

Hombre de 48 años con dolor abdominal recurrente de 8 meses de evolución, anemia y pérdida de peso

R. Lirón Ruiz, J. A. Torralba Martínez, G. Morales Cuenca, J. G. Martín Lorenzo y J. L. Aguayo Albasini

Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia.

Caso clínico

Paciente varón de 48 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consultó por un cuadro de dolor abdominal difuso, tipo cólico, intenso, de 8 horas de evolución, acompañado de náuseas, dificultad para ventosear y borborígmox intestinales. El paciente refería episodios similares desde hacía 8 meses, junto a astenia, anorexia y pérdida de 10 kg de peso, motivo por el cual había sido estudiado en otro hospital, realizándose gastroscopia, colonoscopia y tránsito esofagogastrroduodenal que fueron normales. Aportaba una analítica general reciente con anemia hipocrómica y microcítica (hemoglobina: 10 g/dl). En la exploración abdominal presentaba un dolor leve a la palpación profunda en mesogastrio (el dolor había disminuido en ese momento), no había signos de irritación peritoneal ni presencia de masas o visceromegalias. Auscultación abdominal con peristaltismo intestinal aumentado en intensidad y frecuencia, sin ruidos metálicos ni chapoteo. Radiografía de abdomen: sin alteraciones significativas. Se realizó ecografía (fig. 1) y tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (fig. 2).



Fig. 1. Ecografía abdominal en la que se aprecia imagen de intestino delgado con morfología de «tubo dentro de tubo».

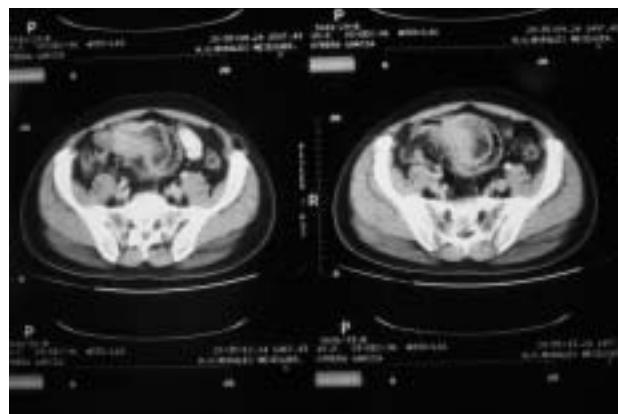


Fig. 2. Tomografía axial computarizada mostrando una imagen en diana característica.

Evolución

La ecografía mostró una imagen de intestino delgado con morfología de «tubo dentro de tubo», confirmándose los hallazgos en la TAC abdominal, siendo compatible con el diagnóstico de invaginación intestinal de etiología no filiada. El paciente fue intervenido quirúrgicamente; se encontró invaginación intestinal crónica ileo-ileal (fig. 3), con adenopatías en el meso intestinal. Se realizó la resección del asa de intestino con la invaginación y anastomosis ileo-ileal. Al abrir la pieza quirúrgica apareció una tumoración polipoidea sólida y homogénea, con base amplia, con un tamaño de unos 4 cm de diámetro, de color blanquecino y que ulceró la mucosa (fig. 4). La anatomía patológica informó de un pseudotumor inflamatorio intestinal sin evidencia de malignidad. Adenopatías inflamatorias en meso intestinal.

Diagnóstico

Invaginación intestinal crónica por pseudotumor inflamatorio intestinal.

Discusión

El pseudotumor inflamatorio intestinal emerge de la submucosa, tiene forma polipoide o sesil, siendo generalmente único y grande. Su origen es mesenquimal. Mediante estudio por microscopía electrónica, las células tienen características de miofibroblastos; sin embargo, las características inmunohistoquímicas son más propias de un origen histiocítico o fibrohistiocítico¹. Su localización más frecuente es, por este orden, estómago, intestino delgado y colon². Cuando se localiza en intestino delgado es infrecuente que su diagnóstico se realice fuera del contexto de una urgencia quirúrgica, generalmente una obstrucción intestinal, bien por invaginación o por obstrucción de la propia luz intestinal^{3,4}. En este caso, el pseudotumor originó múltiples episodios de invaginación intestinal sin obstrucción completa, causando dolor abdominal y fenómenos inflamatorios locales, los cuales originaron adenopatías en el meso intestinal afecto, estando descrito como excepcional que la enfermedad afecte a ganglios linfáticos regionales⁵.



Fig. 4. Pieza de resección intestinal abierta, mostrando la mucosa intestinal y en su extremo superior el pseudotumor inflamatorio.

El tamaño de la lesión provocó la ulceración de la mucosa intestinal, causando sangrado crónico y anemia, originando un cuadro clínico que simulaba un tumor intestinal maligno. Cabe destacar la importancia de la eco-TAC en el diagnóstico de estos procesos, sobre todo en aquellos pacientes que consultan en Urgencias, ya que pueden proporcionar el diagnóstico de invaginación intestinal⁶. En aquellos casos en que se sospeche esta entidad y se pueda realizar el tránsito baritado intestinal puede ser útil en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai J. Gastrointestinal tract. En: Rosai J, editor. Ackerman's surgical pathology. 8th, volume one. St. Louis: Mosby-year book, Inc, 1996. p. 589.
2. Muñiz Grimalvo O, Reina Campos F, Borderas F, Trujillo Rodríguez L, Pérez Cidoncha P, Ramos Lora M. Inflammatory fibroid polyp: an infrequent cause of intestinal obstruction. Rev Esp Enferm Dig 1993;83:214-5.
3. Winkler H, Zelikovski A, Gutman H, Mor C, Reiss R. Inflammatory fibroid polyp of the jejunum causing intussusception. Am J Gastroenterol 1986;81:598-601.
4. Bradley B, Molloy PJ, Glick K, Kania RJ. Ileal intussusception and obstruction as presentation of inflammatory fibroid polyp. Dig Dis Sci 1995;40:812-3.
5. Myint MA, Medeiros LJ, Sulaiman RA, Aswad BI, Glantz L. Inflammatory pseudotumor of the ileum. A report of a multifocal transmural lesion with regional lymph node involvement. Arch Pathol Lab Med 1994; 118:1138-42.
6. Coulier B, Coppens JP, Mailleux P, Gooris JP, Broze B. A cause of intestinal intussusception in an adult. J Belge Radiol 1994;77:121-3.



Fig. 3. Imagen en el campo operatorio de la invaginación ileo-ileal.