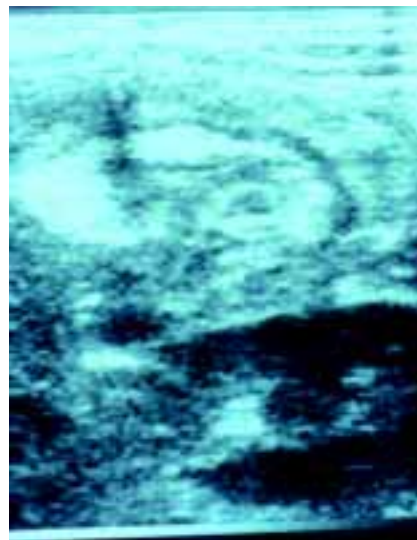




Enema opaco



RX simples de abdome



Ultra-som

Quando a criança chega tardiamente ao serviço de saúde, o quadro clínico poderá estar relacionado às complicações decorrentes de necrose de alça e eventual perfuração ou choque hipovolêmico. Cabe ressaltar que a tríade clássica da invaginação intestinal (dor abdominal, massa abdominal palpável e fezes com sangue) está presente em apenas 1/3 dos casos.

A confirmação diagnóstica dá-se, principalmente, por exames de imagem:

- RX simples de abdome - 2/3 dos casos vão evidenciar achados característicos de um processo obstrutivo intestinal, massa no quadrante superior direito com sinal do crescente aéreo, correspondente ao ar que separa a parede externa de uma área interna.
- Enema opaco - demonstração do ponto de obstrução podendo ser identificado uma falha de enchimento convexa, com contornos lisos ou lobulados, às vezes com aspecto de “mola em espiral”.
- Ultra-som - demonstração de uma massa abdominal com imagem “em alvo”, representando o aspecto de “alça dentro de alça”. É o

exame de escolha para diagnóstico, por não ser invasivo, é rápido, tem menor custo e permite diagnóstico acurado. Porém, por ser operador dependente requer profissional experiente.

- Tomografia computadorizada - tem sua utilização limitada em função de: idade da criança, necessidade de anestesia, uso de contraste e emprego de radiação ionizante. Pode estar indicada como complementar no diagnóstico, identificando a imagem de “alça dentro de alça” e, se presente, o fator causal da invaginação. A indicação deve ficar restrita aos casos de dúvida diagnóstica ou na suspeita de complicações, como necrose e perfuração intestinal.

Há consenso na literatura mundial que a invaginação deve ser tratada inicialmente com enema, desde que não haja complicações impositivas de tratamento cirúrgico. A redução pode ser realizada com o uso de bário, contraste solúvel em água ou ar, sob controle fluoroscópico ou solução salina sob controle ultrasonográfico e como passo seguinte ao exame diagnóstico.

### Recomendações técnicas:

**I-** Colocação de cateter flexível no reto. Pode ser utilizado um balão inflável para ajudar a evitar refluxo.

**II-** Paciente pode estar em supino ou prono e pode ser reposicionado durante o exame.

**III-** O contraste ou solução salina deve ser introduzido por infusão gravitacional, até encontrar a região obstruída. A altura da bolsa de infusão, a duração de cada tentativa de redução e o número de tentativas devem ficar sob critério do médico radiologista.

**IV-** Após a redução da invaginação é conveniente deixar ocorrer amplo preenchimento do delgado.

**V-** Finalizado o processo, o líquido empregado pode ser drenado ou evacuado.

**VI-** Na utilização de redução pneumática, pode ser utilizado: ar, CO<sub>2</sub> ou O<sub>2</sub>, sob controle fluoroscópico. A pressão inicial deve ser inferior a 80 mmHg, após encontrar a zona de invaginação ela pode ser aumentada até 120 mmHg para facilitar a redução.

**VII** -Realizar uma radiografia de abdome para documentar o resultado do procedimento.

**Dr. Aldemir Humberto Soares,**  
diretor do Boletim do CBR