Archivos Dominicanos de Pediatría y Adolescencia (ADOPA)
Vol. 2, No. 1, 2024 • enero-abril
ISSN (impreso): 2960-754X • ISSN (en línea): 2960-7582
Doi: https://doi.org/10.58994/adopa.v2i1.35

Invaginación ileoileal por pólipo intestinal en un niño de 14 años. "Reporte de caso"

Ileoileal intususception due to intestinal polyp in a 14-year-old boy. "Case report"

Carlos Cabrera-Valerio[1] • Emmanuel Pérez Tejada[2] • Ricardo Rojas Valdez[3]
Andreina Moreno Reyes4[4]

Cómo citar: Cabrera-Valerio C, Pérez Tejada E, Rojas Valdez R, Moreno Reyes A. Invaginación ileoileal por pólipo intestinal en un niño de 14 años. "Reporte de caso". ADOPA. 2(1):77-88. Disponible en: https://adopa.pediatriadominicana.org/index.php/adopa/article/view/35

Resumen

Introducción: la invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en los lactantes y los niños menores de dos años. Es una patología adquirida de un segmento proximal del intestino que se introduce en un segmento distal del intestino. En los mayores de dos años, las causas son un punto guía patológico como el divertículo de Meckel seguido de pólipos y duplicaciones.

Reporte de caso: masculino de 14 años, con dolor abdominal generalizado, tipo cólico, vómitos de contenido alimentario en 10 ocasiones, febrícula y ausencia de evacuaciones de 4 días de evolución. Se realiza laparotomía por intususcepción ileo-ileal secundario a pólipo intestinal.

Conclusión: la intususcepción en adolescentes es inusual y desafiante, porque requiere de la sospecha y los métodos diagnósticos adecuados para realizar un referimiento oportuno al cirujano pediátrico que debe estar familiarizado con los diferentes abordajes.

Palabras clave: intususcepción; pólipo intestinal; adolescente; laparotomía; anastomosis.

[1] Cirujano Pediatra, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (HIRRC). Profesor de Pediatría, Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Miembro de la Asociación Dominicana de Investigadores Pediátricos (ADIP). Santo Domingo, República Dominicana.
ORCID: 0000-0003-2576-3912 • Email: info@drcabreravalerio.com

[2] Cirujano Pediatra, servicio de Cirugía Pediátrica de HIRRC. Santo Domingo, República Dominicana.
ORCID: 0000-0002-9587-1399 • Email: dr.ept84@gmail.com

[3] Cirujano Pediatra, Servicio de Cirugía Pediátrica HIRRC. Santo Domingo, República Dominicanana.
ORCID: 0000-0003-4449-7218 • Email: ricardo.arv@gmail.com

[4] Médico General, Universidad Iberoamericana (UNIBE). Santo Domingo, República Dominicana.
ORCID: 0000-0001-9935-0112 • Email: andreinamorenor3@gmail.com

Recibido: 20 de octubre, 2023
Aprobado: 2 de noviembre, 2023

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Abstract

Introduction: Intussusception is the most frequent cause of intestinal obstruction in infants and children under two years of age. It is an acquired pathology where a proximal segment of the intestine is introduced into a distal segment of the intestine. In those patients over two years of age, the causes are a Pathological Lead Point such as Meckel's diverticulum followed by polyps and duplications.

Case report: A 14-year-old male with generalized colicky abdominal pain, vomiting of food content on 10 occasions, low-grade fever and absence of bowel movements of 4 days of evolution. Laparotomy was performed due to ileo-ileal intussusception secondary to intestinal polyp.

Conclusion: Intussusception in adolescents is unusual and challenging, because it requires a high diagnostic suspicion and adequate diagnostic methods to make a timely referral to the pediatric surgeon, who must be familiar with the different surgical approaches.

Keywords: Intussusception; intestinal polyp; adolescent; laparotomy; anastomosis.

Introducción

La invaginación intestinal o intususcepción es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en los lactantes y niños menores de dos años, solo el 30 % de todos los casos ocurren en niños mayores de dos años. Es una patología adquirida de un segmento proximal del intestino (intussusceptum) que se introduce en un segmento distal del intestino (intussuscipiens)[1-3]. La invaginación puede ser con y sin punto guía. La mayoría de los casos en los lactantes no tienen punto guía, y se conocen como invaginaciones primarias o idiopáticas. La causa se atribuye generalmente a la hipertrofia de las placas de Peyer. La invaginación intestinal puede tener una lesión identificable (punto guía) entre 1,5 a 12 %, que aumenta en proporción con la edad, y es conocida como invaginaciones secundarias[1].

A diferencia de la invaginación en adultos, en la niñez no suele ocurrir por lesión orgánica maligna, siendo el punto guía más frecuente un divertículo de Meckel seguido de pólipos y duplicaciones[1, 3, 4].

La invaginación fue descrita por primera vez en 1674 por Paul Barbette de Amsterdam, definida por Treves en 1899 y operada con éxito en 1873 por John Hutchinson, quien practicó la primera operación en un niño de dos años. Cinco años después, Harold Hirschprung describió la reducción hidrostática[1, 4-6].

En 1953 Gross declaró: "Hay pocas enfermedades en las que la historia clínica y los hallazgos físicos son más sugerentes del diagnóstico correcto"[4] .

A continuación, presentamos un adolescente de 14 años con una invaginación intestinal secundaria a pólipo intestinal. Por lo poco frecuente de esta patología en esta edad, los autores precisan informar.

Reporte de caso

Presentamos paciente de sexo masculino de 14 años de edad, quien cursa con dolor abdominal generalizado tipo cólico de 4 días de evolución, vómitos de contenido alimentario en 10 ocasiones, febrícula y ausencia de evacuaciones del mismo tiempo de evolución. El episodio de dolor abdominal refiere el adolescente, inicia generalizado y luego se queda fijo en fosa iliaca derecha. Fue ingresado por hiperémesis, deshidratación moderada y estreñimiento crónico, manejándose por pediatría con hidratación y lactulosa vía oral. Además, con pruebas

paraclínicas (hemograma y química sanguínea) normales y con ecografía que reporta invaginación intestinal, razón de la interconsulta a cirugía pediátrica. Antecedentes personales: hace un mes presentó cuadro clínico similar, por lo que acudieron a diferentes centros de salud, donde indican analíticas dentro de los valores de referencia, y una ecografía que describe colon ocupado de heces, sin más hallazgos.

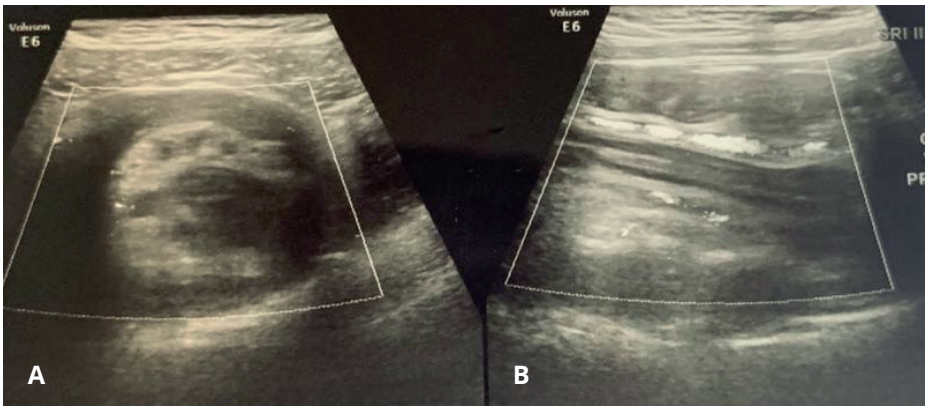

Figura 1. Ecografía

Nota. Se visualiza una imagen típica de la cabeza de la intususcepción. **A.** En forma de dona o imagen de tiro al blanco (diana). **B.** en forma de pseudoriñón.

Fuente: expediente médico.

En el examen físico se evidenció un abdomen plano, perístasis presente, ligeramente disminuida en cuadrante inferior derecho; a la palpación, no doloroso, no masa, sin signos de irritación peritoneal en el momento de la evaluación. Se le realiza ecografía abdominal a favor de invaginación (véase figura 1). Se solicita tomografía axial computarizada de abdomen, que reporta engrosamiento irregular de las paredes del íleon distal, lo cual se extiende desde la región suprapúbica inguinal derecha y hacia la pelvis con diámetro máximo de sus paredes en 20 mm, la cual da la impresión de que contiene asa en su interior sugerente de invaginación, además mínima colección interesa a nivel de la lesión y aumento de la atenuación de la grasa suprapúbica y perivesical (véase figura 2).

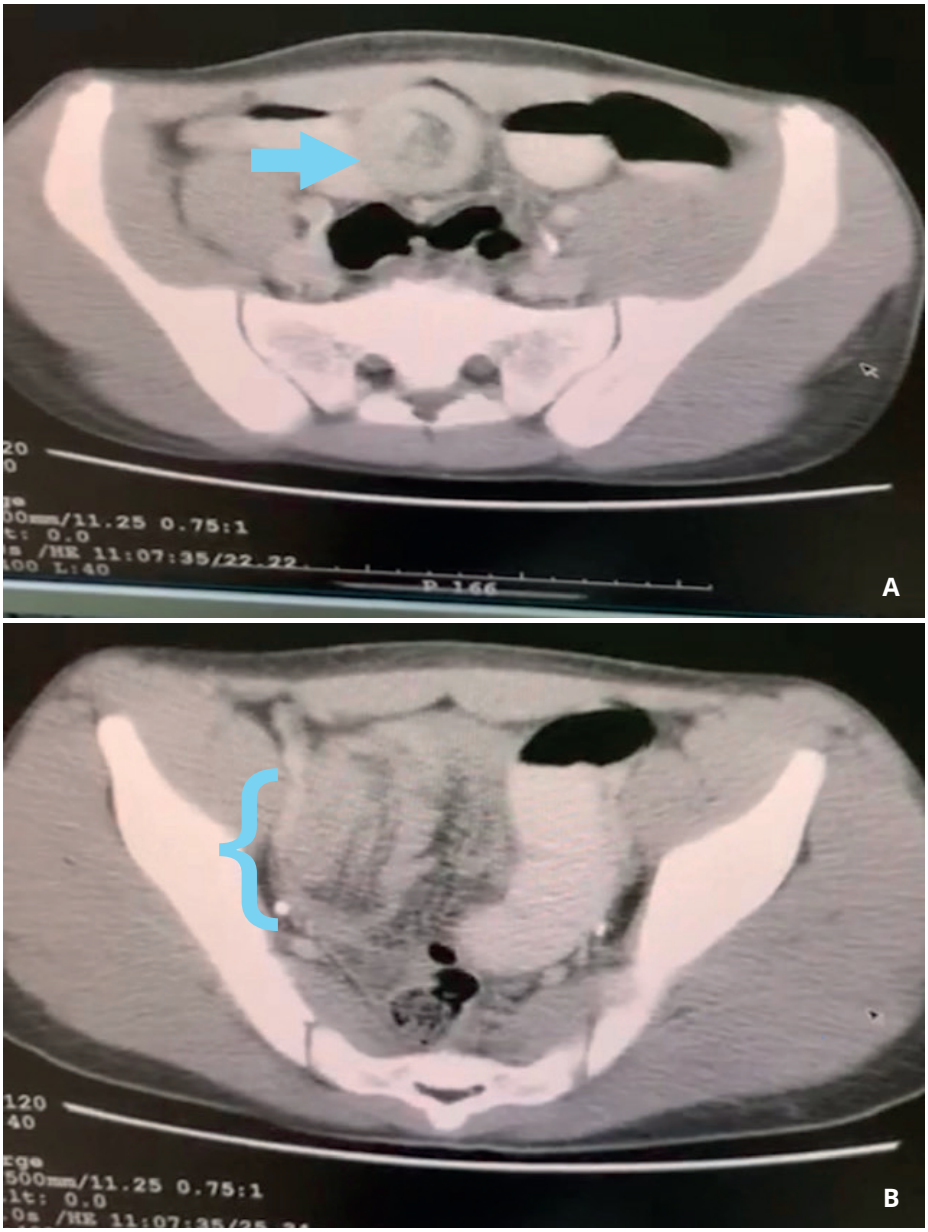

Figura 2. Tomografía axial computarizada

A. La flecha amarilla indica una imagen en diana. **B.** Extensión de la lesión que simula el signo de la Salchicha, que representa la misma estructura en sentido longitudinal al segmento afectado.

Fuente: expediente médico.

Es llevado a cirugía donde se realiza laparotomía exploratoria, encontrando invaginación ileo-ileal (véase figura 3). Se procede a desinvaginación por taxis, evidenciándose un punto guía, correspondiendo a un pólipo de intestino delgado en segmento ileal, se procede a resecar 10 cm de intestino (5 cm hacia cada lado del pólipo), luego anastomosis término-terminal ileo-ileal a 30 cm de la válvula ileocecal (véase figura 4). Paciente a las 48 horas se le inicia la vía oral y se egresa con evolución satisfactoria al 5to día de su post quirúrgico. Reporte histopatológico de pólipo intestinal con mucosa erosionada con tejido de granulación.

Figura 3. Invaginación ileo-ileal

Nota. Se observa un segmento proximal introducido en el segmento distal correspondiente a un masculino de 14 años de edad.

Fuente: directa, tomada en el transquirúrgico.

Discusión

La presentación de la invaginación en niños a menudo es aguda, con aparición repentina de dolor abdominal tipo cólico intermitente, vómitos y heces mucoides sanguinolentas, y la presencia de una masa palpable[7]. La prevalencia de la invaginación intestinal en adultos es rara, ocurre con mayor frecuencia en lactantes de 5 a 9 meses. La proporción de niños por adultos es de más de 20:1[1, 3].

Nuestro caso corresponde a un adolescente de 14 años, lo que es poco frecuente, y un desafío, porque la mayoría se presentan con síntomas inespecíficos y tienen un curso crónico o subagudo, como sucedió en el paciente reportado en este artículo[3, 4].

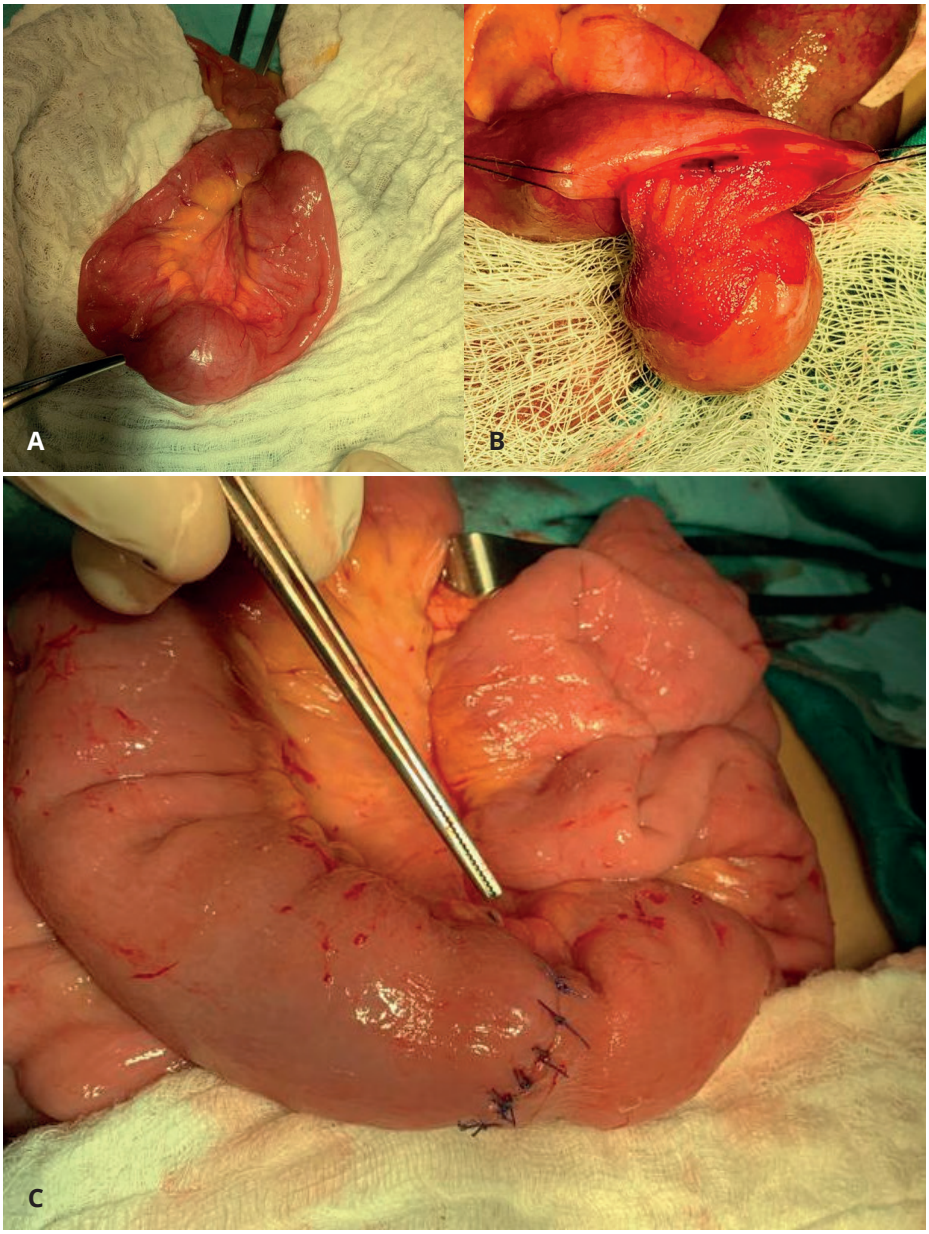

Figura 4. Polipo intestinal

A. Se observa una tumefacción endurada de forma redonda en la luz intestinal, luego de la desinvaginación por taxis. **B.** Se realiza una enterotomía visualizando un pólipo intraluminar. **C.** La pinza señala la anastomosis término-terminal ileo-ileal.

Fuente: directa, tomada en el transquirúrgico.

Cualquier aumento del volumen de los tejidos en la luz intestinal, por inflamación de la mucosa o una lesión con efecto de masa, puede actuar como punto de partida; esto, acompañado de una actividad hiperperistáltica, ocasiona que un segmento de intestino, junto con su mesenterio, se proyecte hacia la luz intestinal adyacente[8]. En este paciente se identificó un pólipo gastrointestinal, que es un tumor o crecimiento localizado que protruye desde la pared hacia la luz intestinal, como causa de la invaginación. Los pólipos se pueden clasificar desde el punto de vista morfológico en pediculados o sésiles, también en neoplásicos o no neoplásicos[9].

Según la posición del punto guía, podemos identificar cuatro categorías de invaginación intestinal: enteroentérica (solo intestino delgado), colo-cólica (solo intestino grueso), ileocólica (íleon terminal dentro del colon ascendente) e ileocecal (válvula ileocecal). Las ubicaciones más comunes son las uniones entre los segmentos que se mueven libremente y los segmentos fijos al retroperitoneo o adheridos a la cavidad peritoneal. El tipo ileocecal es el más frecuente, especialmente en lactantes menores de dos años. Tiene un predominio masculino-femenino de 2:1. Las invaginaciones ileoileales transitorias en pacientes pediátricos son poco frecuentes[5, 8, 10].

Se ha publicado un reporte de caso similar al nuestro, con un paciente de la misma edad donde también realizaron una laparotomía exploratoria que reveló invaginación y un pólipo con segmentos necróticos, donde la patología mostró adenocarcinoma[3]. Nuestro caso pertenece a un pólipo no maligno y de ubicación ileo-ileal, que es de las menos frecuentes.

Zhao et al., en China, describen que el divertículo de Meckel y la duplicación intestinal fueron las causas más comunes de invaginaciones secundaria entre los niños menores de 2 años, representando el 81 % (38/47) de los casos. Las causas más frecuentes de invaginación secundaria en niños mayores de 2 años fueron los pólipos intestinales, el divertículo de Meckel y el síndrome de Peutz-Jeghers, que representan el 72 % (26/36) de los casos[11].

Los puntos guías se pueden encontrar en el 4 % de los lactantes y niños que tienen una invaginación recurrente, y en hasta un 19 % con recurrencias múltiples[4]. La tasa de recurrencia es del 8-15 %. Un estudio en Irán plantea que la tasa de recurrencia fue más alta en niños de 2 a 3 años de edad que en otros grupos[2]. En China, Xiao-Kun et al. refieren una experiencia unicéntrica de 65 casos, donde 51 pacientes presentaron recurrencia con punto guía patológico

a pesar de recibir reducción quirúrgica de la invaginación[12]. En nuestro caso, no presentó recurrencia ni fue necesario ningún tipo de reintervención.

La herramienta diagnóstica principal es la ecografía, desde que se describió por primera vez para evaluar la invaginación en 1977, donde el hallazgo característico se denomina signo de diana o rosquilla en un plano transversal; en el plano longitudinal se observa el signo del pseudoriñón, y es el método diagnóstico más utilizado por la falta de radiación, la capacidad de identificar los puntos guía patológicos y su bajo costo. Además, puede guiar la reducción terapéutica de una invaginación[1, 8, 10, 13-15].

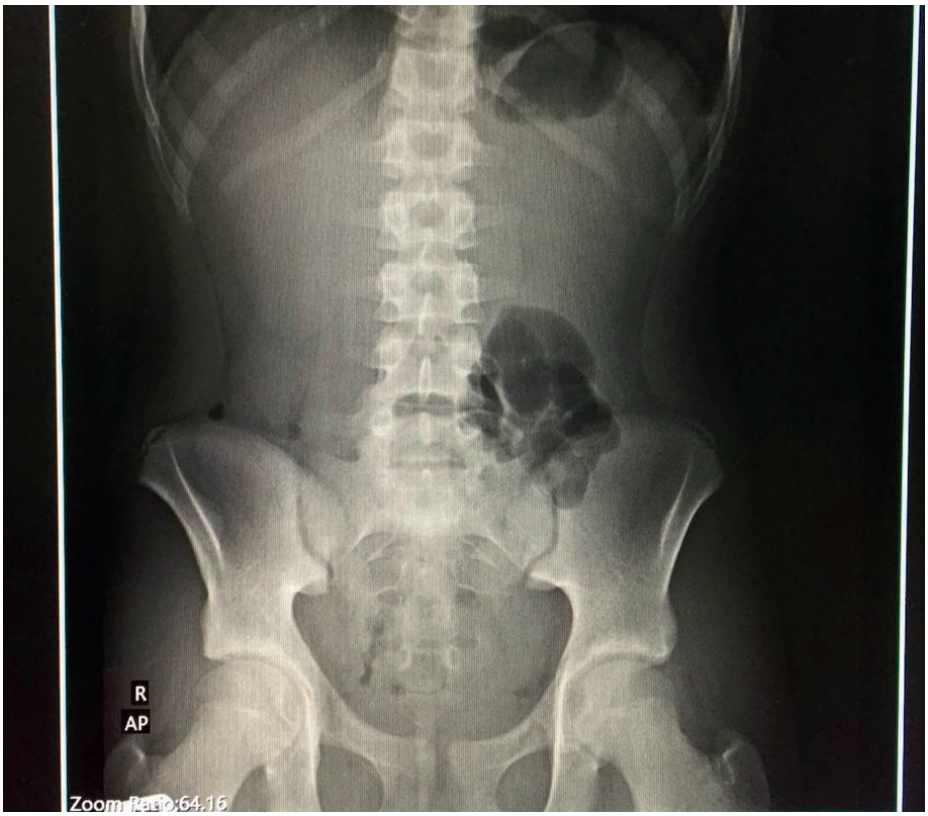

Figura 5. Radiografía simple de abdomen del paciente

Nota. Se visualiza asas intestinales ligeramente dilatadas solo en cuadrante inferior izquierdo, y el resto del abdomen radiopaco, sin visualización de aire en marco colónico, imagen sugestiva de algún cuadro obstructivo intestinal.

Fuente: expediente médico.

La radiografía simple del abdomen puede mostrar una obstrucción intestinal, aunque no confirma la invaginación, pero sí puede excluir con seguridad si el intestino está lleno de gas o el colon está completamente delineado con las heces (véase figura 5). Con menor frecuencia se realiza una tomografía computarizada para valorar el dolor abdominal del niño por sospecha de una intususcepción; esta prueba permite diagnosticarla, pero es preferida en los adultos[4, 8, 13, 14]. A nuestro paciente se le realizó una tomografía, a pesar de tener un diagnóstico ecográfico, ya que por la edad y en el momento de la evaluación no tenía hallazgos físicos.

En cuanto al enfoque para el tratamiento de la invaginación en los adolescentes y adultos, no es recomendada la reducción hidrostática o neumática, por estar más asociada a invaginación intestinal recurrente y a mayor posibilidad de tener un punto guía patológico, siendo la resección quirúrgica por laparotomía el método de tratamiento más recomendado en la revisión de la literatura[5, 6, 15, 16].

Mencionamos otro caso parecido, de una niña de 10 años con diagnóstico de obstrucción intestinal aguda durante casi 24 horas y tomografía sugestiva de invaginación colo-cólica, a quien realizaron una reducción hidrostática, además de forma electiva una colonoscopia, donde se identificó un pólipo pediculado, realizándole con éxito la polipectomía[16]. Lo que demuestra que existen diferentes alternativas terapéuticas posibles.

Conclusión

La invaginación intestinal en adolescentes es inusual y desafiante, porque requiere de la sospecha diagnóstica y los métodos diagnósticos adecuados para realizar un referimiento oportuno al cirujano pediátrico, que debe estar familiarizado con los diferentes abordajes.

Referencias

1. Holocomb III GW, Murphy JP, St. Peter SD. Holcomb y Ashcraft, Cirugía Pediátrica, Wright TN, Fallat ME. Invaginacion intestinal, Capítulo 38, (7ma Ed.), Elsevier, España; 2021. Pp. 621-627.
2. Esmaeili-Dooki MR, Moslemi L, Hadipoor A, Osia S, Fatemi SA. Pediatric Intussusception in Northern Iran: Comparison of Recurrent With Non-Recurrent Cases. Iran J Pediatr. 2016;26(2):e3898. doi: 10.5812/ijp.3898. PMID: 27307967; PMCID: PMC4904340.

3. Sankari Tarabishi A, Aljarad Z, Shebli B, Masri AH, Anadani R, Shabouk MB, Trissi M. A rare case of bowel intussusception due to adenocarcinomatous polyp in a 14 year-old child: case report. BMC Surg. 2020;20(1):198. doi: 10.1186/s12893-020-00859-9. PMID: 32917174; PMCID: PMC7488507.

4. Coran AG, Caldamone A, Scott Adzick N, Krummel TM, Laberge J-M, Shamberger R. Pediatric Surgery E-Book. Elsevier Health Sciences; 2012. Chapter 85, intussusception.

5. Mazzotta E, Lauricella S, Carannante F, Mascianà G, Caricato M, Capolupo GT. Ileo-ileal intussusception caused by small bowel leiomyosarcoma: A rare case report, International Journal of Surgery Case Reports. 2020;72:52-5, Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.049.

6. Rostion A CG. Cirugía Pediátrica [2da ed]. Ibáñez R, Ibáñez C, Rostion CG. Invaginación intestinal. Capítulo 72, Chile. Editorial Mediterráneo; 2014. Pp. 577-578.

7. Akbulut S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: a case report and comprehensive literature review. World J Gastroenterol. 2012;18 (40):5745-52. doi: 10.3748/wjg.v18.i40.5745.

8. Aguirre F, Silva A, Parra P, Salcedo D, López P, Acevedo Y. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. Rev Colomb Cir. 2019;34:79-86. Disponible en: https://doi.org/10.30944/20117582.102

9. Cázares-Méndez JM, Zamudio-Vázquez VP, Gómez-Morales E, Ortiz-Aguirre SG, Cadena-León JF, Toro-Monjaraz EM et al. Pólipos gastrointestinales en pediatría. Acta Pediatr Mex. 2015;36:158-63. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx

10. Fernández-Plaza A, Saiz-Mendiguren R, García-Lallana A, Viteri-Ramírez G, Etxano J, Bondía Gracia JM. Ileo-ileal intussusceptions in a child complainting of abdomnial pain. Clinical Cases. Paediatric radiology. 2012. doi: 10.1594/EURORAD/CASE.10092

11. Zhao L, Feng S, Wu P, et al. Características clínicas y resultado quirúrgico en niños con invaginación intestinal secundaria a puntos de referencia patológicos: estudio retrospectivo en una sola institución. Pediatr Surg Int. 2019;35:807–11. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00383-019-04471-8

12. Lin Xk, Xia Qz, Huang Xz, et al. Clinical characteristics of intussusception secondary to pathologic lead points in children: a single-center experience with 65 cases. Pediatr Surg Int. 2017;33:793–7. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00383-017-4101-8

13. Cochran W. Trastornos gastrointestinales en recién nacidos y lactantes/Intususcepción. Manual Merck; 2020. Disponible en: https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-infantil/trastornos-digestivos-en-ni%C3%B1os/invaginaci%C3%B3n-intestinal-intususcepci%C3%B3n

14. Jain S, Haydel MJ. Child Intussusception. 2020 Jul 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 28613732.

15. López Marure E. Radiología pediátrica para pediatras. Argentina Journal. 2009:151-2.

16. Takahashi T, Miyano G, Kayano H, Lane GJ, Arakawa A, Yamataka A. A child with colo-colonic intussusception due to a large colonic polyp: Case report and literature review. Afr J Paediatr Surg [serial online] 2014;11:261-3. Disponible en: https://www.afrjpaedsurg.org/text.asp?2014/11/3/261/137338