

Intususcepción ileocecal en adulto. Reporte de Caso

Quintín Héctor González,* Jesús Alberto Bahena-Aponte,** Eva María Ramírez Avilés***

Resumen

La intususcepción en el adulto ocurre infrecuentemente a diferencia de lo reportado en la población pediátrica. Presenta diferentes localizaciones y dentro de las menos frecuentes se encuentra la íleo-cecal. Su etiología es diversa, siendo más frecuentes las causas malignas cuando se presenta a nivel del colon en edad adulta. La sospecha diagnóstica apoyada de la tomografía computada de abdomen, puede, además de corroborar el diagnóstico, esclarecer la etiología de la misma y orientar sobre la opción terapéutica más adecuada para el paciente.

Palabras clave. Intususcepción. Íleo-cecal y adulto.

Abstract

Intussusception in adults is less frequent to that reported in the pediatric patients. Various locations has been described being ileocecal the less frequent. Etiologies are diverse, but malignancy is the most frequent in adulthood.

Computed tomography has a good sensitivity and specificity to diagnose intussusception and help to determine its etiology and the best therapeutic option.

Key words. Intussusception. Ileocecal and adults.

INTRODUCCIÓN

El primer reporte de intususcepción se atribuye a Barbett de Ámsterdam en 1674; posteriormente en 1789 John Hunter define la intususcepción como una forma rara de obstrucción intestinal en el adulto. Pero no fue hasta 1871 cuando se realiza la primera cirugía como tratamiento de la intususcepción en un paciente pediátrico por Sir Jonathan Hutchinson.¹

La intususcepción en el adulto es poco frecuente con una incidencia entre 2 y 3%, a diferencia de lo reportado en la población pediátrica, donde representa la principal causa de obstrucción intestinal entre los tres y seis meses de edad.^{2,3}

Con respecto a su localización la intususcepción se puede clasificar en:

- a) Entero-entérica.
- b) Colo-cólica.
- c) Íleo-cólica.
- d) Íleo-cecal.

Siendo esta última donde la válvula íleo-cecal es el punto principal de la invaginación. Mientras que por su etiología puede ser benigna, maligna e idiopática.¹

Según una serie publicada por Zubaidi, *et al.*,⁴ la localización íleo-cólica presente en nuestro caso, puede presentar un mayor reto diagnóstico debido a las variantes anatómicas a este nivel.⁵ El tratamiento quirúrgico óptimo aún es controversial. Siendo recomendado por algunos centros la reducción inicial de la intususcepción, mientras que en otros se sugiere la resección en bloque argumentando a favor de esta última, el eliminar la posibilidad de recurrencia y la disminución del riesgo de perforación debido a la friabilidad del intestino.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, sin antecedentes relevantes para su padecimiento, inicia con dolor abdominal de tipo cólico, de cinco días de evolución, el cual en sus primeras horas era de intensidad leve (EVA 2/10), de tipo generalizado sin asociarse a cambios en el hábito intestinal, náusea o

* Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto.

** Asistente Voluntario del Servicio de Cirugía de Colon y Recto. *** Médico pasante de pregrado. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

vómito. A las 48 h de evolución se incrementa de intensidad (EVA 7/10), migrando a epigastrio y asociándose a hiporexia y distensión abdominal. Por lo que al 5o. día de evolución acude en busca de atención médica ya con el dolor de intensidad (EVA 10/10), de localización en flanco y fosa ilíaca derecha, asociado a náusea y vómito en dos ocasiones de contenido gastroalimentario. Así como evacuaciones diarreas en seis ocasiones sin presencia de sangre o moco en la evacuación. A su ingreso la exploración física muestra paciente taquicárdica, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo, peristalsis presente de frecuencia e intensidad disminuida, dolor a la palpación superficial y profunda de predominio en flanco y fosa ilíaca derecha con datos de irritación peritoneal. Con laboratorios que revelaban una anemia microcítica e hipocrómica (Hb 10.2 $\mu\text{g/dL}$) y discreta leucocitosis (12.1 células / mm^3), resto de biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos dentro de rangos normales, se indica la realización de una tomografía axial computada de abdomen, la cual reporta imagen de doble dona a nivel del válvula ileocecal y ciego (Figuras 1 y 2). Ante este hallazgo se programa a la paciente para la realización de una laparoscopia exploradora, la cual confirma el diagnóstico de intususcepción ileocecal, con un proceso inflamatorio a nivel del íleo terminal (Figura 3). Se realiza resección de íleo terminal y ciego, con íleo-colo anastomosis mecánica, latero-lateral por vía laparoscópica mano asistida, con extracción de la pieza a través del dispositivo Alexis® O C-Section Retractor de

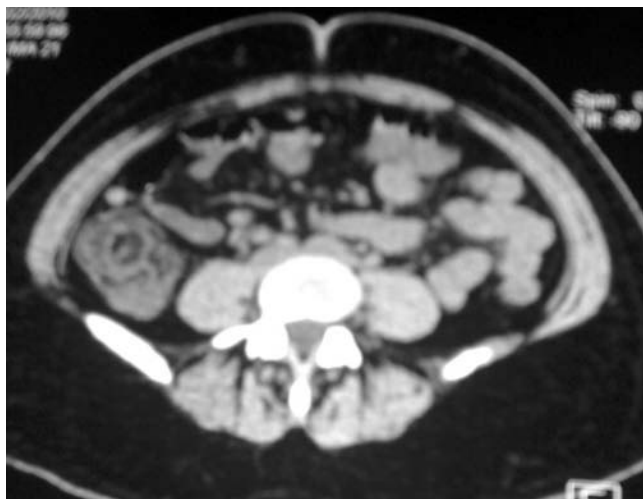


Figura 1. Imagen tomográfica de un corte transversal del abdomen en donde se aprecia la imagen de doble dona a nivel de la válvula ileocecal.

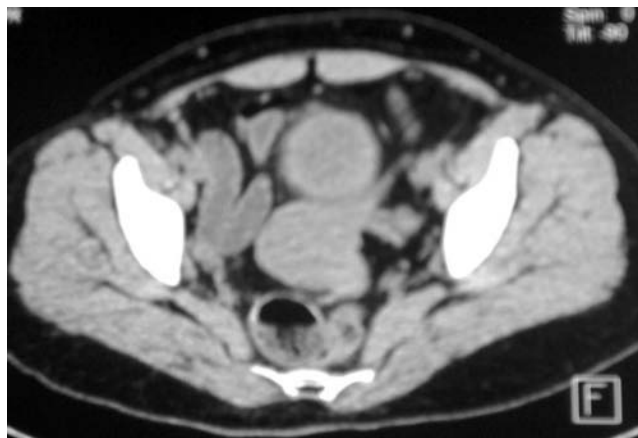


Figura 2. Imagen tomográfica de un corte transversal del abdomen en donde se aprecia distensión importante a nivel del íleo terminal.

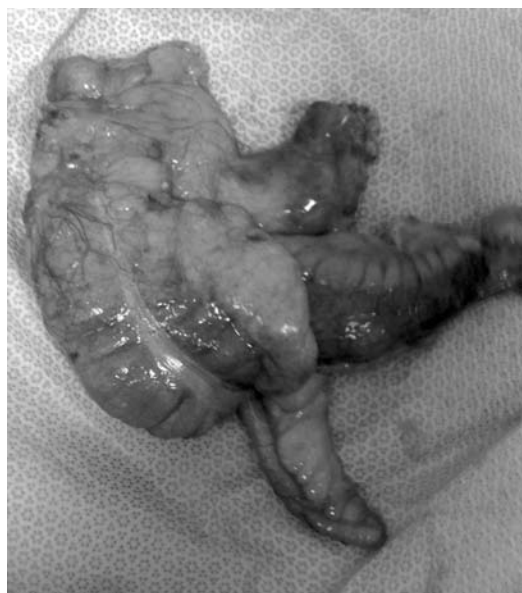


Figura 3. Pieza resecada de ciego e íleo terminal, con datos de eritema e inflamación en la porción distal del íleo, que coincide con el sitio de la intususcepción.

Applied Medical. El estudio histopatológico reportó:

- a) Ileítis aguda ulcerada.
- b) Colon con edema y congestión submucosa.
- c) Peritonitis aguda y crónica.

La paciente evoluciono satisfactoriamente por lo que a las 48 horas postoperatorias se inicio la vía oral con dieta líquida, la cual fue tolerada adecuadamente y

las 96 horas fue egresada del hospital por mejoría clínica.

DISCUSIÓN

La intususcepción en el adulto es poco frecuente, estando asociada en 90% con alguna otra patología de etiología inflamatoria y hasta en 30% con lesiones malignas cuando se localiza en el intestino delgado y en 60% cuando se localizan en el colon.^{2,7} Por lo que su presentación generalmente es insidiosa con dolor abdominal vago, siendo infrecuente la integración de la tríada de dolor abdominal, vómito y sangrado de tubo digestivo; lo que generalmente dificulta el diagnóstico. Reijnen, *et al.*,⁸ reportan un diagnóstico preoperatorio en 50% mientras que Eisen, *et al.*,⁹ en menos de 40.7% de los casos, siendo necesario el apoyo con estudios de laboratorio y gabinete. El ultrasonido se considera una herramienta útil para el diagnóstico de invaginación intestinal, tanto en niños como en adultos. Pudiéndose observar la imagen clásica de "signo de la dona" desde el punto de vista transversal. Sin embargo, este procedimiento es operador dependiente requiriendo de un radiólogo experimentado, con el fin de confirmar el diagnóstico. Además de que la obesidad y la presencia de asas intestinales distendidas con aire limitan la calidad de la imagen y la posterior precisión diagnóstica.¹

La tomografía axial computarizada de abdominal actualmente se considera como el método radiológico con mayor sensibilidad y especificidad para confirmar el diagnóstico de invaginación intestinal 58-100% respectivamente.^{1,3,10} Estudio en el cual se puede ver la imagen típica del signo de la dona, además de poder observar los vasos mesentéricos en el interior de la luz intestinal signos que también son típicos de esta entidad. Ayudando a definir la ubicación, la naturaleza de la masa, su relación con los tejidos circundantes y, además, ayudar a la estadificación del paciente con cáncer que debuta con una invaginación intestinal.⁹

En el caso de nuestro paciente el cuadro clínico que expresó coincide con lo descrito en la literatura, siendo la principal sintomatología el dolor abdominal en 85% de los

casos, además de la náusea y vómito presentes en 75 y 70% de los casos, respectivamente.¹¹ Cabe mencionar que la paciente presentó evacuaciones diarreicas hallazgo que se ha reportado en menos de 5% de los casos.¹¹

El tratamiento quirúrgico de urgencias es necesario para todos aquellos pacientes que presentan signos de perforación intestinal. En ausencia de estos signos, la terapéutica empleada entre la población adulta y pediátrica es diferente. Debido a que en la población adulta la intervención quirúrgica es mandatoria.

La reducción preoperatorio con bario o aire no es recomendable. Esto debido a que en los adultos, la relación con patología maligna es elevada, y rara vez se diagnostica de forma preoperatoria.

Dentro de los estudios de laboratorio sólo resalta la anemia microcítica e hipocrómica con discreta leucocitosis. Para confirmar el diagnóstico y buscando descartar su relación con patología maligna se solicita una tomografía abdominal, la cual corrobora el diagnóstico y descarta la asociación con patología maligna, riesgo que era elevado en la paciente, si consideramos su edad adulta y la localización de la intususcepción, diagnosticándose como una intususcepción primaria. Asimismo, pensamos que el abordaje laparoscópico, además de brindar una completa visualización de la cavidad abdominal y permitir una adecuada resección del segmento afectado ofrece los beneficios laparoscópicos ya ampliamente descritos como una más pronta recuperación con menores molestias postoperatorias.

CONCLUSIONES

La intususcepción en el adulto es rara. El diagnóstico preoperatorio es un desafío debido a la larga evolución y a los síntomas intermitentes y poco específicos. Sin embargo, los estudios de imagen brindan un importante apoyo preoperatorio, además de orientar sobre el mejor tratamiento dependiendo de la etiología de la intususcepción. Siendo el abordaje laparoscópico una opción viable, ya que favorece una adecuada exploración de la cavidad abdominal y la pronta recuperación de los pacientes.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol* 2009; 28: 407-11.
2. Renzulli P, Candinas D. Idiopathic small-bowel intussusception in an adult. *CMAJ* 2010; 23: E148.
3. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-8.
4. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1546-51.

5. Martin-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Liron-Ruiz R, et al. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19: 68-72.
6. Cera SM. Intestinal Intussusception. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21: 106-13.
7. Croome KP, Colquhoun PH. Intussusception in Adults. *J Can Chir* 2007; 50: 13-14.
8. Reijen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989; 158: 25-8.
9. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institucional review. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 390-5.
10. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, et al. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36: 18-21.
11. Savas Yakan, Cemil Calýskan, Ozer Makay, et al. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol* 2009; 28: 1985-9.

Correspondencia:

Quintín Héctor González
Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15,
Col. Sección XVI.
Delegación Tlalpan,
C.P. 14000
México D.F.
Tel.:(55) 5487-0900, Ext.: 2142,
Fax: (55) 5573-9321.
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com
Jesusbahena10@hotmail.com