

Invaginação intestinal na criança

Reconhecer a invaginação antes da "geleia de framboesa", encaminhar com hidratação e analgesia, entender a redução por enema, a cirurgia, a causa orgânica, a recorrência e a relação com a vacina rotavírus

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Na **invaginação intestinal**, um segmento do intestino entra no seguinte, como um telescópio; quase sempre é **ileocólica e idiopática**. É a principal causa de obstrução intestinal do lactente: **60% dos casos no 1º ano e 90% até 2 anos** (MS). O quadro típico são **crises de choro e dor em cólica**, com pernas encolhidas e palidez, alternadas com **calma ou moleza**, e vômitos. As **fezes em "geleia de framboesa" são tardias** (15–20% — AEP/SEUP) e a tríade clássica aparece em menos da metade. **O lactente letárgico, pálido ou hipotônico, mesmo sem cólica, é 🚫**. O diagnóstico é pelo **ultrassom** (inclusive POCUS). Na criança estável e sem peritonite, trata-se com **redução por enema, hidrostática ou pneumática**; a cirurgia fica para falha, perfuração, peritonite, choque refratário ou causa orgânica. **Não há tratamento domiciliar da suspeita**: toda criança vai ao pronto-socorro com ultrassom e cirurgião pediátrico, em jejum e com analgesia; a grave vai com acesso, bolus de 10–20 mL/kg e SAMU 192. Após a vacina rotavírus, **notificação obrigatória (compulsória)**.

1. O que é e como se apresenta

O segmento proximal entra no distal com o mesentério; sem redução, vêm sangramento da mucosa, isquemia, necrose, perfuração e choque (MS 2021). A forma **ileocólica** responde por cerca de 90% no lactente (CIPE/AMB 2005).

Idade: pico entre **6 e 36 meses** (padrão do site); 65% abaixo de 1 ano, 40% entre 4 e 10 meses (CIPE). **Abaixo de 3 meses** é rara (pense em volvo, hérnia encarcerada). **Acima de 3 anos**, e mais acima de 5, cresce a chance de **causa orgânica**.

Causas:

- **Idiopática (cerca de 90%)**: hiperplasia linfóide do íleo terminal, em geral após virose.
- **Ponto de partida patológico** (cerca de 10% dos operados — CIPE): **divertículo de Meckel** (a causa benigna mais comum), **pólipo** (juvenil, Peutz-Jeghers), duplicação, **linfoma** (sobretudo Burkitt), **vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein)** e fibrose cística.
- Na **vasculite por IgA**, a invaginação é a **complicação aguda mais grave**, em **até 3,5%**, em geral ileoileal; o ultrassom é o exame de escolha (SBP, DC nº 5/2019).

Quadro clínico:

- **Dor em cólica súbita em lactente que estava bem**: choro intenso, flexão das pernas, palidez, sudorese; nos intervalos, calma ou **apatia e sonolência** (CIPE).
- **Vômitos**, primeiro alimentares e depois **biliosos**.

- **Letargia, hipotonia ou alteração da consciência** podem ser o sinal predominante: **cerca de 20% não têm dor** (MS 2021) e a criança chega como "lactente rebaixado" (AEP/SEUP 2024).
- **Massa em salsicha** no quadrante superior direito (sinal de Dance).
- **Fezes com sangue e muco ("geleia de framboesa")**: sinal **tardio**, em 15–20% (AEP/SEUP 2024). **Não espere por elas**. A tríade dor, massa e geleia ocorre em **menos de 50%** (MS 2021).

Invaginação de delgado transitória: achado de ultrassom, curta (< 3,5 cm), parede e fluxo normais, sem dilatação proximal; **desfaz-se sozinha** e não precisa de enema.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Invaginação de delgado transitória ao ultrassom, sem sintomas obstrutivos; ou criança após redução bem-sucedida , de alta, sem dor e aceitando a dieta	Casa, sinais de alerta por escrito e retorno programado; ultrassom de controle se o radiologista ou o cirurgião indicar
 Moderada	Suspeita clínica em criança estável : cólicas com intervalos de bem-estar, corada e ativa entre as crises , hidratada, sem sangue nas fezes, vômito bilioso ou distensão	Pronto-socorro com ultrassom e cirurgia pediátrica, no mesmo atendimento (sem conduta domiciliar); analgesia e jejum; pode ir com os pais, em carro próprio, direto ao serviço
 Grave	Lactente letárgico , pálido, hipotônico ou com consciência alterada (com ou sem cólica); sangue ou "geleia" nas fezes; massa; vômitos biliosos; distensão; desidratação; taquicardia, enchimento capilar > 2 s ou hipotensão; febre com toxemia; peritonite; longa evolução	Pronto-socorro ou hospital com cirurgia pediátrica : SAMU 192, oxigênio para SpO2 94–98%, acesso venoso, bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação, glicemia capilar, jejum e analgesia

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses ou > 3 anos (causa orgânica, mais cirurgia).
- Longa evolução, sangue nas fezes, vômito bilioso ou obstrução no raio X (menor sucesso do enema, mais necrose).
- Vasculite por IgA com dor intensa, linfoma, fibrose cística, Peutz-Jeghers, cirurgia abdominal recente; invaginação prévia.

3. Diagnóstico no consultório

A suspeita é clínica. Pergunte pelo padrão em crises, palidez, moleza entre as crises, vômitos (verdes?), fezes, virose recente, **vacina rotavírus (data e dose)**, púrpura, emagrecimento.

Exame: consciência, cor, hidratação, FC, enchimento capilar e **glicemia capilar no lactente rebaixado**; palpação **entre as crises**, no colo; **regiões inguinais e escroto**; pele (púrpura); fralda. O toque retal (muco com sangue, "cabeça" da invaginação — CIPE) fica para o serviço que vai tratar.

Ultrassom — exame de escolha: sinal do alvo e do **pseudorrim**, extensão, Doppler, líquido livre e **ponto de partida** (CIPE/AMB 2005; AEP/SEUP 2024). O **POCUS** feito pelo emergencista treinado teve **sensibilidade de 94,9% e especificidade de 99,1%** (metanálise, 6 estudos, 1.303 crianças — Lin-Martore 2020), sem diferença em relação ao radiologista; positivo, aciona radiologista e cirurgião; **negativo com suspeita alta, repetir ou complementar. Na suspeita, o ultrassom é feito no serviço de urgência, nunca eletivo.**

No serviço: raio X (obstrução, **pneumoperitônio**, que contraindica o enema; normal não exclui); eletrólitos e gasometria no grave; tomografia só em casos selecionados.

Diferencial que não pode passar:

- **Gastroenterite** (a SBP a lembra na **disenteria do lactente** — 2017); a invaginação pode seguir uma virose.
- **Volvo** (vômito bilioso), **hérnia encarcerada**, apendicite na criança pequena, bridas.
- **SHU**, vasculite por IgA, **Meckel** (sangramento indolor e volumoso), proctocolite alérgica.
- **Lactente letárgico:** sepse, meningite, **trauma não acidental**, hipoglicemia, erros inatos, intoxicação.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra reconhece, estabiliza e encaminha. No encaminhamento:

- **Jejum**; decúbito lateral se vomitar ou estiver sonolenta.
- **Analgesia, que não mascara o abdome agudo** (AEP/SEUP 2020).
- **Hidratação IV** se desidratação ou má perfusão.
- **Não usar:** laxante, supositório ou lavagem caseira, antiespasmódico ou antidiarreico (atrasam o diagnóstico); **ibuprofeno** no desidratado (padrão do site); **codeína** (proscrita); tramadol só ≥ 12 anos (SBP 2024).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona IV	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site (30/09/2026); SBP 2024 e MS: 15–25 mg/kg
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia, teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose), nunca > 4 g/dia; risco cumulativo no desidratado ou em jejum (padrão do site)
Fentanil intranasal (serviço)	1,5 mcg/kg (1–2), máx. 100 mcg	Repetir 0,3–0,5 mcg/kg a cada 3–5 min	Poucas doses	> 10 kg, atomizador (SEUP 2024; "Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica")
Morfina IV (serviço, monitorizada)	0,05–0,1 mg/kg/dose	4 h (titular a cada 10–20 min)	Dor intensa	SBP 2024; MS/SAMU 192: 0,1–0,15 mg/kg (máx. 10 mg)
Cristaloide (SF 0,9% ou Ringer lactato)	10–20 mL/kg em 5–10 min	Após reavaliação	Até normalizar a perfusão	Reavaliar após cada bolus; parar se sobrecarga ("Sepse e choque séptico na criança")
Glicose IV (≥ 1 mês) se < 60 mg/dL	0,5–1 g/kg (SG 25% 2–4 mL/kg ou SG 10% 5–10 mL/kg)	Glicemia em 10–15 min	Depois SG 10% contínuo	Padrão do site (MS, SAMU 192)

Do serviço de referência (radiologia e cirurgia pediátrica):

- **Redução por enema** guiada por **ultrassom (hidrostática, soro)** ou **fluoroscopia (pneumática, ar)**: 1ª linha na criança estável (CIPE/AMB 2005; MS 2021; AEP/SEUP 2024). A guiada por ultrassom **não usa radiação** (CIPE). Êxito de 42% a 80% nas séries da CIPE, conforme serviço e duração do quadro.
- **Contraindicações: choque refratário, peritonite, perfuração** (CIPE).
- **Novo enema** se a 1ª tentativa reduzir parcialmente e a criança seguir estável, sem peritonite: sucesso de 57%, perfuração de 0,8% (APSA 2021).
- **Antibiótico profilático antes do enema é desnecessário** na criança estável (APSA 2021); na peritonite, perfuração ou ressecção, a critério do serviço.
- **Cirurgia** (laparoscopia ou laparotomia): falha ou contraindicação do enema e **ponto de partida patológico**; ressecção só com necrose ou causa orgânica (CIPE; APSA 2021).

- **Após o enema**, a criança estável pode ter **alta do pronto-socorro** depois de observação (cerca de 4 h — APSA 2021), sem dor, sem febre, sem letargia e tolerando a dieta (Boston Children's, 2019); decide o serviço que reduziu.

Quando procurar causa orgânica: criança > 3 anos (sobretudo > 5); invaginação de delgado **não transitória**; **recorrências repetidas**; sangramento indolor prévio (Meckel); pólipos ou manchas labiais (Peutz-Jeghers); **massa, emagrecimento, febre** (Burkitt); vasculite por IgA (dor intensa ou sangue nas fezes exigem afastar invaginação — SBP 2019). A investigação é do cirurgião.

Recorrência: 8–15% após enema (APSA 2021; 11,8% em 26.731 crianças — Arena 2025), menor após cirurgia; **precoce (24–48 h) em só 0,6–2,5%** (APSA 2021), e pode surgir meses depois. **Trata-se como o 1º episódio** (ultrassom e enema; 88% sem cirurgia — Arena 2025); causa orgânica em cerca de 4% das recorrências, mais acima de 5 anos.

Vacina rotavírus e invaginação (ESAVI):

- **Risco baixo:** cerca de **1 a 4 casos a mais por 100 mil vacinados**, sobretudo na 1ª semana; no Brasil, após a **2ª dose** (MS 2021). **O benefício é muito maior** (queda de internações e óbitos — MS 2021): o receio não justifica deixar de vacinar.
- **A conduta clínica é a de qualquer invaginação**; a família deve informar a vacinação no pronto-socorro.
- **Notificação:** todo ESAVI suspeito vai ao e-SUS Notifica; o grave é de **notificação obrigatória (compulsória)**. Pelo critério de vigilância do MS, notificar e investigar toda invaginação **até 14 dias após a vacina** (MS 2021).
- **Invaginação prévia contraindica a vacina rotavírus** (e as doses seguintes no ESAVI), assim como malformação intestinal não corrigida e imunodeficiência combinada grave; limites de idade conforme o "Guia Vacinal Completo" (MS 2021; SBP).

Seguimento pelo pediatra: retorno após a alta, causa orgânica investigada quando indicada e registro na caderneta da contraindicação à vacina rotavírus.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Toda suspeita vai ao pronto-socorro com ultrassom e cirurgião pediátrico; **SAMU 192 (☎)** se houver:

- **Letargia**, palidez persistente, hipotonia ou consciência alterada, mesmo sem cólica.
- Sangue ou "geleia" nas fezes; massa; **vômitos biliosos**; distensão; parada de fezes e gases.
- Desidratação, taquicardia, enchimento capilar > 2 s, extremidades frias, hipotensão.
- Febre com toxemia, peritonite, longa evolução, idade < 3 meses.

Como encaminhar

1. **ABCDE**; oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98% (padrão do site) se houver hipoxemia, má perfusão ou rebaixamento; decúbito lateral se vomitar.
2. **Jejum**; sonda gástrica aberta se vômitos biliosos ou distensão e houver equipe habilitada, sem atrasar a remoção (CIPE).
3. **Acesso venoso** (intraósseo no choque), **bolus de 10–20 mL/kg** com reavaliação; **glicemia capilar** e glicose IV se < 60 mg/dL.
4. **Analgesia** pela tabela, sem esperar o diagnóstico.
5. **Contato prévio** com serviço que tenha **ultrassom e cirurgia pediátrica**; criança instável em ambulância regulada; **só a estável (🟡) vai com os pais, em carro próprio, direto ao serviço.**
6. **Relatório**: início e padrão da dor, fezes, vômitos, medicamentos e volumes com horário, **data e dose da vacina rotavírus**, doenças de base.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "É urgência, mas, quando chega cedo, quase sempre se desfaz com enema, sem cirurgia."
- "Não espere sangue nas fezes: crises de choro forte, com o bebê pálido e encolhendo as pernas, e depois mole ou sonolento, já são motivo para ir ao pronto-socorro."
- "Pode voltar em cerca de 1 em cada 10 crianças, às vezes meses depois. Se as crises voltarem, vá ao pronto-socorro e conte que já teve invaginação."
- **Procurar o pronto-socorro imediatamente se houver**: crises de choro ou dor que voltam, bebê pálido, mole ou difícil de acordar, vômitos verdes ou repetidos, barriga inchada ou dura, sangue ou "geleia" nas fezes, febre com mau estado, pouca urina.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Sem documen- to próprio; DC nº 5/2019; Guia Diarreia 2017; CIPE/AMB 2005	Manual de ESAVI, 4ª ed., 2020 (atual. 2021)	Sem diretriz específica localizada	Sem diretriz própria; CG84 (2009)	SEUP-AEP, Protocolos, 4ª ed., 02/2024	Sem posição específica localizada	Via SCAMP, Boston Chil- dren's, 2019	Segue o NICE
Quadro e alerta	Diferencial da disenteria do lactente; até 3,5% na vas- culite por IgA	Triade < 50%; 20% sem dor	Sem diretriz específica localizada	Sangue ou muco nas fe- zes, vômito bi- lioso: não é gastroenterite	Letargia pode ser o principal; "geleia" em 15–20%	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Diagnóstico	Ultrassom (CIPE; DC nº 5/2019)	Clínica e imagem	Sem diretriz específica localizada	Sem posição específica	Ultrassom de escolha	Sem posição específica localizada	Ultrassom e enema	Segue o NICE
Tratamento	Enema 1ª li- nha; cirurgia na falha, cho- que, peritonite (CIPE)	Enema preco- ce; cirurgia se necrose	Sem diretriz (APSA 2021: sem antibiótico profilático)	Sem posição específica	Enema; anal- gesia não mascara	Sem posição específica localizada	Enema com ar	Segue o NICE
Após a redução	Sem posição	Sem posição	APSA 2021: alta após observação	Sem posição específica	Sem posição	Sem posição específica localizada	Alta do PS, teste de dieta, telefonema	Segue o NICE
Vacina rotavírus	Risco baixo, benefício mai- or (SBP/SBIm/AS BAI 2017)	1–4/100 mil; notificar até 14 dias; contrain- dica doses	Sem diretriz lo- calizada (CDC 2024; contraindica- ção)	Sem posição específica	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há **concordância** no essencial: suspeita clínica pela cólica intermitente com palidez e letargia, **"geleia de framboesa" tardia**, **ultrassom como exame de escolha** e **enema como 1ª linha** na criança estável, com cirurgia na falha, peritonite, perfuração e causa orgânica (CIPE/AMB 2005; MS 2021; AEP/SEUP 2024). As diferenças são de **lacuna**: a **SBP não tem documento próprio** (o tema aparece no DC nº 5/2019, no Guia de Diarreia de 2017 e no texto sobre a vacina de 2017), e o **NICE** só traz, na CG84 (2009), sangue nas fezes e vômito bilioso como sinais de outro diagnóstico. A **AAP** não tem diretriz localizada; nos EUA, a **APSA (2021)** dispensa antibiótico profilático, aceita novo enema na redução parcial e permite alta após observação, e o **Boston Children's** (2019) adota alta do pronto-socorro com telefonema. A **AEP/SEUP** enfatiza a **letargia sem dor**. **Posição adotada pelo site:** a da SBP, completada pela diretriz brasileira da **CIPE** na conduta e pelo **Ministério da Saúde** (ESAVI 2021) na definição, notificação e contraindicação vacinal; no pós-redução, sem posição brasileira, segue a **APSA 2021** (revisão sistemática mais recente), com a decisão final do serviço que reduziu.

PONTOS PRÁTICOS

1. Crises de choro com palidez e moleza entre elas: pense em invaginação antes do sangue nas fezes.
2. Lactente letárgico, pálido ou hipotônico, mesmo sem dor, é 📡 : glicemia capilar, acesso, bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação e SAMU 192.
3. Suspeita não tem conduta domiciliar nem ultrassom eletivo: pronto-socorro com ultrassom e cirurgião, em jejum e com analgesia.
4. Acima de 3 anos, na invaginação de delgado persistente, nas recorrências e na vasculite por IgA, investigue causa orgânica (Meckel, pólipos, linfoma).
5. Cerca de 1 em cada 10 recorre após o enema: a família volta logo, e a recorrência é tratada como o 1º episódio.
6. Após a vacina rotavírus: notificação obrigatória (compulsória) e contraindicação das doses seguintes; o risco é baixo e não justifica deixar de vacinar.

Veja também, nesta Biblioteca: **Abdome agudo cirúrgico e apendicite aguda na criança** (nesta área); **Dor abdominal aguda e Diarreia aguda e desidratação** (Patologias do consultório); **Hemorragia digestiva na criança — alta e baixa** (Gastroenterologia); **Eventos supostamente atribuíveis à vacinação (ESAVI) e contraindicações verdadeiras e falsas** (Imunizações); **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica, O que fazer ao receber uma criança inconsciente ou com rebaixamento do nível de consciência e Estabilização e transporte da criança grave do consultório ou da UBS ao hospital** (Urgências e emergências); **Emergências Cirúrgicas Neonatais** (Neonatologia); **Massas abdominais na criança — neuroblastoma e tumor de Wilms** (Oncologia).

8. Fontes

- CIPE, CBR e CBC. Obstrução intestinal no lactente e na criança maior. Projeto Diretrizes AMB/CFM, 2005. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Reumatologia. Vasculite por IgA. Documento Científico nº 5, 2019. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Gastroenterologia. Guia Prático de Atualização — Diarreia aguda, 2017. [PDF](#)
- SBP, SBIIm e ASBAI. Vacina rotavírus: segurança e APLV. Arq Asma Alerg Imunol, 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação, 4ª ed., 2020 (atual. 2021). [PDF](#)

- Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Dolor abdominal agudo en Urgencias. Protocolos SEUP-AEP, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- SEUP/AEP. Abdomen agudo en Urgencias. Protocolos, 2020. [PDF](#)
- NICE. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s (CG84), 2009. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Kelley-Quon LI et al. Management of intussusception in children (APSA). J Pediatr Surg, 2021. [PMC](#)
- Chalphin AV et al. Pathway for pediatric intussusception (Boston Children's). Pediatr Qual Saf, 2019. [PMC](#)
- Lin-Martore M et al. Point-of-care ultrasound for intussusception: meta-analysis. West J Emerg Med, 2020. [PMC](#)
- Arena et al. Recurrent ileocolic intussusception: scoping review. Int J Pediatr, 2025. [PMC](#)
- CDC. Pink Book, cap. 19 — Rotavirus, 2024. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.