

# INTUSUSCEPCIÓN COLO-CÓLICA EN EL ADULTO. APORTACIÓN DE DOS CASOS.

M<sup>a</sup> Belén Rodríguez Sanz

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Complejo Asistencial de Avila.

## RESUMEN

La invaginación intestinal en el adulto es una patología rara, supone el 5% de todas las invaginaciones y el 1% de las causas de obstrucción intestinal. A diferencia de la edad pediátrica, en el 90% de los casos tiene una etiología definida por lesión orgánica del intestino y sólo en el 10% de los casos son idiopáticos.

Presentamos dos casos de invaginación colo-cólica diagnosticados mediante TAC abdominal.

**PALABRAS CLAVE:** Invaginación intestinal. Obstrucción intestinal.

## INTRODUCCIÓN

La intususcepción se define como la introducción de un segmento del intestino proximal o intususceptum en un segmento distal adyacente del intestino o intususciens siguiendo los movimientos peristálticos del intestino<sup>(1,2)</sup>. El mesenterio del intestino proximal también es atraído hacia el intestino distal que ocasiona compresión y obstrucción del drenaje venoso con el consiguiente edema de la pared intestinal.

La intususcepción intestinal en el adulto fue descrita por primera vez por Barbette en 1674 y en 1871 fue llevada a cabo la primera resección quirúrgica con éxito por Hutchinson<sup>(3)</sup>.

La invaginación intestinal tiene una baja incidencia en el adulto, constituye el 5% de todas las intususcepciones incluidas las pediátricas y representa el 1% de las causas de obstrucción intestinal<sup>(4)</sup>. Tiene una etiología demostrable en el 80-90% de los casos, siendo lesiones orgánicas de la pared intestinal las que actúan como cabeza de la invaginación<sup>(5)</sup>.

## CORRESPONDENCIA:

Paseo de Zorrilla 155, 3<sup>o</sup>C  
47008 Valladolid  
Tel: 646 874 565 • 98 324 37 18  
E-mail: [bro sanz@yahoo.es](mailto:bro sanz@yahoo.es)

## CASOS CLÍNICOS:

### Caso 1

Mujer de 50 años con antecedentes de litiasis renal, histerectomía por miomatosis uterina, ingresa por dolor abdominal y vómitos. Exploración física: dolor a la palpación en vacío derecho y epigastrio sin defensa ni peritonismo, sin masas ni megalias.

Pruebas complementarias: Leucocitosis. Ecografía abdominal: hígado, vía biliar y páncreas normales. Riñones con pequeñas litiasis sin dilatación de la vía excretora. En flanco izquierdo asas de delgado con efecto masa que podría corresponder a invaginación de delgado. TAC abdominal: masa lipoidea de 7 cm de diámetro longitudinal compatible con invaginación intestinal de delgado o colon transverso (**Figura 1**). Se realiza laparoscopia exploradora programada donde se evidencia obstrucción del colon transverso con masa de gran tamaño. Laparotomía con invaginación colo-cólica de transverso, se efectúa hemicolectomía derecha ampliada a transverso, ileotransversostomía latero-lateral con GIA- 60. Anatomía Patológica: lipoma de 7 cm en colon transverso que ocluye la luz intestinal. La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones.

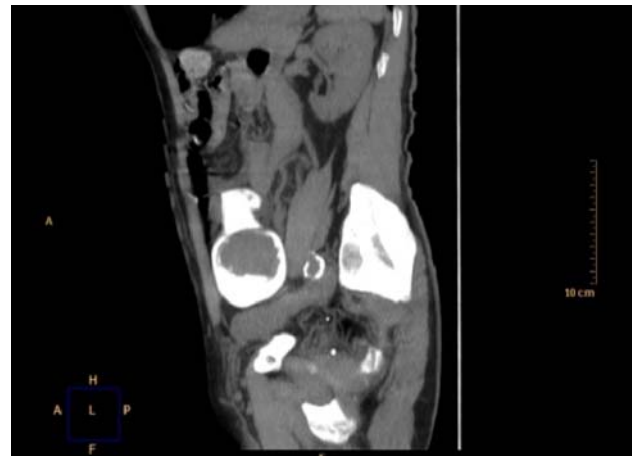


Figura 1.- Caso 1. TC corte longitudinal.

### Caso 2

Varón de 79 años de edad con antecedentes de EPOC y enfermedad de Alzheimer. Ingresó por dolor abdominal de 48 horas de evolución localizado en FII y vacío izquierdos sin náuseas ni vómitos. Ritmo intestinal conservado y rectorragia. Exploración física: Abdomen doloroso a la palpación en FII y vacío izquierdo con defensa abdominal y signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: anemia crónica. Marcadores tumorales CEA, Ca<sup>19.9</sup> y alfafetoproteína normales. Ecografía abdominal: en FII engrosamiento difuso del sigma con estenosis de la luz que podría corresponder a

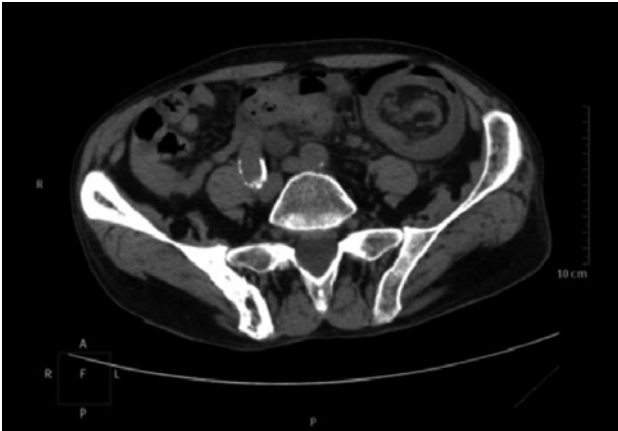


Figura 2.- Caso 2. TC corte sagital.

lipomatosis o invaginación. Colonoscopia: a 45 cm del margen anal neoformación con coágulos adheridos infranqueable. TAC abdominal: invaginación del colon descendente en el interior del sigma producido por una tumoración endoluminal irregular con perforación del colon (Figura 2).



Figura 3.- Caso 2. Laparotomía media.

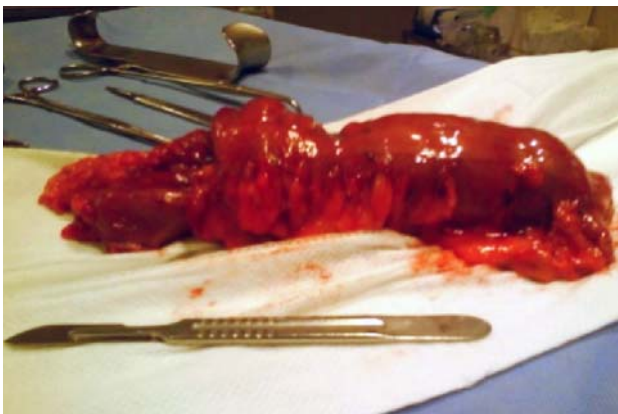


Figura 4.- Caso 2. Pieza quirúrgica.

Tratamiento quirúrgico urgente mediante laparotomía media. Neumoperitoneo secundario a perforación de sigma por gran tumoración que ocasiona invaginación del colon descendente sobre el sigma. Sección del sigma y anastomosis T-T con CEEA-33. (Figuras 3 y 4). Anatomía Patológica: adenocarcinoma exofítico pediculado de 9x5 moderadamente diferenciado que infiltra toda la pared alcanzando la serosa y metastatiza en 5 de 23 ganglios linfáticos aislados. T4N2MX. Invaginación intestinal.

## DISCUSIÓN

La etiología más frecuente en el colon son procesos malignos en el 66% de los casos<sup>(7)</sup>; entre los benignos más habituales destacan los lipomas y los pólipos.

La intususcepción puede ser clasificada por su localización en entéricas, íleo-cólicas o ileocecal y en colo-cólicas. La mayoría involucran al intestino delgado en un 75-80%, las invaginaciones colo-cólicas son muy poco frecuentes<sup>(8,9)</sup> y éstas de predominio sigmoideo-rectal<sup>(10)</sup>.

En nuestros dos casos se halló la causa de forma preoperatorio, la localización fue bien definida en el caso 2, mientras que en el caso 1 la localización fue determinada en la laparoscopia exploradora.

La presentación clínica es inespecífica, con más frecuencia es de carácter crónico con dolor abdominal cólico acompañado de náuseas y vómitos, a veces melenas semejando cuadro de obstrucción intestinal. Puede ir acompañada de diarrea sanguinolenta aunque en un número limitado de pacientes. Los signos más llamativos son la distensión abdominal y la palpación de una tumoración alargada, móvil y dolorosa en el 25-40% de los casos<sup>(11)</sup>. Nuestros pacientes debutaron con cuadro clínico subagudo y agudo respectivamente.

El diagnóstico se debe realizar por imagen, entre los métodos más empleados están la ecografía y la TAC que tiene más sensibilidad y especificidad<sup>(1,12)</sup>. La radiología simple de abdomen valora la gravedad y el nivel de la obstrucción intestinal. El enema de bario muestra la invaginación como un defecto de repleción en forma de copa a menudo acompañado por otro defecto de repleción que representa al tumor<sup>(7)</sup>. La ecografía es la técnica de mayor rendimiento con un 100% de sensibilidad y un 80-93% de especificidad<sup>(8)</sup>. En el corte sagital presenta una imagen en "pseudoriñón o sandwich" y en el corte axial una imagen en "diana, ojo de buey o donnuts"<sup>(13)</sup>. La capa interna es hiperecoica (asa invaginada rodeada de mesenterio) y la capa externa hipoeoica (asa donde se ha producido la invaginación), también puede aparecer múltiples capas de ecogenicidad alternante<sup>(14)</sup>. La TAC abdominal actualmente es la técnica de elección<sup>(15)</sup> ya que aporta la ventaja de identificar la causa de la intususcepción y valora la existencia de metástasis en

otros órganos y la presencia de adenopatías. Hay tres patrones patognomónicos de invaginación intestinal visibles según el ángulo de corte:

- Patrón en diana: aparece en la fase más precoz e indica obstrucción incompleta. Se presenta en el corte transversal con densidad grasa periférica debido al mesenterio invaginado.

- Patrón en salchicha en el corte longitudinal.

- Patrón en pseudoriñón o masa bilobulada en la fase más severa debido al edema y compromiso vascular, tiene atenuación periférica alta debido a la pared intestinal adelgazada y áreas alternantes de baja y alta atenuación debido a la pared intestinal<sup>(16, 17,18)</sup>.

La colonoscopia y la sigmoidoscopia son de ayuda. Los hallazgos son de una imagen "en rollito de primavera"<sup>(7)</sup>.

El tratamiento recomendado y de elección es el quirúrgico y no el de reducción por la posibilidad de diseminación tumoral<sup>(19,20)</sup>. Se debe realizar mediante abordaje laparoscópico aunque en los casos de obstrucción intestinal completa, la distensión de las asas y la fragilidad de la pared hacen que ésta técnica sea más difícil<sup>(11)</sup>.

## CONCLUSIONES

La invaginación intestinal colo-cólica es una patología muy rara en el adulto, siendo en el 66% de los casos de etiología maligna. El diagnóstico se debe efectuar mediante TAC abdominal y el tratamiento quirúrgico de elección debe ser siempre quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López AM, Droguett E. Caso radiológico. *Rev Chil Radiol* 2003; 9:36-7
2. Azar T, Berger D. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226:134-8
3. Gordon RS, O'Dell KB, Namon AJ, Becker LB: Intussusception in the adult a rare disease. *J Emerg Med* 1991; 9: 337-42
4. Pollack CV, Pender ES. Unusual cases of intussusception. *J Emerg Med* 1991; 9:347-55.
5. Eisen LK, Cunningham JD, Anfses AH Jr: Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 390-5
6. Desai N, Wayne MG, Tanb PJ, et al: Intussusception in adults. *Mt Sinai J Med* 1999; 66: 336-40
7. Begos D, Sandor A, Modlin I: The diagnosis and management of adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 1973: 88-94
8. Martín JG, Aguayo JL, Aguilar J, Torralba JA, Lion R, Miguel J et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de 7 casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp* 2001; 69: 93-7
9. Arthur AL, Garvey R, Vaness DG: colocolic intussusception in a three- year old child casued by a colonia polyp. *Cnn Med* 1990; 54: 492-4

10. B.Y. Huang and D.M. Warshauer. Adult intussusceptions: diagnosis and clinica relevance. *Radiol Clin N Am* 2003; 41:1137-51
11. Alonso V, Targarona EM, Even Bendahan G, Kobus C, Moya I, Cherichetti C et al. Tratamiento laparoscópico de la intussuscepción del intestino delgado en el adulto. *Cir Esp* 2003; 74: 49-59
12. AG Bolado, O gorriño, P Ruiz, I Lecumberri and D Grande. Anisakiasis intestinal. Diagnóstico radiológico. *Rev Esp Enferm Dig* 2003; 95: 443-445
13. Courtney SP, Ibrahim N, Longtaff AJ, Davidson CM. Intussusception in the adult: clinical, radiological and histological features. *Postgrad Med J* 1992; 68: 449-52
14. David R, Anderson MD. The pseudokidney sign. *Radiology* 1999; 211: 395-7
15. Gerald J, Ross MD, Venkata A, Milinemi MD. Jejuno jejunal intussusception secondary to a lipoma. *Radiology* 2002; 216: 727-30
16. Bondiaf M, Sayer P, tesemu C, Pelagre JP, Maissiat E, Rymer R. CT evaluation of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001; 21: 613-24
17. Cerro P, Magrini L, Porcari P, De angelis O, Macrini L. Sonographic diagnosis of intussusception in adults. *Abdom Imaging* 2000; 25: 45-7
18. Warshauer DM, Lee JKT. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical imaging correlation. *Radiology* 1999; 21: 853-60
19. A Ríos, M del Pozo Rodríguez, A Rubio Tejeo and M Vicente Cantero. Invaginación yeyunal por mieloma múltiple IgG. *Rev Esp Enferm Digest* 2005; 97: 839-40
20. Welbaecher D, Bolin JA, Eran D, Orden W. intussusception in adults. *Am J Surg* 1971; 121: 531-5