www.medigraphic.org.mx

Intususcepción en adultos

André Víctor Baldin,* David R De Rungs Brown,* Marivi Ruiz Gómez,‡ Fernando Azcoitia Moraila§

Resumen

Introducción: La intususcepción, también conocida como invaginación intestinal, es una patología frecuente en pacientes pediátricos; sin embargo, se considera una entidad rara en la población adulta, presentando una incidencia de 2 a 3%. Esta entidad es responsable del 1 a 5% de los casos de obstrucción intestinal en adultos. **Presentación del caso clínico:** Paciente femenino de 47 años de edad, quien no tiene antecedentes de importancia para el padecimiento. Inició con dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 acompañada de náusea y vómito. Se realizó ultrasonido y tomografía computarizada los cuales sugirieron el diagnóstico de intususcepción. Se realizó laparotomía exploratoria donde se confirmó el diagnóstico de intususcepción ocasionada por un lipoma submucoso. Se procedió a una resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal. La paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin complicaciones. **Conclusiones:** La intususcepción en pacientes adultos es poco frecuente, y su diagnóstico resulta aún más difícil debido a la sintomatología poco específica, no obstante, los estudios de imagen son una herramienta de apoyo muy importante. El estudio de imagen de elección es la tomografía computarizada, y el tratamiento recomendado es la resección intestinal sin intento de reducción.

Palabras clave: Dolor abdominal, intususcepción en adultos, invaginación intestinal, obstrucción intestinal, lipoma intestinal.

Summary

Introduction: Intussusception, also known as intestinal invagination, is a frequent pathology in pediatric patients, but it is rare in adults, occurring in 2 to 3% of this specific age group and resulting in 1 to 5% of intestinal obstruction cases. **Clinical case study:** A 47 year old female patient with no prior symptoms of this condition. Presents abdominal pain with an intensity level of 10/10, accompanied by nausea and vomiting. An ultrasound and CT Scan are performed and indicate a diagnosis of intussusception. An exploratory laparotomy is performed where the intussusception diagnosis caused by submucosal lipoma is confirmed. A intestinal resection with primary anastomosis procedure is performed. The patient evolved satisfactorily, with no complications. **Conclusions:** Intussusception in adult patients is rare, and it diagnosis is at times challenging due to unspecific symptomology. Nevertheless, Imaging studies are an important tool that provides support for this type of diagnosis. The imaging study of choice is the CT Scan and the recommended treatment is the intestinal resection with no intent of reduction.

Key words: Abdominal pain, intussusception in adults, intestinal invagination, intestinal obstruction, intestinal lipoma.

INTRODUCCIÓN

A diferencia de lo que ocurre en edades pediátricas, la intususcepción es una patología poco frecuente en la población adulta, cuya presentación tiene una incidencia entre 2 y 3%, y representa una de las principales causas de obstrucción intestinal.[1,2]

El mecanismo por el cual ocurre la intususcepción consiste en que un segmento del intestino se invagina en la luz del segmento intestinal adyacente. Esta patología es responsable de 1 a 5% de los casos de obstrucción intestinal en el adulto, y en 70 a 90% de los casos se identifica la causa específica.[3]

* Residente de Cirugía General, Hospital Ángeles Lomas.
‡ Médico General, Universidad Anáhuac México Norte.
§ Cirujano General, Universidad Anáhuac México Norte.

Correspondencia:
Dr. André Víctor Baldin
Correo electrónico: andre.baldin03@gmail.com

Aceptado: 28-04-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en http://www.medigraphic.com/actamedica

www.medigraphic.org.mx

El cuadro clínico de la intususcepción en adultos puede ser variable: desde formas agudas, intermitentes o crónicas. La sintomatología generalmente es inespecífica la cual incluye: dolor abdominal, distensión, náusea y vómito, síntomas característicos de oclusión intestinal.[4] Hacer un diagnóstico de certeza preoperatorio representa un gran desafío para los médicos debido a la baja incidencia de la enfermedad, siendo el diagnóstico establecido durante un procedimiento quirúrgico exploratorio en hasta 68% de los casos.[2]

REPORTE DEL CASO

Se trata de una paciente de 47 años de edad, quien inició su padecimiento a las 5 AM, una hora antes de su ingreso al Servicio de Urgencias. Ella refirió dolor abdominal en la región epigástrica, tipo cólico, de intensidad 10 de 10, constante, con irradiación hacia el hipocondrio derecho y región escapular derecha, acompañado de náusea y vómito de contenido alimentario en cuatro ocasiones; motivo por el cual acudió a valoración médica. La paciente cuenta con antecedentes quirúrgicos de rinoplastia y artroscopia, sin antecedentes patológicos de importancia.

A la exploración física, se encuentra a la paciente en posición antiálgica, consciente, con signos vitales dentro de los parámetros normales. A la exploración abdominal, se observa el abdomen distendido, con peristalsis de lucha, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación superficial y profunda en forma generalizada, sin datos de irritación peritoneal. Durante el resto de la exploración física no se encontraron alteraciones.

Se solicitaron estudios de laboratorio donde se observó un ligero incremento en la función hepática con cifras de AST de 51 U/L y ALT 68 U/L; los demás estudios como biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos se encontraron dentro de rangos normales; el examen general de orina no mostró datos patológicos y el electrocardiograma no manifestó alteración.

Se realizó ultrasonido de abdomen, el cual reportó en el cuadrante inferior derecho una masa intestinal, sin signos específicos de intususcepción o neoplasia, motivo por el cual se decidió realizar una tomografía computarizada con doble contraste, donde se observó intususcepción yeyuno-yeyunal probablemente secundaria a una masa intraluminal de 2.5 cm, sugerente de lipoma *(Figuras 1 y 2)*.

Con el diagnóstico preoperatorio de intususcepción, la paciente fue llevada al quirófano donde se realizó laparotomía exploradora, encontrándose una intususcepción a nivel yeyunal, ubicada aproximadamente a 100 cm del ligamento de Treitz. El segmento afectado se presentaba distendido, cianótico y con paredes muy delgadas, lo que implicaba un elevado riesgo de perforación. Se realizó resección yeyunal de 59 cm, con entero-enteroanastomosis término-terminal. La pieza quirúrgica fue enviada a patología para su estudio. El postoperatorio inmediato cursó sin ninguna complicación.

En el reporte histopatológico se describió lipoma submucoso de 2.8 cm localizado a lo largo del segmento de intususcepción, el cual ya presentaba cambios isquémicos, sin datos de malignidad.



Figura 1. Tomografía computarizada corte coronal donde se observa dilatación de intestino delgado, así como una masa de aproximadamente 2.5 cm intraluminal.

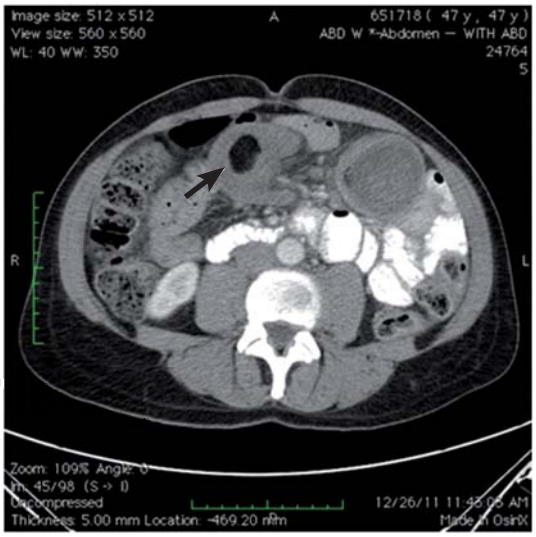


Figura 2. Tomografía computarizada corte axial donde se observa masa de aproximadamente 2.5 cm y dilatación de asas de intestino delgado.

www.medigraph

La paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin complicaciones postquirúrgicas tempranas ni tardías, siendo dada de alta al sexto día de estancia intrahospitalaria.

DISCUSIÓN

La intususcepción se define como el "telescopaje" o invaginación de un segmento del tracto gastrointestinal, en el cual el segmento proximal se observa dentro de la luz del segmento distal adyacente.[2]

La intususcepción en la población adulta, como en el caso reportado, es una condición muy rara, representando el 5% de todas las intususcepciones, además de representar el 1% de las obstrucciones intestinales y de 0.003 a 0.02% del total de admisiones hospitalarias.[2,5] Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en una relación 1.8:1, con un promedio de edad de presentación de 54.4 años.[2]

Las intususcepciones se pueden clasificar de acuerdo con su localización en: entéricas, colónicas, ileocólicas e ileocecales. Las intususcepciones entéricas son aquellas que se encuentran dentro de los límites del intestino delgado, mientras que las colónicas se encuentran confinadas al colon. La intususcepción ileocólica ocurre cuando existe el prolapso del íleon a través de la válvula ileocecal en el colon, y la ileocecal es aquélla donde la válvula ileocecal es el punto fijo en el cual ocurre la intususcepción.[5,6] En el caso presentado se trata de una intususcepción entérica debido a que el segmento intestinal afectado se encontraba a nivel yeyunal, ubicada aproximadamente a 100 cm del ligamento de Treitz.



Figura 3. Tomografía computarizada corte axial con doble contraste. Se observa lesión en "tiro al blanco" sugestiva de intususcepción.

Su fisiopatología generalmente está condicionada por una patología intraluminal, mural o extramural, debido a que en 70 a 90% de los casos se puede demostrar la etiología.[5,7] Las causas de intususcepción varían de acuerdo con su localización, si bien la causa más frecuente en pacientes adultos son las neoplasias. Cuando la patología se desarrolla a nivel de colon, la causa más común es el adenocarcinoma, seguido por leiomiosarcoma y metástasis; ya en intestino delgado la mayoría de los casos (57%) son de etiología benigna, tal como fue mostrado en el presente caso clínico, donde se observó la presencia de un lipoma submucoso.[6]

La presentación clínica varía considerablemente dependiendo del sitio de la intususcepción. La paciente presentó síntomas característicos de obstrucción intestinal, observados en la mayoría de los casos de intususcepción, entre los cuales las manifestaciones más comunes son: dolor abdominal tipo cólico, náusea, vómito y constipación. La duración de los síntomas es variable, los cuales van desde procesos agudos, subagudos hasta crónicos.[2,8] La tríada clásica de dolor abdominal, masa palpable y hematoquesia, raramente es encontrada.[9]

El diagnóstico de la intususcepción en pacientes adultos resulta difícil, debido a la variedad de presentaciones y por tratarse de una patología rara en este grupo de edad. Los estudios que se pueden utilizar como herramientas de apoyo diagnóstico son: radiografía simple de abdomen, ultrasonido, tránsito gastrointestinal, colon por enema, tomografía computarizada y resonancia magnética.[2,9] En el presente caso no se realizó radiografía simple de abdomen, lo que pudiera ser criticable por algunos por no "escalonar" los estudios de imagen, aunque se solicitó de entrada un ultrasonido abdominal y posteriormente una tomografía. La tomografía computarizada de región abdominal se considera como el método con mayor sensibilidad y especificidad para la confirmación diagnóstica de intususcepción. Los signos tomográficos patognomónicos son el adelgazamiento de un segmento del tracto gastrointestinal, lesión ocupante en la que se puede observar al corte una tumoración redondeada con grasa periférica y edema, caracterizando un imagen de "tiro al blanco", los cuales fueron encontrados en el estudio de la paciente *(Figura 3)*.[10]

Debido a la alta prevalencia de patología maligna de base, el tratamiento recomendado en la intususcepción en pacientes adultos es quirúrgico, motivo por el cual a la paciente se le realizó resección yeyunal entero-enteroanastomosis término-terminal.[3,5] El tipo de intervención quirúrgica dependerá de los antecedentes del paciente y de los hallazgos transoperatorios.[3] Las complicaciones quirúrgicas que se pudieran presentar en la resección de un segmento intestinal son sangrado, dehiscencia, fuga de la anastomosis, fístulas, abscesos, infección y peritonitis.[5,8] La

imagenmed.org.mx

reducción, sin resección intestinal, es otra alternativa para el tratamiento en caso de que la etiología sea adherencias postquirúrgicas como el punto fijo para la intususcepción, sin embargo, es poco recomendable.[2]

CONCLUSIONES

Se reporta el caso de paciente femenino de 47 años de edad con diagnóstico de intususcepción, la cual es una patología poco frecuente en la población adulta. Su diagnóstico resulta difícil debido a la sintomatología poco específica, compatible con obstrucción intestinal; sin embargo, los estudios de imagen son una herramienta de apoyo muy importante, siendo el estudio de elección la tomografía computarizada. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica mediante resección del segmento afectado, sin intento de reducción, debido a alta prevalencia de enfermedad maligna.

REFERENCIAS

1. Renzulli P, Candinas D. Idiopathic small-bowel intussusception in the an adult. *CMJA*. 2010; 23: E148.
2. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. *Ann Surg*. 1997; 226: 134-138.
3. Sebbag H, Brunaud L, Marchal F, Collinet-Adler S, Grosdidier G. Intestinal intussusception in adults, treat it like a cancer. *Oncol Rep*. 2000; 7: 1359-1361.
4. Yakan S, Colýskan C, Makay O, Denecli AG, Ali Korkut M. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol*. 2009; 28: 1985-1989.
5. Reijnen HAM, Joosten HJM, de Boer HHM. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg*. 1989; 158: 25-27.
6. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults: Review of 160 cases. *Am J Surg*. 1971; 121: 531-535.
7. Huang BY, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. *Radiol Clin N Am*. 2003; 41: 1137-1151.
8. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg*. 1997; 173: 88-94.
9. Faaroq PA. Intussusception in adults. *Review AJR*. 1986: 527-531.
10. Gayer G, Apter S, Hofman C, Nass S, Amitai M, Zissin R et al. Intussuception in adults: CT diagnosis. *Clin Radiol*. 1998; 53: 53-57.

www.medigraphic.org.mx