

# Invaginación intestinal en el adulto

Dres. Hugo Sáez, Agustín Fronzutti, Silvio Melognio  
y Guillermo Mesa \*

Se presentan 3 observaciones de invaginación intestinal en el adulto, dos entéricas puras y una ileocólica. Todas ellas —como sucede casi siempre en el adulto— eran secundarias a tumores de delgado: un lipoma submucoso, un leiomioma y un tumor carcinoide. Se destaca la rareza de la afección, cuyo diagnóstico rara vez se hace en la etapa preoperatoria. El tratamiento es quirúrgico, debiéndose casi siempre recurrir a la resección intestinal, por la magnitud de las lesiones del asa invaginada, por no poderse lograr la reducción o por la imposibilidad de descartar una lesión maligna.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Intussusception/etiology. Intestinal neoplasms/complications.

La invaginación intestinal (I.I.) es una complicación muy rara en el adulto. En el término de un año hemos intervenido quirúrgicamente 3 pacientes con esta afección, por lo que creemos de utilidad presentar estas observaciones y al mismo tiempo hacer un estudio de la etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En nuestro medio hay escasas publicaciones al respecto (3, 8, 9, 12, 13). Recientemente, Asiner (1) aporta 4 observaciones y analiza la casuística nacional (13 casos).

Nosotros hemos revisado la estadística del Hospital de Clínicas y hemos hallado 6 casos en los últimos 10 años; 2 de ellos son citados por Asiner en su trabajo y otro pertenece a uno de nosotros (S.M.) y se incluye en esta presentación.

Las revisiones más importantes que hemos consultado pertenecen a Donhauser y Kelly (7) con 665 casos, Roper (14) con 410 casos y Briggs (4) con 748 observaciones.

## CASUÍSTICA

**OBSERVACIÓN 1.**—M.S. Sexo fem. 20 años. H. de Clínicas Nº 324.428.

Ingresa el 10-5-73. Comienza 24 horas antes con dolor de aparición brusca, tipo cólico, localizado en fosa iliaca izquierda, irradiado a epigastrio, acompañado de vómitos de alimentos. Medicada con antiespasmódicos, no mejora persistiendo el dolor con iguales caracterís-

*Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán Alfonzo). Hospital Maciel. Montevideo.\**

ticas. No síndrome febril. Desde el inicio del cuadro no moviliza el intestino ni expulsa gases.

*Examen.* Apirética. Abdomen algo distendido, dolor y defensa en fosa iliaca derecha Tacto rectal normal.

*Diagnóstico clínico:* apendicitis aguda a forma oclusiva.

*Operación.* Anestesia general. Incisión Mc Burney. La exploración muestra invaginación intestinal ileocólica de unos 50 cm de longitud. Se efectúa la desinvaginación y se comprueba un tumor de unos 2 cm de diámetro sesil, que se implanta en el borde antemesentérico (Fig. 1). No hay alteraciones de la vitalidad del intestino invaginado.

*Procedimiento:* resección de aproximadamente 30 cm de íleon incluyendo el tumor. Anastomosis terminoterminal.

*Evolución postoperatoria:* buena.

*Anatomía patológica:* leiomioma de íleon.

**OBSERVACIÓN 2.**—MM de B. Sexo fem., 64 años. Hospital Maciel.

Ingresa en junio de 1974. Desde hace 5 meses, crisis de diarreas alternadas con constipación de varios días de duración. En ocasiones dolor tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio, acompañado de vómitos. Por esta sintomatología es internada y estudiada; los exámenes son normales y en sala no repite la diarrea ni los cuadros dolorosos, por lo que se da el alta.

Reingresa 10 días después, con dolor epigástrico intenso, vómitos, distensión abdominal y detención del tránsito para materias y gases de 36 horas de evolución.

*Examen.* Subfebril. Deshidratada. Abdomen distendido, doloroso a la palpación dando la impresión de palparse tumefacción en región supraumbilical, de límites imprecisos. Tacto rectal: Douglas doloroso.

*Radiografía simple de abdomen:* niveles hidroaéreos, exudado entre las asas.

*Diagnóstico clínico:* peritonitis aguda.

*Operación.* Anestesia general. Mediana supra e infraumbilical. Líquido purulento en peritoneo, proveniente de un conglomerado de asas delgadas altas. Al liberarlas, se comprueba invaginación yeyunoyeyunal, irreductible. En el sector distal de la invaginación se encuentran dos perforaciones del asa, por una de las cuales hace protrusión una parte del intestino invaginado (Fig. 2).

*Procedimiento.* Resección del tumor de invaginación y anastomosis intestinal. Lavado y aspiración de la cavidad peritoneal. Drenaje del Douglas.

Abierta la pieza, se observa que la cabeza de invaginación es un tumor pequeño, color rojizo, carnoso; el asa invaginada presenta necrosis extensa (Fig. 3).

*Evolución postoperatoria:* buena.

*Anatomía patológica:* lipoma pediculado submucoso.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Asociación Médica de Paysandú, en Paysandú, el 19 de octubre de 1974.

Residentes de Cirugía.

Dirección: Av. Centenario 2756, ap. 503, Montevideo (Dr. Sáez).

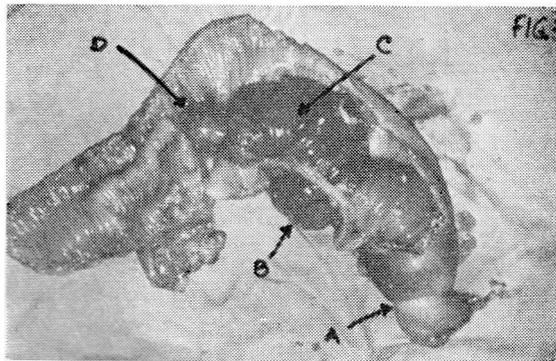
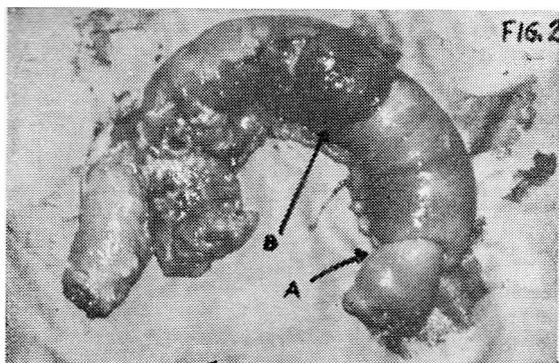
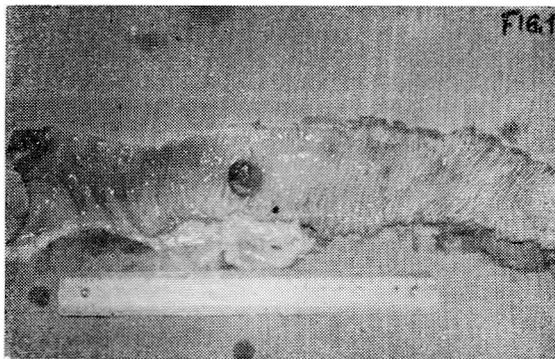


FIG. 1.—Leiomioma del íleon (caso 1). FIG. 2.—Tumor de invaginación. A) cuello de invaginación. B) perforación y protrusión de intestino invaginado necrosado (caso 2). FIG. 3.—La pieza anterior abierta. C) intestino necrosado invaginado. D) cabeza de invaginación: lipoma submucoso.

OBSERVACIÓN 3.—M.A. Sex. fem. 38 años. H. Maciel. Historia Nº 20.482.

Ingresa en noviembre de 1973. Desde hace 5 meses síndrome de anemia crónica. Dos semanas antes del ingreso, cuadro doloroso abdominal con vómitos. Ingresa para estudio de su anemia. Estando internada en sala, presenta melenas en varias oportunidades. A los 10 días del ingreso, cuadro doloroso abdominal, vómitos profusos, melenas, taquicardia con pulso fino e hipotensión arterial. El examen clínico revela: temperatura de 38°5, palidez intensa, abdomen difusamente

doloroso a la palpación. Tacto rectal: Douglas bombante y doloroso. Tacto vaginal: tumefacción para-uterina

Diagnóstico clínico: rotura de embarazo ectópico; peritonitis aguda?

Operación. Mediana supra e infraumbilical. Importante hemoperitoneo. Invaginación yeyunoyeyunal, que se reduce fácilmente. La cabeza de invaginación es una tumoración intraluminal pediculada, y en la zona de su implantación, presenta una perforación en forma de cráter hacia la cavidad peritoneal, que sangra profusamente. Unos 30 cm por encima existe otra tumoración, más pequeña, sin exteriorización serosa. Sangra dentro de la luz intestinal. El asa invaginada no presenta sufrimiento isquémico. Hay adenopatías en la raíz del mesenterio. Los ovarios son poliquísticos, de gran tamaño.

Procedimiento. Resección intestinal con su meso, incluyendo la zona invaginada, las dos formaciones tumorales y las adenopatías. Anastomosis terminoterminal.

Evolución. Muerte al 4º día por peritonitis postoperatoria.

Anatomía patológica: tumor carcinoide de yeyuno.

#### COMENTARIO

Dean y col. (6) clasifican la I.I. según los segmentos involucrados en: 1) entérica (delgado en delgado); 2) ileocecal (la válvula es la cabeza de la invaginación); 3) ileocólica (el delgado pasa por la válvula permaneciendo el ciego en su lugar); y 4) colocolica (el colon se invagina en el colon). Donhauser y Kelly (7) por su parte las clasifican en: gastroduodenal, yeyunogástrica, yeyunoyeyunal, ileoileal, ileocecal, ileocólica y colocolica.

De las distintas formas anatómicas, la más rara parece ser la entérica pura (2 de nuestras observaciones pertenecen a esta variedad) y la más común la enterocolica (40 % según Briggs).

Mientras que en el niño la I.I. es un cuadro relativamente frecuente, en el adulto es muy rara, siendo responsable aproximadamente del 5 % del total de las oclusiones intestinales. En el niño la invaginación primitiva o idiopática es la regla, en cambio en el adulto casi siempre es secundaria; la cabeza de invaginación generalmente es un tumor, benigno o maligno, mencionándose como causas más raras, algunas malformaciones intestinales, cuerpos extraños (bala), procesos inflamatorios (granulomas).

Nos interesa el estudio de la patología tumoral en el determinismo de la I.I. Según Bond (2), en el intestino delgado, 1 de cada 9 tumores se complica con invaginación; esta proporción disminuye en el transversal (1 en 18) y en el sigmoides (1 en 30). En el delgado, los tumores benignos son causa más frecuente de invaginación que los malignos; en la serie de Briggs (4) el 28 % de las invaginaciones del delgado fueron por tumores malignos y 72 % por tumores benignos. Predisponen a la complicación los pequeños tumores benignos submucosos.

Nuestras 3 observaciones son: un lipoma submucoso de yeyuno, un leiomioma de íleon y un tumor carcinoide de yeyuno.

El lipoma submucoso es el tumor benigno más frecuentemente citado como causa de invaginación. En la serie de Mayo y col. (10), sobre 101 lipomas del tubo digestivo, 32 se complicaron con invaginación.

El leiomioma es un tumor benigno de relativa frecuencia en el delgado, pero raramente se complica con invaginación: 6 en 213 tumores benignos causantes de invaginación (Donhauser), 7 en 123 (Roper).

En cuanto al tumor carcinóide, es excepcional como causa de invaginación y no hemos encontrado referencias al respecto.

Desde el punto de vista clínico, la I.I. del adulto puede presentarse bajo dos formas: aguda y crónica. Generalmente se trata de una oclusión crónica intermitente, que evoluciona durante semanas o meses, como sucedió en dos de nuestros casos. Cada crisis aguda sería un episodio de invaginación, seguido de desinvaginación espontánea. Son frecuentes los trastornos del tránsito intestinal, en especial diarreas; en uno de nuestros pacientes, éste fue el síntoma más llamativo y motivo de consulta. La presencia del tumor puede manifestarse por melenas o enterorragias. Los síntomas peritoneales por perforación son raros según la mayoría de los autores; no obstante, 2 de nuestras observaciones presentaron esta complicación.

Al examen físico, el único elemento que puede orientar el diagnóstico es la palpación del tumor de invaginación, siendo patognomónica la palpación de una tumoración en la crisis aguda, que deja de palparse si el cuadro retrocede.

Es excepcional que el diagnóstico se haga en la etapa preoperatoria. Se puede sospechar ante un enfermo con un síndrome de oclusión intermitente, en el cual se palpa en algún momento una tumoración abdominal. En estos casos, un tránsito de delgado con sustancia radiopaca puede visualizar el segmento invaginado (imagen en escarapela) o un defecto de repleción de aspecto pseudotumoral (11). El colon por enema puede ser de utilidad en la invaginación ileocólica, pudiendo mostrar la imagen en cúpula por detención de la columna baritada.

Hecha la laparotomía exploradora y comprobada la invaginación, se puede intentar la reducción de la misma siempre que no haya necrosis del asa; esta maniobra se hará por expresión suave y no por tracción (4). Cuando la reducción es difícil se deben liberar las adherencias a nivel del cuello de la tumefacción.

Si se logra la reducción, se debe buscar la cabeza de la invaginación (generalmente un tumor) y verificar la viabilidad del asa. Si se trata de un pólipo sin ninguna sospecha de malignidad se puede intentar la remoción mediante una pequeña enterotomía. En todos los demás casos es recomendable la resección intestinal, la que será ampliada de carácter oncológico si se sospecha tumor maligno (como sucedió en nuestra observación 3).

Si no se logra la reducción, y también cuando el asa no es viable, se debe resear el tumor de invaginación, con examen inmediato

de la pieza; si la lesión es de aspecto maligno se hará resección oncológica. En la invaginación ileocólica irreductible se debe hacer una ileocelectomía derecha.

## RÉSUMÉ

### Invagination intestinale chez l'adulte.

Présentation de trois observations d'invagination intestinale chez l'adulte: deux entériques pures et une iléocolique. Toutes, comme il en est presque toujours ainsi chez l'adulte, faisaient suite à des tumeurs de l'intestin grêle: un lipome submuqueux, un leiomyome et une tumeur carcinóide. Nous soulignons la rareté de cette affection dont le diagnostic ne s'établit presque jamais au stade préopératoire. Le traitement est chirurgical et on doit presque toujours recourir à la résection intestinale en raison de l'importance des lésions de l'anse invaginée, ou parce qu'on ne peut effectuer la réduction, ou encore parce qu'il est impossible d'écartier l'éventualité d'une lésion maligne.

## SUMMARY

### Intussusception in adults.

Three observations of intestinal intussusception in adults are reported; two of them were purely enterical and one was ileocolic. All of them—as it is most often seen in adults—were secondary to tumors of the small bowel: a submucous lipoma, a leiomyoma and a carcinoid tumor. The rarity of the disease is remarked. Diagnosis is seldom performed in the preoperative stage. The treatment is surgical; intestinal resection is almost always required, either due to the importance of the lesions of the invaginated loop, or because reduction cannot be achieved, or because it is not possible to discard a malignant lesion.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ASINER B y MARELLA M. Invaginación del intestino delgado en el adulto. *Cir Urug*, 43: 272, 1973.
- BOND MR and ROBERTS JB. Intussusception in adults. *Br J Surg*, 51: 818, 1964.
- BOSCH LM. Lipoma del colon. *Bol Soc Cir Urug*, 31: 58, 1960.
- BRIGGS DF, CARPHATIOS J and ZOLLINGER RW. Intussusception in adults. *Am J Surg*, 101: 109, 1961.
- COTLAR AM and COHON J. Intussusception in adults. *Am J Surg*, 101: 114, 1961.
- DEAN DL, ELLIS FA and SAUER WC. Intussusception in adults. *Arch Surg*, 73: 6, 1953.
- DONHAUSER JL and KELLY EC. Intussusception in the adult. *Am J Surg*, 79: 673, 1950.
- GRILLE CENDAN V y MOURIGAN E. Invaginación intestinal por pólipo. *Bol Soc Cir Urug*, 1: 221, 1930.
- LIARD W, VALLS A y CASSINELLI JF. Síndrome de Peutz-Jeghers. *Rev Cir Urug*, 38: 238, 1968.
- MAYO C. Lipoma of the alimentary tract. *Mayo Clin Found*, 54: 51, 1963.
- PERA C, CAPDEVILLA J, SUÑER M y LEON J. Invaginación crónica intestinal en el adulto. *Med Clínica*, 60: 288, 1973.
- PRAT D. Invaginación intestinal en el adulto. *Bol Soc Cir Urug*, 1: 154, 1930.
- ROLDAN A. Invaginación intestinal aguda en el adulto. *An Fac Med Montev*, 14: 312, 1929.
- ROPER A. Intussusception in adults. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 267, 1956.
- STUBENBORD WT and THORBJARNARSON B. Intussusception in adults. *Ann Surg* 172: 306, 1970.