

Intususcepción sigmoidea secundaria a pólipo fibroso inflamatorio. Caso clínico

Sigmoid intussusception secondary to fibrotic inflammatory polyp. Clinical case

Ángel Alfredo Moncayo Castillo ¹ 

Diana Sofía Villegas Valle ² 

Amilkar Suárez Pupo ² 

Carmen Concepción Moncayo Valencia ³ 

Sonia María González Mora ² 

¹Hospital General Martín Icaza. Babahoyo, Ecuador.

²Hospital General IESS. Babahoyo, Ecuador.

³Universidad de Guayaquil. Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: angelmonca77@hotmail.com

Recibido: 07/11/2022.

Aprobado:10/01/2023.

RESUMEN

El diagnóstico de intususcepción en el adulto es infrecuente; suele hacerse en el acto quirúrgico por lo inespecífico del cuadro clínico. Al interrogatorio, los pacientes con esta afección describen cuadros de recurrencia de dolor abdominal intermitente, acompañado o no de constipación, vómitos, rectorragia y distensión. La diarrea es otro de los síntomas que puede estar presente y su interpretación semiológica favorece al error diagnóstico al descartar un proceso obstructivo.

La localización sigmoidea de la invaginación es considerada una causa excepcional de oclusión intestinal en todas las edades. En adultos que sufren este tipo de obstrucción, prevalecen las lesiones orgánicas de la pared, las cuales suelen ser de naturaleza maligna. La resección en bloque sin reducción es la técnica de elección para evitar las posibles complicaciones como la perforación, la

ABSTRACT

The diagnosis of intussusception in adults is infrequent; it is usually made at the time of surgery due to the nonspecific nature of the clinical picture. On the interview, patients with this condition describe recurrent pictures of intermittent abdominal pain, accompanied or not by constipation, vomiting, rectorrhagia and distension. Diarrhea is another symptom that may be present and its semiological interpretation favors diagnostic error by ruling out an obstructive process.

The sigmoid location of the intussusception is considered an exceptional cause of intestinal occlusion in all ages. In adults suffering this type of obstruction, organic lesions of the wall prevail, which are usually malignant in nature. Block resection without reduction is the technique of choice to avoid possible complications such as perforation, seeding, or dissemination of tumor cells.

Inflammatory fibroid polyp is a benign gastrointestinal

siembra, o la diseminación de células tumorales.

El pólipo fibroide inflamatorio es un tumor gastrointestinal benigno que suele aparecer en adultos mayores en la quinta década. Su localización habitual es el estómago, seguida del intestino delgado, raramente se detecta en el intestino grueso.

La intususcepción sigmoidea cuya etiología fue un tumor de Vanek hace muy peculiar el caso clínico que presentamos.

Palabras clave: intususcepción, colon, sigmoide, pólipos del colon

tumor that usually appears in older adults in their fifth decade. Its usual location is the stomach, followed by the small intestine, and it is rarely detected in the large intestine.

The sigmoid intussusception, which etiology was a Vanek's tumor, makes the clinical case presented very peculiar.

Keywords: intussusception, colon, sigmoid, colonic polyps

Introducción

La intususcepción es el prolapso de un segmento de intestino proximal en otro distal acompañado del meso correspondiente. Es una causa de abdomen agudo obstructivo con una incidencia de dos pacientes por cada 100 000.⁽¹⁾ En la edad pediátrica no es raro que la obstrucción intestinal tenga como origen una invaginación intestinal; sin embargo, en los adultos es una afección poco frecuente.⁽¹⁾ Se considera que por cada 20 niños con diagnóstico de invaginación intestinal se confirma un adulto con similar cuadro clínico.⁽²⁾

Los sitios en los que usualmente la invaginación intestinal ocurre son entre los segmentos móviles y los fijos, estos últimos pueden tener una posición retroperitoneal o con movilidad limitada por adherencias.⁽³⁾ La intususcepción se clasifica según su localización y causa,⁽⁴⁾ si afecta únicamente al intestino delgado, se denomina entero-entérica, cuando el íleon se introduce en el colon ascendente se llama ileocecal, y colo-cólica a la que solo involucra al intestino grueso.⁽³⁾ La invaginación del sigmoide es una causa excepcional de oclusión intestinal en todas las edades.⁽⁵⁾ La clasificación etiológica se subdivide en idiopática o fisiológica cuando no tiene causa atribuible, y orgánica cuando la alteración de las ondas peristálticas que ocasionan la invaginación tiene su origen en protrusiones de la pared como tumores y divertículos.⁽⁴⁾ Las intususcepciones en edades pediátricas son idiopáticas en el 90% de los casos, lo que favorece a la reducción sin necesidad de resección. En contraposición, en las diagnosticadas en los adultos, prevalecen las lesiones orgánicas de la pared, siendo las neoplasias malignas las más comunes.^(1,2,6)

El pólipo fibroso inflamatorio (PFI) es un tumor gastrointestinal de etiología benigna que puede estar presente en cualquier segmento del tracto gastrointestinal.^(7,8) En 1949, Vanek lo describió como "granuloma submucoso gástrico con infiltración eosinofílica".⁽⁹⁾ Su composición histológica está formada por células fusiformes cortas, estrelladas, con una disposición al azar en un estroma mixoide, con infiltrado inflamatorio principalmente en eosinófilos, y con presencia de pequeños vasos sanguíneos y capilares prominentes.⁽⁷⁾ El PFI es un tumor polipoide, generalmente solitario e intraluminal. Suele aparecer en adultos mayores de 50 años con discreto predominio del sexo femenino.⁽⁸⁾ El estómago es el órgano en el que se detecta con mayor frecuencia, seguido del intestino delgado y raramente el intestino grueso.⁽⁷⁾ El cuadro clínico de los pacientes depende en gran medida de su localización. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal y otros síntomas asociados con la obstrucción intestinal. En ocasiones pueden ser detectados como hallazgos incidentales en pacientes asintomáticos.^(8,10)

La colopatía diverticular afecta comúnmente a la población adulta y sus complicaciones suelen ser la inflamación, hemorragia y perforación. La invaginación intestinal cuyo punto de origen ha sido un divertículo se ha reportado en pocos pacientes.⁽⁶⁾ Diferentes teorías indican que la estenosis en el colon puede favorecer al atrapamiento de aire, lo que eventualmente conduce a la ampliación del divertículo que actúa como cabeza invaginante.⁽⁶⁾

El diagnóstico clínico certero en los pacientes con invaginación de colon suele ser difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas.^(2,3) Al interrogatorio, los pacientes con esta afección suelen describir cuadros de recurrencia de dolor abdominal intermitente, acompañado o no de constipación, vómitos, rectorragia y distensión. La diarrea es otro de los síntomas que puede estar presente y su interpretación semiológica puede favorecer a un error en el diagnóstico al descartar un proceso obstructivo. La adecuada interpretación del cuadro clínico de estos pacientes puede orientar a los profesionales de la salud a realizar un correcto resumen sindrómico y ulterior planteamiento nosológico.

Nuestro trabajo tiene como objetivo presentar un cuadro clínico infrecuente de intususcepción colo-cólica del colon sigmoide secundaria a pólipo fibroso inflamatorio.

Presentación de caso

Paciente masculino de 64 años sin antecedentes aparentes de padecer enfermedad anterior, que acudió al área de emergencias del Hospital General Babahoyo, Ecuador, por presentar cuadro clínico caracterizado por diarreas de 11 días de evolución que se acompañaba de dolor a tipo cólico sin presentar otros síntomas. El hallazgo llamativo al examen físico fue la distensión abdominal asimétrica; los ruidos estaban presentes con frecuencia y tono normales.

Los estudios de laboratorio al ingreso mostraron los siguientes parámetros: Hematocrito 42.5%; Hemoglobina 14.5 g/dl; Leucocitos 5.78 K/ μ L; Sodio en el suero 135 meq/L; Cloro en suero 95 meq/L; Potasio en suero 4.2 meq/L; PCR cuantitativo ultrasensible 113.04 mg/L; Creatinina 1.4 mg/dl; Glucosa 88.9 mg/dl.

Fue valorado inicialmente por la especialidad de Cirugía General e interpretado como una gastroenterocolitis. Se ingresó en el área de observación con el objetivo de reponer volumen y mejorar el estado general del paciente.

Luego de transcurridas ocho horas, el cuadro de distensión abdominal no cedió por lo que se realizaron nuevos estudios de imagen incluyendo una tomografía computarizada de abdomen simple (Figura 1). Los hallazgos encontrados fueron: dilatación de asas de intestino delgado y grueso con presencia de neumatosis intestinal a nivel del colon derecho. Posible zona de obstrucción mecánica a nivel del colon sigmoide y enfermedad diverticular.



Fig. 1. Tomografía computarizada, estudio de abdomen simple, vista coronal

Se interpretó como un abdomen agudo obstructivo, se preparó al paciente y se trasladó a quirófano donde se realizó una laparotomía exploratoria. Los hallazgos quirúrgicos fueron la presencia dilatación de las asas de intestino delgado y del marco colónico cuyo origen estuvo dado por una masa tumoral a nivel del sigmoide. La intervención quirúrgica consistió en resección en bloque de la lesión con la técnica de Hartmann.

El estudio macroscópico describió un segmento de colon sigmoide de 12 cm de longitud y 4,5 cm de diámetro con segmento invaginado de serosa deslustrada, pardo amarillento y acartonada. A nivel del eje de la zona de invaginación, se observó una masa sobrelevada, de aspecto polipoide, pediculada, que medía 2 X 1,3 cm de superficie erosionada. Al corte, era homogénea, blanda, con hendiduras vasculares evidentes, en concordancia con la lesión descrita en el espesor parietal se evidenciaba una dilatación sacular que medía 2 X 1,6 cm.

En los cortes histológicos del análisis microscópico (figura 2), se evidenció una lesión polipoide pediculada, revestida por mucosa, con focos de erosión y compuesta por un estroma fibroconectivo laxo. Se observó células fusiformes acompañadas de infiltrado inflamatorio mixto, con focos de predominio eosinofílico y presencia de estructuras vasculares de diferentes diámetros. Se detectó, además, varias zonas de invaginaciones diverticulares de mucosa y submucosa en el espesor parietal que carecían de capa muscular y revestidas por serosa.

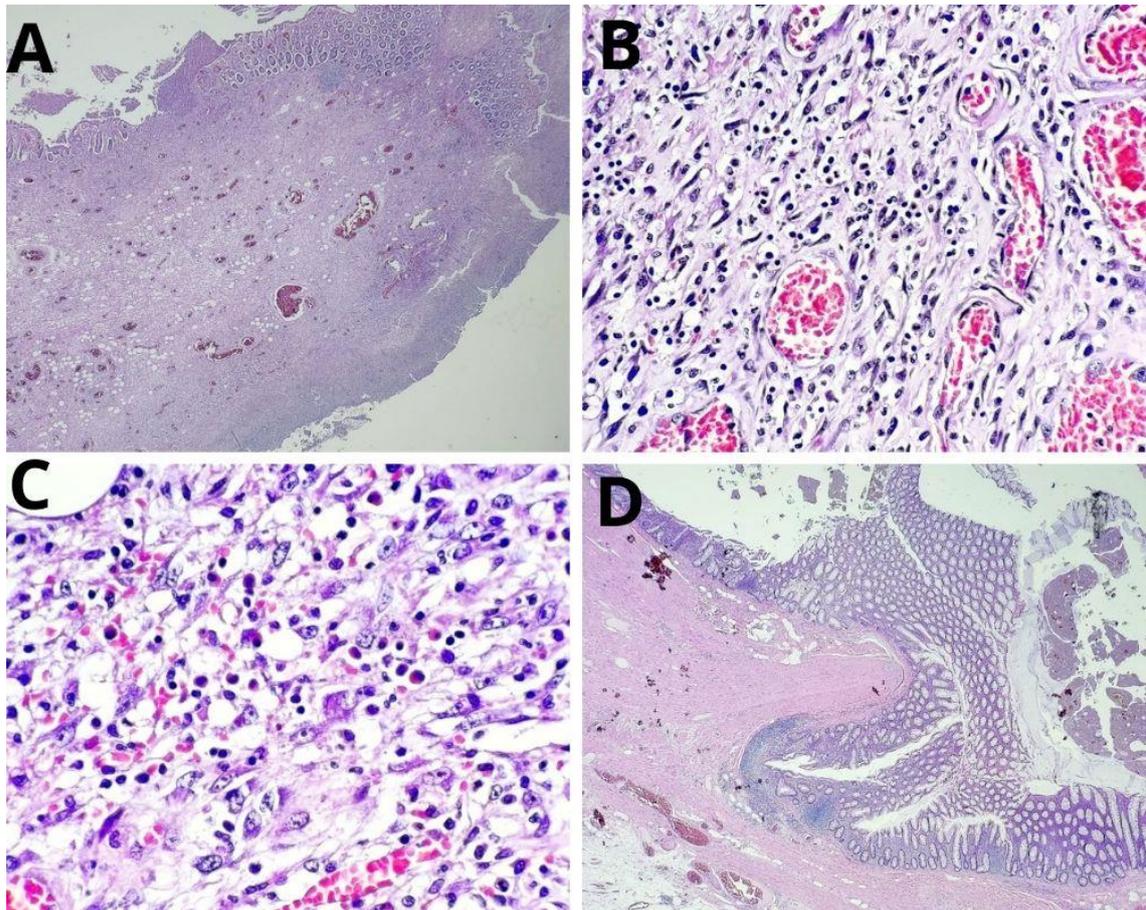


Fig. 2. Estudio microscópico. (A) Pólipo fibroide, se observa el revestimiento mucoso y el estroma con estructuras vasculares y celularidad mixta; (B) Población de células fusiformes y estructuras vasculares; (C) Áreas focales con predominio de eosinófilos; (D) Divertículo, se observa la invaginación mucosa y la falta de capa muscular en el espesor de la pared.

En su postoperatorio tardío, el paciente cursó con una complicación por evisceración media infraumbilical, razón por la que se reintervino. Fue dado de alta al duodécimo día del ingreso sin reportar nuevas complicaciones.

Discusión

La intususcepción intestinal en adultos es una condición rara que representa el 1% de todas las obstrucciones intestinales y el 5% de todos los casos de invaginación intestinal.^(1,4,6) Es una entidad clínica infrecuente y de difícil diagnóstico que, a diferencia de la etiología idiopática en la edad infantil, en los mayores suele tener su origen en una lesión mural de naturaleza maligna.⁽³⁾

El diagnóstico de intususcepción en el adulto suele ser realizado en el acto quirúrgico por lo inespecífico del cuadro clínico. La mayoría de los casos presenta síntomas intermitentes por periodos de días e incluso meses, con dolor abdominal y frecuente asociación de náuseas, vómitos y constipación. En nuestro paciente, la presencia de diarreas fue lo que ocasionó dudas en el diagnóstico. Estos síntomas coinciden con los publicados en otros casos de pacientes adultos con similar entidad nosológica.^(4,5)

El criterio clínico debe ser corroborado por los resultados de los estudios complementarios de imágenes y procedimientos endoscópicos. A pesar del desarrollo tecnológico actual no se ha logrado establecer un algoritmo efectivo para el diagnóstico de esta afección.

El estudio imagenológico de mayor disponibilidad es la radiografía simple de abdomen. Su adecuada interpretación puede facilitar el diagnóstico al revelar signos de obstrucción intestinal.⁽²⁾ Los estudios radiológicos contrastados resultan una herramienta efectiva al proporcionar información sobre el posible sitio de la oclusión.⁽³⁾

La ecografía es considerada por Marinis et al.⁽³⁾ un método diagnóstico útil de la invaginación intestinal, independientemente de la edad. En este sentido, Aguirre et al.⁽¹⁾ está en desacuerdo con el uso de este estudio en los adultos debido al enmascaramiento de los signos que ocasionan las asas de intestino dilatadas. Lianos et al.⁽²⁾ reconocen que la obesidad y el gas en el intraluminal pueden afectar la calidad de la imagen y la precisión diagnóstica de este método; sugiere que este procedimiento sea realizado por un especialista experimentado.

La tomografía computarizada es considerada como el método de imagen de mayor sensibilidad y especificidad al detectar la invaginación intestinal.^(2,3,4,6) El hallazgo característico de la intususcepción es el signo de la diana, por la superposición del asa invaginada sobre el asa distal adyacente y el resto de las estructuras.⁽⁴⁾ El contraste intravenoso en este estudio facilita la detección de signos de complicaciones y orienta sobre la posible etiología.⁽⁴⁾

La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia son procedimientos con demostrada efectividad en el diagnóstico y el tratamiento de la invaginación intestinal.⁽⁶⁾ En pacientes adultos puede ayudar a diagnosticar la causa de la intususcepción, lo que puede contribuir a la toma de decisión quirúrgica.

En los adultos, las lesiones orgánicas en la pared intestinal son la causa principal de invaginaciones, siendo las neoplasias malignas las más comunes.⁽⁶⁾ El carcinoma metastásico fue la principal causa de tumor maligno en la invaginación intestinal entérica y el adenocarcinoma primario en la invaginación ileocólica y colónica. En general, han sido reportados escasos trabajos en los que las entidades benignas del colon en pacientes adultos han originado invaginación intestinal.⁽⁵⁾ En nuestro artículo presentamos un caso peculiar donde se describe a una invaginación sigmoidea cuyo origen es un pólipo fibroso inflamatorio como punto invaginante concomitando con la presencia de divertículos sigmoideos. Hemos podido encontrar pocos trabajos publicados que presentan diagnósticos etiológicos similares.^(8,10)

La mayoría de los estudios recomiendan que, ante la presencia de una intususcepción intestinal en un adulto, la resección en bloque sin reducción es la técnica de elección, para evitar las posibles complicaciones como perforación, siembra o la diseminación de células tumorales.^(1,3) La intervención laparoscópica ha demostrado ser un método efectivo en esta enfermedad.^(3,6) Esta intervención quirúrgica debe limitarse a pacientes con buen estado general y requiere de disponibilidad de cirujanos con suficiente experiencia.⁽³⁾

Independientemente del método de abordaje, en las invaginaciones colónicas del lado derecho, la resección y la anastomosis primaria pueden efectuarse incluso en intestinos no preparados, mientras que para los casos del lado izquierdo o rectosigmoide la resección y ostomía proximal con cierre del muñón distal es la técnica recomendada en el contexto de emergencia.⁽³⁾

Referencias bibliográficas

1. Aguirre F, Silva Á, Parra P, Salcedo D, Acevedo Y, Acevedo Y, et al. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. Rev Colomb Cir. 2019 [citado 28/09/2022];34(1):79-86. Disponible en:
<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/102>
2. Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, Baltoggiannis G, Ignatiadou E. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. G Chir.2013 [citado 27/09/2022];34(9-10):280-283. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926485/>
3. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intususcepción of the bowel in adults: A review. World J Gastroenterol. 2009 [citado 27/09/2022];15(4):407-411. Disponible en:
<https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i4/407.htm>
4. Martínez E, Del Valle JB, Ichuta Espinal C, González Salazar EA, Golzio M. Intususcepción colorrectal por lipoma en un adulto: a propósito de un caso. Rev Argent Radiol.2022 [citado 28/09/2022];86(2):140-142. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.24875/rar.m22000013>
5. González Ruiz Y, Reyes Delgado A, Gutiérrez Alonso C, Franco Rubio JI, González Herrero M. Invaginación sigmoidea como presentación clínica de schwannoma de colon. Caso pediátrico. Arch Argent Pediatr. 2019 [citado 09/02/2023];117(1):e68-e71. Disponible en:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n1a23.pdf>
6. Syed H, Syed L, Parampalli U, Uheba M. Adult intususcepción secondary to diverticular disease. BMJ Case Rep. 2018 [citado 27/09/2022];bcr2018226678. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6229181/>

7. Ivanis N, Tomas V, Vranic L, Lovasic F, Ivanis V, Žulj M, et al. Inflammatory Fibroid Polyp of the Small Intestine: A Case Report and Systematic Literature Review. J Gastrointestin Liver Dis. 2020 [citado 11/12/2022];29(3):455-460. Disponible en:

<https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/2417>

8. Garmpis N, Damaskos C, Garmpi A, Georgakopoulou VE, Sakellariou S, Liakea A, et al. Inflammatory Fibroid Polyp of the Gastrointestinal Tract: A Systematic Review for a Benign Tumor. In Vivo.2021 [citado 19/09/2022];35(1):81-93. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880787/>

9. Vanek J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. Am J Pathol. 1949 [citado 21/10/2022];25(3):397-411. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1942901/>

10. Karuhanga T, Ngimba C, Yahaya JJ. Inflammatory Fibroid Polyp in a 48-Year-Old Male: A Rare Cause of Intussusception. Case Rep Surg.2020 [citado 21/10/2022];2020: 9251042. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2020/9251042/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Financiamiento

Esta investigación no requirió financiamiento

Contribución de autoría

Conceptualización: Ángel Alfredo Moncayo Castillo, Diana Sofía Villegas Valle

Curación de datos: Ángel Alfredo Moncayo Castillo, Amilkar Suárez Pupo

Análisis formal: Amilkar Suárez Pupo, Sonia María González Mora

Adquisición de fondos: Diana Sofía Villegas Valle, Carmen Concepción Moncayo Valencia

Investigación: Carmen Concepción Moncayo Valencia, Sonia María González Mora

Metodología: Amilkar Suárez Pupo, Ángel Alfredo Moncayo Castillo

Administración del proyecto: Ángel Alfredo Moncayo Castillo, Carmen Concepción Moncayo Valencia

Recursos: Sonia María González Mora, Ángel Alfredo Moncayo Castillo

Software: Amilkar Suárez Pupo, Sonia María González Mora

Supervisión: Sonia María González Mora, Diana Sofía Villegas Valle

Validación: Carmen Concepción Moncayo Valencia, Sonia María González Mora

Visualización: Carmen Concepción Moncayo Valencia, Sonia María González Mora

Redacción–borrador original: Amilkar Suárez Pupo, Amilkar Suárez Pupo

Redacción–revisión y edición: Carmen Concepción Moncayo Valencia, Diana Sofía Villegas Valle



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-
No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)