

# MANEJO DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

## MANAGEMENT OF INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADOLESCENT: A CASE REPORT.

A. Martínez Sebastián<sup>1</sup>, L. Martínez Sebastián<sup>2</sup>, M. Navío Anaya<sup>1</sup>, B. Mansilla Roig<sup>1</sup>.

### RESUMEN

La invaginación intestinal es rara en el adolescente, representando del 3 al 4% del total de casos en niños mayores de 10 años. Cuando la invaginación intestinal ocurre fuera del rango de edad típico (entre los 6 y los 36 meses), puede deberse a una patología subyacente, la cual puede incluir la hiperplasia linfoide reactiva, entre otras<sup>1</sup>. La mayoría de los casos en niños suelen ser idiopáticos, aunque en menores de 3 meses y en mayores de 5 años suele haber un punto de partida patológico como el divertículo de Meckel, tumores, hematomas o malformaciones vasculares entre otros, que actúan como origen de la invaginación, debiendo realizar exámenes complementarios para descartar dicha patología. Presentamos un caso clínico de invaginación ileoileal en adolescente, a través del cual repasaremos la actitud terapéutica adecuada a tomar según el tipo de invaginación, así como las exploraciones complementarias necesarias para descartar posible patología subyacente.

**Palabras claves:** invaginación intestinal, adolescente, dolor abdominal, ecografía

### SUMMARY

Intestinal intussusception is rare in adolescents, representing 3 to 4% of all cases in children over 10 years of age. When intestinal intussusception occurs outside the typical age range (between 6 and 36 months), it may be due to an underlying pathology, which may include reactive lymphoid hyperplasia. The majority of cases in children are usually idiopathic, although in children under 3 months and in children over 5 years of age there is usually a pathological starting point (Meckel's diverticulum, tumors, hematoma, vascular malformations...) as the origin of the intussusception, we should perform complementary tests to rule out this pathology. We present a clinical case of ileo-ileal intussusception in adolescent, through which we will review the appropriate therapeutic approach to be taken according to the type of intussusception, as well as the necessary complementary examinations, to rule out possible pathology.

**Keywords:** intussusception, adolescent, abdominal pain, ultrasound.

### INTRODUCCIÓN

La invaginación o intususcepción intestinal es una causa poco frecuente de dolor abdominal en el niño, pero de gran importancia, ya que puede ser el primer síntoma de ciertas patologías subyacentes, como el linfoma. En algunos casos, con mayor frecuencia en las invaginaciones ileocólicas, si no se tratan pueden poner en riesgo la vida del paciente, llegando a producir una isquemia intestinal, perforación y peritonitis.

Esta se produce por un telescopaje de un segmento de intestino, dentro de otro segmento más distal y se clasifica según su localización:

1. Las invaginaciones ileocólicas son las más frecuentes, constituyen el 90% del total e involucran a la unión ileocecal.
2. Las invaginaciones ileoileales, ileoileocólicas, yeyunoyeyunales, yeyunoileales o colocólicas también han sido descritas, siendo éstas, mucho menos frecuentes que las anteriores.

1. Médico pediatra adscrita al servicio de pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset

2. Médico pediatra gastroenterólogo adscrito al servicio de pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset / Hospital General Universitario de Valencia

## CASO CLÍNICO

Adolescente mujer de 14 años de edad que acude a urgencias de nuestro centro por dolor abdominal localizado en región periumbilical y epigastrio de carácter intermitente, de 72 horas de evolución, que la despierta por la noche. No ha tomado analgesia en domicilio. Niega náuseas o vómitos. Deposiciones sin productos patológicos. Niega síndrome miccional. Afebril.

Niega transgresiones dietéticas. No hay historia previa de astenia, anorexia o adelgazamiento. Niega clínica infecciosa actual o reciente. Antecedentes personales sin interés. Abuela materna afecta de cáncer de colon.

A la exploración física, constantes vitales dentro de la normalidad, triángulo de evaluación pediátrica estable, destaca un abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y mesogastrio, con leve defensa abdominal en hemiabdomen derecho.

Se extrae una analítica sanguínea con bioquímica (incluida amilasa, PCR, LDH, perfil hepático y renal), hemograma y coagulación, con valores dentro de la normalidad.

Se solicita ecografía abdominal, en la que se objetiva una invaginación ileoileal en gotiera paracólica derecha-región periumbilical, corta, que se mantiene durante toda la exploración, sin observar la causa de la misma.

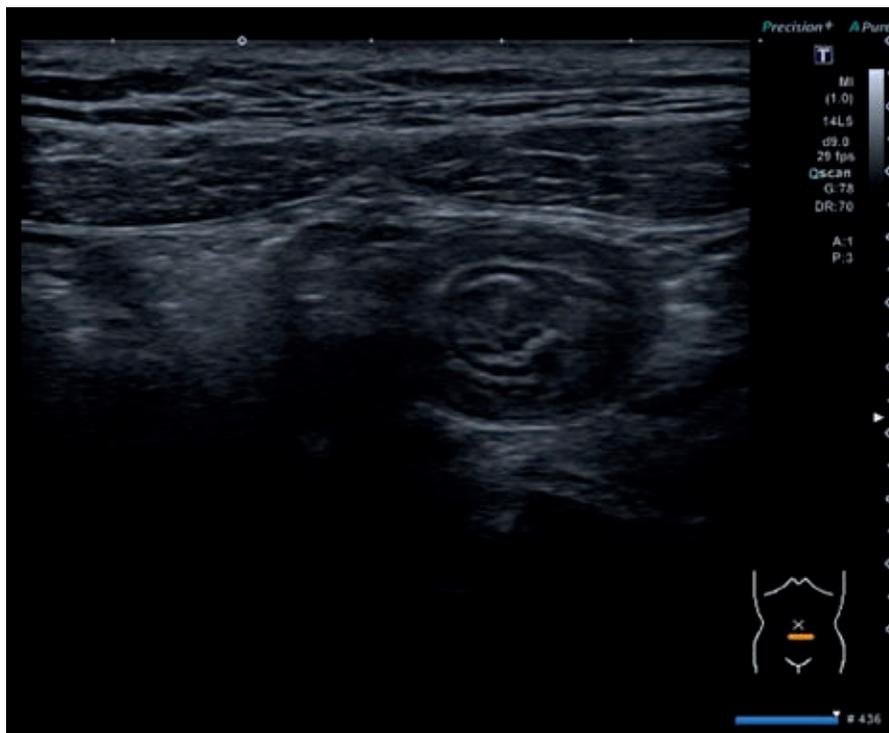


Figura 1. Ecografía de invaginación ileoileal

Se decide ingreso para realizar observación, se mantiene a la paciente en dieta absoluta, pautando fluidoterapia y analgesia intravenosa, que se suspende progresivamente ante la desaparición del dolor, en espera de control ecográfico, que se realiza a las 24 horas, en la que se confirma la resolución de la invaginación, junto con la normalidad del resto de órganos abdominales.

Se amplía estudio para descartar posible patología subyacente, con coprocultivo en el que no se detecta crecimiento de Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, Plesiomonas ni Aeromonas; sangre oculta en heces negativa y examen parasitológico negativo (Ziehl-Neelsen modificado negativo), junto con calprotectina fecal (< 15 mcg/g). Ante resultado de dichos estudios, se cataloga de invaginación ileo-ileal idiopática.

## DISCUSIÓN

Las invaginaciones intestinales pueden ser debidas a múltiples causas.

Aproximadamente el 30% de los pacientes han experimentado una infección vírica antes de producirse la invaginación. Las infecciones víricas como las producidas por adenovirus, pueden estimular el tejido linfático del tracto digestivo, lo que puede actuar como punto de partida para las intususcepciones ileocólicas<sup>2</sup>. También se han asociado con algunas formas de la vacuna para el rotavirus<sup>3</sup>.

Las infecciones bacterianas producidas por gérmenes como la Salmonella, Shigella, Escherichia Coli o el Campylobacter, también pueden producirla, siendo esta más frecuente tras el primer mes de la enteritis bacteriana<sup>4</sup>, así como los parásitos como son los Ascaris lumbricoides.

En el 25% de los casos puede existir una patología subyacente siendo esta más frecuente en los menores de 3 meses y mayores de 5 años. Estas pueden incluir el linfoma, el divertículo de Meckel, la fibrosis quística, la enfermedad celiaca o la enfermedad de Chron, entre otras, por lo que resulta muy importante vigilar posible patología concomitante en todos los grupos de edad<sup>5</sup>.

En cuanto a la presentación clínica típica, los pacientes suelen presentar episodios de dolor abdominal intermitente, que aumentan en intensidad progresivamente, con encogimiento de miembros inferiores sobre el abdomen y llanto<sup>6</sup>. Los vómitos asociados son frecuentes tras los primeros episodios; estos se irán haciendo biliosos conforme progresa el cuadro. La triada clínica clásica consistente en dolor, masa abdominal palpable y heces en jalea de grosella está presente en menos del 15% de los casos<sup>7</sup>. Los pacientes mayores suelen tener dolor como única manifestación clínica. Debemos tener en cuenta, que la fiebre, aunque puede presentarse en otros procesos tan frecuentes como las gastroenteritis o la apendicitis, también podría presentarse en las invaginaciones intestinales, por lo que estas deben ser siempre tenidas en cuenta, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el niño.

Algunas intususcepciones pueden presentarse como hallazgo casual al realizar una prueba de imagen por otro motivo. En estos casos, si el paciente se encuentra asintomático o presenta síntomas leves, pueden manejarse haciendo una observación domiciliaria con control clínico posterior u hospitalaria, como en el caso de nuestro paciente.

Por último, el tratamiento dependerá del tipo de invaginación. Las intususcepciones ileocólicas no perforadas y hemodinámicamente estables pueden tratarse con reducción hidrostática o neumática guiada por ecografía o fluoroscopia<sup>8</sup>. En caso contrario, se realizará cirugía.

Por otro lado, las invaginaciones de intestino delgado, tendrán un manejo diferente, dependiendo de las circunstancias clínicas de nuestro paciente. Estas serán más propensas a reducirse de manera espontánea (si la invaginación es corta) y tendrán unas tasas de éxito menor a la reducción no operatoria, en comparación con las ileocólicas. Si la invaginación es ileoileal, corta (< 2.3-3.5 cm de longitud, según el estudio consultado)<sup>9,10</sup> y asintomática, podrá manejarse con una actitud expectante, ya que la probabilidad de una desinvaginación espontánea es alta. Si el paciente presenta síntomas, o la intususcepción es larga, la reducción con enema es de elección. Si la reducción con esta técnica resulta imposible o no se dispone de radiólogos expertos para la realización de la misma, sería la cirugía la técnica elegida.

## CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 6 y los 36 meses de vida, siendo las ileocólicas las más frecuentes.

Aunque la mayor parte de los casos son idiopáticos, debemos descartar enfermedad o patología subyacente, siendo esta más frecuente entre los menores de 3 meses y los mayores de 5 años. La ecografía constituye el método diagnóstico de elección.

Si el paciente está estable y no existe perforación, se recomienda la reducción no operatoria (en centros con experiencia) de las invaginaciones ileocólicas, más que la cirugía, ya que la tasa de éxito suele ser alta con dichas técnicas. Por su parte, las invaginaciones ileoileales pueden resolverse espontáneamente en un gran número de pacientes, siendo la observación la actitud elegida si el paciente se encuentra asintomático o presenta dolor leve. En caso contrario, se optará por reducción no quirúrgica o cirugía, según el caso y el centro receptor.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Correspondencia: A. Martínez Sebastián.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Av. Gaspar Aguilar, 90, 7º planta, 40017, Valencia.

E-mail: aliciamarsebastian@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buettcher M, Baer G, Bonhoeffer J, et al. Three-year surveillance of intussusception in children in Switzerland. *Pediatrics* 2007; 120:473.
2. Arbizu RA, Aljomah G, Kozielski R, et al. Intussusception associated with adenovirus. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 59:e41.
3. Cortese MM, Parashar UD, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2009; 58:1.
4. Nylund CM, Denson LA, Noel JM. Bacterial enteritis as a risk factor for childhood intussusception: a retrospective cohort study. *J Pediatr* 2010; 156:761.
5. Blakelock RT, Beasley SW. The clinical implications of non-idiopathic intussusception. *Pediatr Surg Int* 1998; 14:163.
6. Mandeville K, Chien M, Willyerd FA, et al. Intussusception: clinical presentations and imaging characteristics. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28:842.
7. West KW, Stephens B, Vane DW, Grosfeld JL. Intussusception: current management in infants and children. *Surgery* 1987; 102:704.
8. Stein-Wexler R, O'Connor R, Daldrup-Link H, Wootton-Gorges SL. Current methods for reducing intussusception: survey results. *Pediatr Radiol* 2015; 45:667.
9. Navarro O, Daneman A. Intussusception. Part 3: Diagnosis and management of those with an identifiable or predisposing cause and those that reduce spontaneously. *Pediatr Radiol* 2004; 34:305.
10. Munden MM, Bruzzi JF, Coley BD, Munden RF. Sonography of pediatric small-bowel intussusception: differentiating surgical from nonsurgical cases. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 188:275.