

Invaginación yeyuno-yeyunal secundaria a tejido pancreático ectópico en un lactante de un año de edad. Reporte de caso

Alfonso Galván-Montaño,* María de Lourdes Suárez-Roa,** María del Rocío Estrada-Hernández***

Resumen

Introducción: la invaginación intestinal es una causa frecuente de obstrucción intestinal en lactantes y preescolares. La incidencia varía de 1.5 a 4 casos por 1,000 nacimientos vivos. La mayor parte de las invaginaciones son ileocólicas, la yeyuno yeyunal es extremadamente rara.

Caso clínico: lactante masculino de 1 año de edad que ingresó al servicio de Urgencias por un cuadro de evacuaciones disminuidas en consistencia, sin moco, ni sangre, irritabilidad y llanto inconsolable. Con antecedente de una evacuación melénica. Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Se trató con ceftriaxona, omeprazol y metoclopramida. Dos días posteriores a su ingreso tuvo evacuación melénica, seguida de evacuaciones con sangre fresca. La radiografía de abdomen mostró niveles hidroáreos. Se realizó una laparotomía exploradora en la que se encontró una invaginación yeyuno-yeyunal, resuelta con maniobra de taxis. Como hallazgo se identificó, adherido a la pared del intestino, un nódulo de $0.8 \times 0.6 \times 0.3$ cm, que histológicamente correspondió a tejido pancreático ectópico.

Conclusiones: las invaginaciones yeyuno-yeyunales son extremadamente raras y pueden aparecer a cualquier edad; el cuadro clínico puede ser agudo o crónico, y sus síntomas predominantes son dolor tipo cólico y vómitos. El ultrasonido abdominal es el estudio de elección. La posibilidad de que exista una enfermedad causante de la invaginación es muy alta por lo que el tratamiento debe ser cirugía abierta o por laparoscopia. En el caso aquí reportado el hallazgo de tejido pancreático ectópico es poco común.

Palabras clave: invaginación yeyuno-yeyunal, tejido pancreático ectópico, niños.

Abstract

Background: intussusception is the most common cause of acute bowel obstruction in infants and young children. Incidence has been reported as 1.5 to 4 cases per 1,000 live births. Most intussusceptions are ileoceccolic. jejunal intussusceptions in children is extremely rare

Clinical case: a 1-year-old male was admitted to the emergency department which diarrhea evacuations, without mucus or blood, craying and irritable. Previously had melaena in one occasion. The abdomen was found soft and depressible and low pain. He was treated with ceftriaxone, omeprazole and metoclopramide. Two days after admission had melaena and rectal bleeding. Plain abdominal radiography showed air fluid levels. Abdominal surgery was performed finding jejunal intussusceptions who was reduced. Demonstrable lesion as a lead point was a small tumor that was removed. Pathologist report pancreatic islets cells.

Conclusions: jejunal intussusceptions in children is extremely rare and occur at any age. Main symptoms are intermittent abdominal pain and vomiting. Ultrasonography is the study of choice. Often has a demonstrable lesion as a lead point for the intussusceptions therefore requires open or laparoscopic surgery. Is unusual the presence of ectopic pancreatic tissue as a lead point.

Key words: jejunal intussusceptions, ectopic pancreatic tissue, children.

* División de Cirugía Pediátrica.
** División de Investigación Clínica.
*** Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Correspondencia:
Dr. Alfonso Galván Montaño
Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Col.: Sección XVI, C.P. 14080.
Tlalpan. D.F. México,
Tel. y Fax: 40003040
Correo electrónico: gamagg3@hotmail.com

Recibido para publicación: 23-11-2011
Aceptado para publicación: 1-02-2012

Introducción

La invaginación intestinal es una causa frecuente de obstrucción intestinal en lactantes y preescolares. La incidencia varía de 1.5 a 4 casos por 1,000 nacidos vivos; la mayor frecuencia es en lactantes entre los 3 y 9 meses de edad, con predominio masculino.¹

La invaginación intestinal es la introducción en forma telescópica de una porción del intestino en otro generalmente distal, siguiendo los movimientos peristálticos del intestino. El mesenterio, al quedar atrapado y angulado, ocasiona obstrucción venosa y edema de la pared intestinal y puede

originar obstrucción arterial y gangrena de la pared intestinal proximal. Predominan las invaginaciones ileocólicas, y en menor frecuencia: ileo-ileal y colo-cólica.^{2,3}

Se estima que su etiología es idiopática en el 60 a 100%, y que un posible mecanismo es la hipertrofia del tejido linfoide de la pared intestinal secundaria a infecciones por adenovirus o rotavirus que puede actuar como cabeza de invaginación.⁴ La vacuna contra rotavirus es responsable de un riesgo adicional de invaginación, de 1 en 10,000 hasta 1 por cada 32,000 vacunas aplicadas; su mecanismo no es muy claro.^{5,6} De 1 a 11% de las invaginaciones en niños preescolares se relacionan con una causa patológica, como el divertículo de Meckel, pólipos, linfomas, hematomas de la pared intestinal por púrpura de Henoch-Shonlein o hemofilia, duplicaciones intestinales y neurofibromas.⁷

La clásica triada de invaginación: dolor abdominal, masa palpable y evacuaciones en jalea de grosella se manifiesta en la tercera parte de los pacientes. El resto puede tener sólo datos de: irritabilidad, letargo, vómito, diarrea o estreñimiento, sangrado rectal, prolapsio de la invaginación por el recto, fiebre y deshidratación.⁸

El diagnóstico puede establecerse con base en el ultrasónico tiene sensibilidad y especificidad del 100%; y se aprecia en los cortes transversos la imagen de “*tiro al blanco*”, y en el corte longitudinal el signo de pseudo-riñón.⁹

El tratamiento conservador puede ser con enema de bario, enema con aire o hidrostático guiado por radiosкопia. En caso de que el tratamiento conservador esté contraindicado por datos de perforación intestinal, peritonitis o estado de choque, la opción de tratamiento será obligadamente quirúrgico.¹⁰⁻¹²

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de invaginación intestinal yeyuno-yeyunal, que por su localización y etiología es extremadamente raro.

Caso clínico

Lactante masculino de 1 año de edad, que ingresó al servicio de Urgencias por evacuaciones disminuidas en consistencia en cinco ocasiones, sin moco ni sangre, con irritabilidad y llanto inconsolable. Nueve días previos a su ingreso en una ocasión vomitó y evacuó con características de melena. A la exploración física pesó 9.500 g, talla de 73 cm y temperatura de 36.5°C. El abdomen se encontraba: blando, depresible y doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. El tacto rectal fue negativo y los exámenes de laboratorio (biometría hemática y gasometría) sin alteraciones. La radiografía simple de abdomen mostró dilatación de asas y ausencia de niveles hidro-aéreos.

El tratamiento inicial fue con ceftriaxona (50 mg/kg/día), omeprazol (1 mg/kg/día) y metoclopramida (1 mg/kg/día). A los dos días de su ingreso se observó mejoría, por lo que se inició la vía oral con líquidos; 12 horas de iniciada la vía oral evacuó con melena en una ocasión, y posteriormente evacuó con sangre fresca varias veces. Se le realizó una radiografía de abdomen en la que se observaron niveles hidro-aéreos y probable asa fija. En la laparotomía exploradora se encontró invaginación yeyuno-yeyunal a 50 cm del ángulo de Treitz (Figura 1), que se resolvió con maniobra de taxis. El intestino desinvaginado se encontró edematoso y congestionado, así mismo se identificó un nódulo adherido a la pared del intestino, de aproximadamente 0.8×0.6×0.3 cm, superficie color marrón claro y consistencia firme que se retiró para su estudio histopatológico; se reporta como tejido acinar con conductos interlobulares e islotes de Langerhans compatible con tejido pancreático (Figuras 2 y 3).

Posterior a la cirugía, el niño evolucionó de forma satisfactoria, con inicio de la vía oral a las 48 horas y evacuaciones de características normales; fue dado de alta ocho días posteriores a la intervención quirúrgica.

Discusión

La causa más frecuente de obstrucción intestinal aguda en niños menores de un año es la invaginación. La más frecuente fue la ileocecocólica.^{2,3} Las invaginaciones ileo-ileales en niños escolares son las menos frecuentes, y a diferencia de las anteriores, tienen mayor asociación con: divertículo de Meckel, pólipos, linfomas, hematomas de la pared intestinal, duplicaciones intestinales y neurofibromas.⁷ Con

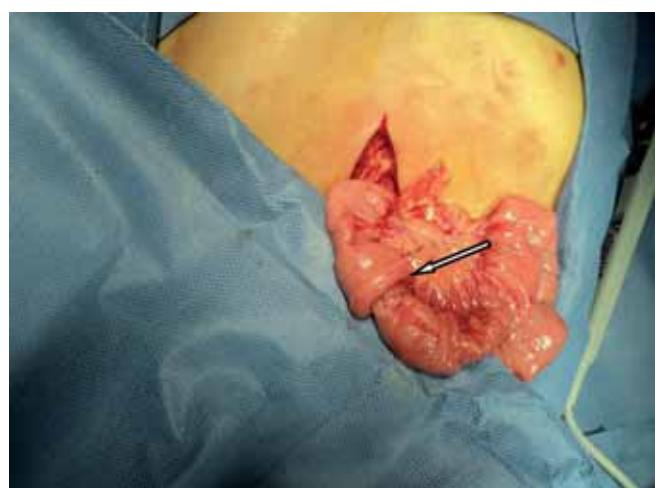


Figura 1. Invaginación yeyuno-yeyunal a 50 cm del angulo de Treitz

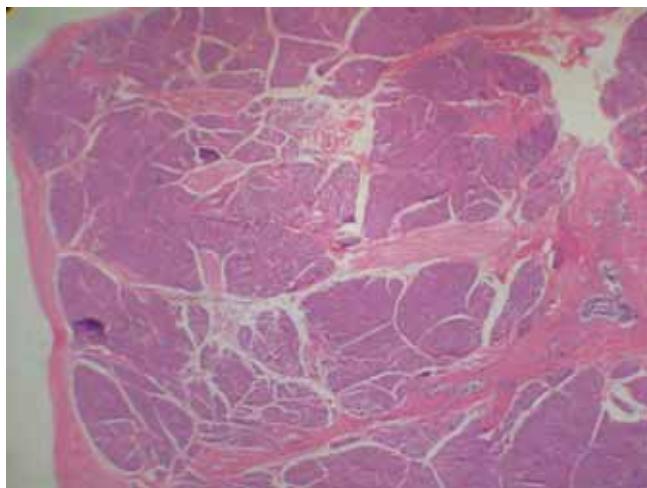


Figura 2. Foto panorámica donde se observa tejido pancreático, rodeado por una cápsula de tejido conectivo de la cual emergen tabiques que dividen la glándula en lobulillos.

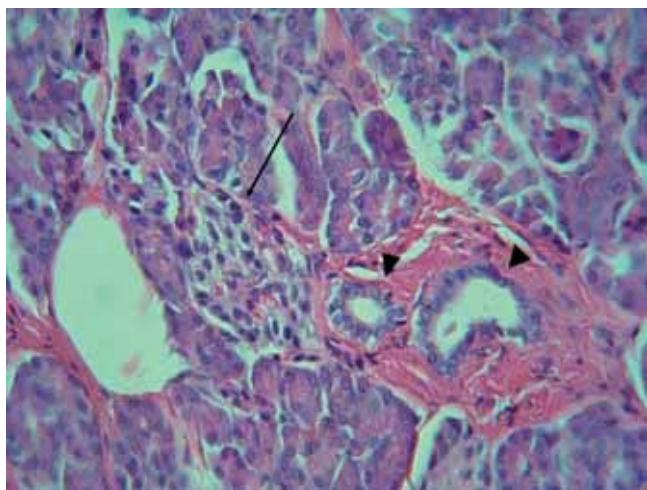


Figura 3. En el detalle histológico se observan conductos interlobulares (punta de flecha) e islotes de Langerhans (flecha).

respecto a las invaginaciones yeyuno-yequinal éstas son extremadamente raras en los niños, su frecuencia es menor al 1%.¹³ Los límites de edad abarcan desde neonatos hasta la edad escolar; a diferencia de las invaginaciones ceco-cólicas observadas antes de los dos años, y de las ileoileales en edad prescolar.¹³⁻¹⁷ El cuadro clínico puede ser: agudo o crónico, y el principal síntoma es el dolor tipo cólico; seguido por el vómito, y en algunos casos una tumoración abdominal, las evacuaciones pueden ser normales.¹³ Para establecer el diagnóstico en pacientes con tumor palpable, se sugieren los estudios de: tránsito intestinal, gammagrama con tecnecio 99, ultrasonido o tomografía computada.¹³ La bibliografía consultada originó orgánico en todos los casos,

por ejemplo: malformación polipoidea arterio-venosa, linfangiomas o duplicaciones intestinales.^{13,16}

En nuestro paciente de un año de edad los síntomas principales fueron: irritabilidad, vómito, melena y sangre fresca por el recto; abdomen doloroso sin datos de irritación peritoneal ni tumoración palpable. Las radiografías de abdomen con niveles hidro-aéreos tuvieron un papel decisivo para la elección de la laparotomía exploradora, que permitió el diagnóstico clínico de una invaginación yeyuno yeyunal que pudo resolverse por taxis. Consideramos que si se le hubiera realizado un ultrasonido éste nos hubiera dado el diagnóstico.

Conclusiones

El diagnóstico de la invaginación yeyuno-yequinal es difícil por ser evento excepcional que afecta a cualquier edad; sus manifestaciones clínicas pueden ser agudas y crónicas y pocas veces se presentan como la clásica triada de invaginación; dolor abdominal, tumor palpable y evacuaciones en jalea de grosella. Los síntomas generalmente son imprecisos y pueden ser: dolor tipo cólico, vómito, evacuaciones normales o melénicas, y en ocasiones con tumor palpable. El ultrasonido abdominal tiene un papel decisivo en estos casos porque permite detectar el tumor y los signos típicos de invaginación intestinal. Debido a que en estos casos la posibilidad de que exista una afección causante de la invaginación, el tratamiento debe ser quirúrgico con cirugía abierta o por laparoscopia.

Referencias

1. Fischer TK, Bihrmann K, Perch M, Koch A, Wohlfahrt J, Kare M, et al. Intussusception in early childhood: a cohort study of 1.7 million children. *Pediatrics* 2004;114(3):782-785.
2. Ross JG, Potter CW, Zachary RB. Adenovirus infection in association with intussusception in infancy. *Lancet* 1962;2(7249):221-223.
3. Konno T, Suzuki H, Kutsuzawa T, Imai A, Katsushima N, Sakamoto M, et al. Human rotavirus infection in infants and young children with intussusceptions. *J Med Virol* 1978;2(3):265-269.
4. Gorenstein A, Raucher A, Serour F, Witzling M, Katz R. Intussusception in children: reduction with repeated, delayed air enema. *Radio-logy* 1998;206:721-724.
5. Bines JE. Rotavirus vaccines and intussusception risk. *Curr Opin Gastroenterol* 2005;21:20-25.
6. Huppertz HI, Soriano-Gabarró M, Grimpel E, Franco E, Mezner Z, Desselberger U, et al. Intussusception Among Young Children in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:S22-S29.
7. Kombo LA, Gerber MA, Pickering LK, Atreya CD, Breiman RF. Intussusception, Infection, and Immunization: Summary of a Workshop on Rotavirus. *Pediatrics* 2001;108(2):E37.
8. Ein SH, Alton D, Palder SB, Shandling B, Stringer D. Intussusception in the 1990s: has 25 years made a difference? *Pediatr Surg Int* 1997;12(5-6):374-376.

9. Pracros JP, Tran-Minth VA, Morin de Finfe CH, Deffrenne-Pracros P, Louis D, Basset T. Acute intestinal intussusception in children. Contribution of ultrasonography (145 cases). Ann Radiol (Paris) 1987;30(7):525-530.
10. Tellado MG, Liras J, Méndez R, Somoza I, Sánchez A, Maté A, et al. Ultrasound-guided hydrostatic reduction for the treatment of idiopathic intestinal invagination. Cir Pediatr 2003;16(4):166-168.
11. Calder FR, Tan S, Kitteringham L, Dykes EH. Patterns of management of intussusceptions outside tertiary centers. J Pediatr Surg 2001;36(2):312-315.
12. Sherman JO, Consentino CM. Intussuscepcion. In: Keith W Ashcraft, Thomas M Holder, editors. Cirugía Pediatrica. México: McGraw-Hill, 1995 p. 429-433.
13. Stone DN, Kangarloo H, Graviss ER, Danis RK, Silberstein MJ. Jejunal intussusception in children. Pediatric Radiology 1980;9(2):65-68.
14. Yazbeck N, Mahfouz I, Majdalani M, Tawil A, Farra C, Akel S. Intestinal polypoid arteriovenous malformation: unusual presentation in a child and review of the literature. Acta Paediatrica Acta Paediatr 2011;100(9):e141-144.
15. Park HS, Lee H, Moon WS, Lee SC, Choi WB, Choi HW. Intussusception secondary to jejunal lymphangioma in a 13-year-old girl. Korean J Gastroenterol 2007;49(4):256-259.
16. Oshita M, Okazaki T, Yamataka A, Kusafuka J, Lane GJ, Matsumoto T, et al. Jejuno-jejunal intussusception secondary to submucosal lymphangioma in a child. Pediatr Surg Int 2005;21(12):1001-1003.
17. Hadley GP, Sharma S. Neonatal intussusception. P N G Med J 1893;26(2):144-145.