

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTO SECUNDARIA A LEIOMIOMA

ADULT INTESTINAL INTUSSUSCEPTION SECONDARY TO LEIOMYOMA

E. Cañete-Celestino, A. Villarejo-Ordoñez, Y. Núñez-Delgado

APES Hospital de Poniente

Resumen

La invaginación intestinal es una patología frecuente en la práctica pediátrica, pero es excepcional cuando se trata de pacientes adultos. Sólo el 5% de las invaginaciones se producen en adultos, constituyen el 1% de las obstrucciones intestinales y aproximadamente en el 90% de los casos presentan una causa orgánica subyacente¹⁻³.

El tratamiento suele ser quirúrgico y en muchos casos urgente, por lo que el diagnóstico precoz mediante técnicas de imagen como la ecografía y fundamentalmente la TC es esencial.

Se presenta el caso de un paciente que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por dolor abdominal intenso, al que se le diagnostica una obstrucción mecánica secundaria a invaginación ileocólica de probable etiología tumoral. Tras la intervención quirúrgica urgente se demuestra que la causa era la existencia de un leiomioma en ileon terminal.

Palabras clave: Invaginación en adulto, leiomioma intestinal, obstrucción mecánica intestinal, abdomen agudo.

Summary

Intestinal intussusception is a common pathology in pediatric practice, but is exceptional in adult patients. Only 5% of intussusceptions occur in adults, being the cause of 1% of intestinal obstructions and approximately 90% of cases present an underlying organic cause¹⁻³.

Treatment is usually surgical and in many cases urgent, so early diagnosis using imaging techniques such as ultrasound and fundamentally CT is essential.

We present the case of a patient admitted to the Emergency Service of our Hospital for intense abdominal pain, who was diagnosed a mechanical obstruction secondary to ileocolic intussusception whose probable cause was a tumor. After urgent surgical intervention, it could be demonstrated that the cause was the existence of a leiomyoma in the terminal ileum.

Keywords: Adult intussusception, intestinal leiomyoma, mechanical intestinal obstruction, acute abdomen.

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 25 años procedente de Guinea Conakry y con residencia en España desde hace 3 años. Trabaja en la agricultura. No refiere antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés y niega hábitos tóxicos.

El paciente acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico desde hace más de una semana con intensidad creciente en las últimas 24 horas, acompañado de vómitos. No rectorragia.

CORRESPONDENCIA

Esther Cañete Celestino
ecannete@gmail.com

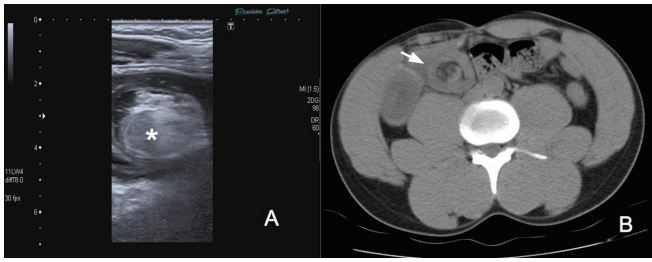


Figura 1

Estudio de ecografía abdominal (A) donde se aprecia una masa sólida intraluminal (asterisco) que parece corresponder al "punto guía" rodeada de un área grasa ecogénica y otro círculo periférico que corresponde a la pared del asa que contiene la invaginación. Correlación en TC sin CIV (B) con típica imagen "en diana" o "donut" ya descrita (flecha blanca), en la que se identifica de fuera a dentro pared intestinal, grasa mesentérica que en TC aparece hipodensa e imágenes puntiformes en su interior que corresponden a vasos mesentéricos.

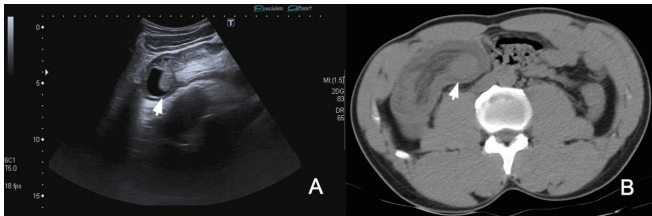


Figura 2

Imagen de ecografía (A) y corte axial de TC sin CIV (B) donde se muestra el patrón "en salchicha" también característico de la invaginación, que consiste en la presencia de una masa alargada con áreas alteranantes de baja y alta atenuación debido a la grasa del mesenterio y la pared intestinal respectivamente e imágenes lineales que corresponden a vasos. Se identifica también en ambas imágenes el posible punto guía (flechas blancas).

A la exploración física se aprecia dolor a la palpación a nivel centroabdominal con defensa y peritonismo. En el hemograma únicamente destaca neutrofilia (84%), hematocrito del 30% y Hb de 10 gr/dL. En la radiología convencional únicamente destaca la ausencia de luminograma intestinal.

Se realizó ecografía (Figura 1) y posterior TC abdominopélvica sin administrar contraste intravenoso (Figura 2), en los que se visualizó imagen característica de invaginación ileocólica de probable origen tumoral.

Se decide intervención quirúrgica urgente en la que se confirma la sospecha diagnóstica con el hallazgo de una tumoración de consistencia elástica a nivel de ileon terminal, con signos de ulceración de la pared (Figura 3). Se realiza resección ileal, anastomosis y apendicectomía profiláctica.

Se envía al servicio de Anatomía Patológica la pieza de resección intestinal de 4 cm en cuyo interior se observa una formación nodular de 1,5 cm bien delimitada y de consistencia elástica, que correspondía a leiomioma con ulceración del epitelio de superficie.

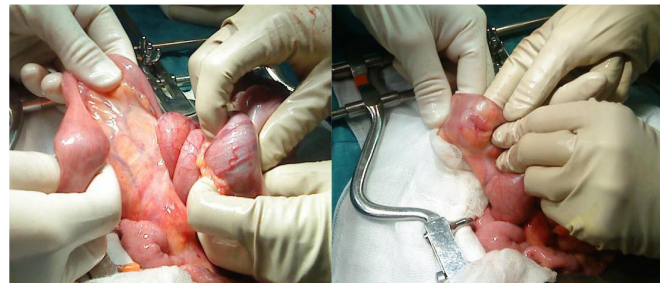


Figura 3

Imágenes realizadas durante la intervención quirúrgica en la que se muestra la presencia de una tumoración en ileon terminal, con cierta ulceración del epitelio.

El paciente fue dado de alta tras evolución satisfactoria con el diagnóstico final de obstrucción intestinal mecánica secundaria a invaginación por leiomioma en ileon terminal.

Discusión

La invaginación intestinal en el adulto es una patología muy poco frecuente. Constituye un 5% del total de los casos de invaginación y el 1% de las obstrucciones intestinales². Se clasifican según su localización, etiología y presencia o no de cabeza de invaginación o punto guía¹.

La etiología idiopática es excepcional en adultos, en los que en un 90% de los casos es secundaria a patología subyacente como la existencia de tumores, en el 65% de los casos, anomalías congénitas como el divertículo de Meckel, enfermedades inflamatorias como la Enfermedad de Crohn o secuelas postquirúrgicas como suturas o adherencias^{1,3,4}.

Se cree que la invaginación es el resultado de un movimiento peristáltico anormal que favorece la introducción telescópica de un segmento intestinal junto con su mesenterio en la luz de otro segmento adyacente. En el caso de que se trate de un tumor, éste actuaría como cabeza de la invaginación o "punto guía"^{3,4} (Figura 4). La localización más frecuente de las

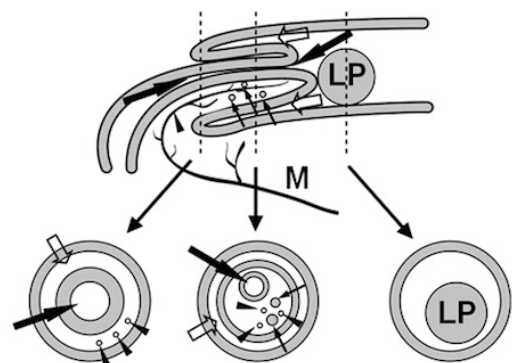


Figura 4

Esquema representativo de la invaginación 3. Imagen longitudinal y axial en las que las flechas sólidas negras representan la pared del asa invaginada y las flechas huecas la pared del asa adyacente, las cabezas de flecha son los vasos mesentéricos y las flechas negras finas corresponden a ganglios. La M se refiere al mesenterio y la LP al punto guía o "lead point".

invaginaciones es el intestino delgado. Los tumores malignos son más frecuentes como causa de invaginación en colon mientras que los benignos predominan cuando se trata del intestino delgado³.

Desde el punto de vista clínico, puede presentarse de forma aguda como una obstrucción mecánica completa o de forma crónica con dolor abdominal intermitente durante semanas o meses, si es parcial o se reduce espontáneamente. Náuseas, vómitos, sangrado y estreñimiento son otros síntomas inespecíficos que podemos encontrar. En menos del 50% de los casos de palpa una masa abdominal^{1,3}. Dada la variabilidad en la presentación clínica, en muchas ocasiones el diagnóstico se retrasa, por lo que las técnicas de imagen como la ecografía y fundamentalmente la TC juegan un papel fundamental en el diagnóstico y la elección del tratamiento adecuado¹.

En niños la técnica de elección es la ecografía, en la que se puede ver la imagen característica en “diana” o “donut”, resultado de la presencia de múltiples círculos concéntricos que representan capas alternantes de mucosa, pared intestinal y grasa mesentérica¹.

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 invaginación.

En el adulto sin embargo la realización de TC abdominal es obligatoria, ya que además del diagnóstico permite identificar la posible causa subyacente, la presencia de punto guía en caso de que exista y valorar posibles complicaciones^{1,2}.

Podemos encontrar 3 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^{1,4}.

El tratamiento de elección en el adulto suele ser la resección intestinal.

Bibliografía

1. Baleato González S, Vilanova JC, García Figueiras R, Barral Juez I, Martínez de Alegría A. Intussusception in adults: what radiologists should know. *Emerg Radiol* 2012;19:89–101.
2. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF and Pitman MB. Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics* 2006;26:733–744.
3. Choi SH, Han JK, Kim SH, Lee JM, Lee KH and Kim YJ. Intussusception in Adults: From Stomach to Rectum. *AJR* 2004;183:691–698.
4. Horton KM and Fishman EK. MDCT and 3D Imaging in Transient Enteroenteric Intussusception: Clinical Observations and Review of the Literature. *AJR* 2008;191:736–742.