

Intususcepción ileocolorrectal. Un caso inusual.

Germán Cabrera Bustamante, Federico Carballo, Pablo Farina, Sebastián Guckenheimer

División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital Pirovano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento proximal del tracto gastrointestinal y su mesenterio (intususceptum) dentro de la luz del segmento distal adyacente (intususcepiens). Según su localización puede ser enteroentérica, enterocolónica (la más frecuente), o colocolónica (la menos frecuente). En el adulto suelen ser infrecuentes y causadas en su mayoría por neoplasias que actúan como cabeza de invaginación. Presentamos un caso muy inusual, en el que la intususcepción causada por un adenocarcinoma cecal llegaba hasta el conducto anal.

Palabras clave: intususcepción intestinal, invaginación colocolónica, carcinoma cecal, adultos

ABSTRACT

Intestinal intussusception is the invagination of a proximal segment of the gastrointestinal tract and its mesentery (intususceptum) into the lumen of the adjacent distal segment (intususcepiens). Depending on its location, it may be enteroenteric, enterocolonic (the most common), or colocolonic (the least common).

In adults, they are usually rare and are mostly caused by neoplasias that act as the head of the invagination.

We present a very unusual case, in which the intussusception caused by a cecal adenocarcinoma reached the anal canal.

Keywords: intestinal intussusception, colonic intussusception, cecal carcinoma, adults

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal se define como la invaginación de un segmento proximal del tracto gastrointestinal y su mesenterio dentro de la luz del segmento distal adyacente, con la consecuente obstrucción intestinal e isquemia.^{1,2} Esta entidad constituye la principal causa de obstrucción intestinal en los niños pero es inusual en los adultos.^{3,4}

Según Russek, et al.⁵ y Alvarez Bautista, et al.,⁶ las intususcepciones colónicas representan el 1-5% de los casos de oclusión intestinal, con una incidencia de 2 a 3 casos por año cada 100.000 personas. Las intususcepciones ileocecales son las más comunes, seguidas por las enteroentéricas con más del 40% de los casos y las colónicas.¹⁻⁹

En los adultos no se recomienda el manejo conservador realizado en infantes; se prefiere el tratamiento quirúrgico en todos los casos. El procedimiento más realizado es la resección intestinal del segmento involucrado en bloque, sin reducción intraoperatoria.²

El abordaje clásico para la intususcepción es la laparotomía; sin embargo tiende a cambiar cada vez con mayor frecuencia hacia la laparoscopia que ha demostrado ser útil y segura para el diagnóstico y exclusión de lesiones malignas, con los beneficios ya conocidos del método mínimamente invasivo.^{2,3}

CASO

Se trata de una paciente femenina de 71 años de edad, hipertensa, diabética e hipotiroidea, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica, hernioplastia inguinal y cesárea que consulta por un cuadro clínico de 1 año de evolución de diarrea, dolor abdominal tipo cólico, hiporexia y distensión abdominal, asociado a mucorra y proctorragia.

Presentaba, al momento de la primera consulta, una videocolonoscopia que evidenciaba una lesión exofítica y estenosante en la región cecoascendente, cuya biopsia informó adenoma túbulo-veloso con displasia de alto grado.

Al examen físico, se constató un IMC de 18 kg/m², abdomen distendido sin signos de irritación peritoneal y una masa palpable de 10x10 cm que ocupaba el flanco y fosa ilíaca derecha. En la anoscopia se evidenció una prociencia compatible con intususcepción que se interpretó como proveniente del colon, acorde a los estudios por imágenes previos (Fig. 1).

Los exámenes rutinarios de laboratorio y los marcadores tumorales no presentaron anormalidades. La tomografía computada con contraste oral y endovenoso del tórax, abdomen y pelvis mostró una masa redondeada de 110x90 mm que realizaba con el contraste, por una aparente invaginación ileo-colorectal (imagen en diana), visualizándose en su interior

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Germán Ernesto Cabrera Bustamante:** netocabus230993@gmail.com

Recibido: 29/6/2023. Aprobado: 6/8/2024.

Germán Cabrera Bustamante: <https://orcid.org/0009-0009-4406-0826>, Carballo Federico: <https://orcid.org/0000-0002-8513-4715>, Farina Pablo: <https://orcid.org/0000-0002-1869-1861>, Guckenheimer Sebastián: <https://orcid.org/0000-0002-4519-174X>

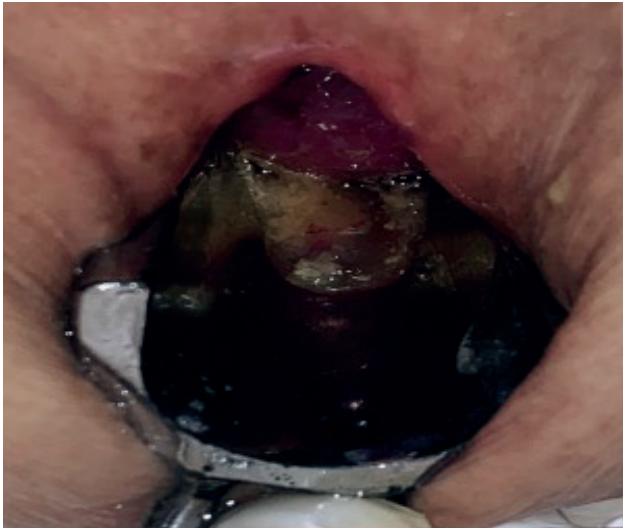


Figura 1. Anoscopia donde se evidencia la intususcepción colónica en el conducto anal.

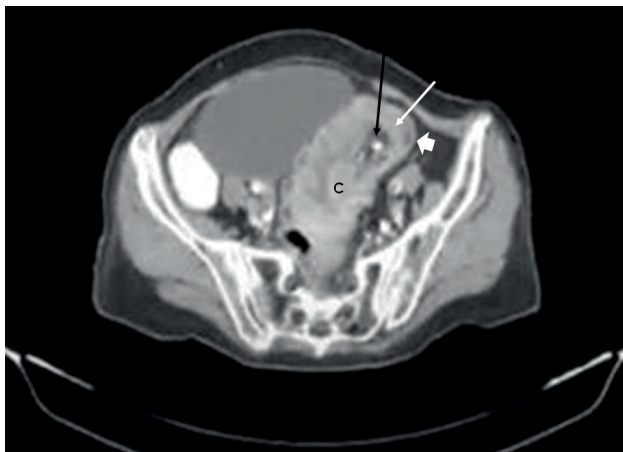


Figura 2. Tomografía computada con contraste donde se observa una masa con un componente graso central con vasos mesentéricos en su interior (flecha negra) y las paredes engrosadas de dos asas intestinales que corresponden al intususceptum de colon derecho (flecha blanca) y el intususcepti de colon izquierdo (punta de flecha). C: cabeza de invaginación.

vasos mesentéricos y asas con paredes engrosadas. No se observaron lesiones sugestivas de secundarismo.

Tras el estudio completo se decide la resolución quirúrgica. La laparoscopia exploratoria mostró el colon derecho intususceptado, comprometiendo el resto del marco colónico hasta el recto, con importante compromiso fibrótico adherencial que impidió la reducción y resección obligando a la conversión quirúrgica. Con la laparotomía se logró la reducción manual, evidenciándose una lesión tumoral de 15 cm de diámetro en el ciego. Se realizó una hemicolectomía derecha con principios oncológicos y una anastomosis ileo-cólica (Fig. 3).

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a los 5 días de la intervención.



Figura 3. Pieza quirúrgica donde se evidencia el gran tumor cecal que actuaba como cabeza de invaginación.

El examen histopatológico informó un adenocarcinoma bien diferenciado, sin invasión linfovascular, perineural ni budding. Los márgenes de resección estaban libres de neoplasia, al igual que los 15 ganglios linfáticos resecaados. El estadio tumoral final fue un pT2pN0pMx. El estudio genético de KRAS y BRAF resultó no mutado.

DISCUSIÓN

La intususcepción es el resultado de condiciones intestinales que cambian el patrón normal de la peristalsis por un efecto de masa debido a una lesión intra o extra luminal, o por la inflamación mucosa acompañada de hiperperistaltismo.^{6,8}

Las intususcepciones se clasifican en tres tipos: enteroentéricas, colocolónicas y enterocolónicas (ya sea ileocecales o ileocólicas).^{4,7} Nuestro caso representa al grupo menos frecuente al ser una intususcepción ileocolorrectal.

Respecto a su etiología, en el 90% de las intususcepciones de los adultos se encuentra una condición patológica primaria, generalmente una neoplasia intraluminal benigna o maligna. Entre las lesiones reportadas en la literatura se han descrito divertículos de Meckel, pólipos inflamatorios, lipomas, tumores neuroendocrinos, leiomiomas, neurofibromas, y adenocarcinomas.⁸

Existe una mayor relación causal entre los tumores malignos y las intususcepciones colocolónicas (45 al 60%) con respecto a las entéricas (15 al 30%).⁶

En este contexto Honjo y cols.⁹ documentaron que el 77,3% de los casos de intususcepción estaba relacionado con un tumor,

concluyendo que la neoplasia maligna sería responsable del 90% de las intususcepciones colónicas y el 25% de las entéricas.

Una revisión resume los hallazgos de ocho estudios observacionales con 236 pacientes en quienes evaluaron la causa de intususcepción (53% eran entéricas y 47% colónicas) y encontraron que el 39% era tumoral maligna y el 27% tumoral benigna. Las principales causas no tumorales reportadas fueron idiopáticas, bridas postquirúrgicas y divertículo de Meckel en el 12%, 11% y 6% respectivamente^{9,10} En esta línea de estudio, los grupos del Mount Sinai Medical Center y la Clínica Mayo encontraron que las causas de intususcepción colónicas en su mayoría fueron adenocarcinomas⁴, en coincidencia con nuestro caso.

La presentación clínica de la intususcepción en los adultos suele ser crónica e inespecífica, sin embargo, la mayoría presenta cuadros de dolor abdominal y oclusión intestinal intermitente, aunque rara vez se documenta la tríada clásica observada en pacientes pediátricos caracterizada por dolor abdominal, heces mucosanguinolentas y masa abdominal palpable.

El dolor abdominal es el síntoma más común (93,3%), seguido de vómito y náuseas. Es posible palpar una masa abdominal en 24 a 42% de los pacientes.⁸

Wang y cols.⁴ describieron como síntomas más comunes las náuseas y el dolor abdominal (78%), seguido de melena y pérdida de peso (10%). Los cuadros clínicos se presentaron como oclusión o suboclusión intestinal (50-80%). En un 70% de los casos, el dolor abdominal resultó periódico e intermitente, comportamiento similar al de la paciente que se presenta en esta publicación. En ella además se destacaron la masa abdominal y la historia de dolor abdominal severo crónico asociado a episodios de mucorrea, constipación y pérdida de peso.

La tomografía computarizada (TC) se ha convertido en el estudio de elección para el diagnóstico y la evaluación de la invaginación intestinal en los adultos, alcanzando una sensibilidad del 58% al 100% y una especificidad del 57% al 71% en el reconocimiento de la intususcepción intestinal.^{1,8} Proporciona información crítica, como la longitud y el diámetro de la intususcepción, una vista tridimensional del intestino y las vísceras circundantes, el posible punto de origen, además del tipo y la ubicación, datos importantes para la estrategia quirúrgica.⁵

Los patrones tomográficos típicos de esta entidad comprenden la imagen en diana en el corte axial, que resulta del efecto generado por la pared intestinal y el mesenterio dentro de la luz, sumado a la atenuación y edema de la pared intestinal y la grasa, con dilatación proximal y descompresión distal, compatibles con compromiso vascular.^{1,5,8}

El tratamiento quirúrgico de urgencia es necesario para todos aquellos pacientes que presentan signos de perforación intestinal³ y el principal debate yace en determinar la necesidad de resección en bloque o la posibilidad de reducción. Actualmente, es un tema de controversia pues algunos autores abogan por reducir la intususcepción antes de la resección para limitar

su alcance, especialmente, cuando se trata del intestino delgado. No obstante, no existe evidencia clara ya que la reducción de la intususcepción expone a un riesgo incrementado de diseminación de células tumorales en los casos asociados a patología neoplásica. Por este motivo, la mayoría de los autores concuerdan que la resección en bloque sin reducción es recomendable, cuando es posible,^{2,3,8,10} sin embargo en nuestro caso tal estrategia fue descartada por la magnitud de la cirugía que implicaba (proctocolectomía total) siendo que la sospecha de patología solo se encontraba en el colon derecho.

CONCLUSIÓN

La intususcepción en los adultos es inusual y suele estar asociada a una neoplasia, en la mayoría de los casos maligna cuando son de localización colónica.

El cuadro clínico atípico resulta en un desafío diagnóstico para el que la tomografía computada abdominopelviana es de elección.

El tratamiento es quirúrgico y la resección individualizada de acuerdo a las comorbilidades del paciente, la presentación clínica y el riesgo de malignidad.

REFERENCIAS

- Núñez-González RA, Ponciano-Guerrero M, Ortega-Jiménez JA, Galloor Gutiérrez-Durante J, Paniagua-Quiroga A, Palacios-Rojo M, et al. Intususcepción colónica en el adulto secundaria a tumor miofibroblástico: Reporte de caso. *Rev Cadena Cereb*. 2022;6(1):50-54.
- Jelenc F, Brencic E. Laparoscopically assisted resection of an ascending colon lipoma causing intermittent intussusception. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2005;15:173-75.
- Ishibashi Y, Yamamoto S, Yamada Y, Fujita S, Akasu T, Moriya Y. Laparoscopic resection for malignant lymphoma of the ileum causing ileocecal intussusception. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2007;17:444-46.
- Wang N, Cui X, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, et al. Adult intussusception: A retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol*. 2009;15(26):3303-8.
- Russek Carillo K, González JJ, Franklin Jr. M, Portillo Ramilet G. Tratamiento laparoscópico de intususcepción sigmoidea: reporte de un caso. *Avances*. 2019;5:15-17.
- Álvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Pimienta-Ibarra AS, Vergara-Fernández O, Salgado-Nesme N. Adult intussusception: still a challenging diagnosis for the surgeon. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2023;88(4):315-21.
- 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(4):407-11.
- Aguirre F, Silva Á, Parra P, Salcedo D, López P, Acevedo Y. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. *Rev Colomb Cir*. 2019;34:79-86.
- Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: A retrospective review. *World J Surg*. 2015;39(1):134-38.
- Warshauer D, Lee J. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology*. 1999;212(3):853-60.