

Invaginación del intestino delgado en el adulto

Lipoma de intestino delgado

Dres. BORIS ASINER y MUZIO S. MARELLA *

CONSIDERACIONES GENERALES

El lipoma de tubo digestivo es poco frecuente (14, 15, 22, 27). Histológicamente se trata de un tumor benigno, pero que por complicaciones puede desarrollar situaciones de gravedad, que requieren urgente solución. Su reconocimiento es difícil, por su poco definida y compleja signología clínica y radiológica. Raramente es identificado preoperatoriamente (22) o durante la intervención. Su hallazgo o comprobación operatoria —situaciones sin o con complicación (invaginación intestinal, oclusión, hemorragia, ulceración e infección)—, plantean problemas de diagnóstico lesional y

de táctica operatoria. Puede semejar un proceso maligno, por presentarse con más frecuencia por encima de la edad media vital (donde tienen prevalencia las lesiones malignas). Puede coexistir con asociaciones lesionales (22), de signología similar, (carcinomas, divertículos, pólipos, etc.), que a su vez pueden presentar también oclusión, invaginación, sangrado (hemorragia y anemia).

Cuando por complicaciones —invaginación— es preciso resolver el problema en la urgencia, puede ser necesario realizar "cirugía compleja", que tiene morbimortalidad alta, a pesar de tratarse de un tumor benigno.

Frecuencia: Mayo, Ch., Redentor, W. J. P., Pagtalunan y Donald, J. Brown (22) reunieron de una experiencia de 27 años, 101 casos de lipoma del tubo digestivo. 75 presentaron síntomas y 26 fueron asintomáticos. 12 reve-

* Docente Adscripto y Prof. Adj. de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 23 de agosto de 1973.

lados por estudio radiológico y 9 por endoscopia. Existía asociación lesional en 18 casos (pólipo, carcinoma gástrico). Se halló lipoma, ulcus, diverticulitis, poliposis, enterocolitis. En la casuística nacional encontramos publicados 4, 1 por Bosch [(2) lipoma de colon], 2 lipomas gástricos [1 Miqueo y col. (24) y 1 Balboa y col. (1)]. Agregamos 4 observaciones de lipomas de intestino delgado (1 de Castiglioni, D. y 1 de Priario, J. C.).

La invaginación intestinal como complicación en el adulto es rara (3, 4, 8, 11, 28, 29, 36). Nuestras 4 observaciones corresponden a lipoma pediculado, 3 en íleon terminal y 1 en yeyuno. Las ileoileales [Gueullette (3)] serían más frecuentes que las ideocólicas. Estadísticamente en el adulto, serían sólo un 5 % de todas las invaginaciones. La causa, "cabeza de invaginación", es a menudo "secundaria", orgánica (tumor, pólipo, divertículo, trauma y hematoma de meso, etc.), mientras que en la primera edad, el origen frecuentemente sería "primario", funcional. Dean y col. (10) señalan que la invaginación estuvo asociada, un 60 % de las veces a tumor maligno, sólo un 18 % a tumor benigno, habiendo casos en que no se halló lesión.

En nuestra experiencia —sin dejar de reconocer que son pocas observaciones— mayoritariamente lo fueron por tumores benignos. En 1, coexistía en el sector intestinal reseca-do, un liposarcoma.

Los tumores de intestino delgado, a pesar de la extensión de éste como área —superficie aproximada a un 75 % del tubo digestivo— no son frecuentes (26). Parecería (Morrison) que el intestino delgado tuviera cierta "inmunidad". Mayor que cualquier otra parte del cuerpo. Está extendido entre el estómago y el colon, donde en conjunto asientan más del 40 % de los neoplasmas (estadísticamente). Weber y Kirklin [(38) Clínica Mayo] señalan que los tumores malignos son mucho más frecuentes. Strohl y col. (39), en 16 casos encontraron sólo 2 benignos —1 fibroma y 1 leiomioma— ambos del íleon terminal. Cameron (5) señala que el carcinoma del intestino delgado es el más frecuente como tumor maligno, y que el adenoma sería el más frecuente entre los benignos. Filgueira, J. C. y Facal, J. (15) en una revisión de los tumores de intestino delgado del Hospital de Clínicas, sobre 250.000 pacientes en 18 observaciones hallaron 2 tumores benignos (1 leiomioma y 1 tumor a eosinófilos). Otros tumores benignos pueden ser: fibromas angiomas, pólipos, simples o integrando el síndrome de Peutz Jeghers [(21) hereditario y familiar, con poliposis predominante en intestino delgado, y lentiginosis cutaneomucosa periorificial], que también pueden presentar invaginación intestinal.

No hay predominio de sexo. Edad de incidencia más frecuente por encima de los 40

años. Tamaño en general pequeño. La exteriorización clínica frecuentemente resulta por complicaciones, en especial síndrome oclusivo. Habitualmente es incompleto (el contenido intestinal es líquido y los tumores son de pequeño tamaño). La invaginación habitualmente es por tumores pediculados —"cabeza de invaginación"—. Puede haber hemorragia de grado variable (pérdida hemática por el ano —ulceración, necrosis—; más frecuente en angiomas). Ocasionalmente puede percibirse por palpación una tumoración, que puede corresponder a ansas yuxtalesionales —distendidas (por el episodio de oclusión intermitente)—, "boudin de invaginación", y/o más raramente, al propio tumor (frecuentemente pequeño).

La lesión por sí misma habitualmente no presenta sintomatología, salvo cuando induce o presenta complicaciones. Sin embargo se admite que puede haber:

- Alteración o cambio del tránsito intestinal;
- Dolores abdominales, sobre todo del tipo cólico intestinal, con o sin ruidos hidro-aéreos);
- integración de masa palpable (rara, como vimos fuera de complicación); e
- invaginación intestinal (que ya es una complicación).

En los tumores malignos, las manifestaciones oclusivas tienen más relieve (5, 19, 8, 20, 26). Puede resultar por disminución del calibre, estenosis, invasión peritoneal del tumor, con tendencia retráctil intestinomesentérica, y/o acodadura del intestino por adhesión a metástasis mesentéricas (20). Peritonitis por perforación en el sector lesional o yuxtalesional. Hemorragia digestiva baja A éste se agrega, aparte de las complicaciones oclusivas, peritoneales y hemorrágica posibles, frecuente repercusión general, con adelgazamiento (22). En los tumores carcinoides pueden haber manifestaciones del síndrome carcinoide (aumento de la serotonina sanguínea y presencia en la orina de 5 hidroxindolacético).

La invaginación en el adulto porcentualmente, de acuerdo a Thomeret (36): 30 % ileoileales, 12 % ileocólicas, 20 % colocolicas, y 30 % invaginación ileocecal (constituye casi siempre la invaginación del lactante, primitivas, sin causa orgánica).

En el adulto, la mayoría son "secundarias"—presencia de lesión orgánica (tumor)— causa del peristaltismo exacerbado y que induce la invaginación. La progresión de la invaginación en él es menor que en el lactante. Resulta una verdadera "hernia interna", que puede estrangularse, desvitalizarse. Generalmente se trata de un tumor pediculado, siendo más frecuente [Thomeret (36)] que sea benigno.

Los casos publicados —Casuística Nacional—, son:

	<i>Clínica</i>	<i>Operación</i>	<i>Evolución</i>
1) Grille, V. y Mourigán, E.	—Cuadro agudo doloroso de abd. (3 días) —Síndrome oclusivo; peritoneal. —Tumoración de flanco y FID. —Rx. simple de abdomen; sombra redondeada en hipocondrio derecho y F.I.D.	Laparotomía exploradora. Líquido aerosanguinolento. Ansas distendidas. Obstr. Vasos mesentéricos, trombos. "Boudin" de invag. negruzco, en FID (que se rompe al tratar de exteriorizarlo). Resección, abocando los cabos a la piel (ansa reseçada 1 m. 15). Tumor polipoideo, recubierto de mucosa.	Muerte a las 12 horas.
2) Prat, Dgo.	72 a. Cuadro oclusivo de abd.; síndrome oclusivo.	Laparotomía exploradora. "Boudin" de invaginación ileal, negruzco. Invaginación ileoileal. Esfacelo; trombosis mesentérica. Resección; anastomosis. No comprobó lesión orgánica.	Muerte a las 12 horas.
3) Albo, Manuel (2 casos)	1. Invaginación ileal.	Laparotomía. "Boudin" desvitalizado. Resección.	Muerte.
	1. Invaginación ileal.	(No operado). Eliminación por el ano del "Boudin". Hemorragia.	Muerte.
4) Pouey, E. (citado por Stajano)	1. Invaginación ileocólica.	Laparotomía Hemicolectomía derecha.	Muerte.
5) Ugón, V. (2 casos)	1. Invaginación por mioma. 1. Invaginación ileocecocólica.	Laparotomía. Laparotomía. Desinvaginación y fijación (cecopexia e ileopexia).	Curación. Curación.
6) Nario, Clivio	1. Tumoración palpable en FID.	Laparotomía. Invaginación ileo-cecal. Desinvaginación y fijac.	Curación.
	1. Invaginación ileocecocólica.	Laparotomía. Resección. Anastomosis.	Muerte. (Peritonitis; Necro-falla de sutura).
7) Roldán, A. (operado por Vernay, L. y Bassetti, D.)	18 a. Cuadro agudo doloroso de abdomen. Tumoración de flanco derecho.	Laparotomía. "Boudin" de invaginación ileocecal e ileocecocólica. Desinvaginación. Necrosis en un sector del ileon. Exteriorización. Fístula.	A los 20 d. reoper. enteroanastomosis. Curación.
8) Liard, W. y Valls, A.	1. Invaginación ileocólica por poliposis ileal, conformando síndrome Peutz Yeghers.	Laparotomía exploradora. Resección. Ileocelectomía parcial. Anastomosis.	Curación.
9) Valls, A.	1. Invaginación intestinal (por adenoma).	Laparotomía. Necrosis masiva de int. delgado.	Muerte.
10) Castiglioni, D. R. 165.935 H. de Clínicas	1. 58 a. Síndrome doloroso abd. de F.I.D. Síndrome suboclusivo. Radiografía simple de abdomen: oclusión intest. de delg. bajo colon por enema: sigmoide con divert. La pared interna del ceco ascendente está llevada hacia afuera ¿imagen lacunar?	Laparotomía. Invaginac. ileoileal. Desinvaginación. Sector de intestino delgado desvitalizado. Resección. Lipoma pediculado 4 x 2 cm. submucoso del ileon.	Curación.

	<i>Clínica</i>	<i>Operación</i>	<i>Evolución</i>
11) Priario, J. C. C.A.S.M.U. R. 160449	64 a. Síndrome doloroso abd. Portador de hernia umbilical y dispepsia hepatobiliar. Obesidad. Radiografía: colon por enema; colon alargado flexoso, divertículos colosigmoideo. Acentuada distensión gaseosa del intestino delgado, sector superior izq.	Laparotomía exploradora. Litiasis vesicular (extrac. y colecistostomía). Invaginación yeyunal: Resección. Lipoma pediculado del yeyuno, causa de obstruc. e invaginación. Otra tumoración, alejada, con infiltración hemorrágica: liposarcoma. Lipomatosis del meso.	Accidente anestésico. Muerte.
12) Marella, Muzio C.A.S.M.U. R. 326 059	64 a. Síndrome doloroso abdominal, 3 semanas de evolución, con dolores cólicos y ruidos hidroaéreos en F.I.D. y flanco. Por palpación, resistencia mayor en F.I.D. Rx.: colon por enema: reg. ileocecal, yuxtacecal, defecto de relleno inhomogéneo, irregular, imagen lacunar.	Laparotomía exploradora. Invaginación ileocólica. Resección: ileocelectomía derecha (parcial). Lipoma pediculado 45 x 35 mm. Causa de invaginación; necrosis e infiltración hemorrágica.	Curación.
13. Asiner, B. C.A.S.M.U. R. 425 204	45 a. Cuadro agudo doloroso abd. Epigastrio y periumbilical. Síndrome suboclusivo de 6 horas de evolución. Portador de ulcus duodenal. Por palpación, depresibilidad menor en F.I.D. Rx. simple de abdomen ileo (mecánico) de intest. delg. bajo.	Laparotomía. Líquido serosanguinolento. Seudo tumor inflamatorio del bulbo duodenal. Ansas distendidas. Invaginación ileocólica, irreductible, con ansa desvitalizada. Ileocelectomía derecha. Lipoma pediculado 35 mm. (invaginación ileoileal e ileocólica).	Curación.

PATOLOGIA

La incidencia del lipoma de intestino delgado es mayor en el ileoterminal (22, 29, 36) región ileocecal. La sigue el ángulo derecho del colon. Puede haber más de uno. En relación a la pared intestinal pueden tener ubicación, submucosa —sesil o pediculada— o ser subseroso (sería originado en apéndices epiploicos). Se ha descrito una disposición del tumor adiposo “como de hipertrofia lipomatosa anular”, ubicada en el esfínter ileocecal. Un caso de este tipo fue publicado por del Campo, A. y col. (12), reconocido por biopsia. Del punto de vista histopatológico es un tumor circunscrito, blando y depresible, cubierto de mucosa (habitualmente sana). Al corte presenta color amarillento característico; pelotones adiposos limitados por tractos fibrosos.

CLINICA

Su exteriorización está relacionada a la topografía parietal —sesil o pediculada—, al tamaño y tipo de complicación en curso (obstrucción intestinal, donde la causa puede ser invaginación, hemorragia e infección). La oclusión frecuentemente es el resultado de la invaginación por lipoma pediculado. Inicialmente es incompleta, completada en la evolución. El “boudin” puede ir a la estrangulación (isquemia, infarto, necrosis y perforación). Han sido descritos, casos históricos de eliminación por vía natural del “boudin”, con curación.

Se ha señalado, que la invaginación puede presentarse en forma *aguda*, *subaguda* o *crónica*.

—*Aguda*, se presenta con dolor intenso, frecuentemente en crisis. Referido a la F.I.D. y/o región periumbilical. Puede estar asociado a ruidos hidroaéreos. Vómitos, meteorismo y distensión abdominal, hasta integración de un síndrome oclusivo. Una diarrea refleja puede enmascarar inicialmente el cuadro. Un 20 % de los casos, pueden tener sangre en las deposiciones fecales (22). A veces tumefacción palpable cuya causal posible, vimos. El “boudin”, puede ser abdominal o pelviano (en este caso puede ser detectado por tacto pelviano. rectal y/o vaginal).

—*Subaguda*, puede tener iguales manifestaciones, aunque el síndrome oclusivo puede ser intermitente, rara vez completo.

—*Crónica*, transcurre en meses. Para Quenu serían invaginaciones a repetición. Vimos que su sintomatología puede estar exteriorizada por:

- Alteraciones o cambio del tránsito intestinal;
- Dolores abdominales, sobre todo de tipo cólico intestinal, y ocasionalmente
- Masa palpable.

Según Mayo (21) la tumefacción y la hemorragia fue causal de operación urgente en el 35 % de las veces. La invaginación puede ser corolario evolutivo. Esta complicación con

el tiempo, evolución de horas, puede "fijarse", por sumación del proceso de interferencia vascular —circulatoria— y proceso inflamatorio adicional. Impedimento inicial del retorno venoso, que lleva a estasis y edema parietal; también mesentérico. Proceso inflamatorio a nivel de serosas con adherencias en el cuello de "boudin". Pueden producir oclusión y desvitalización, esfacelo. Al participar el meso, trombosis, infarto y necrosis intestinal.

Las formas clínicas y sus manifestaciones sintomáticas, sirven de orientación diagnóstica. Descartadas otras causales por el sufrimiento presente, es aconsejable recordar al intestino delgado como posible caudal. Su recuerdo es fundamental en el planteo diagnóstico. La sospecha de neoplasma e invaginación en la serie de Mayo (22) fue sólo un 36 % como indicación quirúrgica. Señalan que cuando el lipoma, promedialmente, tiene más de 2 cms., promueve manifestaciones clínicas. En su serie, los casos estudiados presentaron:

- 32: invaginación;
- 6: obstrucción intestinal;
- 24: ulceración (18 asociados con invaginación);
- 16: necrosis, infección, hemorragia, gangrena;
- 2: sin síntomas.

Recordemos que puede estar asociado a otro proceso gastrointestinal, sobre todo en pacientes que han pasado la edad media vital. Pueden adicionar sus síntomas y dificultar aún más, la identificación del lipoma de intestino delgado.

El estudio radiológico —contrastado de intestino delgado— y también del colon por enema fuera de complicación obstructiva, tiene fundamental valor. El tránsito de delgado puede mostrar una falta de relleno, o irregularidad. Difícil de identificar y de diferenciar del pólipo. El colon por enema, cuando alcanza el sector ileal —yuxtacolónico— por pasaje a él (dada la frecuencia del lipoma en el ileon terminal), puede aportar datos. Es conveniente hacer primero el estudio por vía alta, y luego asociar el colon por edema. En las complicaciones, en la urgencia, la radiografía simple de abdomen (de pie y acostado) debe ser el primer paso. Luego el colon por enema. El primero puede aportar datos sobre la presencia de oclusión y su topografía. El colon por enema puede permitir plantear la invaginación, cuando ella es ileocólica o ileocecológica. En nuestras observaciones, comprobamos oclusión de intestino delgado bajo, que orientó a la laparotomía exploradora. En otra, se observó un defecto de relleno en el ileon yuxtacecal. Es de significación la comprobación de una importante aeroilia. Si ha transcurrido suficiente tiempo, pueden apreciarse opacidades entre la disposición intestinal, traduciendo existencia de líquido intraperitoneal (oclusión en etapa de estrangulación). Si existe invaginación con participación ileocecal o ileocólica, el colon por enema puede mostrar el borde del ciego alterado, impresiones por presencia intracecal del asa ileal, o zona clara intracecal (asa ileal invaginada).

A veces imagen en cúpula por detención de la columna baritada y/o imagen acortada del sector cólico derecho. Es útil el estudio post-evacuación e insuflación —doble contraste— donde la mucosografía puede dibujar una imagen evocadora de invaginación. El enema baritado en el adulto no tiene alcance diagnóstico y terapéutico como en el niño. Puede sin embargo, en caso de participación colónica, topografiar la cabeza de la invaginación (*).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de lipoma de intestino delgado raramente es afirmado por la clínica. Como posibilidad es planteado por la radiología y sólo definida por el estudio histopatológico. Reiteremos que una de las causales del desconocimiento diagnóstico es porque pocas veces se piensa y recuerda al intestino delgado y su patología. Orientará al diagnóstico, pues, pensar en el intestino delgado como causal, cuando el paciente consulta por disturbios abdominales —dolorosos—. En el lipoma pediculado del intestino delgado, la invaginación puede ser la primera manifestación de su presencia. Nuestro paciente no tenía en su anamnesis, síntomas relacionados a eventual perturbación patológica del intestino delgado, ni aun reinterrogado luego de la intervención. El desconocimiento es mayor cuando hay asociación lesional. Tenía un ulcus duodenal clínica y radiológicamente diagnosticado. La oclusión intestinal, radiológicamente comprobada de intestino delgado, baja, mecánica, planteaba la complicación obstructiva a dicho nivel. La invaginación intestinal ileocólica fue reconocida operatoriamente. El estudio histopatológico comprobó el lipoma pediculado, submucoso, de intestino delgado como causal de la invaginación.

Fuera de complicación, la palpación laparotómica, a través de la pared intestinal, o por enterotomía exploradora, puede aportar elementos de orientación. El tumor —lipoma— sesil o pediculado, es bien limitado, de consistencia blanda y depresible; habitualmente la mucosa no tiene lesión. Sin embargo, la certeza es sólo histopatológica. Sólo ella podrá descartar al carcinoma como causal. Al corte tiene color amarillento característico, lipomatoso. La intervención por el propio lipoma es rara, siendo habitualmente indicada por complicaciones, donde la invaginación y oclusión intestinal son las circunstancias más frecuentes.

El intestino invaginado desarrolla habitualmente una oclusión incompleta, que se completa con la evolución. Cuando hay participación del meso —vasos mesentéricos— se produce estrangulación con isquemia, hasta necrosis, infarto y aun perforación. El diagnóstico causal de invaginación es problemático. Las manifestaciones clínicas son poco orientadoras y es raro que la causal —tumor benigno, lipoma de intestino delgado— sea planteada. Toda la signología también puede exteriorizar carcinoma, pólipos, bridas, vólvulo, hernia interna estrangulada de igual topografía. Ocasionalmente se percibe una tumefacción palpable,

hecho que vimos no es constante. En la urgencia —invaginación aguda— la exploración quirúrgica tiene indicación por el cuadro oclusivo. Cuando hay participación de meso, el dolor abdominal es intenso. La palpación abdominal es en general poco definitiva. Habitualmente se comprueba sólo sensibilidad y defensa en la zona de proyección lesional. La lesión está como "aislada" por la invaginación en el intestino. Es útil siempre el estudio "seriado" del paciente. Será completado con la radiografía simple de abdomen —de pie y acostado— y eventualmente, del colon por enema y la angioselectiva.

TRATAMIENTO

La exploración quirúrgica es el tratamiento de la invaginación del intestino delgado en el adulto. Su verificación o hallazgo puede plantear resección intestinal de "necesidad" por:

- No lograrse la desinvaginación (hacerla sólo por expresión suave; evitar tracción).
- Presencia de necrosis y desvitalización del intestino involucrado; y/o
- No poder descartar el neoplasma como causal.

En los casos publicados la resección fue la táctica mayoritaria (4, 8, 9, 10, 11, 13, 22, 29, 36). En nuestros pacientes efectuamos una ileocelectomía derecha. También Castiglioni, y Priario, efectuaron resecciones segmentarias del intestino delgado (invaginación yeyunal e ileal). Olson (27), publicó una serie en la que el 36 % de las veces la obstrucción fue la complicación. De ellas, 78 % fueron invaginación por tumor pediculado, por arrastre del segmento en que se hallaba el tumor, distalmente, invaginándolo. Perrin y Lindsay (29) comprobaron que la invaginación fue 78 % antes de los 2 años. Vimos que en el adulto es poco frecuente —sólo un 5 %— presentándose asociada a lesión orgánica. En nuestra observación era ileocólica, telescopada en el colon ascendente, con inclusión del mesenterio y vasos, produciendo verdadera estrangulación e infarto. Se realizó resección. En estas circunstancias, al no poder descartar el carcinoma, la resección fue hecha con criterio oncológico. Aquí la ileocelectomía derecha es la táctica a cumplir, con anastomosis ileotransversa. No es aconsejable la simple derivación interna, porque deja la invaginación y sus posibilidades evolutivas (necrosis, esfacelo, peritonitis). Si la invaginación es del ileon, la resección anastomosis, incluyendo el meso correspondiente. En condiciones de gravedad, déficit del estado general importante, imposibilidad de resección, la exteriorización tipo Mickulicz puede ser hecha, aunque con las reservas correspondientes. Si se ha podido hacer la desinvaginación, la palpación del tumor —circunscrito, blando y depresible—, puede orientar a tumor benigno.

Ciertamente la morbimortalidad es menor en los casos solucionados sin resección intestinal. En la serie de Mayo y col. (22):

- 10: extirpación por endoscopia (esofagoscopia o rectosigmoidoscopia);
- 4: por laparotomía, extirpación submucosa o local;
- 50: por escisión intestinal; y
- 37: por operaciones más extendidas, incluida la resección intestinal.

Es decir que en 87 casos, de 101, la resección fue la terapéutica cumplida.

Por la repercusión general, volémica y metabólica posible, en la complicación, es importante dedicar un tiempo al preoperatorio para una correcta reanimación que incluye:

- descompresión por intubación nasogástrica y aspiración seriada;
- reposición de fluidos y electrolitos, nivelación del medio interno por la sustracción volémica en curso. El aporte puede incluir transfusión si existe estrangulación e infarto intestinal;
- analgesia y sedación preoperatoria;
- antibióticos por la pululación microbiana intestinal y su exaltación (por condiciones patológicas presentes en el intestino);
- control por parámetros clínicos y de laboratorio de: diuresis horaria (sonda de Folley intravesical) y P.V.C. (seriada) por catéter de vena del brazo a cava superior; y
- exámenes de laboratorio: ionograma, hematocrito, orina, etc.

RESUMEN

Analizamos la invaginación del intestino delgado en el adulto y el lipoma de intestino delgado. Revisamos su Casuística Nacional.

Presentamos 4 observaciones de lipoma (pediculado) de intestino delgado, que desarrollaron como complicación —invaginación— (ileoileal e ileocólica). Oclusión ileal baja, con participación vascular y necrosis mesenteroileal en un caso. Los otros invaginación yeyunal, ileal e ileocólica.

Hacemos la revisión de la patología, clínica, radiológica, terapéutica y manejo operatorio.

Reafirmamos la importancia de la laparotomía exploradora por esta complicación, en la urgencia. Su diagnóstico resulta mayoritariamente de la exploración operatoria. La complicación será resuelta de acuerdo a la comprobación lesional y su topografía. Cuando corresponde al sector ileocecal y no puede ser desinvaginada, o hay desvitalización o no ha podido ser descartado con certeza el carcinoma, la ileocelectomía derecha, está formalmente indicada. El estudio histopatológico es el único medio para el diagnóstico seguro de la naturaleza del tumor. Tumores de similar sintomatología, exteriorización clínica y topografía, pueden ser malignos.

RÉSUMÉ

Analyse de l'invagination de l'intestin grêle chez l'adulte et du lipome de l'intestin grêle. Révision de la documentation nationale.

Présentation de 4 observations de lipome (pediculé) de l'intestin grêle, avec, comme complication, une invagination (iléo-iléale et iléo-colique). Occlusion iléale basse, avec participation vasculaire et nécrose mésentérique.

téro-iléale dans un cas. Dans les autres, invagination jéjunale, iléale et iléo-colique.

Révision de la pathologie, de la clinique, de la radiologie, de la thérapeutique et de la conduite opératoire.

Réaffirmation de l'importance de la laparotomie exploratrice dans les cas urgents. Le diagnostic se dégage surtout de l'exploration opératoire. La constatation de la lésion et de sa topographie étant à la base d'une solution. Lorsque la complication se trouve dans le secteur iléo-caecal et l'invagination ne peut être réduite, ou s'il y a dévitalisation, ou lorsque le carcinome n'a pas pu être écarté avec certitude, l'iléo-colectomie droite est formellement indiquée. L'étude histopathologique est le seul moyen d'établir un diagnostic sûr quant à la nature de la tumeur. Des tumeurs présentant une symptomatologie, un aspect clinique extérieur et une topographie similaires peuvent être malignes.

SUMMARY

The author reviews some general aspects of lipomas and invagination of small intestine in adults, such as national case material, pathology, clinical and radiological aspects, therapy employed and surgical management.

He also presents his own case material consisting of four patients with pedicled lipoma of small intestine complicated by ileo-ileal and ileo-colic invagination. In one case there was low ileal occlusion, with vascular involvement and mesentero-ileal necrosis. In the remaining three there was jejunal, ileal and ileo-colic invagination.

In cases of urgency due to this complication he advises exploratory laparotomy for diagnostic purposes. The lesion found and its topography will determine surgical procedure employed. When the ileo-caecal sector is involved and it is not possible to de-invaginate it, or else there is devitalization, a right ileo-colectomy is indicated. This will also be the tactic employed when carcinomas cannot be totally discarded. The only safe means, in his opinion, of establishing the real nature of tumor is through histopathological study, since tumors of similar symptomatology, clinical aspect and topography may or may not be malign.

BIBLIOGRAFIA

- BALBOA, O., VIOLA, N. H., LIARD, W., CHIOS-SONI, M. Lipoma gástrico submucoso. *Cir. del Uruguay*, 41: 277, 1971.
- BOSCH, L. M. Lipoma del colon. Invaginación intestinal. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 58, 1960.
- BROCA, P. et GUEULLETTE, R. L'invagin. intest. de l'adults. Formes cliniques et études radiologiques. *J. de Chirurgie*, 28: 4, 1926.
- BRYTON, D. and MORRIS, W. J. Intussusception in adults. *Ann. J. Surg.*, 88: 32, 1954.
- CAMERON, A. L. Primary malignancy of the yeyunun and ileon. *Ann. Surg.*, 108: 203, 1938.
- CASTIGLIONI, D. Comunicación personal. 1972.
- CENDAN, J. E. Tumores del intestino delgado y del mesenterio. *Congr. Argentino de Cirugía*, 2: 150, 1957.
- COLCOCK, B. and BRASCH, J. W. Cirugía del intestino delgado en el adulto. *Bol. Científica Méd.* 1969. Barcelona.
- COLCOCK, B. and ADAMSON, N. Adenocarcinoma of the yeyunun and ileum. *Surg. Clin. N. Amer.*, 39: 737, 1959.
- DEAN, D. L., ELLIS, F. A. and SAUER, W. C. Intussusception in adults. *Arch. Surg.*, 73: 6, 1956.
- DE CESARE, N. Enteric intussusception in the adult. *Amer. J. Surg.*, 77: 532, 1949.
- DEL CAMPO, A., CURUCHET, E., GOMEZ FOSSATI, C. y FALCONI, L. Limpomatosis de la válvula ileocecal. *Anales Fac. Med. Montevideo*, 51: 168, 1966.
- DONHOUSER, J. L. and KELLY, E. L. Intussusception in the adults. *Am. J. Surg.*, 76: 673, 1950.
- COMFORT, M. U. Submucous lipomata of the gastrointestinal tract. *Surg. Gyn. Obst.*, 52: 101, 1931.
- FILGUEIRA, J. L. y FACAL, J. Tumores primitivos del yeyunoileon. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 51, 1968.
- GRILLE, V. y MOURIGAN, E. Invaginación intestinal por pólipo. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 1: 221, 1930.
- HEEGS, M. Carcinoma of the jejunum; acute intestinal obstruction. *Brit. J. Surg.*, 26: 532, 1938.
- ITUÑO, C. A. Cirugía del intestino delgado. Tesis. Inédita. 1971.
- JENKINSON, E. L., PFISTERER, W. H. and SEITZ, E. R. Primary tumors of small intestine. *Radio-logy*, 55: 12, 1950.
- KARLEN, M. A. Tumores malignos del intestino delgado. 20ª Sesión para Graduados. Cl. Quir. "B". 1957.
- LIARD, W., VALLS, A., CASINELLI, J. F. Síndrome de Peutz-Yehgers. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 238, 1968.
- MAYO, Ch. y col. Lipoma of the alimentary tract. Collected paper in surgery. *Mayo Clinic Foundation*, 54: 51, 1963.
- HARKINS, H. N. Intussusception due to invaginative Meckel diverticulum. Report of 2 cases. *Ann. Surg.*, 28: 1070, 1933.
- MIQUEO, M., MEDOC, J. Lipoma submucoso gástrico. *Bol. Soc. Cir. del Uruguay*, 12: 439, 1951.
- MONDOR, H. Diagnostics urgents. Abdomen. Six Ed. Masson et Cie. Paris, 1947.
- MORRISON, J. E. Tumors of the small intest. *Brit. J. Surg.*, 29: 139, 1941.
- OLSON, J. D., DOCKERTY, M. B. and GREY, H. K. Benign tumors of small bowell. *Ann. Surg.*, 134: 145, 1951.
- OSTERMILLER, W., LOERGENSON, E. J. and WEIBEL, L. A. A clinical review of tumors of the small bowell. *Am. J. Surg.*, 111: 403, 1966.
- PERRIN, W. S. and LINDSAY, E. C. Intussusception. A monograph based on 400 cases. *Brit. J. Surg.*, 9: 46, 1921.
- PIQUINELA, J. A. Tumores del intestino delgado. *Bol. Soc. Cir. del Uruguay*, 28: 441, 1957.
- PRAT, D. Invaginación intestinal en el adulto. *Bol. Soc. Cir. del Uruguay*, 1: 154, 1930.
- RADFORD, T. Tumors of the small intestine. *Arch. Surg.*, 29: 122, 1932.
- ROLDAN, A. Invaginación intestinal aguda en el adulto. *Anales Fac. Med. Montevideo*, 14: 312, 1929.
- STROHL and col. The surgical significance of small bowell tumors. *Surg. Gyn. Obst.*, 93, 209, 1959.
- SUIFFET, W. Comunicación personal. 1972.

36. THOMERET, G. En "Occlusion intestinale" G. Doin et Cie. Ed. Paris, 1953. Les invaginations intest. de l'adult. p. 157.
36. Bis. THOMERET, G. (Report de: Merle D'Aubigué). In agination ileo-colique aigué diagnostiquée par radiographie et traitée par hémicolectomie droite. *Mémm. de l'Ac. de Chir.*, 28: 538, 1943.
37. VALLS, A. y CASSINELLI, F. Linfossarcoma del intestino delgado. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 81, 1961.
38. VARELA, N. Invaginación yeyunogástrica post-gastrectomía. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 178, 1966.
39. WEBER, H. M. and KIRKCLIN, B. R. Roentgenologic manifestations of tumors of the small intestine. *Amm. J. Roentgenologic*, 47: 247, 1942.

DISCUSION

DR. VALLS.—El trabajo es importante porque pone en evidencia el problema de la invaginación intestinal. En el adulto generalmente la invaginación es secundaria a tumores del intestino delgado, que pueden ser benignos o más frecuentemente malignos, de manera que eso nos lleva a tratar, en principio, las invaginaciones intestinales por resección.

Nosotros hemos operado un linfossarcoma de intestino que tenía aspecto de aspecto de pólipo.

En cuanto a los tipos de tumores que se refirió el Dr. Asiner, en especial al lipoma, en el libro de Ewing, está dicho que en más del 50 % el lipoma de intestino se manifiesta por invaginación intestinal.

Hace algunas sesiones el Dr. Mérola estuvo muy atinado cuando se habló de la heterotopía pancreática, hablando de la sintomatología distinta que tenían las lesiones según su topografía; que las lesiones, por ejemplo, cuando están situadas en el estómago se acompañan de hemorragia; cuando están situadas en el intestino dan otra sintomatología. Bueno, aquí sucede lo mismo, porque cuando este tema fue discutido en nuestra clínica se presentaron pólipos de estómago, y resulta que a nivel del estómago pueden dar hemorragia, cosa que no dan, o que es muy poco frecuente a nivel del intestino, que es una sintomatología tipo oclusivo de tipo invaginación intestinal. De tal manera que se pone en evidencia que los tumores pueden tener sintomatología según su topografía, como quería destacar hace una o dos reuniones el Dr. Mérola.

DR. LIARD.—La comunicación del Dr. Asiner presenta dos aspectos: uno referido a tumores benignos del intestino delgado y otro a una complicación determinada por la presencia de estos tumores en el intestino como lo es la invaginación intestinal.

En nuestra corta experiencia hemos tenido la oportunidad de operar tres adultos con invaginación intestinal y colaboramos en un 4º caso con el Dr. Camaño.

El primero era una mujer de 42 años con una invaginación ileocecal que intervenida se pudo desinvaginar. Entonces comprobamos en la pared del fondo del ciego, la presencia de una lesión indurada de aspecto numular; abrimos el ciego, realizamos una biopsia y terminamos la intervención con una cecostomía. Si bien esta conducta puede ser objetable, la biopsia comprobó posteriormente que se trataba de un proceso necrótico purulento de la mucosa, con infiltración linfoide como correspondería a una placa de Peyer asiento de un proceso inflamatorio. De paso conviene recordar que fue Peyer en el siglo XVII quien descubrió el mecanismo de la invaginación intestinal.

El segundo caso es el que citó el Dr. Asiner: una invaginación ileocólica en un síndrome de Peutz Jeghers al que le practicamos una ileocectomía segmentaria.

El tercer caso era hermano del precedente, también con su poliposis de delgado e invaginación ileoileal perforada; le hicimos una resección y evolucionó afortunadamente.

El cuarto caso, en el que colaboramos, era el tercer hermano de esta familia, también con su poliposis e invaginación ileoileal, en la cual se hizo la exéresis con excelente resultado.

Lo interesante es que en la invaginación intestinal, cuando hay un pólipo o un tumor pediculado, habitualmente actúa éste como cabeza de invaginación, es decir por arrastre mecánico. Sin embargo este hecho no se comprobó en ninguno de los tres casos citados. La poliposis desde luego estaba presente en otros sectores, pero seguramente desencadenó el mecanismo de intususcepción provocando focos de hiperperistaltismo al actuar como espina irritativa en la pared intestinal.

Felicito al Dr. Asiner por su interesante comunicación.