

Invaginación sigmoideoanal: caso clínico

J.G. Rosales Juega, M. Jorge Iglesias, D. Rosales Juega, J. Couselo Villanueva, M. Moreda Pérez y O. Maseda Díaz

Servicio de Cirugía General. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

Resumen

Presentamos, dada su rareza, un nuevo caso de invaginación sigmoideoanal.

Se trata de una mujer de 61 años que acudió a urgencias presentando el sigma invaginado a través del ano por un adenocarcinoma de sigma. Una vez diagnosticada mediante los hallazgos clínicos, exploración física y realización de enema opaco, fue tratada quirúrgicamente realizándose una laparotomía con desinvaginación y resección del rectosigma con colostomía ilíaca proximal y fístula mucosa distal.

Se analizan los aspectos etiopatogénicos, diagnósticos y terapéuticos de la invaginación intestinal en el adulto y, en particular, de la invaginación sigmoideoanal.

Palabras clave: *Invaginación sigmoideoanal. Invaginación intestinal. Obstrucción intestinal.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 185-187)

SIGMOID-ANAL INVAGINATION. CASE REPORT

Sigmoid-anal invagination is extremely rare. We present the case of a 61-year-old woman who presented in the emergency department with sigmoid-anal invagination secondary to sigmoid adenocarcinoma. Diagnosis was based on clinical findings, physical examination and opaque enema. Laparotomy with disinvagination and resection of the rectum and sigmoid colon with proximal iliac colostomy and distal mucosal fistula were carried out.

The etiopathogenic, diagnostic and therapeutic aspects of intestinal invagination in the adult, particularly sigmoid-anal invagination, are analyzed.

Key words: *Sigmoid-anal invagination. Intestinal invagination. Intestinal obstruction.*

Introducción

La invaginación intestinal en el adulto es una enfermedad muy infrecuente¹⁻³, al contrario de lo que sucede en el niño, dentro de ella la invaginación sigmoideoanal es excepcional; usualmente está causada por una lesión de la pared intestinal^{3,4}. El diagnóstico se basa en la historia clínica, estudios radiológicos (enema opaco, ecografía) y endoscópicos⁵⁻⁷. El tratamiento es quirúrgico y está basado en la resección del tramo de intestino afectado⁸.

Presentamos el caso clínico de una paciente, atendida en nuestro servicio, por presentar invaginación sigmoideoanal secundaria a adenocarcinoma de sigma.

Caso clínico

Mujer de 61 años, sin antecedentes de interés, con historia de rectorragias de un año de evolución que aumentó en los últimos meses y síndrome general (astenia, anorexia y disminución de 5 kg de peso).

Se realizó colonoscopia 15 días antes del ingreso encontrándose en colon sigmoide, a 25 cm del ano, una tumoración polipoide sugestiva de adenocarcinoma; la biopsia confirmó la existencia de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigma.

La paciente estaba en lista de espera para intervención quirúrgica, pero tuvo que ingresar de forma urgente por presentar intenso dolor abdominal acompañado de prolapso de sigma a través del ano. En la exploración física se apreciaba afectación del estado general con abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas con peristaltismo aumentado; en la inspección anal se apreciaba la protrusión del sigma 3 cm emergiendo por el orificio anal en cuyo ápice se evidenciaba el tumor, palpándose el doble anillo correspondiente a la pared de la ampolla rectal y el sigma invaginado en su centro; la mucosa

Correspondencia: Dr. J.G. Rosales Juega.
Servicio de Cirugía General. Hospital Xeral-Calde.
Dr. Severo Ochoa, s/n. 27004 Lugo.

Aceptado para su publicación en junio del 2000.



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen. Se observa imagen de gas patológico dentro del recto perfilando el contorno de la invaginación de sigma. Los restos de contraste apreciados son debidos a que se realizó una TC 2 días antes.



Fig. 2. Enema opaco. El bario introducido en el recto permite apreciar con claridad la totalidad de la invaginación sigmoidea.

del sigma se encontraba muy congestiva y friable con emisión de sangre negruzca y signos de isquemia mucosa.

En cuanto a las exploraciones complementarias realizadas presentaba una analítica sanguínea básica con coulter y pruebas de coagulación normales. En la radiografía simple de abdomen (fig. 1) se apreciaba el gas patológico marcando el contorno de la pared rectal delimitados por el sigma invaginado. Se realizó un enema opaco (fig. 2) en donde se perfilaba claramente la anatomía de la invaginación.

Ante el estado clínico de la paciente, que presentaba un cuadro clínico de oclusión intestinal con signos de isquemia en la pared del sigma invaginado, se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente procediéndose, en primer lugar, a desinvaginación mediante presión del sigma invaginado a través del ano combinada con tracción del sigma desde la cavidad abdominal; seguidamente se practicó una hemicolectomía izquierda oncológica con colostomía ilíaca proximal y fístula mucosa del recto. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Discusión

La invaginación es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto y, en particular, la invaginación sigmoideoanal es excepcional¹⁻³. En cuanto a la localización las invagina-

ciones en el adulto usualmente ocurren en el intestino delgado, así las enteroentéricas acontecen en el 48-70% de los casos y las ileocólicas en el 25-40%, mientras que las colóclicas sólo en el 5-18%⁹.

A diferencia de la invaginación idiopática del niño, en el adulto está asociada con una lesión orgánica demostrable en casi el 90% de los casos fundamentalmente tumores benignos o malignos, lesiones inflamatorias de la pared intestinal y divertículo de Meckel^{3,4}. La incidencia de malignidad en pacientes mayores de 60 años es alta con porcentajes entre el 50 y el 70% de los casos; según la localización hay mayor frecuencia de neoplasias malignas en las invaginaciones colóclicas e ileocólicas (54-77%) que en las yeyuno-yeyunales e ileo-ileales (25%).

El mecanismo fisiopatológico exacto que precipita la invaginación es aún desconocido. La estimulación del intestino normalmente produce un área de constricción proximal y de relajación distal; una lesión en la pared intestinal o irritación dentro de su luz altera el peristaltismo normal y es capaz de comenzar la invaginación¹.

El diagnóstico es usualmente demorado y no realizado antes de la laparotomía^{5,10,11}. El cuadro clínico es de una suboclusión intestinal que asemeja a otras enfermedades, con dolor abdominal, vómitos y rara vez emisión de heces sanguinolentas, en ocasiones puede palparse una masa abdominal en el tacto rectal

o visualizarse el ápice del intestino invaginado a través del ano, como ocurrió en nuestro caso, lo cual facilita el diagnóstico. La obstrucción aguda no es una situación usual en adultos, la mayoría de los casos presentan síntomas intermitentes durante varios días e incluso meses.

En cuanto a las exploraciones complementarias, en algunas ocasiones la radiografía simple de abdomen puede facilitar el diagnóstico temprano (fig. 1) al apreciarse una masa de tejidos blandos con gas delimitando el perfil del ápice de la invaginación, valores hidroaéreos proximales y escaso contenido fecal y de gas distal. En caso de que produzca obstrucción colónica el enema opaco puede ser de gran utilidad dibujando el contorno del intestino invaginado. La ecografía abdominal puede detectar en una sección transversal en la invaginación una imagen en diana, compuesta por dos anillos concéntricos hiperecogénicos. La colonoscopia puede ayudar a establecer el diagnóstico y a determinar la causa que la produce y, además, ser útil en la valoración de la presencia o ausencia de isquemia de la pared intestinal^{1,4,5,7,12,13}.

El tratamiento de la invaginación en el adulto es quirúrgico, consistirá en la resección del intestino afectado, la reducción de una invaginación con sospecha de malignidad debe ser evitada porque puede causar perforación intestinal y además existe el peligro de embolización venosa de células tumorales; existen algunas escasas excepciones en que puede estar indicado un intento de reducción de la invaginación, previa a la resección del intestino afectado, como cuando existe la certeza de la existencia de una tumoración benigna, para proceder seguidamente a una enterotomía y exéresis de la lesión causante o a una pequeña resección intestinal^{1,5}; también estaría indicada la reducción manual en los muy raros casos en que existiese una longitud muy grande de intestino afectado cuya resección provocaría un síndrome de intestino corto o en la invaginación sigmoidea donde la reducción puede ser aconsejable para realizar una resección conservadora y evitar la amputación de recto^{5,13,14}. En casos de urgencia el cirujano debe evaluar la necesidad de una resección con anastomosis inmediata o diferida; la elección del

tipo de operación dependerá del estado clínico del paciente, de la longitud del intestino afectado, del daño isquémico, de la existencia o no de peritonitis, de la localización, del diagnóstico fiable de malignidad y de la experiencia del cirujano^{11,15}.

Bibliografía

- Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Odgen W. Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg* 1971; 121: 531-535.
- Tomás ME, Martín A, Soto S, Castellón C, Pérez-Campos A, Casis B et al. Invaginación intestinal secundaria a pólipo fibroide inflamatorio. *Rev Esp Enf Digest* 1998; 90: 464-466.
- Fuster Diana CA, Orbis Castellanos JF, Moya Herraiz A, López Andujar R, Sanjuán Rodríguez, Juan Burgueño M et al. Invaginación intestinal por lipoma submucoso de colon sigmoide. *Cir Esp* 1998; 64: 383-385.
- Schuidt F, Van Gansbeke D, Ansay J. Intussusception in adults- report of 3 cases. *Acta Chir Belg* 1985; 85: 55-60.
- Han AM, Reijnen, Harrie JM, Joosten, Herman HM, De Boer. *Am J Surg* 1989; 158: 25-28.
- Alvarez Muñoz P, García Méndez C, Del Valle Hernández E, Turégano Fuentes F. *Cir Esp* 1993; 54: 473-474.
- Mira X, Julian JF, Piñol M, De la Cruz, Casas JD, Cuadras P et al. *Cir Esp* 1998; 63: 152-154.
- Teasdale DH. Colo-colic intussusception in the adult. *Br J Surg* 1953, 41: 128-133.
- Atten Mary Jo, Attar Bashar M, Mahkri Mohamed A, Del Pino A, Orsay Charles P. Giant pseudopolyps presenting as colocolic intussusception in Crohn's colitis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1591-1592.
- Agha FP. Intussusception in adults. *Am J Radiol* 1986; 146: 527-531.
- Lorenzi M, Iroatulam A, Vernillo R, Banducci T, Mancini S, Tiriboché A et al. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. *Am Surg* 1999; 65:11-14.
- Cabanis P, Melet J, Bitar I. Les invaginations intestinales de l'adulte. *Ann Chir* 1991, 45: 426-428.
- Younes Z, Johnson D, Dimick L. Sigmoideo-anal intussusception presenting as rectal prolapse: role of endoscopic diagnosis. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 561-563.
- Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193: 230-236.
- Reijnen HAM, Joosten HJM, De Boer HHM. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989; 158: 25-28.