

Intususcepción de muñón ileal, reporte de caso y revisión de la literatura

Saúl Abraham-Mendoza^{1*}, Pablo Medel-Román², José Luis Cornelio Cuamatzi-Cortés³,
Alejandra Méndez-Chávez⁴, Rocío Padilla-Guevara⁵ y Eduardo Téllez-Bernal⁶

¹Cirugía oncológica; ²Algología, Hospital Puebla; ³Gabinete Radiología; ⁴Ginecología y Obstetricia, Hospital General de la Zona Norte de Puebla; ⁵Departamento de Investigación; ⁶Departamento de Oncología, Unidad Médica Oncológica de Puebla. Puebla, México

Resumen

Introducción: La intususcepción es poco frecuente en adultos y se caracteriza por dolor abdominal intermitente. **Caso clínico:** Mujer de 50 años de edad con diagnóstico de cáncer de recto a la que se le realizó una resección anterior ultrabaja y anastomosis colorrectal con ileostomía tipo Brooke. En el postoperatorio mediato presentó dolor abdominal inespecífico, con ileostomía funcional sin alteraciones; posteriormente a tratamiento adyuvante, se realizó restitución de tránsito intestinal, encontrando una intususcepción en muñón ileal. **Discusión y revisión de la literatura:** La intususcepción del muñón ileal es un evento sumamente raro sin reportes de eventos similares en la literatura.

Palabras clave: Intususcepción. Ileostomía. Dolor abdominal. Cáncer de recto.

Intussusception of ileal stump, case report and literature review

Abstract

Introduction: Intussusception is rare in adults, and is characterized by intermittent abdominal pain. **Case report:** A 50-year-old female with a diagnosis of rectal cancer who underwent an ultra-low anterior resection and colo-rectum anastomosis with Brooke-type ileostomy. In the postoperative period, she presented nonspecific abdominal pain, with functional ileostomy without alterations; after adjuvant treatment, restitution of intestinal transit was performed, finding an intussusception in the ileal stump. **Discussion and review of the literature:** Intussusception of the ileal stump is a very rare event with no reports of similar events in the literature.

Key words: Intussusception. Ileostomy. Abdominal pain. Rectal cancer.

Correspondencia:

*Saúl Abraham-Mendoza

E-mail: drsabraham05@gmail.com

1665-9201/© 2019 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 02-04-2018

Fecha de aceptación: 02-03-2019

DOI: 10.24875/j.gamo.19000090

Disponible en internet: 13-05-2019

Gac Mex Oncol. 2019;Supp 18:52-55

www.gamo-smeo.com

Introducción

Barbette (Ámsterdam) en 1674 hizo el primer reporte de intususcepción. Esta consiste en el deslizamiento de un segmento del intestino dentro de otro^{1,2}.

La intususcepción en adultos, es poco frecuente y representa el 5% de todos los casos y corresponde al 1% de todas las obstrucciones intestinales^{1,2}. El 90% ocurre en primer lugar en el intestino delgado y en segundo lugar en intestino grueso, y el 10% involucra el estómago o estomas quirúrgicos^{1,3}.

El síntoma más frecuentemente reportado en la mayor parte de las series es el dolor abdominal, en entre el 70 y el 90% de los pacientes. En aquel que no se presenta como una urgencia quirúrgica el dolor es de tipo intermitente y el tiempo promedio de aparición de síntomas es de 37.4 días^{1,3-7}.

En muchos casos la sintomatología es crónica y la duración de las molestias es mayor en pacientes con patología benigna, condicionante de la intususcepción, en comparación con la que producen las lesiones malignas^{1,7}.

El estudio de imagen más útil para diagnóstico es la tomografía^{2,4}, es importante mencionar que el diagnóstico, en no más del 30.7% de los casos se logra realizar antes del evento quirúrgico⁸. El tratamiento en adultos es la resección quirúrgica sin reducción, esta misma podría ser aceptable en intususcepciones traumáticas, idiopáticas o sin causa patológica intestinal^{1,4,5}.

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, con diagnóstico de cáncer de recto, que inicia con rectorragia un año antes de la primera valoración y es tratada como enfermedad hemorroidal. Posteriormente, al persistir el sangrado, es enviada a valoración médica. En el tacto rectal se encuentra tumor aproximadamente a 6 cm del margen anal con obliteración de la luz del 70%. Se realiza colonoscopia, con hallazgo de tumor polipoide de 8 cm de diámetro, a 8 cm del margen anal; se realiza toma de biopsia, reportándose adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto.

Se programa para resección anterior ultrabaja el día 25 de abril del 2015, la cual se realiza bajo visión directa con colonoscopia transoperatoria con sangrado menor a 150 ml; se realiza ileostomía (tipo Brooke) terminal de protección a 30 cm de la válvula ileocecal. En el reporte de patología se corrobora el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con focos de tipo coloide asociado a pólipos vellosos de

7 cm. Infiltra hasta 0.2 cm de la adventicia; límites de sección quirúrgica proximal y distal sin lesión, límite circunferencial a 0.2 cm de la neoplasia y un ganglio ilíaco separado con metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

A las 48 horas del procedimiento quirúrgico la paciente inicia con dolor abdominal tipo cólico difuso, intermitente, con una intensidad en la escala visual análoga (EVA) 8/10 y acompañado de náuseas. A la exploración se encuentra abdomen con peristalsis presente, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, con ileostomía funcional con gasto promedio de 500 ml, se inicia tratamiento analgésico y antiinflamatorio, obteniendo respuesta parcial al dolor.

Se realizan citometría hemática, placas simples de abdomen en dos posiciones, sin encontrar datos sugestivos de abdomen agudo, sin embargo, al persistir la sintomatología se propone exploración quirúrgica, que no es aceptada por la paciente.

Posteriormente la paciente egresa con mejoría clínica y se envía a tratamiento adyuvante con capecitabina, suspendida por elevación de transaminasas en agosto del 2015, y radioterapia (25 sesiones con 50.4 Gy), finalizada en septiembre del 2015.

Durante su egreso hasta antes de la restitución el dolor tiene comportamiento intermitente, se presentaba cada 10 a 15 días aproximadamente en la región del flanco derecho, de tipo cólico referido a la región lumbar, de intensidad EVA 9/10, cedía de manera parcial a antiespasmódicos y antiinflamatorios; en ocasiones requirió la administración de opioides en Unidad de urgencias para manejo del dolor.

Se inicia protocolo de restitución de tránsito intestinal y se lleva a cirugía el día 8 de noviembre de 2015 (7 meses después), con hallazgo transoperatorio de engrosamiento del muñón ileal, con una longitud de 10 cm, al momento de preparar el intestino para anastomosis se identifica intususcepción, con mesenterio digerido (Fig. 1).

La revisión radiológica retrospectiva en la tomografía computarizada (realizada en agosto del 2015) demuestra, en imágenes axiales, una imagen nodular, esférica, dependiente de intestino delgado, con centro hipodenso, paredes engrosadas, ubicada en la fosa ilíaca derecha, en topografía del íleon terminal, de 28 mm (Fig. 2), omitida en el primer reporte radiológico, cuyas características están en relación a intususcepción intestinal. Se envió segmento intestinal a patología, con reporte de cambios inflamatorios en segmento intestinal con intususcepción. Se realizó restitución de tránsito intestinal sin complicaciones. Actualmente la paciente



Figura 1. Segmento correspondiente a intususcepción.



Figura 2. Tomografía con imagen correspondiente a intususcepción (imagen en «diana de tiro»).

se encuentra en vigilancia, sin evidencia de actividad tumoral.

Discusión y revisión de la literatura

La intususcepción en adultos representa del 0.003 al 0.02% de todas las admisiones hospitalarias, del 70 al 90% de todos los casos tienen una causa identificable (el 40% de ellos son causados por neoplasia maligna), y los síntomas predominantes suelen ser los de obstrucción intestinal, presentando síntomas clásicos (masa palpable, heces como jalea de grosella y dolor abdominal) solo del 15 al 20% de los casos^{1,2,6}.

Se clasifica en 4 categorías de acuerdo al sitio de origen: entérica, ileocólica, ileocecal y colónica. La

intususcepción de intestino delgado representa del 8 al 20% de los casos^{1,2,3}.

De acuerdo a su etiología, se clasifica como primaria (idiopática) o secundaria (secundaria a neoplasia benigna o maligna). La primaria se presenta de manera más frecuente en el intestino delgado^{1,9}; con respecto a la intususcepción secundaria, en el intestino delgado predominan las neoplasias benignas hasta en el 90% de los casos y las malignas en el 14-47%, y en intestino grueso con mayor probabilidad de corresponder a neoplasia maligna en un 43-80%⁹.

La invaginación del intestino usualmente es en dirección del peristaltismo, puede progresar rápidamente hacia los vasos sanguíneos que suministran al segmento que contiene la invaginación y se comprimen provocando isquemia con probabilidades de evolucionar a gangrena¹⁰.

El dolor generado por lesiones intensas o prolongadas producen lesiones tisulares, con la consecuente presencia de inflamación, provocando que el dolor persista aun en ausencia de nuevos estímulos; por otro lado, el intestino responde a estímulos mecánicos y estímulos químicos (cambios en el pH, isquemia, mediadores de inflamación); el estímulo más intenso e importante es el producido por isquemia, puede ser aliviado con el uso de analgésicos de tipo opioide^{11,12}.

El dolor es el síntoma más frecuente reportado en los casos de intususcepción, así como su característica de tipo intermitente; en este caso la paciente no mostró datos de hipersensibilidad a pesar de la intensidad y cronicidad del cuadro.

Por sus características, el dolor referido por la paciente era provocado por isquemia del segmento intestinal intususceptado por compromiso del mesenterio; el cual no responde al tratamiento analgésico dado por la intensidad del dolor (usando el primer peldaño de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud), AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos) y/o paracetamol¹³. Fue necesaria por intensificación del cuadro la administración de opioides y se obtuvo una respuesta favorable.

Para el diagnóstico preoperatorio se pueden realizar estudios radiológicos como la radiografía simple, donde solo se pueden observar signos no específicos de obstrucción intestinal, estudios de bario, ultrasonido abdominal, angiografía, colonoscopia y resonancia magnética; sin embargo, el estudio más sensible para el diagnóstico preoperatorio es la tomografía^{1,2-4,8}, sobre todo en pacientes con dolor abdominal inespecífico. Los signos que se pueden encontrar son el adelgazamiento de un segmento de intestino, lesión ocupante, masa intraluminal con una densidad grasa

excéntrica e hiperdensidad de los vasos; en un corte transversal se puede observar tumoración redonda con grasa periférica y edema en la periferia, presentando una imagen de «tiro al blanco» o «diana de tiro»^{2,7,14}.

Dentro de las complicaciones más frecuentes de ileostomía están: translocación bacteriana, fuga de anastomosis, dehiscencia, peritonitis, sangrado, fístulas y hernia paraestomal¹⁴, pero no hay reporte en la literatura de intususcepción del muñón.

En nuestro caso, al ser la intususcepción sumamente rara en los adultos y no tener referencia previa de la intususcepción del muñón de ileostomía, no se pensó como causa probable del dolor. Además, los estudios realizados a la paciente no mostraron datos compatibles con sufrimiento bioquímico de asa, siendo advertida la intususcepción hasta la restitución de tránsito intestinal.

El tratamiento indicado en adultos es quirúrgico debido al riesgo de isquemia intestinal o una probable neoplasia maligna como causa del cuadro^{2,8,14}.

La intususcepción *per se* en adultos se presenta de manera poco frecuente y la intususcepción del muñón en una ileostomía no se ha reportado en la literatura. En la presentación «clásica» de intususcepción, en menos del 50% de los pacientes se hace el diagnóstico preoperatorio^{2,4,14}, el estudio diagnóstico más útil es la tomografía axial computarizada, el tratamiento siempre es quirúrgico en la población adulta y cuando se relaciona con patología benigna cursa con sintomatología intermitente, probablemente dadas las condiciones de isquemia, resulta importante valorar o descartar causa isquémica como etiología del dolor.

El motivo de esta revisión es aportar un diagnóstico diferencial más en los pacientes en los cuales se realice una ileostomía por la causa que fuera y presenten dolor abdominal inespecífico.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Yalamarthy S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J*. 2005;81:174-7.
2. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. *Ann Surg*. 1997;226(2):134-8.
3. Ahn JH, Choi SC, Jung YS. A clinical overview of a retrospective study about adult intussusceptions: Focusing on discrepancies among previous studies. *Dig Dis Sci*. 2009;54:2643-9.
4. Goh Brian KP, Quah HM, Chow Pierce KH, Tan KY, Tay KH, Eu KW, et al. Predictive factors of malignancy in adults with intussusception. *World J Surg*. 2006;30:1300-4.
5. Udo IA, Abudo EK, Uduma F. Adult intussusception: An 8 years institutional review. *Niger Med J*. 2016;57(4):204-7.
6. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, De Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:834-9.
7. Onkendi EO, Grotz TE, Murray JA, Donohue JH. Adult intussusception in the last 25 years of modern imaging: Is surgery still indicated? *J Gastrointest Surg*. 2011;15:1699-705.
8. Guillén-Paredes MP, Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Mengual-Ballester M, Cases-Baldó MJ, et al. Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102(1):32-40.
9. Madriz de Haan P, Roa Martínez Y, Rodríguez Gutiérrez F. Intususcepción intestinal debido a un pólipo fibroide inflamatorio (tumor de Vanek). *Med Leg Costa Rica*. 2014;31(1).
10. Khan M, Price R, Dewar EP. Retrograde intussusception through a loop ileostomy: a case report and review of the literatura. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011;93:e81-2.
11. Cervero F, Laird J MA. Understanding the signaling and transmission of visceral nociceptive events. *J Neurobiol*. 2004;61(1):45-54.
12. Cerveró F. Neurobiología del dolor. *Rev Neurol*. 2000;30(6):551-5.
13. Daza Barriga J, Ruiz Pérez O. Uso de opioides en el tratamiento del dolor. *Biociencias*. 2011;6(2):63-71.
14. Zumarán Cuéllar O, Robles Vidal C, Villarreal Colín P, Olivares Mendoza H, Sarue Saed N. Intususcepción en el adulto. *An Med (Mex)*. 2006;51(4):188-92.