

CASO CLÍNICO

Invaginación intestinal en el adulto. Reporte de caso Intestinal invagination in the adult. Case report

Mario Almada¹, Pablo Minasián², Pablo Caviglia³

DOI: 10.31837/cir.urug/4.1.3

Recibido: 9 de abril de 2019
Aceptado: 13 de febrero de 2020

Resumen

La invaginación intestinal constituye una causa poco frecuente de oclusión intestinal en el adulto. Se presenta el caso clínico de este cuadro en un adulto mayor. En este caso, la tomografía computarizada (TC) identificó la intususcepción y el tratamiento fue una resección intestinal. La anatomía patológica proporcionó el diagnóstico definitivo. La etiología más frecuente de la obstrucción se corresponde con lesiones orgánicas malignas a nivel de colon, y benignas en intestino delgado. El diagnóstico preoperatorio se ha incrementado actualmente, gracias al avance de las pruebas de imagen. La resección intestinal sigue siendo el tratamiento en la mayoría de los casos, debido al alto porcentaje de patología maligna como causa subyacente.

Palabras clave: invaginación intestinal, oclusión, colon

Abstract

Intussusception is a rare cause of intestinal occlusion in adults. The clinical case of this condition in an older adult is presented. In this case, computed tomography (CT) identified intussusception and the treatment was an intestinal resection. Pathological anatomy provided the definitive diagnosis. The most frequent etiology of the obstruction corresponds to malignant organic lesions at the level of the colon, and benign in the small intestine. Preoperative diagnosis has now increased, thanks to the advancement of imaging tests. Intestinal resection continues to be the treatment in most cases, due to the high percentage of malignant pathology as the underlying cause.

Key words: intussusception, colon, occlusion

^{1,2,3}Cirujano General. Servicio de Urgencias. Hospital Español. Juan J. Crottogini. Montevideo, Uruguay. myalmada111@gmail.com

Introducción

La introducción de un segmento de intestino en el interior de otro por acción de la peristalsis, constituye una causa muy poco frecuente de oclusión intestinal mecánica en el adulto, siendo los procesos orgánicos los implicados habitualmente (1-4). En el adulto las manifestaciones clínicas se corresponden con cuadros de dolor abdominal y asocian muchas veces elementos inflamatorios en la paraclínica, pero la obstrucción completa no es constante. No hay series actuales grandes publicadas sobre esta enfermedad. Un trabajo de 1971 que incluía 160 casos, encontró enfermedad maligna en el 24% de las invaginaciones entéricas y en el 54% de las invaginaciones colónicas (13). Presentamos un caso de invaginación intestinal colónica en un adulto mayor.

Caso clínico

Mujer de 90 años, con antecedentes de deterioro cognitivo leve e hipertensión arterial bien controlada. Se presentó con cuadro de dolor abdominal difuso, distensión abdominal y detención del tránsito intestinal para materias y gases. Al examen físico destacaba dolor a la palpación profunda flanco derecho, sin irritación peritoneal. Se realizó una TC abdominal, donde se observó importante distensión del colon derecho y transversal hasta un stop a nivel del ángulo izquierdo, donde se evidenció imagen compatible con invaginación intestinal colocolica (Figura 1).



Figura 1. Cortes transversales de TC abdomen, en la que se aprecia la invaginación de un segmento intestinal en la luz del intestino adyacente. Invaginación colocolica, signo clásico de “tiro al blanco” o diana (target sign) cuando el corte pasa perpendicular al eje longitudinal del intestino.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente de urgencia, encontrando una invaginación colocolica, condicionada por una tumoración de consistencia firme, estenosante, con dilatación proximal (Figura 2-3).

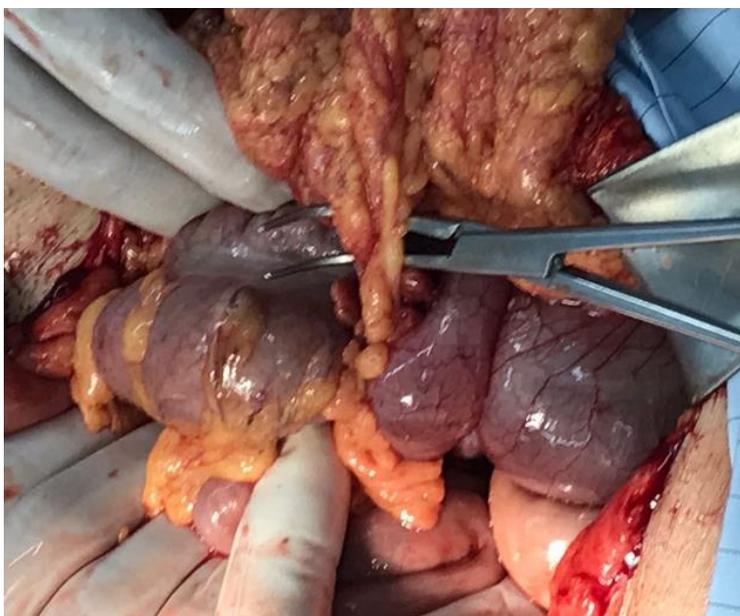


Figura 2. Se muestra la invaginación colocolica en el intraoperatorio. El sector de colon transverso proximal se introduce en el colon adyacente, arrastrando el epiplón.



Figura 3. Pieza quirúrgica abierta donde se observa el tumor que actuaba como cabeza de invaginación.

Se realizó resección segmentaria del sector colónico involucrado en el proceso, con abocamiento del cabo proximal en forma de colostomía y abandono del cabo distal cerrado en la cavidad abdominal. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta a la semana de la cirugía.

El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, con ganglios linfáticos informados como negativos para malignidad.

Discusión

La invaginación intestinal es una causa rara de oclusión intestinal en el adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia. Una lesión en la pared intestinal que produce una alteración del peristaltismo, provoca que un segmento proximal se introduzca en uno distal; cuando esto compromete el mesenterio da lugar a una compresión vascular, edema de la pared y necrosis del asa, si no se trata a tiempo. La etiología es diversa, idiopática en el 10 % de los casos, mientras que en el 70% a 90% la causa subyacente es una lesión orgánica de origen maligno, más frecuentemente a nivel del colon, y de origen benigno en intestino delgado (lipomas, hamartomas, neurofibromas, leiomiomas) (2). La clínica es inespecífica, y puede presentarse de forma crónica o aguda. Los síntomas y signos son los de una oclusión intestinal, dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, ausencia de tránsito, náuseas y vómitos. También puede evidenciarse la presencia de melenas o rectorragia que pueden sugerir un proceso orgánico tumoral.

Al contrario de lo que sucede con las series históricas, actualmente el diagnóstico preoperatorio ha aumentado (5-6-11-12). Dentro de los estudios de imagen disponible, la ecografía abdominal puede mostrar una imagen en diana en un corte transversal y múltiples capas delgadas, paralelas, hipocogénicas en el corte longitudinal. Es un método con una sensibilidad del 100% y con una especificidad del 88% (5), a menudo una buena prueba para comenzar la serie diagnóstica, sobre todo en lugares donde los recursos son limitados. La Tomografía Computarizada abdomino-pélvica con contraste vía oral valora el diagnóstico y la etiología; y en caso de que se trate de una tumoración maligna, si existe afectación locorregional o metástasis a distancia (5,9). En cuanto al tratamiento, actualmente la resección intestinal es la norma por la alta probabilidad de lesión maligna subyacente, especialmente en personas de edad avanzada (7-10). En los casos en los cuales la cirugía puede diferirse y planificarse, debe ser tenido en cuenta el abordaje laparoscópico (14). No obstante, es fundamental considerar en cualquier caso, el tratamiento de la causa subyacente.

Conclusiones

El diagnóstico de invaginación intestinal actualmente se realiza frecuentemente de manera preoperatoria. Los estudios diagnósticos preoperatorios, ocupan un rol muy importante, con elevado rendimiento tanto de la ecografía como de la Tomografía Computada, ambos pueden mostrar signos característicos para el diagnóstico. El abordaje laparoscópico puede ser útil en el tratamiento de la patología, siempre dependiendo del dominio de esta técnica. No hay evidencias que apoyen o contraindiquen la desinvaginación. En cuanto a la resección, esta debe ser la mínima necesaria en espera del resultado anatomopatológico.

Bibliografía

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134-8.
2. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden WD. Intussusception in adults: Review of 160 cases. *Am J Surg.* 1971; 121:531-5.
3. López AM, Droguett E. Caso radiológico. *Rev Chil Radiol.* 2003;9:36-7.
4. Morera-Ocón, Hernández-Montes, Bernal-Sprekelsen. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp.* 2009;86:358-62.
5. Anderson DR. The pseudokidney sign. *Radiology.* 1999;211:395-7.
6. Martín JG, Aguayo JL, Agullar J, Torralba JA, Liron R, Miguel J, et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de siete casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp.* 2001;70:93-7.
7. Begos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;1973:88-94.
8. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg.* 1999;188:390-5.
9. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407-11.
10. Medina-Franco H, Ramos de la Medina A, Arista-Nasr J. Intususcepción en adultos: presentación de un caso de etiología poco común y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex.* 2002;67:103-6.
11. Amoruso M1, D'Abbicco D, Praino S, Conversano A, Margari A. Idiopathic adult colo-colonic intussusception: case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:416–8
12. Hanan B, Diniz TR, da Luz MM, da Conceição SA, da Silva RG, Lacerda-Filho A. Intussusception in adults: a retrospective study. *Colorectal Dis* 2010;12:574–8D.
13. Weilbaecher, J.A. Bolin, D. Hearn, W.D. Ogden. Intussusception in adults: Review of 160 cases. *Am J Surg,* 121;1971:531-5
14. Alonso V, Targarona E.M., Bendahan G.E., Kobus C.. Moya , I, Cherichetti C., et al. Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto. *Cir Esp,* 74;2003:46-9