

Invaginación intestinal en el adulto. Utilidad de la tomografía computada en el diagnóstico.

Dr. Nicolás Muniz, Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Nicolás Martínez, Dr. Luis Belderrain, Dr. M. Viola.

Departamento Clínico de Cirugía. Clínica Quirúrgica “B” Prof. Agdo. Dr. César Canessa.
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay.

Introducción

La invaginación intestinal es una causa muy poco frecuente de oclusión intestinal en el adulto, correspondiendo a menos del 1% de las etiologías. Según la topografía de la intususcepción la podemos clasificar en entérica, ileocólica, ileocecal o colónica. Describimos los casos clínicos de 2 pacientes que presentaron una oclusión intestinal por intususcepción, una ileocecal y otra entérica, destacando la utilidad de la tomografía en el diagnóstico.

Caso Clínico 1

• Hombre, 51 años, fumador intenso, gastritis diagnosticada por FGC hace 15 años.
• Consulta por cuadro de 1 mes de evolución dado por dolor epigástrico tipo cólico, sin relación con las ingestas, que se irradia a todo el abdomen, astenia, adinamia y adelgazamiento de más de 10 kg. Sin anorexia. En última semana aumento del dolor acompañado de náuseas y 3 vómitos biliosos. Tránsito digestivo bajo conservado.
• Al examen lúcido, desnutrición moderada, deshidratado, eupneico, taquicárdico, fiebre de 38°. Abdomen: leve distensión centroabdominal, blando, depresible, defensa en flanco y fosa iliaca izquierdas, no se palpan tumoraciones. RHA aumentados.
De la paraclínica humoral se destaca: Hemograma: Hb 15,9 mg/dl, GB 24.000, Plt 500.000. Azoemia: 62 y creatininemia: Albuminemia: 3,3 gr/dl.

Rx de abdomen.

Escasos niveles de delgado y colon.

Ecografía abdominal

Importante distensión de asas delgadas y colon en forma difusa. Escasa cantidad de líquido libre intraperitoneal. No vemos imágenes de pseudo-riñón.

Tomografía.

Distensión de asas intestinales a predominio yeyunal, con engrosamiento parietal difuso con marcado realce con aspecto edematoso. Imagen ovalada infraumbilical con meso en su interior que puede corresponder a volvulación y otra alargada que se extiende en sentido posterocaudal comprimiendo rectosigmoideos. Moderada cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal.

Tratamiento.

Con diagnóstico de oclusión intestinal por probable intususcepción se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía por mediana supra e infrumbilical destacándose la presencia de peritonitis purulenta por perforación de transverso, invaginación ileo - cecal por cáncer de ciego, con compromiso isquémico y necrosis del asa que provocó la perforación. Se realiza colectomía derecha y resección del asa, toilette peritoneal y confección de ileostomía y fístula mucosa.
Buena evolución posterior en sala, se otorga alta a los 7 días del procedimiento.

Anatomía patológica.

Adenocarcinoma tubulovelloso moderadamente diferenciado superficial de ciego, que compromete hasta la submucosa sin evadirla, ulcerado, de 50x40x20mm; 0/5 ganglios.

Caso Clínico 2

• Mujer, 49 años, sin AP a destacar.
• Consulta por cuadro de 12 hs de evolución dado por dolor centroabdominal cólico, intenso, que la despierta en la noche, que se acompaña de vómitos biliosos y 2 deposiciones diarreicas y sensación febril. Expulsa gases.
• Al examen lúcida, leve hipocoloración de piel y mucosas, fiebre de 38°. Abdomen: distensión centroabdominal, blando, depresible, tumoración dolorosa de 10 x 10 cm centroabdominal móvil y mate a la percusión. RHA normales.
De la paraclínica humoral se destaca: Hb 11,9 mg/dl, GB 11.200, Plt 410.000.

Rx de abdomen.

Escasos niveles de delgado en flanco y fosa iliaca derecha.

Tomografía.

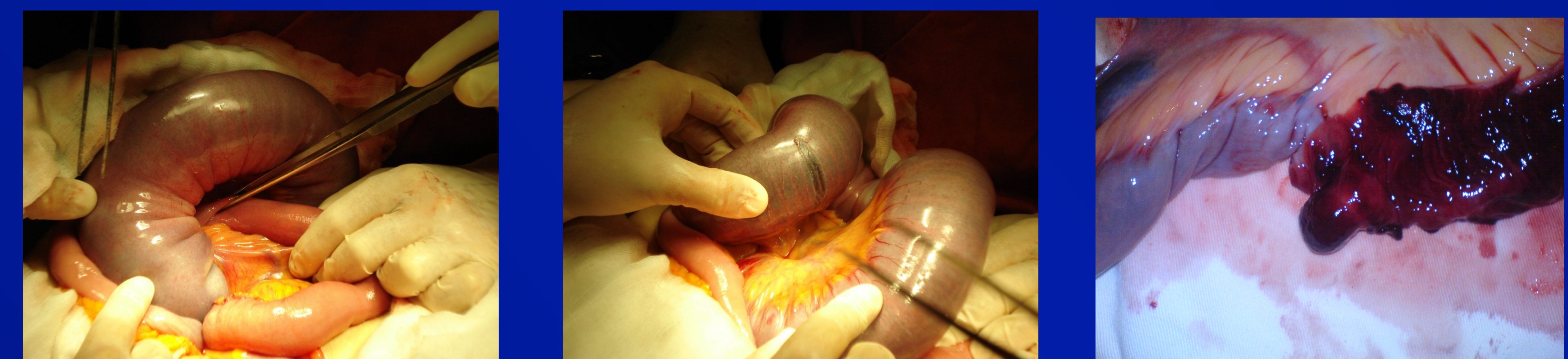
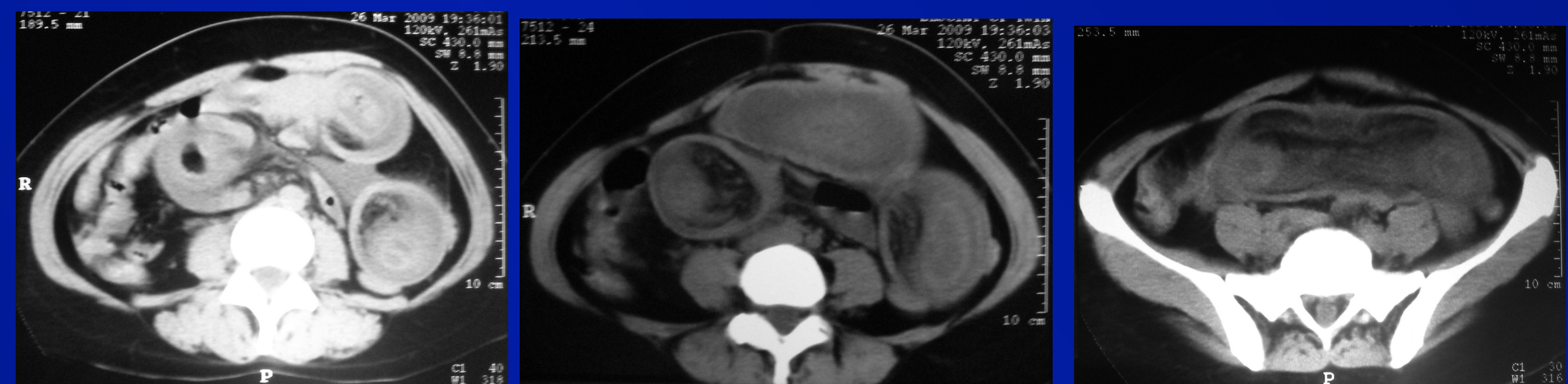
Gran distensión de asas delgadas proximales. Se observa en sector medio de intestino delgado masa de tejido blanco que impresiona intraluminal, con capas alternantes de hipo e hiperdensidad. En suma: oclusión intestinal de delgado por probable invaginación intestinal.

Tratamiento.

Con diagnóstico de oclusión intestinal por probable intususcepción entérica se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía mediana supra e infrumbilical destacándose gran distensión de asas delgadas proximales, observándose en el sector de transición invaginación entérica, con compromiso isquémico y necrosis del asa.
Se realiza resección del asa y anastomosis término - terminal.
Buena evolución posterior en sala, se otorga alta a los 6 días del procedimiento.

Anatomía patológica.

A 155 mm del cabo mayor se observa lesión polipoide de 24 x 18 x 17 mm de superficie lisa parduzca de aspecto submucoso. Hallazgo concordante con lipoma submucoso intestinal.
Ausencia de malignidad en el material analizado.



Discusión y conclusiones

Cualquier lesión en la pared intestinal que aumente el peristaltismo es capaz de iniciar la invaginación. La peristalsis da lugar a que un segmento proximal del intestino se introduzca dentro de un segmento distal y el mesenterio resulta atrapado, apareciendo edema, compresión vascular y necrosis isquémica de la pared intestinal, por lo que el tratamiento es siempre quirúrgico. 75 a 80% de las lesiones asientan en intestino delgado, siendo la mayoría benignas; la posibilidad de malignidad aumenta significativamente en colon. La clínica es inespecífica presentando síntomas habituales de oclusión intestinal pudiéndose encontrar una masa palpable. En las etapas iniciales el diagnóstico puede resultar difícil, y la Rx de abdomen y la ecografía tienen poca sensibilidad. La tomografía computada es de elección en los casos de duda diagnóstica o ante la sospecha de invaginación intestinal por ecografía, dado que permite identificar la causa de la invaginación y su topografía, así como permite valorar la extensión lesional tanto regional como a distancia de tratarse de una lesión maligna.

Referencias

- Morera-Ocón F, Hernández-Montes E et al. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. Cir Esp.2009; 86(06) :358-62 - vol.86 núm 06.
- Eisen L, Cunningham J and cols. Intussusception in adults: institutional review. Journal of the American College of Surgeons 1999; vol 188, issue 4; pag 390 – 395.
- Yakan S, Caliskan C et al. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. World J Gastroenterol 2009 April 28; 15(16): 1985-1989.