



Intususcepción en adultos

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Rodolfo Escobedo García,‡
José Antonio Palacios Ruiz,§ José Luis Ramírez Arias^{II}

CASO NO. 1

Masculino de 80 años con dolor abdominal, intolerancia a la vía oral y vómito de contenido biliar, por lo que acude al Servicio de Urgencias, con deshidratación moderada, abdomen doloroso a la palpación en marco periumbilical y epigástrico con timpanismo y peristalsis disminuida. En el topograma inicial (*Figura 1a*) se muestra síndrome de obstrucción intestinal y dada la presencia de síndrome doloroso abdominal, se le solicita tomografía computada (TC) abdominopélvica simple y contrastada.

En los cortes axiales (*Figuras 1b y c*) y reconstrucción multiplanar (RMP) coronal (*Figura 1d*) en fase venosa se identifica en fosa iliaca derecha, en topografía del ileón terminal, imagen ovalada de 10 cm de longitud, que en su interior presenta densidad grasa e imágenes lineales que refuerzan con el medio de contraste, hallazgos que corresponden a grasa y vasos mesentéricos dentro de la luz de asa de intestino, compatible con intususcepción íleo-cólica, cuyo pivote resultó ser un lipoma (*Figura 1e*).



1a



1b



1c

* Jefe del Área de TC. Departamento de Radiología e Imagen.

‡ Médico residente de 3er. año del Departamento de Radiología e Imagen.

§ Médico Cirujano.

II Médico Radiólogo, Director Médico.

Hospital Ángeles del Pedregal

Correspondencia

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen

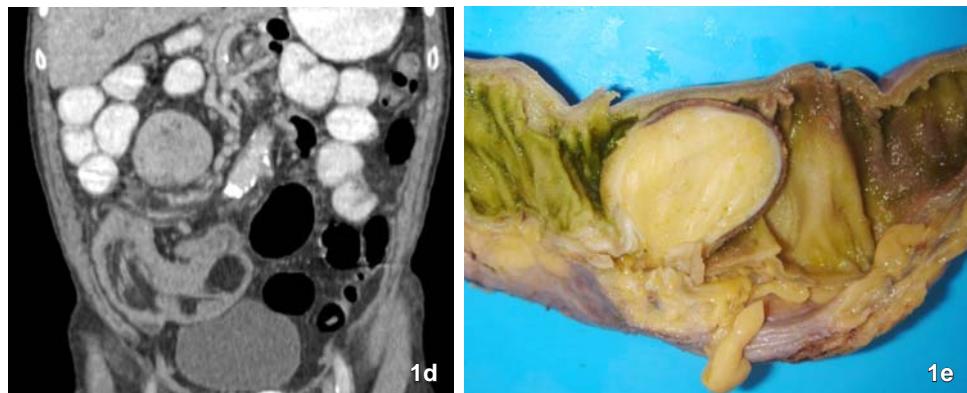
Hospital Ángeles del Pedregal

Camino a Santa Teresa 1055, Col. Héroes de Padierna

10700 México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

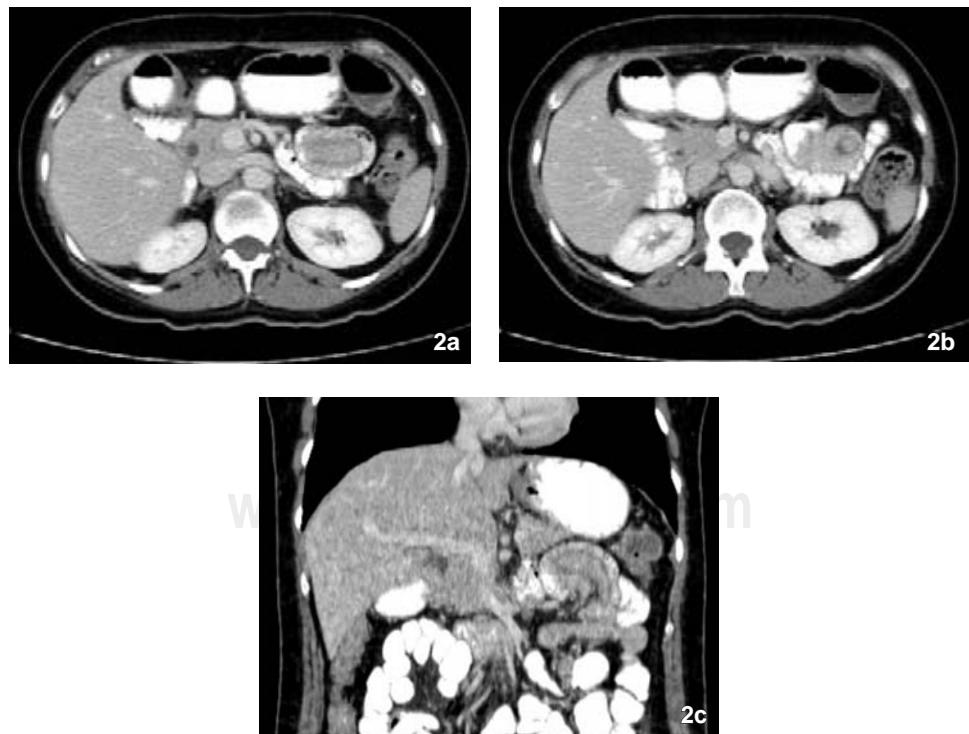
Aceptado: 13-09-2008.



CASO NO. 2

Femenina de 54 años que acude al Servicio de Urgencias con dolor abdominal difuso inespecífico, por lo que se le solicita TC abdominopélvica con contraste oral e IV, encontrándose:

En los cortes axiales (Figuras 2a y b) y RMP coronal (Figura 2c) en fase venosa se delimita imagen ovoidea, en patrón de diana con pared de mayor densidad que refuerza con el contraste IV y centro hipodenso, de contenido graso, compatible con intususcepción yeyuno-yeyunal que resultó ser transitoria, ya que en las subsiguientes fases del estudio hay resolución de la misma.



INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTOS

Ésta ocurre cuando un segmento de intestino y su mesenterio se invaginan a la luz de un segmento adyacente. El mecanismo es cuando una masa intraluminal es jalada hacia la luz por la peristalsis y con ésta la pared intestinal de ese segmento;¹ es rara (incidencia del 5-16%) y sus causas, presentación, diagnóstico y tratamiento difieren del cuadro pediátrico; ocurre más en hombres, entre la segunda y la novena década con media a los 50 años. Los síntomas son crónicos, inespecíficos como dolor, náusea y vómito.

La intususcepción se caracteriza por su localización en entero-entéricas (yeyuno-yeyunal, ilio-ileal), colónicas (colocálicas, apendicocecal y sigmaideo-rectal) y las enterocálicas (la ileocólica, la ileocecal).²

La neoplasia es la causa de 2/3 de las intususcepciones, siendo éstas 60% malignas y la mayoría en intestino delgado. En el colon, el adenocarcinoma primario, leiomiosarcomas, sarcomas de células reticulares, linfosarcomas y metástasis. En intestino delgado, 57% de las intususcepciones son por neoplasias y sólo el 30% son malignas, siendo la mayoría metástasis (melanoma, carcinoma de células

escamosas de pulmón, cáncer de colon, mieloma y linfoma).³ Los tumores benignos son causantes del 25% de las intususcepciones en los adultos. En colon los pólipos adenomatosos, lipomas, fibromas, leiomomas y mucoceles del apéndice. En intestino delgado, pólipos, lipomas, fibromas, leiomomas y hamartomas.

Las causas no neoplásicas son responsables del 30% de las intususcepciones colónicas.³ Los procesos inflamatorios del colon como apendicitis, hiperplasia linfoide y anastomosis postoperatorias, siendo las más comunes por adherencias y divertículo de Meckel.

Su tratamiento es quirúrgico cuando es por causas estructurales. Las intususcepciones transitorias asintomáticas no deben tratarse.

REFERENCIAS

1. Reymond RD. The mechanism of intussusception: a theoretical analysis of the phenomenon. *Br J Radiol* 1972; 45: 1-7.
2. Huang, Warshauer. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance, *Radiol Clin N Am* 2003; 41: 1137-1151.
3. Félix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception; case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg* 1976; 131: 758-61.