

INVAGINACIÓN INTESTINAL POR GRAN FORMACIÓN POLIPOIDEA QUE HACÍA DE CABEZA INVAGINANTE MÓVIL

R.P. López-Segura¹, A. Selfa-Muñoz¹, M.E. Cervilla-Sáez de Tejada¹, F. Casado-Caballero, F.J. Salmerón-Escobar

¹Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La invaginación intestinal, también llamada intususcepción, consiste en la introducción de un segmento de intestino en otro segmento del mismo, normalmente distal al primero.

Se presenta con más frecuencia en la infancia, ya que cerca del 90% de los casos aparecen durante el primer año de vida. Las invaginaciones que se presentan en la infancia no suelen estar provocadas por ninguna lesión subyacente, siendo idiopáticas, a diferencia de los adultos, en quienes sí se suele encontrar una causa responsable.

Nuestro paciente, varón de 14 años, presentó desde su primer año de vida y a lo largo de su infancia, crisis de dolor abdominal migratorio, diagnosticadas al principio como invaginaciones intestinales, que se redujeron mediante insuflación con aire o con enema de suero salino. Posteriormente dejó de consultar por el dolor, a pesar de seguir presentándolo, hasta el final de la edad pediátrica donde se inició un estudio que culminó en nuestro servicio de Aparato Digestivo con el hallazgo, mediante enteroscopia, de un gran pólipo en intestino delgado como causa de las invaginaciones

que sufría desde su primer año de vida. De forma atípica, pensamos que podría haber estado presente ya al principio del proceso.

Palabras claves: invaginación intestinal/pólipo intestinal/enteroscopia.

Descripción del caso clínico

Varón de 14 años de edad, con crisis de dolor abdominal alternante entre hipocondrio derecho e izquierdo desde su primer año de vida. Inició el estudio en el Servicio de Pediatría, diagnosticándose de episodios de invaginación intestinal que se resolvían con insuflaciones y enemas, sin requerir cirugía. El paciente continuó con dolor intermitente durante su infancia por el que no solía consultar, acudiendo nuevamente a su Pediatra a los 13 años de edad.

El paciente no refería antecedentes médicos-quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos. Tomaba analgésicos durante las crisis de dolor abdominal (paracetamol, metamizol). No refería alergias medicamentosas conocidas.

Las crisis de dolor las describía como episodios de dolor cólico sin horario fijo, no relacionadas con la ingesta, de duración variable (desde unos pocos minutos hasta varias horas), permaneciendo asintomático en los periodos intercrisis. No presentaba náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal ni fiebre durante los mismos. No refirió otros síntomas en la anamnesis por órganos y aparatos.

CORRESPONDENCIA

Rosario del Pilar López Segura
Unidad de Aparato Digestivo
Hospital Universitario San Cecilio
Avenida Doctor Olóriz, 16, 18012 Granada
Teléfono: 958 02 30 00
rosariopilarlopezsegura@hotmail.com

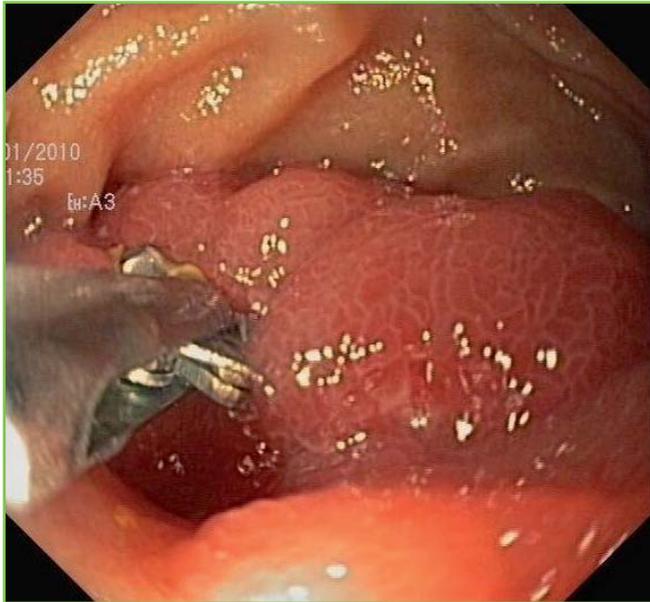


Figura 1

Gran formación polipoidea polilobulada.

Presentaba buen estado general, colaborador, orientado y consciente, buena coloración cutáneo-mucosa, bien hidratado, eupneico en reposo, sin focalidad neurológica. Constantes vitales estables. El abdomen era depresible, no se apreciaban masas ni megalias, siendo doloroso a la palpación de ambos hipocondrios y región periumbilical, sin signos de peritonismo y con ruidos hidroaéreos normales. Sin hallazgos significativos en el resto de exploración.

Durante su seguimiento en Pediatría se realizaron:

- ANÁLISIS DE SANGRE destacando una hemoglobina de 12.6 gr/dl con VCM 69.4 fl.

- ECOGRAFÍA ABDOMINAL normal.

El estudio continuó en Digestivo, al abandonar la edad pediátrica, con la realización de las siguientes pruebas complementarias:

- TAC ABDOMINAL-ENTEROGRAFÍA (CON CONTRASTE INTRAVENOSO): Hígado, bazo, páncreas, adrenales y ambos riñones sin alteraciones. En asas de yeyuno situadas en hipocondrio derecho se observó una imagen de invaginación yeyuno-yeyunal, siendo la cabeza de la invaginación una lesión homogénea hipercaptante de contornos lisos de 3.5 cm.

- A raíz de los hallazgos, los radiólogos realizaron una ECOGRAFÍA ABDOMINAL, en la que se apreció cómo dicha lesión iba cambiando de posición e invaginándose nuevamente en asas situadas en el lado izquierdo. Resto de asas de intestino delgado y región ileocólica sin alteraciones. Múltiples pequeñas adenopatías (tamaño no significativo) en retroperitoneo, mesenterio y región ileocólica en posible relación con adenitis mesentérica.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: entre las posibilidades de lesión benigna se podrían citar pólipos y malformaciones venosas, entre otras, y como tumores malignos a valorar carcinoide, GIST y linfoma.

Se completó el estudio mediante enteroscopia de pulsión (simple balón):

- **ENTEROSCOPIA:** a nivel de yeyuno distal se apreció gran formación polipoidea polilobulada que ocupaba casi toda la luz, que no impidió el paso del endoscopio. Se tomaron biopsias (**Figura 1**).

- **ANATOMÍA PATOLÓGICA** (mucosa de yeyuno): hiperplasia epitelial intensa, con cambios regenerativos focales e inflamación crónica en lámina propia, siendo la muestra insuficiente para la tipificación de la lesión por ser su toma superficial.

Se trataba por tanto, de una intususcepción intestinal migratoria por gran formación polipoidea polilobulada, que hacía de cabeza invaginante móvil. Se derivó al paciente a Cirugía General para tratamiento quirúrgico, debido a las dimensiones de la lesión.

- **CIRUGÍA:** resección intestinal parcial, con extirpación de la tumoración (formación polipoide de base sesil de 3.6 x 6 x 2.7 cm) mediante laparoscopia asistida y toma de biopsias.

- **ANATOMÍA PATOLÓGICA:** pólipo hamartomatoso con límites quirúrgicos libres.

Su evolución tras la cirugía fue satisfactoria, con desaparición de las crisis de dolor.

Comentarios

La invaginación intestinal es la introducción de un segmento proximal del intestino en un segmento distal adyacente¹. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños, con un 70% de los casos en el primer año de vida² y menos del 2% de los casos entre los 10-15 años³. En el adulto supone un 1-5% de las obstrucciones^{1,4}.

El 90% de las intususcepciones en la edad pediátrica son ileocólicas y de causa idiopática². En 1/3 de los niños mayores de 2 años se encuentra una lesión que hace de cabeza invaginante, siendo la más frecuente el divertículo de Meckel². Los pólipos intestinales y el linfoma pueden afectar a niños mayores². En el adulto las invaginaciones suelen tener una base orgánica (70%-90%)¹, encontrando tumoraciones neoplásicas (65%), y con menor frecuencia pólipos intestinales, cuerpos extraños, metástasis de melanoma⁵, lipomas, hemangiomas⁵ o endometriosis.

Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal, vómitos, masa abdominal, presencia de heces con sangre (jalea de grosella) o de sangre oculta y diarrea².

La técnica diagnóstica de elección en los niños es la ecografía abdominal y en los adultos la tomografía axial computerizada³. Aunque ésta logra descubrir un importante número de lesiones, no permite el estudio histológico de las mismas, de ahí el importante papel que juega la enteroscopia para el despistaje de lesiones intestinales en pacientes con dolor abdominal donde se sospeche esta localización. La biopsia enteroscópica aumenta el rendimiento diagnóstico, por lo que debería obtenerse muestras del intestino para estudio histológico de forma rutinaria en todos los pacientes sometidos a esta exploración endoscópica. En la mayoría de los casos se consigue explorar del 70 al 90% del intestino delgado con esta técnica y se pueden realizar biopsias, polipeptomías, coagulación, etc. Se indicó para llevar a cabo la confirmación de hallazgos patológicos en pruebas de imagen previas (ecografía, TC...), demostrar lesión orgánica causante de la invaginación así como tomar biopsias o realizar terapéutica fuera posible.

La asociación de patología intestinal a la invaginación obliga a la resección parcial del intestino afectado en la mayoría de los casos.

La demora en el diagnóstico en nuestro paciente de 14 años podría justificarse por su presentación un tanto atípica (ausencia de otros síntomas asociados, estando asintomático en los periodos intercrisis), junto con la baja incidencia de lesiones en la edad infantil² (es presumible que el pólipo hamartomatoso estuviera desde el principio del proceso). La presencia de un gran pólipo intestinal explicaría el curso cambiante del dolor abdominal y la leve anemia microcítica.

Por tanto, aunque la intususcepción intestinal es una entidad infrecuente en niños y adultos jóvenes, habría que tenerla en cuenta en pacientes con episodios de dolor abdominal recurrente en los que no se llega a un diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Özaslan E, Saritas Ü, Tatar G, Simsek H. Ectopic Drainage of the common bile duct into the duodenal Bulb: report of two cases. *Endoscopy* 2003; 35: 545.
2. Song MH, Jun DW, Kim SH, Lee HH, Jo YJ. Recurrent duodenal ulcer and cholangitis associated with ectopic opening of bile duct in the duodenal bulb. *Gastrointest Endosc* 2007; 65(2):324-25.
3. Sang Soo Lee, Myung-Hwan Kim, Sung-Koo Lee, Kyu-Pyo Kim, Hong Ja Kim, Jong Seok Bae, Hyun Jun Kim, Dong Wan Seo, Hyun Kwon Ha, Jae Seon Kim, Chang Duk Kim, Jun Pyo Chung, Young Il Min. Ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: Clinical implications. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:679-682.
4. Selcuk Disibeyaz, Erkan Parlak, Bahattin Cicek, Cem Cengiz, Sedef O Kuran, Dilek Oguz, Hakan Güzel, Burhan Sahin. Anomalous opening of the common bile duct into the duodenal bulb: endoscopic treatment. *BMC Gastroenterology* 2007, 7:26.