

Intususcepción en adulto como complicación de un lipoma parietal intestinal

Reporte de caso

Leidi Johana Rodríguez Sotto^{a,*}, Emmanuel Francisco Murguía Lugo^b, Julián Andrés Bucheli Buesaco^b

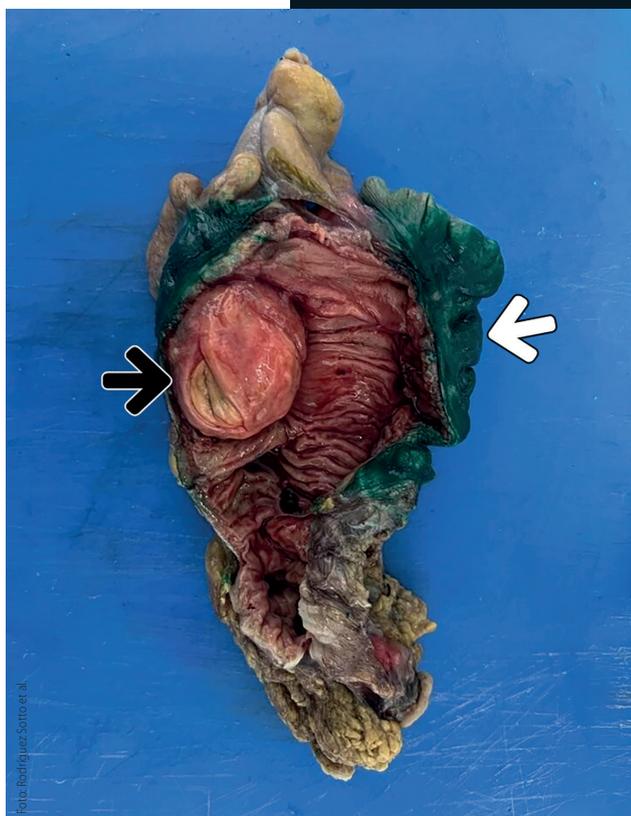


Foto: Rodríguez Sotto et al.

Resumen

La intususcepción en el adulto es una entidad clínica quirúrgica extremadamente rara, su etiología principal en esta población se atribuye generalmente a origen maligno, la

patología benigna es de menor frecuencia y presenta un reto para el diagnóstico prequirúrgico, puesto que su presentación es inespecífica y variable. A continuación, se presenta un caso clínico que debuta con un cuadro clínico de dolor en hipocondrio derecho intermitente, manifestando agudización y resultados de estudios de laboratorio inespecíficos, por lo que inicialmente se pensó que la razón del dolor era una patología de origen biliar y, por ende, se realizó una ecografía de hígado y vías biliares, con lo que observaron signos sugestivos de intususcepción secundaria a un lipoma, por lo que se realizó una tomografía de abdomen simple que corroboró el diagnóstico.

Palabras clave: Adulto; obstrucción intestinal; tomografía computarizada; intususcepción; lipoma intestinal.

Intussusception in an adult as a complication of an intestinal parietal lipoma. case report Abstract

Intussusception in adults is an extremely rare surgical clinical entity, its main etiology in this population is generally attributed to malignant origin, benign pathology is less frequent and presents a challenge for pre-surgical diagnosis, since its presentation is non-specific and variable. Below is a clinical

^aResidente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Hospital General de Morelia "Dr. Miguel Silva". Morelia, Michoacán, México.

^bDepartamento de Radiología e Imagen. Hospital General de Morelia "Dr. Miguel Silva". Morelia, Michoacán, México.

* Autor para correspondencia: Leidi Johana Rodríguez Sotto. Correo electrónico: leidy_johana28@hotmail.com ORCID ID:

<https://orcid.org/0009-0006-1110-7729>

Recibido: 20-junio-2023. Aceptado: 08-agosto-2023.



case that debuted with a clinical picture of intermittent pain in the right upper quadrant, manifesting exacerbation and non-specific laboratory tests, for which initially pathology of biliary origin was thought to be the reason for the pain, and therefore, an ultrasound of the liver and bile ducts was performed, observing signs suggestive of intussusception secondary to a lipoma, for which a simple abdominal tomography was performed to corroborate the diagnosis.

Keywords: Adult; intestinal obstruction; computed tomography; intussusception; intestinal lipoma.

INTRODUCCIÓN

La intususcepción fue descrita por primera vez por Paul Barbette¹, como la porción proximal del intestino (*intussusceptum*) que se invagina en la porción distal del intestino (*intussusciens*) en forma de telescopio. En 1789, John Hunter describió tres de estos pacientes y acuñó el término “intususcepción”².

Cualquier condición intestinal que cambie el patrón normal de peristaltismo fisiológico aumenta el riesgo. En la intususcepción, el peristaltismo normal tira hacia adelante del punto guía, lo que hace que el segmento afectado del intestino (*intussusceptum*)

se estire o genere un prolapso hacia otro segmento del intestino (*intussusciens*)¹. En el adulto tiene una incidencia del 5% y representa el 1% de todas las obstrucciones intestinales³.

La intususcepción en el adulto puede ser multifactorial, sin embargo, la etiología maligna representa el 73% de los casos, secundaria a tumores del estroma gastrointestinal, linfomas o adenocarcinomas, solamente el 26% está relacionado con causas benignas como infecciones virales, pólipos, adherencias posquirúrgicas, lipomas o divertículo de Meckel⁴.

Los lipomas son tumores benignos de crecimiento lento de células mesenquimales, comunes en el tejido graso maduro que pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, sin embargo, los lipomas gastrointestinales son de presentación extremadamente rara, representan solo el 20-25% de los casos⁵. El lipoma de ubicación submucoso es el más frecuente y el de ubicación parietal extremadamente infrecuente; la mayoría son asintomáticos, algunos pueden causar dolor abdominal, náuseas⁶, o pueden complicarse con intususcepción, ya que estos actúan como punto de derivación y causan obstrucción



intestinal secundaria, constituyendo una entidad clínica-quirúrgica muy infrecuente que requiere de manejo quirúrgico urgente.

Hay varios tipos de intususcepción intestinal: la entérica es la menos frecuente, donde la intususcepción se limita al intestino delgado; en la ileocólica, el íleon pasa el segmento ileocólico, pero el apéndice no se invagina y, por último, la ileocecal, donde la porción ileocecal se invagina en el colon ascendente⁷.

Debido a la presentación inespecífica del cuadro, el diagnóstico se convierte en un reto médico, por lo tanto, se deben analizar los hallazgos por imagen; en la ecografía se pueden identificar signos que sugieren del diagnóstico como capas hiperecoicas e hipoecoicas concéntricas de la pared intestinal en imágenes perpendiculares que dan la apariencia clásica de “diana” o “rosquilla”. Si bien la ecografía puede ser el primer método de imagen, no es el más específico, ya que tiene ciertas limitaciones como la variabilidad entre pacientes, el artefacto generado por el gas intestinal, que limita la visualización de los hallazgos⁸. La tomografía tiene mayor sensibilidad para el diagnóstico, típicamente revela

una estructura de tres capas que incluye la pared intestinal, su mesenterio y el intestino envolvente, en la mayoría de los casos revela el tumor como punto guía¹.

CASO CLÍNICO

El caso clínico se trata de una paciente del sexo femenino, de 33 años de edad, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, se presentó al servicio de urgencias del hospital Civil de Morelia, con exacerbación del dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio derecho, asociado con náuseas y múltiples episodios eméticos de características biliosas. A la exploración física presentaba dolor a la palpación en el punto de Murphy.

En los estudios de laboratorio, el hemograma y la química sanguínea estaban sin alteraciones. Ante el cuadro clínico y los estudios de laboratorio se pensó en que se trataba de enfermedad vesicular, por lo que se solicitó un ultrasonido de hígado y vías biliares, donde se identificó una lesión ovoidea, hiperecogénica en su región central con doble halo hipocogénico periférico (signo de la diana), adyacente a la pared existía una lesión circular hipe-

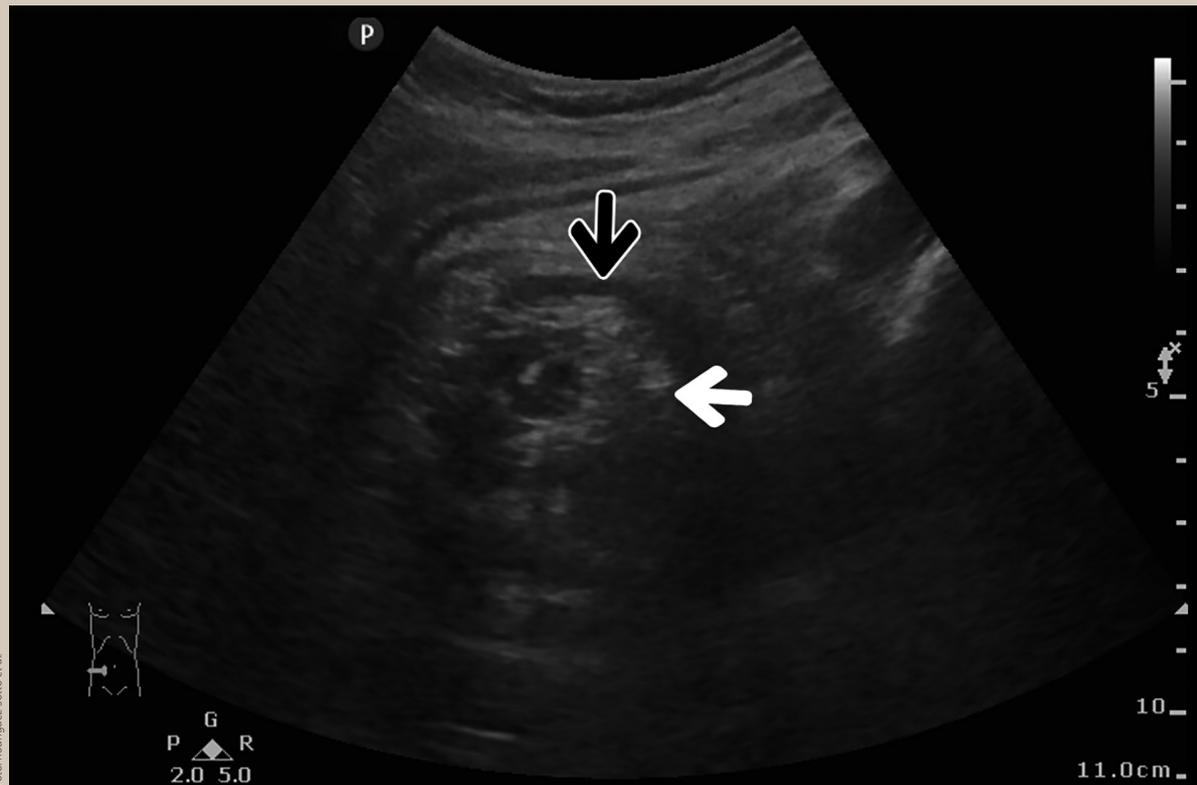


Figura 1. Ultrasonido abdominal en topografía de hipogástrico se identifica una lesión ovoidal, hiperecogénica en su región central (flecha blanca) y un halo hipocogénico periférico (flecha negra) que corresponde al signo de la diana.

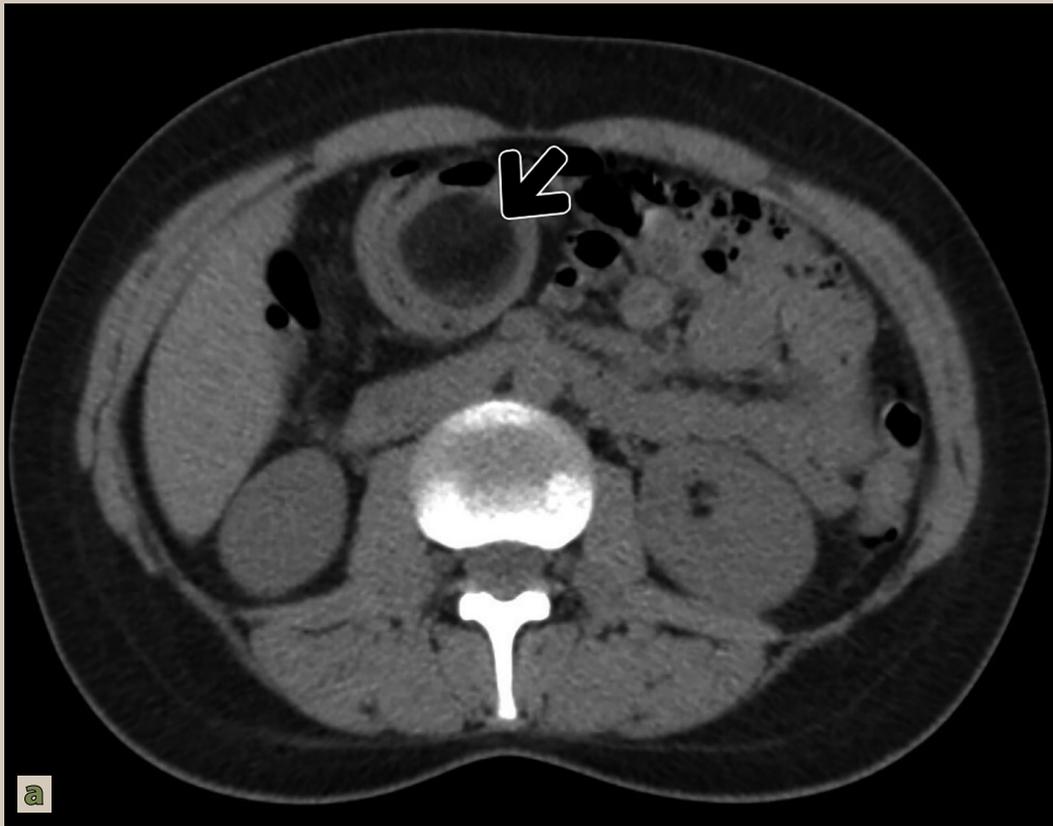
recogénica, bien delimitada, la cual producía un refuerzo sónico posterior y no presentaba un refuerzo vascular a la aplicación de señal Doppler (**figura 1**).

Ante la sospecha imagenológica de intususcepción, se decidió complementar con una tomografía computarizada de abdomen y pelvis, que reveló intususcepción ileocólica hasta la porción del ángulo hepático del colon, secundario a un lipoma intramural como punto guía. Además, de visualizarse estriación de la grasa mesentérica y aumento del tamaño de los ganglios pericecales, la porción previa del intestino delgado se encuentra ligeramente dilatada como dato indirecto de oclusión (**figuras 2 a, b y c**).

DISCUSIÓN

La intususcepción secundaria a lipoma intestinal en adulto es un padecimiento poco frecuente, tiene mayor incidencia en mujeres de 40 a 60 años y la presentación submucosa es la más reportada, sin embargo, la localización parietal es aún más infrecuente; siempre se debe indagar en la etiología de dolor abdominal crónico agudizado, ya que este se manifiesta de diferentes formas inespecíficas, lo que hace el diagnóstico preoperatorio difícil y solo se realiza en 1/3 casos.

La principal causa de obstrucción intestinal en un adulto secundaria a una intususcepción se atribuye a una etiología maligna; sin embargo, se debe recordar que el lipoma corresponde al segundo



Fotos: Rodríguez Sotto et al.

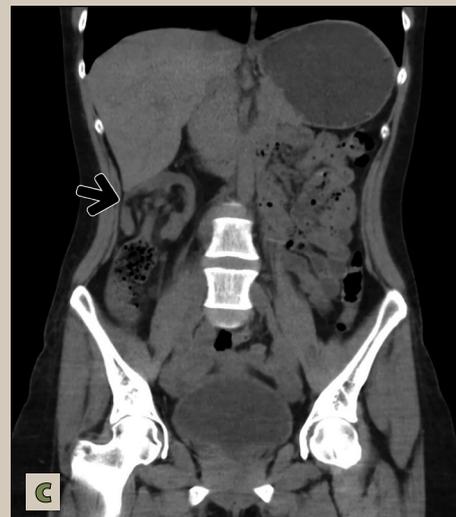
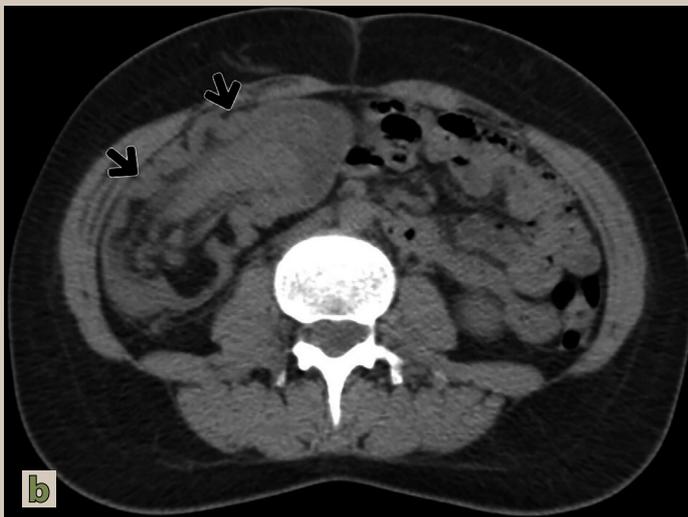


Figura 2 a, b y c. Imágenes de tomografía computarizada de abdomen donde se visualiza una intususcepción ileocólica secundario a un lipoma intramural como punto guía, **a)** tomografía axial. Se observa el contenido hipodenso de la lesión correspondiente al lipoma intususceptado (flecha negra), **b y c)** tomografía axial y reconstrucción coronal donde observamos invaginación ileocólica (flechas negras) hasta la porción del ángulo hepático del colon.



tumor del colon más frecuente; la mayoría de los casos se originan de la submucosas, lo que obstaculiza aún más el diagnóstico, lo cual representa un reto diferenciar tumores submucosos o neoplasias malignas cuando existe una ulceración⁸.

Los estudios de imagen van a permitir el diagnóstico con precisión, la ecografía de abdomen no tiene tanta sensibilidad de diagnóstico definitivo, sin embargo, si se utiliza bajo una sospecha clínica, hay datos específicos que se deben buscar, como es “el signo de la diana o del pseudoriñón”; se refiere a la apariencia reniforme del intestino intususceptado cuando se observa el intestino en el eje largo, con el mesenterio central hiperecoico del intususcepto simulando la grasa del seno renal, se ha documentado que este signo es 100 % específico para la intususcepción⁹.

Dentro de los estudios por imagen, la tomografía computarizada muestra mejor rendimiento para el diagnóstico de la intususcepción con una sensibilidad/especificidad de 95.5%; además, da detalles anatómicos de las estructuras involucradas e identifica la etiología precisa. Estos datos permiten establecer un plan quirúrgico mejor estructurado.

En el caso en mención, la paciente presentaba dolor abdominal agudizado, en la topografía del abdomen superior derecho, por lo tanto, se descartaron cuadros como apendicitis o patología ginecológica; además, la evidencia del signo de la diana en el ultrasonido abdominal orientó la sospecha diagnóstica, la cual se confirmó con los hallazgos en la tomografía de abdomen simple, mediante la cual se identificó intususcepción ileocólica secundaria a un lipoma parietal, asociada a datos de obstrucción intestinal como complicación.

Posteriormente, pasó a laparotomía exploradora, donde le realizó una hemicolectomía derecha más ileostomía terminal, debido a que ya presentaba datos de isquemia intestinal. La pieza quirúrgica fue enviada al servicio de patología, en donde reportaron lipoma en pared intestinal e inflamación crónica granulomatosa en ciego. Se dio de alta sin ninguna complicación a la consulta externa de cirugía general.

CONCLUSIÓN

El dolor abdominal en el adulto tiene una infinidad de causas, una de las que debe descartarse en el adulto, por sus implicaciones e importancia, es la patología maligna; sin embargo, no se debe olvidar el origen benigno, esta es la razón de la importancia de la indicación de los métodos de imagen y de identificar los signos radiológicos que permiten orientar una posible causa, como lo es la intususcepción intestinal secundaria a lipoma parietal, puesto que es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio; estas estrategias permiten dar un diagnóstico preciso para guiar las conductas adecuadas del tratante, y así garantizar una evolución exitosa. ●

REFERENCIAS

1. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg.* 2015;39:134-138. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2759-9>
2. Hunter J. On Introsusception. En: Palmer J. *The works of John Hunter.* p. 587-593.
3. Solórzano L, Mendoza R, Sembergman S. Intususcepción en el adulto secundario a gíst de asa delgada, a propósito de un caso. *Revista Venezolana de Oncología.* 2023;35(2):128-134 <https://acortar.link/wP3vjs>
4. Guillén-Paredes MP, Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Mengual-Ballester M, Cases-Baldó MJ, et al. 4. Intususcepción en el adulto: Revisión de 14 casos y su seguimiento. *Revista Española de Enfermedades Digestivas. Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102(1):32-40. <https://n9.cl/q3k0i>
5. Roy J, Sall K, Megaris A, DiRoma F, Mukherjee I. Submucosal Lipoma Causing Small Bowel Intussusception. *Cureus.* 2021;13(8):2-5. DOI: 10.7759/cureus.17367
6. Panzera F, Di Venere B, Rizzi M, Biscaglia A, Praticò CA, Nasti G, et al. Bowel intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy. *World J Methodol.* 2021 May;11(3):81-87. doi: 10.5662/wjm.v11.i3.81
7. Miller J, Shukla S, Baigorri B, Tejero H. CT diagnosis of appendiceal intussusception in a middle-aged female. *Journal of radiology case reports,* 2020;14(6):8-14. <https://doi.org/10.3941/jrcr.v14i6.3809>
8. Butte JM, Iñiguez A, Torres J, Ortega C, Martínez J, Zuñiga A, Pinedo G. Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos. *Revista chilena de cirugía.* 2006 Abril;58(2):151-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000200013>
9. Rousslang ND, Hansen JR, Lum E, Tamamoto KA, McGrain AH, Rooks VJ. Target sign of intussusception versus whirlpool sign of midgut volvulus. *Radiology case reports.* 2021;17(3):670-675. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.12.010>

