

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

INVAGINACION INTESTINAL POR NEOPLASIA DE COLON EN EL ADULTO. INFORME DE UN CASO.

Dr. Leonardo Carballosa Espinosa¹, Dr. Jacinto Robinson Jay.²

RESUMEN

Se realiza el informe de caso de una paciente del sexo femenino, de 68 años de edad, raza blanca, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que ingresa en el servicio de cirugía por tumoración en hipocondrio y flanco derecho, náuseas, vómitos, distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico y signos de deshidratación moderada, con historia de síntomas digestivos de largo tiempo de evolución. Se realizan estudios de urgencia: hemograma completo, glicemia, radiología de abdomen simple, de pie anteroposterior, lateral y acostada, colon por enema, ultrasonido abdominal, concluyendo que la paciente presenta oclusión intestinal mecánica por invaginación intestinal crónica. Es intervenida quirúrgicamente. Se reduce la invaginación encontrándose tumoración en ciego. Se reduce invaginación, realizándosele hemicolectomía derecha, omentectomía con ileotransverso anastomosis. Se recupera adecuadamente, egresando a los 15 días asintomática. Se efectúa seguimiento por oncología para tratamiento quimioterapéutico.

Palabras clave: INTUSUSCEPCION/etiología; NEOPLASMAS DEL COLON/cirugía;

INTRODUCCION

La intususcepción intestinal 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*).¹

¹ Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

Es una condición de emergencia que afecta comúnmente a niños entre 5 a 9 meses de edad y mucho menos frecuente en adultos. En niños, el cuadro de presentación es agudo, siendo la etiología usualmente idiopática, probablemente por una alteración de la motilidad intestinal y son más frecuentes las invaginaciones ileocolónicas y en la región de la válvula ileocecal.

En adultos, la invaginación suele ser crónica o subaguda y colocólicas, siendo sus causas tumores benignos y malignos de intestino, divertículo de Meckel, úlceras crónicas, bridas y adherencias, ganglios mesentéricos de gran tamaño, aunque en el 10 ó 20 % no se puede encontrar su origen. Las lesiones localizadas en colon son malignas en el 50 %, y la mayoría benignas si se encuentran en intestino delgado.

Hay varias categorías de intususcepción enterocólica:

- 1) Entérica (el intestino delgado se invagina en el intestino delgado).
- 2) Ileocólica (el íleo se invagina a través de la válvula ileocecal).
- 3) Ileocecal (afectación de la válvula ileocecal en sí misma).
- 4) Colocólica (el colon se invagina en el colon).

En el tipo ileocecal, el efecto de estenosis de la válvula ileocecal puede producir gangrena isquémica del ileon.² Se manifiesta con dolor abdominal, vómitos y heces sanguinolentas (en jalea de grosellas), pero esta tríada puede estar ausente. Se presenta masa abdominal en el 63-85 % de los casos. Un examen rectal y prueba de sangre oculta son una pauta importante de la evaluación y son frecuentemente positivas.

Las radiografías simples de abdomen pueden mostrar masa de tejido blando con gas, delimitando el intestino invaginado en el colon distal, y se puede observar patrón obstructivo proximal.¹ Con respecto a su diagnóstico radiológico, el signo clásico es el de muelle, con imagen de bario atrapado entre segmento de intestino invaginado e intestino que lo rodea.

El tránsito de intestino delgado y el estudio de colon por enema son útiles para el diagnóstico, siendo éste último, un potencial terapéutico para la reducción hidrostática de la intususcepción; método muy conocido. La reducción neumática bajo monitoreo fluoroscópico ha ganado aceptación.

En el adulto, si la reducción ha sido exitosa, es conveniente realizar un segundo enema opaco para investigar el factor etiológico.

El ultrasonido es un método certero y de bajo riesgo en manos expertas que se utiliza para el diagnóstico (Figura 1), mostrando los patrones principales de lesiones en diana y pseudoriñón en cortes transversal y longitudinal, respectivamente.

La ecografía se está usando como alternativa para guía en la técnica de reducción hidrostática, utilizando solución salina⁴ y, también, para su reducción neumática.⁵ Hay que considerar las contraindicaciones para estas intervenciones: perforación intestinal, peritonitis y choque hipovolémico.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 68 años de edad, raza blanca, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial que es ingresada en el servicio de Cirugía por tumoración en hipocondrio y flanco derecho, náuseas, vómitos, distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico y signos de deshidratación moderada, con historia de síntomas digestivos de largo tiempo de evolución como: inapetencia, anorexia y flatulencia.

Examen físico:

Polipnea, al tacto rectal se encuentra materia fecal con estrías sanguinolentas, abdomen ligeramente distendido, discretamente doloroso en flanco y fosa iliaca derecha, no contractura, no reacción peritoneal.

Estudios de laboratorio:

Hemograma, glicemia, creatinina, radiografía de tórax y electrocardiograma; todos en parámetros normales.

Radiografía abdominal de pie y decúbito supino: No se observa dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos periumbilical y en ciego. Aire en colon.

Colon por enema: Se observan paros en el contraste e introducción de un segmento en la luz del intestino adyacente, con imágenes clásicas como anillos concéntricos, escarapela, tridente o muela de cangrejo (Figura 2).

Ecografía abdominopelviana: Muestra imagen clásica pseudorrenal en topografía de la región comprometida de intestino delgado y ciego.

Se realiza intervención quirúrgica, confirmándose diagnóstico presuntivo a

través de estudios por imágenes, constatándose intususcepción de asas de ileon, apéndice, ciego y colon ascendente, causado por tumoración de ciego (Figura 3).

Se procede a realizar hemicolectomía derecha (Figura 4), con resección de asas de ileon terminal y omentectomía con anastomosis ileotransversa terminoterminal.

La paciente manifestó buena evolución en el período posquirúrgico; sin complicaciones posteriores.

Informe anatomopatológico:

Descripción macroscópica:

Hemicolectomía derecha de 32 cm, acompañada de 13 cm de ileon terminal y moderada cantidad de tejido adiposo pericolónico. A nivel de ciego se identifica formación tumoral de forma polipoidea que mide 8 x 6 cm e infiltra capa muscular y se encuentra a 14 cm del límite ileal de la resección.

Descripción microscópica:

Los cortes del tumor cecal muestran imagen de adenocarcinoma pobremente diferenciado, con sectores sólidos y escasa formación de glándulas y rosetas.

DISCUSION DEL CASO

La invaginación intestinal en adultos es una entidad rara, suponiendo el 5 % de todas las causas de obstrucción y, generalmente, se asocia a la presencia de un tumor que actúa como cabeza de la intususcepción. Suele tratarse de tumores benignos en caso de invaginaciones de intestino delgado, al contrario de las de origen colónico, en las que predomina adenocarcinoma como causa de intususcepción.¹

Las neoplasias de intestino delgado son lesiones infrecuentes, considerándose factores protectores: la presencia de contenido líquido y alcalino, tránsito acelerado, escasa cantidad de bacterias que lo colonizan, rápida proliferación de las células mucosas del intestino que inhiben el crecimiento de las células malignas competitivas y riqueza de tejido linfático con producción de IgA que dificulta la exposición de la pared intestinal a los agentes carcinógenos como

complemento a la base genética, probablemente necesaria para el desarrollo de las mismas.²

Se informa la mayor frecuencia de tumores en los tramos proximales de intestino delgado, disminuyendo al aumentar el peristaltismo basal. Así, el 60 % de los tumores benignos de intestino delgado se localiza en yeyuno y el 66 % de los malignos en el íleon.^{3,4} Por tanto, los tumores malignos son más frecuentes en hombres y los benignos más frecuentes en mujeres.⁵

Entre los tumores de intestino delgado causantes de invaginación, se han descrito lipomas, leiomiomas, leiomiomas, leiomiomas, pólipos de Peutz-Jeghers, adenomas, adenocarcinomas y sarcomas.

Actualmente, los términos leiomioma y leiomioma tienden a sustituirse gradualmente por un término de mayor extensión como tumores del estroma gastrointestinal (GIST), considerándose los tumores estromales del ID (SIST) una variedad mucho menos común.²

Los GIST se pueden subdividir en cuatro categorías en base a sus características fenotípicas: diferenciación hacia musculatura lisa, con estructura similar a las células neurales del plexo mientérico (GAN), diferenciación mixta e indiferenciada. Se consideran criterios de malignidad el tamaño superior a 5 cm, necrosis reciente del tumor, hemorragia copiosa independiente del acto quirúrgico, extrema celularidad, marcada atipia y elevada actividad mitótica^{12,13}, lo que ha permitido calificar nuestro primer caso como benigno, mientras que el segundo representa un estadio tumoral avanzado.

CONSIDERACIONES FINALES

La invaginación intestinal en adultos es una entidad rara. Es el 5 % de todas las causas de obstrucción y, generalmente, se asocia a la presencia de un tumor que actúa como cabeza de la intususcepción.²

El diagnóstico habitualmente se realiza tras estudio baritado gastrointestinal, ecografía y tomografía axial, que demuestran la presencia de tumoración intestinal con signos radiológicos de intususcepción.^{3,4}

El tratamiento de intususcepción es la resección segmentaria del intestino, teniendo en cuenta que la cabeza de la invaginación suele ser un tumor cuyo origen es imposible de determinar intraoperatoriamente. Los tumores malignos

son tratados con amplia resección intestinal que incluye al mesenterio adyacente con ganglios regionales, seguido de quimioterapia como tratamiento posquirúrgico, según las características de estos.⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Eisenberg R. Radiología Gastrointestinal. New York: Marbán; 1997.
2. Mittelstaedt C. "Ecografía general". New York : Marbán, 1998.
3. Winslow BT, Westfall JM, Nicholas RA. Intussusception. Am Fam Physician. 1996 Jul; 54 (1):213-220.
4. Rohrschneider W. Invagination. Radiologe. 1997 Jun; 37(6):446-53.
5. Rabassini A, Schiavon G, Allaghi F, Donadi M, Piovesan L, Rupeni L, et al. The hypothesis of a diagnostic-prognostic assessment of intestinal invagination with the aim of treatment by echo-guided pneumatic reduction. Radiol Med (Torino). 1991 Dec; 82(6):817-22.
6. Peters J. Ileocecal invagination an unequivocal computer tomography diagnosis. Digitale Bilddiagn. 1985 Dec;5(4):195-6
7. Giacomelli L, Brescia A, Pulcini A, Fabrizio G, Finizio R, Macchiaroli S, et al. A case of ileocecolic intussusception from cecal carcinoma. Ann Ital Chir. 1994 Sep-Oct; 65(5):579-82
8. Ellis H. Tumors of the small intestine. SeminSurg Oncol. 1987; 3: 12-21.
9. Quaglino F, Borello M. Gastrointestinal stromal tumors. Un caso di neoplasia stromale dell'intestino tenue (SIST)dal comportamento biológico incerto. Minerva Chir. 2000; 55 (5): 347-51.
10. Pino FJ, Benito J. Tumores primarios del intestino delgado. Rev Esp Enferm Ap Digest. 1989; 76: 437-442.
11. Desa L, Bridger J, Grace PA. Primary jejunoileal tumors: A review of 45 cases. World J Surg. 1991; 15 (1): 81-87.
12. Álvarez A, Ciriza C, García J. Invaginación ileal dependiente de leiomioma como causa de obstrucción intestinal intermitente. An Med Interna (Madrid). 1995; 12: 505-507.
13. Guetz des GM. En fin un traitement efficace dans les sarcomes digestifs indifferencies (tumeurs stromales). J Chir. 2002; 139 (5): 268-273.



Figura 1. Ultrasonido abdominal que informa imagen el falso riñón o imagen en diana característico de la invaginación intestinal.



Figura 2. Estudio radiológico contrastado de colon, donde se observan las imágenes clásicas de la invaginación, stop en el contraste, imagen en tridente, escarapela y muela de cangrejo

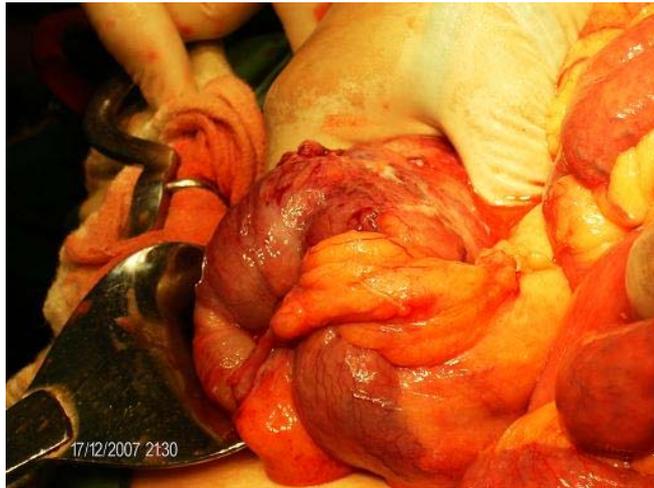


Figura 3. Se observa intestino delgado introducido en el colon, imagen clásica en hocico de tenca.



Figura 4. Se realiza reducción de la invaginación, donde se observa tumoración de ciego para realizar la hemicolectomía derecha.