

INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jairo de Jesús Ramírez Palacio
Medico Cirujano. Docente Facultad
Ciencias de la Salud, Universidad
Tecnológica de Pereira

Viviana Escudero Ramírez
Estudiante VIII
Programa Medicina y Cirugía
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Tecnológica de Pereira

Julián Andrés Bustamante Castro
Estudiante VIII
Programa Medicina y Cirugía
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Tecnológica de Pereira

Palabras clave:

*Intussusception/classification,
Intussusception/epidemiology,
Intussusception/etiology,
Intussusception/surgery,
Intussusception/therapy.
Intussusception in adult, bowel
obstruction, small bowel intussusception.*

INTRODUCCIÓN

La intususcepción es la invaginación de un segmento intestinal dentro de otro, donde una parte del intestino (intussusceptum) queda incorporada en el interior del segmento adyacente (intussusciens) (figura 1). Es una patología poco común en lo adultos, presentándose con más frecuencia en niños.

A diferencia de la intususcepción del paciente pediátrico, en el adulto se identifica el factor etiológico en la mayor parte de los casos y este es secundario a procesos orgánicos de

la pared intestinal y de estos, los tumores tanto malignos como benignos son los más frecuentes (1). Puede ocurrir en cualquier sitio del tracto gastrointestinal, de acuerdo a su localización se clasifica en cuatro categorías: entérica, ileocólica, ileocecal y colónica (2).

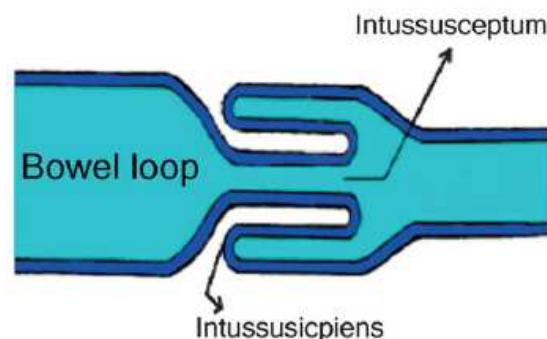


FIGURA 1: Diagrama que ilustra la recepción exterior (Segmento del intussusciens) y el segmento interno (o intussusceptum). Tomado de Clinical Radiology (2005) 60, 39–46

Presenta dificultad en el diagnóstico clínico ya que sus síntomas se confunden con otras causas mas frecuentes de dolor abdominal o se encuentra porque una obstrucción intestinal es consecuencia de la intususcepción y se manifiesta de manera ambigua. A pesar de que existen técnicas imagenologicas que podrían ayudar al diagnóstico este se establece frecuentemente en muchas regiones del mundo en el quirófano. En adultos no se recomienda el manejo conservador como ocurre en la población pediátrica y la intervención quirúrgica es necesaria en todos los casos. El pronóstico siempre va a depender de la etiología

más que por el proceso de la intususcepción

Se presenta un caso de un hombre de 73 años de edad, que consultó por melanemesis y dolor abdominal. Con un primer diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico basado en la primera endoscopia. En una segunda endoscopia, aparte del hallazgo anterior se observan cambios compatibles con invaginación de una gastro-yeyunostomía practicada años atrás. Se decide realizarle una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de doble contraste como complemento. Es llevado a laparotomía exploratoria y se le diagnostica como hallazgo incidental en esta, una intususcepción yeyuno-yeyunal.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Un paciente de 73 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por episodios recurrentes de melanemesis moderada en los últimos dos días que han ido tornándose cada vez más rutilantes. En las últimas horas acompañados de dolor abdominal intenso difuso de inicio súbito, por lo cual decide consultar. En las primeras horas de la hospitalización comienza a presentar episodios de hematemesis franca, permanece con dolor abdominal intenso ya localizándose en epigastrio sin irradiación alguna.

Como antecedentes personales presenta HTA en tratamiento, cirugía de úlcera duodenal (gastro-yeyunostomía Billroth II hace 18 años), fumador de 2 paquetes de cigarrillo/día hasta hace 1 año y alcoholismo desde la juventud hasta hace 5 años.

Al examen físico se encuentra palidez mucocutánea, dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal ni masas, presenta signos vitales de FC: 85 lpm, TA: 145/85 mmHg, FR: 17 rpm.

A la revisión por sistemas solo se encuentra positivo epigastrálgia, reflujo gastroesofágico y estreñimiento de años atrás.

De acuerdo a los síntomas se decide colocar sonda nasogástrica y realizar una endoscopia de vías digestivas altas con la cual se le diagnostica:

1. Síndrome de Mallory Weiss con úlcera Forrest II C
2. Hernia del hiato esofágico tipo I
3. Cicatriz de úlcera duodenal y estenosis post bulbar.

El diagnóstico definitivo es Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis.

En la tarde del primer día de hospitalización vuelve a presentar episodio de hematemesis franca y dolor epigástrico además de náuseas marcadas, estreñimiento y palidez. Sus signos vitales en rango normal, con una hemoglobina (Hb) de 10.3 mg/dL.

Al segundo día de hospitalización presenta dos nuevos episodios de hematemesis, se drena la sonda nasogástrica y se encuentra material en "cuncho de café". La Hb de 10.3 mg/dL desciende a 9,3 mg/dL por lo cual se decide hacer una reposición agresiva con líquidos endovenosos y se reservan dos unidades de concentrado globular. Además se decide hacer un hemograma para control. Después de esto permanece estable hemodinámicamente. Este día se le realiza una segunda

endoscopia como parte del control, en la cual no se observan cambios aparentes en la enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis pero si cambios en la organización de estómago-intestino compatible con intususcepción de gastro-yeyunostomia. El cirujano de turno indica para mayor evidencia un TAC (figura 2) de abdomen doble contraste urgente e iniciar preparación para laparotomía exploratoria.

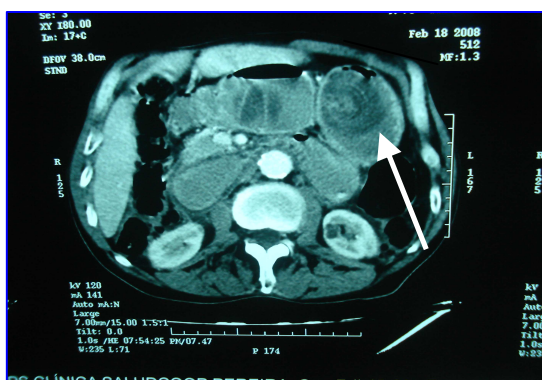


FIGURA 2. Flecha: Evidencia de segmento telescopado en corte transversal en la TAC

Al tercer día se le realiza laparotomía exploratoria en donde el reporte quirúrgico describe: evidencia de invaginación yeyuno-yeyunal perforada de aproximadamente 25 cm, se realiza una reducción manual en la que se evidencia una extensa área isquémica de casi 40 cms por lo que se decide realizar resección intestinal de 40 cms de yeyuno con anastomosis termino-terminal y posterior cierre del defecto del meso (Figura 3 y 4). Se envía resección a patología

Diagnóstico: Invaginación yeyuno-yeyunal. (Intususcepción entérica).

En el postoperatorio (POP) presenta una buena evolución, el paciente continua con sonda nasogástrica a

libre drenaje, presenta diuresis en límite, herida quirúrgica sin anomalías ni alteraciones, sin ruidos intestinales anómalos. Se toma Cuadro hemático que reporta una Hb de 8.8 mg/dL por lo cual se sigue manejo de POP con reposición de líquidos y sulfato ferroso. Dos días después se da de alta.

Reporte de Patología: Biopsia de yeyuno sin alteraciones malignas.

Diagnóstico definitivo: Intususcepción entérica Idiopática.



Figura 3



Figura 4

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las intususcepciones ocurren cuando un segmento del tracto gastrointestinal es telescopado o invaginado en un segmento vecino del mismo intestino, siendo lo más

común la producción de la invaginación en sentido proximal a distal o anterógrada y menos común de distal a proximal o retrógrada. De la fisiopatología se conoce muy poco sobre el mecanismo exacto; sin embargo, se cree que todo empieza cuando existe algún factor irritante que altera la peristalsis normal iniciándose una invaginación. Posteriormente se un área de constricción sobre el estímulo nervioso y distal a esta una relajación que va favoreciendo que el intestino se telescope (intussusceptum) a través de la luz del segmento intestinal distal (intussusciens) ⁵.

Las intususcepciones son poco comunes en los adultos en los cuales representa tan solo un 5% del total de casos de esta entidad²⁻⁴. Representa un 1% al 3% de pacientes con obstrucción intestinal y 0.003%-0.02% de todas las admisiones hospitalarias²⁻⁴. En la población adulta se llega a encontrar una etiología demostrable en el 70% a 90% de los casos ^{2,5,6}. No hay diferencia significativa en la presentación entre hombres y mujeres². A diferencia de la población infantil, en adultos las manifestaciones clínicas suelen ser más inespecíficas y evolucionar de distintas maneras como: aguda, subaguda y hasta con reportes en la literatura de problemas crónicos e intermitentes⁷. En casi un 65% de los pacientes con esta condición han sido reportadas unas causas orgánicas como tumores malignos o benignos^{5,8}.

La gran mayoría de los autores aceptan que la clasificación de las intususcepciones se hace de acuerdo a la localización y se distinguen cuatro categorías, así: entérica,

iliocolónica, ileocecal y colónica. La intususcepción ileocolónica es aquella que se origina en íleon y prolapsa a través de la válvula ileocecal al colon. En la intususcepción ileocecal, el ápex está constituido por la válvula ileocecal ^{2,8}. Estos dos tipos anteriores presentan mayor grado de dificultad para el diagnóstico clínico. En 1950, Donhauser y Kelly⁹ revisaron 665 casos en los cuales encontraron que el 54% ocurrieron en el intestino delgado, 15% en la válvula ileocecal y 17% en colon. La etiología es variable de acuerdo al sitio de origen. Las lesiones del intestino delgado en su mayoría son benignas: lesiones inflamatorias, adherencias, divertículo de Meckel y neoplasias benignas. Lesiones malignas se presentan entre 6 y 30% de los casos de intususcepción entérica, siendo la mayor parte metástasis. Las lesiones del colon son principalmente de etiología maligna. Sanders¹⁰ en una revisión de 350 casos de intususcepción colónica encontró que 68% surgían a partir de una lesión maligna. Reijnen¹¹ y Nagorney⁶ informan 63 y 65%, respectivamente. El diagnóstico por excelencia ha sido la TAC dejando a un lado otros métodos diagnósticos como la ultrasonografía y otros que por ser invasivos llegan a ser inútiles para esta patología^{1,2,5,6,8}.

DISCUSIÓN

Por ser una patología de difícil diagnóstico preoperatorio por las variaciones en cuanto a su presentación, es importante entonces que los cirujanos permanezcan actualizados frente a la manera como se diagnostica y se trata dicha

entidad. Gran parte de la literatura que hace parte de la poca evidencia que existe actualmente concluye que los hallazgos clínicos pueden ser muy variables de acuerdo a la cronología como: síntomas de aparición aguda, menos frecuente en la población adulta, y las presentaciones subagudas y crónicas intermitentes más frecuentes en estos^{6,8}.

La triada clásica y no patognomónica por ser signos y síntomas inespecíficos descritos por múltiples autores son dolor abdominal, masa palpable y melenas (Guaiac positivo)^{6,13}.

Otros opinan que pocas veces se encuentra una masa palpable junto con melenas como sintomatología de mayor frecuencia. Para estos autores el dolor abdominal y las náuseas/emesis son la carta de presentación de la enfermedad².

Existen actualmente diversas técnicas como ultrasonografía, angiografía, estudios contrastados, gammagrafía y la TAC, útiles para mejorar el diagnóstico^{2,13}. Anteriormente gran parte de los diagnósticos se hacían perioperatoriamente pero ahora se cuenta con la TAC que ha venido mejorando en algunas regiones del mundo el diagnóstico preoperatorio^{6,13}, convirtiéndose en la principal herramienta imaginológica. La Ultrasonografía es de gran ayuda pero no supera a la TAC como método diagnóstico y una parte de la literatura afirma ser secundaria en cuanto a exactitud². Las desventajas de la ultrasonografía son: primero, es operador-dependiente y segundo, dificultad en la transmisión e interpretación de las imágenes en abdomen agudo cuando cursa con

distensión abdominal a causa de presencia de aire excesivo en la cavidad abdominal. Los otros métodos radiológicos son útiles pero según la evidencia menos eficaces para acercarse a un diagnóstico².

Debido a que en un 70 a 90% de las intususcepciones es posible hallar su causa^{2,5,6,13}, es inaceptable limitarse al diagnóstico pre o perioperatorio sin descartar posteriormente una neoplasia como parte de la causa de la intususcepción^{2,8,12}. A raíz de la poca evidencia, no existen hasta ahora consensos claros con respecto al tratamiento creándose gran controversia. Lo único que es claro es que el tratamiento definitivo es quirúrgico. En pacientes con intususcepción entérica se plantea que puede intentarse inicialmente la reducción simple, siempre y cuando el intestino no presente datos de inflamación, isquemia o tejido friable^{8,13}. La reducción es útil para evitar que se haga resección de segmentos muy extensos produciéndose posteriormente un Síndrome de intestino corto. En el intestino grueso se recomienda hacer resección sin reducción por la alta asociación entre intususcepción y malignidad y menos en pacientes añosos donde la probabilidad de encontrarla es mas alta¹³.

CONCLUSIONES

Como la intususcepción es tan infrecuente en los adultos continuará siendo un reto diagnóstico para el clínico ya que solo hasta el momento en que se lleva a los pacientes al quirófano con el diagnóstico de obstrucción intestinal (lo mas frecuente) es en la cirugía donde es un hallazgo incidental. Esto seguirá

ocurriendo mientras no exista mas evidencia como metanálisis o estudios retrospectivos observacionales y descriptivos con mayor número de pacientes. En la actualidad es de suma importancia que se reafirme la búsqueda de la causa, por la relación, en ocasiones estrecha entre neoplasia e intususcepción.

AGRADECIMIENTOS

Doctor José Luis cardona, Medico patólogo, Instituto de patología de Occidente. Clínica Los rosales, Pereira.

Doctor Víctor Hugo Ruiz, Médico Radiólogo, Imágenes diagnósticas, Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melcher ML, Safadi B. Ileocolic intussusception in an adult. J Am Coll Surg 2003;197:518.
2. Azar T, Beger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997; 226: 134-8.
3. Laws HL, Aldrete JS. Small-bowel obstruction: a review of 465 cases. South Med J 1976; 69:733-734
4. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM. Critical operative management of small bowel obstruction. Ann Surg 1978; 187:189-193.
5. Agha FP. Intussusception in adults. AJR Am J Roentgenol 1986; 146:527-531.
6. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. Ann Surg 1981; 193:230-236.
7. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception: case report of recurrent intussusception and review of the literature. Am J Surg 1976; 131:758-761.
8. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997; 173: 88-94.
9. Donhauser JL, Kelly EC. Intussusception in the adult. Am J Surg 1950; 79: 673-7.
10. Sanders GB, Hagan WH, Kinnaird DW. Adult intussusception and carcinoma of the colon. Ann Surg 1958; 147: 796- 803; discussion 803-4.
11. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. Am J Surg 1989; 158: 25-8.
12. Toso C, Erne M, Lenzlinger PM, Schmid JF, Büchel H, Melcher G, Morel P. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. SWISS MED WKLY 2005;135:87-90 .
13. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, et al. Intussusception in adults. Am J Surg 1971;121:531-5.

