

CASOS CLÍNICOS

Intususcepción colorrectal

Drs. ANDRÉS MARÍN G, JUAN I VERGARA B

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía, Hospital Militar

RESUMEN

La intususcepción o invaginación colorrectal es una patología de baja frecuencia. Se manifiesta por dificultad y obstrucción en la defecación, acompañado de eliminación de sangre y mucus por el recto. Se diagnostica mediante el examen digital y endoscópico del recto. Se presenta un paciente de 70 años operado de una patología de origen biliar, que en el postoperatorio inmediato debuta con síntomas del área coloproctológica. El tacto rectal y la rectoscopia revelan la presencia de un tumor sigmoideo que provoca la intususcepción de éste en la ampolla rectal. Se opera realizándose una resección anterior de recto y anastomosis colorrectal con sutura mecánica.

PALABRAS CLAVES: *Intususcepción colorrectal, tumor sigmoideo*

SUMMARY

Colorectal intussusception is a rare condition. Its main symptoms are bowel obstruction and difficult evacuation associated to blood and mucus in the stools. The diagnosis is made by digital rectal examination (DRE) and endoscopy. We report the case of a 70 year-old male with recent history of cholecystectomy. In the postoperative period he presented with rectal symptomatology. A sigmoid colon mass invaginated into the rectum was found both by DRE and rectoscopy. The patient underwent anterior resection of the rectum with mechanically sutured colorectal anastomosis.

KEY WORDS: *Colorrectal intussusception, sigmoid tumor*

INTRODUCCIÓN

La intususcepción del colon sigmoides en el recto es una entidad clínica de rara frecuencia en el adulto, que fue descrita ya a comienzos de siglo por Allingham en Inglaterra. Las causales son principalmente idiopáticas o primarias, debida a una deficiente fijación lateral del recto y secundaria a la presencia de un tumor o pólipo del sigmoides o recto alto que actúa como ariete arrastrando al intestino proximal dentro del recto.¹

Esta patología se presenta, fundamentalmente, como dificultad al vaciamiento de la ampolla rectal o franca incontinencia de heces, asociado en más de un 25% a pérdida de sangre y mucus por el ano.

El diagnóstico se realiza palpando la lesión prolapsada en el recto o visualizándola por recto-sigmoidoscopia.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 70 años que ingresó en enero de 1997 al Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Santiago por cuadro de colecistitis aguda litiásica. Se opera por laparoscopia debiendo convertirse por múltiples adherencias intraabdominales y presencia de coledocolitiasis. Se realizó colecistectomía, coledocostomía y extracción de múltiples cálculos coledocianos. En el protocolo operatorio no se informó de hallazgos patológicos en otros órganos abdominales.

La evolución postoperatoria es normal hasta el quinto día, presentando sangrado fresco por al ano y dificultad al vaciamiento rectal. El examen proctológico revela una masa vegetante pequeña (aproximadamente 3 cm) a 5 cm del margen anal. La endoscopia rígida ratifica la presencia de la lesión pero a unos 10 cm de altura y fácilmente desplazable a proximal, visualizando la invaginación del colon sigmoides en el recto. Se toman varias muestras para estudio histológico del tumor, siendo informado como adenocarcinoma tubulopapilar mucinoso bien diferenciado.

Los exámenes imaginelógicos complementarios, tomografía axial de abdomen y pelvis y enema baritado de doble contraste, ratificaron el diagnóstico observándose especialmente bien en el primero de éstos, el doble lumen en el recto y la lesión tumoral propiamente tal (Figuras 1 y 2).

Es intervenido quirúrgicamente 20 días después de la colecistectomía encontrándose en la exploración abdominal pequeño tumor polipoides en la unión rectosigmoidea de alrededor de 3 centímetros de diámetro invaginado en el recto. Se realizó una resección anterior de rectosigmoide con anastomosis colorrectal, utilizando la técnica de doble *stapler*. La evolución postoperatoria fue buena y no se presentaron complicaciones. Es dado de alta al séptimo día.

El informe definitivo histopatológico correspondió a adenocarcinoma sigmoideo tubulopapilar mucinoso bien diferenciado, etapa B1 de Astler y Collers con bordes de sección quirúrgica alejados del tumor.

DISCUSIÓN

La intususcepción o invaginación colorrectal es una afección muy infrecuente en la práctica médica diaria, aun en el caso de los especialistas. Se manifiesta con síntomas anodinos y poco importantes, pero molestos para el paciente, como son la sensación de dificultad en la defecación y la pérdida usual de mucosidad y sangre por el recto.

A pesar de ser una entidad rara se ha descrito en los textos de cirugía desde antaño. Es así como en 1901, Allingham y Allingham describieron la sucesión intermitente de episodios de prolapso del recto superior y sigmoides en la ampolla rectal. Otros autores que estudiaron este fenómeno fueron Bacon, Grant, Ihre y Selingson.¹⁻³

La causa idiopática se observa preferentemente en el sexo femenino (6:1) alrededor de la quinta década de la vida y asociado a constipación crónica. La causal no es del todo clara pero se cree que habría una inadecuada fijación del rectosigmoide

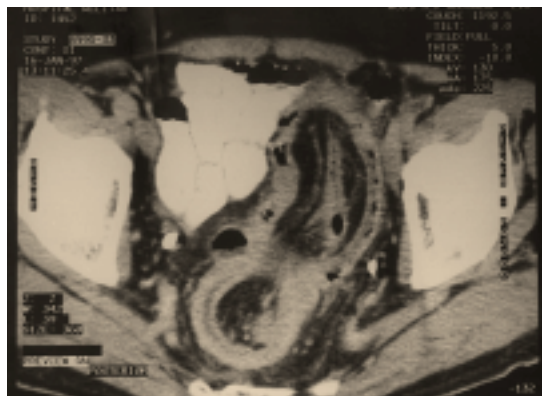


Figura 1. Tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra invaginación del colon sigmoides en el recto. Nótase el doble lumen que se observa como aire en la pared del intestino.

al sacro situación que ha sido comprobada en la defecografía de estos pacientes.⁴

Más habitual que la intususcepción colorrectal es la ileocecal que se produce preferentemente en los niños, dando síntomas similares pero con signos de obstrucción de intestino delgado. Se debe a tumores benignos como pólipos, divertículo de Meckel y duplicación entérica.

La causa secundaria es más frecuente en adultos y según una serie de la Mayo Clinic el 65% es por la presencia de un tumor maligno, en tanto sólo el 29% de las intususcepciones de intestino delgado tiene este origen.⁴

Este caso que se presenta, corresponde a una causa secundaria y trata de un paciente varón con patología biliar que no manifestó sintomatología colorrectal al ingreso. Fue intervenido quirúrgica-



Figura 2. Tomografía computada de abdomen y pelvis en la que se aprecia lesión tumoral de sigmoides que provoca la intususcepción en el recto superior.

mente resolviéndose el problema vesicular y coledociano. En la exploración manual de la cavidad abdominal la pequeña lesión tumoral polipoidea de la unión rectosigmoidea no fue advertida. En el postoperatorio inmediato se manifestó con sangrado rectal y obstrucción intestinal baja, las cuales son la forma de presentación más habituales llegando al 60% de los casos.

Una vez más el diagnóstico fue sospechado y confirmado por el examen rectal y la endoscopia baja. Diversos autores afirman que con estos dos sencillos exámenes se diagnostica sobre el 90% de los casos y si a ello se agrega el estudio contrastado del rectosigmoideas, el porcentaje de positividad aumenta hasta el 98%.⁴⁻⁶ En este paciente la invaginación y el tumor que la provocó fueron observados por una rectoscopia rígida, y fue corroborado por la tomografía axial computada del abdomen y pelvis, en la cual se vio lumen intestinal dentro del recto además de la presencia del tumor.

El tratamiento de esta patología inicialmente debe ser de los síntomas tratando de reducir el prolapso del colon sigmoideas el cual puede ser logrado insuflando aire a través del endoscopio, o empujándolo con algún instrumento a proximal.^{2,4,7}

Al ser manejado el episodio agudo debe programarse para tratamiento definitivo, que consiste fundamentalmente en la extirpación del colon sobrante y la resección del tumor con criterios oncológicos, pues la mayoría de los casos son lesiones pequeñas e iniciales (etapas A y B de Dukes). La cirugía más recomendada es la resección anterior del recto reconstituyendo el tránsito en forma primaria, ya sea en forma manual o con suturas me-

cánicas como fue en este caso. Nesbakken y Haffner reportan 21 casos operados, 20 de ellos por vía abdominal y sólo un caso por vía perineal.^{5,8,9}

A pesar de ser una patología rara de ver, siempre debe estar presente al momento del diagnóstico diferencial del sangrado rectal y las obstrucciones del intestino grueso. El tratamiento debe ser oportuno, precoz y realizado por especialistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ihre T, Sellingson U: Intussusception of rectum-internal proctocentia: treatment and results in 90 patients. *Disc Col Rectum* 1975; 18: 391-6.
2. Chirstiansen J, Zhu B, Rassmusen O: Internal rectal intussusception: Results of surgical repair. *Dis Col Rectum* 1992; 35: 1026-9.
3. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S: *Essentials of anorectal surgery*. Philadelphia, PA: Edit Lippincott, 1980; 405-7.
4. Olagunju A, Ogunbiyi, Fleshman J: Obstructed defecation: definitions and management options. *Seminars of colon and rectal surgery* 1996; 7: 149-59.
5. Nesbakken A, Haffner J: Colorrectal intussusception. *Acta Chir Scan* 1989; 155: 201-4.
6. Félix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH: Adult intussusception. *Am J Surg* 1976; 131: 758-61.
7. Nagorney DM, Sarr MG: Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193: 230-6.
8. Nelson TM, Pearl RK, Prasad ML: Perineal sigmoidectomy for sigmoid proctocentia: report of a case. *Am Surg* 1995; 61: 320-1.
9. Davidson JR: Sigmoido-rectal intussusception: a report of two cases. *Australian NZJ Surg* 1996; 36: 43-4.