

Intususcepción colorrectal causada por un pólipo colónico benigno. Reporte de caso y revisión de la literatura

Florencia Pinto Gilardoni¹, Sebastián López N.², Gonzalo Campana V.^{1,2}

¹ Universidad Andres Bello, Programa Fellowship de Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

² Unidad de Coloproctología, Clínica INDISA, Santiago, Chile.

Palabras clave: intususcepción colorrectal, invaginación colorrectal, pólipo colónico

Keywords: colorectal intussusception; colorectal invagination, colonic polyp

INTRODUCCIÓN

La intususcepción o invaginación intestinal se produce cuando un segmento del intestino delgado o colon se invagina dentro un segmento distal. En los adultos es una entidad poco frecuente representando solo el 5% de los casos.¹ La presentación clínica y el manejo son variados, por lo que deben ser evaluados caso a caso.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de intususcepción colorrectal causada por un pólipo benigno en el que se realizó un manejo mixto endoscópico-quirúrgico.

CASO

Paciente femenina de 38 años, con antecedentes de constipación crónica y síndrome de intestino irritable. En el contex-

to de anemia leve inicia sulfato ferroso dos semanas antes, comenzando con un período de mayor constipación, pujo y tenesmo rectal asociado a mucosidad. Consulta en el servicio de urgencias por exacerbación de las molestias y dolor hipogástrico. Al examen físico se aprecia un abdomen blando, depresible, sensible en hipogastrio, sin irritación peritoneal. Tacto rectal indoloro, con esfínter normotónico y ampolla rectal vacía sin zonas de abombamiento o asimetrías.

Se realizan exámenes de laboratorio destacándose PCR <0,4 mg/dL, leucocitos 10.100/μL, hemoglobina 11,8 g/dL, con resto dentro de rango. La tomografía computada de abdomen y pelvis contrastada muestra colección líquida mesorrectal, con algunas burbujas de gas que pudieran reflejar perforación. Para mejor caracterización, se decide realizar una resonancia magnética de pelvis que informa invaginación colorrectal, con punto de tracción por una masa sigmoidea, polipoidea y endoluminal, con aspecto de adenoma vellosa (Fig. 1).

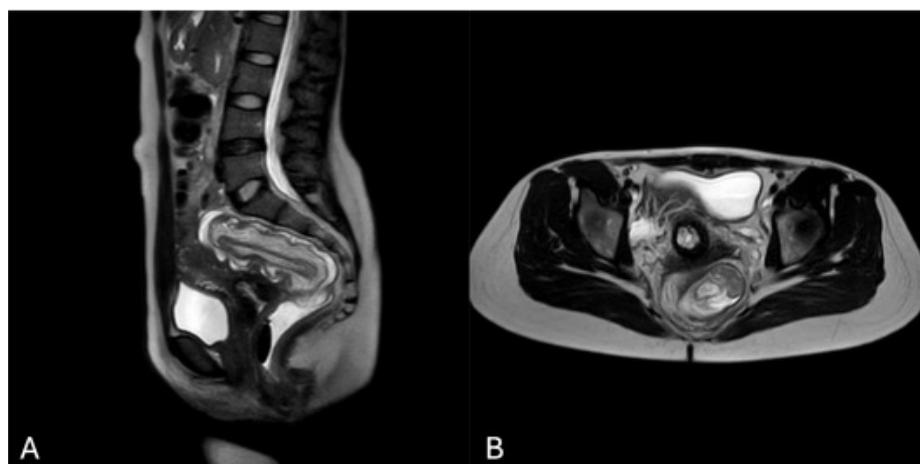


Figura 1. Resonancia magnética de la pelvis. A. Corte sagital mostrando invaginación colorrectal. B. Corte axial mostrando el adenoma vellosa.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Florencia Pinto Gilardoni:** flopintog@gmail.com
Fecha recepción: 4/7/2024 Fecha aprobación: 16/8/2024

Florencia Pinto Gilardoni: <https://orcid.org/0000-0002-7861-442X>; Sebastián López N.: <https://orcid.org/0000-0003-4158-5941>; Gonzalo Campana V.: <https://orcid.org/0000-0002-1099-0859>

Se realiza colonoscopia, en donde se aprecia en el recto bajo gran invaginación del sigmoides, con mucosa isquémica perimetral y en su extremo caudal un pólipo morulado de aspecto benigno y con tamaño reseable por colonoscopia (Fig. 2A), por lo que se eleva con adrenalina al 1/20000 y se reseca con asa de diatermia (Fig. 2B). Se decide complementar el manejo con laparoscopia exploratoria dado que no es posible desinvaginar el segmento mediante colonoscopia.

En la cirugía se visualiza dolicomegasigma con intususcepción colorrectal hasta el recto medio, de aproximadamente 20 cm, que se reduce con pinzas blandas sin incidentes (Fig. 3). Se corrobora la permeabilidad y vitalidad del colon y recto.

La paciente evoluciona favorablemente en el post operatorio, con disminución progresiva de los síntomas y tránsito desde el primer día post operatorio. Es dada de alta al tercer día. El estudio histopatológico del pólipo informó adenoma túbulo-velloso con displasia epitelial de alto grado y micro focos de adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, por lo que la paciente se encuentra curada con la resección.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal puede ocurrir en cualquier segmento del tubo digestivo. En una revisión sistemática que analizó 1229 pacientes, se encontró que la intususcepción enteroentérica es la más frecuente (50% de los casos), seguida

de la ileocólica (30%) y la menos frecuente colocolónica o colorrectal (aproximadamente 20%).^{2,3} Esto ocurre dado que gran parte de los segmentos colónicos se encuentran fijos al retroperitoneo lo cual impide un movimiento libre y disminuye el riesgo de invaginación.

A diferencia de los pacientes pediátricos, la intususcepción en los adultos se encuentra asociada a un pivote o punto de tracción en un 48-77% de los casos,³⁻⁵ el que puede tratarse de un tumor benigno o maligno, o de adherencias abdominales secundarias a cirugías previas.⁴⁻⁶ La causa de pivote más frecuente son los tumores benignos, como los lipomas, pólipos y tumores estromales gastrointestinales. Los tumores malignos son menos frecuentes, sin embargo, se presentan más en el colon y recto que en intestino delgado.²⁻⁴

La invaginación intestinal en los adultos corresponde al 1% de las obstrucciones intestinales, sin embargo, se puede presentar con una variedad de síntomas, incluso poco específicos o ser asintomática.⁷ Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, náuseas y vómitos, y en el caso de intususcepción colorrectal, pujo, tenesmo y síndrome de obstrucción defecatoria.^{8,9}

Dado los síntomas inespecíficos que la intususcepción genera, el diagnóstico puede ser complejo y es posible que requiera más de una herramienta diagnóstica. En primer lugar, el apoyo con imágenes es fundamental, ya sea ultrasonido, resonancia magnética o tomografía computada contrastada, siendo esta última la más utilizada con un 77,8% de exacti-

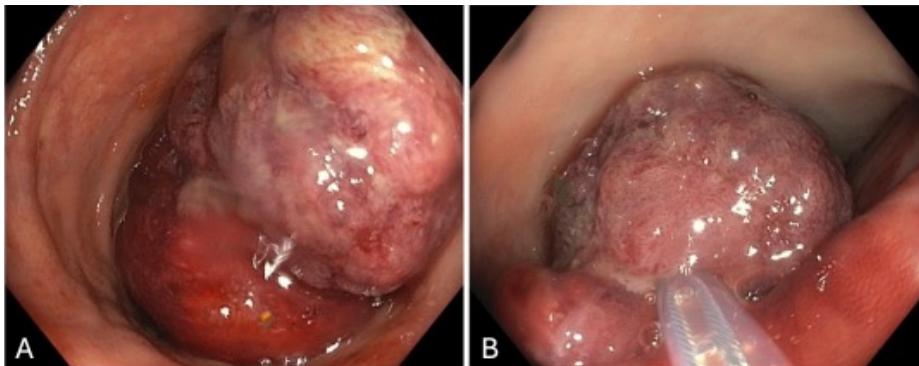


Figura 2. Colonoscopia. A. Gran invaginación del sigmoides, con mucosa isquémica perimetral y gran pólipo morulado en su extremo caudal. B. Resección del adenoma con asa diatermia.

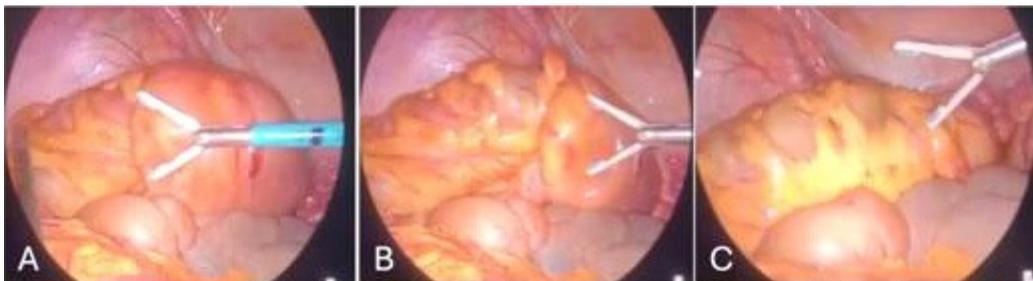


Figura 3. Visión laparoscópica de la intususcepción colorrectal. A. Desinvaginación parcial. B. Desinvaginación completa. C. No se observa isquemia colónica.

tud diagnóstica.² Sin embargo, algunos casos no pueden ser detectados en la instancia preoperatoria por lo que son diagnosticados en el acto quirúrgico.⁷

El manejo de esta patología es variado y debe ser evaluado caso a caso. En algunos sin causa clara puede existir la desinvaginación espontánea con posterior manejo conservador. En otros casos con presencia de pólipos o tumores pequeños se puede realizar desintususcepción y resección del pivote con colonoscopia.¹⁰ Finalmente, en casos más complejos que involucren tumores malignos la indicación es realizar la resección oncológica correspondiente sin reducción previa dado el riesgo de diseminación intraluminal.¹¹

CONCLUSIÓN

La invaginación intestinal en los adultos es una patología poco frecuente, más aún en la localización colorrectal. La mayoría de los casos tienen una causa subyacente, el manejo es variado y debe ser analizado caso a caso.

REFERENCIAS

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-38.
2. Hong KD, Kim J, Ji W, Wexner SD. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2019;23(4):315-24.
3. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg.* 2015;39(1):134-38.
4. Kim KH. Intussusception in Adults: A Retrospective Review from a Single Institution. *OAEM.* 2021;13:233-37.
5. Tarchouli M, Ait Ali A. Adult Intussusception: An Uncommon Condition and Challenging Management. *Visc Med.* 2021;37(2):120-27.
6. Alvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Cisneros-Correa JC, Aguilar-Frasco JL, Vélez-Valle A, Vergara-Fernández O, et al. Colonic lipomas an uncommon cause of intussusception in adult patients: report of three cases and literature review. *CIRU.* 2021;89(92):6133.
7. Chand M, Bradford L, Nash GF. Intussusception in Colorectal Cancer. *Clin Colorectal Cancer.* 2008;7(3):204-5.
8. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(10):1546-51.
9. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *WJG.* 2009;15(4):407.
10. Imasato M, Kim HM, Higashi S, Kajihara J, Hatano H, Demura K, et al. Laparoscopic surgery for idiopathic adult intussusception successfully reduced by colonoscopy. *J Anus Rectum Colon.* 2019;3(1):49-52.
11. Kang S, Lee SI, Min BW, Lee TH, Baek SJ, Kwak JM, et al. A multicentre comparative study between laparoscopic and open surgery for intussusception in adults. *Colorectal Dis.* 2020;22(10):1415-21.