

# Intususcepción intestinal en adultos. Un desafío para el cirujano general

## Reporte de caso

Mauricio Muñoz Muñoz<sup>a,‡</sup>, Jorge Alberto Morales Ortiz<sup>a,§</sup>, Manuel Cota Novoa<sup>a</sup>



Freepik/Wavebreakmedia

### Resumen

La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento de intestino en el interior de otro segmento inmediato, asociado a una alteración en la pared intestinal, siendo en intestino delgado más común por patologías benignas y en intestino grueso por patologías malignas. Presentamos caso de paciente femenino de 30 años, con dolor abdominal de 1 semana de evolución y datos de oclusión intestinal, se somete a laparotomía de urgencia, donde se encuentra intususcepción intestinal en íleon terminal. La intususcepción intestinal generalmente se va a presentar como un cuadro de obstrucción intestinal. El tratamiento es la resección del segmento afectado.

**Palabras clave:** *Intususcepción intestinal; invaginación intestinal; pólipo intestinal; obstrucción intestinal.*

### Intestinal Intussusception in Adults. A Challenge for the General Surgeon: Case Report Abstract

The intestinal intussusception is the invagination of one segment of the bowel into an immediately adjacent segment, associated to an alteration into the wall, the small intestinal is the most associated a benign pathology and large intestinal by malignant pathologies. We present the case of a 30-year-old female patient, who came to the emergency room due to intense abdominal pain of 1 week of evolution and evidence of intestinal occlusion, who underwent emergency laparotomy, where intestinal intussusception was found in the terminal ileum. Generally, the clinical presentation like an intestinal obstruction. Treatment is resection of the affected segment.

**Key words:** *Intestinal intussusception; intestinal invagination; intestinal polyp; intestinal obstruction.*

<sup>a</sup> Departamento de cirugía general. Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata. Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Autor para correspondencia: Mauricio Muñoz Muñoz.

Correo electrónico: mao\_mumu@hotmail.com

ORCID ID:

<sup>‡</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6173-9381>

<sup>§</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3453-6973>

Recibido: 10-enero-2022. Aceptado: 19-agosto-2022.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 30 años. Padecimientos crónico degenerativos negados. Antecedentes quirúrgicos negados.

Acudió por presentar dolor abdominal tipo cólico de una semana de evolución, el cual inició a nivel del hipocondrio derecho y posteriormente migró a la fosa iliaca izquierda. Refirió acudir al médico particular, donde recibió tratamiento sin mejoría, y presentó aumento del dolor, por lo que acudió a valoración a nuestra unidad.

A la exploración física la paciente se encontró en malas condiciones, consciente, orientada, deshidratada, con pérdida de la turgencia de la piel, abdomen distendido, ausencia de peristalsis, dolor generalizado a la palpación media y profunda, rebote positivo.

**Signos vitales:** presión arterial: 90/40 mmHg; frecuencia cardíaca: 115 lpm; frecuencia respiratoria 20 rpm; temperatura: 36.2 °C; satO<sub>2</sub> 99%.

Dentro de los *resultados de laboratorio* se encontró: Leu: 4.5; Neu: 81; Hb: 12.6; Hto: 38; Plt: 476; gluc: 116; urea: 244; Cr: 4.2; BT: 1.2; BD: 1.1; TGO: 35; TGP: 87; FA: 160; DHL: 199; albumina: 4.2; 7Na: 124; K: 5.5; Cl: 68; Tp: 15.7; INR: 1.3; TPT: 25.1.

Usg abdominal: Colección sólida en fosa iliaca derecha, heterogénea de 5 x 6 cm y otra adyacente de forma redonda, sólida, hiperecogénica con presencia de líquido libre en la fosa iliaca derecha. Asas intestinales dilatadas, con presencia de abundante materia fecal y peristalsis ausente en su totalidad, sugestiva de oclusión intestinal parcial por probable apendicitis complicada.

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró 200 ml de líquido inflamatorio libre en la cavidad, presencia de intususcepción del íleon, aproximadamente 40 cm, con necrosis y perforación a 80 cm de la válvula ileocecal (**figuras 1 y 2**), así como una lesión de aspecto poliploide pediculada (**figura 3 y 4**). Se decidió realizar resección del intestino afectado e ileostomía y dar por terminado el procedimiento quirúrgico. La paciente pasó a la UCI intubada y con apoyo de amins vasoactivas. Horas más tarde falleció.

**Reporte de patología:** lesión poliploide de íleon con estroma edematoso con vasos capilares y denso infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos, necrosis isquemia extensa. Íleon y yeyuno con edema submucoso, denso infiltrado inflamatorio de tipo agudo y crónico, mesotelio reactivo (**figura 5 y 6**).

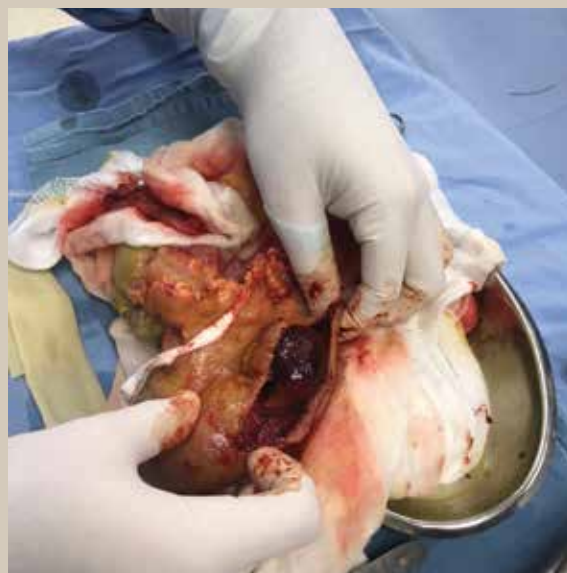
## DISCUSIÓN

El diagnóstico preoperatorio es difícil por la presentación tan poco específica que suele presentar en los adultos<sup>8</sup>.

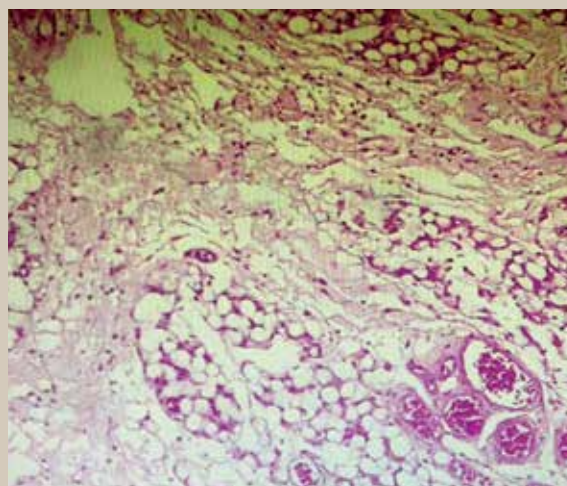
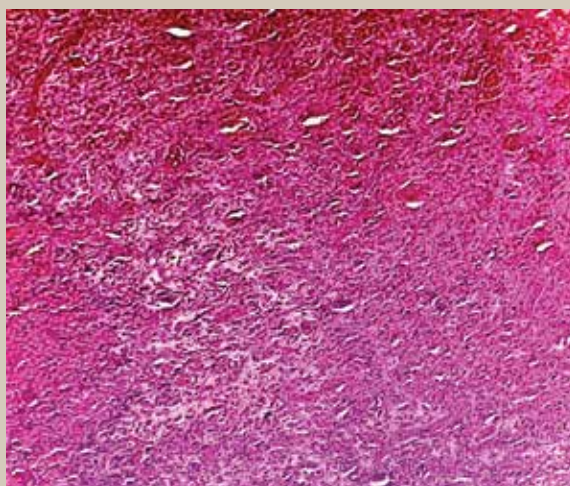
La mayoría de los pacientes se presentan con síntomas que sugieren obstrucción intestinal. El dolor abdominal es el síntoma más común (93.3%), seguido del vómito y náuseas. La hematoquecia, diarrea, cambios en los hábitos intestinales, estreñimiento y distensión abdominal son otros síntomas no específicos que se pueden presentar<sup>9</sup>.



**Figuras 1 y 2.** Presencia de intususcepción intestinal entero-entérica a 80 cm de válvula ileocecal



**Figuras 3 y 4.** Presencia de pólipo intestinal con necrosis



**Figuras 5 y 6.** Cortes de patología

A la exploración física suele encontrarse presencia de distensión abdominal con datos de irritación peritoneal, ausencia o disminución del peristaltismo y la presencia de una masa abdominal palpable (presente en menos del 9% de los casos). La triada clásica con presencia de masa palpable, dolor abdominal y heces en “jalea de grosella” es poco frecuente y es más común en pacientes pediátricos, si la presentación es

crónica con varios días de evolución, el paciente se puede presentar con datos de peritonitis o isquemia intestinal con dolor desproporcionado a los hallazgos a la exploración física. También pueden presentarse signos de choque como hipotensión y taquicardia<sup>10</sup>.

Los exámenes de laboratorio comúnmente van a revelar elevación de los glóbulos blancos y elevación de los rectantes de fase aguda como la proteína C



reactiva. La radiografía de abdomen revelará los signos típicos de obstrucción intestinal o perforación, como distensión de asas intestinales con ausencia de gas en colon<sup>8</sup>.

El ultrasonido representa el principal estudio en pacientes pediátricos, pero también se ha utilizado en pacientes adultos y demuestra el signo característico de la “diana” o de la “dona” que se visualiza con una vista transversal, y de forma longitudinal se observa una masa en forma de salchicha. Recientemente, con el uso creciente de estudios de imagen como la tomografía computarizada/resonancia magnética (TC/RM) se ha incrementado el diagnóstico radiográfico preoperatorio. El estudio más sensible para el diagnóstico en los adultos es la tomografía, con una sensibilidad del 58-100%. Con esta se puede precisar el nivel, sitio y causa de la obstrucción<sup>3</sup>.

En cuanto al tratamiento, la intususcepción intestinal en adultos se ha tratado quirúrgicamente con la resección primaria debido a la gran probabilidad de origen maligno<sup>10</sup>.

Generalmente la resección del segmento afectado con o sin presencia de isquemia con una posterior anastomosis primaria se puede realizar en casos de intususcepción entero-entérica o que involucre al hemicolon derecho asociado a obstrucción, cuando se encuentra involucrado el hemicolon izquierdo se recomienda realizar la resección con un procedimiento de Hartmann o realizar una anastomosis primaria más una ileostomía de protección, que puede ser considerada dependiendo de la situación y los factores de riesgo que puedan precipitar a una fuga de la anastomosis<sup>6</sup>.

## CONCLUSIONES

La intususcepción es una patología poco frecuente en adultos y de difícil diagnóstico, que requiere de una amplia sospecha diagnóstica. La tomografía es el estudio de elección para el diagnóstico de la intususcepción intestinal, sin embargo, la verdadera causa de intususcepción se diagnostica con precisión mediante el estudio histopatológico posterior.

El tratamiento es quirúrgico, realizando resección del intestino afectado y valorando la anastomosis primaria según las condiciones del paciente, la

cirugía puede realizarse por laparoscopia o abierta, lo que dependerá de las habilidades y experiencia del cirujano.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todo el personal de quirófano del Hospital general Dr. Norberto Treviño Zapata de Cd. Victoria, Tamaulipas. ●

## REFERENCIAS

1. Nieves Perdomo G, Marichal Hernández CA, Conchuela Fumero JL, Hernández Ponce JA, Pastor Santoveña M. Intussusception in adults: a reality to know. *European Society of Radiology*. 2013;1-21.
2. Franco Herrera R, Burneo Esteves M, Martin Gil J, Fabregues Olea A, Pérez Díaz D, Turegano Fuentes F. Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. *Revista de Gastroenterología de México*. 2012;77(3):153-6.
3. Aguirre F, Silva Á, Parra P, Salcedo D, Acevedo Y. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. *Rev Colomb Cir*. 2019;34(1). DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.102>
4. Erkan N, Haciyanli 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(5):452-6. DOI: 10.1007/s00384-004-0713-2
5. Wang L-T, Wu C-C, Yu J-C, Hsiao C-W, Hsu C-C, Jao S-W. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. *Dis Colon Rectum*. 2007;50(11):1941-9. DOI: 10.1007/s10350-007-9048-8
6. Ongom PA, Opio CK, Kijjambu SC. Presentation, aetiology and treatment of adult intussusception in a tertiary Sub-Saharan hospital: a 10-year retrospective study. *BMC Gastroenterol*. 2014;14(1):86. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-86>
7. Ghaderi H, Jafarian A, Aminian A, Mirjafari Daryasari SA. Clinical presentations, diagnosis and treatment of adult intussusception, a 20-year survey. *Int J Surg*. 2010;8(4):318-20. DOI: 10.1016/j.ijssu.2010.02.013
8. Maghrebi H, Makni A, Rhaïem R, Atri S, Ayadi M, Jrad M, et al. Adult intussusceptions: Clinical presentation, diagnosis, and therapeutic management. *Int J Surg Case Rep*. 2017;33:163-6. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.02.009
9. Nagorney DM, Sarr MG, McILRATH DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg*. 1981;193(2):230-6. DOI: 10.1097/00000658-198102000-00019.
10. Marsicovetere P, Ivatury S, White B, Holubar S. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;30(01):030-9. DOI: 10.1055/s-0036-1593429