

Invaginación duodenoyeyunal diagnosticada por cápsula endoscópica en paciente con síntomas suboclusivos

Autores Cristina Freijoso¹, María Corella¹, Silvia García¹, Rosalba Casanova².

Afiliación 1 Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara, España.
2 Servicio de Gastroenterología. Clínica Santa Paula. Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2020; 74(4): 155-157.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 24/07/2020

Fecha de revisión: 14/08/2020

Fecha de Aprobación: 24/08/2020

Resumen

La invaginación intestinal es un trastorno en el que un segmento de asa intestinal se introduce dentro del lumen adyacente distal. Constituye una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, presentándose mayormente en niños, en quienes la etiología suele ser idiopática. En la población adulta, su aparición suele deberse a la presencia de adherencias intraabdominales, divertículo de Meckel o tumores intestinales benignos y malignos. El cuadro clínico típico se caracteriza por dolor abdominal intermitente, asociándose frecuentemente síntomas suboclusivos como vómitos y distensión abdominal. El método diagnóstico de elección es la tomografía abdominal, aunque en ocasiones, en el proceso diagnóstico, puede ser necesaria la realización de otras exploraciones. La cápsula endoscópica representa una técnica complementaria para el estudio del tubo digestivo, que permite la valoración de duodeno distal, yeyuno e íleon. Aunque está contraindicada la realización de capsuloendoscopia en casos de obstrucción intestinal, ésta es posible ante la sospecha de obstrucción parcial si se confirma permeabilidad intestinal con la administración de cápsula reabsorbible Agile Patency. Presentamos un caso de una mujer de mediana edad con antecedente de un tumor desmoide de la pared abdominal, que consulta por síntomas suboclusivos de meses de evolución en quien, tras la realización de tomografía abdominal, tránsito esófagogastroduodenal y gastroscopia; finalmente se confirma el diagnóstico de invaginación intestinal con la realización de capsuloendoscopia.

Palabras clave: invaginación intestinal, cápsula endoscópica, suboclusión intestinal.

DUODENOYEYUNAL INTUSSUSCEPTION DIAGNOSED BY CAPSULE ENDOSCOPY IN A PATIENT WITH SUBOCCLUSIVE SYMPTOMS

Freijoso C, Corella M, García S, Casanova R. Invaginación duodenoyeyunal diagnosticada por cápsula endoscópica en paciente con síntomas suboclusivos. GEN; 2020;74(4):155-157.

Summary

Intestinal intussusception is a rare condition in which a portion of the bowel is telescoped into a distant bowel segment. It is an uncommon cause of intestinal obstruction, occurring more frequently in children, in whom the etiology is usually idiopathic. In adults, its appearance is usually due to the presence of postoperative adhesions, Meckel's diverticulum or benign and malignant intestinal tumors. The classical symptom is intermittent abdominal pain, frequently associated with subocclusive symptoms such as vomiting and abdominal distension. Although the gold standard for diagnosis is an abdominal CT scan, sometimes other techniques may be necessary. The capsule endoscopy is a complementary technique for the study of the digestive tract, allowing the evaluation of the distal duodenum, jejunum and ileum. Although the capsule endoscopy is contraindicated in cases of intestinal obstruction, it can be performed if the obstruction is partial, once the intestinal permeability is confirmed with the administration of a resorbable capsule, the Agile Patency. We present a case of a middle-aged woman with a previous diagnosis of a desmoid tumor of the abdominal wall, who presented subocclusive symptoms and was diagnosed of small bowel intussusception with capsule endoscopy, after performing an abdominal CT scan, a barium EGD transit and an upper endoscopy.

Key words: intussusception, capsule endoscopy, intestinal subocclusion.

Introducción

La invaginación intestinal es una condición poco frecuente, en la cual un segmento del intestino se introduce dentro de la luz de otro segmento distal por acción de la peristalsis⁽¹⁾. Aunque el dolor abdominal es el síntoma más frecuente, los pacientes también pueden presentar síntomas de suboclusión intestinal⁽²⁾. Presentamos un caso de invaginación intestinal en un adulto en

la que, tras realización de múltiples exploraciones diagnósticas, la cápsula endoscópica constituyó un elemento determinante para el diagnóstico.

Caso Clínico

Se trata de una mujer de 58 años, diagnosticada dos años antes de tumor desmoide de pared abdominal, que ingresa por dolor abdominal y vómitos alimentario-biliosos de 12 horas de evolución; refiriendo episodios similares recurrentes durante los meses previos, siempre autolimitados. Se realiza tomografía abdominal apreciándose crecimiento del tumor de pared abdominal conocido, además de un cambio de calibre luminal a nivel del ángulo de Treitz, con abundante contenido sólido a nivel de tercera y cuarta porción duodenal, pero con adecuado paso de contraste oral a asas distales (Figura 1).

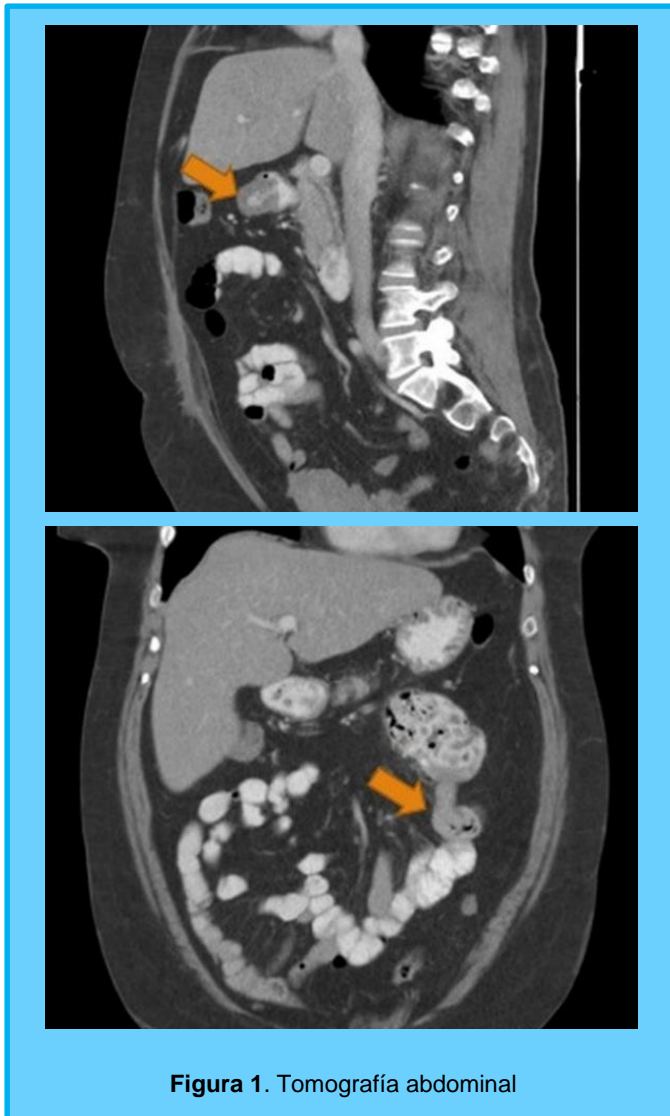


Figura 1. Tomografía abdominal

Se realiza gastroscopia objetivándose restos alimentarios sólidos a nivel de bulbo y segunda porción duodenal, sin observar estenosis (Figura 2). Se realiza tránsito esofagogastroduodenal en el que se evidencia dilatación de tercera y cuarta porción duodenal, con abundante material intraluminal móvil, sin estenosis significativas (Figura 3).



Figura 2. Gastroscopia



Figura 3. Tránsito esofagogastroduodenal

Se decide entonces, previa administración de cápsula reabsorbible Agile Patency, realizar capsuloendoscopia en la que se identifica una imagen compatible con invaginación no obstructiva a nivel de unión duodeno-yeyunal (Figuras 4) donde la cápsula permanece durante dos horas, finalmente progresando hacia asas distales. Se deriva a la paciente a Cirugía General para tratamiento definitivo.



Figura 4. Capsuloendoscopia.

Discusión

La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en el adulto, habiéndose descrito en este grupo etario únicamente el 5% de los casos⁽³⁾. El origen orgánico explica hasta el 80% de los casos⁽⁴⁾, siendo en adultos la causa más frecuente las adherencias intraabdominales, el divertículo de Meckel y tumores intestinales tanto benignos como malignos^(2,5); pudiendo además estar involucrados los cambios en la presión intraabdominal y los factores mecánicos que modifiquen la peristalsis intestinal, como podría significar

en este caso la presencia de un tumor desmoide de la pared abdominal.

Las manifestaciones clínicas se asocian al grado de obstrucción, siendo la tomografía abdominal es el método diagnóstico de elección⁽⁶⁻⁸⁾, sin embargo, una sintomatología inespecífica aunado a hallazgos radiológicos no patognomónicos, pueden resultar en la necesidad de otras modalidades diagnósticas, entre ellas una inusual como la Capsula Endoscópica (CE).

En cuanto al uso de la CE en estas situaciones clínicas, es sabido que el riesgo de retención contraindica su aplicación en obstrucción intestinal, sin embargo, esta limitante puede ser relativa con el uso previo de la cápsula reabsorbible Agile Patency que prueba la permeabilidad intestinal, lo cual es recomendado en estos escenarios⁽⁹⁾, tal como se realizó en este caso. La CE finalmente, aunque con tránsito retardado, franqueo la estenosis e identificó una intususcepción duodeno yeyunal como causa de la obstrucción, de lo cual existen pocas publicaciones, y de allí el valor de este reporte.

Referencias bibliográficas

1. A. Marinis, A. Yiallourou, L. Samanides, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009; 15: 407-411.
2. Hadid et al.: Bowel Intussusception in Adults: Think Cancer! *Case Rep Gastroenterol.* 2020; 14: 27-33.
3. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997; 226(2): 134-8.
4. R. Franco-Herrera, M. Burneo-Esteves, J. Martín-Gil, A. Fabregues-Olea, D. Pérez-Díaz, F. Turégano-Fuentes. Intussusception in the adult: a rare cause of mechanical obstruction. *Revista de Gastroenterología de México.* 2012; 77(3): 153-156.
5. Paskauskas, S., Pavalkis, D. Adult intussusception. Lule G, ed. *Current Concepts in Colonic Disorders.* Croat InTech. 2012: 1-22.
6. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(1): 30-9.
7. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Lirón-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguilar-Jimenez J, et al. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis.* 2004; 19(1):68-72.
8. Ciftci F. Diagnosis and treatment of intestinal intussusception in adults: a rare experience for surgeons. *Int J. Clin Exp Med.* 2015; 8(6):10001-5.
9. Cañas-Ventura, B. Gonzalez-Suárez, J.M. Dedeu Cuscó, I.A. Ibáñez Zafón, L. Marquez, S. Delgado-Aros, A. Seoane, L. Barranco, F. Bory Ros, M. Andreu García. Utilidad de la cápsula Agile Patency® en pacientes con sospecha de estenosis intestinal. *Gastroenterología y Hepatología.* 2009; 32 (3): 204.