

## INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Colso Gutiérrez, Mahgol Kharazmi Taghavi, Rocío Daniela Sosa Medina,  
Luis Eloy Gutiérrez Cantero, Ángel Pelayo Salas, Jose Manuel Gutiérrez Cabezas,  
Alfredo Ingelmo Setián

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega.  
España.

**Correspondencia:** [pablocolsa@hotmail.com](mailto:pablocolsa@hotmail.com) (Pablo Colso Gutiérrez)

### **ABSTRACT:**

**Introducción:** La intususcepción es el telescopaje de un segmento de tubo digestivo en la luz de un segmento adyacente. Solo el 5% de los casos se producen en adultos y en éstos es recomendable recurrir a la cirugía dado el riesgo de malignidad asociado.

**Caso clínico:** Se comunica el caso de un varón de 74 años que acude a urgencias por dolor abdominal de comienzo súbito. La imagen de TAC muestra el característico signo de escarapela por lo que se decide laparotomía de urgencia que muestra invaginación ileocólica. Se realiza hemicolectomía derecha.

**Discusión:** Si bien la mayoría de intususcepciones en adultos se producen como consecuencia de una lesión subyacente, nosotros presentamos un caso sin lesión. La sintomatología es a menudo inespecífica de ahí la importancia del diagnóstico por imagen. El TAC es el método más sensible determinando no solo el diagnóstico de intususcepción sino también su causa y localización. La asociación con lesiones subyacentes hace recomendable el tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** El tratamiento de la intususcepción sintomática del adulto requiere cirugía generalmente. Salvo en excepcionales casos de lesión benigna o ausencia de lesión, se recomienda la resección del segmento afecto.

**Palabras clave:** adulto, intususcepción ileocólica, invaginación ileocólica, invaginación idiopática.

## **PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:**

### **Introducción:**

La intususcepción es una invaginación o telescopaje de un segmento proximal de tubo digestivo (*intussusceptum*) en la luz de un segmento adyacente (*intususciens*)

El 95% de los casos se dan en niños de 3 a 6 meses, presentándose como cuadro oclusivo, diarrea y masa palpable; generalmente se resuelven con enemas o desinvaginación radiológica.

Solo el 5% de las invaginaciones se dan en adultos<sup>1</sup> y cuando lo hacen suelen presentarse con síntomas inespecíficos

Dado el riesgo de asociación a malignidad, suelen requerir tratamiento quirúrgico<sup>2,3</sup> sin descompresión radiológica.

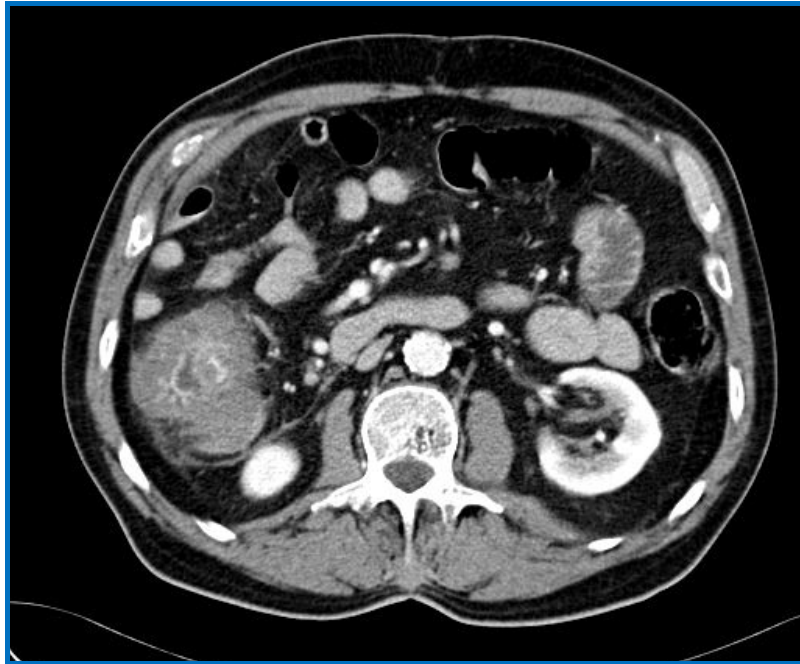
El presente artículo describe un caso de intususcepción idiopática en adulto tratado en nuestro servicio.

### **Caso clínico:**

Varón de 74 años que ingresa en el servicio de cirugía general procedente de urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución y detención del tránsito. Como antecedentes presenta cardiopatía isquémica, recambio valvular aórtico y ACVA sin secuelas.

A la exploración presentaba dolor en hemiabdomen derecho con signos de peritonismo, distensión y timpanismo a la percusión.

El diagnóstico se establece mediante tomografía en la que se objetiva la imagen típica en “escarapela” a nivel del ciego – íleon terminal (ver **Figura 1**).



**Figura 1.** Imagen en escarapela típica de la intususcepción visualizada por escáner.

Se decide intervenir de urgencia realizándose laparotomía exploradora. El hallazgo es el de una intususcepción ileocólica que condicionaba obstrucción del íleon proximal a ella. Se efectúa hemicolectomía derecha y resección de 30cm de íleon terminal afecto.

La pieza quirúrgica no mostró causa macroscópica subyacente, lo cual fue ratificado por el examen microscópico de anatomía patológica.

### **Discusión:**

La intususcepción del adulto afecta casi con igual frecuencia a ambos sexos (57% varones; 43% mujeres) en un intervalo de edad desde los 19 a los 84 años<sup>4</sup>.

Pueden clasificarse en función del lugar en que se produzcan si bien existe un 9,1% de casos en que se producen varias invaginaciones simultáneas<sup>4</sup>. Las más frecuentes son las que se producen entre un segmento intestinal móvil y uno fijo:

- Enteroentéricas (39-60,6%): pueden ser yeyunoyeyunales, yeyunoileales e iloyeyunales<sup>27,28</sup>.
- Cólicas: Colocólicas (12 – 17%) y sigmoideorrectales.
- Enterocólicas 21,2%.
- Gastroentéricas 6%<sup>10</sup>.

El mecanismo por el que se produce es idiopático en el 8 – 29% de los casos<sup>5,6</sup>, mientras que en otras ocasiones es secundario a una lesión que propicia la invaginación mediante movimientos de peristalsis. En estos casos la anomalía que los produce puede ser benigna (57%) lipoma, pólipo inflamatorio, tumor miofibroblástico, hiperplasia linfoide, divertículo de Meckel, adherencias postoperatorias; o maligna (43%) adenocarcinoma, tumor GIST, linfoma, metástasis...<sup>7</sup>. En el intestino delgado predominan los procesos benignos y las adherencias y en el intestino grueso los procesos malignos.

Existen por tanto casos de invaginación sin causa física que los origine. Suelen ser autolimitados y desencadenarse por patología inflamatoria como enfermedad de Crohn o celiaquía<sup>8,9</sup> o sin patología asociada.

La presentación clínica es a menudo inespecífica: puede presentarse como dolor abdominal en mesogastrio (84%) con antecedentes de abdominalgia en más de la mitad de los casos (65%). En ocasiones predomina la clínica de oclusión intestinal aunque la frecuencia real de esta forma de presentación es controvertida (28-75%)<sup>4, 11</sup>.

Esta sintomatología inespecífica a menudo dificulta el diagnóstico por lo que es necesario un alto grado de sospecha clínica<sup>12,13</sup>. Existe controversia respecto a la

proporción de casos diagnosticados preoperatoriamente en las distintas series, (40, 7 – 83%)<sup>13,14</sup> si bien en la gran mayoría o todos los casos resulta inestimable la valoración radiológica:

- La radiografía simple de abdomen fundamentalmente aporta datos de obstrucción intestinal.
- El enema baritado puede mostrar imágenes en “coil-spring” en invaginaciones que afectan al colon.
- La ecografía puede resultar difícil de realizar debido a la dilatación de asas. Es típica la imagen en “doughnut” o en “pseudoriñón” visible en una proyección transversal<sup>14-16</sup>.
- El TAC es la técnica más sensible permitiendo el diagnóstico de entre el 58% y el 100%<sup>17,18</sup>; también permite dilucidar si la causa es una lesión física o no<sup>19</sup>; y orientar si ésta es maligna<sup>12</sup>.

En cuanto al tratamiento, existe común aceptación en cuanto a que la intususcepción del adulto, a diferencia de la del niño, requiere de cirugía para su resolución. Ello es debido a que en muchos casos el diagnóstico es intraoperatorio y a la necesidad de descartar la malignidad en su etiología.

Con la generalización de pruebas de imagen, especialmente del TAC, se está descubriendo una “nueva” entidad clínica: las invaginaciones autolimitadas como hallazgos fortuitos en pacientes asintomáticos durante estudios por otra causa. Está en discusión el manejo de estos pacientes: terapéutico versus observación.

Dentro de las posibilidades quirúrgicas la reducción manual está desaconsejada debido al riesgo de diseminación tumoral, traslocación bacteriana y perforación de un tejido edematoso y friable<sup>11,13,20</sup>. Solo cuando la causa es una lesión benigna diagnosticada de forma precisa puede realizarse la desinvaginación manual seguida de resección local<sup>21</sup>.

En todos los demás casos está indicada la resección del segmento intestinal implicado siguiendo incluso criterios oncológicos en caso de afectación colónica o pacientes de edad avanzada<sup>12,13,22-26</sup>.

### **Conclusiones:**

La presentación clínica de la intususcepción suele ser poco reveladora por lo que las pruebas de imagen resultan esenciales en su diagnóstico. Independientemente de los signos clásicos de radiografía y enema baritado, el escáner o TAC constituye el principal pilar para el diagnóstico quedando la ecografía en un segundo escalón.

El tratamiento más aceptado en adultos es el quirúrgico y, salvo en caso de tener seguridad acerca de la benignidad de la lesión causante de la intususcepción, se prefiere la resección del segmento afecto.

### **Bibliografía:**

- 1 Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134–138.
- 2 Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981;193:230–236.
- 3 Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg.* 2003;186:75–76.
- 4 FJ.Morera, E. Hernandez y J. C..Bernal Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp.* 2009 Dec; 86 (6): 358-362.
- 5 Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173:88–94
- 6 Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis.* 2005; 20: 452–456
- 7 A.Marinis, A. Yiallourou, L. Samanides Intussusception of the bowel in adults: A review *World J Gastroenterol.* 2009 January 28; 15(4): 407–411
- 8 Agha FP. Intussusception in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;146:527–531
- 9 Knowles MC, Fishman EK, Kuhlman JE, Bayless TM. Transient intussusception in Crohn disease: CT evaluation. *Radiology.* 1989;170:814.
- 10 Brayton D, Norris WJ. Intussusception in adults. *Am J Surg.* 1954;88:32–43.
- 11 Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173:88–94.
- 12 Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg.* 1999;188:390–395

- 13** Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg.* 1989;158:25–28.
- 14** Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:617–618
- 15** Weissberg DL, Scheible W, Leopold GR. Ultrasonographic appearance of adult intussusception. *Radiology.* 1977;124:791–792
- 16** Fujii Y, Taniguchi N, Itoh K. Intussusception induced by villous tumor of the colon: sonographic findings. *J Clin Ultrasound.* 2002;30:48–51
- 17** Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, Kori T, Kuwano H. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36:18–21
- 18** Erbil Y, Eminoglu L, Calis A, Berber E. Ileocolic invagination in adult due to caecal carcinoma. *Acta Chir Belg.* 1997;97:190–191
- 19** Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB, Mueller PR. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006;26:733–744
- 20** Tan KY, Tan SM, Tan AG, Chen CY, Chng HC, Hoe MN. Adult intussusception: experience in Singapore. *ANZ J Surg.* 2003;73:1044–1047.
- 21** Wang LT, Wu CC, Yu JC, Hsiao CW, Hsu CC, Jao SW. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1941–1949
- 22** Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception; case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg.* 1976;131:758–761
- 23** Mancebo L, Moral I, Castaño A, Sanz MJ, Alegre N, Delgado M. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias.* 2005;17:87–90.
- 24** Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg.* 2014 Sep 6.
- 25** Rios-Cruz D, Ramírez-Morales F, López-Pretelín NP, Quiroz-Morales CN, Bezares-Bravo G. Intestinal intussusception: a diagnostic dilemma in adults. Two case reports and literature review. *Cir Cir.* 2014 Jul-Aug;82(4):436-41.
- 26** Goldstein L, Iqbal A, Tan S. Laparoscopic treatment of adult intussusception. *Am Surg.* 2014 Jul;80(7):187-8.
- 27** Mandal R, Mandal N, Sasmal S, Kuir S, Roy SB. Jejuno-gastric intussusception--a rare variety of intussusception. *J Indian Med Assoc.* 2013 Oct;111(10):700-1.
- 28** Joyce KM, Waters PS, Waldron RM, Khan I, Orosz ZS, Németh T, Barry K. Recurrent adult jejuno-jejunal intussusception due to inflammatory fibroid polyp - Vanek's tumour: a case report. *Diagn Pathol.* 2014 Jun 27;9:127.