

## CASOS CLÍNICOS

# Intususcepción colocolónica por pólipo

Drs. CRISTIÁN BARDAVID S, XIMENA PARADA D, NICOLÁS ÁVALOS J

Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca

### RESUMEN

Presentamos caso clínico, en el que hubo desarrollo de intususcepción de ángulo esplénico de colon, en cuya génesis participó un pólipo colónico gigante, de tipo hiperplástico y que clínicamente se manifestó como obstrucción intestinal. La intususcepción intestinal en el adulto es un cuadro altamente infrecuente, aún más si la localización es colocolónica, siendo realizado el diagnóstico con mayor frecuencia en el intraoperatorio. En este caso, a pesar de contar con los exámenes de elección en que podría haberse identificado el mecanismo de la obstrucción intestinal, el paciente fue intervenido sin ser sospechada la intususcepción.

PALABRAS CLAVES: *Intususcepción, pólipo de colon, obstrucción intestinal*

### SUMMARY

We report the clinical case of a patient who developed an intussusception of the left colonic angle caused by a hyperplastic colonic polyp. The clinical presentation was an intestinal obstruction. In the adult, intestinal intussusception, specially the colo-colonic type is highly infrequent. Often, the diagnosis is made during surgery. In the case presented, even though adequate preoperative exams were done, the patient underwent surgery without the preoperative diagnosis of intussusception.

KEY WORDS: *Intussusception, colonic polyp, intestinal obstruction*

### INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal en el adulto, fue descrita por primera vez por Barbet de Amsterdam en 1674, siendo su evolución hasta mediados del siglo XIX casi siempre mortal. En 1871, fue llevada a cabo la primera reducción quirúrgica exitosa por Sir Jonathan Hutchinson.<sup>1</sup> Constituye el 5% de todas las intususcepciones (considerando a la población infantil) y representa el 1% como causa de obstrucción intestinal, dado lo cual pocos cirujanos generales verán más de 1 a 2 casos durante su carrera.<sup>1</sup> A diferencia de los niños, la intususcepción en el adulto tiene una etiología demostrable en un 70 a 90% de los casos.<sup>1,2</sup>

Se entiende por intususcepción, cuando un segmento proximal de intestino se telescopa dentro

del lumen del segmento adyacente distal. Lesiones intraluminales pueden ocasionar alteración del peristaltismo intestinal y constituirse en el punto de partida de la invaginación.<sup>2</sup> Por otra parte, los pólipos mucosos no neoplásicos más frecuentes corresponden a los de tipo hiperplásticos, los que habitualmente son sésiles y de localización recto-sigmoidea.

En el caso expuesto a continuación, se relacionan ambas patologías, presentando un interesante e infrecuente cuadro clínico.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 70 años, sexo masculino, con historia de dolor abdominal de carácter cólico e intermitente, anorexia, baja de peso de un

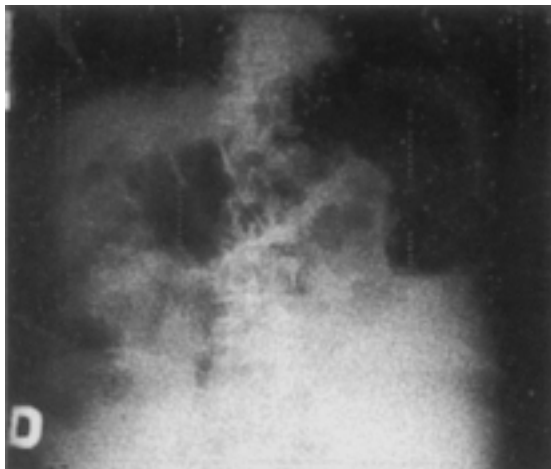


Figura 1.

año de evolución, a lo que se suma el antecedente de haber sido intervenido por obstrucción intestinal en otro centro hospitalario 15 días antes, momento en el que se pesquiza un tumor de ángulo esplénico de colon que no es resecado, determinando su derivación a Hospital DIPRECA. No mediando urgencia quirúrgica al momento de recibir el paciente, se solicita estudio. Tras 10 días de la primera consulta en nuestro hospital, presenta cuadro de obstrucción intestinal incompleta. Rx simple de abdomen mostraba una interrupción de la columna de aire a nivel de colon izquierdo (Figura 1), TAC abdominal (Figura 2) y enema baritado (Figura 3) fueron informados como compatibles con la existencia de una lesión primaria de colon izquierdo al igual que la ecotomografía abdominal en que se visualizaba una masa arriñonada. Bajo estas condiciones es nuevamente intervenido, encontrando un tumor polipoideo gigante en el ángulo esplénico de

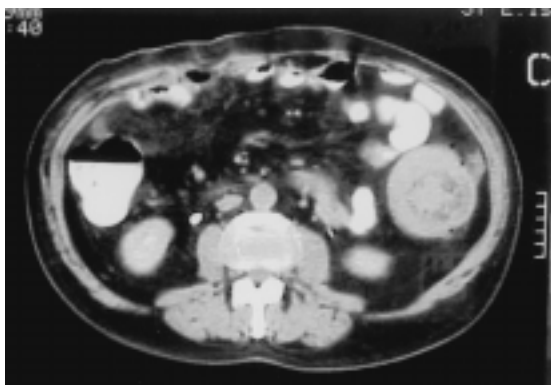


Figura 2.



Figura 3.

colon, intususceptado a colon descendente (Figura 4), resolviendo efectuar una hemicolectomía izquierda. Biopsia extemporánea demuestra pólipo hiperplástico gigante de colon, sésil con dependencia polipoidea pediculada central de 5,5 x 5 x 5 cm y 4 x 4 x 3 cm respectivamente, erosionado y en partes ulcerado, con áreas de necrosis Mínima atipia celular, sin elementos de displasia. Diverticulosis.

Evolución postoperatoria satisfactoria. Control con enema baritado normal.

### DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal está definida como la invaginación de un segmento del tracto gastrointestinal dentro de otro segmento adyacente y generalmente en relación a la unión de un segmento móvil con otro.<sup>3,4,5</sup> La edad promedio de presen-



Figura 4.

tación es de 54,4 años con un rango que fluctúa entre los 19 y 90 años.<sup>2,3</sup>

Existe una discreta prevalencia del sexo masculino= 1,8/1.<sup>3</sup> En cuanto a su distribución, en algunas publicaciones asignan una prevalencia para la localización entérica por sobre la colónica de 64%/36%<sup>4</sup> y en otras de 44%/14%.<sup>3</sup> Los síntomas y signos descritos en el caso presentado, son compatibles con los descritos habitualmente. En una revisión de casi 30 años del Massachusetts General Hospital, en que presentaban 58 casos, los síntomas más comunes eran náuseas, dolor abdominal (78%), luego melena y pérdida de peso (10%). Puede presentarse como cuadro de oclusión intestinal completo e incompleto entre 50-80%.<sup>3-5</sup> En un 70% de los casos, el dolor abdominal característicamente resulta periódico e intermitente.<sup>3,5</sup> lo que es concordante con la clínica de este paciente en particular. La duración de los síntomas es variable, de 1 a 365 días, con una media de 37,4,<sup>3</sup> presentándose en forma más prolongada frente a cuadros benignos. Respecto a su etiología, generalmente existe una patología intraluminal bien definida:<sup>2,9</sup> son predominantes las lesiones de carácter benigno cuando se trata de intususcepción entérica, a diferencia del colon, en que existe predominio de patología maligna.<sup>4</sup> Dentro de las distintas localizaciones colónicas: ileocolónica, ileocecolónica y colocolónica, esta última es la más infrecuente, describiéndose por lo general la sigmoidorrectal.<sup>10</sup> En una revisión desarrollada por Mount Sinai Medical Center, un 80% de las lesiones de colon resultaron ser malignas (principalmente adenocarcinomas) y en la experiencia de la Clínica Mayo de 23 años con un total de 48 pacientes, 2/3 compartían estos resultados. En relación a intestino delgado 1/3 de las lesiones malignas eran primarias y aproximadamente 70% eran lesiones metastásicas.<sup>11</sup> En The Mount Sinai Medical Center fueron identificados 27 pacientes con intususcepción, sospechándose el diagnóstico en el 40%. Los pólipos hiperplásticos no son causa frecuente de intususcepción y tanto ellos como la localización colocolónica (de baja frecuencia), no están descritas en publicaciones nacionales. En cuanto al estudio, los métodos más utilizados son: Enema baritado, que presenta en la intususcepción una imagen caracterizada por un defecto de llenado en forma de copa,<sup>4,8</sup> siendo en niños un método diagnóstico y además terapéutico. TAC abdominal donde es observada una masa en forma de blanco (*target mass*), patognomónica de intususcepción y Ecoto-

mografía abdominal en que se puede visualizar una masa arriñonada. Todos estos signos estaban presentes en el caso anterior, pero no fueron correlacionados con el diagnóstico de intususcepción. Es necesario resaltar que el tratamiento recomendable en el adulto es siempre quirúrgico, principalmente por la alta prevalencia de una patología maligna de base.

El tratamiento en el adulto, debiera limitarse a la reducción neumática intraoperatoria sólo cuando existe evidencia de intususcepción en relación con adherencias postoperatorias y en casos de trauma; de lo contrario, debe realizarse resección en bloque.

Finalmente, recordamos que los pólipos hiperplásticos son lesiones benignas, descritas con mayor frecuencia como pequeña, sésiles y con una prevalencia de 42%,<sup>12</sup> que aumenta con la edad.<sup>4,13</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

- Gordon RS, O'Dell KB, Namon AJ, Becker LB: Intususception in the adult-a rare disease. J Emerg Med 1991; 9: 337-42.
- Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr: Intususception in adults: institutional review. J Am Coll Surg 1999; 188: 390-5.
- Taraneh Azar, David L Berger: Adult intususception. Ann Surg 1997; 226: 134-8.
- Begos D, Sandor A, Modlin I: The diagnosis and management of adult intususception. Ann Surg 1997; 173: 88-94.
- Villalba J, Redondo S, Vanuno D: Invaginación intestinal en el adulto. Cir Uruguay 1997; 67: 3-4.
- Valenzuela D: Tratamiento de los pólipos rectales y manejo de los pólipos con Ca invasor. Proctología Práctica. Ed Soc Cir Chile 1992.
- Rodríguez D, Drehner D, Beck D: Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. Dis Colon Rectum 1990; 33: 997-9.
- Wallner B, Friedrich JM, Oettinger W: Colorectal invagination in adult following removal of a sigmoid polyp. Rontgenblatter 1990; 43: 78-9.
- Desai N, Wayne MG, Taub PJ et al: Intususception in adults. Mt Sinai J Med 1999; 66: 336-40.
- Arthur AI, Garvey R, Vaness DG: Colocolic intususception in a three-year old child caused by a colonic polyp. Conn Med 1990; 54: 492-4.
- Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC: Sugical management of intususception in the adult. Ann Surg 1981; 193: 230-6.
- Murúa A, Venturelli A et al: Invaginación intestinal en adultos. Rev Chil Cir 1987; 39: 152-4.
- Barrera A, Bannura G: Lipoma de colon transverso como causa de intususcepción colónica. Rev Chil Cir 1998; 669-73.