



## Invaginación intestinal en adulto secundario a tumoración, reporte de un caso

Jesús Vázquez Añorve

[jesusgp4@hotmail.com](mailto:jesusgp4@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5221-0734>

José Manuel Hernández Rosario

[joma\\_hero91@hotmail.com](mailto:joma_hero91@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-6062-3304>

Gustavo Rodrigo Albarran Gómez

[gustavo.rodrigo.albarran.gomez@gmail.com](mailto:gustavo.rodrigo.albarran.gomez@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8249-2683>

Daniel Castañeda Rodríguez

[dr.danielcastaneda01@gmail.com](mailto:dr.danielcastaneda01@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6427-8584>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

### RESUMEN

La intususcepción es una causa rara de obstrucción intestinal en el adulto, representando entre el 1 % y el 5 % de todas las causas de obstrucción intestinal en este grupo etario. Se describen cuatro variantes anatómicas a) entero-entérica, involucrando únicamente intestino delgado, b) colo-cólica, involucrando solo colon, c) ileo-cólica, cuando el íleo terminal se prolapsa en el colon ascendente, d) ileo-cecal, cuando la válvula ileocecal es llevada al punto de intususcepción.

Casi el 90 % de los casos son secundarios a diferentes patologías, como son carcinomas, pólipos, divertículo de Meckel, divertículos colónicos y adherencias.

**Palabras clave:** Intususcepción, obstrucción intestinal, carcinomas

Correspondencia: [jesusgp4@hotmail.com](mailto:jesusgp4@hotmail.com)

Artículo recibido: 10 julio 2022. Aceptado para publicación: 20 agosto 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](#) 

Como citar: Vázquez Añorve, J., Hernández Rosario, J. M., Albarran Gómez, G. R., & Castañeda Rodríguez, D. (2022). Invaginación intestinal en adulto secundario a tumoración, reporte de un caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 3767-3776. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.3137](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.3137)

## Intestinal intussusception in an adult secondary to a tumor, a case report.

### ABSTRACT

Intussusception is a rare cause of intestinal obstruction in adults, representing between 1% and 5% of all causes of intestinal obstruction in this age group. Four anatomical variants are described a) entero-enteric, involving only the small intestine b) colo-colic, involving only the colon c) ileo-colic, when the terminal ileum prolapses in the ascending colon d) ileo-caecal, when the ileocecal valve is brought to the point of intussusception.

Almost 90% of cases are secondary to different pathologies, such as carcinomas, polyps, Meckel's diverticulum, colonic diverticula, and adhesions.

**Keywords:** Intestinal intussusception; intestinal obstruction.

### INTRODUCCIÓN

Primeramente, reportada en 1674 por el médico holandés Paul Barbette en Amsterdam, la intususcepción consiste en una rara forma de obstrucción intestinal, la cual se define como la invaginación de un segmento intestinal proximal, en el lumen de un segmento intestinal adyacente distal; llevando al paciente a presentar una obstrucción intestinal y exponiéndolo a riesgo de isquemia parietal, perforación y peritonitis (1). Si bien esta patología pudiese ser relativamente común en población pediátrica, con una incidencia estimada de 30 casos por cada 100 000 nacimientos vivos, entre los 6 y los 36 meses, es una entidad muy diferente en el adulto, ya que en este último representa solo 1 %-5 % de los casos de obstrucción intestinal y cerca del 5 % de todos los casos de intususcepción (2). Desde el punto de vista etiológico, en la población pediátrica pareciera que por lo regular tiene un origen benigno siendo suficiente el tratamiento neumático o hidrostático para su reducción y siendo el tratamiento de elección en hasta el 80 % de los pacientes, sin embargo, en el adulto casi el 90 % de los casos son secundarios a diferentes patologías, como son carcinomas, pólipos, divertículo de Meckel, divertículos colónicos y adherencias (2) (3). Los signos clínicos en el adulto, a diferencia de los casos pediátricos, son con frecuencia inespecíficos, dificultando su diagnóstico. (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009)

En el adulto, aproximadamente el 65 % de los casos serán secundarios a patologías malignas, por lo que estos requerirán de un tratamiento definitivo como es la resección quirúrgica. (2) (5)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Reportamos el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, sin historia de enfermedades crónicas de generativas, ni antecedentes quirúrgicos, quien ingresa al servicio de urgencias del Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la independencia", refiriendo un cuadro clínico de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal intenso, de inicio súbito posterior a la ingesta de alimentos, acompañado de náusea y vómito en numerosas ocasiones, además de evacuaciones diarreicas con sangre, acudiendo a valoración con médico particular, quien inicia tratamiento analgésico no especificado sin mejoría clínica, por lo que acude a nuestra unidad.

## JUSTIFICACIÓN

La intususcepción es una causa rara de obstrucción intestinal en el adulto, representando entre el 1 % y el 5 % de todas las causas de obstrucción intestinal en este grupo etario.

(2) Consiste en el desplazamiento de un segmento intestinal proximal, denominado intussusceptum, dentro del lumen de un segmento distal llamado intussusciens. (1) Se describen cuatro variantes anatómicas anatómicas, a) entero-entérica, involucrando únicamente intestino delgado, b) colo-cólica, involucrando solo colon, c) ileo-cólica, cuando el íleo terminal se prolapsa en el colon ascendente, d) ileo-cecal, cuando la válvula ileocecal es llevada al punto de intususcepción. (2)

Casi el 90 % de los casos son secundarios a diferentes patologías, como son carcinomas, pólipos, divertículo de Meckel, divertículos colónicos y adherencias, motivo por el cual usualmente es requerida la resección quirúrgica de la porción intestinal afectada. (2) (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009) (6) A pesar de que el intestino delgado constituye más del 75 % del tubo digestivo la presencia de tumores en este órgano constituye apenas el 3 % de todos los tumores malignos del tubo digestivo. (7) (8)

El mecanismo por el cual se produce este fenómeno es desconocido, aunque se cree que puede iniciar por una lesión en la pared intestinal o dentro del lumen de este mismo, que produce una alteración en el movimiento peristáltico, produciendo un prolapso interno de un segmento intestinal en otro. (1) (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009) (6)

La localización más común de una intususcepción intestinal toma lugar en los puntos de unión entre segmentos que se mueven de forma libre y segmentos retroperitoneales o con adherencias. (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009)

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. (3) (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009)

El diagnóstico imagenológico suele realizarse con una tomografía computarizada abdominal, siendo el método más sensible (58 a 100 %). (9) Presentando signos característicos de “diana” y “salchicha”. Una ventaja de este estudio es que puede definir la localización de la lesión, la naturaleza de la masa y su relación con el tejido circundante, además de poder estadificar a un paciente en caso de sospechar intususcepción secundaria a un proceso maligno. (3) (Marinis, Yiallourou, Samanides, Dafnios, & Anastasopoulos, 2009) (10) (11)

### **PRESENTACION DEL CASO**

Se trata de masculino de 42 años de edad, que inicia su padecimiento 2 días previos a su internamiento al presentar vomito en numerosas ocasiones, 20 de contenido gástrico el cual se torna de características fecaloideas, acompañado de distensión abdominal, dolor que aumenta de intensidad y evacuaciones diarreicas con sangre en número de 3.

Niega antecedentes de importancia.

A la exploración física signos vitales TA 145/92, FC 98, FR 22, T 36.2 consciente, orientado, fascie algica, ligera palidez de piel y tegumentos, mal hidratación de mucosas, normocéfalo, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tórax simétrico, normolíneo, movimientos respiratorios aumentados, murmullo vesicular audible en ambos hemitorax, abdomen distendido, peristalsis ausente, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación superficial y profunda de intensidad que no corresponde con la exploración, difuso, sin predominio de localización, von Blumberg positivo, genitales acorde a edad y sexo, extremidades íntegras, resto de la exploración sin alteraciones.

Laboratorios: Hb 13.5 Hto 30 Leucos 18 Plaquetas 252 Tp 12.6 INR 1.0 TPT 27 Na 136 K 3.3

TC simple y contrastada de abdomen: datos de aparente invaginación yeyuno-ileal

(Figura 1) Distensión proximal a la intususcepción (flecha amarilla)



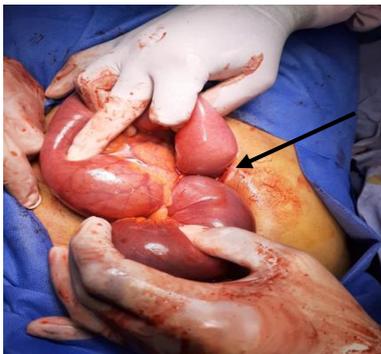
(Figura 2) Signo de “Diana” , Flecha amarilla. Continuación de segmento de intestino invaginado, flecha naranja.



Se coloca sonda nasogastrica y sonda foley, se inicia reanimacion con soluciones cristaloides, antibiotico de amplio espectro y se prepara para quirófano.

Se realiza incisión media supra infraumbilical, se dirige exploracion hacia intestino encontrando los siguientes hallazgos:

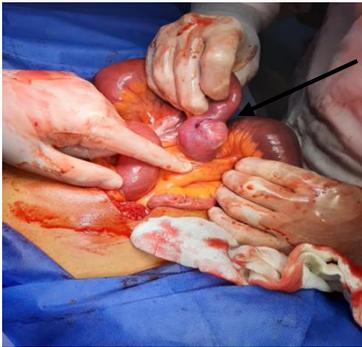
(Figura 3) Dilatación de asas de ileon proximales y distales al sitio de invaginación, el cual se muestra con la flecha negra



(Figura 4) Sitio de invaginación señalado por pinzas de disección



(Figura 5) Tumoración, flecha negra

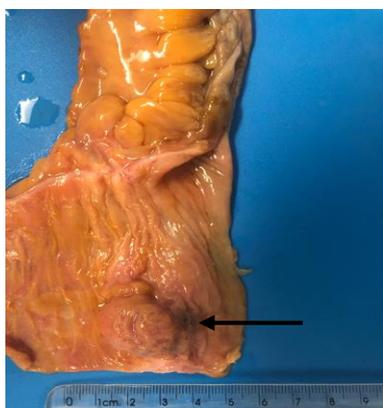


Se encuentra tumoración de aproximadamente 4 cm que compromete toda la luz intestinal, a 210 cm de ligamento de Treitz y 120 cm de la valvula ileocecal, segmento invaginado de 20 cm que corresponde a ileon, con segmento de intestino no viable de 40 cm. Se decide realizar resección de 60 cm de intestino, con margen de 10 cm proximal a la tumoración, se realiza entero entero anastomosis termino-terminal en un plano, se inspecciona mesenterio en busca de ganglios lo cual resulta negativo, se coloca drenaje tipo penrose dirigido a corredera parietocolica izquierda y hueco pelvico, se cierra cavidad por planos, se da por terminado acto quirúrgico, se envia pieza a patología.

El paciente cursa con adecuada evolución postoperatoria, inicia deambulacion temprana, se mantiene en ayuno durante 24 horas, con gasto por drenaje de características serohemáticas, escaso, con presencia de peristalsis y canalización de gases tras lo cual se inicia dieta líquida y progresión a tolerancia, con adecuada respuesta. Se da de alta al 3 día de postoperado, con referencia a unidad de cirugía oncológica con resultado de estudio de patología.

En el seguimiento del paciente, reporta el siguiente resultado histopatológico: Adenoma de tipo intestinal bien diferenciado invasor grado II.

(Figura 6) Vista macroscópica de tumor flecha negra, lesión exofítica de 3.4 cm de eje mayor por 1 cm, que obstruye aparentemente la totalidad de la luz



#### DISCUSION

La presencia de datos de obstrucción intestinal en el paciente acompañado de evacuaciones diarreicas sanguinolentas, además de dolor intenso que no corresponde con la exploración nos permitieron dilucidar un abdomen agudo de tipo isquémico con diagnósticos diferenciales tales como hernia inguinal estrangulada, volvulus, invaginación intestinal o tumoración, las cuales requieren de manejo quirurgico de urgencia. Apoyados con los estudios de imagen de alta resolución, se estableció el diagnóstico definitivo para un abordaje dirigido, lo cual repercutió en la evolución satisfactoria del paciente durante su cuadro agudo.

#### CONCLUSION

Una alta sospecha diagnostica en patologías de exclusión juegan un rol importante en el pronóstico del paciente, así como la identificación de un cuadro de obstrucción intestinal cuya resolución amerita manejo quirúrgico de urgencia. Ante la presencia de un tumor cuya presentación es una invaginación intestinal, el cirujano general es capaz de resolver el cuadro de urgencia sin perder de vista los principios básicos de la cirugía oncológica, reportando los hallazgos y refiriendo a un centro especializado una vez estabilizado el paciente.

## LISTA DE REFERENCIAS

1. Tarchouli M, Ait Ali A. Adult Intussusception: An Uncommon Condition and Challenging Management. *Visc Med.* 2020 Mayo; 37.
2. Gange E, Griego M, Myers S, Guenther T. Idiopathic adult intestinal intussusception: a rare cause of an acute surgical abdomen. *Journal of Surgical Case Reports.* 2020 Dec; 12.
3. Kim KH. Intussusception in Adults: A Retrospective Review from a Single Institution. *Open Access Emergency Medicine.* 2021; 13.
4. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World Journal of Gastroenterology.* 2009 January; 15(4).
5. Cusack J, Overman M, Kunitake H. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-small-bowel-neoplasms/print?search=tumores>.
6. Bordeianou L, Yeh DD. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults/print?search=tumores>.
7. Overman MJ, Kunitake H. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-features-and-types-of-small-bowel-neoplasms/print?search=tumores>.
8. Cusack JC, Overman MJ. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-staging-of-small-bowel-neoplasms/print?search=small>.
9. Bordeianou L, Yeh DD. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults/print?search=small>.
10. Morgan J, Raut CP, Duensing A. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis-of-gastrointestinal-stromal-tumors/print?search=tumores>.

11. Morgan J, Raut CP. [UpToDate].; 2021 [cited 2021 Julio. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/local-treatment-for-gastrointestinal-stromal-tumors-leiomyomas-and-leiomyosarcomas-of-the-gastrointestinal-tract/print?search>.
12. Report [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) INTRODUCCIÓN Intususcepción en adultos, André Víctor Baldin, David R, De Rungs Brown, Marivi Ruiz Gómez, Fernando Azcoitia Moraila, [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)-introducción-intususcepción-en-adultos
13. Journal Article, Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica, 2012, 03750906, Asocacion Mexicana de Gastroenterologia 153-156, Revista de Gastroenterologia de Mexico 77, 3, R. Franco-Herrera, M. Burneo-Esteves, J.Martin-Gil, A.Fabregues-Olea, D.Perez-Diaz, F. Turegano-Fuentes, invaginación-intestinal-en-el-adulto.-una-causa-infrecuente-de-obstrucción-mecánica
14. Report, Intususcepción en el adulto. Revisión de 14 casos y su seguimiento, M PGuillén-Paredes, A Campillo-Soto, J G Martín-Lorenzo, J A Torralba-Martínez, M Mengual-Ballester, M J Cases-Baldó, J L Aguayo-Albasini, intususcepción-en-el-adulto.-revisión-de-14-casos-y-su-seguimiento
15. Journal Article, Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española, 2009, 12, 0009739X, 358-362, Cirugia Espanola, 86, 6, Francisco J. Morera-Ocón, Eugenia Hernández-Montes, Juan C. Bernal-Sprekelsen, invaginación-intestinal-en-el-adulto:-presentación-de-un-caso-y-revisión-de-la-literatura-médica-española
16. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española, Francisco J. Morera-Ocón, Eugenia Hernández-Montes y Juan C. Bernal-Sprekelsen, CIR ESP. 2009; 86 (6): 358-362
17. Report, Invaginación intestinal en el adulto: causa excepcional de obstrucción intestinal mecánica. Objetivos Docentes, María Teresa Corbalán Sevilla, Rebeca Vara Cilla, Lara Núñez Moreno, Juan Vega Villar, Francisco Ballesta Vicente, Jorge Cobos Alonso, invaginación-intestinal-en-el-adulto:-causa-excepcional-de-obstrucción-intestinal-mecánica.-objetivos-docentes
18. Journal Article, Intususcepción en adultos: todavía un reto diagnóstico para el cirujano, 2022, 5, 03750906, Elsevier BV, Revista de Gastroenterología de México, F.E. Alvarez-Bautista, P. Moctezuma-Velázquez, A.S. Pimienta-Ibarra, O. Vergara-Fernández, N. Salgado-Nesme, intususcepción-en-adultos:-todavía-un-reto-diagnóstico-para-el-cirujano
19. Journal Article, Ciencias de la Salud Artículo de revisión Intestinal invagination: Clinical aspects in pediatric patients Invaginaçã intestinal: Aspectos clínicos em pacientes pediátricos, 240-256, 6, Cristhian I, Ramiro Vergara-Macías, Johnny II, Javier Zambrano-Mendoza, <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>, ciencias-de-la-salud-artículo-de-revisión, intestinal-invagination:-clinical-aspects-in-pediatric-patients-invaginaçã-intestinal:-aspectos, clínicos-em-pacientes-pediátricos
20. Journal Article, Gaceta Médica Espirituana, 1608-8921, <https://orcid.org/0000-0003-4852-3946> gaceta-médica-espirituana