

Hemorragia digestiva baja como presentación de una invaginación íleo-cólica por una neoplasia

Low digestive hemorrhage as presenting of intestinal intussusception caused by a tumor

Gema García-García, Olga González-Casas, Leticia Nevado López-Alegría, Juan Lucio Ramos-Salado

▷ RESUMEN

La invaginación intestinal es una causa rara de dolor abdominal en adultos, al contrario que en la población pediátrica. El tipo más frecuente es la invaginación íleo-cólica y la etiología en adultos es fundamentalmente neoplásica. La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal. El diagnóstico pre-operatorio se realiza generalmente por TC abdominal, aunque la mayoría de los casos son diagnosticados tras la intervención quirúrgica. La descompresión radiológica de la invaginación no se recomienda de inicio, por el alto porcentaje de etiología neoplásica.

Presentamos el caso de una paciente que ingresa por rectorragias, dolor abdominal y una masa en vacío derecho, estableciéndose el diagnóstico de invaginación íleo-cólica por TC abdominal. Tras la intervención quirúrgica se estableció la causa de la invaginación, un adenocarcinoma de colon. La descompresión radiológica de la invaginación no se recomienda de inicio, por el alto porcentaje de etiología neoplásica.

Palabras clave: Invaginación intestinal, rectorragia, neoplasia, España.

▷ ABSTRACT

Intussusception is a rare cause of abdominal pain in adults, in contrast to the pediatric population. The most common type is the ileocolic intussusception in adults and the etiology is primarily malignant. The most common clinical manifestation is abdominal pain. Preoperative diagnosis is usually performed abdominal TC, although most cases are diagnosed after surgery. Radiological decompression of intussusception is not recommended to start due to the high percentage of neoplastic aetiology.

We present a patient who was admitted for rectal bleeding, abdominal pain and a palpable mass, establishing the diagnosis by abdominal TC. After surgery the cause of intussusception was established, a colon adenocarcinoma. Radiological decompression of intussusception is not recommended to start due to the high percentage of neoplastic etiology.

Keywords: *Intestinal intussusception, rectal bleeding, tumour, Spain.*

▷ INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una causa muy infrecuente de hemorragia digestiva baja en adultos. La manifestación clínica y la forma de presentación más frecuentes son el dolor abdominal y la obstrucción intestinal, respectivamente. El tratamiento es quirúrgico, debido a la alta tasa de malignidad asociada.^{1,2}

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO

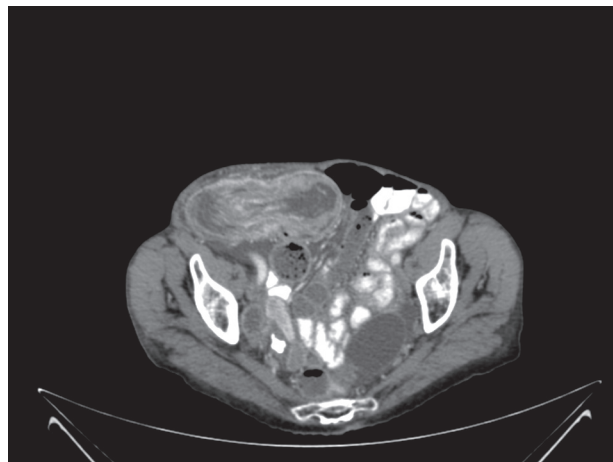
Mujer de 82 años con antecedentes de glucemia basal alterada, dislipemia, esclerodermia limitada y osteoporosis. Ingresó por presentar, desde hacía cuatro a cinco días, rectorragia y dolor abdominal con predominio en flanco derecho e hipogastrio, que mejoraba con las evacuaciones. Presentó anorexia durante estos días. En la exploración física destacó febrícula, extrasístoles en la auscultación cardiopulmonar y se palpó el abdomen distendido, timpanizado, doloroso de forma difusa y una masa en flanco derecho, dolorosa y móvil. Tacto rectal con sangre roja. Sus resultados de laboratorio fueron: Hemoglobina 14.3 g/dL, hematocrito 43.8%, VCM 85.1, plaquetas 201 000, leucocitos 9100 con 83.5% de neutrófilos, coagulación y bioquímica normales. Orina compatible con infección urinaria. Coprocultivos y toxina A de *Clostridium difficile* negativos. Electrocardiograma con extrasístoles supraventriculares, en la radiografía de tórax, cifosis y signos de osteoporosis, y la radiografía de abdomen muestra distensión de asas intestinales con edema de pared y algunos niveles hidroaéreos. Se realizó tomografía computarizada (TC) abdominal (**Figura 1**), en el que se objetiva una masa en vacío derecho, multilaminada, con líquido en su interior y aire extraluminal, compatible con invaginación íleo-cólica, además de líquido perihepático y en gotieras. Ante estos hallazgos, la paciente fue llevada a cirugía, realizándosele hemicolectomía derecha y resección de 11 cm de intestino delgado. Tras el análisis anatomopatológico, macro y microscópico de la pieza, se concluyó que se trata de un adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, sobre adenoma vellosos de válvula íleo-cecal, sin afectación de ganglios regionales y sin compromiso vascular del intestino no tumoral.

▷ DISCUSIÓN

La invaginación intestinal se produce cuando un segmento de intestino se introduce en el segmento intestinal distal adyacente, pudiendo comprometer el flujo sanguíneo y ocasionar isquemia de la pared intestinal. Según el tramo de intestino afecto, existen varios tipos

Figura 1.

TC abdominal: masa en vacío derecho, multilaminada, con líquido en su interior y aire extraluminal (en pared intestinal y fuera de ella, dentro de la masa invaginada), todo ello compatible con invaginación íleo-cólica.



de invaginación intestinal. Cuando están confinadas sólo al intestino delgado o al grueso, se llaman enteroentéricas o colo-cólicas respectivamente. Otros tipos son la íleo-cecal, cuando la válvula es el punto de partida o la ileo-cólica, que es la más frecuente y la que presenta nuestra paciente, que está producida por un prolapso del ileon terminal en el colon ascendente.¹

Es una entidad rara en adultos, existiendo pocos casos publicados en la literatura. La etiología en los niños suele ser benigna, mientras que en adultos las neoplasias malignas son las más frecuentes en más de la mitad de los casos, entre ellas el adenocarcinoma de colon. En una minoría, la causa es benigna, tales como, adherencias, lipomas o pólipos.²⁻⁴

Se ha descrito una mayor incidencia de invaginación intestinal en pacientes con SIDA debido a la alta incidencia de enfermedades infecciosas y neoplásicas del intestino, como la hiperplasia linfoide, el sarcoma de Kaposi y el linfoma no Hodgkin.⁵

Los síntomas son inespecíficos, siendo el dolor abdominal la presentación más frecuente en adultos. En más de la mitad de los pacientes con invaginación, presentan síntomas secundarios a una obstrucción intestinal, como náuseas, vómitos o estreñimiento. Raramente, se manifiestan con fiebre, hemorragia digestiva o por una masa abdominal palpable, como en nuestro caso.⁶

El TC abdominal es la prueba complementaria más rentable para el diagnóstico preoperatorio.⁷ Los hallazgos en la radiografía de abdomen son más inespecíficos o bien compatibles con una oclusión intestinal. Los estudios baritados pueden ser útiles para el diagnóstico.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, debido al alto porcentaje de malignidad asociada. Por lo tanto la descompresión radiológica no se recomienda inicialmente, a menos que se haya establecido el diagnóstico preoperatorio de una causa benigna. En muchos pacientes el diagnóstico se establece tras la intervención quirúrgica, indicada normalmente por un cuadro de oclusión intestinal.^{8,9}

REFERENCIAS

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol* 2009;15:407-11.
2. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986;152:279.
3. Marsden N, Saklani AP, Davis M, et al. Laparoscopic right hemicolectomy for ileocolic intussusception secondary to caecal neoplasm. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:W7-8.
4. Dell'abate P, Del Rio P, Sommaruga L, et al. Laparoscopic treatment of sigmoid colon intussusception by large malignant tumor. Case report. *G Chir* 2009;30:374-6.
5. Hodin RA, Bordeianou L. Small bowel obstruction: Causes and management. In: *Up To Date*, Basow DS. Ed Waltham, MA. 2011.
6. Alarcón-Jarsún GA, Martínez-Ordaz JL, Fuente-Lira M. Invaginación intestinal en adultos. *Cir Ciruj* 2005;73:43-45.
7. Gayer G, Zissin R, Apter S. Pictorial review: adult intussusception a CT diagnosis. *Br J Radiol* 2002;75:185.
8. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981;193:230-6.
9. Wang N, Cui XY, Liu Y, et al. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol* 2009;15:3303-8.