

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume 73

Número 1
Number 1

Enero-Febrero 2005
January-February 2005

Artículo:

Invaginación intestinal en adultos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Invaginación intestinal en adultos

Dra. Gaby Adriana Alarcón-Jarsún,* Dr. José Luis Martínez-Ordaz,* Dr. Mauricio de la Fuente-Lira,* Acad. Dr. Roberto Blanco-Benavides*

Resumen

Antecedentes: la invaginación intestinal en adultos es una enfermedad muy rara cuya etiología varía mucho de la observada en los pacientes pediátricos.

Objetivo: reportar tres casos de invaginación intestinal en adultos.

Casos clínicos: tres adultos con invaginación intestinal cuya presentación fue oclusión intestinal que ameritó resección intestinal para resolución del cuadro. En cada caso se encontró un pólipos como factor desencadenante. En uno de los pacientes fue reportado como lipoma, en otro como pólipos metastásicos y en otro como pólipos hamartomatoso.

Conclusión: la invaginación intestinal en adultos generalmente tiene una causa. Dado que en la mitad de las ocasiones tiene una patología maligna, la resección sin reducción es el tratamiento más recomendado.

Palabras clave: invaginación intestinal en adultos, metástasis, pólipos intestinales.

Summary

Intestinal intussusception in adults is a very rare entity whose etiology differs greatly from its pediatric counterparts. Three adult patients with intestinal intussusception presented with intestinal obstruction and required surgery for its resolution. In each case a pathologic cause was found. They had intestinal polyps, two benign (lipoma and hamartomatous polyps) and one malignant (metastasis). Intestinal intussusception in adults usually has a pathologic cause. About half have a malignant etiology. Intestinal resection without reduction of the intussusception is the preferred surgical procedure.

Key words: adult intussusception, metastatic disease, intestinal polyps.

Introducción

La invaginación intestinal es una enfermedad rara más frecuente en niños que en adultos. La sintomatología es muy diferente en cada uno de estos grupos. En el adulto se puede presentar de forma aguda o crónica y es causada cuando un segmento del intestino (*intususceptum*) se introduce en el segmento distal adyacente del intestino (*intususcipiens*).

Dado que la sintomatología es muy vaga y sólo ocasiona 1% de las oclusiones intestinales y 2% de las oclusiones in-

testinales que requieren tratamiento quirúrgico,¹ el diagnóstico preoperatorio es muy raro. Reportamos los casos de tres pacientes adultos con invaginación intestinal intervenidos quirúrgicamente.

Caso 1

Hombre de 72 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento. Cuatro días antes de su ingreso al hospital comenzó con dolor abdominal, distensión, náusea, vómito, constipación y obstinación. A la exploración física se encontró distensión abdominal e irritación peritoneal. Las placas simples de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado indicaron oclusión intestinal. La tomografía de abdomen mostró lesión en diana en fossa ilíaca derecha compatible con invaginación intestinal (figura 1). El paciente fue intervenido quirúrgicamente. Se halló invaginación intestinal ileo-ileal de 30 cm, por lo que se realizó resección intestinal con anastomosis primaria. El análisis patológico de la pieza indicó lipoma submucoso en ileón, el cual desencadenó la invaginación intestinal (figura 2).

* Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Gaby Adriana Alarcón-Jarsún,

Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, tercer piso, Col. Doctores, 06725 México, D. F.

Tel.: 5627 6900, extensiones 21529 y 21531.

Recibido para publicación: 30-06-2004.

Aceptado para publicación: 21-07-2004.

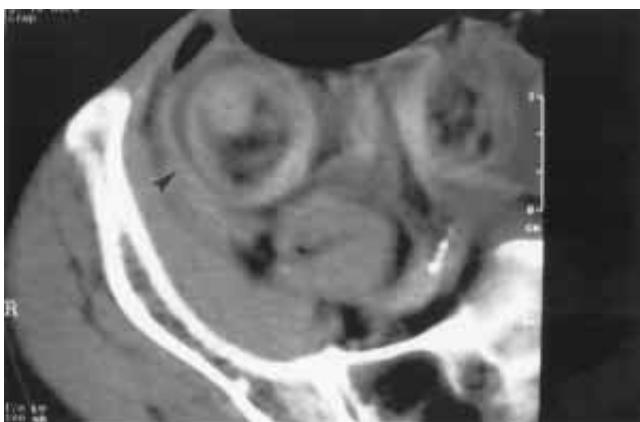


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen donde se evidencia lesión en diana compatible con el diagnóstico de Invaginación intestinal (flecha).

Caso 2

Mujer de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento, el cual comenzó con incapacidad para la ambulación por lo que la paciente fue intervenida por lesión intrarraquidea a nivel de T12, realizándose laminectomía, descompresión del conducto y biopsia. Esta última indicó metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado. Dos semanas después la paciente presentó dolor abdominal intenso tipo cólico, con náusea y vómito, así como evacuaciones melénicas. A la exploración física se observó distensión abdominal, datos de irritación peritoneal y peristalsis de lucha. Las placas de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado y ausencia de gas distal. En la intervención quirúrgica se encontró invaginación intestinal yeyuno-ileal de 40 cm, por lo que se efectuó resección intestinal con anastomosis primaria. En la pieza quirúrgica se evidenció pólipos metastásicos de

adenocarcinoma poco diferenciado como causa de la invaginación intestinal (figura 3).

Caso 3

Hombre de 21 años de edad, portador de síndrome de Peutz-Jeghers. Antecedentes de resección intestinal en dos ocasiones. Ingresó por dolor abdominal generalizado de 12 horas de evolución, acompañado de náusea y vómito. A la exploración física se encontraron lesiones melénicas en mucosa oral, así como en ambas palmas de las manos y región plantar de los pies. Abdomen doloroso con datos francos de irritación peritoneal, peristalsis presente y aumentada. Los exámenes de laboratorio indicaron leucocitosis y las placas de abdomen, distensión de asas de intestino delgado. Fue sometido a laparotomía exploradora encontrando invaginación intestinal yeyuno-ileal de 35 cm, por lo que se realizó resección intestinal con entero-entero-anastomosis primaria. Se encontró que el factor desencadenante fue un pólipos hamartomatoso en yeyuno.

Discusión

La invaginación intestinal se origina cuando un segmento de intestino delgado (*intususceptum*) se introduce en el segmento distal adyacente (*intususcipiens*). Es una enfermedad que en 85 a 95% de los casos se presenta en pacientes pediátricos. El resto de los casos ocurre en adultos.²

En los niños, 90% de los pacientes no tiene una causa desencadenante, es decir, es idiopática. En contraste, en los adultos se encuentra un factor desencadenante en 90% de las ocasiones.^{2,3} En nuestros tres casos se halló la causa de la invaginación intestinal.

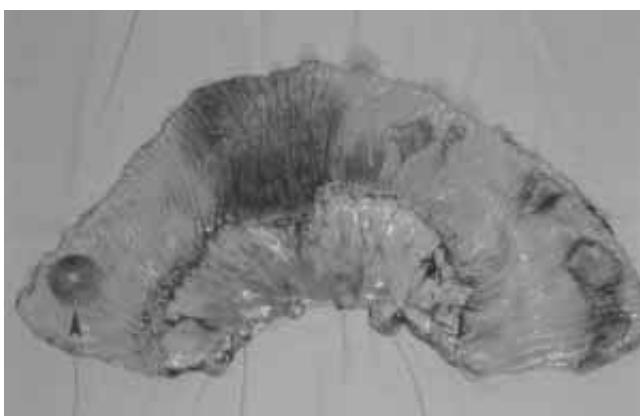


Figura 2. Yeyuno con lipoma (flecha), factor desencadenante de la invaginación intestinal.



Figura 3. Yeyuno con pólipos metastásicos (flecha), factor desencadenante de la invaginación intestinal.

Los síntomas en los pacientes adultos son vagos. La principal manifestación es dolor abdominal tipo cólico, acompañado de náusea y vómito. En la mitad de los pacientes se presenta oclusión intestinal parcial o completa (dolor abdominal tipo cólico, náusea, vómito y constipación), como en los casos aquí presentados. Algunos pacientes tienen antecedente de dolor abdominal crónico.⁴ Otros hallazgos pueden ser hemorragia gastrointestinal (melena o prueba de guayaco positiva), fiebre o tumor abdominal, aunque éstos son muy raros.²

Debido a que es una enfermedad muy poco frecuente en los adultos, la mayor parte de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de oclusión intestinal y sólo cerca de una tercera parte tiene el diagnóstico preoperatorio de invaginación intestinal.^{2,5-7}

De los exámenes de gabinete que orientan el diagnóstico, el mejor es la tomografía computarizada; se informa un diagnóstico positivo en 78% de los casos.^{2,6} El dato tomográfico más representativo es una lesión en diana o tiro al blanco (*target sign*), en la que se observa tumor consistente en capas concéntricas de anillos alternos de alta y baja densidad; los de alta densidad corresponden a la pared intestinal edematosa y los de baja densidad, a grasa mesentérica invaginada.⁸⁻¹¹ En el paciente que se realizó tomografía se evidenció este signo, con las características ya mencionadas. Las placas simples de abdomen generalmente son anormales. Los hallazgos más frecuentes son compatibles con oclusión intestinal, pero son muy inespecíficos para orientar al diagnóstico. De los estudios con bario, en caso de tránsito intestinal la efectividad en el diagnóstico es de 21 a 50% (para invaginación de intestino delgado) y en caso de colon por enema, alrededor de 50 a 70% (para invaginación intestinal de colon).⁶ El ultrasonido puede también ser de utilidad, siendo la imagen también en diana, aunque la efectividad es menor que en los estudios anteriores.¹²

Como ya se comentó, en aproximadamente 90% de los casos de invaginación intestinal en los adultos existe una causa desencadenante. En alrededor de 80% ésta se encuentra en el intestino delgado; en 20%, en el colon. En ambos órganos la distribución de causas benignas o malignas es muy similar, cerca de 50% para cada una.^{2,6} Entre las causas benignas del intestino delgado las más frecuentes son adherencias, lipomas, pólipos de diferente etiología (adenomatosos, hiperplásicos, hamartomatosos), divertículo de Meckel, entre otros. Los malignos son generalmente tumores metastásicos (melanoma, sarcomas, linfomas, pulmón). En cuanto al colon, las causas benignas son similares, mientras que en las malignas son tumores primarios (adenocarcinoma).^{2,6}

Aunque la invaginación intestinal puede ser manejada con un método no quirúrgico, en prácticamente todos los adultos el tratamiento es la cirugía, ya que la mayor parte tiene un

factor desencadenante.^{2,7} La mayoría de los autores —basados en que la mitad de los casos tiene un origen maligno— sugiere que la resección del segmento afectado se haga sin la reducción de la invaginación intestinal, para evitar complicaciones embólicas del tumor, diseminación intraluminal del mismo o, en los casos que haya perforación, evitar que exista salida de material intestinal hacia la cavidad peritoneal. Cuando la causa sea benigna, por ejemplo, pacientes con antecedentes de anastomosis o síndrome de Peutz-Jeghers, puede ser útil la reducción para evitar la resección de intestino no afectado.^{2,6,13}

Conclusión

La invaginación en adultos es una enfermedad rara que se presenta por lo general con oclusión intestinal. En la mayor parte de los pacientes el diagnóstico se realiza al momento de la cirugía. Hay una causa desencadenante en 90%, con un origen maligno en la mitad de ellos. El tratamiento quirúrgico más recomendado es la resección sin la reducción de la invaginación.

Referencias

1. Flores AA, Suárez MR, Romero HT, Flores AAC, Esmer SD, Blanco BR. Intususcepción: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Cir Gen 22:216-220.
2. Azar T, Berger D. Adult intussusception. Ann Surg 1997;226:134-138.
3. Agha FP. Intussusception in adults. Am J Roentgenol 1986;146:527-531.
4. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception: case report of recurrent intussusception and review of the literature. Am J Surg 1976;131:758-761.
5. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults. Review of 160 cases. Am J Surg 1971;121:531-535.
6. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. J Am Coll Surg 1999;188:390-395.
7. Begos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;173:88-94.
8. Bar-Ziv J, Solomon A. Computed tomography in adult intussusception. Gastrointest Radiol 1991;16:264-266.
9. Dener C, Bozoklu S, Bozoklu A, Ozdemir A. Adult intussusception due to malignant polyp: a case report. Am Surg 2001;67:351-353.
10. Merine D, Fishman EK, Jones B, Siegelman SS. Enterico-enteric intussusception: CT findings in nine patients. AJR 1987;148:1119-1132.
11. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. Radiology 1999;212:853-860.
12. Montali G, Croce F, de Pra L, Solbiati L. Intussusception of the bowel: a new sonographic pattern. Br J Radiol 1983;56:621-623.
13. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. Am J Surg 2003;186:75-76.