

Invaginación de intestino delgado en el adulto causada por lipoma submucoso de íleon

Small bowel intussusception in the adult caused by ileal submucous lipoma

J. Arredondo¹, M.L. de la Hoz¹, R. Álvarez¹, M. Hernando²

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 68 años con invaginación intestinal secundaria a un lipoma submucoso de íleon. Se trata de una entidad rara en adultos y que suele ser debida a una lesión orgánica. La manifestación clínica se caracteriza por vómitos, dolor abdominal y melenas.

Se presenta el caso de un paciente al que tras la realización de una colonoscopia y un TAC abdominal, se realizó una resección ampliada de ciego e íleon terminal.

En la actualidad la precisión del diagnóstico etiológico de las invaginaciones ha aumentado gracias al desarrollo de las pruebas de imagen, como el TAC. Se recomienda un tratamiento quirúrgico precoz, sin desinvaginación intraoperatoria dado el elevado riesgo de presentar una lesión maligna o isquémica en el adulto.

Palabras clave. Invaginación. Lipoma ileal. Tumor intestinal. Obstrucción intestinal.

ABSTRACT

We present the case of a 68 year-old male patient with secondary intestinal intussusception due to a submucous lipoma of the ileum. This is a rare entity in adults and is usually due to an organic lesion. The clinical manifestation is characterized by vomiting, abdominal pain and melenas.

In our case the patient, following a colonoscopy and an abdominal CT-scan, was subjected to an extended resection of caecum and terminal ileum.

At present, the precision of the etiological diagnosis of intussusceptions has increased thanks to the development of image tests, like CT-scan. Early surgical treatment is recommended, without intraoperative deintussusception given the high risk of presenting a malign or ischemic lesion in the adult.

Keywords. Intussusception. Ileal lipoma. Intestinal tumor. Bowel obstruction.

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (2): 343-346

1. Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial Universitario. León. España.
2. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario. León. España.

Recepción: 13 de febrero de 2015

Aceptación provisional: 18 de marzo de 2015

Aceptación definitiva: 18 de mayo de 2015

Correspondencia:

Jorge Arredondo Chaves
Servicio de Cirugía General
Complejo Asistencial Universitario de León
24001 León (España)
E-mail: jarredondo@outlook.es

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es el síntoma más común en la patología digestiva y uno de los motivos más frecuentes de consulta en urgencias. Una de sus causas es la obstrucción intestinal, en la que la invaginación intestinal representa menos del 5%. La invaginación intestinal fue descrita por Barbette en 1692, realizándose la primera intervención quirúrgica en 1871¹. Ocurre cuando un segmento de intestino, favorecido por el peristaltismo, se introduce en un segmento distal de forma telescópica, pudiendo llegar a provocar una isquemia intestinal². En población infantil la invaginación es la primera causa de obstrucción entre los 3 meses y los 5 años de edad y suele ser idiopática. En adultos es una entidad rara y, a diferencia de los niños, en el 90% de los casos es secundaria a una lesión orgánica –tumores benignos o malignos, o, con menor frecuencia, cuerpos extraños, hematomas, enfermedad celíaca o adherencias–^{3,4}. Entre los tumores benignos destacan los pólipos (lipomas, hamartomas, leiomiomas, neurofibromas, adenomas inflamatorios), o el divertículo de Meckel; entre los malignos las metástasis, linfomas, sarcomas o melanomas^{1,5}.

La manifestación clínica suele ser inespecífica y se caracteriza por vómitos, dolor abdominal y melenas⁵. El inicio de los síntomas frecuentemente es de carácter crónico con dolor abdominal intermitente durante meses, secundario a una invaginación parcial o que se reduce espontáneamente. Aunque con menor frecuencia, la manifes-

tación clínica puede también instaurarse de manera aguda si existe una obstrucción intestinal mecánica completa.

En relación a los métodos diagnósticos, la radiografía simple aporta información acerca del nivel de la obstrucción, pero no sobre su etiología. En el enema con bario se observa un defecto de repleción, mientras que la ecografía puede mostrar una característica imagen en diana, aunque el gas intestinal típico de la oclusión puede dificultar esta exploración. El TAC aumenta el rendimiento diagnóstico ya que identifica la lesión, su nivel y las eventuales complicaciones, convirtiéndose en la prueba diagnóstica de elección. La endoscopia presenta especial utilidad tanto diagnóstica como terapéutica en las invaginaciones colónicas⁵⁻⁷.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 68 años que acudió al servicio de Urgencias por distensión y dolor abdominal intenso, rectorragia y náuseas de una semana de evolución. En el último mes había presentado dolor abdominal cólico recidivante. No presentaba antecedentes médicos de interés ni alteraciones analíticas relevantes. En la exploración física se observó un abdomen distendido, timpanizado, doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. El tacto rectal mostró restos hemáticos. La colonoscopia objetivó una formación friable y violácea, en válvula ileocecal, con aspecto de rotación o invaginación. El TAC evidenció una invaginación ileo-cólica de 12 cm con sus paredes engrosadas y sin obstrucción intestinal (Fig. 1). Se decidió tratamiento quirúrgico, objetivando la invagi-

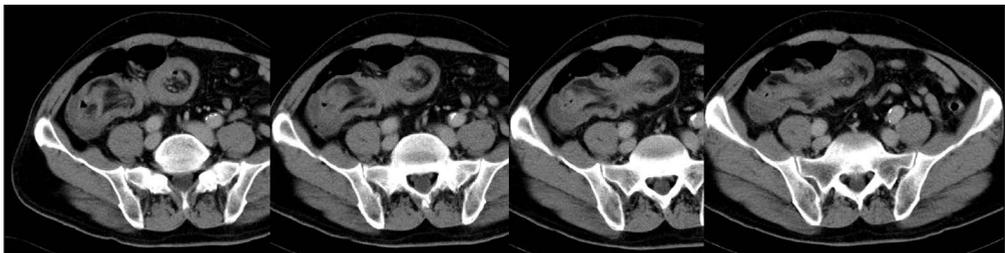


Figura 1. Invaginación ileo-cólica de un segmento de 12 cm, con sus paredes engrosadas que compromete a la válvula ileocecal, sin provocar obstrucción intestinal. No se visualiza líquido libre intraperitoneal ni adenopatías.



Figura 2 A. Descripción macroscópica: invaginación del intestino delgado con mucosa de coloración rojo vinoso y aplanamiento de los pliegues. Se distingue una lesión polipoide de 3,7 x 2,7 cm con un pedículo de 2 cm. Al corte, se observa una lesión bien delimitada, de coloración amarillenta, homogénea y aspecto adiposo.

nación ileocecal y un pequeño deserosamiento de ciego. Se realizó una resección ampliada de ciego con anastomosis ileocólica mecánica. El diagnóstico anatomopatológico fue de invaginación del intestino delgado con lesión polipoide (Fig. 2 A) formada por adipocitos maduros sin lipoblastos (Fig. 2 B), que es la causa de la zona invaginada. El paciente presentó buena evolución postoperatoria.

DISCUSIÓN

La localización más frecuente de la invaginación intestinal es el intestino delgado con afectación del colon o sin ella (formas ileoileales o ileocólicas). Las lesiones cólicas aisladas (colocólicas) o que arrastran al ileon (ileocecocólica) son menos frecuentes⁴. El tratamiento y el diagnóstico, en aproximadamente dos tercios de las ocasiones, es quirúrgico. Los métodos diagnósticos actuales permiten un mayor porcentaje de diagnóstico preoperatorio que el descrito en las series históricas⁸. Se recomienda la resección en bloque sin reducción previa, dado el riesgo de lesión tumoral maligna o de isquemia irreversible en adultos⁹. Existe la posibilidad de realizar un abordaje laparoscópico, si bien está dificultado por la distensión y la fragilidad características de una pared intestinal dilatada⁶.

Los lipomas representan el 13-15% de todos los tumores benignos del intestino delgado, asentando el 50% de ellos en el ileon. Suelen ser solitarios, con un tamaño

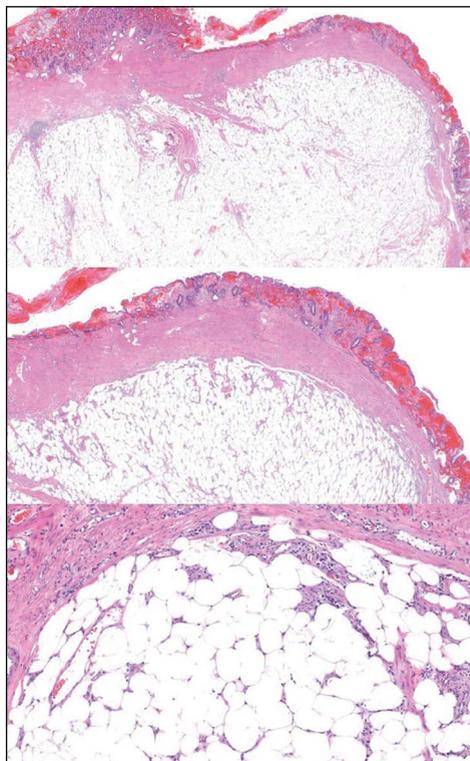


Figura 2 B. Tumoración mesenquimal benigna, submucosa de ileon, formada por adipocitos maduros que son la causa de la invaginación. Acompañando a los adipocitos se aprecian vasos sanguíneos de distintos tamaños, células fusiformes e infiltrado inflamatorio crónico secundario a la invaginación y a la isquemia. No se observan lipoblastos. Ganglios linfáticos reactivos.

de 1 a 6 cm y asintomáticos. A partir de los 4 centímetros, pueden ocasionar sangrado por ulceración o invaginación intestinal en los lipomas pediculados¹.

Tan solo se han descrito medio centenar de invaginaciones secundarias a lipoma en la última década¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. CALVO AM, MONTÓN S, RUBIO T, REPISO M, SARA-SIBAR H. Invaginación intestinal en el adulto secundaria a lipoma yeyunal. *An Sist Sanit Navar* 2005; 28: 155-158.
2. NAPORA T, HENRY K, LOVETT T, BEESON M. Transient adult jejunal intussusception. *J Emerg Med* 2003; 24: 395-400.
3. FERRERA PC, KISSPERT P. Intussusception after blunt abdominal trauma. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 671-673.
4. AZAR T, BERGER DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-138.
5. MOUAQIT O, HASNAI H, CHBANI L, BENJELLOUN B, EL BOUHADDOUTI H, IBN EL MAJDOUB K et al. Adult intussusceptions caused by a lipoma in the jejunum: report of a case and review of the literature. *World J Emerg Surg* 2012; 7: 28.
6. HOU YC, LEE PC, CHANG JJ, LAI PS. Laparoscopic management of small-bowel intussusception in a 64-year-old female with ileoal lipomas. *World J Gastrointest Surg* 2012; 4: 220-222.
7. MANCEBO L, MORAL I, CASTAÑO A, SANZ MJ, ALEGRE N, DELGADO M. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias* 2005; 17: 87-90.
8. MORERA-OCON FJ, HERNANDEZ-MONTES E, BERNAL-SPREKELSEN JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp* 2009; 86: 358-362.
9. BARUSSAUD M, REGENET N, BRIENNON X, DE KERVILLER 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: 834-839.
10. NAMIKAWA T, HOKIMOTO N, OKABAYASHI T, KUMON M, KOBAYASHI M, HANAZAKI K. Adult ileoileal intussusception induced by an ileal lipoma diagnosed preoperatively: report of a case and review of the literature. *Surg Today* 2012; 42: 686-692.