

INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO SIMULADOR DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE JOVEN

INTUSSUSCEPTION AS AN ACUTE ABDOMEN SIMULATOR IN A YOUNG PATIENT

Torrecillas Cabrera MM, Revelles Paniza M, Milena Muñoz A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

La invaginación intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo y de obstrucción intestinal en la población pediátrica. Es más común en menores de 3 años en los que la etiología suele ser idiopática. En adultos es común identificar una causa subyacente con alta probabilidad de lesión maligna. Los síntomas son inespecíficos por lo que el diagnóstico puede llevarse a cabo de forma tardía dando lugar a complicaciones. El método diagnóstico de elección es la ecografía de abdomen mientras la Tomografía computerizada (TC) es la prueba de imagen más sensible. En la población pediátrica el tipo más frecuente es la invaginación ileo-cólica que siempre requiere tratamiento mientras aquellas que solo incluyen intestino delgado pueden resolverse espontáneamente. Suele presentar buen pronóstico si el diagnóstico se lleva a cabo de forma precoz y en ausencia de complicaciones. En adultos el tratamiento es quirúrgico debido a la alta probabilidad de patología maligna.

Palabras clave: invaginación intestinal, pediatría, intestino delgado, obstrucción intestinal.

CORRESPONDENCIA

María del Mar Torrecillas Cabrera
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
137mmar@gmail.com

Fecha de envío: 24/03/2021

Fecha de aceptación: 13/04/2021

Abstract

Intussusception is a common cause of acute abdomen and intestinal obstruction in the pediatric population. It is more common in children under 3 years of age in whom the etiology is usually idiopathic. In adults, it is common to identify an underlying cause with a high probability of malignant lesion. The symptoms are nonspecific so the diagnosis can be made late, leading to complications. The diagnostic method of choice is abdominal ultrasound, while computerized tomography (CT) is the most sensitive imaging test. In the pediatric population, the most frequent type is ileocolic intussusception, which always requires treatment, while those that only include the small intestine can resolve spontaneously. It usually has a good prognosis if the diagnosis is made early and in the absence of complications. In adults the treatment is surgical due to the high probability of malignant pathology.

Keywords: intussusception, pediatrics, small intestine, intestinal obstruction.

Introducción

La invaginación intestinal se produce cuando un segmento de intestino se introduce en el interior de otro distal adyacente¹⁻³. Es común en niños, predominantemente menores de 3 años³ y es excepcional en adultos^{1,2,4}.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 16 años que acude a urgencias dos días consecutivos por dolor abdominal y vómitos. Tránsito intestinal normal, sin fiebre ni otra sintomatología de interés. No refiere episodios previos de dolor similares. A la exploración física el paciente refiere dolor a la palpación en epigastrio. La analítica y la radiografía simple del abdomen no muestran alteraciones de interés. Se pauta analgesia intravenosa y ante la persistencia de los síntomas se realiza ecografía de abdomen que se completa con TC. La exploración realizada muestra imagen en diana localizada en hipocondrio izquierdo originada por presencia de un asa de intestino delgado en el interior de otra, hallazgos compatibles con probable invaginación intestinal (posiblemente yeyuno-yeyunal). El resto de asas intestinales son de diámetro y grosor parietal normal, con contenido aéreo hasta ampolla cecal, sin observar imágenes radiológicas de obstrucción intestinal (Figuras 1 y 2).

Tras este diagnóstico se pasa al paciente a observación con tratamiento analgésico y dieta absoluta, presentando este buena evolución clínica y finalmente desaparición de los síntomas tras lo cual se procede al alta con recomendaciones y cita para revisión con entero-RM programada. La entero-RM a los pocos días demostró resolución espontánea.

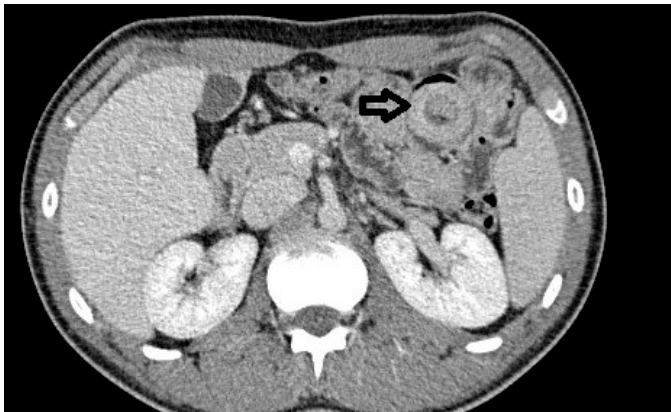


Figura 1
Imagen de TC abdominopélvica con contraste intravenoso, en plano axial donde se observa imagen “en diana” localizada en hipocondrio izquierdo, que parece estar formada por la presencia de un asa de intestino delgado en el interior de otra, compatible con invaginación intestinal yeyuno-yeyunal.



Figura 2
Imagen de TC abdominopélvica con contraste intravenoso, en plano coronal, identificando la invaginación intestinal del mismo paciente con el llamado “signo de la salchicha”.

Se ha visto mediante estudios recientes que entre un 1,5-12% de los niños mayores de 3 años con invaginación intestinal suelen asociar una lesión patológica subyacente³.

La invaginación intestinal se clasifica según su ubicación en: íleo cólica, ileoileo-cólica, colo-cólica y de intestino delgado (yeyuno-yeyunal e ileo-ileal)¹. El tipo más común es la ileocólica. Las que solo incluyen intestino delgado suelen resolverse espontáneamente al contrario que las ileo-cólicas³.

Los síntomas son inespecíficos. Los más comunes incluyen masa abdominal, heces rojas (“en jalea de grosella”) y dolor abdominal^{1,2} si bien aproximadamente un 20% de los niños no muestran dolor abdominal en ningún momento de su evolución clínica¹.

En adultos la forma de presentación es insidiosa, con frecuencia se desencadenan crisis recurrentes de dolor abdominal con elevación de reactantes de fase aguda⁴ y muchos de ellos tienen historia crónica de dolor abdominal vago y pérdida de peso^{1,2}.

El diagnóstico en más del 60% de los niños se lleva a cabo mediante radiografía simple de abdomen, sin embargo presenta una sensibilidad y especificidad reducida, siendo la ecografía la prueba de elección en la que el signo clásico es la imagen en “diana” en corte transversal y de “pseudoriñón” en longitudinal¹.

Discusión

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal y la segunda de abdomen agudo en la población pediátrica^{3,4}.

En niños la mayoría de casos son idiopáticos¹ aunque existe asociación con patologías como divertículo de Meckel, púrpura de Henoch Schonlein, apendicitis, pólipos intestinales o linfomas³. En adultos se suele identificar la causa, siendo la más común en el adenocarcinoma¹.

La Tomografía computerizada (TC) es la prueba más sensible, con una precisión entre el 58-100%¹. En ella se visualiza una imagen “en diana” en el plano axial y el “signo de la salchicha” en el plano longitudinal^{1,2}.

El tratamiento depende del tipo y la estabilidad del paciente³.

En niños el tratamiento de elección en pacientes pediátricos es la reducción guiada por fluoroscopia o ultrasonografía con aire o enema de solución salina^{1,3}. La cirugía se lleva a cabo en aquellos casos en los que fracase la reducción radiológica o si hay alguna complicación como: perforación, peritonitis, sepsis o presencia de una lesión patológica¹. Las invaginaciones que solo incluyen intestino delgado, no son comunes en la edad pediátrica y se reducen espontáneamente³.

En la invaginación intestinal en el adulto, la alta probabilidad de malignidad hace que la resección se lleve a cabo en la mayoría de los casos sin reducción previa de la invaginación¹ aunque hay informes recientes que recomiendan la reducción inicial del intestino viable antes de la resección².

En la población pediátrica esta enfermedad suele presentar un buen pronóstico si bien es necesario realizar un diagnóstico temprano pues pueden producirse complicaciones con una alta morbimortalidad³.

Es conocida la predilección de la invaginación intestinal como causa de abdomen agudo en la población pediátrica, si bien es más común en menores de 3 años, siendo infrecuente en pacientes jóvenes. El diagnóstico está basado en los hallazgos clínicos y en las pruebas radiológicas, por lo que consideramos que es de gran interés conocer los hallazgos propios de esta patología tanto en ecografía y en tomografía computerizada ya que un diagnóstico preciso condicionará la mejor aproximación terapéutica, que en muchas ocasiones es compleja.

Bibliografía

1. Delgado MA. Intususcepción: diagnóstico y manejo en niños y adultos. Rev Med Cos Cen. 2016;73(620):555-559.
2. Ríos-Cruz D, Ramírez-Morales F, López-Pretelín NP, et al. Invaginación intestinal: un dilema diagnóstico en el adulto. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. Cir Cir. 2014;82(4):436-441.
3. Ruiz Loría V, Acosta Egea S, Echeverría Miranda et al. Diagnóstico y manejo de invaginación intestinal en población pediátrica. Revista Ciencia Y Salud.2020; 4(4):66-74.
4. Francisco J. Morera-Ocón, Eugenia Hernández-Montes et al. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. Cirugía Española.2009;86(6):358-362.