

Intususcepción íleo-cólica por lipoma en íleon: reporte de caso

Elmer Luján-Carpio^{1,a}; Victor Alvarado-Zegarra Del Rosario^{1,b}; Brunela Montoya-Guzmán^{1,b}; Osmel Morales-Ruza^{1,c}; Felissa Torres-Sánchez^{1,a}; José Miguel Jorge-Mesia^{1,b}

¹ Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Departamento de Cirugía General. Lima, Perú.

^a Médico residente de la especialidad de Cirugía General; ^b médico especialista en cirugía general; ^c interno de Medicina Humana.

RESUMEN

La intususcepción es una causa poco común de abdomen quirúrgico agudo en adultos. Es más frecuente en pacientes pediátricos, que suelen presentar una clínica clásica de rectorragia, distensión abdominal y náuseas; por el contrario, en adultos muchas veces se presenta solo con síntomas inespecíficos, como dolor y distensión abdominal, lo que dificulta el diagnóstico.

Se presenta el caso de una paciente de 41 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, quien ingresó con dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal e imposibilidad de eliminar flatos, síntomas que aumentaron progresivamente de intensidad. La exploración física abdominal reveló un abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor abdominal a predominio en la fosa iliaca derecha y una masa palpable asociada; no se evidenciaron signos de irritación peritoneal. El estudio tomográfico con contraste del abdomen confirmó un cuadro de intususcepción intestinal en el colon ascendente, con dilatación proximal de las asas intestinales y colapso de las distales, sin presencia de neumoperitoneo ni líquido libre. Se realizó una laparotomía exploratoria de emergencia, donde se confirmó la intususcepción intestinal ileocólica. El manejo quirúrgico incluyó hemicolectomía derecha y anastomosis primaria ileotransversa término lateral con sutura mecánica circular. En el posoperatorio, la paciente presentó evolución favorable durante su hospitalización, no tuvo fiebre, su tolerancia oral progresó favorablemente, hubo un buen manejo del dolor y fue dada de alta sin mayores interurrencias. El examen anatomopatológico identificó una tumoración polipoide en el segmento ileal a 15 cm del borde quirúrgico proximal, que correspondió a un lipoma ileal pediculado asociado a necrosis transmural que condicionaba la intususcepción ileocólica.

Palabras clave: Intususcepción; Laparotomía; Lipoma; Íleon; Abdomen Agudo (Fuente: DeCS BIREME).

Ileocolic intussusception due to a lipoma of the ileum: a case report

ABSTRACT

Intussusception is an uncommon cause of acute surgical abdomen in adults. It is more common in pediatric patients, who usually present with classic symptoms including rectal bleeding, abdominal distension, and nausea. In contrast, in adult cases often present with nonspecific symptoms, such as abdominal pain and distension, making diagnosis more challenging.

We present the case of a 41-year-old female patient, with no significant medical or surgical history, who was admitted with abdominal pain, vomiting, abdominal distension, and inability to pass flatus. Symptom intensity gradually increased. Physical examination revealed a distended abdomen with decreased bowel sounds, abdominal tenderness predominantly in the right iliac fossa, where a palpable mass was also noted. No signs of peritoneal irritation were observed. Contrast-enhanced abdominal CT confirmed intestinal intussusception at the level of the ascending colon, with proximal dilation of bowel loops and collapse of distal loops, without evidence of pneumoperitoneum or free fluid. An emergency exploratory laparotomy was carried out, confirming ileocolic intussusception. Surgical management included a right hemicolectomy and primary end-to-side ileotransverse anastomosis performed with a circular stapler. Postoperatively, the patient had a favorable clinical course during hospitalization, with no fever, improved tolerance of oral intake, adequate pain management, and was discharged without major complications. Histopathological examination identified a polypoid tumor in the ileal segment, located 15 cm from the proximal surgical margin, corresponding to a pedunculated lipoma of the ileum associated with transmural necrosis, which had caused the ileocolic intussusception.

Keywords: Intussusception; Laparotomy; Lipoma; Ileum; Abdomen, Acute (Source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Elmer Julio César Luján Carpio
elmerlujancarpio@hotmail.com

Recibido: 1/4/2025

Evaluated: 21/5/2025

Aprobado: 10/6/2025



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Copyright © 2025, Revista Horizonte Médico (Lima). Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal es una causa rara de abdomen agudo quirúrgico en adultos, tiene una incidencia de 1 % a 5 % y suele presentarse como un cuadro de obstrucción con los síntomas de distensión abdominal, dolor, náuseas y vómitos ⁽¹⁾. Se presenta con mayor frecuencia en niños menores de tres años, con una sintomatología clásica de dolor abdominal, vómitos y rectorragia; cuando ocurre en adultos, suele tener un comportamiento inusual, con sintomatología inespecífica que dificulta su diagnóstico ⁽²⁾.

Consiste en el plegamiento o invaginación de un segmento intestinal dentro de otro, y la denominación que adquiere se relaciona con el sitio en el que ocurre, por lo tanto, existen cuatro tipos de presentaciones: íleo-cólica, entero-entérica, colo-cólica e ileocecal ⁽²⁾.

El tratamiento ideal corresponde a la conducta quirúrgica. Se realiza la resección del segmento afectado y se restituye el tránsito con los segmentos sanos; esto no solo permite resolver el cuadro obstructivo, sino identificar la etiología, siendo en su mayoría de causa neoplásica (60 % de los casos) ⁽³⁾.

REPORTE DE CASO

Se reporta el caso de una paciente de 41 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, quien presentó un tiempo de enfermedad de un mes, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico en el flanco derecho, asociado a distensión abdominal, el cual cedía espontáneamente. El motivo por el que acudió a emergencia del hospital fue debido a un episodio que empezó 16 horas antes, el cual tuvo un inicio insidioso y un curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal a predominio en la fosa iliaca derecha, que aumentó en intensidad y estuvo asociado a distensión abdominal, náuseas, vómitos, incapacidad de eliminar flatos y sensación de alza térmica.

Al examen físico, presentó un abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, poco depresible y doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha. Además, se palpó una tumoración de 3 x 3 cm, de consistencia dura, no móvil, sin presencia de signos peritoneales.

Se realizaron exámenes de laboratorio, y se obtuvieron los siguientes resultados: leucocitosis, con 21 400 103/uL; hemoglobina: 12,7 g/dL; plaquetas: 260 000 103/uL; PCR: 13,5 mg/dL; proteínas totales: 5,3 g/dL; albúmina: 3,4 g/dL; glucosa: 137,5 mg/dL; creatinina: 0,55 mg/dL; urea: 32,3 mg/dL; TP: 15,8 segundos; INR: 1,23 ratio; pH: 7,342; K+: 3,1 mmol/L; Na2+: 140 mmol/L; y lactato: 0,8 mmol/L.

Los exámenes auxiliares de imágenes mostraron niveles hidroaéreos difusos en la radiografía y, en la ecografía abdominal, una masa ecogénica de ecotextura mixta y márgenes delimitados, con dimensión de 100 x 57 mm, en relación con un plastrón apendicular.

Para complementar los estudios y definir un tratamiento, se realizó una tomografía abdominal con contraste, donde se evidenció una imagen compatible con un cuadro de intususcepción asociado a dilatación de asas intestinales proximales y colapso del colon distal a zona afectada (Figura 1), por lo que se programó para cirugía de emergencia.

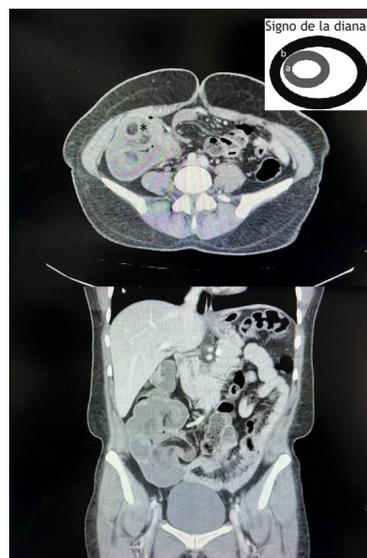


Figura 1. Tomografía abdomino-pélvica con contraste. Zona de intususcepción (indica imagen clásica de diana): a: íleon; b: colon.

Se realizó una laparotomía exploratoria, y se encontró una tumoración de 10 x 5 cm de ciego, colon ascendente e íleon, condicionada por una intususcepción íleo-cólica (Figura 2), ubicada a 3,5 m del ángulo de Treitz. Se decidió realizar una hemicolectomía derecha, abarcando todo el segmento afectado, y se restituyó el tránsito intestinal con anastomosis íleo-transversa término lateral con una sutura mecánica circular de 29 mm; cierre de asa ciega colónica a dos planos con vicryl 2/0 y seda negra 2/0. Se dejó un drenaje laminar, ubicado en el parietocólico derecho y el fondo de saco de Douglas, con una contrabertura en la fosa iliaca derecha.

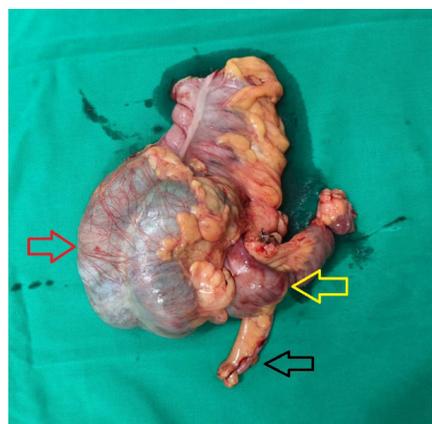


Figura 2. Pieza quirúrgica: intususcepción íleo-cólica. Flecha negra: apéndice cecal. Flecha amarilla: zona de válvula ileocecal. Flecha roja: ciego con asa intestinales invaginadas en su interior.

La paciente permaneció hospitalizada en su posoperatorio por cinco días, con evolución favorable. Durante su estancia, tuvo una adecuada tolerancia oral, buen manejo del dolor, estuvo afebril en todo momento, el abdomen se mantuvo no doloroso y el drenaje siempre presentó aspecto seroso.

El reporte anatomopatológico mostró presencia de bordes quirúrgicos con congestión vascular, segmento intestinal resecaado con necrosis isquémica transmural de íleon y un lipoma ileal pediculado a 15 cm del borde quirúrgico proximal (Figuras 3 y 4).

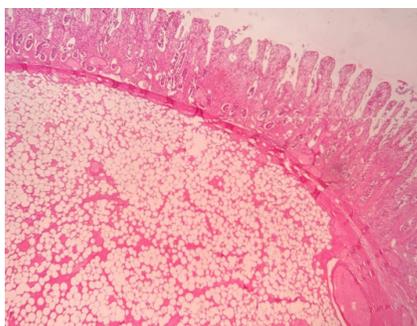


Figura 3. Corte microscópico: lipoma ileal. Mucosa intestinal recubre la estructura de tejido adiposo (lipoma).



Figura 4. Pieza quirúrgica: tumoración polipoide en segmento ileal a 15 cm del borde quirúrgico proximal

DISCUSIÓN

El diagnóstico de intususcepción intestinal en adultos tiene una incidencia de dos a tres casos por 1 000 000 de habitantes por año y continúa siendo un reto diagnóstico para los cirujanos, pues suele confundirse como diagnóstico diferencial de apendicitis aguda, incluso de plastrón apendicular o tumor abdominal ⁽⁴⁾. Dentro de la clínica, pueden presentarse

síntomas de obstrucción intestinal, siendo los más frecuentes dolor y distensión abdominal, vómitos y, de ser el caso, signos de deshidratación; además, las deposiciones con sangre en adultos son menos frecuentes ⁽⁵⁾.

Los exámenes auxiliares de laboratorio pueden indicar leucocitosis como producto del proceso inflamatorio causado por la obstrucción intestinal; también puede haber aumento de los niveles de urea, creatinina y trastornos hidroelectrolíticos, como hipokalemia, y aumento de los niveles de lactato cuando hay signos de deshidratación o isquemia del segmento comprometido ⁽⁶⁾. En los exámenes de imágenes se puede utilizar la ecografía abdominal; sin embargo, es posible que presente falsos positivos, como se observa en algunos estudios donde se confunde el diagnóstico con un cuadro de apendicitis, como ocurrió inicialmente en este caso ⁽⁷⁾. El examen de elección es la tomografía abdominal pélvica con contraste, donde se puede evidenciar el lugar de intususcepción intestinal e identificar los signos clásicos de dicha patología, como el de la diana o dona ⁽⁸⁾.

La fisiopatología no es clara. Se cree que, al existir un defecto estructural en la pared intestinal, este altera el adecuado peristaltismo, generando la invaginación a nivel de la alteración. Esto desencadena un aumento de la presión intraluminal del intestino, congestión vascular, isquemia y, finalmente, necrosis del asa afectada ^(6,9).

Dentro de las causas de intususcepción, existen lesiones orgánicas en hasta el 90 % de casos, y hasta 50 % de estos suele tener etiología maligna ⁽¹⁰⁾; por otro lado, dentro de las patologías benignas se encuentran el divertículo de Meckel, lipomas ⁽¹¹⁾, leiomiomas, pólipos, entre otros. En algunos pocos casos, la etiología es idiopática ⁽¹⁾.

En cambio, en los pacientes pediátricos, la etiología mayormente es idiopática. En casi 90 % de los casos no existe una causa estructural asociada; no obstante, se tienen reportes de que algunos de estos presentan una intususcepción transitoria, la cual está condicionada por lo siguiente: un diámetro intestinal pequeño, que ocurra en un segmento corto, ausencia de lesiones estructurales y persistencia de movimientos peristálticos. En los casos donde no se cumplían estas condiciones, la intususcepción no era transitoria y requería de manejo médico o quirúrgico ⁽¹²⁾. Estas variables podrían extrapolarse a la población adulta y explicarían el comportamiento quirúrgico de la enfermedad en ellos.

Se tienen cuatro tipos de intususcepción: entero-entérica, íleo-cólica, colo-cólica e ileocecal, siendo la última la más frecuente y la presente en este caso clínico. La explicación de la frecuencia puede deberse a la válvula ileocecal, la cual sirve como punto de invaginación, y al patrón diferente de peristaltismo entre íleon y colon, que la perpetúa. Otro motivo es la presencia de tejido linfóide en el íleon cercano a la válvula, el cual, tras inflamarse, puede provocar puntos de tracción, funcionando como causa estructural ⁽¹³⁾.

Sobre el manejo del cuadro, se tienen como alternativas reducir o reseca la zona afectada. Entonces, ¿cuál es la mejor opción terapéutica?

La reducción es la alternativa conservadora enfocada en el manejo médico, y puede ser la primera alternativa para resolver la emergencia del momento, principalmente en pacientes pediátricos. Esta puede ser la hidrostática o la neumática con enemas, asistida por radiología. Ambas permiten conservar el segmento intestinal afectado; por otro lado, dentro de los riesgos se encuentran la perforación intestinal durante el procedimiento y la recidiva del cuadro ⁽¹⁴⁾, y puede generar diseminación de células cancerosas si la causa es neoplásica ⁽²⁾.

El tratamiento quirúrgico es la opción definitiva y curativa, porque la resección intestinal no solo disminuye la recidiva, sino que permite tratar el problema desde su origen y definir un plan según la etiología con apoyo de la anatomopatología ^(3,15). El abordaje puede ser por cirugía abierta o laparoscópica. Para este caso, se optó por la primera debido a que en ese momento no se tenía acceso a laparoscopia de emergencia y a la marcada distensión abdominal de la paciente. El abordaje de elección debe ser definido por el cirujano tratante en base al estado del paciente y a los recursos disponibles; sin embargo, se han evidenciado mayores beneficios con el laparoscópico, como recuperación más rápida y menores complicaciones posoperatorias ⁽¹⁶⁾.

Se realizó una hemicolectomía derecha y anastomosis debido a que el punto de intususcepción se encontraba en la válvula ileocecal. En el intraoperatorio no se pudo reducir la zona invaginada porque el tejido se encontraba firmemente adherido, por ello, se recurrió a la resección intestinal de todo el segmento afectado, y ante la alta sospecha de etiología maligna, se extendieron los márgenes según los criterios de resección (márgenes proximales libres, irrigación arterial, drenaje venoso y linfático), y los cabos se manejaron en anastomosis; no se recomienda la colocación de un estoma debido a esta patología, salvo que el paciente presente alguna indicación especial ^(3,9).

En conclusión, un paciente adulto con intususcepción intestinal es un reto que debe tratarse haciendo unidad clínica, laboratorial y de imágenes para llegar adecuadamente al diagnóstico. El tratamiento debe ser oportuno y radical, extirpando la zona afectada y haciendo anastomosis con el segmento intestinal más compatible y próximo. En adultos, al margen del estado general del paciente, o si los síntomas ya cedieron con manejo médico, la importancia de realizar la cirugía radica en el alto riesgo de enfermedad neoplásica como causa de la intususcepción, y solo así se garantiza que el paciente esté curado. Este estudio es importante debido a lo raro de la patología y su causa, pues se reportan muy pocos casos de intususcepción intestinal, y son menos los asociados a una causa no maligna.

Contribución de autoría: ELC, VZR, BMG, OMR, FTS y JMJM colaboraron con la concepción, el diseño, la redacción, el diseño de imágenes y la revisión del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: Los autores financiaron este artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre F, Silva Á, Parra P, Salcedo D, López P, Acevedo Y. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2019;34(1):79-86. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.102>
2. Bahena-Aponte JA, Torres JC. Intususcepción ileosigmoidea en adulto: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2016;36(4):354-6. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/61>
3. Blaz Zavala RA, Flores Garcia AE, Corona Flores YE, Calderón UC, Elizondo CR. Intestinal resection and primary anastomosis as treatment of intususcepción due to ileum lipoma: case report and review. *Int J Res Med Sci* [Internet]. 2023;11(12):4513-5. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20233722>
4. Mafla A, Zambrano E, Álvarez J. Intususcepción intestinal en el contexto de una apendicitis aguda: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Ecuat Pediatr* [Internet]. 2023;24(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.52011/201>
5. Zevallos-Delgado G, Vera-Portilla AF, Vera Portilla WA, Valcarcel Angulo KL. Obstrucción intestinal por intususcepción en paciente adulto: reporte de un caso. *Act Med Peru* [Internet]. 2023;40(2):135-41. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2023.402.2411>
6. Hall JF, Schoetz DJ Jr. *Colonic intususcepción and volvulus*. En: Yeo CJ, editor. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2013. p. 1850-5.
7. Muñoz M, Morales JA, Cota Novoa M. Intususcepción intestinal en adultos. Un desafío para el cirujano general: reporte de caso. *Rev Fac Med (Méx)* [Internet]. 2022;65(5):30-3. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.5.04>
8. Molina AA, Santiago A, Vílchez A, Culiñez M. Hallazgos radiológicos en ecografía y tomografía computada multidetector de 64 canales de una invaginación colo-cólica secundaria a lipoma. *Rev Argent Radiol* [Internet]. 2014;78(4):223-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rard.2013.06.001>
9. Maghrebi H, Makni A, Rhaïem R, Atri S, Ayadi M, Jrad M, et al. Adult intususcepciones: clinical presentation, diagnosis and therapeutic management. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2017;33:163-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.02.009>
10. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult Intususcepción: a retrospective review. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2006;49(10):1546-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0664-5>
11. Apentchenko Eriutina N, Lucena Navarro F, Laguno de Luna Á. Intususcepción ileo-cólica en paciente adulto, secundaria a lipoma. *Arch Coloproctol* [Internet]. 2021;4(2):33-7. Disponible en: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202125934
12. Kim JH. US features of transient small bowel intususcepción in pediatric patients. *Korean J Radiol* [Internet]. 2004;5(3):178-84. Disponible en: <https://doi.org/10.3348/kjr.2004.5.3.178>
13. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal intususcepción: etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2017;30(1):30-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593429>
14. Yehouenou Tessi RT, El Haddad S, Oze KR, Mohamed Traore WY, Dinga Ekadza JA, Allali N, et al. A child's acute intestinal intususcepción and literature review. *Glob Pediatr Health* [Internet]. 2021;8:2333794X211059110. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2333794X211059110>

Intususcepción íleo-cólica por lipoma en íleon: reporte de caso

15. Guillén-Paredes MP, Campillo-Soto A, Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez JA, Mengual-Ballester M, Cases-Baldó MJ, et al. Intususcepción en el adulto: revisión de 14 casos y su seguimiento. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* [Internet]. 2010;102(1):32-40. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000100005&script=sci_arttext&lng=es
16. Payá Llorente C, Martínez Pérez A, Bernal Sprekelsen JC, Sebastián Tomás JC, Armañanzas Villena E. Cirugía laparoscópica en el tratamiento de la invaginación entero-cólica en el adulto: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2018;41(4):255-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.04.003>