

Caso	(807) Invaginación intestinal en el adulto
Autores	Kevin Stephen Acosta Velásquez, María Luz Parra Gordo, Áurea Díez Tascón, Susana Fernández Fernández, Rebeca Gil Vallano, Fernando Sánchez Montoro
Centro	Hospital Universitario La Paz

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años con síndrome de Peutz-Jeghers. Consultó inicialmente por 2 horas de epigastralgia y emesis, sin signos de irritación peritoneal. Presentó elevación de LDH (257 UI/L [100-190]) y PCR (35 mg/l [0-5]), con hemograma, función renal, transaminasas, bilirrubina, electrolitos y glicemia normales. La radiografía de abdomen fue normal. Fue dada de alta tras manejo sintomático. Reconsultó 15 días después por 5 días de estreñimiento, emesis y dolor abdominal. Al examen físico presentaba dolor a la palpación epigástrica, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente, destacaban leucocitos de $11.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ (3.9-10.2), plaquetas $402 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150-370), LDH 249 UI/L, siendo el resto normal. En la nueva radiografía de abdomen, se observa una imagen redondeada de atenuación agua con trayecto radiolúcido en su interior. Ejerce efecto de masa sobre un asa de colon adyacente. En TC, se identifica un asa de yeyuno dilatada, con morfología de “intestino dentro de intestino”, con mesenterio, ingurgitación de vasos y engrosamiento mural por edema/hemorragia parietal, sugestivo de invaginación intestinal. La cirugía confirmó una invaginación yeyuno-yeyunal, con signos de sufrimiento del yeyuno invaginado. La anatomía patológica tras la resección yeyunal confirmó la invaginación, con enteritis isquémica congestiva transmural secundaria y pólipos hamartomatosos adyacentes.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal se define como la introducción de un segmento de intestino (o intussusceptum) con su pliegue mesentérico dentro de la luz de uno contiguo (o intussusciens), distal o proximal. Es infrecuente en adultos y a menudo se debe a una causa secundaria (70- 90%).

Se produce por una alteración de la motilidad intestinal, ya sea siendo arrastrado hacia delante con la peristalsis por lesiones que actúan como “punto guía” o por contracciones disrítmicas, sin punto guía. Puede suceder en cualquier parte del intestino, especialmente en la unión entre segmentos móviles intraperitoneales y segmentos fijos retroperitoneales. Si tiene punto guía, usualmente es persistente y sintomática. Si no lo tiene, tiende a ser transitoria y asintomática.

Las lesiones que pueden actuar como punto guía pueden ser tumorales benignas, tumorales malignas (primarias o metastásicas) o no tumorales (postoperatorias o inflamatorias).

Su clínica es variada, desde cuadros asintomáticos, siendo un hallazgo incidental; cuadros subagudos-crónicos (suboclusivos); o cuadros agudos, presentándose

como obstrucción intestinal, hemorragia, perforación y peritonitis. La mayoría de las sintomáticas son de manejo quirúrgico. La TC es la prueba diagnóstica de elección.

La TC tiene hallazgos patognomónicos, dependiente de la incidencia de los haces de rayos X sobre el órgano y el plano en el que se esté evaluando las imágenes. El hallazgo príncipe es la configuración de “intestino dentro de intestino”, donde se observan paredes intestinales duplicadas que forman anillos concéntricos, pudiendo contener el mesenterio y vasos entre una y otra asa. Si la imagen se observa con los haces perpendiculares respecto a la invaginación, se aprecia una morfología en diana, que refleja la misma configuración. Si los haces son paralelos u oblicuos respecto a la invaginación, puede adoptar una morfología en salchicha o de masa reniforme. La obstrucción intestinal usualmente es consecuencia de la invaginación.

CONCLUSIÓN

La invaginación intestinal en adultos es infrecuente y tiene hallazgos patognomónicos en las pruebas de imagen. El rol del radiólogo es reconocer su patrón, localización, patología subyacente e identificar complicaciones asociadas.



Radiografía de abdomen (1.1) en decúbito supino que muestra una masa redondeada de atenuación agua en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (flechas blancas), con un

BIBLIOGRAFÍA

Tresoldi S, Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Hahn PF, et al. Adult intestinal intussusception: can abdominal MDCT distinguish an intussusception caused by a lead point? *Abdom Imaging*. 2008;33 (5):582-8. doi: 10.1007/s00261-007-9328-8. PMID: 17924160.

Baleato-González S, Vilanova JC, García-Figueiras R, et al. Intussusception in adults: what radiologists should know. *Emerg Radiol*. 2012;19(2):89-101. doi: 10.1007/s10140-011-1006-z. Epub 2011 Dec 27.

Valentini V, Buquicchio GL, Galluzzo M, et al. Intussusception in Adults: The Role of MDCT in the Identification of the Site and Cause of Obstruction. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:5623718. doi:10.1155/2016/5623718.