

31

## INTUSUSCEPCIÓN DEL ADULTO POR LINFOMA DE INTESTINO DELGADO

Dres. Fernando Godayol D\*, Elías Nakhal\*, Juan Carlos Pozo<sup>φ</sup>, Laumar Palacios<sup>φ</sup>,  
Adriana Pesci-Feltri<sup>λ</sup>, Gustavo Benitez Perez<sup>φ</sup>.

### RESUMEN

Objetivo: presentar dos casos de Intususcepción del adulto cuya causa fue la presencia de linfoma en intestino delgado y revisión de la literatura. Métodos: descripción de dos casos de pacientes adultos con clínica de dolor abdominal ocasional y obstrucción intestinal intermitente que presentaron intususcepción y revisión de la literatura. Ambiente: Hospital Clínico Universitario de Caracas, Servicio de Cirugía III. Resultados: Se describe la clínica y estudios complementarios realizados a dos pacientes con dolor abdominal y obstrucción intestinal intermitentes, se realizó en ambos laparotomía exploradora evidenciando Intususcepción yeyuno-ileal en un caso e ileocecal en el otro. El estudio histopatológico

reveló linfoma difuso de células no hendidadas en un caso y hendidadas en el otro. Conclusiones: La Intususcepción en el adulto es infrecuente, y la etiología de ésta debe considerarse tumoral en nuestro medio. La aparición de una Intususcepción generalmente produce clínica de obstrucción intestinal parcial, sin embargo no existe ningún signo patognomónico en la Intususcepción. El ecosonograma simple y la tomografía pueden ser de ayuda para el clínico experimentado. El tratamiento debe ser siempre la resección sin intentar la reducción de la Intususcepción. La obstrucción intestinal por Intususcepción debido a linfoma es excepcional en la población adulta.

*Palabras Claves:* Intususcepción, adultos, linfoma.

### ABSTRACT

Objective: present two cases of intususceptions in adults by lymphoma of the intestine and review of the literature. Methods: we describe two cases of adult patients with occasional abdominal pain and intermittent intestinal obstruction, will also review the literature about it. Place: Hospital Clínico Universitario de Caracas, Servicio de Cirugía III. Results: we described the symptoms and additional studies of two patients with abdominal pain and intermi-

\* Profesor Instructor por concurso del Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas.

<sup>φ</sup> Profesor Asistente del Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas.

<sup>φ</sup> Médico Cirujano colaborador del Servicio de Cirugía III.

<sup>λ</sup> Especialista en Cirugía General egresada del Hospital de Los Magallanes.

intestinal obstruction, both patients were operated finding intestinal intussusceptions. The histology reported diffuse lymphoma. Conclusions: Adult intussusceptions is a rare disease and its etiology must be considered tumoral. Intussusception usually produces intermittent abdominal pain with partial intestinal obstruction, but doesn't exist any pathognomonic sign of this disease. Ecosonography and tomography are useful for the diagnosis to the experimented clinician. Treatment must always be resection of the intestine without trying to reduce the intussusception. Intestinal obstruction by lymphoma of the intestine is even a rarer cause of obstruction in adults.

**Key words:** Intussusception, adults, lymphoma.

## INTRODUCCIÓN

La Intususcepción del adulto es una condición rara, sin características clínicas específicas, generalmente referidos como obstrucción intestinal parcial o intermitente, sin tener ningún síntoma o signo patognomónico, haciéndose el diagnóstico preoperatorio difícil a pesar de la gran ayuda prestada por los métodos de diagnóstico imagenológicos modernos<sup>1,2</sup>. La presentación en uno de los casos fue particularmente atípica ya que la palpación de la masa en hipocondrio derecho nos orientó al diagnóstico probable de absceso hepático lo que motivó la intervención quirúrgica de emergencia, en la otra paciente la clínica solo sugería obstrucción intestinal intermitente. El ecosonograma abdominal fue el método diagnóstico que más información aportó en ambos casos. La incidencia de esta patología en Venezuela es desconocida, carecemos de publicaciones similares de que tengamos conocimiento.

## Caso Clínico 1:

Se trata de una paciente de 33 años de edad quien acudió al Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas presentando dolor en fosa ilíaca derecha e hipocondrio derecho, fiebre no cuantificada, evacuaciones diarreicas con moco y sangre, de 25 días de duración, fue tratada con metronidazol y antiinflamatorios no esteroideos pensando en el posible diagnóstico de absceso hepático presentando mejoría parcial. Posteriormente apareció una masa palpable en hipocondrio derecho, de consistencia dura, irregular, dolorosa a la palpación, se moviliza con los movimientos respiratorios e impresiona formar cuerpo con el hígado.

Se le realizó un ecosonograma abdominal que reportó hígado de aspecto normal y masa localizada en lecho hepático de 2 x 3 cm de diámetro, bordes irregulares, con halo anecoico. Se concluye como LOE en hipocondrio derecho. Se le realizó un examen de heces que reportó sangre oculta presente, hematíes abundantes, no se observan parásitos.

La paciente empeora su cuadro rápidamente presentando dolor abdominal, fiebre de 39 °C, aumento del tamaño de la masa abdominal y signos de irritación peritoneal, lo que nos indujo a pensar en un absceso hepático roto, por lo que la paciente es intervenida de emergencia con ese diagnóstico. El hallazgo operatorio fue una intususcepción, en la cual el intususceptum fue un tumor de ileon terminal, y el intususciens el ciego.

Se le realizó una Hemicolectomía derecha. La paciente evoluciona favorablemente. El diagnóstico anatomopatológico definitivo indicó Linfoma difuso de células no hendidas.

paciente ingresando a un hospital de la edad que en forma intermitente a partir del Marzo de 1998 cuando presenta dolor en epigastrio, cólico, de leve a moderada intensidad, postprandial tardío, no irradiado, con remisión espontánea y períodos de acalmia de 1 a 2 semanas, persiste sintomatología agregándose en el último mes vómitos de contenido bilioso y 2 días antes de su ingreso ausencia de evacuaciones por lo que acude en Junio del mismo año al Hospital Universitario de Caracas para su valoración donde se decide su ingreso. Concomitantemente presenta astenia y pérdida de peso no cuantificada. Al examen físico se encuentra paciente en regulares condiciones generales deshidratada leve y palidez cutaneomucosa generalizada. El abdomen se encontraba distendido, depresible, doloroso a la palpación en forma difusa, ruidos hidroaéreos presentes pero disminuidos en frecuencia e intensidad. Al tacto rectal se evidencian heces al dedil.

Se realiza laparotomía exploradora encontrando 100 cc de líquido de irritación peritoneal, intususcepción yeyuno-ileal de intestino delgado a 140 cm de válvula ileocecal, se palpa tumor en su interior, se evidencian múltiples adenopatías en mesenterio. Se realiza drenaje del líquido libre, resección del segmento invaginado sin intentar su reducción y anastomosis terminal en dos planos. Se realiza Omentectomía parcial incluyendo los nódulos mencionados y se toma muestra de adenopatías de mesenterio. La paciente evoluciona en forma favorable. El estudio anatomopatológico reportó linfoma difuso con predominio de células grandes hendidas.

## DISCUSIÓN

Intususcepción del adulto es una

patología que puede ser idiopática o bien se introduce en otro segmento simulando el mecanismo de un telescopio. Tumores intraluminales, edema de la mucosa o cualquier proceso que produzca contracciones disrítmicas del músculo intestinal pueden iniciar la Intususcepción. El segmento invaginante se denomina intususceptum y el segmento que acepta el intususceptum se llama intususciens<sup>3</sup>. La Intususcepción se clasifica dependiendo del sitio del intususceptum y el del intususciens respectivamente, así los casos que nos ocupan son respectivamente una intususcepción ileocecal y una ileoyeyunal. La incidencia de la intususcepción como causa de obstrucción intestinal ocupa menos del 4 % de los casos en adultos. En la población pediátrica la intususcepción por linfoma extraganglionar intestinal es mucho más frecuente causando en un tercio de los pacientes abdomen agudo obstructivo<sup>4</sup>.

La Intususcepción produce síntomas atípicos y es de diagnóstico difícil, en todo caso casi siempre los síntomas son inespecíficos<sup>5,6</sup>; en una serie de 78 adultos de Africa Central<sup>7</sup> aparte de los síntomas de obstrucción intestinal, 100 % presentaban signos de estreñimiento y dolor abdominal; existen pocos síntomas o signos que sean de ayuda para el diagnóstico de esta patología. Además el porcentaje de pacientes que se complica hasta el punto de presentar obstrucción intestinal es muy bajo, en algunas series el único síntoma dominante fue el dolor abdominal crónico, realizándoseles estudios tomográficos y ecográficos se encontró que 16 pacientes presentaron intususcepción y solo 1 se presentó como obstrucción intestinal completa<sup>1</sup>.

El uso de la tomografía axial computada y ecosonografía está ampliamente documentada en el diagnóstico preoperato-

El diagnóstico de Intususcepción mediante el estudio de la ecografía de una imagen de masa con forma de diana es bastante sugestivo tanto al ecosonograma como con la tomografía<sup>11</sup>, siendo la ecosonografía de menor costo, fácil de realizar, reproducible y menos invasiva que los demás estudios<sup>12,13</sup>. En uno de nuestros casos el reporte del ecosonograma sugirió "masa localizada en lecho hepático de 2 x 3 cm de diámetro, bordes irregulares, con halo anecoico", lo que pudo haber tenido valor predictivo.

El papel de la colonoscopia en el diagnóstico de Intususcepción se ha limitado a reportes ocasionales y anecdóticos en su utilización<sup>14,15</sup>.

El diagnóstico de Intususcepción mediante colon por enema es de gran utilidad en la población pediátrica donde puede inclusive ser terapéutico al reducir una invaginación, sin embargo en la población adulta generalmente no es utilizado, sobre todo si tenemos una lesión con forma de "diana" en estudios tomográficos o ecográficos<sup>16</sup>.

La presencia de masa palpable ocurre con mayor frecuencia en intususcepciones ileocecales o colocolicas. Generalmente la presencia de la masa en intususcepciones ileocecales ocurre en fosa iliaca derecha. La presencia de masa palpable en hipocondrio derecho por intususcepción ileocecal fue reportada por Hierlmeier en una paciente con un linfoma no Hodgkin tipo MALT<sup>17</sup>, sin embargo es un acontecimiento muy raro.

Las causas de la Intususcepción del adulto son variadas, ocurren en cualquier circunstancia en la cual se encuentre un tumor que protruya hacia la luz del órgano condicionando la tracción del tumor hacia el interior del asa eferente al tumor; las causas van desde los acontecimientos excepcionales<sup>18,19</sup>, hasta las más comúnmente encontradas, como el linfoma y otros tumores

del intestino.

La Intususcepción en el adulto es frecuente en niños pediátricos, rara en el adulto donde ocupa solo el 5% de todas las intususcepciones y el 1 % de las causas de obstrucción intestinal del adulto. La presencia de linfomas intestinales como causa de intususcepción en el adulto ha sido bastante infrecuente en la literatura, en la actualidad con la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida se han multiplicado los casos de intususcepción por linfoma intestinal, colitis por citomegalovirus e inclusive el sarcoma de Kaposi que pueden potenciar la aparición de intususcepción en esta población de pacientes<sup>20</sup>.

El tratamiento de la mayor parte de los casos de Intususcepción en el adulto consiste en la resección quirúrgica sin intentar reducir la invaginación, dado que debe siempre considerarse de probable condición maligna la lesión que produjo la Intususcepción<sup>25</sup>. Sin embargo es posible que la longitud del intestino afectado sea tan grande que comprometa la viabilidad de la vía digestiva, en estos casos excepcionales se ha sugerido la reducción mediante la tracción suave del intestino invaginado, hasta obtener una longitud intestinal adecuada, evitando comprometer los vasos mesentéricos superiores y evitando la resección innecesaria de intestino sano<sup>26</sup>.

Existen reportes de manejo laparoscópico de ésta patología, los cuales deben tener importancia anecdótica hasta demostrar su verdadera utilidad<sup>27</sup>.

## CONCLUSIONES

La Intususcepción en el adulto es una entidad rara, que produce clínica inespecífica y que generalmente se asocia a obstrucción intestinal parcial o intermitente, con masa palpable ocasionalmente, y en general en la Intususcepción ileocólica o

En la realización de estudios tomográficos de colon, la tomografía y la interpretación por especialistas con experiencia en esta patología puede orientar a un tratamiento precoz, la imagen típica de lesión en "diana" debe considerarse altamente sugestiva de Intususcepción. En nuestro medio, la causa de la Intususcepción en el adulto debe considerarse maligna, y el tratamiento la resección sin intención de reducir la Intususcepción. En pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y obstrucción intestinal debe tenerse especialmente en cuenta la Intususcepción.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gayer G, Apter S, Hofmann C, Nass S, Amitai M, Zissin R, Hertz. Intususcepción in adults: CT diagnosis. *M Clin Radiol* 1988; 53 (1): 53-7.
2. Mazzeo S, De Liperi A, Sbragia P, Battolla L, Pinto F, Lencioni R, Sanguinetti F, Bassi AM, Pieri L. Diagnostic imaging of intestinal invaginations in the adult. Report of 9 cases. *Radiol Med* 1995; 90 (1-2): 49-55.
3. Shackelford's surgery of the alimentary tract. 4th ed./George D. Zuidema. Vol 5: 395-6.
4. Aptowitz W, Eduardo A. Linfoma No Hodgkin en niños. Tesis presentada en Universidad Peruana Cayetano Heredia para obtención del grado de Doctor. s.l; UPCH. Escuela de Postgrado "Victor Alzamora Castro"; 1989; 113. tab. (TD-0320a).
5. Alvarez A, Ciriza C, García J, Sanchez A, Díaz M. Leiomyoma-dependent ileal invagination as a cause of intermittent intestinal obstruction. *An Med Interna* 1995; 12(10): 505-7.
6. Dasay N, Wayne MG, Taub PJ, VanderKolk WE, Snyder CA, Figg DM. Cecal-colic adult intussusception as a cause of intestinal obstruction in Central Africa. *World J Surg* 1996; 20(3)341-3; discussion 344.
7. Lorenzi M, et al. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. *Am Surg* 1999 Jan; 65(1): 11-4.
8. Handi M, Blondio JV, Algaba R, Van Gysel JP. Adult intussusception. A case report. *Acta Chir Belg* 1996 Nov-Dec; 96(6): 284-6.
9. McLaughlin SJ, Gray JG, Braithwaite M. Diagnosis of a right iliac fossa mass by computed tomography. *Br J Radiol* 1986 Jun; 59(702): 623-4.
10. Wan YL, Lee TY, Hung CF, Ng KK. Ultrasound and CT findings of a cecal lymphangioma presenting with intussusception. *Eur J Radiol* 1998 Mar; 27 (1): 77-9.
11. Cerro P, Macrini L, Porcari P, De Angelis O. Sonografic diagnosis of intussusceptions in adults. *Abdom Imaging* 2000 Jan-Feb; 25 (1): 45-7.
12. Danse EM, Van Beers BE, Pringot J. The contribution of ultrasonography to the diagnosis of acute intestinal diseases in adults. *JBR-BTR* 1998 Jun; 81 (3): 144-9.
13. Berkelhammer C, Caed D, Mesleh G, Bolanos J, McGinnis P, Zeiger H. Ileocecal intussusception of small bowel lymphoma: diagnosis by colonoscopy. *J Clin Gastroenterol* 1997 Jul; 25 (1): 358-61.
14. Carels RA, Ibelings MG, Jongsma C K, Wismans PJ. Invagination in adults. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997 Nov1; 141 (44): 2122-6.
15. Desai N, Wayne MG, Taub PJ, Levitt

- tion in adults. *Mt Sinai J Med* 1999; 66(5-6): 336-40.
17. Hierlmeier FX, Kolbinger W, Goldbrunner P, Obermeier B. Malt lymphoma of the ileum as the cause of an enterocolic invagination. *Dtsch Med Wochenschr* 1995 Oct 20; 120 (42): 1435-8.
  18. Fujino Y, Fujio Y, Shimada E, Okasaki A. Intussusception due to vanishing colon cancer with metastasis of the regional lymph nodes: report of a case. *Surg Today* 2000; 30(2): 188-90.
  19. Kirk GR, O'Rourke D, Ashe R, Clements WD. Small bowel intussusception in metastatic endometrial carcinoma. *Ulster Med J* 1999, Nov; 68(2): 110-3.
  20. Luckey P, Kempre J, Engelbrecht V, Modder U. Idiopathic ileoileal intussusception in an adult with spontaneous reduction during enteroclysis: a case report. *Abdom Imaging* 2000 Jan- Feb; 25(1): 48-50.
  21. Guzman P, Montano JE, Ochoa Y, Patiño L. Intususcepcion intestinal en un adulto causado por un leiomiomasarcoma pediculado. *Gac Med Boliv*; 1991; 15(1): 26-9. *ilus.*
  22. Peñaloza A, Mariño S, Lorenzo F, Díaz A, Spinetti C. Invaginación intestinal por lipoma submucoso: presentación de un caso y revisión de la literatura *Gac Méd Caracas* 1996; 104 (1): 78-81.
  23. Nakhal E, Benitez G, Godayol F, et al. Lipomatosis intestinal que se presenta como intususcepción intestinal, reporte de un caso clínico. *Gen* 2000; 54(2): 101-4.
  24. Hofstetter SR, Stollman N. Adult intussusception in association with the acquired immune deficiency syndrome and intestinal Kaposi's sarcoma. *Am J Gastroenterol* 1988 Nov; 83 (11): 1304-5.
  25. Caramés A JC, Cogollo H R, Aiello C V, García R FM. Tumores de intestino delgado complicados con intususcepción en el adulto. Informe de tres casos *Rev Inst Nac Cancerol (Méx.)*; 1996; 42(2): 97-102. *ilus.*
  26. Khurram Baig M, Hussain S, Wise M, Wexner SD. Controversy in the treatment of adult long ileocolic intussusception: case report. *Am Surg* 2000 Aug; 66(8): 742-3.
  27. El-Sherif OF. Laparoscopy in the management of an adult case of small bowel intususcepción. *Surg Laparosc Endosc* 1998 Feb; 8(1): 21-51.