

Tratamiento laparoscópico de intususcepción sigmoidea: reporte de un caso

- M. D. Karla Russek Carrillo¹
- M. D. Josepht J. González²
- M. D., FACS Franklin Jr. Morris E.³
- M. D. Guillermo Portillo Ramila⁴

Resumen

• *Palabras clave:* Intususcepción de sigmoides, tratamiento laparoscópico.

• Introducción

Las intususcepciones colónicas son una rara entidad, se ha reportado en la literatura un 5% en adultos como causa de obstrucción intestinal, y de éstos, sólo es posible documentar la quinta parte de los casos. En la mayoría de los casos la intususcepción colónica es de origen maligno.¹ El abordaje laparoscópico del colon es una técnica quirúrgica que hasta fechas recientes había sido controversial en el manejo de cáncer. En este reporte se presenta el caso de una intususcepción maligna manejada por laparoscopia.

• Reporte de caso

Femenino de 47 años, que se presentó con dolor abdominal de dos semanas de evolución asociado a hematoquexia, náusea y vómito, inicialmente manejado como diverticulitis; al no presentar mejoría se decide realizar tomografía axial computarizada con hallazgos sugestivos de intususcepción sigmoidea. Se decide realizar abordaje laparoscópico, en donde se comprueba la intususcepción secundaria a una masa a nivel de sigmoides y es resecada. El reporte patológico fue adenocarcinoma de colon. La paciente evolucionó satisfactoriamente y en el último seguimiento, un mes posterior a la cirugía, la paciente se encuentra asintomática y completamente integrada a sus actividades diarias.

• Conclusión

La intususcepción sigmoidea es una rara entidad que puede ser manejada laparoscópicamente de manera confiable con mínimas complicaciones y asociado a los beneficios de la laparoscopia.

Introducción

La intususcepción en adultos es una entidad rara, es aún más extraña cuando se presenta como una intususcepción colónica. La mayoría de ellas son secundarias a alguna masa intraluminal, especialmente tumores malignos.² En este artículo presentamos una intususcepción de sigmoides secundario a tumor maligno.

Reporte de caso

Paciente de sexo femenino de 47 años de edad que inicia con dolor abdominal de dos semanas de evolución, asociado a sangrado fresco por recto, náusea y vómito. Niega escalofríos, fiebre o diarrea. Acudió de primera intención a otra institución, en donde se diagnosticó como diverticulitis y se trató con antibióticos como paciente externo en dos ocasiones. Continuó con la misma sintomatología de dolor y sangrado por recto, motivo por el cual acude a nuestra institución.

Tiene historia de artritis y cirugía previa de cambio total de cadera y rodilla. No toma actualmente ningún medicamento. En la exploración física se encontró una paciente de sexo femenino, obesa, con T/A de 120/90, FC de 100x y temperatura de 37.2°. Abdomen blando, depresible, doloroso en fosa iliaca izquierda. Resto de exploración normal. Biometría hemática con leucocitos de 10.5, hemoglobina 11.2, hematocrito 35.2, sodio 137, potasio 3.7, BUN 7, glucosa 116, CEA 1.8.

¹ Hospital San José Tec de Monterrey.

^{2, 3, 4} Texas Endosurgery Institute, San Antonio, Texas, Estados Unidos.

Se realizó tomografía de abdomen y reportó intususcepción colocolónica del colon izquierdo, desde aproximadamente 10 cm sobre la cresta iliaca hasta justo por debajo de la misma. No se reportó ninguna otra anomalía. Se realizó enema con gastrografin y se visualizó una masa intraluminal a nivel de la cresta iliaca. No hubo paso de contraste posterior al defecto.

Se realizó una colectomía laparoscópica del colon descendente y sigmoides con anastomosis primaria. Se exploró la cavidad y se encontró el área de intususcepción en colon descendente con una masa de aspecto tumoral en su interior. Se disecó el colon sigmoides y descendente hasta el ángulo esplénico. Se seccionó la unión del rectosigmoides y la porción proximal del colon se extrajo a través de la pared abdominal. Se introdujo colonoscopio por el recto, se insufló con aire para probar la hermeticidad de la anastomosis y no hubo evidencia de fuga. Se utilizó una grapadora EEA de 28 mm para crear la anastomosis.

El reporte de patología describió un adenocarcinoma de diferenciación moderada (bajo grado), exofítico con bordes infiltrantes, que se extendía hacia muscularis propia sin llegar a invadirla. El tamaño de tumor era de 3.5 cm con márgenes de resección negativos. Se examinaron 31 ganglios, los cuales se reportaron negativos. Estos resultados indican un tumor en Estadio I (T2, N0, M0).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, se manejó con metronidazol y quinolonas, y se le dio de alta a los ocho días posteriores a la cirugía.

Discusión

La intususcepción ocurre cuando un segmento de intestino y su mesenterio asociado se invagina hacia el lumen del segmento de intestino adyacente. La intususcepción ocurre principalmente en niños, y es la principal causa de oclusión intestinal.²

Solamente el 5% de las intususcepciones ocurren en adultos, y son el 5% de las oclusiones intestinales en los mismos.³ Las intususcepciones en ambos pacientes, pediátricos y adultos, pueden ser causadas por procesos intraluminales, murales o extraluminales.² Neoplasias malignas primarias y secundarias se documentan en 20-50% de las intususcepciones de adultos.⁴ En particular, si la intususcepción ocurre en intestino grueso es más factible que su etiología sea maligna.¹ El adenocarcinoma primario es el principal

tumor maligno causante de intususcepción colónica, seguido de leiomiomas, sarcomas, linfomas y metástasis en último lugar.²

Las intususcepciones se caracterizan por su localización en el intestino. La mayoría se originan en intestino delgado (70%), solamente 13% se originan en la unión ileocolónica, pero si son colocolónicas representan el 17%, la unión rectosigmoidea es el lugar más común.

El mecanismo exacto de la intususcepción no se conoce. La estimulación del intestino normalmente resulta en un segmento de constricción proximal al estímulo y uno de relajación distal al mismo.⁵ El mecanismo más común que causa intususcepción ocurre cuando una masa intraluminal es retraída por peristalsis, y con ella, arrastra el segmento de intestino. Además, una vez que se invagina el intestino, sobreviene el edema y la invaginación se convierte en irreducible.⁵ El diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado son esenciales en la intususcepción, ya que el mesenterio involucrado queda atrapado entre dos capas de intestino y su vascularidad se puede ver comprometida.⁴

La intususcepción en adultos puede ocurrir a cualquier edad, pero la edad más frecuente es alrededor de los 50 años. Los hallazgos clínicos difieren de la intususcepción en pacientes pediátricos. Puede presentarse como obstrucción intestinal parcial recurrente o como un cuadro agudo. Los síntomas de inicio pueden ser muy variables, los más frecuentes son el dolor abdominal (75-85%), náusea y vómito. Otros síntomas menos comunes incluyen diarrea y constipación con sangrado que se observa en la minoría de los pacientes.²

El diagnóstico de intususcepción basado en la clínica es difícil debido a su sintomatología variable. Radiografía simple de abdomen y estudios de bario se han usado durante años para el diagnóstico de la intususcepción, pero desde el advenimiento de nuevas técnicas como la tomografía, ultrasonido y resonancia magnética, son los que se han usado recientemente. El diagnóstico de intususcepción se puede hacer con un estudio de bario solamente.² La tomografía de abdomen es el estudio radiológico más útil para proveer información adicional, como posible extensión del tumor. El hallazgo más frecuente por tomografía es un segmento de intestino con pared engrosada y con el signo característico de tiro al blanco.⁶ Esta imagen es secundaria al atropamiento de líquido entre las paredes de intestino invaginado. Recientemente se

realizó un estudio para valorar el compromiso vascular en intususcepción y se reportaron 3 hallazgos: 1. Capa hipodensa en la pared de retorno de la intususcepción. 2. Colección de líquido en el espacio entre la pared de ida y retorno. 3. Colección de gas en este mismo espacio. La ausencia de estos hallazgos se correlaciona con compromiso vascular mínimo y se llama Estadio I por tomografía. La presencia del primer hallazgo se llamó Estadio II; y la presencia del primer y segundo hallazgo, Estadio III, la cual se relacionó con suficientes cambios isquémicos para necesitar resección. El Estadio IV era el que presentaba todos los hallazgos y se relacionó con necrosis intestinal o gangrena.⁷

El tratamiento de la intususcepción varía con la edad y la presentación, así como la extensión de daño vascular del intestino. La reducción hidrostática bajo control radiológico empleada en niños es menos efectiva en adultos y existe el riesgo de perforación durante el procedimiento.⁶ El uso de reducción hidrostática en adultos es controversial, debido a la pequeña cantidad de pacientes con resolución del problema, en comparación con el riesgo de manipulación de una intususcepción maligna. Esta controversia lleva al punto en que el tratamiento quirúrgico con probable resección del segmento afectado es lo más indicado en la mayoría de los casos de intususcepción en adultos.⁶

Referencias bibliográficas:

1. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193: 230-236.
2. Huang B, MD, MPH; Warshauer D, MD. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. *Radiol Clin N Am* 41 (2003) 1137-1151.
3. Begos DG; Sandor A; Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J. Surg.* 1997; 173: 88-94.
4. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*, 1997; 226:134-138.
5. Kitahara H, MD; Horiuchi A, MD; Nakayama Y, MD; Yokoyama T, MD. Retrograde intussusception caused by a sigmoid colonic tumor: Reduction by the use of a transanal drainage tube. *Gastrointestinal Endoscopy*, Vol 61, No. 3: 2005.
6. Park K; Choi H; Kim S; Han A; Hong A; Cho J. Sigmoidorectal intussusception of adenoma of sigmoid colon treated by laparoscopic anterior resection after sponge-on-the-stick-assisted manual reduction. *World J Gastroenterol* 2006, January 7; 12(1):146-149.
7. Fujimoto T, Fukuda T, Uetani M. et al. Unenhanced CT findings of vascular compromise in association with intussusceptions in adults. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 176: 1167-71.

Correspondencia:
 M. D. Karla Russek Carrillo
 Email: krussek@hotmail.com