

Intususcepción en adulto. Reporte de un caso

Gustavo Esteban Beauregard Ponce,⁽¹⁾ Frida Fernanda Montes Beauregard⁽²⁾

gustavoesteban739@hotmail.com

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.^{1,2}

Es una entidad rara en los adultos y ocurre en 1% de los casos de oclusiones intestinal y según otros autores ocurren de 2 a 3 casos por 1 000 000 de personas al año.³

Según su ubicación anatómica se clasifica en 4 tipos: Cólica cuando involucre al colon, entérica cuando solo involucra al intestino delgado, ileocecal en la cual la válvula ileocecal actúa como punto guía de la intususcepción e ileocolica cuando el íleon terminal se invagina a través de la valvula ileocecal hacia el colon.^{3,4}

Cualquier aumento del volumen de los tejidos en la luz intestinal, ya sea por inflamación de la mucosa o por una lesión con efecto de masa, puede actuar como punto de partida; esto acompañado de una actividad hiperperistáltica, ocasiona que un segmento de intestino se proyecte hacia la luz intestinal adyacente.⁵

Debido a su presentación infrecuente, no existen estudios multicéntricos de gran tamaño que investiguen su manejo en la vida adulta.⁶

La tomografía axial computarizada es considerada actualmente como el estudio con mayor sensibilidad para confirmar la intususcepción.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 46 años de edad la cual inicia su padecimiento actual tres meses antes de su ingreso con dolor abdominal de tipo cólico localizado en mesogastrio e irradiado al resto del abdomen; se acompaña de náuseas y en ocasiones de vómitos de contenido gastrointestinal.

Acude a facultativo el cual solo prescribe antiespasmódicos y abundantes líquidos. Presenta discreta mejoría, pero posteriormente continua con las manifestaciones clínicas anteriormente descritas agregándose hipertermia hasta de

38 grados. Asiste nuevamente a facultativo el cual indica medicamentos antipiréticos.

La paciente continua por más tiempo presentando dolor de tipo cólico motivo por el cual disminuye la ingesta oral de alimentos y empieza a perder peso.

Asiste por ultimo al servicio de urgencias de nuestro hospital. A la exploración física paciente consciente, intranquila, con mucosa oral regularmente hidratada. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con distensión generalizada, con resistencia muscular involuntaria, peristalsis ausente y signo de rebote +.

Solicitamos TAC de abdomen la cual muestra Intususcepción intestinal motivo por el cual se decide mejorar condiciones generales y prepararla para cirugía.

Se realiza Laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos:

Distensión de asas de intestino delgado, (Fig. 1), Intususcepción ileoileal con necrosis del segmento involucrado (Fig. 2 y 3), tumoración intestinal (Fig. 4) y anastomosis termino-terminal (Fig. 5).



Figura 1. Dilatación de asas intestinales

⁽¹⁾ Profesor investigador de la División de ciencias de la salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

⁽²⁾ Estudiante del tercer semestre de la licenciatura de Médico Cirujano en la Universidad Anahuac, Queretaro, México.



Figura 2 Intususcepción intestinal



Figura 3. Isquemia del área con intususcepción



Figura 4 Tumoración intestinal



Figura 5. Anastomosis termino-Terminal

En el postoperatorio fue tratada con soluciones parenterales, antibióticos de amplio espectro y analgésicos. Es egresada de nuestra institución al sexto día del por su buena evolución

clínica
El reporte de patología: Pólipo fibrinoide inflamatorio y su comentario: Lesión fibrinoide benigna de tubo digestivo.

DISCUSIÓN

La intususcepción presentada como un cuadro inespecífico de oclusión intestinal en adultos es una entidad nosológica poco frecuente.⁷

Muchos estudios han encontrado que los síntomas crónicos son inespecíficos pero son los que se presentan con mayor frecuencia en los adultos como lo fue con nuestro paciente.⁸ Por lo anterior es necesario que el cirujano sospeche este cuadro ya que de retrasar el diagnóstico las complicaciones que se presenten pueden ser letales.

Ya sabemos que en el adulto la sintomatología puede ser inespecífica pero se han descrito cuadros de dolor abdominal y oclusión intestinal intermitente con sintomatología gastrointestinal vaga, similar al cuadro clínico presentado en nuestro paciente.¹⁰

La literatura informa que el 63% de los casos de intususcepción en adultos se debe a un tumor, 50% de los cuales son malignos¹¹

Entre las lesiones benignas que causan invaginación en los adultos, están los pólipos inflamatorios, lipomas, Leiomioma, el divertículo de Meckel y las adherencias postoperatorias.¹² y entre las malignas, se incluyen tumores primarios como los carcinoides, adenocarcinomas, pólipos malignos, tumores del estroma gastrointestinal, leiomiomas, linfomas y tumores metastásicos, con mayor frecuencia los melanomas.¹³ El pólipo fibrinoide inflamatorio fue descrito por primera vez en 1949 por Vanek como un granuloma submucoso gástrico con infiltración eosinofílica.

Helwig y Ranier idearon el término aceptado generalmente en 1953 como pólipo fibrinoide inflamatorio.¹⁴⁻¹⁵

El pólipo fibrinoide inflamatorio es una rara lesión benigna del tracto gastrointestinal que se puede desarrollar en diferentes localizaciones siendo la más común en el antro gástrico (66 al 75%), seguida del intestino Delgado (18 al 20%), colon (4 al 7%), vesicular biliar (1%), esófago y apéndice (1%).¹⁶

CONCLUSIÓN

La intususcepción en adultos es inusual y desafiante y requiere de habilidad diagnóstica preoperatoria.

La tomografía axial computarizada es el estudio de imagen con más sensibilidad para el diagnóstico con un rango de especificidad del 58 al 100%.¹⁷

La exploración quirúrgica es el principal medio diagnóstico y que además permite realizar el tratamiento definitivo el cual consiste en la resección intestinal y anastomosis termino-terminal.

REFERENCIAS

- Oscar Zumaran Cuèllar CRVPVCHOM. Intususcepcion en el aduto Mexico D.F.: ABC; 2006.
- AG C. Intususception in adults. Am J Surg. 1969; 117: p. 735-738.
- Yalamarti S SR. Adult Intususception: Case reports and review of literatura. Postgrad Med J. 2005; 81: p. 174-177.
- DL STB. Adult Intususception: A case series and review. Worl J Gastrointest Endoscopic. 2017; 9: p. 220-227.
- Fernando Aguirre ASPPDSPLYA. Intususcepcion como causa de obtruccion intestinal en el adulto: Un desafio para los cirujanos. Rev. colombiana de Cirugia. 2019; 34: p. 79-86.
- Marinis A YASLDNV. Intususception of the bowel in adults: A review. World J gastroenterol. 2009; 15: p. 407-411.
- MA D. Intususcepcion: Diagnóstico y manejo en niños y adultos. revista Medica de Costa Rica y Centroamerica. 2016; LXXIII: p. 555-559.
- Gupta V DRBKYTJKKNea. Adult Intususception in Northern India. Int J Surg. 2011; 9: p. 297-301.
- Ghaderi H JAAADS. Clinical presentation, diagnosis and treatment of adult intususception, 20 years survey. Int J Surg. 2010; 8: p. 318-20.
- Groebli Y BDMP. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. Eur J Surg. 2001; 167: p. 518-524.
- Sachs M EA. Entero-ental invagination of the small intestine in adults. A rare cause of uncertain abdomen. Langenbecks Arch Chir. 1993; 378: p. 288-91.
- Ludvigsson JF NAMJOO. A large nationwide population-based case-control study of the association between intususception and later celiac disease. BMC Gastroenterol. 2013; 13: p. 89-91.
- S S. Small bowell metastases: Tumor markers for diagnosis and role of surgical palliation. J gastrointest cancer. 2016; 47: p. 210-213.
- Barussaud M RNBXdKBPP. Clinical spectrum and surgical a pproach of adult intususception: A multicentric study. Int J Colorectal Dis. 2006; 21: p. 834-839.
- BA. Vanek's tumor of the small bowel in adults. World J GASTROENTEROL. 2015; 21: p. 4802-4808.
- SA. Intususception due to inflammatory fibrinoid polyp: A case report and comprehensive literature review. World J gastroenterol. 2012; 18: p. 5745-5752.
- Gueye ML SIGMTSMTACMKODM. Adult ileoceacl intususception induced by adenomatous ileal polyp: Case report and literature review. Journal of surgical Case reorts. 2018; 9: p. 1-3.