

Intususcepción intestinal por linfoma en el adulto. Dos episodios en un mismo paciente

Adult intussusception caused by lymphoma. Two episodes in the same patient

Darío C. Zorzín, Verónica Vera, Vanesa Babi, Fernanda Di Marco, Noelia Hobaica

Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano" San Martín, Pcia. de Buenos Aires

Correspondencia a :
dariozorzin3@yahoo.com.ar

Introducción

La invaginación intestinal es un evento infrecuente en adultos. Representa del 2 al 3% de las causas de obstrucción intestinal en pacientes mayores de 15 años². En una revisión reciente, Onleendi y col. hallaron 28 casos entre 1986 y 2006.⁵

A continuación presentamos el caso de una paciente que cursa dos episodios de intususcepción en intestino delgado, separados entre sí por un lapso de 3 meses. No hemos hallado un caso semejante en la literatura consultada.

Caso Clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 61 años, que ingresa en el servicio de guardia de nuestro hospital presentando un cuadro de dolor abdominal, distensión, vómitos, y constipación absoluta de 3 días de evolución. Al examen físico se comprueba un abdomen blando, distendido, sin masa palpable. La radiografía de abdomen de pie (Fig. 1) evidencia niveles hidroaéreos de delgado.

Ante el cuadro de oclusión intestinal, se decide la conducta quirúrgica.

En la laparotomía se observa en el íleon, a 90 cm de la válvula ileocecal, intususcepción producida por un tumor de aproximadamente 6 cm de diámetro, con adenopatías mesentéricas. No se aprecia otra patología en la exploración abdominal. Se realiza resección en bloque de la pieza, con margen oncológico, resecaando en total aproximadamente 20 cm de intestino delgado. La continuidad intestinal se resuelve con una anastomosis término-terminal. Al examen macroscópico de la



Rx de abdomen de pie

pieza se evidencia invaginación producida por un tumor de consistencia duro-elástica, exofítico, y con las adenomegalias antes descritas contenidas en el meso (Fig. 2).

La paciente evoluciona bien y es dada de alta con controles ambulatorios 5 días después de la cirugía. El análisis anatomopatológico por inmunomarcación del tumor informa proceso linfoproliferativo difuso (CD 20+), que corresponde a un linfoma tipo B. Luego de 3 meses del primer acto quirúrgico, la paciente reingresa en guardia con un cuadro de obstrucción intestinal de similares características que el episodio

Recibido el
16 de julio de 2013.

Aceptado el
15 de octubre 2013

FIGURA 2



La pieza

anterior. Vuelve a ingresar en quirófano y en la laparotomía se halla una nueva invaginación intestinal, esta vez a 15 cm de la válvula ileocecal. La anastomosis anterior se encontraba intacta.

Se realiza idéntico procedimiento: resección en bloque con anastomosis término-terminal, con buena evolución posoperatoria. Alta 8 días después del acto quirúrgico. El informe de la pieza resecada revela un linfoma de características idénticas a las del anterior. Una TC de tórax posterior no revela adenopatías mediastínicas.

Discusión

El linfoma no Hodgking es el tercero en frecuencia entre los tumores malignos de delgado; el íleon es el sector de ubicación más frecuente. Específicamente, el linfoma tipo B constituye el 90% de los linfomas digestivos.³

En la mayor parte de los casos en adultos, la invaginación intestinal, en el 70% aproximadamente, se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal,¹ y es extremadamente difícil con los recursos disponibles en un hospital del conurbano establecer las causas de la obstrucción. La conducta quirúrgica es recomendable sin perder tiempo en intentar diagnosticar las causas etiológicas.^{1,4} De manera que el diagnóstico de invaginación intestinal es generalmente intraoperatorio.

En cuanto a la conducta, una vez establecido el diagnóstico de oclusión intestinal por intususcepción, existe cierta controversia. La resección en bloque de la pieza es la más recomendada, ya que es alta la frecuencia de neoplasia e isquemia intestinal. Solo se acepta el “desarmado” de la invaginación como única conducta en caso de tener la seguridad de que la causa no es neoplásica, o en pacientes con riesgo de sufrir el “síndrome de intestino corto”.⁵

Es altamente probable que el tumor hallado en el segundo episodio de oclusión haya estado presente en el primero (neoplasia sincrónica) y no fue advertido en la exploración, tal vez por sus características, ya que suele presentarse en forma intramural y difusa.

Finalmente, la paciente fue enviada a Oncología, donde con el diagnóstico de linfoma primario de intestino delgado fue tratada con éxito con quimioterapia.

Referencias bibliográficas

1. Cera S. Intestinal intussusception. Clin Colon Rectal Surg 2008 May;21(2):106-13.
2. Croome K, Colquhoun P. Intussusception in Adults. Can J Surg 2007 Dec;50(6):13-4.
3. Galindo F; Lencina S. Tumores de intestino delgado. www.sacd.org.ar 2009;II-261:1-17
4. Marinis A, Yiallourou A. Intussusception of the Bowel in Adults. A Review. World J Gastroenterol 2009 Jan28;15(4):407-11.
5. Onleendi E, Grotz T, et al. Adult intussusception in the last 25 years at modern imaging: Is Surgery Still Indicated?. J Gastrointest Surg 2011 Oct;15(10):1699-705