

Intususcepción ileosigmoidea en adulto. Reporte de caso y revisión de la literatura

Ileosigmoidal intussusception in an adult. Case report and review of the literature

Jesús A. Bahena-Aponte¹, Juan Carlos Torres Carrillo¹

¹Hospital General Ajusco Medio. México D.F., México.

Recibido: 20-10-2015

Aprobado: 02-02-2016

RESUMEN

La intususcepción en el adulto presenta una baja incidencia. Se puede observar en diferentes localizaciones y dentro de las menos frecuentes se encuentra la íleo-sigmoidea. Su etiología es diversa, siendo más frecuentes las causas malignas cuando se presenta a nivel del colon en edad adulta. La sospecha diagnóstica apoyada de la tomografía computada de abdomen, puede, además de corroborar el diagnóstico, esclarecer la etiología de la misma y orientar sobre la opción terapéutica más adecuada para el paciente.

Palabras clave: Intususcepción; Íleon; adulto (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Intussusception in adults has low incidence. It can be seen at different locations and within less frequent ileosigmoid is. The etiology is diverse, being more frequent causes malignant when it occurs in the colon into adulthood. The suspected diagnosis supported by computed tomography of the abdomen, may also corroborate the diagnosis, clarify the etiology of it and guidance on the most appropriate treatment option for the patient.

Keywords: intussusception; Ileum; Adult(source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La intususcepción (ISS) en el adulto es un padecimiento poco frecuente a diferencia de lo reportado en la población pediátrica, representando solo entre el 1% y 5% de las causas de obstrucción intestinal ⁽¹⁾. Suele presentar diferentes localizaciones y dentro de las menos frecuentes se encuentra la íleo-cecal.

El primer reporte se realizó por Barbett en 1674; pero no fue sino hasta 1789 cuando John Hunter define a la intususcepción como una forma rara de obstrucción intestinal en el adulto ⁽¹⁾.

La intususcepción en el adulto es poco frecuente con una incidencia entre 2 y 3 %, a diferencia de lo reportado en la población pediátrica, donde representa la principal causa de obstrucción intestinal entre los tres y seis meses de edad ^(2,3).

Debido a su localización se puede clasificar en: a) entero-entérica, b) colo-cólica, c) íleo-cólica y d) íleo-cecal.

Según una serie publicada por Zubaidi *et al.* ⁽⁴⁾, la localización íleo-cólica suele presentar un mayor reto diagnóstico debido a las variantes anatómicas a este nivel ⁽⁵⁾. El tratamiento quirúrgico óptimo aún es controversial. Es recomendado por algunos autores la

reducción inicial, mientras que otros autores sugieren la resección en bloque, argumentando a favor de esta última, el disminuir la posibilidad de recurrencia y el riesgo de perforación debido a la friabilidad del intestino, así como el favorecer el diagnóstico y tratamiento de la etiología (neoplasias, pólipos, divertículo de Meckel, estenosis benignas, etc.) que sirve como disparador para que el proceso de la invaginación se lleve a cabo; es por esta razón, que aproximadamente del 70-90% de los casos de ISS en el adulto requieren tratamiento quirúrgico ^(6,7). Sin embargo, en el adulto la ISS idiopática se presenta en aproximadamente el 20% de los casos ⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 56 años, quien ingresa al servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria el día 27 de febrero del 2015. Con antecedente de importancia de diabetes mellitus tipo II. Refiriendo cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución de intensidad creciente (EVA 10/10), asociado a distensión abdominal importante, náuseas, vómito y posterior presencia de evacuaciones diarreas sin moco o sangre. A su ingreso se observa hipotensa con datos de choque hipovolémico, TA 80/70 mmHg, FC 125 x min, FR 23 x min, afebril, uresis disminuida, palidez de tegumentos, con datos de deshidratación,



Figura 1. Corte axial de tomografía abdominal donde se observa como la intususcepción llega a colon descendente. Así como importante dilatación de asas intestinales.



Figura 2. Se observa segmento del colon sigmoideas con asa intestinal intususceptada.

cardiopulmonar con derrame pleural bilateral, SNG con abundante gasto fecaloide (1000cc en las últimas 8 horas), abdomen distendido doloroso a la palpación de predominio en hemiabdomen inferior, sin datos de irritación peritoneal, con peristalsis ausente. Extremidades sin alteraciones. Con resultados de laboratorios que revelan leucocitosis (16,6 cl/mm³) e hipokalemia (1,7 mEq/L).

Por lo que se indica la realización de una tomografía abdominal la cual reporta la presencia de líquido libre abundante y engrosamiento de la pared del colon descendente, con dilatación de asas de intestino delgado (Figura 1). Por lo que después de evaluar los paraclínicos se decide realizar una laparotomía exploradora, observando una ISS del íleo terminal que llegaba hasta el colon sigmoideas, sin una causa aparente que explique la invaginación (Figura 2). Con dilatación

importante de las asas proximales del intestino delgado y 3 despulmientos de la serosa del segmento invaginado a 30, 90 y 120 cm de la válvula ileocecal, además de necrosis del íleo terminal y colon ascendente (Figuras 3 y 4). Por lo que se realizó una hemicolectomía derecha más ileostomía terminal.

DISCUSIÓN

La ISS es la invaginación de un segmento del tracto gastrointestinal con su mesenterio hacia el lumen de un segmento contiguo. Lo que da como resultado la alteración de la peristalsis, obstrucción del libre paso de contenido intestinal y compromiso del flujo vascular mesentérico del segmento intususceptado⁽⁹⁾.

De la localización menos frecuente se encuentra la íleo-cecal y aún menos frecuente es observar que



Figura 3. Se observa pieza quirúrgica durante el momento es que se está llevando a cabo la liberación del íleo terminal.



Figura 4. Se observa íleo terminal a nivel de la unión de con la válvula ileocecal, presentando zonas de compromiso vascular.

la ISS del íleo llegue a nivel del colon izquierdo o incluso al recto, como fue el caso de nuestra paciente. Teniéndose referencia en la literatura mundial de solo 4 casos de ISS que presentaron prolapso íleal a través del recto⁽¹⁰⁾; y, aunque en el caso que presentamos la ISS no llegó a nivel rectal, si hay evidencia de su avance hasta el colon sigmoides.

Con respecto a la sintomatología observada, la cual fue poco específica, cabe resaltar, que nuestra paciente era diabética tipo II. Sin embargo, tal como se describe en la literatura, estos pacientes suelen presentar cuadros poco específicos y en un elevado porcentaje no presentan irritación peritoneal. En un estudio retrospectivo publicado por la Mayo Clinic se demuestra que los síntomas más comunes son dolor abdominal (94%), náuseas (76%), vómito (65%), diarrea (30%) y heces con sangre (15%) y hasta el 2% de los pacientes pueden estar asintomáticos⁽¹¹⁾.

El diagnóstico, debido a la sintomatología poco específica y a pesar de los estudios de gabinete, suele realizarse durante el transoperatorio. En una serie publicada por Azar et al.⁽³⁾ se describe que el diagnóstico preoperatorio solo es correcto en el 33% de los casos. Sin embargo, este porcentaje se ve favorecido cuando se cuenta con una tomografía preoperatoria, ya que, es el método de imagen más sensible y específico (58% y 100% respectivamente) para realizar el diagnóstico de intususcepción. La presencia de imagen dentro del asa con o sin la presencia de vasos y grasa mesentérica es un hallazgo patognomónico de intususcepción el cual se reporta en 68-76% y 54-61% respectivamente⁽¹²⁾. El diámetro de las asas intestinales con obstrucción determinado mediante tomografía, no ha demostrado utilidad pronóstica al compararlos con los hallazgos transoperatorios⁽¹³⁾.

El tratamiento basado en la reducción hidrostática ha demostrado su utilidad dentro de la población pediátrica cuando se realiza durante las primeras 48 h, incrementándose significativamente el riesgo de perforación y/o fracaso terapéutico posterior a este tiempo⁽¹⁴⁾. Con respecto al tratamiento, un elevado porcentaje de los cirujanos aceptamos que la ISS en el adulto requiere de una laparotomía exploradora debido a la elevada proporción de anomalías estructurales y a la alta incidencia de cáncer. Y aunque la manipulación del segmento intususceptado y la extensión de la resección sigue siendo motivo de controversia, en nuestro grupo quirúrgico creemos que la piedra angular es el manejo gentil de los tejidos, verificando una adecuada vascularidad tanto en el segmento no resecado como a nivel de la anastomosis si fuese necesaria su realización.

Considerando que la ISS en el adulto es un padecimiento poco común, siendo la ISS ileosigmoidea de presentación aún más rara, resulta fundamental estar familiarizado con el padecimiento, así como con su inespecífico cuadro clínico ya que un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuye significativamente la morbi-mortalidad en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol.* 2009;15(4):407-11.
2. Renzulli P, Candinas D. Idiopathic small-bowel intussusception in an adult. *CMAJ.* 2010;182(3):E148.
3. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-8.
4. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(10):1546-51.
5. Martin-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Liron-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguilar-Jimenez J, et al. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19(1):68-72.
6. Cera SM. Intestinal Intussusception. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008;21(2):106-13.
7. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson textbook of pediatrics.* 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
8. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg.* 2003;186(1):75-6.
9. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173(2):88-94.
10. Frydman J, Ben-Ishay O, Kluger Y. Total ileocolic intussusception with rectal prolapse presenting in an adult: a case report and review of the literature. *World J Emerg Surg.* 2013;8(1):37.
11. Lindor RA, Bellolio MF, Sadosty AT, Earnest F, Cabrera D. Adult intussusception: presentation, management, and outcomes of 148 patients. *J Emerg Med.* 2012;43(1):1-6.
12. Poveda G, Polanía HA, Canal F, Montoya KF, Jiménez HC. Case Report and literature review of idiopathic intussusception in an adult. *Rev Col Gastroenterol.* 2013;28(3):235-9.
13. Varban O, Ardestani A, Azagury DE, Kis B, Brooks DC, Tavakkoli A. Contemporary management of adult intussusception: who needs a resection? *World J Surg.* 2013;37(8):1872-7.
14. Hasnain MA, Khalid MM, Irfan-Ul-Haq. Ileo-colic intussusception; is hydrostatic reduction worth considering till late? *Professional Med J.* 2014;21(5):864-8.

Correspondencia:

Jesus A. Bahena-Aponte
 Jefatura de Enseñanza e Investigación, Hospital General Ajusco Medio Encinos Número 41, Col. Ampliación Miguel Hidalgo 4ta Secc. Delegación Tlalpan. CP 14250. México D.F.
 E-mail: investigacionhgam@gmail.com