

# Invaginación intestinal en el adulto joven

Álvaro José Montiel-Jarquín,<sup>1</sup>  
Ulises Noel García-Ramírez,<sup>1</sup>  
Pedro Reyes-Páramo,<sup>1</sup>  
Javier Blanca-Díaz,<sup>1</sup>  
Betsabé Ruiz-León<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad

<sup>2</sup>Hospital General Regional 36

Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

Comunicación con:

Álvaro José Montiel-Jarquín  
Tel: (222) 244 6781 y 244 4386.

Correo electrónico: dralmoja@hotmail.com

## RESUMEN

Introducción: una invaginación intestinal ocurre cuando una porción del tubo digestivo se introduce dentro de un segmento del mismo, inmediatamente caudal a él. Predomina la variedad ileocólica y en los adultos se relaciona principalmente con tumoraciones benignas o malignas del tracto gastrointestinal. El tratamiento en el adulto es la resección quirúrgica.

Caso clínico: hombre de 24 años de edad, con obstrucción intestinal de 48 horas de evolución y tumoración dolorosa a la palpación en hemiabdomen derecho de aproximadamente 10 cm. Los estudios de laboratorio únicamente con leucocitosis. La radiografía simple de abdomen con datos de oclusión intestinal y la tomografía axial computarizada sugestiva de invaginación intestinal. Es sometido a cirugía encontrando invaginación ileocólica en hemiabdomen derecho (aproximadamente 80 cm). El reporte histopatológico fue invaginación ileocólica con necrosis.

Conclusiones: la invaginación intestinal en el adulto es poco común. Cuando se presenta, se relaciona con tumores gastrointestinales hasta en 80 %; es menos frecuente con divertículo de Meckel. El tratamiento es la resección intestinal del segmento afectado.

## SUMMARY

Background: an intestinal invagination is produced when a portion of the digestive tract is introduced inside an immediately adjacent segment. The ileocolonic variety predominates in adults. It is associated with benign or malignant gastrointestinal tumours. Treatment in adult patients is the surgical resection.

Clinical case: a 24 year-old male, with 48 hours with intestinal obstruction, a 10 cm tumour in the right hemiabdomen, painful to palpation was identified. Increase white cells were the only abnormality in the laboratory tests. Simple abdominal X rays demonstrated intestinal occlusion and computed axial tomography showed intestinal invagination. Surgery finding was ileocolic invagination in the right hemi abdomen. The histopathological report was ileocolic invagination with necrosis.

Conclusions: Intestinal invagination in adults is uncommon. When it occurs, it is related up to 80 % with gastrointestinal tumours, less frequent with Meckel's diverticulum. Treatment must be surgical resection of the affected segment.

Recibido: 15 de febrero de 2007

Aceptado: 21 de junio de 2007

## Introducción

Una de las causas más importantes de obstrucción intestinal en la infancia es la invaginación intestinal, sin embargo, se presenta muy rara vez durante la vida adulta. Se le conoce también como intususcepción intestinal.<sup>1</sup> “La invaginación intestinal se produce cuando una porción del tubo digestivo se introduce dentro de un segmento del mismo, inmediatamente caudal a él”.<sup>2</sup>

La invaginación intestinal en el adulto representa 1 % de las obstrucciones intestinales, 5 % de todas las invaginaciones y 0.002 a 0.003 % de las admisiones hospitalarias.<sup>3</sup>

El 80 % de los casos en niños corresponde a la variedad ileocólica, mientras que la revisión de la experiencia en adultos indica que 48 % es de tipo entérico y 52 % de tipo colónico, contando con picos de incidencia estacional durante primavera y otoño.<sup>4</sup> Comparando los casos de invaginación intestinal neonatal y en el adulto,

## Palabras clave

✓ invaginación intestinal

## Key words

✓ intussusception

la diferencia en etiología es muy distinta; en lactantes la causa es desconocida en 95 % de los casos. En contraste, 80 % de los casos de invaginación intestinal en el adulto tiene una causa orgánica, siendo tumor benigno o maligno de tubo digestivo aproximadamente 65 %, tales como adenomioma, carcinoma, melanoma y leiomioma.<sup>4</sup> La frecuencia de la presencia de tumor maligno es mayor en los casos de afeción colónica.<sup>4</sup>

La mayoría de los casos de invaginación intestinal en el adulto tiene un punto de primacía demostrable. Las causas menos frecuentes de invaginación intestinal en el adulto son los pólipos, linfoma de íleon terminal, divertículo de Meckel, apéndice inflamado, leiomioma y adenomatosis. Se ha considerado que el síndrome de intestino castaño (caracterizado por lipofusión de las células del músculo liso del tracto gastrointestinal) es otra de las causas de invaginación intestinal en el adulto. Otro factor etiológico de la invaginación intestinal en el adulto es el posoperatorio, proponiéndose que el des-



**Figura 1. Radiografía simple de abdomen en decúbito, que muestra asas fijas y ausencia de gas en ámpula rectal**

orden peristáltico puede llegar a ser un factor predisponente siendo aún mayor el riesgo cuando un paciente se expone a un íleo posoperatorio prolongado. El 93 % se puede asociar con una lesión patológica: entérica, 48 % maligna y 52 % benigna; colónica, 43 % maligna y 57 % benigna. La invaginación intestinal en el adulto se manifiesta clínicamente con signos y síntomas de obstrucción intestinal: dolor abdominal intermitente inespecífico y de larga duración, sangre roja por recto de carácter agudo e intermitente, náuseas y vómito, o ser asintomática. Hay una masa palpable hasta en 24 a 42 % de los casos, la cual se describe como masa en forma de “salchicha” dolorosa a la palpación, que aumenta de tamaño y de consistencia durante la crisis de dolor y está situada en hipocondrio derecho con un eje longitudinal cefalocaudal. Si la masa se encuentra en el epigastrio, el eje longitudinal es transversal.

A diferencia de la invaginación intestinal neonatal, en el adulto solo en algunos pacientes se encuentra una masa palpable en el abdomen y en casos esporádicos sucede perforación intestinal que condiciona abdomen agudo.<sup>2,3</sup>

Para el diagnóstico se cuenta con una verdadera miscelánea de estudios. Éstos incluyen la radiografía con medio de contraste (enema de bario), la cual se utiliza en los niños con fines terapéuticos siendo menos útil en el adulto. La colonoscopia puede ser valiosa herramienta diagnóstica y la rectosigmoidoscopia también, pero con menor utilidad. La tomografía computarizada es sin duda el método diagnóstico más importante en la actualidad y el ultrasonido es de menor utilidad.<sup>5</sup>

En el adulto, la cirugía es necesaria y obligatoria debido a la alta incidencia de patología subyacente, sobre todo de tipo maligna.<sup>6</sup> El 50 % de los casos coloentéricos se relaciona con malignidad. La reducción sólo debe realizarse cuando se tiene un diagnóstico preoperatorio. Es recomendable siempre realizar un examen histopatológico del segmento resecado, en virtud de que los casos de malignidad intestinal son muy frecuentes en la invaginación intestinal en el adulto.

El índice de recurrencia de invaginación intestinal en el adulto es menor que en el niño. En el niño se prefiere la reducción de la invaginación, en tanto que en el adulto lo más viable es la resección del segmento invaginado. La in-

vaginación posoperatoria se considera rara, ya que se tiene pocos informes al respecto.

El pronóstico en el paciente adulto con invaginación intestinal es reservado, debido a que el índice de malignidad es alto; aunque la evolución posoperatoria es satisfactoria, la proporción de morbilidad es de 22 % según las complicaciones como infección u obstrucción intestinal. La mortalidad puede llegar a ser hasta de 1.9 %.

En el presente trabajo se presenta un caso clínico de invaginación intestinal en un adulto, idiopática, ileocólica, su manejo y evolución, así como revisión de la literatura.

### Caso clínico

Hombre de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, sintomatología en dos o tres ocasiones alternada con periodos de remisión total, caracterizada por náuseas, vómito, dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho y epigastrio, irradiándose hacia base de cuello y tórax anterior, astenia, adinamia, hiporexia, tenesmo rectal, dificultad para canalizar gases por recto, distensión abdominal. Cuarenta y ocho horas previas a su ingreso hospitalario nota tumoración a nivel de hemiabdomen derecho.

A su ingreso hospitalario se registra tensión arterial de 150/100 mm Hg, frecuencia cardíaca de 120 por minuto, frecuencia respiratoria de 19 por minuto y temperatura de 36 °C, arritmia cardíaca, abdomen con distensión abdominal leve, doloroso, con tumoración en flanco y fosa iliaca derechos, de aproximadamente 10 cm de diámetro, de bordes regulares, fija, con peristalsis de lucha en el hemiabdomen derecho; hemoglobina de 13.4 g/dL, hematócrito de 42 %, leucocitos totales 16.500/mm<sup>3</sup>, neutrófilos de 79 %, bandas 8 %, plaquetas 548 mil, glucemia 110 mg/dL, urea 40 mg/dL, creatinina 1.03 mg/dL y pruebas de funcionamiento hepático normales. La radiografía simple de abdomen en decúbito (figura 1) y en bipedestación (figura 2) con niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ámpula rectal compatibles con obstrucción intestinal; la tomografía axial computarizada contrastada muestra imagen de "asa dentro de asa" o en muelle compatible con invaginación intestinal (figura 3).

El paciente fue preparado para ser intervenido quirúrgicamente y se sometió a laparotomía exploradora, encontrando líquido de reacción peritoneal libre en cavidad, así como masa en fosa y flanco derechos, de aproximadamente 15 × 15 cm, secundaria a la invaginación

**Álvaro José Montiel-Jarquin et al.**  
**Invaginación intestinal en adulto joven**



**Figura 2. Radiografía simple de abdomen en bipedestación, que muestra niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ámpula rectal**



**Figura 3. Tomografía axial computarizada contrastada que muestra imagen de "asa dentro de asa" o en "muelle" sugestiva de invaginación intestinal con reforzamiento de la pared por el medio de contraste**

de 80 cm de íleon terminal en el ciego. Se procedió a resección intestinal del segmento afectado, apendicectomía, cierre distal en bolsa de Hartmann e ileostomía derivativa. El estudio histopatológico reveló necrosis en segmento de intestino delgado, periapendicitis fibrinosa con bordes quirúrgicos congestivos. La evolución fue satisfactoria y tres meses después se procedió a la restitución del tránsito intestinal.

## Discusión

La invaginación intestinal en el adulto es una patología que se presenta muy rara vez. El primer informe fue hecho por Babette en 1674 y desde entonces se han publicado muy pocos casos.<sup>1-3</sup>

Dado que su etiología varía respecto a la del neonato, el manejo es muy distinto.

El cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, evacuaciones sanguinolentas, náuseas, vómitos en forma intermitente, sugiere oclusión intestinal secundaria a invaginación intestinal. Esto difiere en presentación con otros tipos de oclusión, ya que éstas son de tipo permanente y progresivo.<sup>4</sup>

Cuando el cuadro clínico es intermitente, debemos realizar estudios diagnósticos pertinentes como ultrasonido y tomografía axial computarizada de abdomen, con los cuales podemos llegar a diagnosticar la patología antes de someter al paciente a una cirugía.

Si se tiene el diagnóstico antes de operar al paciente, el tratamiento debe ser la resección quirúrgica y solamente tratar una reducción cuando no hay evidencia de lesión tumoral maligna. En los casos en los que se realiza reducción sin resección debemos llevar un seguimiento estrecho y estricto del paciente.<sup>6</sup>

Existen varias modalidades terapéuticas. En el niño se puede realizar maniobras de reducción, ya sea por colon por enema o directamente en una laparotomía exploradora, sin llegar a reseccionar el segmento intestinal afectado. Sin embargo en el adulto siempre se debe efectuar una resección intestinal, debido a que la etiología tiene una alta relación con la presencia de lesiones tumorales tanto benignas como malignas.

## Referencias

1. Berhman RE. Nelson, tratado de pediatría. Vol. I. Décima sexta edición. Madrid: Elsevier; 2001.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226(2):134-138.
3. Bockus HL. Gastroenterología. Tomo II. Tercera edición. Barcelona, España: 1980.
4. Prater JM, Olshemski FC. Adult intussusception. *Am Fam Physician* 1993;47(2):447-452.
5. Gayer G, Zissin R. Pictorial review: adult intussusception—act diagnosis. *Br J Radiol* 2002;75(890):185-190.
6. Sebbag H, Brunaud L. Intestinal intussusception in adults, treat it like a cancer. *Oncol Rep* 2000;7(6):1359-1361. 