

REPORTE DE CASO

Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso.

Molina-Carrillo S.¹; Pereira P.¹; Prato L.¹

RESUMEN

La intususcepción o invaginación intestinal es el ingreso de una porción del intestino y su mesenterio en el interior del segmento intestinal adyacente. Es una manifestación clínica frecuente en niños, sólo del 5 al 16% se presenta en adultos, del 38 al 55% de estos casos ocurre en el colon, y de éstas, el 48% se relacionan con lesiones malignas. Se reportó caso de paciente femenino de 81 años de edad, con antecedente de hemicolectomía izquierda y anastomosis colorrectal por enfermedad diverticular complicada, que inició enfermedad actual con dolor abdominal 10/10 en la escala visual análoga del dolor (EVAD) concomitante heces con moco sin sangre, náuseas y emesis. Se realizó radiografía de abdomen simple de pie y posteroanterior (PA), sin encontrarse hallazgos sugestivos de invaginación intestinal o de tumor. Posteriormente se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) con doble contraste abdomino-pélvica dónde se evidencia presencia de tumor pélvico. Se practicó laparotomía exploratoria, encontrándose tumor de ciego que condiciona intususcepción de colon ascendente e íleon terminal. En consecuencia, la paciente se sometió a hemicolectomía derecha e ileostomía con cierre de cabo distal, falleciendo al segundo día del postoperatorio. La intususcepción intestinal es infrecuente en adultos y no posee sintomatología específica, por lo que puede pasar desapercibida. Esta patología puede ser objeto de errores al momento del diagnóstico. Además, posee una causa mecánica definida con alta probabilidad de malignidad, por lo que se recomienda tener alta sospecha clínica y realizar estudios imagenológicos altamente sensibles y específicos para su correcto diagnóstico.

Palabras clave: Dolor abdominal; hemorragia gastrointestinal; intususcepción; neoplasias del ciego; obstrucción intestinal.



1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Avenida Panteón, edificio Brisavila, Urbanización San Bernardino. Caracas, Venezuela.

E-mail: solibeth7@gmail.com

Recibido: 26 de junio 2020
Aceptado: 8 de septiembre 2022
Publicado: 31 de marzo 2023

Para citar este artículo/
For reference this article:
Molina S.; Pereira P.; Prato L.
Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso. Acta Cient Estud. 2023;15(1):7-12

CASE REPORT

Intestinal intussusception as a manifestation of cecal tumor. In an 81 years old female. Case report.

Molina-Carrillo S.¹; Pereira P.¹; Prato L.¹

ABSTRACT

Intussusception or intestinal invagination is the entry of a portion of the intestine and its mesentery within the adjacent intestinal segment. It is a frequent clinical manifestation in children, with an incidence of 5 to 16% in adults, 38 to 55% of which affect the colon, and 48% of these are related to malignant lesions. We presented the case of an 81-year-old female patient, with history of left hemicolectomy and colorectal anastomosis due to complicated diverticular disease, who initiates symptomatology with a 10/10 visual analogue scale (VAS) abdominal pain; accompanied by feces with mucus and no blood, nausea and emesis. Plain and PA abdominal radiography were performed, showing no suggestive signs of intestinal intussusception or tumor. Subsequently, a computed tomography (CT) scan with double abdomino-pelvic contrast is performed, observing the presence of a pelvic tumor. Exploratory laparotomy is practiced, finding a cecum tumor that conditions intussusception of the ascending colon and terminal ileum. In consequence, the patient undergoes right hemicolectomy and ileostomy with distal end closure, dying on the second day of the postoperative period. Intestinal intussusception is infrequent in adults and does not have specific symptoms, so it can go unnoticed. This pathology can be subject to errors at the moment of the diagnosis; also, it has a defined mechanical cause with high probabilities of being malignant, so it is recommended to have high clinical suspicion and perform highly sensitive and specific imaging studies for the correct diagnosis.

Keywords: Abdominal pain, cecal neoplasms, gastrointestinal hemorrhage, intestinal obstruction, intussusception.



1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Avenida Panteón, edificio Brisavila, Urbanización San Bernardino. Caracas, Venezuela.

E-mail: solibeth7@gmail.com

Recibido: 26 de junio 2020
Aceptado: 8 de septiembre 2022
Publicado: 31 de marzo 2023

Para citar este artículo/
For reference this article:
Molina S.; Pereira P.; Prato L.
Intususcepción intestinal como
manifestación de tumor cecal, en
paciente femenino de 81 años.
Reporte de caso. Acta Cient Estud.
2023;15(1):7-12

INTRODUCCIÓN

Se define intususcepción o invaginación como la entrada de un segmento del intestino y su mesenterio en la luz de un segmento intestinal adyacente. Es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica intestinal en el adulto. Sucede en menos del 5% de la población. Se clasifica, según la localización del punto de inicio de la invaginación, en entérica, ileocólica, colocolica, colorrectal y rectorrectal [1,2,3].

Alrededor del 80% de las intususcepciones se localizan en el intestino delgado, y 20% en el colon. De estas, el 48% se relacionan a lesiones malignas, generalmente tumores metastásicos. En cuanto al colon, las lesiones malignas más frecuentes son tumores primarios (adenocarcinomas). Las causas malignas son responsables del 25% de las invaginaciones en el intestino delgado; mientras que, para el intestino grueso, estas aumentan a 50% [1,4].

A diferencia de los pacientes pediátricos con intususcepción, cuya sintomatología es específica, la presentación clínica en el adulto es generalmente inespecífica, lo que la hace muy difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción intestinal. Su principal síntoma es el dolor abdominal, en segundo lugar, las náuseas y vómitos y con menos frecuencia se presenta rectorragia además la palpación de tumores abdominales es muy infrecuente. Solo un bajo porcentaje de los casos es diagnosticado correctamente en base a los hallazgos clínicos previos a la cirugía. En el adulto, las radiografías simples de abdomen son el primer método diagnóstico; sin embargo, estas carecen de especificidad y sensibilidad para caracterizar la intususcepción [1,2,4,5,6].

La tomografía de abdomen con contraste oral e intravenoso ha demostrado ser una importante herramienta diagnóstica para la intususcepción. Esta permite la evaluación de otras causas de dolor abdominal y corrobora la

presencia de lesiones metastásicas en vísceras sólidas. Sin embargo, la exploración quirúrgica sigue siendo decisiva para el diagnóstico final de intususcepción [7].

Debido a la poca frecuencia con que se presenta la intususcepción intestinal en adultos, se reporta el siguiente caso para destacar la importancia en la consideración de esta entidad como un diagnóstico diferencial ante un cuadro de obstrucción intestinal. Debido a la inespecificidad de su sintomatología, esta puede ser confundida con otras etiologías y pasar desapercibida. Esto puede acarrear complicaciones debido a la alta tasa de malignidad que esta posee.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 81 años de edad, natural y procedente de parroquia El Valle, municipio Libertador, Caracas, Venezuela, ama de casa, con antecedente conocido de hipertensión arterial desde los 52 años en tratamiento regular con losartán potásico de 50mg VO OD, con antecedente de hemicolecotomía izquierda y anastomosis colorrectal por enfermedad diverticular complicada en el año 2008, sin antecedentes familiares de cáncer, quien refirió inicio de enfermedad actual en octubre de 2018, cuando comenzó a presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de 3 semanas de evolución, localizado en fosa ilíaca izquierda, irradiado a fosa ilíaca derecha e hipogastrio, de intensidad 10/10 según la Escala Visual Analógica del Dolor que atenuaba con la ingesta de analgésicos de los cuales no precisó dosis ni vía de administración, concomitante 8 episodios de evacuaciones diarreicas con moco sin sangre y episodios eméticos de contenido alimentario precedidos por náuseas. Acudió a centro médico de su localidad, donde fue evaluada, se le administró tratamiento sintomático y antibioticoterapia del cual no precisó dosis ni vía de administración por dos semanas. Debido a la persistencia de la

sintomatología, acudió al Hospital Universitario de Caracas en noviembre del 2018 y se decidió su ingreso al servicio de Cirugía, bajo el diagnóstico presuntivo de diverticulitis versus síndrome adherencial y eventración de línea media no complicada. Al examen físico, la paciente se encontraba afebril, eupneica, con una frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto; frecuencia respiratoria en 20 respiraciones por minuto; abdomen globoso, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, se evidenció defecto aponeurótico a nivel de cicatriz media infraumbilical de 3 cm aproximadamente con aumento de volumen al realizar maniobra de Valsalva, reductible y no doloroso. Al tacto rectal, se evidenció presencia de masa blanda, móvil y dolorosa que correspondía a patología hemorroidal.

En los exámenes realizados a la paciente se encontró: hemoglobina en 11 g/dl, hematocrito en 35,1%, albúmina en 1,95 g/dl, relación A/G en 0,69, y proteína C reactiva cuantitativa positiva en 32 mg/L, resto de los valores se encontraban dentro de valores referenciales del laboratorio. (Tabla 1)

En la radiografía de abdomen simple de pie, se evidenció dilatación de asas delgadas y colónicas, sin niveles hidroaéreos y sin aire en ampolla rectal. En la radiografía de tórax posteroanterior no hubo presencia de neumoperitoneo. En la tomografía axial computarizada de doble contraste abdomino-pélvico se observó escaso líquido perihepático, sin evidencia de lesión ocupante de espacio, ni imágenes sugestivas de metástasis hepática; dilatación de colon y asas delgadas con adecuado pase de contraste hasta colon derecho; en la luz del recto, impresionó imagen de segunda luz en su interior sugestivo de intususcepción intestinal o lesión ocupante de espacio.

Se le realizó laparotomía exploradora realizado por el Dr. Elías Nakhel jefe de servicio de cirugía III del Hospital Universitario De Caracas. Técnica operatoria: paciente en decúbito supino, bajo

anestesia general, previa asepsia y antisepsia con clorhexidina, se realiza abordaje en línea media supra e infraumbilical, encontrándose tumor de ciego de 3 x 4cm intususcepto a nivel de colon ascendente con abundante tejido esfacelado fibrinoso.

Se practicó hemicolectomía derecha por tumor de ciego, ileostomía y cierre de cabo rectal. se realizó diagnóstico definitivo de intususcepción de íleon terminal y cecoascendente en colon por tumor de ciego (**Figura 1**). El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica describió un segmento de intestino de 13cm de longitud, de los cuales 8cm correspondían al colon y 5cm al íleon, la lesión se clasificó como adenocarcinoma moderadamente indiferenciado tipo polipoide de ciego, con márgenes quirúrgicos libres de actividad tumoral estadio pT3N0M0. La paciente se mantuvo en hospitalización en dieta absoluta. Al segundo día de postoperatorio presentó: disnea, ortopnea y dolor pleurítico.

Al examen físico presentó: taquipnea, taquicardia, ingurgitación yugular e incremento de 2° ruido cardíaco y tensión arterial sistólica < 90mmHg, posteriormente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos donde se le realizó reanimación cardiopulmonar avanzada la



Figura 1: Vista macroscópica del tumor intususcepto de ciego.

cual resultó ineficaz y se declaró su fallecimiento debido a tromboembolismo pulmonar.

Tabla 1: Resultados de laboratorios

Parámetro de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	7900/mm ³	4,5-11 x 10 ³ células/mm ³
Neutrófilos	65.6%	39.9-73 %
Hemoglobina	11g/dl	12-16 g/dl
Hematocrito	35,1%	36-47%
Plaquetas	399.000 µL	150- 450 10 ³ / µL
Urea	13 mg/dl	10-50 mg/dl
Creatinina	0.62 mg/dl	0.4- 1.4 mg/dl
Glicemia	99 mg/dl	70-105 mg/dl
Sodio	140 mEq/l	136- 145 mEq/l
Potasio	2,6 mEq/l	3.5 – 5 mEq/l
Cloro	99 mEq/l	98-106 mEq/l
Proteínas totales	4.77 g/dl	6-7,8g/dl
Albumina	1.95 g/dl	3.5-5.4 g/dl
Globulina	2.82 g/dl	2.5 – 3.5 g/dl
Relación albúmina/globulina	0.69	>1
Proteína C reactiva	32 mg/dl	< 0.5 mg/dl

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal en adultos es una patología poco frecuente. La inespecificidad de su sintomatología dificultan el diagnóstico, ya que estos aparecen en numerosos desórdenes abdominales, lo que hace pertinente conocer la etiología y epidemiología de esta patología [4]. Apoyado por los paraclínicos y los antecedentes de la paciente, se debe plantear la diverticulitis como uno de los diagnósticos diferenciales, debido a la elevación de la proteína C reactiva. Sin embargo, la disminución de los valores de hemoglobina resalta anemia leve, la cual está estrechamente relacionada a la presentación de cáncer [8,9]. Según

la literatura, aproximadamente el 90% de las intususcepciones ileocolónicas son causadas por adenocarcinomas cecales. Procediendo a la evaluación imagenológica, la radiografía simple de abdomen, a pesar de mostrar asas dilatadas, debió presentar niveles hidroaéreos, tal como establece la literatura, para aportar a la sospecha de invaginación intestinal; este estudio posee la menor sensibilidad y especificidad para diagnosticar esta patología. En la tomografía axial computarizada de doble contraste abdomino-pélvico se evidenció presencia de segunda luz, apoyando el diagnóstico de intususcepción intestinal y es que, aunque no existe un estudio “gold standard” para el diagnóstico de intususcepción, es la tomografía axial computarizada el estudio imagenológico que posee mayor sensibilidad para el diagnóstico preoperatorio de esta patología, sin embargo, el diagnóstico definitivo se establece mediante exploración quirúrgica. Pero, al ser la tomografía axial computarizada un estudio costoso y de limitada accesibilidad, el ultrasonido realizado por un radiólogo experimentado posee una sensibilidad y especificidad cercana a la de la TC, pudiendo sustituirla. Además, otros estudios diagnósticos, como el enema de bario, puede ser útil en el diagnóstico, en especial en los pacientes con intususcepción ileocolónica [4,7,10].

En el caso de esta paciente, fue tras la laparotomía exploratoria que se observó la intususcepción de íleon terminal y cecoascendente a causa del tumor primario de ciego. La complejidad diagnóstica de estos casos es causa de la postergación del tratamiento, el cual es quirúrgico, sin embargo, la sospecha diagnóstica de obstrucción intestinal no puede retrasar el tratamiento aun cuando los estudios diagnósticos no son concluyentes, debido a que aumenta la mortalidad de lesiones malignas causantes de invaginación. Se considera importante destacar que la paciente tenía bajos niveles de albúmina preoperatorios, y aumento de la

PCR, lo que, según la literatura, pueden usarse como marcadores que expresan un incremento en la morbilidad y mortalidad postoperatoria en pacientes que se someten a hemicolectomía [1,4,11].

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos; su sintomatología inespecífica ocasiona que se dificulte el diagnóstico oportuno, lo que puede acarrear complicaciones debido a que un alto porcentaje de sus causas son de origen maligno. Para incrementar la tasa de diagnóstico preoperatorio de intususcepción es necesario tener en consideración esta etiología ante un caso de obstrucción intestinal en pacientes con alto riesgo de lesiones malignas intestinales. En estos casos se recomienda la realización de TAC abdomino-pélvico de doble contraste, enema de bario (en caso de TAC no concluyentes) o ultrasonido abdominal realizado por un radiólogo experimentado, que incrementan la precisión diagnóstica y ayudan al diagnóstico oportuno, evitando así el retardo en el tratamiento que conlleva a complicaciones que pueden perjudicar la vida del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor Molina S., actualmente ejerce funciones como editor en la revista *Acta Científica Estudiantil*. Sin embargo, no fue partícipe en el proceso editorial de este artículo. El comité editorial fue comunicado con el fin de conservar las características doble ciego del proceso.

Referencias bibliográficas

1. Hirotaka H, Makio M, Hiroshi K, Nobuyasu K. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg* [Internet]. 2014 sep 6 [Citado 2019 Jul 8];39(1):134–138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273082/>.
2. Montes-Osorio Z, Aguilar-Priego J, García-Salazar J. Tumor de ciego, causa de intususcepción intestinal. Caso clínico. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2015 [Citado 2019 Jul 8];14(1):62–65. Disponible en: <https://cyberleninka.org/article/n/308627/viewer>.
3. Hong K D, Kim J, Ji W, Wexner S D. Adult Intussusception: a sistematic review and meta-analysis. *Techniques in Coloproctology* [Internet]. 2019 abr 22 [Citado 2019 Jul 10];23(4):315-324. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10151-019-01980-5>.
4. Marsicovetere P, Joga S, White B, Holubar S. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis and Treatment. *Clin Colon Rectal Surgery* [Internet]. 2017 feb [Citado 2019 Jul 10];30(1):30-39. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1593429>.
5. Jiang J, Jiang B, Parashar U, Nguyen T, Bines J, Patel M. Childhood Intussusception: A Literature Review. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 jul 22 [Citado 2019 Jul 11];8(7):e68482. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068482>.
6. Franco R, Burneo M, Martín J, Fabregues A, Pérez D, Turégano F. Obstrucción intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2012 ago 24 [Citado 2019 Jul 11];77(3):153-156. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-invaginacion-intestinal-el-adulto-una-articulo-S0375090612000304>
7. Valentini V, Buquicchio G, Galluzzo M, Ianniello S, Di Grezia G, Ambrosio R, et al. Intussusception in Adults: The Role of MDCT in the Identification of the Site of Cause of Obstruction. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2015 dic 27 [Citado 2019 jul 15];2016:5623718. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2016/5623718/>.
8. Raña-Garibay R-H. Enfermedad diverticular y otras colitis. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2015 jun 8 [Citado 2019 Jul 19];80(1):8-10. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X037509061535791X>
9. Väyrynen J, Tuomisto A, Väyrynen S, Klintrup K, Karhu T, Jyrki M, et al. Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. *Sci Rep* [Internet]. 2018 ene 18 [Citado 2019 Jul 20];8:1126. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-19572-y>.
10. Assimta C, Singh D. A “doughnut” in the abdomen. *Abdom Radiol* [Internet]. 2016 oct 06 [Citado 2019 Jul 15];42(3):973-974. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00261-016-0928-z>.
11. Chiang JM, Chang CJ, Jiang SF, Yeh CY, You JF, Hsieh PS, et al. Pre-operative serum albumin level substantially predicts post-operative morbidity and mortality among patients with colorectal cancer who undergo elective colectomy. *European Journal of Cancer Care* [Internet]. 2017 [Citado 2019 jul 15];26(2):e12403. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12403>.