



CASO CLÍNICO

Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica

R. Franco-Herrera*, M. Burneo-Esteves, J. Martín-Gil, A. Fabregues-Olea, D. Pérez-Díaz y F. Turégano-Fuentes

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 16 de noviembre de 2011; aceptado el 9 de abril de 2012

Disponible en Internet el 24 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Invaginación intestinal;
Lipoma;
Melanoma;
Intestino delgado

Resumen La invaginación intestinal constituye una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del adulto. Presentamos 2 casos clínicos de invaginación intestinal con diferentes etiologías, en el primer caso la causa subyacente fue un lipoma, mientras que en el segundo fue una metástasis de melanoma. En ambos, la tomografía computada identificó la intususcepción y el tratamiento fue una resección intestinal. La anatomía patológica nos proporcionó el diagnóstico definitivo. La etiología es diversa, siendo más frecuente que la obstrucción se corresponda con lesiones orgánicas malignas a nivel de colon, y benignas en intestino delgado. El diagnóstico preoperatorio ha aumentado actualmente, gracias al avance de las pruebas de imagen. La resección intestinal sigue siendo el tratamiento en la mayoría de las ocasiones, por el alto porcentaje en el que una lesión maligna es la causa subyacente.

© 2011 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Intussusception;
Lipoma;
Melanoma;
Small bowel

Intussusception in the adult: a rare cause of mechanical obstruction

Abstract Intussusception is an infrequent cause of mechanical intestinal obstruction in the adult. We present herein two clinical cases of intussusception with different etiologies. In the first case, the underlying cause was a lipoma, and in the second, it was metastasis from melanoma. In both cases the intussusception was identified through computed tomography and treatment was intestinal resection. Pathologic anatomy provided the definitive diagnosis. Etiology is diverse and it is more common for obstruction to be due to organic lesions that are malignant at the level of the colon and benign at the level of the small bowel. Currently there

* Autor para correspondencia: Tomas López número 12 2H, C.P. 28009, Madrid, España. Tel.: +661288000.
Correo electrónico: rocioherrera@gmail.com (R. Franco-Herrera).

are more preoperative diagnoses thanks to the advances made in imaging study techniques. Intestinal resection continues to be the treatment of choice in the majority of cases, because of the high percentage of malignant lesions as the underlying cause.

© 2011 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La introducción de un segmento de intestino en el interior de otro por acción de la peristalsis, constituye una causa muy poco frecuente de obstrucción mecánica intestinal en el adulto, siendo los procesos orgánicos los implicados habitualmente¹⁻⁸. Presentamos 2 casos de intususcepción intestinal, debido a 2 causas poco comunes, como lo son el lipoma y melanoma metastásico del intestino delgado.

Presentación de casos

Caso 1

Varón de 81 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, síndrome mielodisplásico y anemia, intervenido de melanoma cervical y lobectomía pulmonar derecha de causa no filiada. La única sintomatología que presentó el paciente fueron cuadros de dolor abdominal intermitente. En el contexto del estudio de su anemia, se realizó una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia que fueron normales. También se llevó a cabo una tomografía computada (TC) abdominal, donde se observó una invaginación yeyuno-yeyunal con una gran tumoración y una voluminosa adenopatía adyacente (fig. 1).

El paciente fue intervenido de forma programada encontrando una invaginación yeyuno-yeyunal condicionada por



Figura 1 Corte transversal de TC abdomino-pélvica, en la que se aprecia la invaginación de un segmento intestinal en la luz del intestino adyacente. Invaginación yeyuno-yeyunal.

una tumoración de unos 6 cm de diámetro, con dilatación proximal y una masa necrótica de unos 7 cm de diámetro adyacente (fig. 2). Se realizó resección de asa yeyunal englobando ambas tumoraciones, y anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral manual biplano. En el postoperatorio, el paciente desarrolló un íleo paralítico que se resolvió con tratamiento conservador, siendo dado de alta en el noveno día postoperatorio.

El estudio anatomopatológico informó la presencia de metástasis intestinales de un melanoma maligno con afectación del meso, infiltración vascular, linfática y la presencia de dos nódulos de mayor tamaño, uno de ellos intraluminal. Se evaluó en comité de tumores de nuestra Institución, decidiéndose tratamiento paliativo.

Caso 2

Mujer de 45 años de edad, como único antecedente de interés, cirugía por incontinencia urinaria. La paciente acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de localización hipogástrica y deposiciones con restos hemáticos, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible, con defensa voluntaria a la palpación en hemiabdomen izquierdo e hipogastrio, e intenso dolor que no cedió con antiinflamatorios no esteroideos y morfínicos de rescate. Se realizó una TC donde se reportó invaginación colo-cólica (transverso y ángulo esplénico en colon descendente) de unos 20 cm (fig. 3), probablemente secundaria a tumoración grasa bien

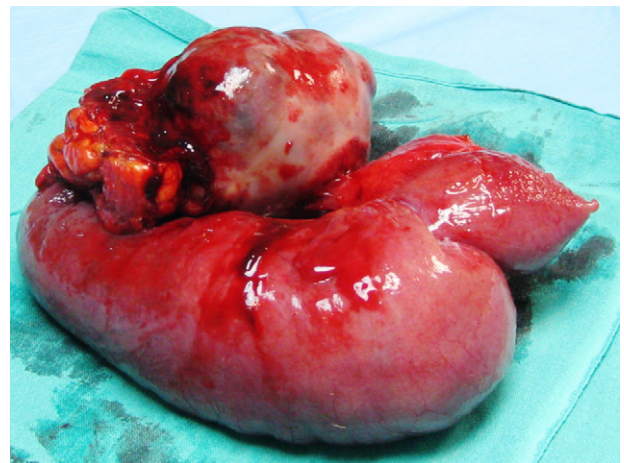


Figura 2 Pieza quirúrgica en la cual se visualiza invaginación yeyuno-yeyunal, y masa necrótica adyacente.



Figura 3 Corte longitudinal de TC abdomino-pélvica, en la que se muestra la imagen característica en "salchicha" de la invaginación intestinal.

diferenciada, sin signos radiológicos de oclusión, isquemia ni otras complicaciones.

Se realizó intervención quirúrgica encontrando una invaginación a nivel de sigma del colon izquierdo y parte del colon transverso (fig. 4), y una tumoración parcialmente necrosada de aspecto extramucoso de 12 cm en sigma, realizándose una hemicolectomía izquierda. El resultado del estudio anatomopatológico fue lipoma submucoso con hallazgos compatibles con intususcepción aguda (necrosis apical, edema parietal en zonas adyacentes), y fenómenos de fibrosis e hipervascularización mural compatibles con isquemia crónica.

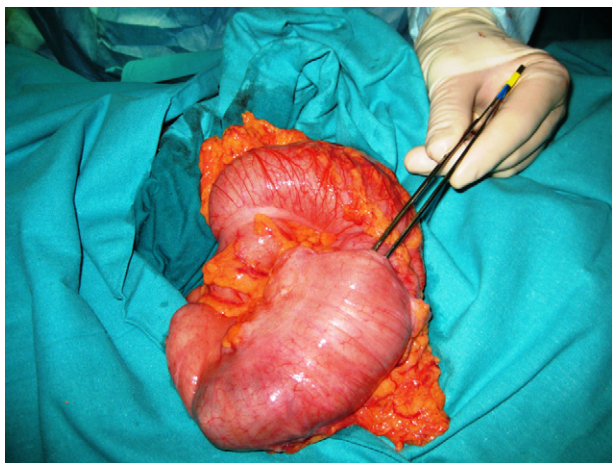


Figura 4 Imagen de la pieza de resección, en la cual se muestra la invaginación colo-cólica.

Discusión

La invaginación intestinal es una causa excepcional de obstrucción mecánica intestinal en el adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia. Una lesión en la pared intestinal que produzca una alteración del peristaltismo, provoca que un segmento proximal se introduzca en uno distal. Cuando esto compromete el mesenterio da lugar a una compresión vascular, edema de la pared y necrosis del asa, si no se trata a tiempo. La etiología es diversa, idiopática en el 10,0% de los casos, mientras que en el 70,0% a 90,0%¹ la causa subyacente es una lesión orgánica de origen maligno, más frecuentemente a nivel del colon, y de origen benigno en intestino delgado (lipomas, hamartomas, neurofibromas, leiomiomas, adenomas inflamatorios)². Otras causas menos frecuentes son el divertículo de Meckel, adherencias o hematoma de la pared⁸. La clínica es inespecífica, y puede presentarse de forma crónica o aguda. Los síntomas y signos son los de una obstrucción intestinal, dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, ausencia de tránsito, náuseas y vómitos. La presencia de melenas o rectorragia suelen apuntar a un tumor maligno.

Al contrario de lo que sucedía en series históricas, actualmente el diagnóstico preoperatorio³ ha aumentado. La ecografía abdominal muestra una imagen en diana en un corte transversal y múltiples capas delgadas, paralelas, hipocóicas y ecogénicas en el corte longitudinal. Es un método con una sensibilidad del 100,0% y con una especificidad del 88,0%⁴, a menudo una buena prueba para comenzar la serie diagnóstica, sobre todo en lugares donde los recursos son limitados. En el tránsito con bario se podrá observar un defecto de repleción. La TC abdomino-pélvica con contraste oral valora la etiología, y en caso de que se trate de una tumoración maligna, si existe afectación local/regional o metástasis a distancia. La colonoscopia y sigmoidoscopia pueden ser útiles en procesos a nivel del colon. A pesar de todas estas pruebas diagnósticas, frecuentemente el diagnóstico sigue siendo intraoperatorio^{5,9}. En cuanto al tratamiento, actualmente la resección intestinal es la norma por la alta probabilidad de lesión maligna subyacente, especialmente en personas de edad avanzada^{6,10}. No existen actualmente evidencias para abstenerse de la desinvaginación, ya que en cualquier caso facilita la exposición para la resección. En los casos en los cuales la cirugía puede diferirse y planificarse, sería interesante valorar el abordaje laparoscópico³. No obstante, sería interesante considerar en cualquier caso, el tratamiento de la causa subyacente.

A la llegada a nuestro Hospital el paciente del caso clínico 1, se encontraba en un estadio IV. Las metástasis gastrointestinales del melanoma reflejan un estadio avanzado de la enfermedad, por lo que el tratamiento debe ir dirigido principalmente a paliarla. La cirugía es muy eficaz para reducir síntomas (80,0% a 90,0%), y mejorar la calidad de vida de estos enfermos⁹. Actualmente, no todos los pacientes con melanoma metastásico son incurables, al contrario de lo que sucedía hace años. Fármacos como el vemurafenib, utilizado en terapia molecularmente dirigida, e ipilimumab, con usos en inmunoterapia, ofrecen opciones novedosas y de gran valor para una enfermedad que ha carecido de tratamientos eficaces¹¹.

Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134–8.
2. López AM, Droguett E. Caso radiológico. *Rev Chil Radiol.* 2003;9:36–7.
3. Morera-Ocón, Hernández-Montes, Bernal-Sprekelsen. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp.* 2009;86:358–62.
4. David R, Anderson MD. The pseudokidney sign. *Radiology.* 1999;211:395–7.
5. Begos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;197:88–94.
6. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg.* 1999;188:390–5.
7. Ramírez-Maldonado RE, Madrazo-González Z, García-Barrasa MA, et al. Obstrucción intestinal en el adulto secundaria a invaginación de un divertículo de Meckel. *Cir Esp.* 2010;87:252–3.
8. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407–11.
9. Berger AC, Buell JF, Venzon D, et al. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol.* 1999;6:155–60.
10. Medina-Franco H, Ramos de la Medina A, Arista-Nasr J. Intussuscepción en adultos: presentación de un caso con etiología poco común y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex.* 2002;67:103–6.
11. Boni A, Cogdill AP, Dang P, et al. Selective BRAF^{V600E} inhibition enhances T-cell recognition of melanoma without affecting lymphocyte function. *Cancer Res.* 2010;70:5213–9.