

Intususcepción intestinal, reporte de un caso

(BOWEL INTUSSUSCEPTION. A CASE REPORT)

Recibido: 12/12/2022 - Aceptado: 23/06/2023

Ángel Israel Guerrero Sarchi¹, Pablo Andrés Cuaspud Guerrero²

¹Médico Residente Clínica de Especialidades Médicas Atuntaqui, Ibarra, Código postal 100101, Ecuador,
<https://orcid.org/0000-0002-5153-3232>

dr.israelguerrero@gmail.com

²Médico Especialista en Radiología e Imagen, Médico Tratante Hospital General Ibarra IESS, Ibarra, Código postal 100102, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-5115-4702>,

dr.pablocuaspud@gmail.com

Autor de correspondencia: Ángel Israel Guerrero Sarchi, Médico General “Clínica de Especialidades Médicas Atuntaqui”, Huiracocha y Huayna Falcón, Ibarra- Ecuador, Código postal 100101, dr.israelguerrero@gmail.com, 0997141014.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

<https://doi.org/10.53358/lauiinvestiga.v9i2.733>

Resumen:

La intususcepción intestinal consiste en la invaginación de un segmento del intestino en otro segmento intestinal que sea próximo. El sitio que se encuentra afectado a menudo es el intestino delgado, pero no se descarta que se produzca a nivel de intestino grueso. La etiología es diversa, alrededor del 10% es de tipo idiopático, mientras que el 80-90% es de causa orgánica; cuando afecta al colon se debe descartar lesiones malignas; mientras que la localización en intestino delgado orienta a lesiones de tipo benigno. No existe clínica definida para la intususcepción en pacientes adultos, para confirmar el diagnóstico, el estudio de imagen con mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía de abdomen simple y contrastada. El tratamiento de elección es quirúrgico. Se presenta el caso de una paciente con intususcepción intestinal por pólipos con un enfoque clínico radiológico. Se resalta la importancia de la tomografía contrastada para el diagnóstico oportuno, finalmente se describe los procedimientos quirúrgicos realizados para la resolución del caso.

Palabras clave: invaginación intestinal, pólipo intestinal, dolor abdominal, obstrucción intestinal, tomografía computarizada

Abstract:

Intestinal intussusception consists of the invagination of a segment of the intestine into another intestinal segment that is close. The area that is often affected is the small intestine, but it is not ruled out that it occurs in the large intestine. The etiology is diverse, around 10% is idiopathic, while 80-90% is organic; when it affects the colon, malignant lesions must be ruled out; while the localization in the small intestine leads to benign lesions. There is no defined clinic for intussusception in adult patients, to confirm the diagnosis, the imaging study with the highest sensitivity and specificity is simple and contrasted abdominal tomography. The treatment of choice is surgical. The case of a patient with intestinal intussusception due to polyps is presented with a clinical radiological approach. The importance of contrasted tomography for convenient diagnosis is highlighted, finally the surgical procedures performed for the resolution of the case are described.

Keywords: intussusception, intestinal polyp, abdominal pain, intestinal obstruction, computed tomography

1. Introducción

La intususcepción intestinal se define como la invaginación de un segmento intestinal, hacia la luz de otro segmento adyacente, pueden ser entero-entero, entero-cólica, gástrica y duodenal. (1,2).

La prevalencia de intususcepción es de 20:1 en comparación de niños y personas adultas; afecta tres veces más al género masculino que al femenino. (3) Alrededor del 10% es de tipo idiopático, mientras que un 80 – 90 % tiene una causa orgánica subyacente. Cuando afecta al colon se debe descartar lesiones malignas y generalmente en intestino delgado la afección es de tipo benigno. (4,5)

Se presenta el caso de una paciente con cuadro de intususcepción intestinal; de forma inicial, fue tratada como un episodio de nefrolitiasis y pseudoobstrucción intestinal, al no identificar la etiología existe retraso en el diagnóstico, el uso de la tomografía simple y contrastada permitió identificar una intususcepción íleo-cólica; se resolvió por cirugía en dos ocasiones, actualmente la paciente está sin alteraciones intestinales.

El objetivo de este caso es realizar un análisis de la clínica de la intususcepción en adultos, definir la importancia de la evaluación de la tomografía contrastada de abdomen y pelvis por un especialista, buscando hallazgos característicos. Destacar el trabajo multidisciplinario en el diagnóstico y resolución de casos de patología poco frecuente.

2. Caso Clínico

Paciente femenina de 64 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento con losartán y amlodipino, síndrome metabólico – resistente a la insulina, en tratamiento con metformina. Antecedente de histerectomía por miomas e injerto de piel debido a melanoma.

Acudió al servicio de emergencias, con cuadro de dolor abdominal de varios meses de evolución, refirió que hace aproximadamente 24 horas presentó exacerbación del cuadro de dolor abdominal tipo cólico. A la exploración física: Glasgow 15/15, frecuencia cardíaca 52 lpm, frecuencia respiratoria, 20 rpm, tensión arterial 165/74 mmHg, temperatura 36.8 °C, saturación de oxígeno 90%, peso 74 kg, talla 165 cm, IMC 27.2, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho y epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes.

Se realizó exámenes de laboratorio (Tabla 1). Se observó leucocitosis más neutrofilia, hiperglucemia y hematuria.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio

Examen	Resultado
PCR* Cuantitativo	3.84 mg/L
Biometría Hemática	Leucocitos $12.55 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematocrito 45.3 %, Hemoglobina 14.4 g/dL, Plaquetas $349 \times 10^3/\mu\text{L}$, Segmentados 81.3%,
Glucosa	130.8 mg/dL
Nitrógeno Ureico	32.6 mg/dl
Creatinina	1.04 mg/dL
Bilirrubinas	Total 0.9 mg/dl, Directa 0.35 mg/dL, Indirecta 0.58 mg/dl
AST*	29.2 U/L
ALT*	28.7 U/L
Amilasa	74 U/L
Lipasa	27.2 U/L
EMO*	Hematuria

*PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

*AST: Aspartato aminotransferasa

*ALT: Alanina aminotransferasa

*EMO: Elemental y microscópico de orina

Con los resultados de laboratorio obtenidos, se trató como cólico nefrítico, se realizó urotomografía simple, que fue valorada por el médico de emergencia donde impresionó lito en unión ureterovesical, por lo que se decidió alta más tratamiento ambulatorio.

Luego de 24 horas, la paciente acudió nuevamente al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal tipo punzante localizado en mesogastrio con irradiación a espalda, asociado a náuseas y vómito posprandial, además no haber realizado deposiciones desde hace 48 horas, para lo cual la urotomografía fue reportada por el médico radiólogo negativo para litiasis en vía urinaria.

Se ingresó a la paciente a hospitalización, con un diagnóstico de dolor abdominal en estudio y síndrome pseudo-obstrutivo para observar su evolución. Durante la estancia hospitalaria la paciente persistió con dolor abdominal tipo cólico, asociado a intolerancia oral y anorexia, los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis con neutrofilia, en los rayos X de Abdomen simple no se observa signos francos de obstrucción intestinal (figura 1), por lo que se planificó la tomografía de abdomen y pelvis, simple y contrastada (figura 2).



Figura 1. Rayos x de abdomen, muestra patrón gaseoso habitual, sin signos evidentes de obstrucción intestinal.

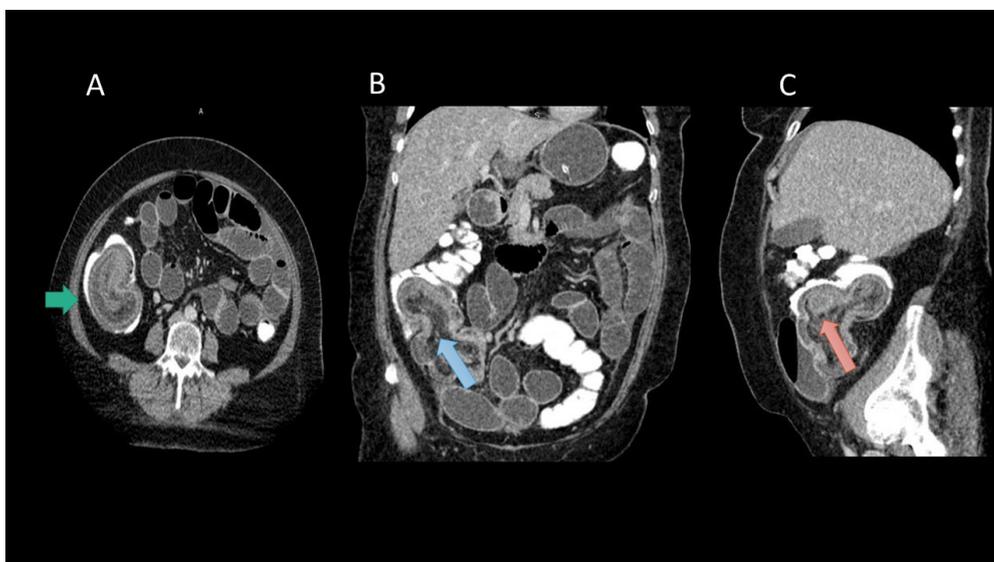


Figura 2. Tomografía computarizada simple y contrastada de abdomen. Se observa asas de intestino delgado distendidas con líquido, el colon presenta contraste intraluminal se aprecia intususcepción íleo-cólica. A) Vista axial muestra el signo de la diana (flecha verde), característico de intususcepción intestinal B) vista coronal, se muestra la dirección de ingreso del íleon dentro del colon (flecha azul). C) Vista sagital se observa pólipo intestinal. (flecha roja)

En la tomografía se observó signos de intususcepción íleo-cólica y pólipo intestinal. Con el diagnóstico certero con la evaluación en conjunto entre el Médico tratante de Cirugía y Radiología se definió la necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Previa preparación del paciente; se realizó incisión a nivel media e infraumbilical de 20 cm hasta peritoneo; en cuadrante inferior derecho se observó líquido libre en cavidad, íleo invaginado en el ciego y colon ascendente, lo que condicionó obstrucción intestinal total y dilatación de asas de intestino delgado (figura 3). Se realizó reducción con técnica de Hutchinson evidenciando compromiso vascular, se clameó el

colon ascendente 10 centímetros bajo el ángulo hepático, se realizó resección de ciego, colon ascendente y 60 cm del íleon terminal. Se confeccionó el cabo distal de colon ascendente e ileostomía en cuadrante inferior derecho.



Figura 3 a

3 b

3 c

Figura 3a. Dilatación de las asas intestinales, 3b. Asas intestinales necrosadas, Figura 3c. Pieza quirúrgica, donde se observa la intususcepción íleo-cólica. Cortesía Dr. Rafael Flores. Médico Cirujano del Hospital General de Ibarra.

El análisis histopatológico mostró presencia de ganglios linfoides con hiperplasia sinusoidal. Muestra compatible con intususcepción que presenta necrosis, ulceración y pólipo fibrinoide de Íleon. (Figura 4)

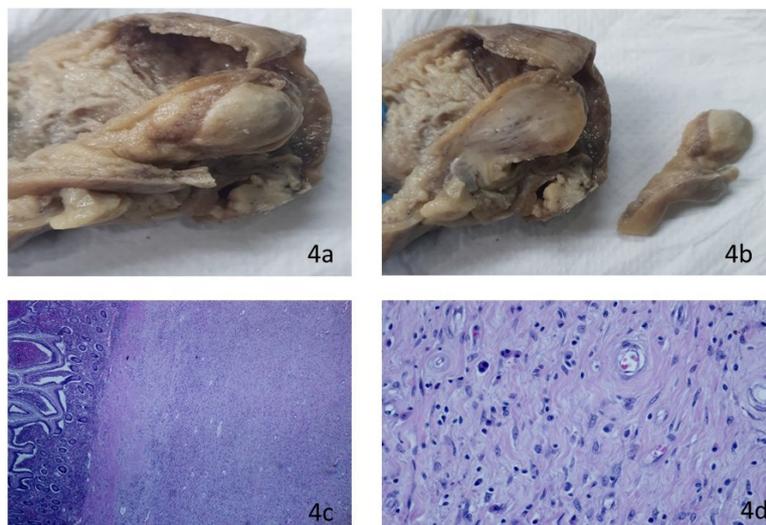


Figura 4a Pieza quirúrgica presencia de formación polipoide de 1,5 x 2,2cm, revestida por mucosa marrón. 4b Al corte superficie blanquecina con vasculatura fina. 4c Pólipo fibroide inflamatorio: Mucosa intestinal reactiva con lesión submucosa, de células fusiformes blandas con múltiples luces capilares prominentes. (HE 10X). 4d Pólipo fibroide inflamatorio: A mayor aumento (HE 40X) se observa una proliferación de células fusiformes blandas, mezcladas con células inflamatorias particularmente células plasmáticas, mastocitos y ocasionales eosinófilos. Cortesía Dra. Sandra Brucil. Médica Patóloga Hospital General Ibarra.

Posterior a la intervención quirúrgica la paciente permaneció en hospitalización para observar la evolución y recuperación. Desarrolló cuadro de sepsis de foco abdominal con organismo multirresistente filiado a fallo hemodinámico, renal y metabólico, ingresó al servicio de cuidados intensivos.

Superada la complicación, la paciente egresó con una condición hemodinámicamente estable, con suficiencia respiratoria, sin trastornos metabólicos, con fallos orgánicos en remisión, tolerando adecuadamente la vía oral, completando terapia antibiótica, con reactantes de fase en descenso sin signos de SIRS.

Luego de 6 meses se planificó la restitución intestinal, en la cual se realizó incisión supra y paraumbilical, luego se procedió a la revisión por cuadrantes. Se observó adherencias interasas y entero-parietales laxas tipo Zulke II con predominio en hipogastrio y fosa iliaca derecha, se realizó exposición del colon ascendente y tenia libre, donde se aperturó una longitud de 3 cm para anastomosis. Se reparó el borde libre de ileostomía y se verificó la vascularidad, se procedió con anastomosis termino-lateral (íleo ascendente), finalmente se verificó hermeticidad de la anastomosis y el cierre de la cavidad abdominal por planos.

En el control subsecuente de un mes de la última intervención quirúrgica, se observó adecuada cicatrización de la herida sin signos de la infección, la paciente no presentó molestias gastrointestinales, por lo que se procedió al alta definitiva.

3. Discusión

El caso muestra una paciente de 65 años, que acude al servicio de emergencias por cuadro de dolor abdominal inespecífico, en su inicio fue tratada ambulatoriamente como una nefrolitiasis sin mejoría clínica, en la revaloración de la imagen se descarta litiasis renal o ureteral, presenta ingreso hospitalario por exacerbación de cuadro a las 24 horas para observación y evolución. En hospitalización por cuadro de abdomen agudo se realiza estudios de imagen, teniendo hallazgos compatibles con Intususcepción íleo-cólica, resuelta quirúrgicamente con resección del ciego, colon ascendente y 60 cm distales de íleon y se coloca ileostomía. En histopatológico se confirma un diagnóstico de pólipo fibrinoide de Íleon. La complicación postquirúrgica que presenta la paciente fue una sepsis de foco abdominal con organismo multirresistente, filiado a fallo hemodinámico, renal y metabólico, una vez superado el cuadro séptico, se planifica una segunda intervención quirúrgica para restitución del tránsito intestinal, que no presenta complicaciones, por lo que se decide alta.

La Intususcepción Intestinal en adultos es una patología clínicamente rara en per-

sonas mayores a 40 años, entre las causas identificadas (90%) se encuentra: Adenomas, endometriosis, pólipos; y el 10% restante no tiene una etiología precisa (6), puede localizarse con mayor frecuencia a nivel de yeyuno, íleon, colon ascendente, seguido del colon descendente, transverso y muy rara vez en el recto (4,7).

Los signos y síntomas de intususcepción intestinal no son específicos y abarcan náuseas, vómito, constipación, diarrea, sangrado, dolor abdominal, obstrucción intestinal y es muy probable tener varios diagnósticos diferenciales; se debe complementar con exámenes de imagen para confirmar su diagnóstico(8,9).

Los métodos de imagen que se utilizan: radiografía de abdomen en el cual se aprecia signos de obstrucción intestinal o normal. Ecografía abdominal: signo de pseudorriñón. Tomografía abdominal: signo de pseudorriñón, intestino dentro del intestino, zona de obstrucción intestinal. (10,11) Endoscopia y colonoscopia: Se observa masa lisa, redonda o pólipo. (2,12)

Se debe reconocer las limitaciones de los Médicos Tratantes y Residentes no Especialistas en Radiología e Imagen, al momento de evaluar las imágenes de tomografía en el contexto de un paciente con abdomen agudo no traumático. Se tiene referencias que existe un mayor índice de discrepancia de diagnósticos en la interpretación de las tomografías en este escenario(13).

El tratamiento de elección para la intususcepción intestinal es de tipo quirúrgico; la resección limitada del colon por medio de una laparotomía exploratoria. Si el diagnóstico está en duda o se presenta algún tipo de complicación se puede realizar hemicolectomía o colectomía subtotal. (10,14,15). Las complicaciones luego del tratamiento quirúrgico son flebitis, eventraciones, seroma, o infección del sitio quirúrgico que puede llegar a sepsis(16). Cuando se ha realizado la resección quirúrgica del segmento afectado, no presenta una recidiva. El pronóstico para la intususcepción es muy favorable en los casos benignos con un 9% de mortalidad(17,18).

4. Conclusiones y recomendaciones

La intususcepción intestinal es un reto diagnóstico desde el punto de vista clínico, por la variedad de signos y síntomas que se pueden observar. En caso de sospecha de intususcepción en pacientes adultos el estudio de imagen con mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis, en donde se muestra imágenes características como el signo de pseudo-riñón, adicional se debe identificar dilatación de las asas intestinales, hipovascularidad de la pared y líquido libre.

El diagnóstico tardío de intususcepción tiene un alto riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

Se requiere un trabajo multidisciplinario y buena comunicación para evitar diagnósticos erróneos, por la discrepancia que existe en la evaluación de tomografías de abdomen en pacientes con sospecha de abdomen agudo no traumático; con ello se garantiza un manejo adecuado del cuadro clínico y la planificación para la intervención quirúrgica de acuerdo a las posibles complicaciones que se observe en la imagen.

Bibliografía

1 Taro Mashiko Nsanyam, Hirabayashi Sytn and so. Adult Ileo-ileal Intussusception Due to Inflammatory Fibroid Polyp: A Case Report. Tokai J Exp Clin Med [Internet]. 2020 Aug 20 [cited 2022 Sep 20];45(4):202–6. Available from: <http://mj-med-u-tokai.com/pdf/450408.pdf>

2 Costeira F de S, Gonçalves M, Esteves C, Rebelo A, Leite C, Costeira F de S, et al. Colonic Lipoma as a Cause of Colocolic Intussusception. GE-Portuguese Journal of Gastroenterology [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Sep 20];28(1):73–5. Available from: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2341-45452021000100073&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

3 Kao YK, Chen JH. Adult Jejuno-jejunal intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and literature review. Medicine [Internet]. 2020 Sep 9 [cited 2022 Sep 20];99(36):e22080. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7478680/>

4 Moniakakis AA, Flamourakis ME, Gkionis IG, Giakoumakis MI, Tsagkataki ES, Kazamias GM, et al. Ileocolic Intussusception in a Woman: A Case Report and Literature Review. Am J Case Rep [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 19];22(1):e933341-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8515498/>

5 Panzera F, Venere B di, Rizzi M, Biscaglia A, Praticò CA, Nasti G, et al. Bowel intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy. World J Methodol [Internet]. 2021 May 5 [cited 2022 Sep 19];11(3):81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8127421/>

6 Wassmer CH, Abbassi Z, Ris F, Berney T. Intussusception in an Immunocompromised Patient: A Case Report and Review of the Literature. Am J Case Rep [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 19];21:e919974-1. Available from: <https://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6977626/

7 Martínez E, Valle JBD, Ichuta-Espinal C, González-Salazar EA, Golzio M, Martínez E, et al. Intususcepción colorrectal por lipoma en un adulto: a propósito de un caso. *Revista argentina de radiología* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2022 Sep 20];86(2):140–2. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922022000200140&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8 Álvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Cisneros-Correa JC, Aguilar-Frasco JL, Vélez-Valle A, Vergara-Fernández O, et al. Colonic lipomas an uncommon cause of intussusception in adult patients: Report of three cases and literature review. *Cirugia y Cirujanos (English Edition)*. 2021 Dec 1;89:9–12. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v86n2/1852-9992-rar-86-2-140.pdf>

9 Ikram S, Tani S, Kaur G, Hemadri M. Case Report: Telescoping jejunum: a case of adult intussusception. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 19];2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5905801/>

10 Acosta Brunaga LD, Berdejo Bareiro JC, Kang Kwon A, Acosta Brunaga LD, Berdejo Bareiro JC, Kang Kwon A. Intussusception in young adults due to inflammatory myofibroblastic tumor. Case report. *Revista del Nacional (Itauguá)* [Internet]. 2021 Dec 30 [cited 2022 Sep 20];13(2):89–100. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742021000200089&lng=en&nrm=iso&tlng=es

11 Rosa L, Roque A, Ferreira P, Rosa L, Roque A, Ferreira P. Closed-Loop Obstruction Caused by Double Intussusception in an Adult. *Gazeta Médica* [Internet]. 2022 Feb 15 [cited 2022 Sep 20];9(1):92–4. Available from: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-06282022000100092&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

12 Zhang W, Chen H, Zhu L, Kong Z, Wang T, Li W. Gastroduodenal intussusception caused by gastric gastrointestinal stromal tumor in adults: a case report and literature review. *J Int Med Res* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2022 Sep 19];50(5):1–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9150259/>

13 Guven R, Akca A, Caltılı C, Sasmaz M, Kaykisiz EK, Baran S, et al. Comparing the interpretation of emergency department computed tomography

between emergency physicians and attending radiologists: A multicenter study. Niger J Clin Pract [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Jun 5];21(10):1323–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30297566/>

14 Aytin YE, Türkyılmaz Z. A rare cause of mechanical intestinal obstruction due to small bowel intussusception: “A solitary Peutz-Jeghers type hamartomatous polyp.” Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2022 Jun 1;28(6):879–83. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2021.34560> Available from: <https://europepmc.org/article/med/35652870>

15 Herrera J, Molina JL, Osorio E, Herrera J, Molina JL, Osorio E. Invaginación gastroduodenal secundaria a tumor estromal gastrointestinal. Revista chilena de radiología [Internet]. 2021 Oct 6 [cited 2022 Sep 20];27(3):151–3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082021000300151&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16 Molina-Valencia JL, Delgado-López CA, Molina-Valencia JL, Delgado-López CA. Complicaciones quirúrgicas del linfoma con compromiso gastrointestinal. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 20];36(3):514–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822021000300514&lng=en&nrm=iso&tlng=es

17 Meunier M, Lingba A, Schumacker I, Mehdi A. Intussusception related to transverse colonic lipoma: a case report and review of the literature. <https://doi.org/101080/0001545820201739843> [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 19];122(1):51–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32141396/>

18 Olatoke SA, Agodirin SO, Adenuga AT, Lawal BO, Ibrahim KO, Folaranmi OO. Primary jejunal melanoma as a cause of adult intussusception: a case report and review of literature. Pan Afr Med J [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 20];33:214. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6814325>