

















REPORTE DE CASO

Small bowel intussusception in an adult, a rare surgical emergency. Case report and literature review

Invaginación de intestino delgado en un adulto, rara urgencia quirúrgica. Reporte de caso y revisión de la literatura

Héctor Daniel Montes Lainez¹  , Cristhian Xavier Chica Lozada² , Ruth Alexandra Díaz Vega³ , Luis Eduardo Naranjo Tipan⁴ , Kely Elvira Arias Quevedo⁵ , Ginger Maite González Yépez⁶ , Francisco Adrian Calderón Moreano⁷ , Gabriela Mercedes Ramírez Moya⁸ , Virginia Andrea González Palacios⁹ , Manuel Andrés Quinteros Morán¹⁰ , Stephanie Susana Alberca Bonilla¹¹ , Jean Carlos Cabrera Espinoza¹² , Pamela Elizabeth Vega Chanalata¹³ 

¹Hospital Civil de Guadalajara. México.

²Centro de Especialidades Médicas. Ecuador.

³SOLCA. Guayaquil, Ecuador.

⁴Hospital Pablo Arturo Suarez. Ecuador.

⁵Instituto de Gastroenterología do Rio de Janeiro, Hospital Nossa Senhora da Saúde - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

⁶Centro de salud Molleturo Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

⁷Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

⁸Centro de salud Chillanes. Bolívar, Ecuador.

⁹Milagro, Ecuador.

¹⁰Universidad Estatal de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

¹¹ISAC Instituto de Salud Cardiovascular Dr Carlos Soledispa. Guayaquil, Ecuador.

¹²Médico General. Guayaquil, Ecuador.

¹³Medico General, Maestrante Investigación en Ciencias de la Salud. Guayaquil, Ecuador.

Citar como: Montes Lainez HD, Chica Lozada CX, Díaz Vega RA, Naranjo Tipan LE, Arias Quevedo KE, González Yépez GM, Calderón Moreano FA, Ramírez Moya GM, González Palacios VA, Quinteros Morán MA, Alberca Bonilla SS, Cabrera Espinoza JC, Vega Chanalata PE. Invaginación de intestino delgado en un adulto, rara urgencia quirúrgica. Reporte de caso y revisión de la literatura. Salud, Ciencia y Tecnología. 2023; 3:540. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023540>

Enviado: 09-06-2023

Revisado: 30-07-2023

Aceptado: 14-09-2023

Publicado: 15-09-2023

Editor: William Castillo-González 

ABSTRACT

Intussusception or intussusception in the adult corresponds to a rare etiology of intestinal obstruction representing only 0,08 % of abdominal surgeries in the world, unlike its presentation in childhood most of these have an underlying organic cause. We present the case of a 55-year-old middle-aged woman with no underlying pathology who presented with repetitive symptoms of intestinal pseudo-occlusion. With the help of imaging studies, the site of obstruction was visualized and she underwent exploratory laparotomy where small bowel invagination was evidenced due to a tumorous process, resection and anastomosis were performed with a rapid recovery and then small bowel adenocarcinoma was confirmed. In conclusion, we must take into account that this rare pathology could occur in patients with signs of occlusion not so clear in order to offer an effective and timely surgical treatment.

Keywords: Surgery; Oncologic Surgery; Cancer; Intestinal Obstruction; Intussusception.

RESUMEN

La invaginación o intususcepción intestinal en el adulto corresponde a una rara etiología de obstrucción

intestinal representando únicamente el 0,08 % de las cirugías abdominales en el mundo, a diferencia de su presentación en la infancia la mayoría de estas tienen una causa subyacente orgánica. Presentamos el caso de una mujer de mediana edad de 55 años sin patología subyacente que se presenta con síntomas repetitivos de pseudo oclusión intestinal, con ayuda de estudios de imágenes se logra visualizar lugar de obstrucción y se somete a laparotomía exploratoria en donde se evidencia invaginación de intestino delgado debido a proceso tumoral de este, se realiza resección y anastomosis con una recuperación rápida y luego se confirma adenocarcinoma de intestino delgado. En conclusión, debemos tomar en cuenta que esta rara patología se podría presentar en pacientes con signos de oclusión no tan clara para poder ofrecer un tratamiento quirúrgico eficaz y oportuno.

Palabras clave: Cirugía; Cirugía Oncológica; Cáncer; Obstrucción Intestinal; Intususcepción.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una causa común de obstrucción en pacientes pediátricos, pero constituye una forma muy rara de oclusión digestiva en pacientes adultos, de tal forma que representa solo el 1 % de los casos de obstrucción Intestinal.⁽¹⁾

La mayoría de casos en el adulto tienen una causa orgánica explicable de la invaginación que se presenta con síntomas muy inespecíficos lo que convierte en un verdadero reto para el cirujano o médico de urgencias.⁽²⁾

No existen casos reportados de este tipo de patologías en nuestro país por lo que consideramos pertinente la divulgación de este a la comunidad científica.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente femenina de 55 años afrodescendiente, sin antecedentes patológicos personales o familiares de importancia que se presenta en el área de urgencias por dolor abdominal tipo cólico de 24 horas de evolución, tipificado por la paciente en 7/10, que se acompaña de náuseas que generan vómito por 3 ocasiones en el domicilio de características biliosas.

Dicho cuadro doloroso abdominal se habría presentado por 3 ocasiones en las últimas dos semanas lo que la llevó a consultar en el área de urgencias varios días antes siendo ésta su 3era visita a urgencias.

Al interrogatorio dirigido dice que ha presentado pérdida de peso en los últimos 2 meses de 10 kg aproximadamente junto con debilidad y caída de cabello al cual lo asocio con un cuadro respiratorio alto.

Al examen físico: se evidencia panículo adiposo disminuido con signos de pérdida de este, abdomen distendido y doloroso a la palpación profunda en la totalidad del abdomen, resistencia muscular a la examinación.

Se decide practicar Rx de abdomen de pie y química sanguínea básica llamando la atención elevación de PCR y leucocitosis con predominio de neutrófilos y en Prueba de imágenes niveles hidroaéreos dispersos, por lo que se solicita Tomografía computada de abdomen.

Tomografía revela signos de obstrucción intestinal de intestino delgado con un claro stop en porción final de yeyuno sin una causa aparente, se decide ante estos hallazgos realizar laparotomía exploratoria.

En cirugía se evidencia dilatación de asa delgadas de yeyuno e invaginación de intestino delgado a 120 cm de ángulo de Treitz, por lo que se realiza resección segmentaria de Intestino afecto con márgenes y disección adecuada de mesenterio (Figura 1) con anastomosis laterolateral isoperistáltica con sutura mecánica.

La paciente cursa 5 días de postoperatorio con adecuada evolución y alta hospitalaria sin novedades, posteriormente estudio histopatológico revela Adenocarcinoma primario de intestino delgado, moderadamente diferenciado, 13 ganglios linfáticos libre de metástasis por lo que se lo cataloga como un pT1N0M0, estadio clínico I, y no amerita tratamiento oncoespecífico adyuvante.

A los 6 meses del postoperatorio paciente con buena calidad de vida, sin síntomas gastrointestinales y con vía digestiva adecuada.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal es una de las formas más común de obstrucción intestinal en la infancia, pero es extremadamente rara que se presente en un adulto, representa el 5 % de todas las invaginaciones y el 1 % de los casos de obstrucción intestinal, y únicamente el 0,08 % de todas las cirugías abdominales.^(1,3) En Ecuador según búsquedas bibliográficas no existen casos documentados de esta rara patología.

La presentación se en ambos sexos, con una ligera predominancia en el género masculino.⁽⁴⁾ En contraste a las formas de presentación en la infancia, hasta el 90 % de los casos de intususcepción en el adulto se deben a una condición patológica, y únicamente se catalogan entre un 8 a 20 % como idiopática;⁽¹⁾ existe un riesgo de malignidad del 65 % aproximadamente por lo que la mayoría de casos se benefician de resección quirúrgica.⁽⁵⁾ Y

es más frecuente la localización de esta obstrucción en el intestino delgado que en el colon.⁽¹⁾ En el caso aquí descrito la localización fue de la porción distal de yeyuno.



Ilustración 1. Visión macroscópica de Resección segmentaria de Intestino delgado con invaginación sobre sí mismo.

A diferencia de los niños, la clínica de la invaginación en el adulto es muy variable, por lo que constituye un verdadero reto diagnóstico para el cirujano o médico de urgencias. A menudo se presentan con sistemas intermitentes a manera de suboclusión intestinal u obstrucción digestiva parcial, y la famosa triada pediátrica de dolor abdominal, sangrado rectal y masa palpable en abdomen muy rara vez se la encuentra,⁽²⁾ y el sangrado gastrointestinal únicamente se presenta en el 6 % de los pacientes únicamente.⁽¹⁾

Evidentemente los síntomas más comunes representan los de una verdadera obstrucción intestinal, siendo más frecuentes las náuseas asociadas a vómitos, dolor abdominal severo y al examen físico notable distensión abdominal y dependiendo del compromiso visceral signos específicos de irritación peritoneal.⁽⁶⁾ Debemos de sospechar de malignidad ante síntomas constitutivos como pérdida de peso rápida en los últimos meses por la asociación a malignidad ya comentada anteriormente.⁽⁷⁾ Nuestra paciente aquí presentada presentaba signos de alarma constitutivos como pérdida de peso de 10 kg en 2 meses de evolución y síntomas inespecíficos de pseudoclusión intestinal.

Por su escasa incidencia y la clínica confusa es un desafío para el diagnóstico netamente clínico por lo que se debe de apoyar en las técnicas de imagen. Actualmente se toma en referencia a la tomografía computada de abdomen como la herramienta más eficaz con una precisión que va del 58 al 100 %.⁽⁸⁾ Con una imagen típica de pared intestinal engrosada con mesenterio dentro de la luz intestinal que da el patognomónico “signo de la diana” en la proyección axial del sitio afecto.⁽⁹⁾

De igual manera la tomografía nos da un acercamiento más preciso para reconocer la posible etiología de la invaginación y descartar lesión orgánica en la mayoría de los casos y también nos permite diferenciar los signos de sufrimiento intestinal que pudieran existir.⁽⁹⁾

La ecografía podría ser útil en manos expertas con su característico igualmente signo de la Diana o signo de la rosquilla, pero debido a la interposición de aire que pudiera existir debido a la obstrucción subyacente y la obesidad, la calidad de imagen no siempre es la adecuada por lo que se prefiere la tomografía computarizada.⁽⁵⁾

En nuestro caso documentado se optó por la tomografía de abdomen como método diagnóstico y se evidenció signos claros de obstrucción intestinal con un stop en el intestino sin la clásica imagen del signo de la Diana.

Se dice que se podría intentar la colonoscopia como terapia resolutoria en casos seleccionados como en los que la invaginación se produce en algún segmento del colon, y además se podrían identificar lesiones

potencialmente biopsiables, pero se tiene que tomar en cuenta el alto riesgo de perforación por isquemia intestinal y potencial necrosis.^(3,9)

El tratamiento quirúrgico sigue siendo el tratamiento óptimo mundialmente aceptado, dada la gran cantidad de lesiones patológicas subyacentes es el tratamiento mayormente ofrecido a la mayoría de los pacientes. De igual manera no se recomienda la reducción intraoperatoria sino la resección en bloque por la exponencial siembra intraluminal y diseminación venosa de células tumorales, perforación intestinal con posible disminución a la cavidad peritoneal y mayor riesgo de complicaciones anastomóticas en el intestino edematoso e inflamado.⁽¹⁰⁾

Se recomienda la resección limitada en intestino delgado en patologías no cancerosas como por edema o por enfermedad inflamatoria intestinal dado el riesgo de síndrome de intestino corto en este tipo de pacientes.⁽³⁾

Se han descrito casos de invaginación en el adulto asintomático y que su diagnóstico es incidental con el aumento uso de la tomografía, y generalmente en este caso se debe a trastornos transitorios de la motilidad intestinal y la mayoría de estos casos se resuelven espontáneamente, se denominan idiopáticas transitorias y afectan más al intestino delgado que al grueso.⁽³⁾

La cirugía laparoscópica es una opción que se podría ofrecer pero deberá ser realizada por manos experimentadas, y en casos seleccionados donde las condiciones clínicas del paciente lo permitan, ofrecen varias ventajas como la mínima invasión y la pronta recuperación.⁽¹¹⁾

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal en el adulto es una patología rara muy poco frecuentes en las salas de urgencias, pero se lo debe de tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de patología obstructiva abdominal acompañado del recurso tomográfico y la cirugía se lo mantiene como gold estándar como tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Pimienta-Ibarra AS, Vergara-Fernández O, Salgado-Nesme N. Adult intussusception: still a challenging diagnosis for the surgeon. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2022.06.009>.
2. Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:452-6. <https://doi.org/10.1007/s00384-004-0713-2>.
3. Tarchouli M, Ait Ali A. Adult Intussusception: An Uncommon Condition and Challenging Management. *Visc Med* 2021;37:120-7. <https://doi.org/10.1159/000507380>.
4. Ciftci F. Diagnosis and treatment of intestinal intussusception in adults: a rare experience for surgeons. *Int J Clin Exp Med* 2015;8:10001-5.
5. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009;15:407-11. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.407>.
6. Gupta V, Doley RP, Subramanya Bharathy KG, Yadav TD, Joshi K, Kalra N, et al. Adult intussusception in Northern India. *Int J Surg* 2011;9:297-301. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2011.01.004>.
7. Potts J, Al Samaraee A, El-Hakeem A. Small bowel intussusception in adults. *Ann R Coll Surg Engl* 2014;96:11-4. <https://doi.org/10.1308/003588414X13824511650579>.
8. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Pictorial review: adult intussusception--a CT diagnosis. *Br J Radiol* 2002;75:185-90. <https://doi.org/10.1259/bjr.75.890.750185>.
9. Amr MA, Polites SF, Alzghari M, Onkendi EO, Grotz TE, Zielinski MD. Intussusception in adults and the role of evolving computed tomography technology. *Am J Surg* 2015;209:580-3. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.10.019>.
10. Kim JW, Lee BH, Park SG, Kim BC, Lee S, Lee S-J. Factors predicting malignancy in adult intussusception: An experience in university-affiliated hospitals. *Asian J Surg* 2018;41:92-7. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.11.010>.
11. Greenley CT, Ahmed B, Friedman L, Deitte L, Awad ZT. Laparoscopic Management of Sigmoidorectal Intussusception. *JSL* 2010;14:137-9. <https://doi.org/10.4293/108680810X12674612015184>.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores señalan no tener conflictos de interés.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La paciente estuvo de acuerdo en la presentación de este trabajo y brindó consentimiento firmado por escrito para la realización de este.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que se financio el presente trabajo con recursos propios.

AGRADECIMIENTOS

A todos lo que hicieron posible la publicación de este manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Héctor Montes Lainez, Cristhian Xavier Chica Lozada.

Curación de datos: Ruth Alexandra Díaz Vega, Naranjo Tipan Luis Eduardo, Kely Elvira Arias Quevedo.

Análisis formal: Ruth Alexandra Díaz Vega, Naranjo Tipan Luis Eduardo, Kely Elvira Arias Quevedo, Pamela Vega Chanalata.

Investigación: Francisco Adrian Calderón Moreano, Gabriela Mercedes Ramírez Moya, Virginia Andrea González Palacios.

Metodología: Francisco Adrian Calderón Moreano, Gabriela Mercedes Ramírez Moya, Virginia Andrea González Palacios.

Administración del proyecto: Héctor Montes Lainez, Cristhian Xavier Chica Lozada, Pamela Vega Chanalata.

Supervisión: Héctor Montes Lainez, Cristhian Xavier Chica Lozada.

Visualización: Manuel Andrés Quinteros Morán, Stephanie Susana Alberca Bonilla, Jean Carlos Cabrera Espinoza.

Redacción - borrador original: Manuel Andrés Quinteros Morán, Stephanie Susana Alberca Bonilla, Jean Carlos Cabrera Espinoza.

Redacción - revisión y edición: Héctor Montes Lainez, Manuel Andrés Quinteros Morán, Stephanie Susana Alberca Bonilla, Jean Carlos Cabrera Espinoza Pamela Vega Chanalata.