

Intususcepción idiopática en el adulto: presentación de caso clínico, diagnóstico y tratamiento

Clinical case presentation: Diagnosis and treatment of idiopathic intussusception in adults

Carlos Alberto Castro Medina, MD¹, Héctor Conrado Jiménez S, MD¹, Sandra Marcela Cardona M, MD²

¹ Clínica Saludcoop, Neiva, Colombia

² Clínica Tolima, Ibagué, Colombia

Fecha recibido: 11-03-15

Fecha aceptado: 20-10-15

Resumen

La intususcepción intestinal es una patología infrecuente en el adulto causante de 1%-5% de obstrucciones intestinales, se asocia con frecuencia a patologías de origen neoplásico o alteraciones estructurales del tracto gastrointestinal, sin embargo hasta en el 10% de los casos es idiopática. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza después de la intervención quirúrgica, pero con el desarrollo de técnicas de imagen, en la actualidad, se puede llegar a la presunción diagnóstica previa intervención. Se presenta un caso clínico en el cual el diagnóstico se realiza de manera preoperatoria por medio de tomografía computarizada y la revisión de literatura correspondiente.

Palabras clave

Intususcepción, adulto, obstrucción intestinal, idiopático.

Abstract

Intestinal intussusception is an uncommon condition in adults which causes 1% to 5% of intestinal obstructions. Although it is frequently associated with neoplastic pathologies or structural abnormalities of the gastrointestinal tract, up to 10% of cases are idiopathic. In most cases the diagnosis is made after surgery, but with the development of imaging techniques, a diagnosis is possible prior to intervention. This article presents a case in which the diagnosis was made preoperatively by CT scan and presents a review of the relevant literature.

Keywords

Intususception, adult, intestinal obstruction, idiopathic.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las causas más comunes de consulta en los servicios de urgencias en el mundo, el cual puede incluir desde patologías cardíacas hasta causas abdominales como desencadenante, llegando a ser una de estas la obstrucción intestinal (1). La intususcepción intestinal del adulto (IIA) representa alrededor de 1% al 5% de las causas de obstrucción intestinal (2). En el adulto la mayoría de las veces se asocia a neoplasias, cicatrices posquirúrgicas o divertículo de Meckel; alrededor del 20% de los casos la

causa es desconocida. Presentamos un caso y hacemos la revisión de la literatura correspondiente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 24 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, que consulta al servicio de urgencias de Clínica Saludcoop en la ciudad de Neiva con cuadro clínico de aproximadamente 4 días de evolución, consistente en dolor abdominal localizado en epigastrio, urente, de intensidad 6/10 en escala análoga del dolor e irradiado

al dorso, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido gástrico, niega fiebre, niega sangrado gastrointestinal, niega otra sintomatología; se administra analgesia intravenosa y antieméticos; por remisión total de los síntomas se decide dar egreso con solicitud de ecografía abdominal ambulatoria. La paciente consulta 2 días después al servicio de urgencias por persistencia de los síntomas y con reporte de ecografía abdominal con: presencia de imagen sugestiva de masa abdominal a nivel de epigastrio con diámetros de 106 x 49 mm, con comportamiento de masa organodependiente no clara.

A su ingreso al servicio: paciente álgica, taquicárdica, con signos de deshidratación grado II, estabilidad hemodinámica, (PA: 115/85 mm Hg, FC: 105 lpm (latidos por minuto), temperatura: 37,2 °C, frecuencia respiratoria (FR): 19 ciclos por minuto; el abdomen se encuentra blando, depresible, con dolor moderado a la palpación en epigastrio, Blumberg negativo, sin signos de irritación peritoneal, con ruidos intestinales disminuidos y sin otras alteraciones aparentes al examen físico. Se deja paciente en observación y se inicia manejo médico sintomático, toma de paraclínicos (**Tabla 1**) y valoración por servicio de cirugía general que sugiere cuadro de obstrucción intestinal, se indica manejo expectante y se solicita tomografía computarizada de abdomen (**Figura 1**), en la cual se evidencia ausencia de progresión de medio de contraste hacia duodeno con segmento de intestino delgado dilatado e imagen de *doble halo* con densidad de grasa en su interior (**Figura 2**).

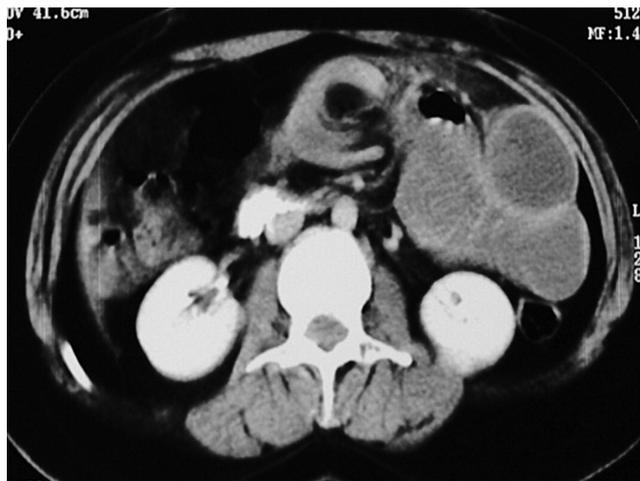


Figura 1. Tomografía axial computarizada de abdomen que muestra ausencia de progresión de medio de contraste hacia duodeno con segmento de intestino delgado dilatado e imagen de *doble halo* con densidad de grasa en su interior.

Dados los hallazgos descritos y ante el cuadro clínico altamente sugestivo de intususcepción intestinal se decide realización de laparotomía exploratoria encontrándose invaginación de intestino delgado a 30 cm de ligamento de Treitz

(**Figura 3**) con necrosis a aproximada de 70 cm de yeyuno intusepto (**Figura 4**) asociado a líquido de reacción peritoneal y adenopatías mesentéricas, se realiza resección de segmento de yeyuno con anastomosis laterolateral de intestino delgado, sin complicaciones.

Tabla 1. Paraclínicos de la paciente tomados al inicio de la atención en urgencias

Fecha	30/09/2014
WBC	17,200
Neutro	77,5%
Linfo	2,61%
HB	13,1 g/dL
HTO	38,2%
RBC	4,8 millón
PLT	388 000
PT	13,3 s
PTT	24,2 s
Bilirrubina total	0,7 g/dl
Bilirrubina directa	0,3 g/dl
Bilirrubina indirecta	0,4 g/dl
F. Alcalina	87 U/L
TGO	15 U/L
TGP	16 U/L
Creatinina	1,01 mg/dl
BUN	24 mg/dl
BHCG	Negativo

WBC: glóbulos blancos; Neutro: neutrófilos; Linfo: linfocitos; HB: hemoglobina; HTO: hematocrito; RBC: glóbulos rojos; PLT: plaquetas; PT: tiempo de protrombina; TTP: tiempo parcial de tromboplastina; TGO: transaminasa glutámico oxalacética; TGP: transaminasa glutámico pirúvica; BUN: nitrógeno ureico sanguíneo; BHCG: gonadotropina coriónica humana fracción beta.

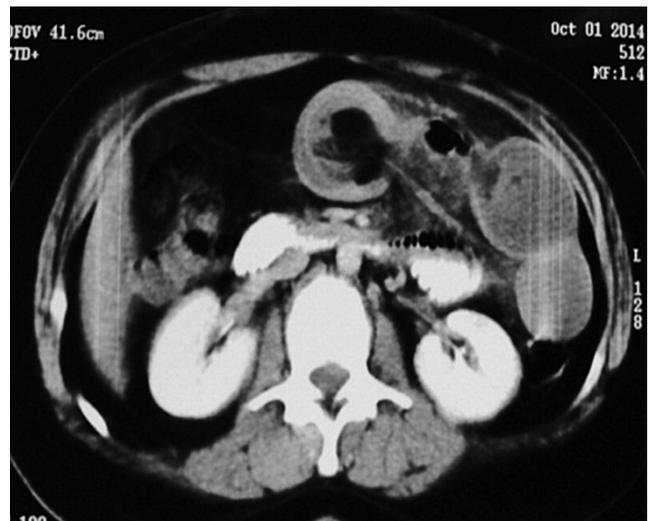


Figura 2. Imagen de tomografía axial computarizada de abdomen que corresponde a intususcepción intestinal.



Figura 3. Segmento intestinal que presenta intususcepción con necrosis del tejido.

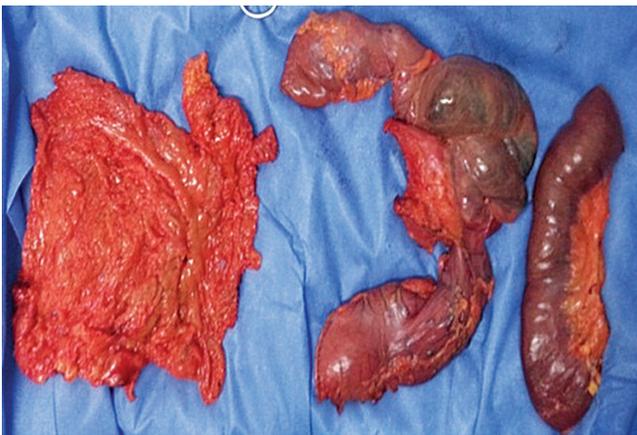


Figura 4. Bloque de tejido resecado.

Paciente con evolución clínica favorable y recuperación adecuada, se da egreso hospitalario y en cita de control se recibe reporte de patología (estudio n.º 14-8078) que descarta proceso maligno y evidencia segmento de intestino delgado, necrosis transmural de coagulación con hemorragia intersticial (infarto hemorrágico), peritonitis fibrino-purulenta, bordes de resección con peritonitis aguda sin compromiso isquémico, libre de neoplasia.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal consiste en la invaginación de un segmento de intestino con su mesenterio, denominado

intususceptum, hacia el lumen de un segmento intestinal adyacente, denominado *intususcipiens*. Esta es una condición frecuente en niños en los que se presenta con la tríada clásica de dolor abdominal, deposiciones sanguinolentas y masa abdominal palpable (3), sin embargo es una patología rara en adultos, que corresponden al 5% de todos los casos de intususcepción y al 1% como causa de obstrucción intestinal (4-6). Mientras en la etapa pediátrica se considera una condición primaria y benigna, en el 90% de los casos en adultos es secundaria a una condición patológica o estructural desencadenante, la cual se diagnostica frecuentemente de manera intraoperatoria. Debido al alto riesgo de malignidad asociado (65%) en adultos no se encuentra indicada la descompresión preoperatoria; además, en el 70%-90% de los casos se requiere tratamiento quirúrgico.

La intususcepción en adultos se clasifica como primaria (idiopática), que corresponde al 10% de los casos, y secundaria, que comprende el 70%-90% restante y se debe a una lesión estructural que puede ser maligna o benigna (carcinomas, pólipos, divertículos colónicos, divertículo de Meckel, pólipos adenomatosos, melanomas, adherencias, iatrogénicas) (1). Se localiza a nivel intraluminal, mural o extraluminal, altera la actividad peristáltica normal y sirve como punto desencadenante capaz de iniciar la invaginación de un segmento intestinal dentro de otro (7). Los tumores intraluminales son impulsados por la peristalsis intestinal arrastrando con ellos al tejido en el que se encuentran fijos. Las lesiones localizadas en la pared intestinal hacen que un segmento no se contraiga adecuadamente, por lo que la fuerza peristáltica ocasiona que este segmento rote sobre sí causando la intususcepción subsecuentemente. Las lesiones extraluminales (las más frecuentes son las adherencias) al ser traccionadas en un segmento causan un pliegue en el intestino, el cual debido al movimiento intestinal se invagina sobre el segmento que produce la pulsión (8), lo que genera obstrucción al paso del contenido intestinal, compresión vascular, edema y eventual necrosis isquémica de la pared intestinal comprometida si un tratamiento apropiado no se instaura a tiempo (1).

Generalmente los casos de intususcepción se localizan en la unión entre segmentos de intestino libres de movimiento y segmentos retroperitoneales o fijos, de acuerdo a su localización han sido clasificadas en cuatro categorías:

- Enteroentérica (75%): localizada en intestino delgado y correspondiente al caso clínico presentado
- Colocólica (14%): localizada en intestino grueso
- Ileocólica (5%): prolapso del íleon terminal en el colon ascendente
- Ileocecal (8%): en la cual la válvula ileocecal es el punto desencadenante de intususcepción (3).

A diferencia de la presentación clínica clásica de intususcepción en niños, en adultos los síntomas y signos son poco

específicos y el cuadro clínico bizarro (9). Lindor y colaboradores, en un estudio realizado en la clínica Mayo, describieron en orden de frecuencia los síntomas más comunes que incluyen dolor abdominal (94%), náuseas (76%), vómito (65%), diarrea (14%) y deposiciones sanguinolentas que se asocian con mayor frecuencia a patologías malignas (7%) mientras que el 1% fueron asintomáticos (10). Se han descrito casos de presentación crónicos, en los cuales los síntomas son compatibles con obstrucción intestinal parcial (1).

Con relación al diagnóstico, realizarlo de manera preoperatoria es difícil, sin embargo avances en el campo de la radiología han optimizado el diagnóstico oportuno de esta patología. La radiografía simple de abdomen permite visualizar signos de obstrucción intestinal y puede proveer información sobre la localización de esta (11). El signo de monedas apiladas, la presencia de niveles hidroaéreos o el signo de la escalera son patognomónicos de obstrucción intestinal (2). En el ultrasonido de abdomen, imágenes características como el *signo de diana* con la presencia de anillos concéntricos (12) en la vista transversal o *signo de pseudorriñón* en la vista longitudinal pueden sugerir la patología en mención (precisión diagnóstica de 78,5%); sin embargo, entre sus desventajas se cuenta que es operador dependiente y su pérdida de sensibilidad ante la presencia de gas en las asas intestinales (11).

En la actualidad la tomografía computarizada de abdomen (TC) es la técnica más útil para el diagnóstico preoperatorio de intususcepción intestinal en adultos con una precisión del 58%-100%, brindando información sobre ubicación, posible causa y signos sugestivos de intestino no viable (13,14), además proporciona información valiosa sobre la presencia de metástasis, linfadenopatías regionales o patología abdominal subyacente (11). Se han descrito tres imágenes diferentes sugestivas intususcepción en la TC de acuerdo a la severidad y duración del proceso, el *signo de diana* aparece en la etapa más temprana y corresponde a la imagen del *intussusceptum* en el centro y el *intususcipiens* edematoso en los anillos externos (2), después aparece una imagen *en forma de salchicha* que representa la grasa y vasos mesentéricos y la pared intestinal y finalmente una *masa reniforme* o *bilobulada* se desarrolla debido al edema, engrosamiento de la pared intestinal y compromiso vascular (12).

La resonancia magnética (RM) evidencia las mismas características descritas en la TC y debido a los avances en la capacidad multiplanar de RM se ha logrado una mejor definición de la grasa y los vasos mesentéricos así como la evidencia de las capas comprometidas de la pared intestinal (15). En cuanto al diagnóstico endoscópico, en casos de obstrucción intestinal subaguda o crónica del TGI inferior, la colonoscopia flexible juega un papel fundamental, ya que no solo permite confirmar el diagnóstico de intususcepción sino

que hace posible evidenciar la presencia de masas o pólipos como la causa del fenómeno, la reducción endoscópica de la invaginación no se recomienda debido al alto riesgo de perforación luego de la resección y tampoco debe considerarse si hay signos de isquemia o infección en el lumen intestinal (2).

El manejo de la intususcepción intestinal difiere ampliamente dependiendo del grupo etario; mientras en niños la reducción es con mayor frecuencia no quirúrgica, usando enemas neumáticos o hidrostáticos, en adultos el tratamiento de elección es la resección quirúrgica por laparotomía o laparoscopia debido al hallazgo frecuente de anomalías estructurales desencadenantes y la alta incidencia de malignidad (2,10). Sin embargo siguen siendo objeto de controversia las opciones quirúrgicas en cuanto a reducción primaria o resección del segmento intestinal, muchos autores recomiendan la resección primaria mientras sea posible y sugieren que no se debe llevar a cabo la reducción en presencia de signos de isquemia intestinal o inflamación (16). Los riesgos teóricos de la manipulación del segmento intususceptado incluyen: siembra y diseminación tumoral, perforación y bacteriemia. Debe recurrirse entonces a la resección del segmento comprometido con bordes oncológicos apropiados, sobre todo en los casos en que se conoce la etiología subyacente y existe alta probabilidad de patología maligna (11,16,17). Cuando la intususcepción es en el intestino delgado, 57% de los tumores son benignos y 30% malignos; el melanoma y las metástasis son los más frecuentes, por lo que se puede intentar la reducción primaria del segmento comprometido. Sin embargo, cuando la localización es en el intestino grueso, la causa más frecuente es neoplasia maligna; en orden: adenocarcinoma, leiomiomasarcoma y sarcoma de células reticulares, por lo cual se recomienda la resección quirúrgica del segmento para el estudio patológico correspondiente (11,18,19). En cuanto al manejo laparoscópico de esta patología se ve limitado por varios factores, entre ellos la experiencia del cirujano, la condición clínica del paciente y el compromiso del segmento intestinal intususceptado.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal es una patología poco frecuente en adultos, los síntomas y signos son inespecíficos y sugestivos de obstrucción intestinal e incluso puede presentarse como una condición crónica. Si bien el diagnóstico preoperatorio es infrecuente, en la actualidad se cuenta con técnicas de imagen como TC y RM que permiten la aproximación diagnóstica, tal como se expuso en el caso reportado. El manejo de elección en adultos consiste en la resección quirúrgica del segmento intususceptado debido a la alta tasa de patología maligna subyacente.

REFERENCIAS

1. Napora TE, Henry KE, Lovett TJ, Beeson MS. Transient adult jejunal intussusception. *J Emerg Med.* 2003;24(4):395-400.
2. Poveda G, Polania H, Canal F, Montoya K, Jiménez H. Intususcepción idiopática en el adulto: Reporte de caso y Revisión de la Literatura. *Rev Col Gastroenterol.* 2013;28:235e9.
3. Amr MA, Polites SF, Alzghari M, Onkendi EO, Grotz TE, Zielinski MD. Intussusception in adults and the role of evolving computed tomography technology. *Am J Surg.* 2015;209(3):580-3.
4. Briggs DF, Carpathios J, Zollinger AW. Intussusception in adults. *Am J Surg.* 1961;101:109-13.
5. Donhauser JL, Kelly EC. Intussusception in the adult. *Am J Surg.* 1950;79(5):673-7.
6. Agha FP. Intussusception in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;146(3):527-31.
7. Vigorita V, Ausania F, Bertucci Zoccali M, Alvarez CF, Nadal BDU, Nuñez JEC. Small bowel intussusception secondary to metastatic melanoma 15 years after complete excision of the primary tumor. *Int J Surg Case Rep.* 2015;6C:26-8.
8. Zumarán O, Robles C, Villarreal P. Intususcepción en el adulto. *An Med Mex.* 2006;51(4):188e92.
9. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-8.
10. Lindor RA, Bellolio MF, Sadosty AT, Earnest F, Cabrera D. Adult intussusception: presentation, management, and outcomes of 148 patients. *J Emerg Med.* 2012;43(1):1-6.
11. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, Bajracharya A, Sah PL. Intussusception in adults: institutional review. *Int J Surg.* 2011;9(1):91-5.
12. Byrne AT, Geoghegan T, Geoghegan T, Govender P, Lyburn ID, Colhoun E, et al. The imaging of intussusception. *Clin Radiol.* 2005;60(1):39-46.
13. Boudiaf M, Soyer P, Terem C, Pelage JP, Maissiat E, Rymer R. Ct evaluation of small bowel obstruction. *Radiographics.* 2001;21(3):613-24.
14. Beattie GC, Peters RT, Guy S, Mendelson RM. Computed tomography in the assessment of suspected large bowel obstruction. *ANZ J Surg.* 2007;77(3):160-5.
15. Park SB, Ha HK, Kim AY, Lee SS, Kim HJ, Park BJ, et al. The diagnostic role of abdominal CT imaging findings in adults intussusception: focused on the vascular compromise. *Eur J Radiol.* 2007;62(3):406-15.
16. Ghaderi H, Jafarian A, Aminian A, Mirjafari Daryasari SA. Clinical presentations, diagnosis and treatment of adult intussusception, a 20 years survey. *Int J Surg.* 2010;8(4):318-20.
17. McKay R. Ileocecal intussusception in an adult: the laparoscopic approach. *JLS.* 2006;10(2):250-3.
18. Behara S, Ahmed N, Attar BM, Hussein R. Primary intussusception in adult. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:180.
19. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology.* 1999;212(3):853-60.