

Intususcepción intestinal en un adulto con perforación y peritonitis secundaria. Informe de un caso

Helmut Alfredo Segovia-Lohse

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal es una enfermedad poco frecuente en adultos y la mayoría de las veces es secundaria a una causa orgánica; puede ser maligna. En general se presenta como una oclusión intestinal incompleta que requiere intervención quirúrgica. Es muy difícil llegar al diagnóstico exacto en el preoperatorio, por lo cual se decidió presentar un caso y una breve revisión sobre el tema.

Caso clínico: Mujer de 24 años de edad con 36 horas de dolor insidioso en hipogastrio acompañado de náuseas, vómitos y diarrea, y un cuadro similar ocho días antes del ingreso. Se observó neumoperitoneo en la radiografía de tórax, por lo que se decidió realizar laparotomía. En el acto quirúrgico se constató peritonitis aguda causada por invaginación intestinal ileoileal por un pólipos fibroide inflamatorio con microperforaciones; se realizó una resección intestinal sin desinvaginación y anastomosis término-terminal, con evolución favorable.

Conclusiones: La invaginación intestinal en los adultos es poco frecuente, además, se manifiesta con signos y síntomas inespecíficos de dolor, náuseas y vómitos. Con el uso de la tomografía en los cuadros de dolor abdominal se podría llegar al diagnóstico correcto. El tratamiento consiste en resección intestinal sin reducción en la mayoría de las ocasiones.

Palabras clave: Intususcepción, invaginación intestinal, obstrucción intestinal, peritonitis, pólipos intestinales.

Abstract

Background: Intussusception is an uncommon condition in adults. It is usually secondary to an organic lesion that may be malignant. The most common clinical presentation is as a partial bowel obstruction that requires surgical management. Preoperative diagnosis remains difficult; therefore, this paper presents a case report and a brief review of adult intussusception.

Clinic case: We present the case of a 24-year-old female with a 36-h evolution of lower abdominal pain with nausea, vomiting and diarrhea and a previous episode 8 days earlier. Pneumoperitoneum was observed on chest x-ray and surgery was decided upon. Peritonitis due to ileoileal intussusception was found, caused by an inflammatory fibroid polyp with microperforations. Small bowel resection with end-to-end anastomosis was performed and the patient had an uneventful recovery.

Conclusions: Adult intussusception is an infrequent condition with nonspecific symptoms such as pain, nausea and vomiting. With more frequent use of tomography in patients with abdominal pain, correct diagnosis can be achieved. Treatment requires resection of the involved bowel without attempted reduction.

Key words: Intussusception, intestinal invagination, intestinal obstruction, peritonitis, intestinal polyps.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.

Correspondencia:
Helmut Alfredo Segovia-Lohse.
Manuel A. Godoy 1080,
Barrio Centro,
3400 Caaguazú, Paraguay.
Tel.: (595 981) 656 884.
E-mail: hhaassll@gmail.com

Recibido para publicación: 29-03-2010

Aceptado para publicación: 24-08-2010

Introducción

La invaginación intestinal (o intususcepción) es una enfermedad frecuente de la infancia y solo 5% se presenta en adultos; constituye 1 a 5% de las oclusiones intestinales en adultos,¹ en quienes la etiología corresponde a una lesión orgánica en 90% de los casos,¹ con una proporción variable de tumores malignos. En la mayoría de las ocasiones la sintomatología es inespecífica debido a lo cual con dificultad se llega al diagnóstico definitivo antes de la intervención quirúrgica, por lo que representa un desafío diagnóstico para el cirujano.

A continuación se presentan los signos y síntomas, estudios complementarios, hallazgos quirúrgicos, tratamiento y evolución de una paciente, con el fin de discutir la forma más objetiva de llegar a un diagnóstico preoperatorio.

Caso clínico

Mujer de 24 años de edad con antecedente de cesárea cuatro años atrás y sin otros de interés. Acudió al servicio de urgencias por dolor de aproximadamente 36 horas de evolución, de inicio insidioso en hipogastrio, de leve intensidad, no relacionado con el consumo de alimentos y que no se modificaba con los cambios de posición. Con el transcurso de las horas, el dolor se hizo continuo, aumentó en intensidad y se acompañó de sensación febril, náuseas y vómitos de contenido gástrico inicialmente y posteriormente de tipo biliar. Horas antes de ingresar a urgencias presentó evacuación diarreica con estrías de sangre. Ocho días antes había manifestado un cuadro similar de dolor en hipogastrio acompañado de malestar general, náuseas sin vómitos, que cedió en forma espontánea.

Al examen físico se observó buen estado general, abdomen plano, simétrico, con orificios herniarios no ocupados, dolor intenso en hemiabdomen inferior; se palpó una tumoración difusa en fosa iliaca derecha de difícil caracterización por la defensa, con irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Al tacto rectal no se identificó abombamiento o tumoración pero el guante que se utilizó quedó teñido de estrías de sangre. Los signos vitales eran estables.

Los datos de laboratorio indicaron hemoglobina de 13.8 g/dl y una cuenta de 10 300 glóbulos blancos/cm³, con 92% de neutrófilos.

La radiografía de abdomen mostró asas de intestino delgado distendidas en región periumbilical (figura 1) y la de tórax, campos pulmonares limpios con neumoperitoneo.

Ingresó a quirófano con diagnóstico de peritonitis aguda por perforación de víscera hueca. Se realizó una laparotomía, donde se observó escaso líquido purulento interosas e invaginación intestinal ileoileal de aproximadamente 10 cm de longitud (figura 2), con las paredes intestinales eritematosas y abundante fibrina, ubicada a 120 cm de la válvula ileocecal.

Se realizó resección intestinal sin desinvaginación y anastomosis término-terminal manual en dos planos. A la apertura de la pieza, tumoración polipoide de aproximadamente 3 cm de diámetro que ocluía la luz ileal (figura 3) y microperforaciones en la pared de la misma. El diagnóstico posoperatorio fue peritonitis aguda por invaginación intestinal ileal por tumor polipoide.



Figura 1. Mujer de 24 años de edad con 36 horas de dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos; asas de intestino delgado distendidas.



Figura 2. Invaginación intestinal ileoileal.

En el informe de anatomía patológica se describió un pólipos fibroide inflamatorio de intestino delgado y pared intestinal congestiva con ulceración focal e infiltrado inflamatorio agudo (figura 4).

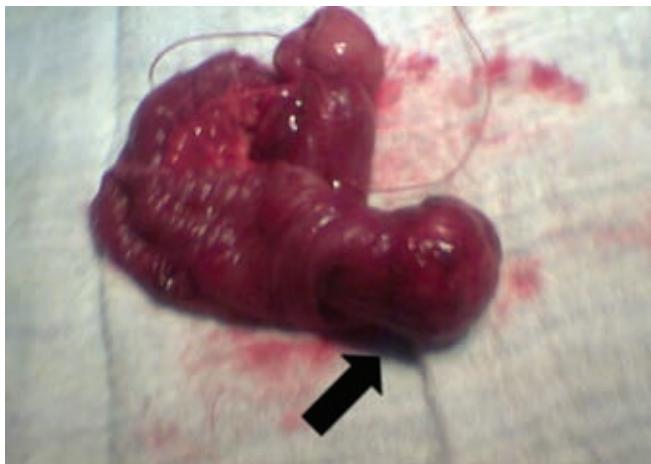


Figura 3. A la apertura del íleon, luego de la resección intestinal, se observó tumor que resultó ser un pólipos fibroide inflamatorio (flecha).

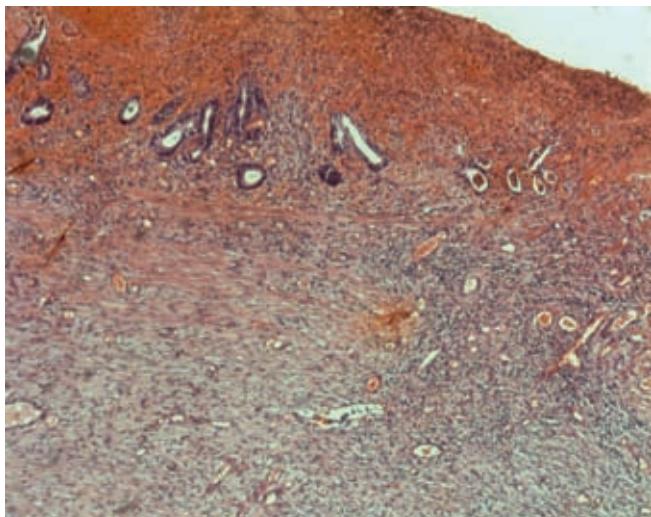


Figura 4. Tejido fibromuscular inflamado con importante infiltración eosinofílica del pólipos fibroide infamatorio.

La paciente inició alimentación oral el cuarto día posoperatorio y fue egresada sin complicaciones al séptimo.

Discusión

La invaginación intestinal se produce por un retramiento de una porción intestinal proximal dentro de la distal.² Durante la infancia predomina la etiología idiopática y requiere como tratamiento desinvaginación (hidrostática o quirúrgica); se manifiesta con la clásica tríada de dolor, sangrado (hematoquecia) y tumoración palpable. En los adultos tiene una causa mecánica definida y sintomatología inespecífica.²

Las causas orgánicas pueden ser enfermedad inflamatoria intestinal, divertículo de Meckel, tumoraciones (benignas o malignas) como pólipos intestinales (lipomas, hamartomas, fibromas), carcinomas, sarcomas y tumores metastásicos.¹⁻³ La invaginación puede comprometer el intestino delgado (en 75 a 80% de las ocasiones)^{1,3} o el grueso; es maligna en 50 a 80% cuando compromete el colon,⁴ y menos de un tercio en intestino delgado.⁵

El pólipos fibroide inflamatorio es una lesión por crecimiento submucoso formado por tejido fibromuscular inflamado y vascularizado, con importante infiltración eosinofílica y una mucosa delgada.⁶ Puede presentarse en cualquier órgano del aparato digestivo, pero es más frecuente en el estómago. Durante el crecimiento protruye hacia la luz y puede llegar a ocluirla.^{6,7}

Se presenta en cualquier edad pero como los síntomas dependen del tamaño es más probable encontrarlo en la quinta o sexta década de vida;⁸ en la mayoría de las ocasiones se manifiesta en forma esporádica, aunque se han identificado asociaciones familiares.⁹ La mujer descrita era joven, a diferencia de los pacientes descritos en la literatura.

En el adulto la invaginación intestinal se traduce como oclusión intestinal incompleta (que pocas veces se hace completa) con dolor abdominal, y menos frecuentemente con vómitos, sangrado y tumoración palpable.^{1-4,10,11} Otra forma menos común es un cuadro crónico de dolor abdominal de meses de evolución.

El caso descrito se manifestó como peritonitis aguda por microperforaciones en el área invaginada, con sintomatología concomitante de oclusión intestinal incompleta.

La radiografía de abdomen revela datos inespecíficos de oclusión intestinal, la ecografía puede visualizar el área invaginada, especialmente cuando existe tumoración palpable,¹² mientras que con una tomografía se llega al diagnóstico en la mitad de los casos (método más sensible).^{13,14} También es de utilidad la colonoscopia y el enema baritado. En la paciente descrita al observar neumoperitoneo en la radiografía de tórax se decidió intervenir quirúrgicamente sin realizar la tomografía, que hubiera sido un procedimiento sensible para el diagnóstico previo. Quizá en nuestro servicio de urgencias la tomografía deba utilizarse con más frecuencia en los cuadros abdominales quirúrgicos de etiología incierta.

El tratamiento definitivo de la invaginación intestinal es quirúrgico. Algunos autores recomiendan la resección intestinal con criterios oncológicos sin reducción de la invaginación en los adultos,¹ basados en la posibilidad de la diseminación de células malignas. Otros sugieren una resección sin reducción ante asas intestinales inflamadas, isquémicas, friables y cuando hay compromiso del colon, con reducción inicial en los demás casos.⁵ La reducción solo está indicada al hallar una extensa longitud de asas

delgadas invaginadas cuya resección podría causar síndrome de intestino corto.³

Conclusiones

Al ser una enfermedad poco frecuente en los adultos, principalmente el diagnóstico prequirúrgico de la invaginación intestinal constituye un reto, para lo cual debe existir un alto índice de sospecha. En general se manifiesta como un cuadro inespecífico de dolor y náuseas o de oclusión intestinal incompleta y rara vez a manera de peritonitis aguda, como en el presente caso.

Como método auxiliar de diagnóstico más sensible se dispone de la tomografía, si bien también es útil la ecografía en algunos casos. El tratamiento quirúrgico comprende la resección sin reducción del área invaginada (en la mayoría de las ocasiones), conservando un margen quirúrgico cuando existe sospecha de malignidad.

Referencias

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997;226:134–138.
2. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafniros N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. World J Gastroenterol 2009;15:407-411.
3. Yalamarthi S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. Postgrad Med J 2005;81:174-177.
4. Wang LT, Wu CC, Yu JC, Hsiao CW, Hsu CC, Jao SW. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. Dis Colon Rectum 2007;50:1941-1949.
5. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;173:88-94.
6. Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. Surg Gynecol Obstet. 1953;96:355-367.
7. Vijayaraghavan R, Sujatha Y, Santosh KV, Belagavi CS. Inflammatory fibroid polyp of jejunum causing jejunio-jejunal intussusception. Indian J Gastroenterol 2004;23:190-192.
8. Cawich SO, Gibson TN, Mitchell DIG, Williams E, Newnham MS, Simpson LK. Adult intussusception from an inflammatory fibroid polyp: a case report and review of the literature. Internet J Pathol 2008;7:10.
9. Anthony P, Morris D, Vowles K. Multiple and recurrent inflammatory fibroid polyps in three generations of a Devon family: a new syndrome. Gut 1984;25:854-862.
10. Guillén-Paredes MP, Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Mengual-Ballester M, Cases-Baldó MJ, et al. Intussuscepción en el adulto. Revisión de 14 casos y su seguimiento. Rev Esp Enferm Dig 2010;102:32-40.
11. Karamerçan A, Kurukahvecioglu O, Yilmaz TU, Aygencel G, Aytaç B, Sare M. Adult ileal intussusception: an unusual emergency condition. Adv Ther 2006;23:163-168.
12. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. Am J Gastroenterol 1993;88:617-618.
13. Barbiera F, Cusmà S, Di Giacomo D, Finazzo M, Lo Casto A, Pardo S. Adult intestinal intussusception: comparison between CT features and surgical findings. Radiol Med 2001;102:37-42.
14. Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, et al. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. World J Gastroenterol 2009;15:3303-3308.