

INTUSUSCEPCIÓN COLOCÓLICA E ILEOCÓLICA EN ADULTOS

MARIANA TOFFOLO PASQUINI, WALTER S. NARDI, HERNÁN RUIZ, MARÍA DOLORES DANERI,
JUAN CARLOS PATRÓN URIBURU

Departamento de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Mariana Toffolo Pasquini, Departamento de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, 1280 Buenos Aires, Argentina

E-mail: marianatoffolo@gmail.com

Recibido: 9-IV-2025

Aceptado: 14-VII-2025

Resumen

La intususcepción intestinal en adultos es de gran dificultad diagnóstica debido a su presentación clínica inespecífica y su rareza.

Presentamos cinco casos de intususcepción en adultos, incluido un adenocarcinoma, dos lipomas colónicos y dos casos idiopáticos. Estos casos ilustran diversas presentaciones clínicas y enfoques de tratamiento. Las modalidades de diagnóstico, como la tomografía computarizada y la colonoscopia, desempeñan un papel fundamental en la evaluación preoperatoria, ayudando a detectar lesiones y orientando las decisiones terapéuticas. La resección quirúrgica sigue siendo la piedra angular del tratamiento y, los abordajes laparoscópicos ofrecen posibles beneficios en casos seleccionados. Nuestros casos subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario y estrategias de tratamiento individualizadas para abordar esta afección.

Palabras clave: intususcepción intestinal, intususcepción en adultos, intususcepción de colon, cirugía laparoscópica

Abstract

Colocolic and ileocolic intussusception in adults

Intestinal intussusception in adults is very difficult to diagnose due to its nonspecific clinical presentation and its rarity.

We present five cases of adult intussusception, including one adenocarcinoma, two colonic lipomas, and two idiopathic cases. These cases illustrate various clinical presentations and treatment approaches. Diagnostic tools, including computed tomography and colonoscopy, are essential in preoperative evaluation, aiding in lesion detection and guiding therapeutic decisions. Surgical resection remains the cornerstone of treatment, and laparoscopic approaches offer potential benefits in selected cases. Our cases highlight the importance of a multidisciplinary approach and individualized treatment strategies to address this pathology.

Key words: intestinal intussusception, adult intussusception, colonic intussusception, laparoscopic surgery

La intususcepción intestinal se produce cuando un segmento de intestino se invagina en otro adyacente debido a una alteración de la peristalsis normal.

La mayoría de las intususcepciones en adultos se originan en el intestino delgado y son más infrecuentes en el colon. Diversos estudios señalan que la causa más común de intususcepción colónica en adultos es un tumor maligno, predominando el adenocarcinoma, mientras que los lipomas colónicos son la etiología benigna más frecuente¹. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, lo que dificulta el diagnóstico.

El tratamiento óptimo para la intususcepción en adultos aún es controvertido.

Presentamos cinco casos de pacientes adultos con intususcepción ileocolica y colocolica, ocasionada por diversas causas (Tabla 1).

Caso clínico 1

Varón de 60 años de edad consultó por cuadro de dolor abdominal leve, intermitente, de tipo cólico, de 3 meses de evolución. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal que evidenció la presencia de una masa endoluminal en colon transverso, asociada a una intususcepción colocolica (Fig.1 A y B). Se realizó una colonoscopia y se halló una lesión en el ángulo hepático, que ocupaba más del 90% de la luz (Fig. 1 C). Se tomaron biopsias, pero el estudio anatomopatológico no fue concluyente para descartar una neoplasia maligna subyacente. Se realizó

una hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea. El examen anatomopatológico de la pieza mostró un lipoma submucoso pediculado gigante de 5 x 4 cm con mucosa ulcerada subyacente (Fig. 1 D).

Caso clínico 2

Varón de 27 años consultó por cólicos abdominales de 4 días de evolución. Al examen clínico manifestó dolor localizado en flanco e hipocondrio derecho. Una TC abdominal mostró una intususcepción ileocolica (Fig. 1 E y F). Se realizó una colonoscopia, pero no hubo evidencia de intususcepción. Se visualizó el ciego, la válvula ileocecal y el ileon terminal, los cuales presentaban mucosa granular y edematosa. Se tomaron biopsias que informaron edema mucoso leve. Mientras se esperaba el resultado patológico, el paciente experimentó un nuevo episodio de intususcepción confirmado por una nueva TC de abdomen.

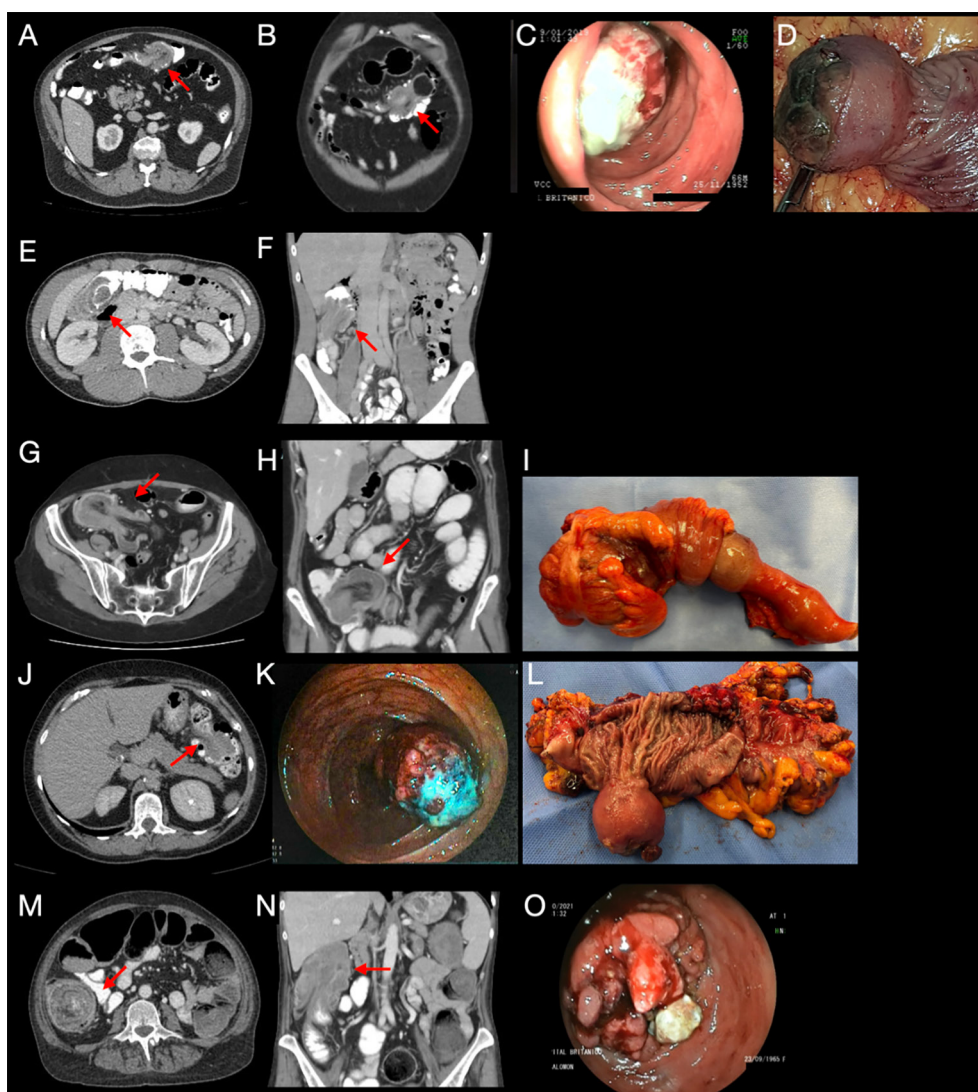
Tabla 1 | Características clínicas, diagnósticas, etiológica y quirúrgica de cinco pacientes adultos con intususcepción ileocolica y colocolica

Caso clínico	Sexo	Edad (años)	Presen-tación clínica	Tiempo de evolu-ción	TC de abdo-men	Colo-nosco-pía	Loca-liza-ción y tipo	Etiolo-gía	Abor-daje y técnica	Anasto-mosis
1	M	60	Dolor abdominal cólico	3 meses	Sí	Sí	Transverso, colocolico	Benigno (lipoma)	HCD LAP	Sí, intra-corpórea
2	M	27	Dolor abdominal cólico	4 días	Sí	Sí	Ileocolico	Benigno (ideo-pática)	HCD LAP	Sí, intra-corpórea
3	F	63	Dolor abdominal y distensión	2 días	Sí	No	Ileocolico	Benigno (ideo-pática)	HCD LAP convertida	Sí, manual
4	F	61	Dolor abdominal cólico	1 mes	Sí	Sí	Ángulo esplénico, colocolico	Benigno (lipoma)	CS LAP	Sí, intra-corpórea
5	F	56	Alteración del ritmo evacuatorio, pérdida de peso, anemia	2 meses	Sí	Sí	Ileocolico 60%		HCD D3 LAP	No, por anemia y malnutrición
% o*	F: 60%	53.4*	Dolor abdominal: 80%	-	100%	80%	ileocolicas, 40% colocolicas	Maligno (adenocarcinoma) 80% benignas	100% LAP (20% conversión)	80% anastomosis, 60% intra-corpóreas

M: masculino; F: femenino; TC: tomografía computada; HCD: hemicolectomía derecha; LAP: laparoscópico; CS: colectomía segmentaria

*promedio

Figura 1 | A y B: Tomografía computarizada (TC) (A axial, B coronal): Formación nodular de densidad grasa en colon transverso, de 40 mm de diámetro mayor (flecha roja), impresiona pediculado. Provoca intususcepción en dicho segmento del colon. C: Colonoscopia: Lesión exofítica con mucosa ulcerada y fibrina que ocupa más del 90% de la luz. D: Macroscopia de la pieza quirúrgica: Lesión pediculada con ulceración de la mucosa. E y F: TC (E axial, F coronal): Imagen compatible con intususcepción del ciego y última asa ileal sobre el colon ascendente (flecha roja), presenta pasaje distal del contraste oral. G y H: TC (G axial, H coronal): Imagen sugestiva de invaginación intestinal ileocecal (flecha roja), con sutil alteración de los planos grasos mesentéricos e ingurgitación. Dicha asa presenta engrosamiento parietal circunferencial. I: Macroscopia de la pieza quirúrgica: invaginación ileocecal. J: TC: (axial): Formación sólida polipoide con componente graso en ángulo esplénico, que mide 60 mm en su diámetro longitudinal y se asocia a signos de invaginación intestinal (flecha roja). K: Colonoscopia: Lesión exofítica de aspecto pediculada, con áreas erosivas y necróticas. L: Macroscopia de la pieza quirúrgica: Lesión pediculada compatible con lipoma. M y N: TC (A axial, B coronal): Engrosamiento parietal circunferencial con realce mural en ciego, asociado a alteración de los planos grasos adyacentes y estructuras ganglionares. Genera invaginación intestinal con desplazamiento de la válvula ileocecal e íleon terminal hacia la luz del colon (flecha roja). O: Colonoscopia: Lesión orgánica exofítica voluminosa y friable que ocupa fondo de ciego y colon ascendente



Se realizó una hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea. El examen anatomopatológico de la pieza mostró edema mucoso y submucoso asociado a hemorragia del íleon y colon. Además se observaba hiperplasia linfoide reactiva del apéndice. El diagnóstico final fue intususcepción intestinal idiopática.

Caso clínico 3

Mujer de 63 años consultó por cuadro de 2 días de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Al examen físico presentaba distensión abdominal asociada a dolor en la fosa ilíaca derecha. Una TC abdominal mostró una intususcepción ileocecal (Fig. 1 G y H). Se solicitó una colonoscopia pero debido a la intolerancia a la preparación, se decidió un abordaje quirúrgico de urgencia. Se realizó una hemicolectomía derecha laparoscópica convertida con anastomosis manual. El examen anatomopatológico de la pieza mostró congestión vascular e infiltrado inflamatorio linfomononuclear y polimorfonuclear asociado a hiperplasia linfoide reactiva del apéndice (Fig. 1 I). El diagnóstico final fue intususcepción intestinal idiopática.

Caso clínico 4

Mujer de 61 años consultó por un cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal tipo cólico, leve e intermitente. Se realizó una TC abdominal que reveló una formación polipoide sólida en el ángulo esplénico con signos de intususcepción intestinal (Fig. 1 J). En una colonoscopia se halló una lesión pediculada en colon transverso (Fig. 1 K). Se tomaron biopsias, pero el estudio patológico no fue concluyente para descartar la posibilidad de una neoplasia maligna subyacente. Se realizó una colectomía segmentaria laparoscópica con anastomosis intracorpórea. El examen anatomopatológico de la pieza mostró un lipoma submucoso polipoide con ulceración extensa (Fig. 1 L).

Caso clínico 5

Mujer de 56 años, ex fumadora, presentó pérdida de peso y alteración del hábito evacuatorio asociada a anemia. Se realizó una TC abdominal que reveló un engrosamiento circunferencial de la pared del ciego asociado a signos de intususcepción intestinal (Fig. 1 M y N). Se realizó una colonoscopia donde se identificó una lesión orgánica voluminosa y friable en ciego y colon ascendente (Fig. 1 O). Se tomaron biopsias y el estudio patológico informó un adenocarcinoma infiltrante. Se realizó una hemicolectomía derecha laparoscópica sin anastomosis. El examen anatomopatológico de la pieza mostró un adenocarcinoma infiltrante con márgenes libres y ausencia de metástasis en 28 ganglios linfáticos regionales (pT3N0).

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes para la publicación de los casos.

Discusión

La intususcepción intestinal se define como la invaginación de un segmento proximal del intestino (*intususceptum*) dentro de un segmento distal (*intususcipiens*), adoptando una configuración telescópica². Este fenómeno puede causar obstrucción intestinal, interrumpir el flujo sanguíneo en el sector afectado del intestino y llevar a complicaciones como necrosis intestinal, perforación o sepsis.

En niños, la intususcepción es una condición frecuente, típicamente idiopática y autolimitada, tratada generalmente sin necesidad de cirugía³. En contraste, en los adultos es una afección rara, representando solo entre el 1% y 5% de las obstrucciones intestinales. En estos casos, suele asociarse a una lesión subyacente, en su mayoría benigna, cuando afecta al intestino delgado, mientras que en el colon, las lesiones malignas son las predominantes^{1,3}.

La etiología de la intususcepción en adultos es identificable en el 70% a 90% de los casos, siendo los adenocarcinomas primarios la causa más frecuente en la intususcepción colónica, mientras que los lipomas constituyen la lesión benigna predominante, aunque los lipomas pediculados, como en nuestros pacientes, son menos frecuentes. El 8% a 20% de los casos restantes son idiopáticos^{1,3-5}.

Hong y col.³ reportaron que en la intususcepción colónica predominan los tumores malignos (46.5%), siendo el adenocarcinoma primario responsable del 80% de los casos. De manera similar, Heng y col.⁶ hallaron que los tumores malignos representan el 53.8% de los casos, seguidos de los tumores benignos (28.7%), inflamación/infección (11.7%) y causas idiopáticas (5.8%). Los lipomas fueron los tumores benignos más comunes (15%), seguidos de adenomas (9%) y leiomiomas (2%).

A diferencia de lo comunicado en la literatura, la etiología en nuestros pacientes correspondió solo a un caso de adenocarcinoma y predominaron los lipomas (2) y las intususcepciones idiopáticas (2).

Los lipomas colónicos son neoplasias benignas mesenquimatosas infrecuentes, generalmente asintomáticas. Sin embargo, aquellos mayores de 5 cm pueden presentar síntomas

como dolor abdominal y obstrucción en el 75% de los casos⁷.

La intususcepción de causa idiopática es común en niños pero rara en adultos y suele localizarse en el intestino delgado. Se cree que las contracciones espasmódicas de la capa muscular circular del intestino facilitan el telescopado de las paredes⁸.

Históricamente, el diagnóstico de la intususcepción presentó grandes dificultades debido a la naturaleza inespecífica de sus signos y síntomas que se manifiestan de forma subaguda o crónica. Los pacientes suelen experimentar episodios de cólicos agudos o un dolor sordo persistente que puede prolongarse durante meses. A medida que el cuadro progresa, pueden manifestarse síntomas de obstrucción intestinal, como distensión abdominal y vómitos, y en casos graves, necrosis intestinal. El dolor abdominal es el síntoma más común; no obstante, los episodios agudos de obstrucción intestinal completa ocurren en menos del 20% de los casos². Además, la tríada clásica (dolor abdominal, diarrea con sangre y masa palpable dolorosa) es poco común en adultos, lo que contribuye a diagnósticos tardíos o erróneos. En nuestra serie ningún caso se presentó como complicación grave y solo un caso como suboclusión y distensión.

La TC es la herramienta diagnóstica de elección, con una precisión de entre el 77 al 100%, según distintos estudios. La apariencia característica en “diana” o “salchicha” permite diagnosticar la intususcepción, aunque no siempre permite identificar la causa subyacente ni diferenciar entre lesiones benignas y malignas. En las intususcepciones ileocolicas, es difícil determinar si el punto de invaginación se origina en el íleon o en el colon. No obstante, la causa más común en esta localización sigue siendo el adenocarcinoma primario¹⁻³.

En nuestros pacientes, la TC confirmó la intususcepción en todos los casos. En los pacientes 1 y 4 se observaron masas subyacentes sin poder determinar malignidad, mientras que en el paciente 5 se evidenció un engrosamiento circunferencial del ciego que asociado a anemia, sugirió el diagnóstico de una neoplasia.

La colonoscopia es una herramienta útil para confirmar la presencia de intususcepción, localizarla y, en algunos casos, realizar una biopsia⁹. El diagnóstico diferencial endoscópico puede ser

difícil, especialmente en lipomas con ulceración o necrosis de la mucosa subyacente. Nuestros casos ilustran la utilidad de este método a pesar de sus limitaciones en ciertas situaciones. Se pudo realizar colonoscopia en cuatro de los cinco pacientes, identificándose lesiones exofíticas en tres de ellos, permitiendo formular diagnósticos diferenciales. Las biopsias no fueron concluyentes, excepto en el paciente 5, que confirmó la presencia de un adenocarcinoma.

El tratamiento de la intususcepción en adultos es quirúrgico, aunque el tipo de cirugía y la vía de abordaje continúa siendo debatido.

La reducción manual es controvertida, dado el riesgo de diseminación tumoral en casos malignos y no se sugiere como tratamiento definitivo, debido al alto porcentaje de recurrencia^{4,8,10}. La resección oncológica es la estrategia más aceptada, incluso en intususcepciones idiopáticas, debido a la posibilidad de malignidad oculta^{4,10,11}.

La laparoscopia ha emergido como una técnica segura y efectiva que puede realizarse con éxito y con bajo riesgo de complicaciones, además tiene los beneficios bien conocidos del acceso laparoscópico, como el menor tiempo de recuperación y hospitalización más corta. Sin embargo, su uso depende de la experiencia del cirujano y las condiciones intraoperatorias¹².

Kang y col.¹³, en un estudio multicéntrico, no encontraron diferencias significativas en el tiempo operatorio, requerimientos de transfusión o complicaciones intraoperatorias entre la cirugía laparoscópica y abierta. Sin embargo, demostraron que la laparoscopia ofrece ventajas como recuperación más rápida, ingesta de alimentos de forma más temprana y estancia hospitalaria más corta.

En nuestra serie, cuatro de los cinco casos fueron resueltos exitosamente por laparoscopia; la conversión a cirugía abierta fue necesaria en un paciente debido a distensión intestinal grave que comprometía la visibilidad.

La elección del enfoque terapéutico debe basarse en una evaluación cuidadosa de cada caso asociado a la experiencia del equipo tratante, con el objetivo de proporcionar el mejor resultado posible para el paciente.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal intussusception: etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30:30-9.
2. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: a retrospective review. *World J Surg* 2015; 39:134-8.
3. Hong KD, Kim J, Ji W, Wexner SD. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2019; 23:315-24.
4. Wang LT, Wu CC, Yu JC, Hsiao CW, Hsu CC, Jao SW. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:1941-9.
5. Chiang JYM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008; 98:444-7.
6. Heng V, Oh S-K, Leng H, Chhun V, Lee YD. Adult colorectal intussusception caused by giant lipoma: a case report. *Clin Case Rep* 2024; 12:e8682.
7. Atmatzidis S, Chatzimavroudis G, Patsas A, Papazogas B, Kapoulas S, Kalaitzis S, et al. Pedunculated cecal lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case report. *Case Rep Surg* 2012; 2012:1-3.
8. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21:834-9.
9. Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, et al. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol* 2009; 15:3303-8.
10. Hanan B, Diniz TR, da Luz MM, da Conceição SA, da Silva RG, Lacerda-Filho A. Intussusception in adults: a retrospective study. *Colorectal Dis* 2010; 12:574-8.
11. Imasato M, Kim HM, Higashi S, et al. Laparoscopic surgery for idiopathic adult intussusception successfully reduced by colonoscopy. *J Anus Rectum Colon* 2019; 3:49-52.
12. Sun M, Li Z, Shu Z, Wu Q, Liu X. Adult intussusception: a challenge to laparoscopic surgery? *PeerJ* 2022; 10:e14495.
13. Kang S, Lee SI, Min BW, et al. A multicentre comparative study between laparoscopic and open surgery for intussusception in adults. *Colorectal Dis* 2020; 22:1415-21.