

Título: Invaginación intestinal, reporte de dos casos

Dra. Evelyn Odalis León González¹ <https://orcid.org/0000-0002-4894-0443>

Dra. Idis Danet Nager Stuart¹ <https://orcid.org/0000-0002-8110-1385>

Dra. Johana Rivera Escobio¹ <https://orcid.org/0000-0001-5863-3407>

¹ Hospital Militar Central “Carlos Juan Finlay “. La Habana, Cuba.

Resumen:

Introducción: La intususcepción intestinal es una patología en la que un segmento intestinal y su mesenterio se invaginan al segmento intestinal contiguo. Su etiología puede ser benigna, maligna o idiopática. La mayoría se presentan en pacientes pediátricos, pero hasta un 5% se documentan en pacientes adultos y su principal etiología en este grupo etario son las neoplasias. **Presentación de caso:** Se presentan dos casos de invaginación intestinal, uno de tipo ileo-cólica y otro yeyuno-yeyunal, en dos adultos que acuden a consulta con cuadro de dolor abdominal y síntomas de oclusión intestinal. En ambos casos el diagnóstico imagenológico se realizó a través de la tomografía, identificándose los signos clásicos de esta afección. El tratamiento fue quirúrgico en ambos casos y la causa fue tumoral. **Conclusiones:** En esta afección los estudios imagenológicos, constituyen pautas fundamentales para un diagnóstico temprano y una conducta quirúrgica urgente.

Palabras Claves: Intususcepción, obstrucción intestinal.

Introducción:

La intususcepción se define como la invaginación de un segmento del tracto gastrointestinal en la luz de un segmento adyacente. ⁽¹⁾ Esta afección constituye la segunda causa de dolor abdominal en niños, solamente superado por la apendicitis, sin embargo, es rara su incidencia en la población adulta, representando solo 5-10% de todos los casos de invaginación. ⁽²⁾

El síntoma más común es el dolor (70-100%) seguido de los vómitos. Puede asociarse a signos como timpanismo, distensión abdominal, aumento de la peristalsis y masa palpable. ⁽³⁾

Se clasifica según 4 variantes anatómicas: entero-entérica, que afecta solo al intestino delgado; colo-cólica, que interesa el intestino grueso; ileocecal, que involucra la válvula de igual nombre e íleo-cólica o entero-cólica, cuando es el íleon terminal quien se introduce a través del colon ascendente. También se puede tener en cuenta para la clasificación la etiología de la invaginación diferenciándola en benigna, maligna o idiopática. En los adultos la causa más frecuente es la tumoral. ^(3,4)

La imagenología tiene un papel importante para el diagnóstico. No es raro que el primer estudio imagenológico indicado sea la radiografía simple, que puede mostrar signos inespecíficos de obstrucción intestinal y orientar al diagnóstico en el 60% de los casos. Sin embargo, esta modalidad carece de sensibilidad y especificidad para un diagnóstico certero. La ecografía ofrece más datos cuando se visualiza el clásico signo de la rosquilla o de la diana. ⁽⁵⁾ Más recientemente se ha descrito una variación del mismo que constituye el signo de la medialuna en forma de rosquilla, este consiste en la disposición de anillos hiperecogénicos e hipoeecogénicos dispuestos de forma concéntrica y alterna q corresponden a las capas mucosas, muscular y submucosa de los intestinos, el mesenterio, en su función como intususceptum, conforma la imagen de media luna. Por último y superando a las modalidades anteriores la Tomografía Computada ofrece mayor sensibilidad siendo útil en el diagnóstico de hasta el 72% de los casos. ^(6,7)

Este trabajo tiene como objetivo presentar dos casos de una entidad poco frecuente en la población adulta: la invaginación intestinal.

Casos clínicos:

Caso 1:

Paciente masculino de 43 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial controlada, que acude con cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución de intensidad creciente (EVA 10/10), asociado a distensión abdominal importante, náuseas y vómitos. Al examen físico se constata abdomen distendido doloroso a la palpación de predominio en hemiabdomen inferior, sin datos de irritación peritoneal, con peristalsis ausente. Los exámenes de laboratorio no presentaron anomalías. Se indicó TC abdominal se encontró un patrón obstructivo con niveles hidroaéreos e importante dilatación de las asas del intestino delgado, que se relacionó con una intususcepción ileo-cólica que se constató. En el acto quirúrgico, de causa tumoral (figura 1 y 2).

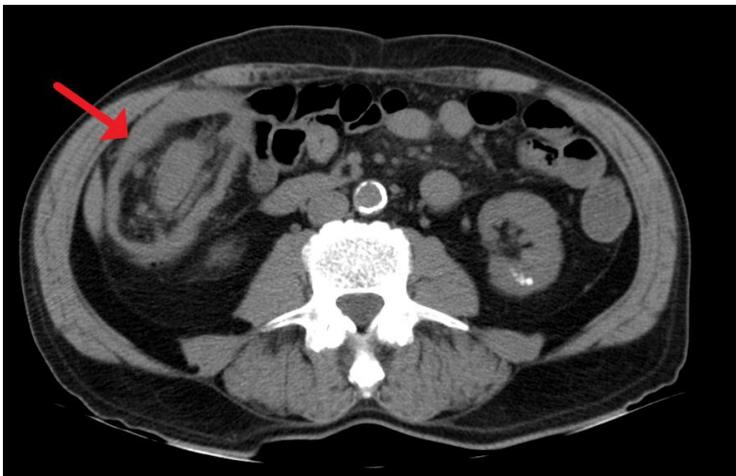


Fig. 1. Tomografía axial computarizada de abdomen simple, corte axial. Se observa segmento invaginado, con adenopatías de aspecto maligno en su interior, mostrando el típico signo de "salchicha" (flecha roja). **Fuente:** Tomado del archivo del Hospital Militar Central: "Carlos Juan Finlay".

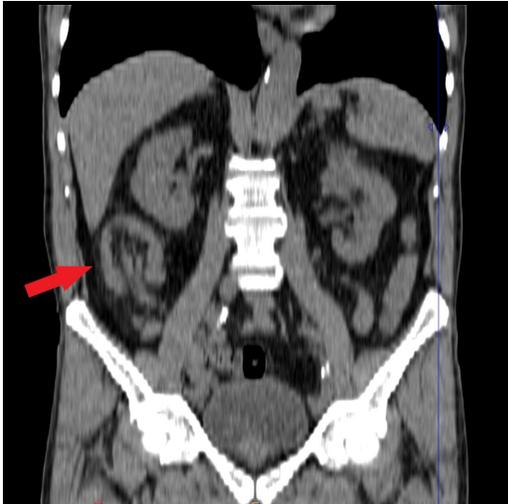


Fig. 2. TC de abdomen simple, reconstrucción multiplanar coronal. Se observa el signo de la copa invertida (flecha roja). **Fuente:** Tomado del archivo del Hospital Militar Central: "Carlos Juan Finlay".

Caso 2:

Se trata de un hombre de 55 años de edad que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dos años de evolución de dolor abdominal intermitente que se exacerbó en las últimas semanas, sin pérdida de peso. No tenía antecedentes quirúrgicos abdominales, ni otros antecedentes personales ni familiares de interés.

En el examen físico, el abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación derecha, sin signos de irritación peritoneal. En el hemiabdomen derecho, se palpaba una masa de 2 x 5 cm de diámetro. En los exámenes de laboratorio no se encontraron anomalías. Se realiza TC de abdomen simple donde se observó un asa delgada intususceptora y el asa intususcipiente, con vasos y grasa mesentérica entre ambas, asociado a dilatación marcada de asas intestinales delgadas proximales (fig. 3 y 4). Requirió tratamiento quirúrgico, constatándose invaginación yeyuno yeyunal, de causa tumoral.

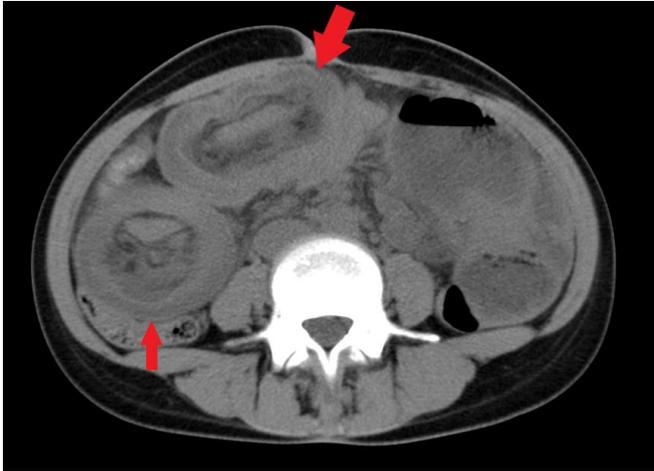


Fig. 3. Tomografía axial computarizada de abdomen simple, corte axial. Signo de la diana (flechas rojas). **Fuente:** Tomado del archivo del Hospital Militar Central: “Carlos Juan Finlay”.



Fig. 4. Tomografía axial computarizada de abdomen simple, reconstrucción multiplanar coronal. Signo de la salchicha (flecha roja). **Fuente:** Tomado del archivo del Hospital Militar Central: “Carlos Juan Finlay”.

Comentarios:

El primer caso de intususcepción intestinal fue reportado por Bardette en 1674, y la primera descripción de su manejo quirúrgico fue realizada en 1871 por Sir Jonathan Hutchinson¹. Si bien las intususcepciones intestinales se presentan predominantemente en la edad pediátrica, alcanzando hasta un 95% de los casos, el 5% restante se presentan en la edad adulta. ⁽⁸⁾

Su etiología incluye formas idiopáticas, causas tumorales y otras condiciones menos frecuentes como adherencias, hiperplasias linfoides, fibrosis quística, esclerodermia, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal y cuerpos extraños. Los tumores son la causa más frecuente de invaginación intestinal en adultos. Entre los tumores benignos destacan los pólipos (lipomas, hamartomas, leiomiomas, neurofibromas, adenomas inflamatorios), o el divertículo de Meckel; entre los malignos, las metástasis, linfomas, sarcomas o melanomas. ⁽⁹⁾

La presentación clínica en el adulto varía de forma importante en relación con la presentación en el paciente pediátrico. La mayoría de los pacientes afectados reportan una obstrucción intestinal parcial de evolución crónica, acompañados de náusea, vómito, sangrado gastrointestinal, cambios en los hábitos intestinales, constipación o distensión abdominal. ⁽¹⁰⁾

Sumado a la clínica del paciente es mandatorio recurrir a estudios complementarios como imágenes para llegar al diagnóstico. Los estudios laboratoriales no arrojan datos de valor si no hay sufrimiento intestinal, perforaciones o cuadro oclusivo de varios días de evolución. Las opciones diagnósticas por imagen como la radiografía de abdomen pueden mostrar asas de intestino delgado dilatado con niveles hidroaéreos. La ecografía es el estudio de elección para diagnosticar invaginación en pacientes pediátricos. Permite visualizar la imagen en diana o donut, resultados de múltiples círculos concéntricos que representan capas alternantes de mucosa, pared abdominal y grasa mesentérica. ⁽¹¹⁾

La tomografía computarizada (TC) de abdomen es «el estándar de oro» (gold standard) para diagnosticar invaginación intestinal en el adulto. Además de diagnosticar, permite llegar al diagnóstico subyacente de la enfermedad (punto guía) y valorar complicaciones (obstrucción intestinal, isquemia y perforación). (11, 12)

En la TC, la invaginación intestinal se presenta como una masa en forma de “salchicha” en el corte longitudinal y como una masa en diana en el corte transversal, por el efecto de la pared intestinal y el mesenterio dentro de la luz. Su rango de precisión diagnóstica es entre 58 % y 100 %. A diferencia de los pacientes pediátricos, no se recomienda la reducción hidrostática como método de tratamiento, debido a la gran probabilidad de malignidad, por lo cual la sugiere la resección primaria, siempre que sea posible. (13, 14)

La intususcepción intestinal es una condición rara que requiere un diagnóstico temprano y un manejo oportuno. Estos casos muestran el uso apropiado de imágenes para realizar un diagnóstico preoperatorio temprano y planear el manejo quirúrgico del paciente, obteniendo una buena evolución y un desenlace posoperatorio exitoso.

Bibliografía:

¹Panzer F et al. Intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy. World J Methodol [Internet]. 2021 May [cited Nov 23];11(3):81-87. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2222-0682/full/v11/i3/81.htm>

² Morais S, Santos C, Mourato M, Mopgne T, Santod G. Intestinal intussusception: a shocking Diagnosis. Cureus [Internet] 2022 May [cited Nov 23]; 14(5):e25368. Disponible en: doi.org/10.7759/cureus.25368

³ Alwayay P, Schaiappacasse G, Labra A, de la Barra C. Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. Act Gastro Lat [Internet]. 2015 Dic

[cited Nov 23]; 45(4):3323-332. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199343433011>

⁴ Paramythiotis D, Goulas P, Moysidis M, Papavramidis T, Michalopoulos A. Bowel intussusception in adults: a report of three interesting cases and current management. Hippokratia [Internet] 2019 Jan-Mar [cited Nov 23]; 23(1):37-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32256038/>

⁵ Zaghrine et al. Invaginación ileo-ileo-cecal idiopática en una mujer de 25 años. Am J Caso Rep [Internet] Jun 2019 [citado 23 Nov];20:872-876. Disponible en: <https://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/914110>

⁶ Yu M, Lee KH, Li YL. The crescent-in-doughnut sign in intussusception. Abdom Radiol (NY) [Internet] May 2018 [cited Nov 23];43(5):1266-1267. <https://doi.org/10.1007/s00261-017-1266-5>

⁷ Shenoy S. adult intussusception: A case series and review. World J Gastrointest Endosc. [Internet] 2017 May [cited Nov 23];9(5):220-227. Available from: <http://www.wjgnet.com/1948-5190/full/v9/i5/220.htm>

⁸ Márquez-Ustariz Alfonso C., Singh-Boscan Carla S., Pinto-Lesmes Ernesto. Intususcepción intestinal por linfoma de Burkitt en un paciente adulto. Primer reporte en Latinoamérica. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2022 Oct [citado 2022 Dic 23] ; 90(5): 693-696. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000500693&lng=es

⁹ Brito Vázquez Mányeles, Vázquez Rodríguez María de los A., Ramos Lage Miladys, Pérez Rodríguez Liset María. Invaginación intestinal en el adulto secundaria a pólipo mesenquimatoso. Presentación de un caso. Gac Méd Espirit [Internet]. 2020 Ago [citado 2022 Dic 22] ; 22(2): 120-130. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000200120&lng=es

¹⁰ Vázquez Añorve J, Hernández Rosario JM, Albarran Gómez GR, Castañeda Rodríguez D. Invaginación intestinal en adulto secundario a tumoración, reporte de un caso. Ciencia Latina [Internet]. 11 de octubre de 2022 [citado 23 de noviembre de 2022];6(4):3767-76. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3137>

¹¹ 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) [Internet]. 30 de diciembre de 2021 [citado 22 de diciembre de 2022];13(2):90-101. Disponible en: <http://revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/57>

¹² Morataya-López E, Galindo-Berqueffer H, Molina-Medina A, Castillo-Oloroso G. Intususcepción en dos pacientes adultas. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.) [Internet]. 9 de junio de 2022 [citado 22 de diciembre de 2022];161(2):164-7. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/470>

¹³ H. W. Ana Claribel, M. H. Rey Augusto, R. E. Johana, M. M Armando Manuel. Invaginación intestinal en el adulto. Espectro de signos imagenológicos a propósito de un caso. V Congreso Cubano de Imagenología. Octubre 2019. Citado: 23 de noviembre de 2022. Disponible en: <http://imagenologia2019.sld.cu/index.php/imagenologia/imagenologia2019/paper/view/201/166>

¹⁴ Bahena-Aponte Jesus A., Torres Carrillo Juan Carlos. Intususcepción ileosigmoidea en adulto: Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2016 Oct [citado 2022 Nov 23]; 36(4): 354-356.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000400011&lng=es.