

# INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS – DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

BRUNA SUDA RODRIGUES<sup>1</sup>, MÁRCIO LUÍS DUARTE<sup>2</sup>, ÉLCIO ROBERTO DUARTE<sup>1</sup>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La intususcepción es una patología rara en adultos. Puede definirse como una extensión telescópica (intussusceptum) del intestino proximal con su pliegue mesentérico dentro de la luz de un segmento adyacente (intussusciens).

**REPORTE DE UN CASO:** Se reporta un paciente de 58 años con dolor abdominal de siete días de evolución, que refiere estreñimiento y sensación de distensión abdominal. La ecografía detectó intususcepción y la tomografía computarizada mostró formación expansiva en la raíz del mesenterio. Se realizó enterectomía y colectomía derecha con anastomosis y el paciente fue dado de alta tres días después.

**DISCUSIÓN:** La tomografía computarizada y la ecografía son los métodos diagnósticos más utilizados, con una precisión del 77,8% y el 49,2%, respectivamente. Aunque la imagen "objetivo" no puede considerarse patognomónica, sino sugestiva de la enfermedad en la ecografía, que tiene la ventaja de poder realizarse a pie de cama del paciente y no utilizar radiaciones ionizantes como la tomografía computarizada.

**CONCLUSIÓN:** Aunque la intususcepción no es un diagnóstico de rutina en adultos, es una condición que debe investigarse en pacientes con distensión abdominal significativa. Cuando se caracteriza en este grupo de edad, la investigación de las causas de la intususcepción es necesaria para la curación del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** INTUSUSCEPCIÓN; NEOPLASMA; DIAGNÓSTICO; ECOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

La intususcepción es una patología rara en adultos y, cuando se presenta, tiene una etiología definida en cerca del 90% de los casos <sup>1</sup>, siendo los tumores benignos y malignos la causa principal – 60%<sup>2</sup>.

En la población infantil, la intususcepción intestinal es común y ocurre cuando el segmento proximal del intestino se invagina hacia el segmento distal. <sup>1</sup>

La intususcepción puede describirse como una "introversión" del intestino proximal con su pliegue mesentérico hacia la luz del intestino distal adyacente como resultado de un peristaltismo excesivo o alterado, lo que obstruye aún más el paso libre del contenido intestinal. <sup>3</sup>

## REPORTE DE UN CASO

Hombre de 58 años con dolor abdominal durante siete días que refiere estreñimiento y sensación de distensión abdominal hace un día. El examen físico demuestra solo distensión abdominal, sin dolor a la palpación.

La ecografía detectó asas intestinales delgadas engrosadas, con líquido adyacente, con difuminado difuso de la grasa mesentérica, dilatación de asas intestinales en sentido ascendente compatible con intususcepción (Figura 1).

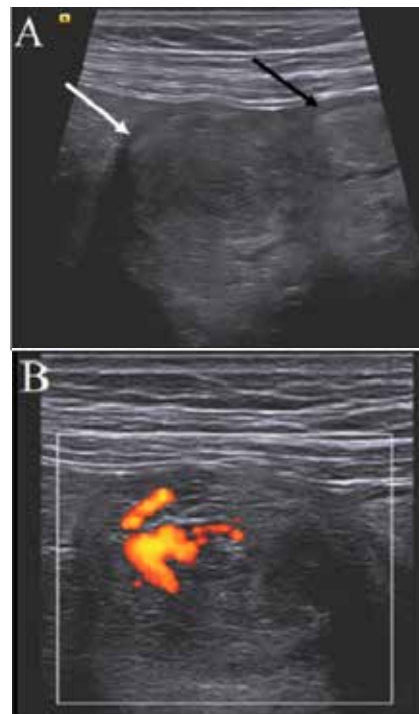


Figura 1: En A, la ecografía detectó una lesión "objetivo" (flecha blanca) con dilatación del asa intestinal en sentido ascendente (flecha negra). En B, la ecografía demuestra la vascularización Doppler de la lesión "objetivo" - target sign.

1. Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de Santos, Santos, São Paulo, Brazil.

2. UNAERP Campus Guarujá, Guarujá-SP, Brazil.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

ÉLCIO ROBERTO DUARTE

Av. Dr. Cláudio Luiz da Costa, 50  
Jabaquara, Santos - CEP: 11075-101.

Email: elcioduarte09@hotmail.com

La tomografía computarizada mostró formación expansiva en la raíz del mesenterio (Figura 2).



Figura 2: La tomografía computarizada en corte axial detecta una formación infiltrante en la raíz del mesenterio (flechas negras), lo que determina una reducción de la amplitud de las asas de intestino delgado y favorece la distensión en sentido ascendente (flechas blancas).

Posteriormente se realizó enterectomía y colectomía derecha con anastomosis y el paciente fue dado de alta tres días después. El estudio anatomopatológico detectó neoplasia neuroendocrina grado I y dos meses después se realizó una gammagrafía ósea que fue normal. El paciente permanece en seguimiento ambulatorio.

## DISCUSIÓN

La intususcepción se clasifica según su localización, pudiendo ser entérica, ileocólica, ileocecal y colo-cólica, siendo la región ileocecal la localización más frecuente.<sup>4</sup> Las intususcepciones del intestino delgado en adultos son en su mayoría autolimitadas, sin una etiología subyacente.<sup>5</sup> Los síntomas de la invaginación intestinal en adultos, a diferencia de los niños, son generalmente inespecíficos y crónicos, como dolor, náuseas y vómitos.<sup>6</sup>

Según la revisión sistemática de Hong et al., la tomografía computarizada y la ecografía son los métodos diagnósticos más utilizados, con una precisión del 77,8% y el 49,2%, respectivamente.<sup>6</sup> Hay que tener en cuenta que la ecografía depende de la experiencia del examinador en el diagnóstico de invaginación intestinal y la imagen "objetivo" no pueden considerarse patognomónicos sino sugestivos de la enfermedad.<sup>1</sup> La tomografía computarizada es el estándar de oro y revela la ubicación y la causa de la intususcepción (patología subyacente), además del diagnóstico en sí.<sup>1,7</sup> El enema de bario tiene una precisión del 59,4% y la colonoscopia del 52,6% (tabla 1).<sup>6</sup>

Método Diagnóstico	Precisión
Tomografía computadorizada	77,8%
Ecografía	49,2%
Enema de bario	59,4%
Colonoscopia	52,6%

Tabla 1: Precisión diagnóstica en la invaginación intestinal.<sup>6</sup>

En cuanto a la etiología de la invaginación intestinal del adulto, las proporciones de tumor maligno, tumor benigno y causas idiopáticas son del 32,9 %, 37,4 % y 15,1 %, respectivamente, según el metaanálisis de Hong et al.<sup>6</sup>

En relación a las enfermedades entéricas, ileocólicas y colónicas locales, son el 49,5%, 29,1% y 19,9%, respectivamente. Al dividir las etiologías por localización del tumor maligno en tipo entérico, ileocólico y colónico, son del 22,5%, 36,9% y 46,5%, respectivamente, y las de tumores benignos del 39,4%, 34,4% y 36,8%, respectivamente<sup>6</sup> (Tabla 2).

Etiología	Entérico	Ileocólico	Colónico
Tumor maligno	22,5%	36,9%	46,5%
Tumor benigno	3,94%	34,4%	36,8%

Tabla 2: Porcentaje de etiologías tumorales causantes de intususcepción según su localización.<sup>6</sup>

El carcinoma metastásico es la causa tumoral más frecuente en la manifestación entérica (48,7 %), seguido del linfoma (26,2 %), el tumor del estroma gastrointestinal - GIST (21,3 %) y el adenocarcinoma primario (26,6 %) según la revisión sistemática de Hong et al.<sup>6</sup> Por otro lado, el adenocarcinoma primario es la principal causa de tumor maligno en el íleon (61,7%), seguido del linfoma (28,1%) y GIST (14,8%), y en el colon (78,8%) seguido de linfoma (28,1%) y GIST (14,8%) (tabla 3). Esta revisión sistemática también verificó estudios que reportaron isquemia en el intestino invaginado, con una tasa de isquemia intestinal del 15,0%.<sup>6</sup>

Etiología	Entérico	Ileocólico	Colónico
Carcinoma metastático	48,7%	13,4%	14,4%
Linfoma	26,2%	28,1%	16,8%
GIST	21,3%	14,8%	0,0%
Adenocarcinoma primario	16,6%	61,7%	78,8%

Tabla 3: Porcentaje de tumores malignos causantes de intususcepción según su localización.<sup>6</sup>

El tratamiento conservador funciona solo en el 4,6% de los casos de intususcepción. En los casos quirúrgicos, su abordaje varía según los antecedentes del paciente, la localización del tumor, los hallazgos intraoperatorios y la preferencia del cirujano. <sup>6</sup> Sin embargo, todavía no hay consenso sobre la reducción de la intususcepción antes de la resección si no hay cambios isquémicos, o si se debe resecar la lesión sin reducción debido a la preocupación por la posible siembra de células tumorales malignas durante la manipulación. <sup>6</sup> La cirugía sigue siendo la intervención más confiable en caso de invaginación intestinal consistente y persistente, ya que ofrece la oportunidad de eliminar de manera definitiva y radical la causa que provocó la invaginación intestinal. <sup>8</sup>

De los 464 pacientes operados en el estudio de Hong et al., 92 presentaron complicaciones. <sup>6</sup> La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 22,1 %, y más de la mitad de las complicaciones notificadas fueron infecciones del sitio quirúrgico. Otras complicaciones informadas fueron atelectasia pulmonar, neumonía, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, dehiscencia de heridas, hemorragia gastrointestinal, necrosis tubular aguda y arritmia cardíaca. La mortalidad postoperatoria ronda el 5,2% y la recurrencia de la intususcepción en pacientes con un seguimiento superior a un año es del 6,5%. <sup>6</sup>

## CONCLUSIÓN

Aunque la intususcepción no es un diagnóstico de rutina en adultos, es una condición que debe investigarse en pacientes con distensión abdominal significativa. Cuando se caracteriza en este grupo de edad, la investigación de las causas de la intususcepción es necesaria para la curación del paciente.

## REFERENCIAS

1. Queiroz RM, Botter LA, Gomes MP, Oliveira RG. Enteroenteric intussusception in an adult caused by an ileal angiolipoma. *Radiol Bras*. 2015; 48(5): 339-340.
2. Rispo A, De Sire R, D'Armiento M, De Bonis L, Tropeano FP, Ricciolino S, Nardone G, Luglio G. Ultrasonographic diagnosis of ileo-ileal intussusception secondary to Vanek's tumor. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022; 26(2): 350-353.
3. Rajput D, David LE, Sharma O, Gupta A, Siddeek RAT, Phulwara RH. Adult left colocolic intussusception successfully managed by left hemicolectomy and primary anastomosis. *Surg*. 2022; 8(1): e65-e68.
4. Guillén Paredes MP, Campillo Soto A, Martín Lorenzo JG, Torralba Martínez JA, Mengual Ballester M, Cases Baldó MJ, Aguayo Albasini JL. Adult intussusception: 14 case reports and their outcomes. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010; 102(1):32-36.
5. Dollinger M, Bäuml W, Brunner SM, Stroszczyński C, Georgieva M, Müller K, Schicho A, Müller-Wille R. Role of clinical and CT findings in the identification of adult small-bowel intussusception requiring surgical intervention. *BJS Open*. 2021; 5(5): zrab076.
6. Hong KD, Kim J, Ji W, Wexner SD. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2019; 23(4):315-324.
7. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, Theodosopoulos T. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol*. 2009; 15(4): 407-411.
8. Moniakis AA, Flamourakis ME, Gkionis IG, Giakoumakis MI, Tsagkatakis ES, Kazamias GM, Spiridakis KG, Christodoulakis MS. Ileocolic intussusception in a woman: a case report and literature review. *Am J Case Rep*. 2021; 22: e933341.