, ou porque constituem elles mesmos, o "boudin" de invaginação. Wortmann não lhe dá valor, pois que para elle, as alças delgadas rapidamente tomariam o lugar do cecum e do ascendente. No entanto, insurge-se contra isto o professor Rodriguez Rocha de Montevideo: a sensação não seria a mesma, o cecum e o ascendente dão uma impressão caracteristica, distinta. Soares Hungria, Mondtlin e Bertacchi de São Paulo, assim se expressam ao constatarem, em um caso de invaginação intestinal, a presença deste sinal: palpa-se a parêde posterior da fossa iliaca direita, não se verificando pelo deslize, ressaltto nenhum, indicando a presença de algum orgão.

De fato, examinado o nosso doente, verificamos que a fossa iliaca direita, era facilmente depressível, dando-nos a impressão que atingiamos a parêde posterior, sem que nada se interpuzesse entre esta e parêde abdominal anterior. Em virtude da grande extensão do segmento intestinal invaginado, conforme verificação feita pelo ato operatório, o cecum teria sido levado para outra região.

Mondor cita o caso de Tanasescu, em que este sinal era bem perceptível; não sómente a depressibilidade da fossa iliaca direita, mas toda a metade direita do abdomen, parecia se dirigir para o hipocondrio esquerdo.

A localização da afecção, considerando as diversas formas de invaginação, segundo o segmento em que se opera a intussuscepção, é também digna de registo, pois que a invaginação colo-cólica, formada exclusivamente á expensas do grosso intestino, é uma forma de excepcional raridade, figurando nas estatísticas com uma percentagem de 2%. Mais encontradiças são as formas ileo-cecal e ileo-cólica; são as mais frequentes, constituindo, por assim dizer, formas mixtas, podendo se opor ás formas puras, formadas á custa do delgado ou do grosso intesti-

no isoladamente. A ileo-cecal representa a forma mais frequente, quasi que a forma ordinária da invaginação intestinal. A forma ileo-cólica é mais rara. A forma ileal ou entérica pura se encontra em 5% dos casos.

Outra particularidade interessante, é o aparecimento relativamente precoce do sinal de Cruveillier, ou seja a evacuação sangüinolenta. Conforme já dissemos, se apresenta no adulto passadas 48 horas. Aquí foi observado nas primeiras 24 horas, explicavel, certamente, pela localização baixa da intussuscepção.

Em razão da sua frequência, (em 97% dos casos) a hemorragia intestinal na invaginação é um sinal de extraordinário valor, adquirindo um caráter quasi patognomônico, o que levou Ombredanne a enunciar para a criança uma equação tornada clássica: Sinais de oclusão intestinal, mais emissão de sangue pelo anus, é igual a invaginação intestinal.

---

Algumas palavras, agora, sobre o exame radiológico nas invaginações intestinais.

Poderoso auxiliar da clínica na elucidação e confirmação de um diagnóstico, o exame radiológico, invadindo todos os setores da medicina, também veio prestar seu valioso auxílio na cirurgia de urgência. Compreende-se facilmente a alta significação do seu emprego, nos quadros de ventre agudo, onde é mister o estabelecimento de um diagnóstico oportuno o mais cedo possível, quando apenas os sinais clínicos permitem suspeitar de tal ou tal afecção. Contribuiu assim a radiologia, autorizando indicações operatórias precoces e exatas, para a melhoria das estatísticas neste terreno da cirurgia.

Multiplicam-se cada vez mais as observações radiológicas em casos como os de perfurações gastro-duodenais, ileus biliar, oclusões intestinais, etc.. Porém, onde os resultados tem sido mais brilhantes, mais frequentes os exames, é sem dúvida, nos casos de invaginações intestinais, dada a facilidade em obter clichés com imagens perfeitamente características.

Foi Lehmann em 1914, que iniciou o emprego da radiografia nas invaginações, tendo sido os primeiros exames, procedidos no adulto. Para muitos autores, este exame viria retardar a intervenção na criança, agravando o prognóstico, e como tal contraindicam-no; entretanto, isto não se verificaria para o adulto, onde podemos agir sem precipitação, com mais calma, devido a evolução mais lenta.

Inumeras são as imagens encontradas durante estes exames radiológicos, correspondente ao aspeto que toma a coluna de bario, quando entra em contato com a cabeça da invaginação, verdadeiro molde da extremidade inferior do "boudin".

Aconselha Béranger, que por serem muito variáveis e transitórias, as imagens devem ser procuradas debaixo da pantalha e não pela radiografia, sendo que a imagem de uma simples detenção da coluna opaca, não se pode dar maior significação; convém então, esperar breves instantes, para ver si se modifica, pois há afecções capaz de determiná-las, tais como as entero-colites, as obstruções (tumores, bridas, etc.) e os espasmos intestinais.

Dentre estas imagens distinguem-se como características, por serem mais frequentes, as duas seguintes:

a) **IMAGEM EM COCAR**: representada por um centro branco estriado, circunscrito por uma orla negra, quando a imagem é obtida de face, muitas vezes apresentando um ponto central escuro.

b) **IMAGEM CUPULIFORME**, si se apresenta de perfil: a cupula é a cabeça e as vertentes, os lados da cupula, são dadas pelo bario insinuado ao redor do intestino invaginado.

Si passa um pouco de liquido opaco, pelo orifício do intestino invaginado, teremos ainda, correspondendo ao meio da cupula, uma sombra afilada, mais ou menos sinuosa: é a imagem em *tdidente*, muito rara.

Quando a parada da coluna opaca não forma uma linha regularmente concava, mas apresenta-se com duas pequenas linguetas opacas, nas extremidades da imagem de amputação, resultado da insinuação da barita ao redor do intestino invaginado, temos a imagem em *bidente*. Foi esta a imagem que obtivemos em nosso caso, resultado talvez, da pouca pressão do liquido opaco, pois foi ele introduzido com uma pera de cautechoue, e não com irrigador.

Outras imagens achadas são: imagem em crescente, em tenáz de lagosta, em lacuna, em bolha, aspeto de amputação, etc....

Afim de facilitarmos a compreensão da formação destas diferentes imagens, reproduzimos aqui o esquema de Ombredanne.

O lavamento baritado, permite, pois, ao cirurgião, fundamentar um diagnóstico de certeza; além disso, o exame, localizando o sítio do obstáculo, orienta o operador na escolha da laparotomia, beneficiando imensamente o acto cirúrgico.

Outro assunto que vem tendo cada dia maior incremento entre os cirurgiões, é a utilização do enema baritado, não com meio diagnóstico, mas como método terapêutico. Foi Pouliquen na França, quem pela primeira vez conseguiu assim, reduzir sob o ecran, uma invaginação intestinal. Sôbre este ponto não nós ocuparemos.

Concluindo, podemos resumir: é um erro dizer que a invaginação intestinal no adulto tem sempre uma evolução crônica; pode se manifestar sob uma forma aguda. Não devemos, entretanto, esperar por uma sintomatologia tão característica como a da criança. Apresenta-se quasi sempre com forma atípica, com quadros clínicos incompletos, si bem que, como no nosso caso, possa também revestir uma sintomatologia pura.

Quanto ao exame radiológico, pensamos que o lavamento baritado, deve ser definitivamente adotado, pois constitue um gráu de progresso no tratamento da invaginação intestinal, ao permitir um diagnóstico preciso, antes que outros sintomas se manifestem. A proposito, reproduzimos aqui a formula de Pouliquen, enunciada para a invaginação na criança, e se verdadeira para esta, com maior soma de razões para o adulto, onde os sintomas capitais se apresentam, tardiamente: "*Dans un cas douteux, ne présentant, que de coliques d'invagination, l'idée reflexe du praticien doit être la hâte du lavement baryté e non pas l'attente du la selle sanglante.*"