

Intususcepción en el adulto

Óscar Zumarán Cuéllar,* Carlos Robles Vidal,** Patricia Villarreal Colín,**
 Horacio Olivares Mendoza,*** Natan Sarue Saed***

RESUMEN

Introducción: La intususcepción intestinal consiste en que un segmento del intestino y su mesenterio (intussuszeptum) se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente (intussusciens). La mayoría de los casos se presenta en niños; sin embargo, de 5% hasta 16% ocurre en adultos. La intususcepción constituye el 1% de todas las causas de oclusión intestinal. A diferencia de la intususcepción en niños, en la mayoría de los casos en adultos se puede demostrar la etiología. **Presentación del caso:** Hombre de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, presenta dolor y distensión abdominal, sin tránsito intestinal. Se le practica laparotomía exploratoria, la cual evidenció intususcepción ileoileal a 15 cm de la válvula ileocecal. El tratamiento consistió en resección intestinal con entero-entero anastomosis término-terminal. El paciente tuvo una recuperación favorable. **Conclusión:** La intususcepción es una causa poco frecuente de oclusión intestinal en adultos, por lo que debe tomarse en cuenta como parte de los diagnósticos diferenciales de esta entidad.

Palabras clave: Intususcepción, oclusión intestinal, dolor abdominal, distensión abdominal.

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal consiste en que un segmento del intestino y su mesenterio (intussuszeptum) se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente (intussusciens).¹

La mayoría de los casos se presenta en niños; sin embargo, 5 a 16% ocurre en adultos.² Es más frecuente en hombres. La intususcepción constituye

ABSTRACT

Introduction: intussusception is when a bowel segment and its mesentery turn inward of the adjacent bowel. It is most often found in children. Incidence in adults is between 5% to 16%, more often in the male population. Ninety percent of the cases are of demonstrable origin, and 52% are caused by malign tumors. Diagnosis can be made by imaging studies, most important being computer tomography, although 68% is made by surgical exploration. Treatment consists of bowel resection without pullover of the compromised segment. **Case report:** 36 years old adult male, with no important pathological record, presenting with colic, abdominal pain, distension, and no intestinal transit. He was submitted to laparoscopy, where findings were intussusception at terminal ileum, 15 cm from the cecum. Treatment consisted of bowel resection with primary anastomosis with favorable recovery. **Conclusion:** Intussusception is a rare cause of intestinal occlusion in adult patients and has to be considered a part of differential diagnosis for this entity.

Key words: Intussusception, intestinal occlusion, abdominal pain, abdominal distension.

el 1% de todas las causas de oclusión intestinal.^{3,4} A diferencia de la intususcepción en niños, en la mayoría de los casos en adultos se puede demostrar la etiología. El origen se debe a tumores malignos en 52% de los casos. El diagnóstico puede hacerse con estudios de imagen; sin embargo, el diagnóstico se establece mediante laparotomía exploratoria en 68% de los casos.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia ni cirugías previas.

Inicia su padecimiento 72 horas previas a su valoración, con malestar general, dolor abdominal difuso, tipo cólico, de moderada intensidad, intermitente hasta ser constante, con irradiación hacia

* Clínica Lomas Altas.

** Instituto Nacional de Cancerología.

*** Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 13/07/06. Aceptado: 28/07/06.

Correspondencia: Dr. Zumarán Cuéllar Óscar Alberto
 Av. Universidad 726 int. 1, Col. Letrán Valle, 03650 México, D.F.
 Tel: 5688-0569. E-mail: ozumcue@gmail.com

espalda y pelvis. El dolor se acompañó de distensión abdominal progresiva, incapacidad para eliminar gases y constipación total durante 24 horas después de iniciado el cuadro. Un día antes de su valoración, presentó náuseas e incremento de la distensión y del dolor, motivo por el que acudió a consulta.

Durante la exploración física se le encontró consciente, con frecuencia cardíaca de 95 por minuto, presión arterial de 120/85 mm Hg, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura 37.5 °C. Cabeza, cuello y tórax sin alteraciones. El abdomen estaba globoso, distendido, con peristalsis de lucha. Se detecta timpanismo con la percusión, así como dolor a la palpación superficial y profunda, sin datos de irritación peritoneal.

Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina 17.6, hematocrito 38.8%, leucocitos 6,200, plaquetas 322,000, sodio 138 mEq/L, cloro 99 mEq/L, potasio 3.3 mEq/L, glucosa 92 mg/dL, creatinina 1.09 mg/dL, nitrógeno ureico en sangre

16. Gasometría arterial: pH 7.35, PCO₂ 31.9, CO₂ 25, PO₂ 80.9, HCO₃ 27, lactato 0.7, lo que demostraba compensación ácido-base.

La radiografía simple de abdomen en posición de pie y decúbito reveló niveles hidroáreos, distensión de asas de intestino delgado, ausencia de aire en intestino grueso e imagen de amputación de aire a nivel de la válvula ileocecal (*Figuras 1 y 2*).

Corregida la hipokalemia y con el diagnóstico de oclusión intestinal alta, el paciente fue llevado a quirófano. Durante la laparotomía exploratoria se observa dilatación importante de asas de intestino delgado, encontrando una intususcepción ileoileal a 15 cm de la válvula ileocecal (*Figuras 3 y 4*). Se procedió a descomprimir en forma retrógrada, realizando resección intestinal de 15 cm con enter-entero anastomosis término-terminal. La pieza quirúrgica se envió a patología (*Figura 5*).

El estudio histopatológico reportó pólipos fibroide inflamatorio de 3 cm que causaba obstrucción



Figura 1.



Figura 2.

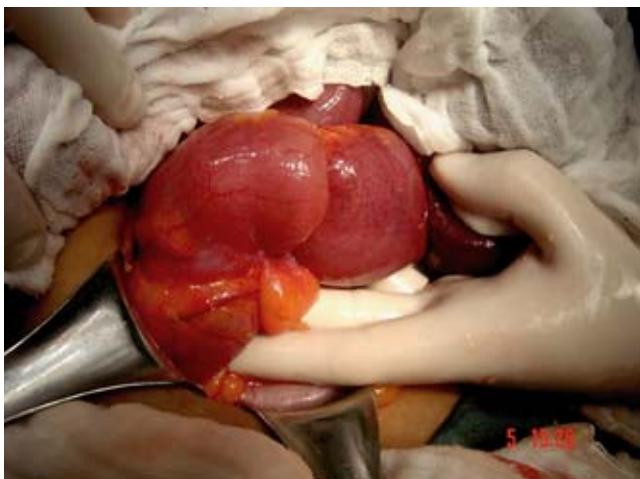


Figura 3.



Figura 4.

del 80% de la luz intestinal, ulcerado, con edema e inflamación crónica, sin datos de malignidad.

El paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin complicaciones, siendo dado de alta cuatro días después de la cirugía.

DISCUSIÓN

La fisiopatología de las intususcepciones intestinales en el adulto generalmente está condicionada por patología intraluminal, mural o extramural. Los tumores intraluminales son impulsados por la peristalsis intestinal, arrastrando con ellos al tejido en el que se encuentran fijos. Las lesiones localizadas en la pared intestinal hacen que un segmento no se contraiga adecuadamente, por lo que la fuerza peristáltica ocasiona que este segmento rote sobre sí, causando la intususcepción subsecuentemente. Las lesiones extraluminales, siendo las más frecuentes las adherencias, al ser traccionadas en un segmento, causan un pliegue en el intestino, el cual, debido al movimiento intestinal, se invagina sobre el segmento que produce la pulsión.⁵

La intususcepción en el adulto ocurre con mayor frecuencia en el hombre, en una relación de 1.8:1, sin predominio de edad, ya que va desde los 19 a los 90 años, con un promedio de 54.4 años.

Existen tres tipos de intususcepción: enteroentérica (52-81%), enterocólica (13-38%), gástrica y duodenal (1-6%).⁶



Figura 5.

La causa más frecuente de intususcepción en pacientes adultos son las neoplasias, de las cuales el 60% aproximadamente son de tipo maligno, aunque algunas series reportan que el 52% de los tumores eran de origen benigno y el 48% de etiología maligna.⁶ Cuando el problema ocurre en el colon, la causa más común es el adenocarcinoma, seguido por leiomiosarcoma, sarcoma de células reticulares, liposarcomas y metástasis.⁷ En el intestino delgado, 57% de los tumores que originan intususcepción son benignos, mientras que 30% son malignos; de éstos, el más frecuente es el melanoma maligno y las metástasis.

En la última década se han reportado casos de intususcepción relacionada con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, linfoma, sarcoma de Kaposi, hiperplasia linfoide reactiva, infecciones por micobacterias atípicas e infecciones por citomegalovirus.⁸

Las manifestaciones clínicas en su mayoría son las típicas de la obstrucción intestinal. Entre las más frecuentes están: dolor abdominal tipo cólico (75 a 85%), náusea y vómito, obstipación. Síntomas menos comunes son diarrea, constipación, pérdida de peso, melena, fiebre y masa abdominal palpable.⁶

El diagnóstico preoperatorio de intususcepción se realiza únicamente en la tercera parte de los casos. En más de 50% se diagnostica como obstrucción intestinal, en 11% como tumor abdominal y en 2 a 5% como sangrado de tubo digestivo.⁶

Los estudios que pueden realizarse para llegar al diagnóstico son: radiografía simple de abdomen, estudios contrastados (tránsito gastrointestinal y colon por enema), ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.

La radiografía simple de abdomen demuestra imágenes de obstrucción intestinal con dilatación de asas intestinales y aire atrapado entre las paredes del sitio de la intususcepción. Los estudios contrastados son más sensibles y pueden mostrar signos tales como la "imagen en sacacorchos" o el signo "pico de ave" con anillos circundantes de bario. El ultrasonido puede mostrar la imagen en "diana de tiro" o imagen de "dona"; sin embargo, no ha demostrado ser específico ni sensible para el diagnóstico.¹⁰

Los hallazgos tomográficos que pueden considerarse patognomónicos son el adelgazamiento de un segmento del intestino, lesión ocupante (correspondientes al *intussusceptum*) y el *intussusciens* contiene un área de grasa e hiperdensidad de los vasos (mesenterio del *intussusciens*). En un corte transversal se observa el tumor redondo con grasa periférica y alrededor de esta imagen líquida por edema del intestino, dando una imagen de "tiro al blanco".⁹

Fujimoto y colaboradores reportaron que los hallazgos tomográficos de la intususcepción pueden

correlacionarse con el grado de compromiso vascular realizando la siguiente clasificación:

- Grado 1. a) Una capa delgada hipodensa alrededor de la pared del intussusceptum.
- b) Una colección líquida en el espacio conformado por el ingreso y la salida de las paredes del intussusceptum.
- c) Una colección de aire en el espacio formado por las paredes de entrada y salida del intussusceptum.
- Grado 2. Presencia de una capa hipodensa correlacionada con edema, pero usualmente no lo suficientemente importante para indicar una resección intestinal.
- Grado 3. Presencia de una colección líquida correlacionada con cambios isquémicos.
- Grado 4. Presencia de cualquiera de los tres grados con imágenes de necrosis o gangrena.

Los hallazgos morfológicos mediante resonancia magnética nuclear son similares a los realizados por tomografía computada.¹⁰

Ya que el 68% de los casos se diagnostican durante la laparotomía exploratoria, ésta es el método de diagnóstico más frecuente.⁶

El tipo de tratamiento depende del paciente, de los antecedentes y de los hallazgos transoperatorios. Los enfermos en los que se demuestra que la causa es un tumor, ya sea benigno o maligno, el tratamiento es la resección intestinal que involucre la lesión y una anastomosis primaria, enviando la pieza quirúrgica a estudio transoperatorio. En caso de un tumor maligno se debe proceder al tratamiento, según la estirpe y la localización del tumor.¹⁰ Las posibles complicaciones de este procedimiento pueden ser fuga de la anastomosis, dehiscencia debido al edema del tejido circundante con la consiguiente formación de abscesos, peritonitis localizada o generalizada. Otras complicaciones incluyen sangrado, fistulas y traslocación bacteriana.¹¹

La intususcepción en personas adultas es una entidad infrecuente. Representa el 1% de las causas de oclusión intestinal. Manifiesta predilección por el sexo masculino y en más de 90% de los casos tiene etiología anatómicamente demostrable, generalmente por tumores, ya sean de origen ma-

ligno o benigno, variando la incidencia según la serie que se revise.

Por lo general, los síntomas y los signos son difusos y pueden presentarse en forma aguda, subaguda o crónica, lo cual hace que no sea una entidad que se sospeche como primera instancia.

El diagnóstico, en más de 50% de los casos, se logra durante una exploración quirúrgica, aunque el estudio no invasivo de elección es la tomografía computada.

El tratamiento de elección es, sin duda, la resección intestinal y la restitución del tránsito gastrointestinal mediante una anastomosis primaria, siempre y cuando la extensión del tejido comprometido, el grado de contaminación, la localización anatómica y la etiología así lo permitan.

CONCLUSIÓN

La intususcepción es una patología infrecuente de oclusión intestinal, por lo que debe tomarse en cuenta como parte de los diagnósticos diferenciales. El diagnóstico, si es posible, debe realizarse mediante medios no invasivos para poder evaluar la terapéutica. Sin embargo, la exploración quirúrgica es el principal medio diagnóstico y que además permite realizar el tratamiento definitivo, el cual consiste en la resección intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coran AG. Intussusception in adults. Am J Surg 1969; 117: 735-738.
2. Eisen L, Cunningham J, Ausfses A. Intussusception in adults; institutional review. J Am Coll Surg 1999; 188: 390-395.
3. Laws HL, Aldrete JS. Small-bowel obstruction: A review of 465 cases. South Med J 1976; 69: 733-734.
4. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM. Critical operative management of small bowel obstruction. Ann Surg 1978; 87: 189-193.
5. Huang BY, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. Radiol Clin N Am 2003; 1137-1151.
6. Azar T, Berger DL. Adult intussusception: Review article. Ann Surg 1997; 226 (2): 134-138.
7. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: Clinical-imaging correlation. Radiology 1999; 212: 853-860.
8. Donhauser JL, Nelly EC. Intussusception in the adult. Am J Surg 1950; 79: 673-677.
9. Visvanathan R, Nichols TT et al. Acquired immune deficiency syndrome-related intussusception in adults. Br J Surg 1997; 84: 1539-1540.
10. Gourtsoyiannis NC, Papakonstantinou O, Malamas M. Adult enteric intussusception: Additional observations on enteroclysis. Abdom Imaging 1994; 19: 11-17.
11. Fujimoto T, Fukuda T et al. Unenhanced CT findings of vascular compromise in association with intussusceptions in adults. Am J Roentgenol 2001; 176: 1176-1171.
12. Nagomey DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in adults. Ann Surg 1981; 193: 230-236.
13. Bergos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997; 173: 88-89.