

Mujer de 73 años con dolor abdominal recurrente y pérdida de peso

J. Solís Jiménez^a, M. Montes Lluch^a, C. de la Fuente Gutiérrez^a, M. E. García Ramírez^a, C. Castro Javoie^b y D. Rodríguez-Peña^b

^a Servicio de Geriatría. SANITAS. ^b Servicio de Cirugía General. Clínica Universal. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 73 años, sin antecedentes médicos conocidos, intervenida a los 20 años de fibroadenoma mamario, con excelente situación funcional basal, tanto física como cognitiva. No sigue ningún tratamiento farmacológico. Presenta un cuadro de aproximadamente un mes de evolución de sensación fluctuante y autolimitada de masa epi-mesogástrica con ligero dolor que se irradia a ambos hipocondrios, acompañado de plenitud pospandrial, náuseas y disminución de apetito. Ha perdido 4 kg de peso. La exploración general es rigurosamente normal. En la analítica destaca una hemoglobina (Hb) 11,8 g/dl, hematocrito (Hct) 35%, con volumen corpuscular medio (VCM) y concentración de hemoglobina corpuscular media (MCHC) normal. Proteínas 6,2 g/dl con albúmina y resto de parámetros bioquímicos sin alteraciones. En la ecografía abdominal se describe una masa de 7 cm en hemiabdomen izquierdo, de probable origen colónico. La colonoscopia no muestra lesión alguna salvo divertículos diseminados y un pseudopólipo inflamatorio en recto. Se realiza tomografía computarizada (TAC) de abdomen (fig. 1).



Fig. 1.

Descripción radiológica

Tras la realización de una TAC abdominal, en el hemiabdomen izquierdo se visualiza una imagen nodular hipodensa con pared bien definida que corresponde a asa de intestino delgado invaginada (flecha) con patrón obstructivo proximal.

Evolución

Se procede a la resección del asa de íleon invaginada. La anatomía patológica no evidencia lesión subyacente, existiendo sólo fenómenos inflamatorios crónicos de carácter inespecífico. A los dos meses de la intervención quirúrgica la paciente ha recuperado su peso habitual, permanece libre de síntomas y mantiene su buena situación funcional.

Diagnóstico

Invaginación intestinal ileoileal idiopática.

Discusión

La invaginación intestinal se define como el telescopaje de un segmento del tracto digestivo en otro. Es una patología frecuente en niños y sólo el 5% del total ocurre en adultos. Representan aproximadamente el 1-3% de todas las obstrucciones intestinales y el 0,01% de los ingresos hospitalarios¹.

Puede ocurrir en cualquier época de la vida, aunque es más frecuente entre la sexta y la séptima décadas², y puede localizarse en cualquier punto del tracto intestinal. En casi el 90% de los casos existe una causa precipitante, la mayor parte de las veces una neoplasia. Las localizadas en el intestino delgado son sobre todo benignas: lipomas, hamartomas, leiomiomas, neurofibromas o adenomas³. Entre las causas no neoplásicas más frecuentes destacan las adherencias postoperatorias, el divertículo de Meckel, la hiperplasia linfoide y la esclerodermia⁴. Por el contrario, las invaginaciones en el

intestino grueso son debidas en la inmensa mayoría de las veces a neoplasias malignas. La posibilidad de encontrar un proceso maligno de base se incrementa con la edad². La etiología idiopática es excepcional en cualquier localización, especialmente en el colon.

La presentación clínica, aunque puede ser aguda en relación a una obstrucción intestinal, tiende a ser subaguda o crónica. De hecho, el diagnóstico se demora una media de 37 días desde la aparición de la clínica¹. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, náuseas, vómitos, melenas, pérdida de peso y masa abdominal, aunque su carácter intermitente y fluctuante dificulta el diagnóstico.

Se diagnostica preoperatoriamente en algo menos de la mitad de los pacientes. El método de elección para el diagnóstico es la TAC, que podría ser definitivo en el 78% de los casos. Radiológicamente se describe en las fases iniciales con forma de «diana» (corte transversal) o de «salchicha» (corte longitudinal). En las más avanzadas toma forma de «pseudoriñón»⁵. La ecografía abdominal puede ser también útil por su sencillez, reproducibilidad y universalidad aunque es menos efectiva por su menor especificidad. Ya hay descritos casos diagnosticados mediante endoscopia con vídeo-cápsula que podría tener utilidad en el futuro⁶.

El tratamiento consiste en la resección de la zona invaginada. Sólo en una minoría de los casos, aquéllos con riesgo de producir síndrome del intestino corto o en los de etiología benigna confirmada, se podría valorar la posibilidad de la reducción sin resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azar T, Berger D. Adult intussusception. Ann Surg. 1997;226:134-8.
2. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults: institutional review. J Am Coll Surg. 1999;188:390-5.
3. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez A, Lirón-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguilar-Jiménez J, et al. Intestinal invagination in adults: pre-operative diagnosis and management. Int J Colorectal Dis. 2004;19:68-72.
4. Warshauer DM, Lee JKT. Adult intussusception detected at CT or MRI imaging: clinical-imaging correlation. Radiology. 1999;212:853-60.
5. Calvo AM, Montón S, Rubio T, Repino M, Saraníbar H. Invaginación intestinal en el adulto secundaria a lipoma yeyunal. Anales Sis San Navarra. 2005;28:115-8.
6. Keroack MD, Peralta R, Abramson SD, Misdraji J. Case 24-2004: A 48-year-old man with recurrent gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. 2004; 351:488-95.