

INFORME DE CASO**Invaginación intestinal asociado a oxiuriasis. Presentación de un caso****Intussusception associated with pinworm. Case report**

Josefa Jiménez Hernández, Rosa Nelly Velázquez

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se trata de paciente de 58 años masculino con antecedentes de salud anterior que viene presentando dolor a tipo cólico difuso acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso de un mes de evolución, que acudió a la consulta de cirugía del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" donde fue ingresado. Se le indicó ultrasonido, radiografía simple de abdomen y estudios de laboratorio. Se decidió intervenir quirúrgicamente con diagnóstico de síndrome suboclusivo y se le realizó laparotomía exploradora donde se detectó invaginación de ciego en colon ascendente por masas de parasitismo intestinal oxiuro. Evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta para seguimiento por consulta externa. Se ha tenido oportunidad de revisar numerosas literaturas donde se plantea que la invaginación intestinal en adultos es rara por lo que se informa este caso para su publicación.

Palabras clave: invaginación intestinal; parasitismo intestinal; oxiuro

ABSTRACT

It is male patient 58 years with a history of previous health has been presenting pain colicky diffuse accompanied by asthenia, anorexia and weight loss a month of evolution, who attended the consultation surgery at the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" where he was admitted. It was instructed ultrasound, plain abdominal

radiography and laboratory studies. It was decided surgically intervention diagnosed with subocclusive syndrome and underwent aparotomy where blind intussusception was detected in ascending colon y intestinal parasitism pinworm masses. Evolving satisfactorily, it s discharged for outpatient follow-up. It has had an opportunity to eview many literatures where it states that intussusception is rare n adults so this case reports for publication.

Keywords: intussusception; intestinal parasitism; pinworm

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal se define como: dos segmentos consecutivos del tubo gastrointestinal que se entrelazan entre sí. La intususcepción en adultos es rara, menos de 5 % de todos los casos de invaginación y casi 1-5 % de obstrucción intestinal.¹

La invaginación intestinal es la causa más común de obstrucción de intestino delgado en infante. La invaginación intestinal es una enfermedad frecuente en el lactante y es causa de oclusión intestinal a esta edad.²

Esta es la más común causa de oclusión intestinal en infante, ocurriendo usualmente entre los 4 y 10 meses de edad.³ La invaginación intestinal es la causa más frecuente de oclusión intestinal en menores de 3 años.²

La invaginación se produce cuando un segmento de intestino delgado, empujado por una onda peristáltica penetra bruscamente en el segmento inmediatamente distal a el. En lactantes y niños no suele haber una lesión anatómica ni un defecto intestinal que justifique el trastorno y el paciente está por lo menos sano.

Sin embargo, en los adultos la invaginación implica de existencia de una masa o tumor intraluminal que actúa como punto de atracón. En ambos casos, cuando se produce la invaginación el atropamiento de los vasos mesentéricos puede provocar un infarto.⁴

En personas mayores de 60 años de edad sin antecedentes de cáncer pero con invaginación colónica la primera posibilidad a sospechar será un tumor primario de colon.⁵

Las manifestaciones clínicas no son específicas, y los pacientes pueden presentar síntomas agudos, intermitentes o crónicos, sobre todo de un cuadro de obstrucción intestinal.

La invaginación entérica es caso raro en obstrucción intestinal en adultos, y muchos casos este es debido a un tumor benigno. El más común sitio de invaginación en adultos es el intestino delgado (35-60 %) seguido por invaginación ileocecal (24-35 %) e invaginación cólica (15-26 %).^{6,7,8}

Las infecciones por parásitos intestinales continúan constituyendo un importante problema de salud, por sus altas tasas de prevalencia y amplia distribución mundial, sobre todo en las regiones tropicales y subtropicales. La población infantil continúa siendo la más afectada.

Aunque la mortalidad por estas infecciones es baja, cada año ocurren, por citar algunos ejemplos, hasta 100 000 muertes debidas a amebiasis y cientos de miles por helmintiasis a escala mundial.⁹

En Cuba, existe preocupación gubernamental por mejorar la calidad de vida de la población, mediante la ejecución de múltiples estrategias y a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), por lo que el país ha logrado mejorar de forma trascendente los indicadores de salud existentes antes de 1959.^{10,11}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente de 58 años masculino con antecedentes de salud anterior que viene presentando dolor a tipo cólico difuso acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso de un mes de evolución.

Acude a la consulta de cirugía del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" donde fue ingresado. Se le indicaron: ultrasonido, radiografía simple de abdomen y estudios complementarios de laboratorio.

Ultrasonido: Se visualizan asas del intestino delgado dilatado con colon ascendente con imagen ecolúcida de 20 x 16 mm de aspecto tumoral. Líquido en cavidad abdominal

Radiografía de abdomen simple: informa abundantes gases que no permite visualizar detalles.

Estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 110 g/l
 Hematócrito: 035 l/l
 Leucocitos: 5 x 10⁹/l
 Glicemia: 5.6 mmol/l

Informe anatomopatológico

Macroscópicamente

Se recibió pieza quirúrgica de segmento de intestino grueso que midió 75 x 18 cm, superficie lisa deslustrada con áreas de hemorragia que a la apertura se apreció ciego invaginado en porción proximal de colon ascendente, con masas blandas parduscas, de aspecto parasitaria, con mucosa hemorrágica aparentemente necrosada por el compromiso vascular y pared adelgazada, y distendida la luz por la compresión mecánica que obstruye la luz cólica.

Microscópicamente

En los cortes histológicos se observó en la mucosa del intestino grueso un infiltrado inflamatorio crónico inespecífico de la lámina propia, así como discreta lisis por el compromiso vascular y la presencia de parásito intestinal oxiuro en mucosa y toda la pared intestinal (Figuras 1, 2 y 3).

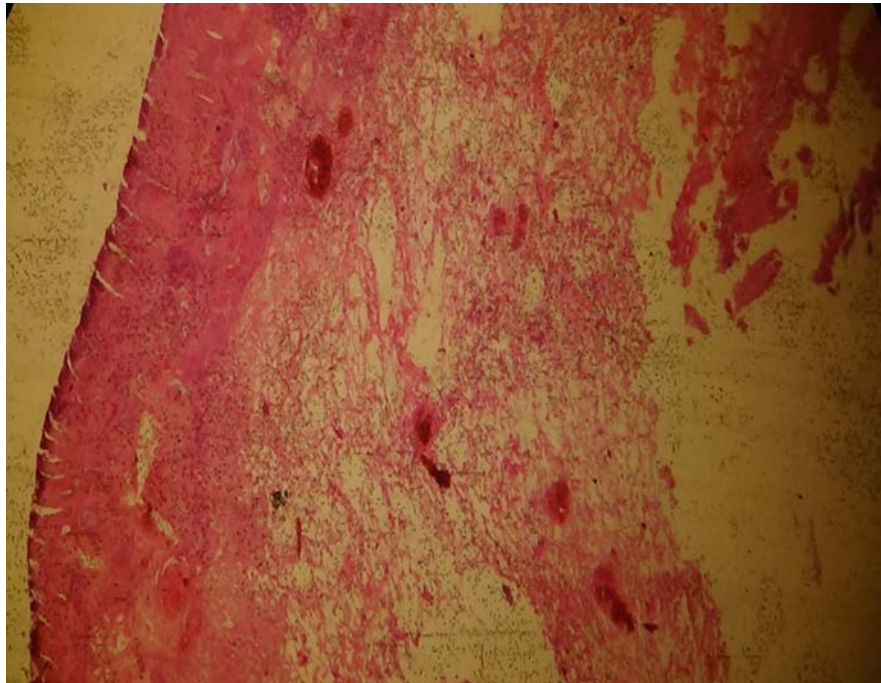


Figura 1. Corte histológico de mucosa cólica con discreta lisis por el compromiso vascular. Se observan focos de oxiuro en la mucosa intestinal.

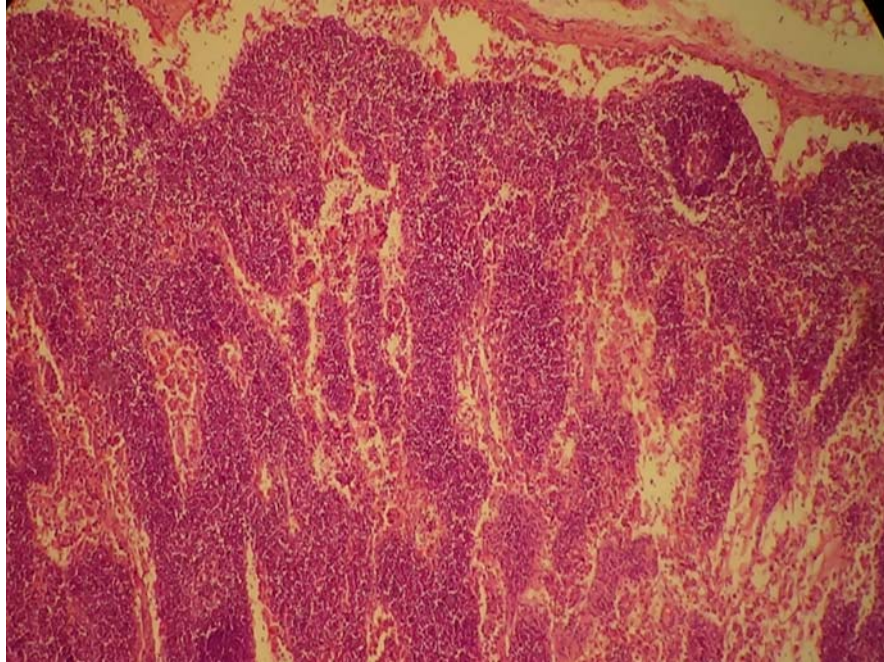


Figura 2. Corte a mayor aumento de la mucosa cólica invaginada con compromiso vascular.

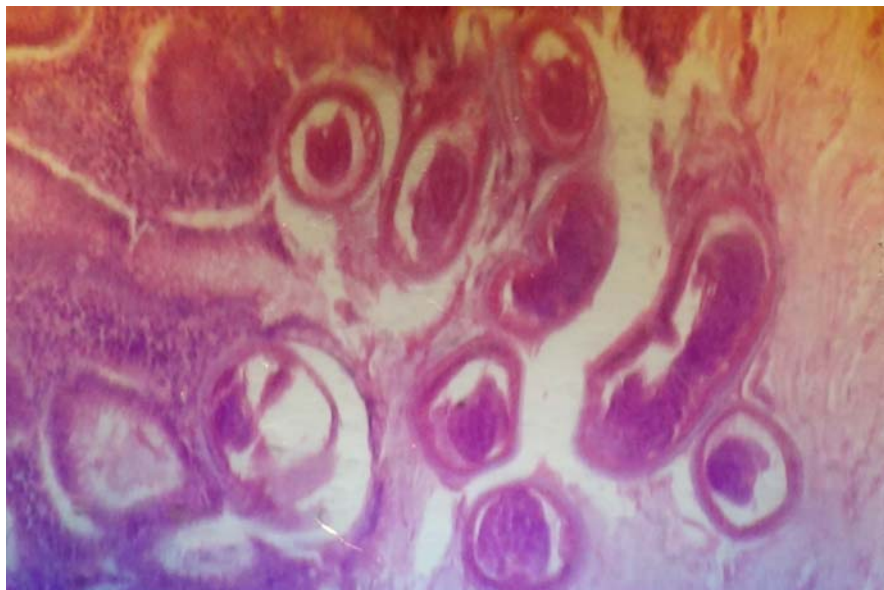


Figura 3. Corte histológico de mucosa cólica donde se aprecian abundantes huevos de oxiuro en el segmento invaginado.

Se decidió intervenir quirúrgicamente con diagnóstico de síndrome suboclusivo y se le realizó laparotomía exploradora donde se detectó invaginación de ciego en colon ascendente por masas de parasitismo intestinal oxiuro.

Se le realizó resección de segmento de intestino grueso con compromiso vascular y se hizo anastomosis ileocólica.

Evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta para seguimiento por consulta externa.

DISCUSIÓN DEL CASO

La invaginación puede presentarse como un cuadro clínico agudo, subagudo o crónico con síntomas de dolor abdominal, náuseas y vómitos. La típica triada clínica de dolor, masa palpable y huevos de parásitos en heces fecales se ve raramente en adultos.¹²

Debido a la clínica no específica de presentación, la invaginación dificulta el diagnóstico.¹ Se reportan casos en adultos a quienes se le efectuó exploración quirúrgica suele ser un hallazgo transquirúrgico en menos de 1 de cada 1,300 operaciones abdominales y en 1 de cada 100 pacientes operados por obstrucción abdominal.¹

Se han reportado muchos casos por helmintos y protozoos, en especial: *Trichuris trichura*, *Ascaris lumbricoides* y ameba.

En nuestro caso tuvo un cuadro clínico de dolor inespecífico difuso que se acompañó de náuseas, decaimiento, anorexia y pérdida de peso que se hizo pensar en un síndrome suboclusivo por una neoplasia, en la laparotomía exploradora se detectó masas de oxiuros que conllevaron a la invaginación cólica no siendo lo común que provocaría la tracción del segmento ciego colon ascendente a que se invaginara y que por el estudio histológico del segmento resecado para su análisis anatomopatológico se confirmó la presencia de innumerables huevos de oxiuros.

Confirmamos que por las literaturas revisadas este es un hallazgo quirúrgico accidental y por parasitismo intestinal por huevos de oxiuros es muy raro en adultos por lo que nos hemos interesado a revisar innumerables literaturas y reportar este caso para publicar y dar a conocer en la práctica médica y al mundo de la existencia de reporte de un caso de invaginación intestinal asociado a oxiuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos-Cruz D, Ramírez-Morales F, López-Pretelín NP, Quiroz-Morales CN, Bezares-Bravo G. Invaginación intestinal: un dilema diagnóstico en el adulto. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. *Cir Ciruj* [Internet]. 2014 [citado 27 Abr 2016];82(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66231427012.pdf>
2. Colombani PM, Scholz S. Intussusception. In: Coran AG. *Pediatric Surgery*. 7ªed. Philadelphia: Saunders; 2011. p. 1093-110.
3. WHO (2002) Acute intussusception in infants and children. Incidence, clinical presentation and management: a global perspective. Geneva: World Health Organization; [s.a.].
4. Lester SC, Cotran RS. APARATO Gastrointestinal. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Robbins Patología, estructural y funcional*. 6ªed. Madrid: MC Graw Hill Interamericana; 2000. p. 809-879.
5. Gollub M. Colonic Intussusception: Clinical and Radiographic Features. *AJR* 2011;196:W580-W58.
6. Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, Guo KJ. Adult intussusception: a retrospective review of 42 cases. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 3303-3308.
7. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, Bajracharya A, Sah PL. Intussusception in adults: institutional review. *Int J Surg* 2011; 9:91-95.
8. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008; 98: 444-447.
9. Harhay MO, Horton J, Olliaro PL. Epidemiology and control of human gastrointestinal parasites in children. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2010;8(2):219-34.
10. Cooper RS, Kennelly JF, Orduñez-García P. Health in Cuba. *Int J Epidemiol*. 2006;35(4):817-24.
11. Offredy M. The health of a nation: perspectives from Cuba's national health system. *Qual Prim Care*. 2008;16(4):269-77.
12. Gupta V, Doley RP, Subramanya Bharathy KG, Yadav TD, Joshi K, Kalra N, Kang M, Kochhar R, Wig JD. Adult intussusception in Northern India. *Int J Surg* 2011; 9: 297-301.

Recibido: 28 de diciembre de 2015

Aprobado: 21 de febrero de 2016

Dra. Josefa Jiménez Hernández. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** jjh@infosol.gtm.sld.cu