

## Invaginación intestinal en el adulto por pólipo adenomatoso. Reporte de un caso

Dra. Melvis González Méndez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5672-6543>

Dra. Nélide de la Caridad Carballo Jorge<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5163-6004>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, La Habana, Cuba.

**Resumen: Introducción:** La intususcepción o invaginación intestinal consiste en que una parte del intestino y su mesenterio se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente. **Objetivo:** Presentar un caso de invaginación intestinal en el adulto por pólipo adenomatoso. **Presentación de caso:** Paciente femenina de 45 años de edad, con antecedentes de cirugía por “pólipos intestinales” y por una oclusión intestinal por bridas. Acudió al cuerpo de guardia del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay” con dolor abdominal difuso, asociado en ocasiones a vómitos y diarreas. Al examen físico el único hallazgo positivo fue una masa abdominal palpable en fosa ilíaca derecha. En el corte transversal de la ecografía abdominal se observa la “imagen en diana” y en el corte transversal se visualiza la imagen de “intestino dentro de intestino”, que por la localización es compatible con una invaginación ileocólica. En ambos cortes se define la grasa mesentérica hiperecogénica acompañando al asa invaginante dentro del asa receptora. En la tomografía de abdomen simple se observa “imagen en diana” conformada por las paredes del asa invaginante (íleon terminal) y la receptora (colon derecho) y el contenido hipodenso (líquido) dentro de ambas. También se define imagen redondeada, isodensa con respecto a la pared del asa invaginante y adosada puntual y posteromedialmente a esta, en relación tumor causante de la invaginación. **Conclusiones:** La cirugía corroboró el diagnóstico imagenológico de invaginación ileocólica secundaria a tumoración intestinal, que por anatomía patológica resultó ser un pólipo adenomatoso.

**Palabras claves:** ecografía; tomografía; invaginación intestinal; intususcepción; pólipo adenomatoso.

## **Introducción**

La intususcepción o invaginación intestinal consiste en que una parte del intestino y su mesenterio se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente.<sup>(1, 2)</sup>

Es una entidad rara en los adultos.<sup>(1)</sup> El promedio de edad en que aparece es 50 años y la proporción masculino / femenino es de 1:5. En contraste con la invaginación intestinal en la infancia, la cual es típicamente primaria o idiopática, el 90 % de los casos en edad adulta es secundario a una lesión orgánica.<sup>(3, 4)</sup>

Existen múltiples formas de clasificar las invaginaciones: por su localización, por su causa. El 90 % de las invaginaciones se producen en el intestino delgado y/o en el colon, el 10 % restante en el estómago y en los ostomas quirúrgicamente creados.<sup>(5, 6, 7)</sup>

Clasificación de acuerdo a la ubicación:

- Ileoileales. Se define por un asa ileal dentro de otra asa ileal. Es la localización más frecuente en adultos.
- Ileocólicas. Se define por un asa ileal dentro del colon, en este caso la válvula ileocecal está en su lugar. Es la localización más frecuente en niños.
- Ileocecales. De difícil diagnóstico, la válvula ileocecal actúa como punto guía de la intususcepción.
- Colicocólicas. Son las menos frecuentes.

Clasificación de acuerdo a etiología: patología tumoral benigna (lipoma, pólipo adenomatoso, divertículo de Meckel, hemangioma, leiomioma, neurofibroma), tumoral maligna (primaria: adenocarcinoma, leiomiosarcoma, carcinoide, linfoma y metastásica: melanoma, linfoma y sarcoma), idiopática y patología no tumoral (postoperatoria: adherencias, suturas, edema; lesiones inflamatorias: enfermedad de Crohn, hiperplasia linfoide; trastornos de motilidad).<sup>(5)</sup>

Este trabajo tiene como objetivo presentar un caso de invaginación intestinal en el adulto por pólipo adenomatoso.

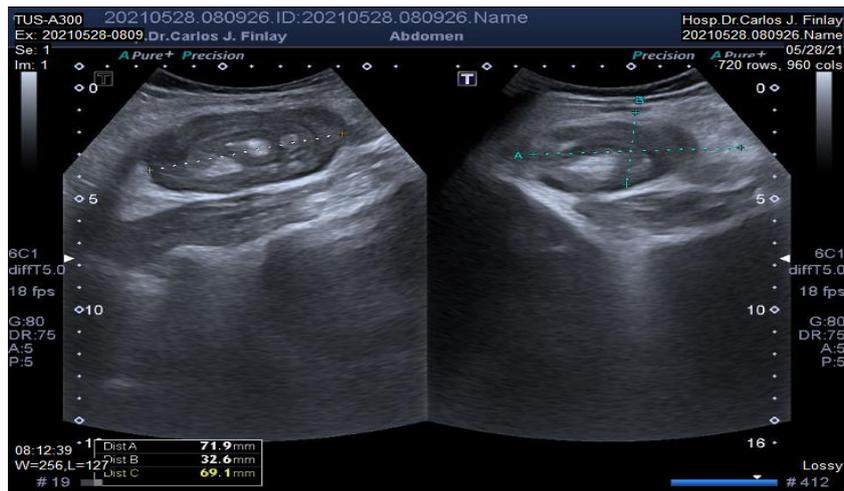
## **Caso clínico**

Paciente femenina de 45 años de edad, con antecedentes de cirugía por “pólipos intestinales” y por una oclusión intestinal por bridas. Acudió al cuerpo de guardia del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay” con dolor abdominal difuso, asociado en ocasiones a vómitos y diarreas. Al examen físico el único hallazgo positivo fue una masa abdominal palpable en fosa ilíaca derecha (FID). Se decide iniciar el estudio imagenológico con una radiografía de abdomen simple anteroposterior en bipedestación y ultrasonido abdominal. En el primer examen no se observaron signos radiológicos de oclusión mecánica, se vio un luminograma normal y un solo nivel hidroaéreo dependiente del estómago, además de opacidad de partes blandas en proyección de FID, hallazgo similar se visualizó en el topograma (figura 1) de la tomografía computarizada (TC), que se indicó posteriormente.



**Figura 1.** Topograma de TC simple de abdomen: área de opacidad de partes blandas en proyección de FID con extensión a flanco homolateral, que abomba la línea properitoneal de ese lado.

La ecografía abdominal (figura 2) de urgencia logra definir “imagen en diana” en un corte transversal a la masa palpada en FID y en un corte longitudinal la imagen de “intestino dentro de intestino”, que midió (71,9 x 32,6 x 69,1) mm, por lo que se planteó como probable diagnóstico una invaginación intestinal, que por la localización es compatible con una invaginación ileocólica. En ambos cortes se define la grasa mesentérica hiperecogénica acompañando al asa invaginante dentro del asa receptora.



**Figura 2.** Ecografía abdominal: se observa en corte transversal “imagen en diana” y en el corte longitudinal la imagen de “intestino dentro de intestino” en proyección de la masa palpable en FID.

Se decide realizar una tomografía computarizada (TC) de abdomen simple (Figura 3) con el objetivo de buscar alguna tumoración causante de la invaginación, otros hallazgos secundarios a esta, así como complementar los hallazgos radiológicos y ecográficos (Figura 4) hasta ese momento encontrados. Efectivamente se precisó imagen polipoidea intestinal como probable causa de la invaginación. No se definieron imágenes sospechosas de metástasis secundarias a tumor maligno intestinal, por este estudio.



**Figura 3.** TC de abdomen simple: corte axial donde se observa “imagen en diana” conformada por las paredes del asa invaginante (íleon terminal) y la

receptora (colon derecho) y el contenido hipodenso (líquido) dentro de ambas. También se define imagen redondeada, isodensa con respecto a la pared del asa invaginante y adosada puntual y posteromedialmente a esta, en relación tumor causante de la invaginación. Existió contacto de dicha masa con el peritoneo parietal (anterolateral) y el músculo psoas derecho (posteromedial).



**Figura 4.** TC de abdomen simple: corte axial y reconstrucciones coronal y sagital, donde se observa la “imagen en diana”, cuyo centro en el corte presentado, lo constituyen la imagen polipoidea isodensa con respecto a la pared del asa invaginada y la grasa mesentérica (hipodensa) adyacente a esta asa; así como en ambas reconstrucciones se observó la imagen de “intestino dentro de intestino”.

La cirugía corroboró el diagnóstico imagenológico y se envió pieza quirúrgica a anatomía patológica para diagnóstico definitivo. No existieron complicaciones en el posoperatorio inmediato y mediato.

### **Comentarios**

En el adulto la sintomatología de la invaginación intestinal puede ser inespecífica pero se han descrito cuadros de dolor abdominal y oclusión intestinal intermitente con sintomatología gastrointestinal vaga,<sup>(1, 8, 9)</sup> similar al cuadro clínico presentado de este paciente.

Sumado a la clínica del paciente es mandatorio recurrir a estudios complementarios como imágenes para llegar al diagnóstico. Los estudios de laboratorio no arrojan datos de valor si no hay sufrimiento intestinal, perforaciones o cuadro oclusivo de varios días de evolución.<sup>(10)</sup> La intususcepción en adultos es inusual y desafiante y requiere de habilidad

diagnóstica preoperatoria.<sup>(1)</sup> La radiografía de abdomen simple suele ser la primera herramienta de imagen a tener en cuenta. Puede ayudarnos a identificar si existe o no obstrucción intestinal y a localizarla pero la información que proporciona es bastante inespecífica, solo cuando existen luminogramas patológicos con signos radiológicos asociados a invaginación intestinal (signo del menisco o la imagen en “muela de cangrejo”), aumenta la especificidad. La ecografía abdominal constituye hoy junto a la TC la principal herramienta diagnóstica.<sup>(11)</sup> La ecografía abdominal es un método ampliamente utilizado en todos los grupos etarios, presenta signos característicos que con clínica compatible son diagnósticos de invaginación intestinal tanto en corte transversal (signo de la diana: estructura concéntrica formada por anillos hipocogénicos que corresponde a las paredes edematosas de las asas intestinales y por anillos hiperecogénicos que representan el espacio entre las asas y el tejido mesentérico) como en corte longitudinal (signo del pseudoriñón y signo de la salchicha).<sup>(5, 7, 9, 12)</sup> La TC es el estudio de imagen con más sensibilidad para el diagnóstico con un rango de especificidad del 58 al 100 %<sup>(1)</sup> Se han descrito tres tipos de presentación en la TC que reflejan la duración y severidad del proceso. En general el aspecto es de una masa de tejido blando, compuesto del intususciens externo y del intususceptum central con un área excéntrica de densidad de grasa dentro de la masa, que corresponde a la grasa mesentérica invaginada, pudiendo verse los vasos mesentéricos dentro de esta. La forma más temprana de presentación es lo que se describe como “*target*” o “diana”, observado en cortes transversales y axiales. Una segunda etapa es una masa con “forma de salchicha” (*sausage shaped*) que se ve en reconstrucciones coronales y sagitales y representa la pared intestinal y grasa mesentérica. En la etapa más tardía se aprecia una masa reniforme generada por edema, engrosamiento mural y compromiso vascular.<sup>(7, 11, 13)</sup> La TC puede ofrecer también información adicional como la presencia de metástasis o linfadenopatías lo que sugiere una enfermedad subyacente.<sup>(3)</sup>

La invaginación intestinal es una afección infrecuente en la edad adulta donde los hallazgos imagenológicos son fundamentales para el diagnóstico adecuado y en la evaluación de la conducta terapéutica. La cirugía corroboró el diagnóstico imagenológico de invaginación ileocólica secundaria a tumoración intestinal, que por anatomía patológica resultó ser un pólipo adenomatoso.

## Referencias bibliográficas

1. Beauregard Ponce GE, Montes Beauregard FF. Intususcepción en adulto. Reporte de un caso. Salud en tabasco. 2020 [acceso: 16/12/2022]; 26 (1): 48 – 50. Disponible en: [https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/48\\_1.pdf](https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/48_1.pdf)
2. Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Roldán Aviña JP. Invaginación intestinal entero-entérica por lipoma intraluminal. Cir Andal. 2022 [acceso: 16/12/2022]; 33 (1): 64 – 6. Disponible en: [https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2022/Cir\\_Andal\\_vol3\\_3\\_n1\\_16.pdf](https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2022/Cir_Andal_vol3_3_n1_16.pdf)
3. Brito Vázquez M, Vázquez Rodríguez MA, Ramos Lage M, Pérez Rodríguez LM. Invaginación intestinal en el adulto secundaria a pólipo mesenquimatoso. Presentación de un caso. Gac. Méd. Espirit. 2020 [acceso: 16/12/2022]; 22 (2): 120 – 130. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2069>
4. Hidalgo Mora OF, Marina Martínez I. Intususcepción intestinal en la población pediátrica vs. Población adulta: revisión de tema. Ciencia y salud. 2021 [acceso: 16/12/2022]; 4 (6): 81 – 6. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/203>
5. Sibaja Castro CE, Grasa Diaz J, Fernández Cisneros V, Oliva Fonte C, García Casado D, Pereda Rodríguez J. Invaginación intestinal. ¿Cuál cabeza produce la invaginación? SERAM. 2019 [acceso: 16/12/2022]; 1 – 14. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/184/167/334>
6. Vázquez Añorve J, Hernández Rosario JM, Albarrán Gómez GR, Castañeda Rodríguez D. Invaginación intestinal en adulto secundario a tumoración, reporte de un caso. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2022 [acceso: 16/12/2022]; 6 (4): 3767 - 77. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3137/4794>
7. Alvayay Quilodrán P, Schiappacasse Faúndes G, Labra Weitzler A, De La Barra Escobar C. Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. Acta Gastroenterol Latinoam. 2015 [acceso: 16/12/2022]; 45

- (4): 323 – 32. Disponible en: <https://actagastro.org/invaginaciones-intestinales-en-adultos-la-vision-del-radiologo-2/>
8. Torrecillas Cabrera MM, Revelles Paniza M, Milena Muñoz A. Invaginación intestinal como simulador de abdomen agudo en paciente joven. RAPD online. 2021 [acceso: 16/12/2022]; 44 (2): 78 – 80. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2016/39/6/08>
9. Pereira Recio H. Diagnóstico ecográfico de la invaginación intestinal en el adulto. Reporte de un caso. Archivo Médico de Camagüey. 2007 [acceso: 16/12/2022]; 11 (1): 1 – 7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117844014>
10. Acosta Brunaga LD, Berdejo Bareiro JC, Kang Kwon A. Invaginación intestinal en el adulto joven por tumor miofibroblástico inflamatorio. Reporte de caso. Rev. Nac. (Itauguá). 2021 [acceso: 16/12/2022]; 13 (1): 89 – 100. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-81742021000200089](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742021000200089)
11. Cristóbal Poch L, Trébol López J, González Gómez C, Álvarez Peña E, González Pessolani T, Guerra PASTRIÁN L, et al. Invaginación cólica en el adulto. Nuestra experiencia en 13 años. Rev Acircal. 2015 [acceso: 16/12/2022]; 2 (1): 28 – 46. Disponible en: [https://www.evento.es/revistaACIRCAL/03/04.Original3\\_Invag%20colicas\\_HULP.pdf](https://www.evento.es/revistaACIRCAL/03/04.Original3_Invag%20colicas_HULP.pdf)
12. Silva H. Jorge, Jurado D. Mireya, Avalos G Carmen. Invaginación intestinal en adultos: Espectro de imágenes y causas frecuentes. Revista Federación Ecuatoriana de Radiología e Imagen. 2017 [acceso: 16/12/2022]; 10 (1): 13 – 8. Disponible en: [https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/1\\_marzo/ec/invagilnva\\_ginacion\\_esp.pdf](https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/1_marzo/ec/invagilnva_ginacion_esp.pdf)
13. Marcelino J, De Jesús C, Mota A, Fleck J. Intususcepción intestinal en adultos: presentación de un caso con revisión de literatura. UCE Ciencia. Revista de postgrado. 2020 [acceso: 16/12/2022]; 8 (2): [aprox. 11 pant.]. Disponible en: <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/192>