

Invaginación intestinal en el adulto secundaria a lipoma yeyunal
Intestinal invagination in the adult secondary to jejunal lipoma

A.M. Calvo¹, S. Montón¹, T. Rubio², M. Repiso², H. Sarasibar³

RESUMEN

La invaginación intestinal es una patología excepcional en el adulto, generalmente secundaria a procesos orgánicos de la pared intestinal.

La presentación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal mecánica completa que lleva en un número elevado de casos a la intervención quirúrgica urgente, por lo que el diagnóstico preoperatorio de esta patología es infrecuente.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Palabras clave. Invaginación intestinal. Obstrucción intestinal. Lipoma submucoso.

ABSTRACT

Small bowel intussusception is an unusual pathology in the adult. Most commonly, it is secondary to intestinal wall organic disorders.

A complete small bowel obstruction is the most frequent clinical presentation, which requires emergency surgery in many cases. The preoperative diagnosis is infrequent.

The best treatment is surgical resection.

Key words. Intestinal invagination. Intestinal obstruction. Submucous lipoma.

An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (1): 115-118.

1. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital García Orcoyen. Estella.
2. Servicio de Medicina Interna.
3. Servicio de Radiología.

Aceptado para su publicación 8 de octubre de 2004.

Correspondencia:
Ana María Calvo Benito
Hospital García Orcoyen
C/ Santa Soria, 22
31200 Estella

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la introducción en forma telescópica de una porción del intestino en otro generalmente distal, siguiendo los movimientos peristálticos del intestino¹.

Descrita por Barbette en 1692, la primera reducción quirúrgica con éxito se realizó en 1871².

Es una entidad frecuente en niños menores de un año, generalmente idiopática y en adultos es un proceso infrecuente (5% de todas las invaginaciones intestinales)^{1,3}, habitualmente secundario (80-90% de los casos) a procesos orgánicos de la pared intestinal, siendo los tumores tanto benignos como malignos los más frecuentes.

Clínicamente se presenta como una obstrucción mecánica, parcial o completa^{2,4} y el diagnóstico se establece en la mayoría de los casos durante la intervención quirúrgica, siendo la resección el tratamiento de elección³.

Presentamos el caso de una paciente con una obstrucción intestinal mecánica secundaria a una invaginación intestinal diagnosticada preoperatoriamente, debida a un lipoma submucoso hallado en el estudio anatomopatológico tras la resección quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años, sin antecedentes personales de interés que consulta por presentar dolor abdominal cólico de localización imprecisa de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas,

vómitos biliosos, distensión abdominal y estreñimiento. En la exploración física la paciente presenta buen estado general, coloración normal y buena hidratación. El abdomen está distendido, timpanizado y es doloroso en hemiabdomen inferior, palpándose masa alargada y móvil en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, siendo el peristaltismo de retención y no apreciándose hernias.

Los datos de laboratorio muestran 14.000 leucocitos con 93% de segmentados y 1% de cayados.

Las radiografías de tórax y abdomen no presentan alteraciones. La ecografía abdominal muestra una estructura tubular distendida con pared engrosada y con contenido heterogéneo en su interior en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. En la TAC abdominal, que se realiza con contraste yodado endovenoso y contraste oral, se aprecia en pelvis y ambos flancos una estructura tubular arciforme de pared gruesa, dilatada y con contenido heterogéneo (líquido, meso y asa intestinal) en su interior, compatible con invaginación intestinal de intestino delgado sobre intestino delgado (Fig. 1). El intestino delgado proximal a la lesión aparece dilatado, con incipientes niveles y sin observarse alteraciones destacables en el resto del abdomen.

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a una invaginación intestinal se interviene quirúrgicamente a la paciente confirmando intraoperatoriamente la presencia de una invaginación yeyuno-yeyunal de unos 15 centímetros de longitud. Se realizó una resección intestinal de 25 centímetros de intestino delgado y una anastomosis término-terminal manual.

El informe anatomopatológico confirma la invaginación intestinal con ligeros cambios isquémicos, edema submucoso, congestión vascular y dos lipomas submucosos en yeyuno.



Figura 1. TAC abdominal. **A)** Asa intestinal dilatada con contenido heterogéneo en su interior (líquido, meso y asa intestinal). **B)** Imagen compatible con invaginación intestinal.

El postoperatorio transcurre sin incidencias locales ni generales y la paciente es dada de alta a los 7 días del ingreso.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal en niños menores de 1 año es responsable del 80-90% de las obstrucciones intestinales y en adultos sólo del 1 al 5% de las obstrucciones mecánicas¹.

La etiología idiopática causante de la invaginación intestinal es excepcional en adultos, en los que en un 80-90% de los casos la invaginación es secundaria a lesiones orgánicas de la pared intestinal, que actúan como cabeza de la invaginación.

Estas lesiones orgánicas son frecuentemente procesos malignos en el colon y benignos en el intestino delgado, aunque también en el intestino delgado se aprecian tumores malignos en un 6-30% de los casos (sobre todo tumores metastáticos, adenocarcinomas y sarcomas)^{4,5}. Entre los procesos benignos causantes de invaginación en el intestino delgado se encuentran pólipos (hamartomas, lipomas, leiomiomas, neurofibromas, adenomas inflamatorios); divertículo de Meckel y adherencias¹. Los lipomas submucosos en el intestino delgado (como en nuestro caso) son una de las causas más frecuentes de invaginación intestinal en el adulto. Representan el 13-15% de todos los tumores benignos del intestino delgado, asentando en el 50% de los casos en el ileon y son generalmente solitarios, con un tamaño de 1 a 6 cm y asintomáticos.

A partir de los 4 centímetros, pueden ocasionar sangrado por ulceración o invaginación intestinal en los lipomas pediculados^{1,6}.

La localización más frecuente de la invaginación intestinal es el intestino delgado con afectación del colon o sin ella (formas ileoiliales o ileocólicas), las lesiones cólicas aisladas (colocólicas) o que arrastran al ileon (ileocecocólica) son menos frecuentes⁴.

Desde el punto de vista clínico la invaginación intestinal puede presentarse de forma aguda, como una obstrucción intestinal mecánica completa con o sin estran-

gulación y de forma crónica con dolor abdominal intermitente, durante meses o años, debido a que la invaginación es parcial o se reduce espontáneamente^{2,4}.

Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal cólico, las náuseas, los vómitos y la ausencia de expulsión de gases y heces, aunque en un número limitado de pacientes aparece diarrea sanguinolenta resultante de la mezcla de sangre, moco y mucosa intestinal⁴.

Los signos más llamativos son la distensión abdominal y la palpación de una tumoración alargada, móvil y dolorosa en un 24-42% de los casos⁵.

El diagnóstico de la invaginación intestinal con gran frecuencia es intraoperatorio al realizar una laparotomía exploradora urgente por obstrucción, hemorragia o perforación intestinal^{3,4}.

En el diagnóstico preoperatorio, la Ecografía y la TAC abdominal son los métodos radiológicos más empleados y con mayor sensibilidad y especificidad^{1,4}. La ecografía abdominal es la técnica de mayor rendimiento⁴ con un 100% de sensibilidad y un 88-93% de especificidad. Presenta en el plano de corte sagital imagen en "pseudoriñón o sandwich" y en el corte axial imagen en "diana, ojo de buey o donnuts". La capa interna es hiperecoica (asa invaginada rodeada de mesenterio) y la capa externa es hipoecoica (asa donde se ha producido la invaginación), también pueden aparecer múltiples capas de ecogenicidad alternante⁷.

En la TAC abdominal que actualmente es la técnica de elección^{5,8}, podemos encontrar tres patrones diferentes dependiendo del plano de sección y la severidad del cuadro. La imagen en "diana" aparece en la fase precoz en el corte transversal, imagen en forma de "salchicha" en el corte longitudinal o "pseudoriñón" en la fase más severa debido al edema y compromiso vascular^{1,9-11}.

Los lipomas causantes de la invaginación intestinal se aprecian en la TAC abdominal como masas homogéneas, redondeadas, bien circunscritas, similares a la grasa mesentérica^{12,13}.

Las radiografías simples de abdomen pueden mostrar asas de intestino delgado dilatadas con niveles hidroaéreos y en los estudios baritados podemos observar un defecto de repleción a nivel de la invaginación¹.

El tratamiento de elección en el adulto es la resección intestinal^{3,4,10} ya que casi siempre existe una causa orgánica como cabeza de la invaginación y en el caso de que sea un tumor maligno debe llevarse a cabo una resección reglada respetando los principios oncológicos. Otros tratamientos son la reducción y extirpación local de la lesión responsable, como en los casos del divertículo de Meckel o los tumores benignos o la reducción sin resección en las invaginaciones intestinales debidas a adherencias postoperatorias, cuando el intestino es viable⁴.

Actualmente se puede realizar el diagnóstico y el tratamiento correcto de esta patología por vía laparoscópica, aunque en los casos de obstrucción intestinal completa la distensión de las asas y la fragilidad de la pared hacen difícil esta técnica⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. LÓPEZ AM, DROGUETT E. Caso radiológico. *Rev Chil Radiol* 2003; 9: 36-37.
2. VILLALBA J, REDONDO S, VACUNO D. Invaginación intestinal en el adulto. Revisión de 17 casos. *Cir Uruguay* 1997; 67: 3-4.
3. FRAGUELA JA, ARES F, FERNÁNDEZ BLANCO CM, ROSALES D, LÓPEZ GARCÍA S, GÓMEZ FREIJOSO C. Invaginación intestinal del adulto secundaria a tumores yeyunales con diferenciación neural del sistema autónomo (GAN). *An Med Interna* 2003; 20: 621-623.
4. MARTÍN JG, AGUAYO JL, AGUILAR J, TORRALBA JA, LION R, MIGUEL J et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de 7 casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Española* 2001; 69: 93-97.
5. ALONSO V, TARGARONA EM, EVEN BEUDAHAN G, KOBUS C, MOYA I, CHERICHETTI C et al. Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto. *Cir Española* 2003; 74: 46-49.
6. SANTOS JA, MARTÍN SÁNCHEZ MJ, DE CASTRO J, GUTIÉRREZ DIEZ JA. Dolor abdominal difuso en el adulto. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 231-232.
7. DAVID R, ANDERSON MD. The pseudokidney sign. *Radiology* 1999; 211: 395-397.
8. GERALD J, ROSS MD, VENKATA AMILINENI MD. Jejunojejunal intususcepción secondary to a lipoma. *Radiology* 2002; 216: 727-730.
9. URBANO J, SERANTES A, HERNANDEZ L, TUREGANO F. Lipoma induced jejunojejunal intususcepción: US and CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1996; 21: 522-524.
10. BEGOS DG, SANDOR A, MODLIN IM. The diagnosis and management of adult intususcepción. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
11. BOUDIAF M, SAYER P, TEREM C, PELAGRE JP, MAISIAT E, RYMER R. CT Evaluation of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001; 21: 613-624.
12. PIAGNERI V, SALEMI S, TARANTINO T. Jejunal lipoma. *Acta Radiol* 2002; 43: 196-197.
13. GRAY Y, JHUNG JW, SHAPIRO B. Small intestinal intususcepción secondary to a submucosal lipoma. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 126: 231-232.
14. PEREA J, QUIJADA B, RODRÍGUEZ M, MEDINA J, ORTEGA I, MERCADER E et al. Invaginación intestinal como expresión clínica de patología neoplásica. *Forhos* 2002; 3: 13-16.