

Invaginación ileo-cecal: origen infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto. Aportación de un caso

M. Díaz del Río Botas¹, J. A. Abril Banet², M. Correa Cabana², L. Costas Marcos³, J. J. Herrero Reyes⁴, A. de la Cruz Mera⁵, A. Rey Seijo⁶

Med Mil (Esp) 2003; 59 (1): 33-34

RESUMEN:

Presentamos el caso de una mujer de 86 años con episodios de dolor abdominal etiquetados de cuadros de suboclusión intestinal y anemia ferropénica de varios meses de evolución. Acude a Urgencias por empeoramiento del dolor cólico y deposiciones diarreicas. En la exploración abdominal se aprecia una masa epi-mesogástrica en forma de "barra gruesa".

Comentamos la rareza de la invaginación intestinal en el adulto que apenas supone el 10% de las causas de obstrucción intestinal y la dificultad de conseguir un adecuado diagnóstico preoperatorio. Describimos los hallazgos clínicos y radiológicos, haciendo hincapié en la importancia de las técnicas exploratorias en la aproximación diagnóstica. Ecografía, TAC y RNM abdominal pueden ofrecer unos magníficos resultados.

PALABRAS CLAVE: Invaginación intestinal. Adulto. Intususpección. Abdomen agudo. Suboclusión intestinal. Obstrucción intestinal. Cáncer de colon.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una entidad infrecuente en el adulto, ocasionando menos del 10% de las obstrucciones intestinales (1). Presenta profundas diferencias con el cuadro observado en la edad infantil, tanto desde el punto de vista clínico, etiológico, diagnóstico y terapéutico. En adultos tiene un origen orgánico entre el 50-90% de los casos, observándose una etiología neoplásica maligna en el 70% de las que afectan al colon, suponiendo la ileocecal la localización más frecuente.

Cursa frecuentemente como un cuadro clínico tórpido y crónico en forma de síndrome suboclusivo, de evolución variable en el tiempo aunque puede debutar de forma aguda como una obstrucción intestinal.

El diagnóstico preoperatorio es difícil pero existen múltiples signos sugestivos en las exploraciones radiológicas que ofrecen la posibilidad de acceder a la cirugía con un diagnóstico correcto. A diferencia del niño, en el adulto el tratamiento es siempre quirúrgico, mediante resección, quedando la reducción raramente indicada.

CASO CLÍNICO

Mujer de 86 años sin antecedentes de interés, salvo anemia ferropénica en tratamiento desde seis meses antes. Refiere astenia, anorexia y sensación de plenitud gástrica. Presenta dolor abdominal difuso con carácter cólico de 3-5 meses de evolución acom-

pañado de alteración del hábito intestinal, con tendencia al estreñimiento, pero con episodios aislados de diarrea. Sufre diversos episodios agudos de dolor que ceden en domicilio con tratamiento conservador. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de gran intensidad, difuso, con carácter cólico, sin fiebre, náuseas o vómitos. En las horas previas refiere sufrir diarreas con emisión "explosiva" de gases. Se palpa masa epi-mesogástrica en forma de "barra gruesa" transversal.

La exploración analítica revela anemia Hb 8.26 g/dl, VSG 84 mm 1ª hora, albúmina 2.6 g/dl y CEA 126 ng/ml como únicos hallazgos patológicos. En la radiología simple de abdomen se observan hallazgos inespecíficos de obstrucción intestinal. La ecografía abdominal revela masa en mesogastrio de 15 x 8 cm escasamente móvil, con imágenes tipo "diana" y "pseudorriñón" sugestivas de invaginación (Fig. 1).

En la laparotomía se aprecia invaginación ileocecal, quedando la punta de la intususpección a la altura del colon transversal a unos 15 cm del ángulo esplénico. Se practica hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversal mecánica (Fig. 2).

El estudio histopatológico informa de intususpección en colon transversal que incluye ciego, apéndice, ileon terminal, mesocolon y mesenterio. Se objetiva la presencia de adenocarcinoma de ciego que afecta a la válvula de Bauhin moderadamente diferenciado y que no metastatiza en ganglios linfáticos aislados, Estadio B de Dukes.

La evolución postoperatoria es favorable, encontrándose asintomática a los 2 años de la Cirugía con un CEA de 2.5 ng/ml.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal o intususpección consiste en el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otro segmento intestinal adyacente, lo que ocasiona obstrucción intestinal (2). La que se observa en adultos es frecuentemente secundaria a lesiones orgánicas que actúan como "lesión guía", suponiendo entre el 50-90% de los casos. El 70% de las localizadas en el colon responden a patología neoplásica maligna (3,4).

Las profundas diferencias clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas entre el niño y el adulto hicieron pensar a diversos autores que

¹ Cte. Médico.

² Médico civil.

³ Cap. Enfermero. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

⁴ Cap. Médico. Servicio de Radiodiagnóstico

⁵ Cte. Médico. Servicio de Anatomía Patológica

⁶ Col. Médico. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Naval de la Zona Marítima del Cantábrico (Ferrol).

Dirección para correspondencia: Dr. M. Díaz del Río Botas. Servicio de Cirugía. Hospital Naval. San Pedro de Leixa, s/n. 15405 Ferrol (Coruña).

Recibido: 5 de abril de 2002.

Aceptado: 2 de agosto de 2002.



Figura 1. Corte sagital en ecografía abdominal: imagen en "pseudodoriñón".



Figura 2. Imagen del campo operatorio donde se observa invaginación de ileon terminal y ciego en colon ascendente y transverso.

se trataba de entidades patológicas diferentes. El cuadro clínico del adulto suele ser crónico, en forma de crisis suboclusivas, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente y la presencia de una masa palpable observable en tan sólo el 20% de los casos, tal y como ocurrió en nuestra paciente (5).

Múltiples publicaciones reflejan la creciente eficacia de las exploraciones radiológicas en conseguir un correcto diagnóstico preoperatorio (6,7,8,9,10). La radiología simple de abdomen revela signos inespecíficos de obstrucción intestinal. Las imágenes en "pata de cangrejo", "en cúpula" o "muelle en espiral" observables en el enema opaco son sugestivas de cara al diagnóstico (11). En estudios gastrointestinales por vía rectal es típico observar la cabeza de la invaginación improntando en la columna de bario, lo que corresponde a la imagen en "muelle". Mayor sensibilidad y especificidad muestra la ecografía abdominal. El hallazgo de imágenes tipo: "pseudodoriñón" (12), "anillos concéntricos múltiples" (13), "diana" (tarjet-like) (14), "ojo de buey" (15) o "donut" (16) permiten el diagnóstico de invaginación intestinal. En la imagen en "diana" el área hiperecogénica central representa el componente donador y el hipocogénico el receptor, edematoso. Más frecuente cuando se trata de un proceso tumoral. El "anillo concéntrico" aparece cuando el receptor presenta menos edema y las diversas capas ecogénicas se suelen diferenciar. Se trata de una estructura mixta (hipo-hiperecogénica) indicativo de proceso menos

avanzado y con mayores probabilidades de ser reductible. Se presenta más a menudo en las invaginaciones no relacionadas con neoplasias de la pared. Tras opacificar adecuadamente el tubo digestivo con contraste hidrosoluble, el TAC abdominal muestra el intestino invaginado, colapsado, rodeado por un anillo de grasa (mesenterio), situado en el interior de una luz opacificada del segmento invaginante (receptor) más distal, que en el corte axial presenta una imagen en "diana" (17,18). Se puede observar una lesión en forma de "morcilla", con una efectividad diagnóstica cercana al 75%, siendo útil para el estadiaje en los casos de patología maligna.

El tratamiento de la invaginación intestinal en el adulto siempre es quirúrgico, dada la frecuente asociación con patología tumoral. Se debe realizar resección quirúrgica primaria sin intento previo de reducción en todos los casos localizados en el colon y probablemente en intestino delgado. De forma excepcional se aceptan las maniobras de reducción para las localizadas en recto-sigma por neoplasias a dicho nivel a fin de evitar la amputación abdominoperineal.

Se puede afirmar como conclusión que diversos signos observables en las exploraciones complementarias, especialmente en el estudio ultrasonográfico, tal como ocurrió en nuestra paciente, permiten un adecuado diagnóstico preoperatorio, incluyendo aspectos pronósticos en cuanto a su reductibilidad. Se confirma la idoneidad de la ecografía abdominal por su accesibilidad y bajo coste. Dada la frecuente asociación a patología neoplásica en la edad adulta, se debe indicar resección quirúrgica sin intento de reducción en la práctica totalidad de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eisen L.K., Cunningham J.D. y Aufses A.H. Jr. Intussusception in adults: Institutional review. *J Am Coll Surg* 1999; 188:390-395.
2. San José A., Díaz del Río M., Cabrera E., Arce A., Dieguez B., Bertomeu A. y Pereira F. Invaginación intestinal en edad no pediátrica. Aportación de seis casos. *Cir Esp* 1993; 54 (1): 592-595.
3. Morollón M.J., García Omedes A., Ligorred L., Aragón J. y Garbayo M. Invaginación intestinal idiopática en el adulto. *Cir Esp* 1994;55 (4):302-304.
4. Landell Cruz J. Invaginación intestinal en el adulto. A propósito de tres casos. *Cir Esp* 1999; 65 (6): 545-546.
5. Aguilar Luque J., De Castro J. y Madrazo C. Invaginación intestinal en el adulto. Análisis de cinco casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987;71 (3):244-246.
6. De Juan F., Martínez M. y López E. Invaginación intestinal tumoral en el adulto. Valoración ecográfica. *Cir Esp* 1986; XL (1): 208-212.
7. Cosme A., Barrio J., Castiella A., Munguía C., Garmendia G., Ojeda E., Alvarez-Caperochi J. y Arenas J.I. Invaginación ileocólica por carcinoma de ciego en un anciano. Diagnóstico preoperatorio por métodos de imagen. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1996; 88 (5) : 380-381.
8. Del Pozo G., Gonzalez-Spinola J., Gómez-Ansón B., Serrano C., Miralles M., Gonzalez de Orbe G., Cano I. y Martínez A. Intussusception: Trapped peritoneal fluid detected with US - Relationship to reducibility and ischemia. *Radiology* 1996; 201:379-383.
9. Mittelstaedt C.A. Radiología del tracto gastrointestinal. En *Ecografía General*. Editorial Marban 1995; 505-510.
10. Martín J.G., Aguayo J.L., Aguilar J. Torralba J.A., Lirón J., Girela E., Corral M. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de siete casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cirugía Española* 2001;70(2):93-97.
11. Del Pozo G., Albillos J.C., Tejedor D., Calero R., Rasero M., De la Calle U. y López-Pacheco U. Intussusception in children: Current concepts in diagnosis and enema reduction. *Radiographics* 1999;19: 299-319.
12. Reijnen H., Joosten HJM y De Boer HHM. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989;158:25-28.
13. Montali G., Croce F., De Pra L. y Sobiate L. Intussusception of the bowel: a new sonographic pattern. *Br J Radiol* 1983; 56:621-623.
14. Kojima Y., Tsuchiyama T., Nimoto S. Y Nakagawara G. Adult intussusception caused by cecal cancer diagnosed preoperatively by ultrasonography. *J Clin Ultrasound* 1992;20:360-363.
15. Weissberg DL., Scheible W., y Leopold GR: Ultrasonographic appearance of adult intussusception. *Radiology* 1977; 124:791-792.
16. Del Pozo G., Albillos y Tejedor D. Intussusception: US findings with pathologic correlation. The crescent-in-doughnut sign. *Radiology* 1996;199:688-692.
17. Lee JKT., Sagel SS., Stanley R.J., y Heiken JP. Tracto gastrointestinal, En *Body TC. Correlación RM*. Ed Marban, 3ª Ed.1999:662-663.
18. Warshauer DM., Lee JKT. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: Clinical imaging correlation. *Radiology* 1999;212:853-860.