

Intususcepción colorrectal por lipoma en un adulto: a propósito de un caso

Colorectal intussusception caused by a lipoma in an adult: A case report

Emilia Martínez*, Juan Bautista-Del Valle, Cesario Ichuta-Espinal, Esteban A. González-Salazar y Mariana Golzio

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca, San Justo, La Matanza, Buenos Aires, Argentina

Estimados editores:

La intususcepción es la invaginación de un asa intestinal (proximal) sobre un segmento adyacente (distal). En los adultos no presenta manifestaciones típicas: puede ser asintomática, dar síntomas intermitentes y crónicos, o presentarse con una complicación aguda.

El estudio diagnóstico no invasivo más adecuado y completo para esta patología es la tomografía computada multicorte (TCMC)¹.

El objetivo de esta carta es mostrar los hallazgos tomográficos y quirúrgicos de una intususcepción colocolica en un paciente adulto a causa de un lipoma submucoso.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años con antecedente de episodios de dolor abdominal inespecífico, intermitente y de larga data, sin diagnóstico etiológico. Consultó a la guardia por un nuevo episodio de dolor abdominal de tipo cólico difuso, predominantemente hipogástrico, de 5 días de evolución, acompañado por diarrea. Sin alteraciones semiológicas significativas.

Se realizó TCMC con contraste oral e intravenoso; el primero se administró 1 hora antes del estudio y el segundo 70 segundos antes de la adquisición de imágenes para obtener un tiempo portal. La TCMC demostró la intususcepción colocolica (sigmoideorrectal) asociada a imagen de densidad grasa compatible con un lipoma (Figs. 1 y 2).

Por ausencia de complicaciones o signos de obstrucción, se decidió el manejo quirúrgico programado a las 72 horas. Se realizó una hemicolectomía izquierda laparoscópica con anastomosis primaria.

Se reconoció una tumoración exofítica redondeada de 3.5 x 4 cm submucosa asociada a pliegues mucosos edematosos (Fig. 3). El diagnóstico anatomopatológico fue de lipoma submucoso.

La intususcepción intestinal puede clasificarse en dos tipos según su etiología. La primera obedece a una protrusión mural (p. ej., un tumor) que altera las ondas peristálticas intestinales y genera la invaginación. La segunda, en ausencia de causa, se denominada idiopática y suele ser más frecuente en el intestino delgado².

Esta patología puede presentar distintas localizaciones: enteroentérica, ileocolica, ileocecal y colocolica. Esta última puede subdividirse en colocolica propiamente dicha, colorrectal y rectorrectal³.

La mayoría de las invaginaciones ocurren en la infancia. En los adultos es una condición clínica infrecuente que constituye menos del 5% de todos los casos de invaginación intestinal; esta afección, en los adultos, representa el 1-3% de todos los casos de obstrucción intestinal^{1,3}.

En los adultos, la invaginación intestinal tiene una etiología identificable en el 90% de los casos. En el intestino delgado, las lesiones benignas representan la

Correspondencia:

*Emilia Martínez

E-mail: emilia.martinez@hospitalitaliano.org.ar

Fecha de recepción: 06-01-2020

Fecha de aceptación: 29-08-2021

DOI: 10.24875/RAR.M22000013

Disponible en internet: 14-07-2022

Rev Argent Radiol. 2022;86(2):140-142

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2021 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

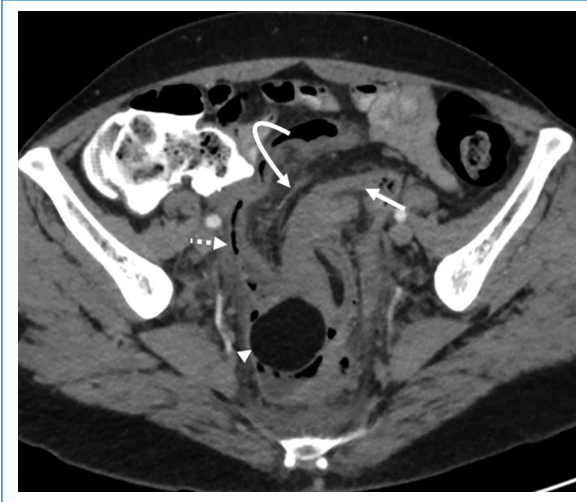


Figura 1. TCMC con contraste oral e intravenoso, en fase portal, con reconstrucción multiplanar axial oblicuo, que muestra una imagen compatible con intususcepción sigmoideo-rectal. Se observa un asa proximal (flecha) rodeada de grasa y los vasos mesentéricos (flecha curva) invaginándose en un asa distal (flecha discontinua) por el lipoma mural que actúa como punto guía (punta de flecha).



Figura 2. TCMC con contraste oral e intravenoso, en fase portal y plano coronal. Se puede apreciar el signo de la diana, donde destaca un asa proximal (flecha) rodeada de grasa y los vasos mesentéricos (flecha curva) contenidos por un asa distal (flecha discontinua).

mayoría de los casos y solo el 25-30% son lesiones malignas. Por el contrario, en la invaginación de intestino grueso la etiología habitualmente es maligna, con una frecuencia de hasta el 60-65% de los casos^{1,3}. Entre las causas benignas se encuentran los pólipos de

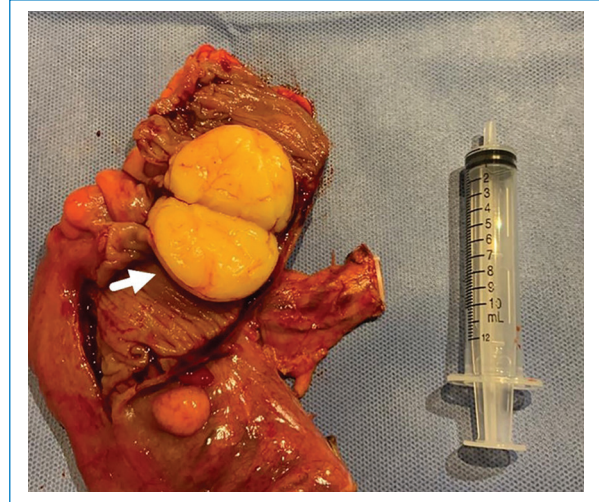


Figura 3. Fotografía de la pieza quirúrgica. Se observa el segmento de colon sigmoide con una tumoración mural blanquecina correspondiente a un lipoma submucoso (flecha).

Peutz-Jeghers, los adenomas, el divertículo de Meckel, las lesiones vasculares o quísticas, los hematomas y los endometriomas, así como también compresiones extraluminales intraabdominales o sitios de anastomosis^{1,4,5}. Los lipomas grandes como causa de intususcepción colónica sintomática son raros y en el 60% de los casos se ubican en el colon ascendente⁵. Los lipomas intestinales presentan una incidencia del 0,035-4,4% en autopsias y del 0,11-0,15% en estudios endoscópicos⁶.

En pacientes adultos, la presentación clínica puede caracterizarse por dolor abdominal difuso intermitente acompañado de náuseas y vómitos, cambios de los hábitos intestinales y distensión. Estos pacientes suelen tener episodios similares a repetición¹⁻³. Las intususcepciones de causa tumoral, a su vez, pueden asociarse a síntomas y signos referidos a la enfermedad de base, como por ejemplo melena⁷. Los síntomas podrían incluso diferir según la topografía de la intususcepción: en el intestino delgado suele tener una manifestación abrupta, mientras que la colónica suele dar un cuadro clínico inespecífico. Las ubicadas en el colon izquierdo suelen manifestarse en forma temprana debido al menor diámetro luminal y la mayor consistencia de la materia fecal en dicha localización⁸.

En la TCMC, el hallazgo clásico de la intususcepción es el «signo de la diana», que se debe a la superposición de las estructuras del asa invaginada sobre las del asa distal adyacente, interpuestas por el complejo mesentérico regional y su vasculatura. De esta manera, se identificarán,

de interno a externo, la luz intestinal del asa invaginada, sus paredes, el complejo mesentérico y su vasculatura, la pared interna del asa saliente, su luz y la pared externa de esta, ambas generalmente engrosadas^{1,2,8-10}.

La TCMC con contraste intravenoso puede ayudar a la detección de inflamación y de isquemia parietal regional, y determinar el comportamiento postcontraste de la lesión asociada, orientando así su etiología. En los casos secundarios a enfermedad maligna, el contraste contribuirá en su estadificación^{8,9}.

El tratamiento de elección de la intususcepción es la resección. En los adultos no se recomienda la reducción del asa invaginada previa a la cirugía debido al riesgo de perforación y diseminación de enfermedad, y por la mayor tasa de complicaciones posquirúrgicas. Sin embargo, en casos de lesión benigna subyacente y viabilidad del asa involucrada, podría considerarse con el fin de reducir la extensión de la resección, evitando así un posterior síndrome de intestino corto. Las intususcepciones no obstructivas detectadas en forma incidental en una TCMC no requieren intervención^{1,9,10}.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. González Salazar Esteban Agustín, médico cirujano de Hospital Italiano, quien les proporcionó las imágenes de la pieza quirúrgica y prestó su colaboración.

Financiamiento

Los autores declaran no tener ningún financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Valentini V, Buquicchio GL, Galluzzo M, Ianniello S, Di Grezia G, Ambrosio R, 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
2. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006;26:733-44.
3. Mohamed M, Elghawy K, Scholten D, Wilson K, McCann M. Adult sigmoidorectal intussusception related to colonic lipoma: a rare case report with an atypical presentation. *Int J Surg Case Rep.* 2015;10:134-7.
4. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO, Gopal DV, Arluk GM, Heise CP. Evaluation of submucosal lesions of the large intestine: part 2. Nonneoplastic causes. *Radiographics.* 2007;27:1693-703.
5. M'rabet S, Jarrar MS, Akkari I, Ben Abdelkader A, Sriha B, Hamila F, et al. Colonic intussusception caused by a sigmoidal lipoma: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;50:1-4.
6. Agrawal A, Singh KJ. Symptomatic intestinal lipomas: our experience. *Med J Armed Forces India.* 2011;67:374-6.
7. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO, Gopal DV, Arluk GM, Heise CP. Evaluation of submucosal lesions of the large intestine. *Radiographics.* 2007;27:1681-92.
8. Jaffe T, Thompson WM. Large-bowel obstruction in the adult: classic radiographic and CT findings, etiology, and mimics. *Radiology.* 2015;275:651-63.
9. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, Bajracharya A, Sah PL. Intussusception in adults: institutional review. *Int J Surg.* 2011;9:91-5.
10. Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, Baltogiannis G, Ignatiadou E. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. *G Chir.* 2013;34:280-3.