

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR INVAGINACIÓN INTESTINAL (INTUSSUSCEPCION INTESTINAL)

Presentación de dos casos

DR. FERNANDO MONCAYO A.

LÍDER DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, GUAYAQUIL - ECUADOR

DRA. PRISCILA NAVARRETE R.

MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA HAGP, GUAYAQUIL - ECUADOR

DR. LUIS TRUJILLO PIONCE.

MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA HAGP, GUAYAQUIL - ECUADOR

Recibido 23 mayo 2020, aprobado 02 diciembre 2020.



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas Vol. 1 N°2 Periodicidad semestral julio -Diciembre 2020 pp. 33 - 38 ISSN 2661 – 6726

RESUMEN

Una invaginación intestinal ocurre cuando una porción del tubo digestivo se introduce dentro de un segmento del mismo, inmediatamente caudal a él. La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de dolor abdominal en adultos; es poco común. Ocurre en el menos del 1% de la obstrucción de intestino delgado; cuando se presenta se relaciona con tumores gastrointestinales hasta en el 80%. **La invaginación idiopática es extremadamente rara en el adulto, 10%.** La variedad ileocólica predomina en el adulto. Presentamos dos casos de invaginación intestinal de etiología idiopática en edad no pediátrica.

Palabras clave: Invaginación. Intestino delgado. Adulto.

SUMMARY

An intestinal invagination is produced when a portion of the digestive tract is introduced inside an immediately adjacent segment. Intussusception (invagination) is a rare cause of abdominal pain in adults; is uncommon. It occurs in less than 1% of all cases of adults small bowel obstruction; when it occurs, it is related up to 80% with gastrointestinal tumours. **Idiopathic intussusception are an extremely rare occurrence in adults, 10%.** The ileocolonic variety predominates in adults. Two cases of intestinal invagination of idiopathic etiology at a non pediatric age are presented.

Key words: Intussusception. Small bowel. Adult.



INTRODUCCIÓN

La introducción o penetración progresiva en forma telescópica de un segmento de intestino y su mesenterio (intussusseptum) dentro de la luz de otro segmento intestinal (intussusciens) adyacente por efecto de la acción peristáltica es lo que se conoce como intususcepción o invaginación intestinal. Descrita por primera vez por Paul Barbette a finales del siglo XVII; en el niño¹ (Sobre todo menores de 2 años) es la causa más frecuente de obstrucción intestinal, mientras que en el adulto^{2,3} apenas alcanza un 1% ; el 10% es idiopática (una excepción es Escocia donde alcanza un 40%) y el 90% son de causas orgánicas, de estos el 66% son debida a neoplasias^{4,5} tales como carcinomas, leiomiomas, melanomas, adenomiomas, etc.; dejando un porcentaje menor a otras causas como los pólipos⁶, lipomas⁷, divertículos de Meckel invertidos, apéndice inflamado, hematoma de la pared intestinal, cicatrices o línea de suturas, etc⁸.

En algunos países tropicales como Sudáfrica, Haití, Nigeria, Corea, Zambia, Zimbabwen la invaginación intestinal es un problema común, sin establecer aun la causa de esta patología siendo materia de muchas conjeturas.

La invaginación intestinal puede ser:

Entero-enterar (Ilio-ilial o yeyuno-yeyunal), íleo-cólica (más frecuente), colo- colónica, ilio-cecocólica.

Fisiopatología.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial – Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

En el niño la génesis de la invaginación intestinal, se piensa que es provocada por la hipertrofia de los folículos linfoides de las placas de Peyer ubicadas en el íleo terminal el cual como arrastre es introducido o invaginado dentro de un segmento distal.

En el adulto, los pólipos, los tumores mucosos o submucosos sésiles o pediculados pueden actuar como bolo, es decir arrastrado durante los movimientos peristálticos ocasionando la invaginación intestinal dentro de sí mismo.

Cuando ocurre la invaginación, el segmento intestinal atrapado experimenta compresión vascular, edema y eventual necrosis isquémica de la pared.

Manifestaciones Clínicas.

En el adulto se manifiesta clínicamente con signos y síntomas de obstrucción intestinal: dolor abdominal intermitente (tipo cólico) que tiende agravarse a medida que la invaginación intestinal progresa y con ella la distensión de asas intestinales, provocando náusea y vómitos. El asa intestinal invaginada provoca secreción mucosa sanguinolenta lo que se traduce con la eliminación de heces en jalea de grosella. En un 40% existirá una masa palpable en forma de salchichón dolorosa, que aumenta de tamaño con los movimientos peristálticos (dolor cólico).

Cuando ocurre la isquemia, necrosis y perforación del segmento comprometido, el dolor será constante acompañado de rigidez muscular y signos evidentes de peritonitis.

La radiografía simple de abdomen que es el primer estudio, revela signos de obstrucción

intestinal como asa dilatadas y niveles hidroaéreos.

Ecográficamente^{9, 10} se manifiesta con el signo clásico en diana en una vista transversal y de pseudoriñon en una vista longitudinal.

La tomografía^{11, 12} es el mejor examen de gabinete, el dato representativo es una imagen en diana o tiro al blanco (target sign), es decir un tumor de capas concéntricas de anillo de alta densidad (pared intestinal edematizada) y baja densidad (grasa mesentérica invaginada).

Caso clínico 1

Paciente masculino de 53 años de edad que ingresa a la emergencia del hospital Abel Gilbert Pontón por presentar dolor de gran intensidad que al principio era tipo cólico y en aproximadamente 72 horas cambia a continuo, se acompaña de náusea y vómitos de tipo fecaloideo post-prandiales inmediatos, además ha presentado enterorragia en poca cantidad, disnea de moderados esfuerzo, oliguria.

Al examen físico: paciente pasivo forzado por dolor, con facie dolorosa, disneico, distensión abdominal; a la palpación de abdomen presenta dolor en todo el abdomen el cual se encuentra distendido; a la percusión timpanismo en todo el contorno abdominal; a la auscultación disminución de los ruidos hidroaéreos; se realiza tacto rectal y encontramos sangre roja rotulante gelatinosa.

El examen de laboratorio revela 16.000 leucocitos, hematocrito 46, creatinina de 2

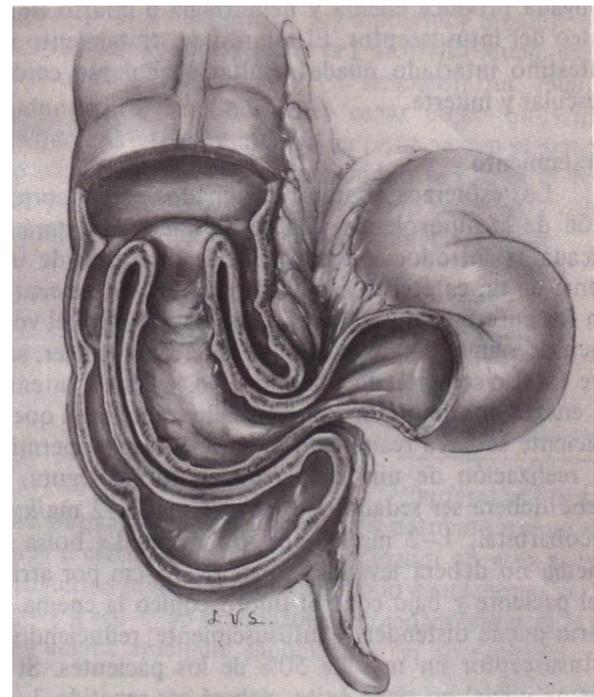
La radiografía simple de abdomen revela, edema de asas intestinal con niveles

hidroaéreos, signo de pilas de monedas, masa ocupativa en ciego.

Figura 1 RX INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA



Figura 2 ESQUEMA DE INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA



Fuente: *Elaborado por autor*



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial – Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Hallazgos quirúrgicos: distensión de asas intestinales, líquido inflamatorio libre en cavidad e invaginación ileo-cólica con sangrado intra-luminal.

Fuente: Elaborado por autor

Caso clínico 2

Paciente masculino de 34 años de edad que ingresa a la emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón por presentar dolor abdominal de gran intensidad tipo cólico, que se acompaña de náuseas y vómitos tipos biliosos post-prandiales inmediatos.

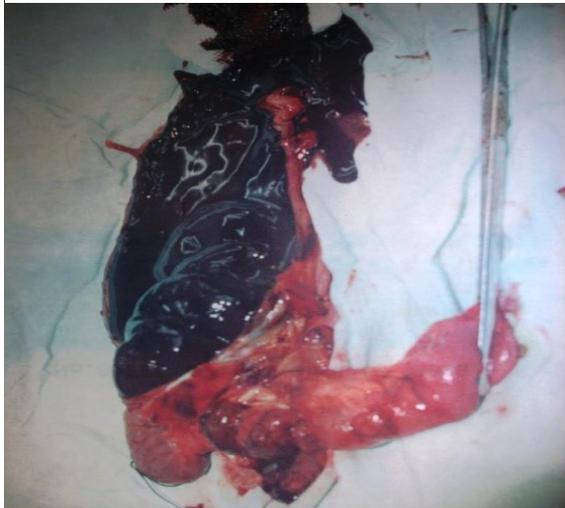
Al examen físico: paciente intranquilo activo electivo, facie dolorosa, con sonda nasogástrica por la cual sale líquido bilioso. Abdomen duro, distendido doloroso a la palpación profunda, se observa asa intestinal de lucha, a la percusión presenta timpanismo en toda su extensión y a la auscultación disminución del ruido hidroaéreos.

El examen de laboratorio revela: 24.000 leucocitos, hematocrito 38, creatinina 1.2

La radiografía de abdomen revela: edema de asas intestinal con nivel hidroaéreo, signo de pilas de monedas.

Figura 5 RX. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, IMÁGENES PILAS DE MONEDAS

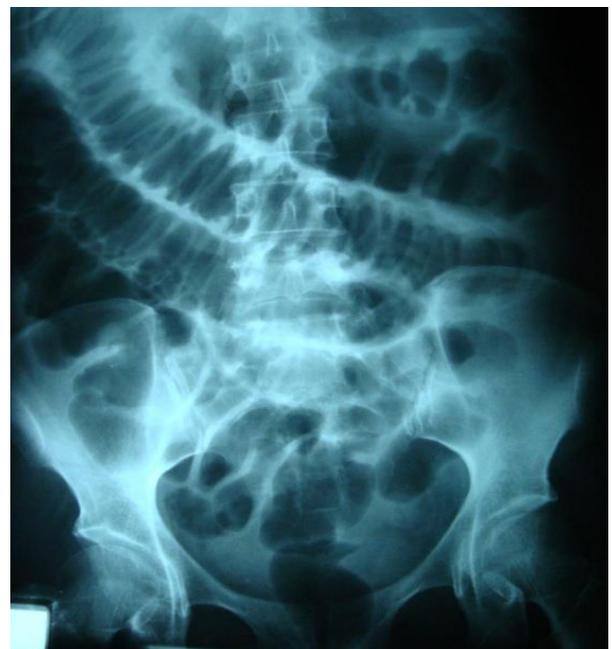
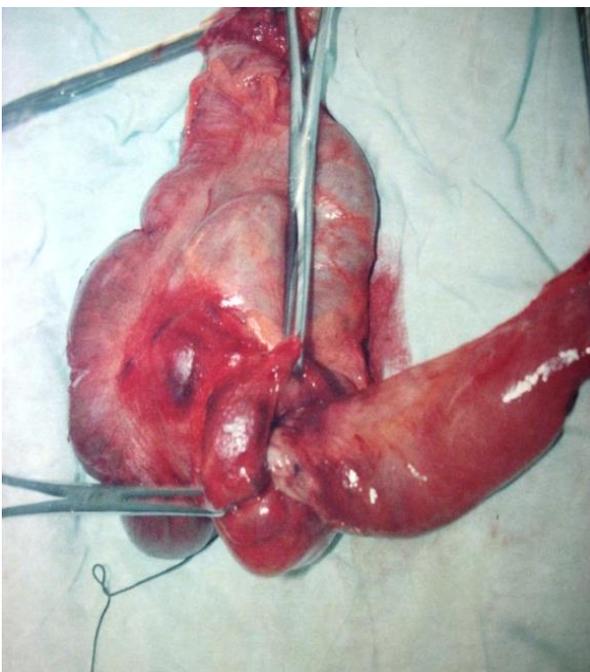
Figura 3 SANGRADO INTRACOLICA, JALEA DE GROSELLA



Fuente: Elaborado por autor

Cirugía realizada: resección intestinal de íleo terminal y colon ascendente + ileotransverso-anastomosis termino-lateral.

Figura 4 RESECCIÓN DE COLON ASCENDENTE, ÍLEO INVAGINADO



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial – Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Fuente: Elaborado por autor

Hallazgo quirúrgico: asas intestinales
Figura 6 INTUSUSCEPCIÓN ILIO-ILEAL

distendidas, líquido inflamatorio libre en



cavidad e invaginación ileo-ileal.

Fuente: Elaborado por autor

Cirugía realizada: resección intestinal de íleo + anastomosis término-terminal de íleo.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal es un proceso muy raro de encontrar en adultos^{13, 14} (1% al 5% de las causas de obstrucción intestinal); en nuestra experiencia de siete años solo hemos encontrado dos casos que fueron diagnosticados durante el acto quirúrgico, sin encontrar causa física aparente, lo mismo que fue corroborado con el diagnóstico histopatológico, por lo que se los incluyo en el grupo de las casusas idiopáticas (10%).

Ambos pacientes ingresaron con síntomas claros de obstrucción intestinal sin un diagnóstico claro de la causa encontrada, lo que nos da a entender que el diagnóstico es

difícil de sospechar pero digno de ser tomado en cuenta en los futuros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung D.- Intususcepción. Tratado de cirugía de Sabiston. 2013; 19 edición. Editorial Elsevier. Sección XIII. Capítulo 67. Pág. 1851.
2. Pineda-Navarro N.- Intususcepción en Adultos. Revista Cirugía Andaluza. 2014; Volumen 25, número 2.
3. Ríos-Cruz D.- Invaginación intestinal: Un Dilema Diagnostico en el Adulto. Caso y revisión. Revista. Cirugía y cirujanos. 2014; Vol. 82. Número 4. Pág. 1
4. Marín H.- Intususcepción ileo-colica en adulto como presentación de un linfoma no Hodgkin de intestino delgado. Revista Cubana de Cirugía. 2016; Número 55(3). Pag 2
5. Mendoza F. - Ileocolic intussusception as a form of presentations of cecal carcinoma: report of a case and review of literature. Rev. JSM Clínica and Medical Imaging. 2016; numero 1. 1002
6. Suder-Castro L.- Pólipo hiperplásico gigante como causa de intususcepción colo-colica en adulto. Rev. De gastroenterología de México. 2016; Número 81 (2). Pág. 54.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial – Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

7. Molina-Martin A.- Hallazgos radiológicos en ecografía y tomografía computada multidetector de 64 canales de una invaginación colo-colica secundaria a lipoma. Revista argentina de radiología. 2014; .numero 78 (4). Pág. 223.
8. Calero P.- Excepcional causa de intususcepción en adulto: Bezoar intestinal. Revista de gastroenterología de México. 2014; Numero 79 (2). Pág. 145.
9. Rodgers P.- Intususcepción. Ultrasonido clínico de paúl Allan. 2014; Tercera edición. Editorial Amolca. Tomo I, cap. 19, pág. 384.
10. Rivas R.- Diagnóstico Ultrasonográfico de intususcepción por divertículo de meckel en adulto. Revista da sociedades brasileira de ultrasonografia. 2016; Pág. 45. Número 21.
11. Villalba A.- Intususcepción intestinal en adulto.- Poster S-1062. 2014; Sociedad española de radiología médica.
12. Alvaay P.- Invaginaciones intestinales en adultos: La Visión del Radiólogo. Acta de Gastroenterología Latinoamericana. 2015; Numero 45 (4). Pág. 323.
13. Correa-Neto I. - Colonic Intussusceptions in Adult: Report of two clinical presentations. imedPub journals. 2016; Volumen 2. Número 1.
14. Franco-Herrera R.- Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. Rev. de gastroenterología de México, 2012; Numero 77 (3). Pág. 153.
15. Ganesh Pai K.- Surgeries of small bowel..Resección en intususcepción. SRB s. Surgical operations, text and atlas. One Editions Jaypee brothers medical publishers. New delhi. 2014; Capitulo 21. Página 698.
16. Bumashny E.- Abdomen Agudo Quirúrgico: Intususcepción. Cirugía, fundamentos para las prácticas clínico-quirúrgicas. 2014; Giménez M. editorial panamericana. Parte XI. Cap. 66. Página 736,
17. Defelitto J.- Abdomen agudo quirúrgico: Íleo mecánico con estrangulación. Cirugía base clínica y terapéutica. U universidad nacional de la Plata. 2012; 1 Edición. Parte VIII, número 1. Página 887.

