



Intususcepción intestinal en el adulto

Claudy Blanco¹.
Carlos Tablante Armada².
Gabriela Madrid Marcano³.
Caren González⁴.
Ernesto Madrid M.⁵.
Didier González⁶.

¹Interno de Postgrado IVSS Hospital "José María Vargas". Edo. Vargas.

²Interno de Postgrado IVSS Hospital "José María Vargas" de La Guaira
ctablante@hotmail.com

³Residente Postgrado Medicina Interna Universidad de Carabobo - Hospital
Central de Maracay. madrid_gabriela@yahoo.com

⁴Residente asistencial Cirugía del Hospital "Lic. José María Benítez". Edo.
Aragua

⁵Residente asistencial Traumatología del Hospital "Lic. José María Benítez".
La Victoria.

⁶Adjunto al Servicio de Cirugía Hospital "Lic. José María Benítez". La Victoria,
Edo. Aragua.

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 20 de Abril del 2006 a la Revista Vitae Academia Biomédica
Digital.

RESUMEN

La invaginación intestinal es una rara entidad clínica en el adulto con frecuencia de 5%, difícilmente diagnosticada pre-operatoriamente ya que los síntomas se confunden con otras causas de dolor y obstrucción intestinal, estableciéndose generalmente el diagnóstico, en quirófano. En el 90% de los casos existe una lesión etiológica. Se presenta caso clínico paciente masculino de 33 años que acude al servicio de emergencia presentando cuadro de caracterizado por dolor en epigastrio de aparición insidiosa de carácter continuo el cual evoluciona a difuso concomitadamente 3 vómitos de contenido alimentario, escalofríos, astenia, anorexia y pérdida de 8 Kgrs aprox. en 15 días. A la exploración física, conciente fascie álgida, deshidratado,

hidratado. Abdomen levemente distendido, depresible doloroso a la palpación en fosa ilíaca y flanco derecho, Blumber +, Rovsing +, Ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal no se palpan masas, sin heces en ampolla rectal. Se ingresa con hemograma Hb 13.7 gr/dl Hto. 42.9% GB: 12.4 Neu 81% linf 19% Plaquetas 210000. En la bioquímica destaca Glicemia 303 mg/dl Na 136 mEq/l K 2,95 mEq/l Amilasa 6l U/l. La radiología simple fue compatible con obstrucción intestinal mecánica inespecífica. Ecograficamente se reporta distensión de asas delgadas a predominio Fosa ilíaca derecha, sin líquido en zonas declives. Se realiza intervención quirúrgica urgente, mediante laparotomía exploradora con hallazgo de 1500 cc líquido citrino libre en cavidad, gran distensión asas delgadas, intususcepción ileocecal, engrosamiento paredes íleo terminal en sus últimos 25 cms, importante adenitis mesentérica múltiple, laceraciones en serosa asa intestinal a 30-80-100 cms de asa fija. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado 5 días pos quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: intususcepción en adultos, obstrucción intestinal, dolor abdominal

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL

La intususcepción intestinal fue descrita en 1674 como una causa frecuente de obstrucción intestinal en lactantes y preescolares. Se presenta más comúnmente durante el primer año de vida, generalmente de manera idiopática. Es una condición poco frecuente en el adulto pues representa el 1% de las obstrucciones intestinales, secundario (80 ? 90% de los casos) a procesos orgánicos de la pared intestinal; son los tumores tanto malignos como benignos los más frecuentes¹.

La intususcepción es la invaginación de una porción del intestino en sí mismo. La porción proximal del intestino es atraída hacia el intestino distal por la actividad peristáltica. El mesenterio del intestino proximal también es atraído hacia el intestino distal, angulado y comprimido, lo que ocasiona obstrucción del drenaje venoso con el consiguiente edema de la pared intestinal^{1,2}.

Si no es tratado oportunamente, este edema provocará obstrucción arterial y gangrena de la pared intestinal proximal. La mayor parte de las intususcepciones son ileocólicas, empezando cerca de la válvula ileocecal, con íleon distal halado hacia el colon proximal^{2,3,4}. Con menor frecuencia se puede presentar intususcepción ileoileal, colocócica, apendico-ceco-cólica, recto-colica. Es poco común encontrar un punto guía específico con intususcepción ileocólica.

Después de la reducción, generalmente se presenta engrosamiento marcado de la pared intestinal a nivel del íleon distal. Aunque parte del engrosamiento es causado por edema secundario a la obstrucción venosa, se presenta hipertrofia importante del tejido linfoide, el cual es abundante en la pared intestinal^{9,7}. Si existe engrosamiento de la pared intestinal esto serviría como punto guía para la invaginación. Los ganglios linfáticos mesentéricos del íleon terminal también están muy aumentados de tamaño después de la reducción.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se generan dificultades en el tránsito intestinal con diverso grado de severidad, y en las etapas finales puede llegar a constituir un verdadero íleo quirúrgico. Clínicamente se presenta con náuseas, vómitos y dolor tipo cólico en la región periumbilical. El cuadro se caracteriza por episodios suboclusivos intermitentes acompañados de tumor papable que en algunos casos aumenta de consistencia con el peristaltismo⁷.

En forma tardía puede presentar enterorragia o proctorragia, lo cual indica compromiso en la vitalidad del sector invaginado. Ayudan al diagnóstico exámenes complementarios como la radiografía simple de abdomen que puede mostrar una masa de tejido blando con gas delimitando el intestino invaginado en el colon distal, y se puede observar un patrón obstructivo proximal.

En cuanto al diagnóstico radiológico se encuentra el signo del muelle, con imagen de bario atrapado entre el segmento de intestino invaginado y el intestino que lo rodea⁵. El tránsito intestinal alto tiene elevada sensibilidad diagnóstica, pero además presenta un elevado potencial terapéutico para la reducción hidrostática de la intususcepción, la reducción neumática bajo monitoreo fluoroscópico ha ganado aceptación. En el adulto si la reducción ha sido exitosa, es conveniente realizar un segundo enema opaco para investigar el factor etiológico^{5,6}.

Los ultrasonidos son un método certero y de bajo riesgo para el diagnóstico, que muestra los patrones principales de lesiones en diana y pseudoriñón en cortes transversales y longitudinales. También la ecografía se está utilizando para las reducciones hidrostáticas utilizando suero salino.

La tomografía computarizada confirma con exactitud el diagnóstico al identificarse el intestino invaginado rodeado por grasa del mesenterio, situado en el interior de la luz opacificada del segmento invaginato más distal. Sin embargo, el diagnóstico se establece generalmente durante la intervención quirúrgica⁵. El tratamiento de esta entidad cambia radicalmente según la etapa de la vida en la cual se presente. En el adulto se plantean dos posibles conductas: una es la reducción manual seguida de la resección del tumor causante de la invaginación, otra es la resección intestinal sin previa reducción⁸.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes médicos significativos; que acude al servicio de emergencia por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución de dolor de aparición insidioso en epigastrio de moderada intensidad el cual evoluciona a difuso de carácter cólico continuo sin atenuantes exacerbado con la ingesta de líquidos, concomitantemente 3 vómitos de contenido alimentario, escalofríos, astenia, hiporexia y pérdida de 8 Kgrs aprox. en 15 días.

Por tal motivo, acude a centro asistencial de su localidad donde diagnostican gastritis aguda y le administran tratamiento endovenoso sin mejoría clínica aparente. Por persistencia sintomatología acude a la emergencia de nuestro centro hospitalario donde se ingresa con diagnóstico de 1. Abdomen Agudo quirúrgico, 1.1 Apendicitis Aguda.

A la exploración física de ingreso, paciente conciente, fascie álgida, deshidratado, bien perfundido. Cardiopulmonar: murmullo vesicular presente en AsCsPs S/A RsCsRs S/S S/G. Abdomen poco distendido, poco hundible, doloroso a la palpación difusa, más intensamente en fosa ilíaca y flanco derecho, masa palpable no móvil dolorosa a la palpación, Blumberg +, Rovsing +, Ruidos Hidroaéreos disminuidos. Al tacto rectal no se palpan masas, sin heces en ampolla rectal. Se ingresa con hemograma Hb 13.7 gr/dl Hto. 42.9% GB: 12.4 Neu 81% Linf 19% Plaquetas 210000. En la bioquímica destaca Glicemia 303 mg/dl Na 136 mEq/l K 2.95 mEq/l Amilasa 61 U/l. La radiología simple fue compatible con obstrucción intestinal mecánica inespecífica.

Por evolución tórpida de dos días de hospitalización con distensión abdominal, exacerbación del dolor, disminución Ruidos Hidroaéreos, sin presentar evacuaciones con elevación de cuenta blanca GB: 15000 a expensas Neutrófilos 89% Linfocitos 10%; se indica estudio de ecografía la cual

reporta distensión de asas delgadas a predominio FID, sin líquido en zonas declives. Por condiciones desfavorables del paciente y no contar con recursos económicos para realizar TAC abdominal, se realiza intervención quirúrgica de emergencia.



Se usó la técnica de laparotomía exploradora con hallazgo de 1500 cc líquido citrino libre en cavidad, gran distensión asas delgadas, intususcepción ileocecal, engrosamiento paredes íleo terminal en sus últimos 25 cm, importante adenitis mesentérica múltiple, laceraciones en serosa asa intestinal a 30-80-100 cms de asa fija, no se evidencia tumoración ni cambios isquémicos. Se realiza reducción manual y rafia de laceraciones de asa delgada, se toma muestra de ganglios para análisis anatómico el cual reporto Linfoma como causa de intususcepción. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado a los 5 días post quirúrgicos.

DISCUSIÓN

La intususcepción en el adulto es una causa rara de obstrucción intestinal, es responsable del 1% de todos los casos de obstrucción y solamente del 0,003 al 0,02 de todas la admisiones hospitalarias⁶. Los pacientes adultos constituyen solamente el 5% de todos los casos de intususcepción, con el 95% restante ocurriendo solo en pacientes pediátricos⁷.

En contraste con la población pediátrica, en donde la intususcepción es usualmente idiopática o debida a enfermedades virales ^{8,9}, una lesión orgánica es generalmente identificada como la causa de intususcepción en el adulto en cerca del 90% de los casos ¹⁰. Estas incluyen lesiones malignas, tales como adenocarcinoma primario, melanoma metastásico o linfoma, o lesiones benignas tales como hamartoma, lipoma, divertículo de Meckel y adherencias postoperatorias, entre otras.

Uno de los enigmas de la medicina reside en el hecho de que los tumores de intestino delgado tanto benignos como malignos sean tan poco frecuentes. Aunque el intestino delgado representa el 75% de la longitud total del tracto gastrointestinal, la frecuencia de las neoplasias en esta localización equivale al 36% de todos los tumores gastrointestinales ⁸. Se han propuesto muchas teorías: un tiempo de tránsito intestinal rápido, una irritación mecánica leve, una

concentración elevada de IgA, una población bacteriana escasa ^{1,3,8}, además del recambio acelerado de las células epiteliales y la alcalinidad de las secreciones intestinales ⁸.

La intususcepción puede ser clasificada sobre la base de su localización en entérica, ileocólica, ileocecal o colónica. Sin embargo, la mayoría (60-80%) de las intususcepciones en los adultos involucran al intestino delgado. A diferencia de los pacientes pediátricos con intususcepción, que comúnmente presentan una triada clásica de dolor abdominal, eliminación de heces con aspecto de mermelada y masa palpable con aspecto de salchicha, la presentación clínica en el adulto es generalmente inespecífica, lo que hace muy difícil diferenciar de otras causas de obstrucción intestinal.

La mayoría de los enfermos presentarán dolor abdominal, náuseas, vómitos, sangre oculta en heces o incluso diarrea sanguinolenta; unos pocos tendrán masa abdominal palpable. No obstante, muy pocos casos son diagnosticados correctamente sobre las bases de los hallazgos clínicos antes de la cirugía.

Diferentes modalidades diagnósticas han sido empleadas para identificar con certeza y prontamente la intususcepción y, por ende, asegurar el tratamiento adecuado. Esas modalidades comprenden: radiografías simple de abdomen de pie, ecografía abdominal, estudios contrastado con bario, TAC abdominal, resonancia magnética nuclear y angiografía. Entre estos estudios, la TAC ha probado ser el más certero, detectando el 78% de los casos ⁴.

El tratamiento conlleva la exploración quirúrgica y la resección primaria del asa intestinal intususceptada. Los enemas con aire o contraste de bario son usadas para tratar las intususcepciones pediátricas con una tasa de éxito del 75% al 90%. Sin embargo, un intento de reducción en la intususcepción en el adulto, sea por abordaje radiológico o manual durante la operación es aún un tema en controversia; la cirugía de emergencia con resección primaria sin reducción previa sigue siendo el principal soporte del tratamiento ¹¹.

La mayoría de los casos de intususcepción en el adulto tiene un cambio patológico identificable en la cabeza de la invaginación, ya sea una adherencia, una lesión maligna o benigna. Existen reportes de intususcepción idiopática sin ningún hallazgo patológico identificable, que son responsables de muy pocos casos (7.7%). Existen unos pocos casos reportados de resolución espontánea de la intususcepción en adultos en los que no fue necesaria la resolución quirúrgica ulterior. ¹².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López AM, Droguett E. Caso radiológico. Rev Chil Radiol 2003; 9: 36-37.
2. Villalba J, Redondo S, Vacuno D. Invaginación intestinal en el adulto. Revisión de 17 casos. Cir Uruguay 1997; 67: 3-4.
3. Fragueta JA, Ares F, Fernández Blanco CM, Rosales D, López García S, Gómez Freijoso C. Invaginación intestinal del adulto secundaria a tumores yeyunales con diferenciación neural del sistema autónomo (GAN). An Med Interna 2003; 20: 621-623.
4. Martín JG, Aguayo JL, Aguilar J, Torralba JA, Lion R, Miguel J et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de 7 casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. Cir

Española 2001; 69: 93-97.

5. **Alonso V, Targarona EM, Even Beudahan G, Kobus C, Moya I, Cherichetti C et al.** Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto. Cir Española 2003, 74: 46-49.
6. **Ellis H.** Tumors of the small intestine. SeminSurg Oncol 1987; 3: 12 -21.
7. **Desa Laj BridgerJ, Grace PA et al.** Primary jejunoileal tumors: A review of 45 cases. World J Surg 1991; 15 (1): 81-87.
8. **Ross G.** Jejunojejunal intussusception secondary to a lipoma. Radiology 2000; 216: 727-730.
9. **Gore R, Levine M, Laufer I.** Textbook of gastrointestinal radiology. W.B. Saunders Co, USA 1994.
10. **Mason GR.** Tumores de duodeno e intestino delgado En: Sabinston CD. Tratado de Patología Quirúrgica. 13ª ed. México: Interamericana; 1988. 887-889.
11. **Hawley RP.** Tumores del intestino delgado. En: Schwartz SL, Ellis H, Directores Maingot, Operaciones Abdominales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.1112-1127
12. **Haskel MC.** Cancer treatment. 2a ed. Philadelphia: WB Sanders; 1985. 272