



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 19 Núm. 3 Jul.-Sep. 2018

Intususcepción ileocecal en paciente adulto causada por un tumor de Vanek: Reporte de caso

Alberto Félix Chapa Lobo,* Luis Enrique Salgado Cruz,* Alan Alejandro Garza Cantú,** Roy Ismael Villafranca Andino,** Óscar Carlos Alanís Rodríguez**

Resumen

Introducción: Una intususcepción sucede cuando dos segmentos intestinales adyacentes se invaginan. Es infrecuente en adultos (1% de obstrucciones intestinales), es causada por una patología estructural como pólipos, lipomas submucosos o divertículos de Meckel, siendo las neoplasias malignas un diagnóstico diferencial considerable. Presentamos un caso de intususcepción ileocecal secundaria a tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 41 años de edad, con dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución, intermitente, difuso, en ocasiones agravado tras la ingesta de alimentos, acompañado de náusea y atenuado con analgésicos-antiespasmódicos. Dos horas previas a su ingreso presentó dolor abdominal súbito en fosa iliaca derecha. Acudió a urgencias donde se realizó tomografía de abdomen y se identificó una tumoración de aspecto heterogéneo en unión ileocólica compatible con una intususcepción intestinal. Durante la cirugía no se redujo la porción intususceptada, no se observaron ganglios linfáticos, lesiones hepáticas ni implantes peritoneales. Se realizó hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis por laparoscopia, sin eventualidades. **Conclusiones:** El diagnóstico requiere alta sospecha. La tomografía, con o sin enema de bario, demuestra ser el método de imagen más efectivo. En adultos, la intususcepción siempre requiere abordaje quirúrgico, siendo la resección el procedimiento de elección. Dado que las lesiones de intestino delgado suelen ser benignas, las resecciones segmentarias son adecuadas, mientras que las lesiones colónicas suelen ser malignas por lo que se recomiendan resecciones oncológicas. En cuanto al tumor de Vanek, patología benigna, su tratamiento consiste en la resección sin ninguna otra intervención, siempre y cuando se compruebe que se ha resecado por completo.

Palabras clave: Intususcepción, tumor de Vanek, pólipo fibroide inflamatorio.

Abstract

Introduction: An intussusception occurs when two adjacent intestinal segments invaginate. It is uncommon in adults (1% of intestinal obstructions), caused by a structural pathology such as polyps, submucosal lipomas or Meckel's diverticula, with malignant neoplasms being a considerable differential diagnosis. We present a case of ileocecal intussusception secondary to Vanek's tumor or fibroid inflammatory polyp. **Case presentation:** Male, 41 years old, with abdominal pain of one month of evolution, intermittent, diffuse, sometimes aggravated after food intake and attenuated with analgesic-antispasmodic drugs and nausea. Two hours before admission, he presented sudden abdominal pain in the right iliac fossa. He went to the emergency department where an abdominal tomography was performed and a heterogeneous mass in an ileocolic junction compatible with intestinal intussusception was identified. During surgery, the intussuscepted portion wasn't reduced, no lymph nodes, liver lesions or peritoneal implants were observed. Right hemicolectomy was performed with ileotransverse anastomosis under laparoscopy, without eventualities. **Conclusions:** The diagnosis requires high suspicion. The tomography with or without barium enema proves to be the most effective imaging method. In adults, intussusception always requires a surgical approach, resection being the procedure of choice. Since small bowel injuries are usually benign, segmental resections are appropriate, while colonic lesions are usually malignant, so oncological resections are recommended. As for Vanek's tumor, a benign pathology, its treatment consists of resection without any other intervention, provided that it has been completely resected.

Key words: Intussusception, Vanek's tumor, fibroid inflammatory polyp.

* Cirugía Colorrectal. Hospital Ángeles Valle Oriente.

** Cirugía General. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad.

Correspondencia:

Alan Alejandro Garza Cantú

Calle 1a. Avenida Núm. 750, Col. Jardines de Anáhuac, San Nicolás de los Garza, 66463, Nuevo León, México. Tel. 81 1679 7394

E-mail: alangarzacantu@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal, aunque frecuente en niños, es una causa rara de oclusión intestinal en adultos, con una incidencia de dos a tres casos por cada 1,000,000 personas al año, diferenciándose de la presentada en la vida pediátrica en su cuadro clínico, etiología y tratamiento.¹ Debido a su presentación infrecuente, no existen estudios multicéntricos de gran tamaño que investiguen su manejo en la vida adulta.²⁻⁵

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) fue descrito por primera vez en 1949 por Vanek como un granuloma submucoso gástrico con infiltración eosinofílica. En la literatura existe confusión debido a los diferentes nombres por los que es conocida esta lesión benigna, incluyendo tumor de Vanek, granuloma eosinofílico, hemangiopericitoma o mioendotelio-ma polipoide. Helwig y Ranier idearon el término aceptado generalmente en 1953 como pólipo fibroide inflamatorio.⁶⁻¹⁰

El PFI es una rara lesión benigna del tracto gastrointestinal que se puede desarrollar en diferentes localizaciones, siendo la más común el antro gástrico (66-75%), seguido del intestino delgado (18-20%), colon (4-7%), vesícula biliar (1%), esófago (1%) y apéndice (1%). Sin embargo, el íleon terminal es el sitio más común donde estos pólipos causan intususcepción.^{8,9,11}

En este artículo describimos el caso de un paciente con intususcepción ileocecal secundaria a un tumor de Vanek y las características de presentación clínica, destacando el abordaje terapéutico de elección en adultos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 41 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica bajo tratamiento médico con captopril 25 mg vía oral cada 12 horas, instrumentación lumbar por hernia discal con uso crónico de analgésicos tipo AINE (diclofenaco, naproxeno y ketorolaco) y opioides sintéticos (tramadol), obesidad grado II. Refirió una historia de un mes de evolución presentando de manera insidiosa dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, localización difusa con predominio en fosa iliaca derecha, de corta duración, acompañado de náusea sin llegar al vómito, que se atenúa tras la ingesta de analgésicos y antiespasmódicos. Fue valorado por médico particular y se manejó con antiespasmódicos y cambios en la dieta. Continuó con episodios esporádicos, insidiosos y autolimitados de dolor hasta que dos días previos a su ingreso presentó una exacerbación del mismo con aumento en la intensidad sin remisión con la ingesta de analgésicos, por lo que acudió a valoración al departamento de gastroenterología. A la exploración física el paciente no presentaba facies de dolor, se encontró hemodinámicamente estable, neurológicamente íntegro sin datos de dificultad respiratoria, con signos vitales de TA 140/90, FC 88, FR 20, temperatura de 36.4 °C, saturación de oxígeno de 98% con aire ambiente, tórax con campos pulmonares bien ventilados

con murmullo vesicular, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin distensión, blando, depresible, dolor moderado a la palpación profunda en fosa iliaca y flanco derecho, percusión sin alteraciones, sin datos de irritación peritoneal, sin tumoraciones o visceromegalias palpables y con peristalsis de lucha. Genitales y regiones inguinales sin alteraciones, extremidades eutróficas, con pulsos simétricos de adecuada intensidad. Se solicitaron exámenes de laboratorio generales con los siguientes resultados: BH: Hb 14.9 g/dL, Hto 42.9 mL/dL, VCM 90.9 μm^3 , Leuc. 10,007/mm³, neutrófilos 69.8%, linfocitos 22%, plaquetas 270,000/mm³; perfil bioquímico: Glucosa 98 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, BUN 14.3 mg/dL, urea 30.6 mg/dL, colesterol 198 mg/dL, triglicéridos 117 mg/dL, BT 0.41 mg/dL, BD 0.18 mg/dL, Alb 4.3 g/dL, TGO 13 U/L, TGP 16 U/L, FA 121 U/L, LDH 338 U/L, GGT 59 U/L, Na 145 mEq/L, K 3.4 mEq/L, Ca 9.2 mg/dL, PO 3.1 mg/dL. Posteriormente se complementó su estudio solicitando una tomografía simple de abdomen (*Figura 1*), en la cual se observó engrosamiento de la pared del ciego, con la presencia de una tumoración de aspecto heterogéneo en la unión ileocólica con edema de su meso, compatible con una intususcepción ileocecal. No se observaron datos de oclusión intestinal, líquido libre, lesiones hepáticas o peritoneales ni neumoperitoneo. Se interconsultó con nuestro departamento y se ingresó para tratamiento quirúrgico con diagnóstico de intususcepción ileocecal.

Técnica quirúrgica

Se decidió realizar laparoscopia diagnóstica al no presentar distensión importante de asas intestinales ni cirugías abdominales previas. Bajo anestesia combinada (anestesia general y bloqueo epidural), se colocó al paciente en posición de Lloyd-Davies modificada. Se colocó un trocar óptico de 12 mm umbilical con técnica de Hasson y se realizó laparoscopia diagnóstica identificando intususcepción ileocecal (*Figura 2*). No se observaron lesiones hepáticas o peritoneales. Se colocaron dos trocares más de 5 mm, uno en la línea medioclavicular derecha por debajo del ombligo, el otro en la línea medioclavicular izquierda por arriba del ombligo, y uno más de 10 mm en la línea medioclavicular izquierda por debajo del ombligo. Se introdujo instrumental de trabajo y con posición de Trendelenburg y ligero lateral a la izquierda se inició procedimiento. No se intentó reducción del asa intususcetada por riesgo de perforación y contaminación de cavidad, además del riesgo de patología maligna con diseminación hematológica o linfática de la enfermedad. Se desarrolló un abordaje de medial a lateral, observando la movilidad del íleon distal, se identificó el pedículo de la arteria ileocólica traccionando el ciego hacia arriba con la pinza del primer ayudante, posteriormente se abrió el peritoneo y se inició disección con dispositivo de energía bipolar computarizado (Ligasure) de 10 mm, hasta identificar los vasos ileocólicos, los cuales

se ocluyeron con grapas metálicas y se seccionaron con energía bipolar computarizada. Se continuó con disección lateral identificando el uretero, liberando el colon derecho de la fascia de Toldt y las adherencias de la vesícula biliar al ángulo hepático y colon transverso, conectando las ventanas de disección, terminando por liberar el ángulo hepático. Una vez concluida la disección, se corroboró la zona de transición de la vasculatura del íleon distal y se introdujo grapadora EndoGIA de 60 mm cartucho azul

(1.5 mm), seccionando aproximadamente 10 cm proximal a porción intususceptada y posteriormente se realizó corte distal en colon transverso. Se aproximó el íleon distal hacia el colon transverso en dirección isoperistáltica y se dieron dos suturas de riendas con seda 3-0, se realizaron enterotomías con gancho y cauterio. Se confeccionó la íleotransverso anastomosis con grapadora endoGIA cartucho azul de 60 mm, y se cerraron enterotomías con sutura intracorpórea de PDS 3-0 (Figura 3). Se realizó hemostasia

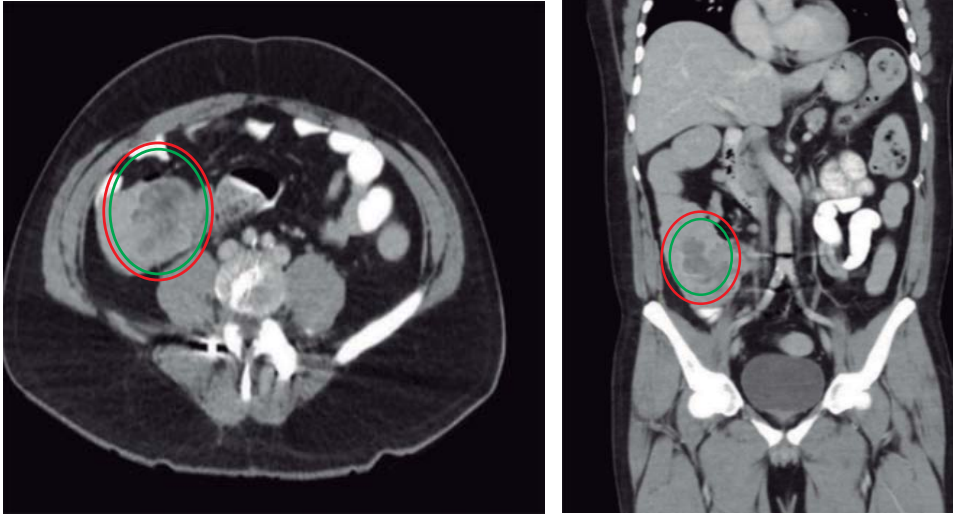


Figura 1.

Tomografía simple de abdomen donde se demuestra una tumora-ción heterogénea en el ciego co-rrespondiente a una intususcep-ción ileocecal.



Figura 2.

Laparoscopia diagnóstica donde se observa la intususcepción ileocecal.

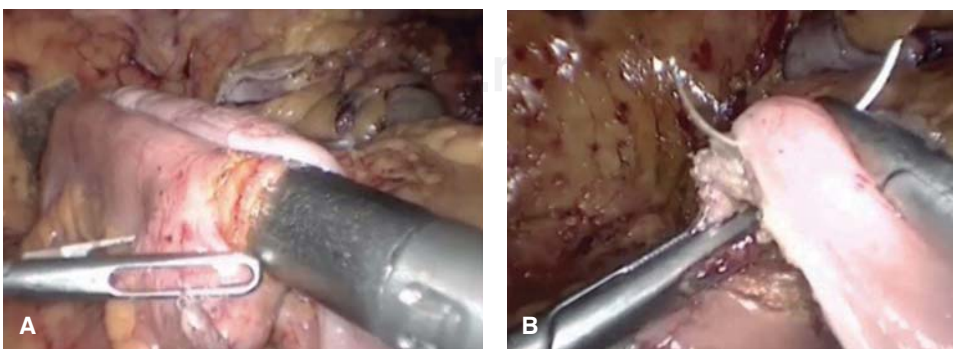


Figura 3.

A. Íleotransverso anastomosis la-terolateral isoperistáltica con gra-padora EndoGIA cartucho azul de 60 mm; **B.** Se cierran las enteroto-mías con sutura intracorpórea de PDS 3-0, surge continuo.

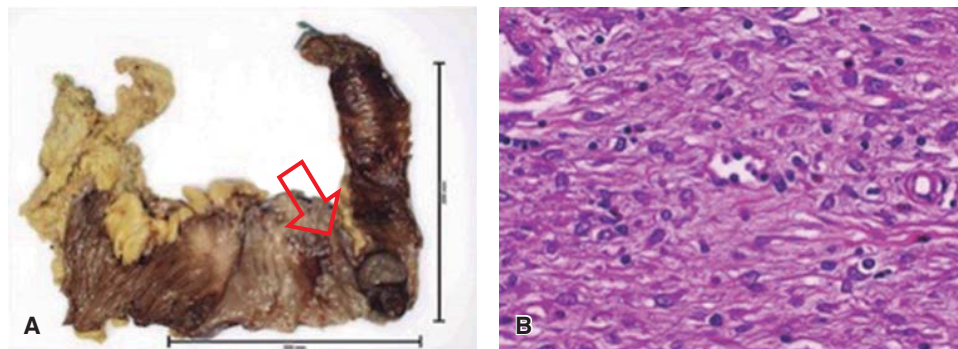


Figura 4.

A. Reporte de patología donde se muestra la tumoración con bordes bien definidos, no ulcerada, en la porción intususceptada de íleon distal; **B.** Análisis microscópico del tumor de Vanek.

meticulosa y se procedió a sacar la pieza quirúrgica por una incisión tipo Pfannenstiel de 4 cm, colocando un separador Alexis chico para proteger la herida. Se dio por terminado el procedimiento sin ninguna eventualidad. La pieza se envió a estudio histopatológico definitivo (Figura 4). No se consideró necesario estudio transoperatorio ya que en este caso no alteraría la conducta quirúrgica.

En el posoperatorio presentó íleo adinámico, manejándose con procinéticos, se suspendieron los analgésicos opioides y se complementó con nutrición parenteral periférica, resolviéndose al séptimo día PO, iniciando vía oral, fue egresado al undécimo día de operado sin datos de sangrado o fuga de la anastomosis. El paciente se citó a consulta a los siete días de egresado acudiendo asintomático con adecuada cicatrización de heridas. El seguimiento a seis meses no muestra ninguna complicación de la cirugía o patología de base.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal, aunque frecuente en niños, en la población adulta como en el caso reportado es una entidad muy rara, representando solamente 1% de las causas de oclusión intestinal.^{3,5,6} En niños la intususcepción es usualmente idiopática o secundaria a procesos virales; sin embargo, en adultos más de 90% de los casos tienen una causa estructural identificable, siendo frecuentes como causales pólipos, lipomas submucosos, divertículo de Meckel, síndrome de Peutz-Jeghers, tumores benignos, adherencias, enfermedad inflamatoria intestinal o pólipo fibroide inflamatorio; los tumores malignos son un importante diagnóstico diferencial, sobre todo en intususcepciones colónicas.^{1,2,5}

Se clasifican de acuerdo a su localización en entéricas, colónicas, ileocólicas e ileocecales, y tanto los síntomas de presentación como su probable etiología dependen del sitio involucrado.³

Como causa principal de intususcepción ileocólica y colónica en adultos se tiene a las neoplasias (adenocarcinoma, seguido por leiomioma y metástasis) en 50-60%, mientras que las entéricas son de etiología benigna en 60-75% de las ocasiones (lipoma submucoso, pólipos, divertículo de

Meckel, apéndice, adherencias, enfermedad de Crohn).^{3,4} Nuestro caso se trató de una intususcepción ileocólica, simulando la presentación de un adenocarcinoma de ciego.

La presentación clínica en niños es más constante y típica con la tríada clásica: Tumor abdominal palpable en forma de salchicha, heces en jalea de grosella y dolor abdominal agudo; mientras que en adultos pueden referirse síntomas agudos o crónicos, reportando una historia de dolor abdominal vago (70-100%) con síntomas inespecíficos como náusea y vómito (40-60%) o pérdida de peso, lo que dificulta el diagnóstico.^{2-4,6}

El diagnóstico en adultos puede ser desafiante debido a su presentación inespecífica y rara incidencia en este grupo de edad. A pesar de la evolución y los avances en los estudios de imagen, el diagnóstico sólo es realizado previo a la cirugía en 70-75% de las ocasiones en intususcepciones colónicas y en 35-40% de las confinadas a intestino delgado.^{6,12} Las técnicas de imagen no invasivas resultan esenciales para el diagnóstico preoperatorio y finalmente para sospecha de malignidad. La TAC asociada o no al enema con bario es tal vez la modalidad más precisa para el diagnóstico de estos pacientes, aunque aún existe controversia al respecto.^{6,12,13}

La resección quirúrgica definitiva continúa siendo el tratamiento recomendado en la gran mayoría de los casos, debido a la alta incidencia de causas estructurales y neoplásicas. Por tal motivo, además del riesgo de recurrencia que conlleva, la reducción preoperatoria con enema de bario no debe recomendarse como único tratamiento en la población adulta.^{6,13,14}

Aunque la mayoría de los autores concuerdan con lo antes descrito, existe aún controversia en el manejo quirúrgico óptimo de la intususcepción en adultos. Teóricamente, la reducción durante la cirugía, previa a la resección, permitiría una resección más limitada aunque no se recomienda por el riesgo de siembra de células tumorales intraluminalmente o a través de la circulación venosa durante la manipulación de la porción intususceptada.^{6,13,14} El problema principal recae en distinguir si la etiología es benigna o maligna antes de la cirugía. Existen factores predictivos de malignidad en adultos con intususcepciones,

principalmente el sitio involucrado y la presencia de anemia al ingreso, aunque poseen baja especificidad.¹⁵ Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente respecto al alto porcentaje de malignidad como causal de esta patología en adultos, sería lógico recomendar una resección quirúrgica con márgenes oncológicos como manejo óptimo, como fue decidido en nuestro paciente.

Por supuesto, en el contexto de una neoplasia conocida, la edad del paciente, la presentación con perforación o necrosis intestinal con peritonitis severa deben tomarse en cuenta a la hora de elegir el tratamiento adecuado,⁶ así como la presencia de enfermedades que confieran un alto riesgo de recurrencia, como la enfermedad de Peutz-Jeghers o la enfermedad de Crohn, lo cual conduce al objetivo de limitar en lo posible la resección intestinal, apoyando la reducción primaria en dichos casos.^{6,13,16} Dado que las lesiones de intestino delgado suelen ser benignas, las resecciones segmentarias son adecuadas aquí, mientras que las lesiones colónicas suelen ser malignas por lo que se recomiendan resecciones oncológicas.

El PFI es una rara lesión benigna del tracto gastrointestinal que se distingue por una proliferación localizada de células fusiformes con un infiltrado inflamatorio, mostrando positividad a CD34, lo que sugiere que provienen de células vasculares o perivasculares. La negatividad a

S100, CD117 y DOG1 excluye tumores neuroendocrinos y GIST.¹⁷ Debido a su rareza y su curso asintomático, en la mayoría de los casos su diagnóstico generalmente se realiza por hallazgos incidentales y estudios histopatológicos. Cuando tienen una presentación sintomática el cuadro dependerá del tamaño y la localización del tumor, pudiendo ulcerar la mucosa y provocar sangrado, o ser de gran tamaño y ocasionar oclusión intestinal, como las presentaciones más frecuentes. Un PFI proximal a la válvula ileocecal que condiciona intususcepción puede simular el cuadro de un carcinoma en ciego.⁶⁻¹⁰ En cuanto a su tratamiento, al tratarse de una patología benigna, consiste en la resección sin ninguna otra intervención necesaria, siempre y cuando se compruebe que se ha resecado por completo.

CONCLUSIONES

El abordaje de una intususcepción debe individualizarse. Ante la sospecha o probabilidad de etiología maligna o estructural, sobre todo en intestino grueso, se debe optar por tratamiento quirúrgico con márgenes oncológicos, ya que sólo se tendrá esta oportunidad para realizar una cirugía oncológica, sin tratar de reducir los segmentos intestinales por riesgo de perforación o diseminación.

REFERENCIAS

1. Yalamarathi S, Smith RC. Adult intussusception: Case reports and review of literatura. *Postgrad Med J*. 2005; 81: 174-177.
2. Khan MN, Agrawal A, Strauss P. Ileocolic intussusception - A rare cause of acute intestinal obstruction in adults; case report and literature review. *World J Emerg Surg*. 2008; 3: 26.
3. Baldin AV, De Rungs BD, Ruiz GM, Azcoitia MF. Intususcepción en adultos. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2014; 12: 137-140.
4. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*. 1997; 226: 134-138.
5. Delgado MA. Intususcepción: Diagnóstico y manejo en niños y adultos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016; LXXIII: 555-559.
6. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohnen-Sharhi N et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: A multicentric study. *Int J Colorectal Dis*. 2006; 21: 834-839.
7. Abboud B. Vanek's tumor of the small bowel in adults. *World J Gastroenterol*. 2015; 21: 4802-4808.
8. Akbulut S. Intususcepción due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review. *World J Gastroenterol*. 2012; 18: 5745-5752.
9. Neishaboori H, Maleki I, Emadian O. Jejunal intususcepción caused by a huge Vanek's tumor: A case report. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2013; 6: 210-213.
10. Morales-Fuentes GA, de Ariño-Suárez M, Zárate-Orsorno A, Rodríguez-Jerkov J, Terrazas-Espitia F, Pérez-Manauta J. Pólipo de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir*, 2011; 79: 263-267.
11. Rossi P, Montuori M, Balassone V, Ricciardi E, Anemona L, Manzelli A et al. Inflammatory fibroid polyp. A case report and review of the literature. *Ann Ital Chir*. 2012; 83: 347-351.
12. Parienty RA, Lepreux JF, Gruson B. Sonographic and CT features of ileocolic intususcepción. *AJR Am J Roentgenol*. 1981; 136: 608-610.
13. Erkan N, Hacryanh M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intususcepción in adults: An unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis*. 2005; 20: 452-456.
14. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I et al. Intususcepción of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol*. 2009; 15: 407-411.
15. Goh BK, Quah HM, Chow P, Tan KY, Tay KH, Eu KW. Predictive factors of malignancy in adults with intususcepción. *World J Surg*. 2006; 30: 1300-1304.
16. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez A, Lirón-Ruiz R, Flores-Pastor B, Perelló J, Aguilar-Jiménez J et al. Intestinal invagination in adults: Preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis*. 2004; 19: 68-72.
17. Johnstone JM, Morson BC. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. *Histopathology*. 1978; 2: 349-361.