

INVAGINACIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A POLIPO APENDICULAR

José Emilio Ramírez-Pérez,, Arturo Montalvo-Marín, Vicente Sánchez-Paredes, Eduardo Borbolla-Sala, José Ermilo Ruiz-Cardena

Servicio de cirugía pediátrica, Hospital regional de alta especialidad del niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", Villahermosa, Tabasco.

Resumen

INTRODUCCIÓN. La invaginación intestinal es una de las patologías más comunes en la edad pediátrica, afectando principalmente lactantes. En el 95% de los casos su etiología es idiopática y solo en el 5% restante presenta un punto invaginante. La invaginación intestinal recurrente es poco común asociándose con múltiples causas, como divertículos de Meckel y pólipos intestinales. Los signos y síntomas son menos específicos que en los cuadros clásicos de invaginación intestinal. La Laparotomía debe realizarse en pacientes con invaginación intestinal recurrente con sospecha de punto guía patológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Masculino de 4 años de edad, inició un mes previo con presencia de dolor abdominal cólico, difuso, así como vómitos gástricos, que remite espontáneamente. Tres semanas después presentó dolor abdominal cólico con incrementó de intensidad, acompañados de vómitos gástricos, posteriormente presentó datos clínicos de abdomen agudo. Se realizó Laparotomía exploradora observando invaginación ceco-cólica remitida con un pólipo adherido a la base apendicular.

DISCUSIÓN. La invaginación intestinal recurrente es una entidad rara. Usualmente en niños mayores de 1 año. Los pólipos juveniles pueden manifestarse rara vez como invaginación intestinal. El tratamiento en la invaginación intestinal secundaria debe ser por laparotomía exploradora.

PALABRAS CLAVE: invaginación intestinal recurrente, pólipo apendicular

Correspondencia José Ermilo Ramírez-Pérez

joseemiliorp@hotmail.com

RECURRENT INTUSSUSCEPTION SECONDARY TO APPENDICEAL POLYP

Abstract

INTRODUCTION . Intussusception is one of the most common diseases in children, affecting mainly infants. In 95 % of cases the etiology is idiopathic and only the remaining 5% has a invaginant point . Recurrent intussusception is unusual associating with multiple causes, such as Meckel's diverticulum and intestinal polyps. Signs and symptoms are less specific than the classical paintings of intussusception. Laparotomy should be performed in patients with recurrent intussusception with suspected pathological lead point .

CASE PRESENTATION . Male 4 years old, started a month before the presence of colic, diffuse abdominal pain, vomiting and stomach , which sent . Three weeks later he presented with colicky abdominal pain increased in intensity, accompanied by gastric vomiting, subsequently submitted clinical data of acute abdomen. Exploratory laparotomy was performed observing ceco - colic intussusception sent a polyp attached to the appendiceal base.

DISCUSSION . Recurrent intussusception is a rare entity . Usually in children over 1 year. Juvenile polyps can rarely manifest as intussusception. Treatment in secondary intussusception should be at laparotomy .

KEYWORDS: Recurrent intussusception, appendiceal polyp.

INTRODUCCION

La invaginación intestinal se define como la introducción de un segmento intestinal en otro contiguo y es una de las patologías más comunes en la edad pediátrica considerándose la urgencia abdominal quirúrgica número uno en el lactante. Su distribución es mundial y tiene una incidencia de 1 a 4 en 2000 infantes y niños mayores, siendo un poco más frecuentes en niños que en niñas con una relación de 2: 1 o 3:1. (1,2)

El grupo etario más afectado son los lactantes de 6 a 24 meses con un pico de incidencia alrededor de los nueve meses³.

La etiología en el 95% de los casos es idiopática y solo en el 5% restante presenta un punto invaginante.^(1,4)

Las invaginación intestinal recurrente es poco común y se asocia con múltiples causas, principalmente con divertículos de Meckel y pólipos intestinales. También se han referido como causas de invaginación intestinal recurrente los tumores intestinales (lipomas colónicos, duplicaciones intestinales, linfomas, hemangiomas, tumor carcinoide), púrpura de Henocho Schönlein, hiperplasia linfoide, fibrosis quística, enfermedad de Crohn y enfermedad celiaca entre otras. (5)

La recurrencia se presenta en un 7 a 12% de los casos, la edad es uno de los factores de riesgo a considerar ya que las invaginaciones secundarias a un punto guía patológico ocurren en niños mayores de un año generalmente. En un estudio se demostró que el porcentaje de invaginaciones secundarias

aumentó de un 5% en el grupo etario menor de un año a un 60% entre los 5 y 14 años. (6)

La mayoría de las invaginaciones intestinales causadas por un punto guía patológico son ileo-ileo cólicas (40%), a diferencia de las idiopáticas que son ileo cólicas. La mayor parte de las veces los signos y síntomas son muy similares al cuadro clásico de invaginación intestinal aunque a menudo son menos específicos. (1,4,6)

El cuadro clínico de invaginación intestinal se caracteriza por dolor abdominal tipo cólico intermitente, vómitos, así como masa palpable en cuadrante superior derecho y evacuaciones sanguinolentas en jalea de grosella. (1,2)

El diagnóstico es clínico la mayor parte de las veces, y se puede sospechar con una placa simple de abdomen en la cual se pueden observar signos característicos de invaginación intestinal o bien un patrón de oclusivo. El ultrasonido nos da un 100% de eficacia en el diagnóstico de invaginación, además de que en el 66% de las veces nos puede ayudar a observar un punto de guía patológico a diferencia del colon por enema que lo detecta en un 44% de las veces. (7)

El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico, actualmente se recomienda la reducción hidroestática o neumática, ya sea guiada por fluoroscopia o ultrasonografía, o ambas, lo cual tiene éxito en el 80% de los casos. (7,8) El manejo es quirúrgico únicamente en caso de que el paciente presente complicaciones o que la reducción hidroestática o neumática haya fallado. (8,9)

El rango de recurrencia después de la reducción quirúrgica es del 1 al 3%, la cual es más alta en los caso de reducción no quirúrgica siendo del 10 al 15%. El tratamiento de la invaginación intestinal recurrente es controversial. Algunos investigadores han recomendado intervención quirúrgica después de la primera o segunda recurrencia, mientras que otros se han abocado a realizar repetidos enemas hidroestáticos con bario, o enema neumático para episodios recurrentes. ⁽⁶⁾

En un estudio publicado en el año 2010 sugiere que el manejo de la invaginación intestinal recurrente, no debe ser quirúrgico, a menos que el manejo previo haya sido por reducción manual, y que la Laparotomía debe ser realizada en pacientes con invaginación intestinal recurrente en los cuales se sospeche un punto guía patológico, y para algunos casos con episodios severos de recurrencia, concluyendo que el tratamiento de la invaginación intestinal recurrente debe ser similar al de la invaginación intestinal primaria. ^(6,10)

PRESENTACION DEL CASO

Masculino de 4 años de edad. Antecedentes heredofamiliares de padre con antecedentes de pólipo rectal. Madre sana.

Antecedentes patológicos de importancia: rinitis alérgica, a los 2 años de edad presentó un cuadro de sangrado transrectal por 3 días en goteo terminal, el cual remitió espontáneamente.

Inició un mes previo con presencia de dolor abdominal cólico intermitente, difuso, así como vómitos de contenido gástrico sin otra sintomatología, cuadro de dolor con duración de cuatro días. Acudió al tercer día con facultativo, quien inició manejo con trimebutina y solicitó ultrasonido abdominal, donde se reportó invaginación intestinal, con imagen en diana en fosa iliaca derecha. Debido a la mejoría en el cuadro clínico y sin presentar datos de abdomen agudo continuó con tratamiento médico, con lo que remitió.

Tres semanas después presentó dolor abdominal cólico intermitente con incrementó en intensidad, llegando a ser incapacitante. Se agregó vómitos de contenido gástrico.

A la exploración física se encontró despierto, alerta con buen estado de hidratación y coloración, orofaringe sin alteración, tórax con adecuada ventilación precordio normal, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, sin resistencia muscular, no masas palpables y sin visceromegalias. Estudios de laboratorio con biometría hemática con discreta leucocitosis de 12,000 y segmentados del 82%, sin bandas. Radiografía simple de abdomen de pie con distensión de asas, niveles hidroaéreos, escaso aire distal, sugestiva de oclusión intestinal (Figura 1).

Se realizó estudio ultrasonográfico de abdomen donde se reportó escaso líquido libre en cavidad, así como imagen en diana en fosa iliaca derecha sugestiva de invaginación intestinal (Figura 2).

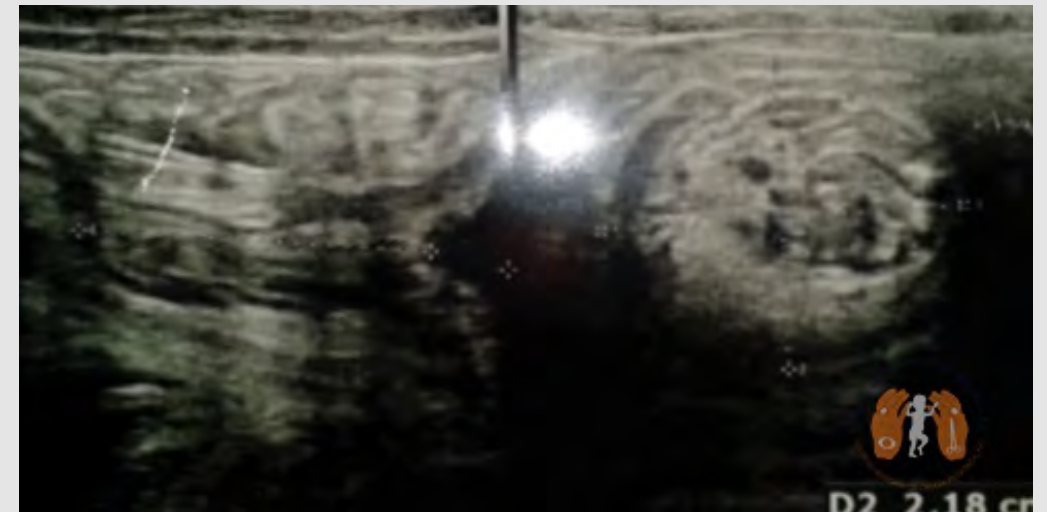
Se efectuó colon por enema, sin observar paso del medio de contraste a través del ciego, únicamente permeabilidad hasta

FIGURA 1 Rx Simple



Radiografía simple de abdomen donde se observa distensión , así como niveles hidroaéreos y ausencia de aires distal.

FIGURA 2 Ultrasonido



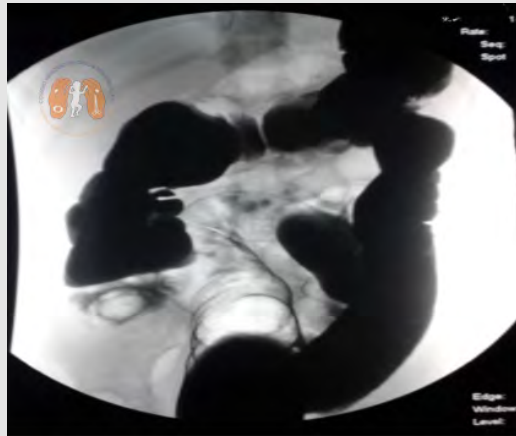
Ultrasonido de abdomen donde se observa imagen intraluminal referida como imagen en diana en fosa iliaca derecha

colon ascendente, posteriormente se probó desinvaginación hidrostática sin éxito (Figura 3).

La maniobra previa incrementó el dolor abdominal, con datos clínicos de resistencia muscular en fosa iliaca derecha, aún sin masas palpables, se realizó Laparotomía exploradora encontrando invaginación ceco-cólica remitida, palpándose en base apendicular tumoración redondeada de 1cm de diámetro aproximadamente, por lo que se realizó apendicectomía tipo Parker Kerr (Figura 4). La pieza anatómica mostró un pólipo adherido a la base apendicular de un centímetro de diámetro, sésil, sin observar otras lesiones en el transquirúrgico (Figura 5).

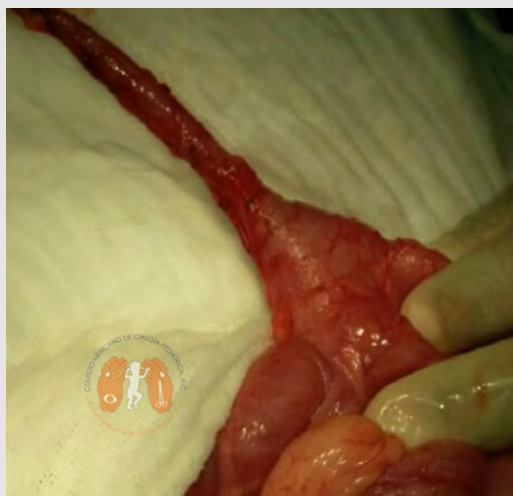
El paciente evolucionó bien, tolerando la vía oral, remisión del dolor por lo que al cuarto día fue egresado por mejoría.

FIGURA 3 Enema Baritado



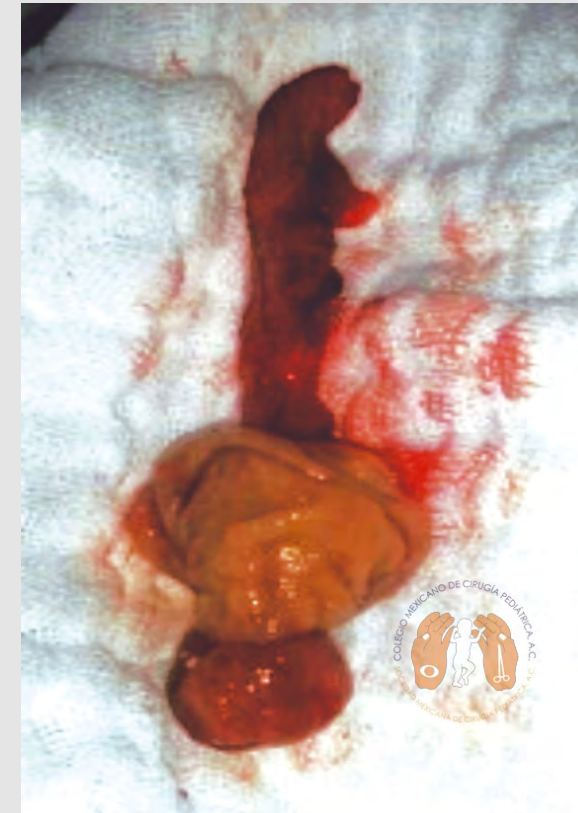
Enema baritado donde se observa ausencia de paso de medio de contraste a ciego, con datos de oclusión intestinal a este nivel.

FIGURA 4 Apendice



Se observa discreto eritema en base apendicular

FIGURA 5 Apendice



Apendice cecal con pólipo sénil en su base.

DISCUSION

La invaginación intestinal recurrente es una entidad rara y su incidencia varía en un 7 a 12% y cuando esto sucede es difícil diferenciar si es idiopática o secundaria y su importancia clínica radica en el enfrentamiento terapéutico que se va a realizar, ya que es diferente en cada caso^{1,2,6,10}. En el presente caso el paciente presentó la sintomatología de invaginación dos veces. Existen características clínicas y de imagenología que permiten un acercamiento diagnóstico. La edad es uno de los factores más

importantes a considerar, ya que las invaginaciones idiopáticas generalmente se presentan entre los 3 y 12 meses a diferencia de las secundarias que se ven usualmente en niños mayores¹¹. De manera similar al caso expuesto cuya edad fue de 4 años.

Los pólipos juveniles constituyen el 80% de los pólipos en el niño, en general son benignos (inflamatorios), solitarios en más del 50% de los casos, aunque pueden encontrarse en un número mayor. En más del 90% se localizan en rectosigmoides y colon descendente. ^(12,13) En el caso aquí presentado a diferencia de lo referido se presentó en la base del apéndice. Habitualmente en la edad escolar y preescolar, hay enterorragia, o protrusión de una masa por el ano, también puede manifestarse como dolor abdominal crónico y rara vez como invaginación intestinal. ^(13,14) En este caso la patología principal fue dada por la intususcepción y secundariamente se encontró el pólipo como hallazgo en la base del apéndice. El ultrasonido tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 89% en el caso de invaginación intestinal. ^(7, 15) El manejo de los pólipos inflamatorios siempre debe ser su resección. ^(12,13) El tratamiento en la invaginación intestinal secundaria debe ser por laparotomía exploradora. ^(1,6,10)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Coran Arnold. Pediatric Surgery. 7a. Edition. Vol 2. Cap 85, Elsevier 2012,. pp 1093-1110.
- 2.[Jimenez Joel. Invaginación Intestinal en Pediatría. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica; 12 \(4\), 2005: 195-203](#)
- 3.-K.D. [Slam, D.H. Teitelbaum. Multiple sequential intussusceptions causing bowel obstruction in a preterm neonate 1281 Journal of Pediatric Surgery; 2007 \(42\), 1279-1281](#)
- 4.- [Quian J, Mas Mariana, Jurado R., Invaginación intestinal: estudio de su incidencia durante un año en Uruguay, Arch Pediatr Urug 2005; 76\(2\): 106-110.](#)
- 5.- [Norambuena C., Yáñez J. Invaginación intestinal recurrente secundaria a apéndice cecal invaginado. Caso clínico, Rev Chil Pediatr 2012; 83 \(6\): 595-598](#)
- 6.- [Ransang Niramis, et al. Management of recurrent intussusception: nonoperative or operative reduction? Journal of Pediatric Surgery, 2010 \(45\), 2175-2180](#)
- 7.- [Martínez Biarge et al. Intussusception in a preterm neonate; a very rare, major intestinal problem - systematic review of cases J Perinat. Med. 2004 \(32\):190-194](#)

8.- [Nadja Apelt et al. Laparoscopic treatment of intussusception in children: A systematic review Journal of Pediatric Surgery ;2013 \(48\), 1789-1793](#)

9.- [B Z Koplewitz, N Simanovsky, P D Lebensart et al. Air encircling the intussusceptum on air enema for intussusception reduction: an indication for surgery? The British Journal of Radiology, 2011\(84\) : 719-726](#)

10.- [Kaiser AD, Applegate KE, Ladd HP. Current success in the treatment of intussusception in children. Surgery 2007;\(142\): 469-477.](#)

11.- [Baeza-Herrera C., Salinas-Montes J., Montero-Uzcanga J., Velasco-Soria J., Godoy-Esquivel A. Invaginación intestinal en mayores de un año, Acta Pediatr Mex 2006;27\(6\):329-32.](#)

11.- [Ossés J.A., Mariño L., Gabrielli F Grendene A., et al. Invaginación recurrente múltiple por pólipo juvenil, Arch.argent.pediatr 2003; 101\(4\):265-269](#)

13.- Ozgur Kormaz, Hatice Gulflen Yilmaz, Fahri Yilmaz: Intussusception due to Inflammatory Fibroid Polyp Located at Ileum: Report of Two Cases, Turk J Med Sci 2007; 37 (3): 181-184.

14.- [Arzuaga Anderson I. Gutiérrez Pérez O. Invaginación intestinal por pólipo fibroide inflamatorio del íleon. presentación de 1 caso. Rev Cubana Cir 2001;40\(1\):59-62](#)

15.- Pracros JP, Tran-Minh VA, Morin DE, et al: Acute intestinal intussusception in children: Contribution of ultrasonography. Ann Radiol 1987 (30): 525-530.