

Invaginación recurrente múltiple por pólipo juvenil

Dres. José Angel Ossés, Laura Patricia Mariño*, Federico Gabrielli*, Alberto Grendene*, Abel Sconochini*, Eduardo Gay* y Téc. Gastón Sosa**

Resumen

La invaginación intestinal y los pólipos juveniles son patologías frecuentes en pediatría. La presentación de un pólipo solitario como punto desencadenante de una invaginación es infrecuente, ya que generalmente los pólipos juveniles se manifiestan por enterorragia. Se han descrito múltiples causas de invaginación y las recurrencias varían entre el 7 y el 12%.

En el presente trabajo, se describe el caso de una niña que presentó un cuadro de invaginación intestinal con tres recurrencias posteriores, causadas por un pólipo juvenil localizado en el colon transverso. Se analizan las dificultades diagnósticas que se presentaron y la evolución de esta paciente. Se hace una revisión de la bibliografía respecto de esta patología, la forma de presentación y los procedimientos necesarios para el estudio de estos casos.

Summary

Intussusception and juvenile polyps are frequent in childhood. The presentation of a solitary polyp as a lead point of an intussusception is uncommon. Polyps usually present with blood in feces or protrusion of a 1 cm strawberry-like mass through the anus. Recurrence of intussusception has been described and varies between 7 and 12%.

We report the case of a girl that presented with a colonic intussusception with three subsequent recurrences, caused by a juvenile polyp located in the transverse colon. We analyze the diagnostic difficulties, the outcome of the patient and the literature about this pathology, as well as the procedures required for the study of these cases.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una de las patologías más comunes en pediatría y afecta principalmente a lactantes en el primer año de vida. Es idiopática en el 95% de los casos, encontrándose en el 5% restante algún punto desencadenante que la justifique. Las recurrencias no son raras (7 a 12%) y se asocian con múltiples causas, principalmente con divertículos de Meckel y pólipos intestinales. También se han referido como causa de invaginación recurren-

te, los tumores intestinales (lipomas colónicos, duplicaciones intestinales, linfomas, hemangiomas, tumor carcinóide), púrpura de Schönlein-Henoch, hiperplasia linfoide, fibrosis quística, enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca, entre otras.

Los pólipos juveniles constituyen una patología de los niños en edad escolar y preescolar. Se localizan habitualmente en el colon rectosigmoides y descendente, con frecuencia son solitarios, benignos y se presentan principalmente con enterorragia o protrusión de una masa tumoral por el ano.

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad con un cuadro de invaginación intestinal que posteriormente tuvo tres recurrencias de invaginación. Finalmente se encontró un pólipo juvenil como punto desencadenante. Si bien esta asociación es conocida –aunque no es la forma más frecuente de presentación de los pólipos colónicos–, cuando el diagnóstico se retrasa, como sucedió en este caso, el estudio y el tratamiento de esta patología pueden ser dificultosos.

HISTORIA CLÍNICA

En agosto de 2001 ingresó una niña de 4 años de edad, eutrófica, sin antecedentes personales patológicos, con diagnóstico de abdomen agudo y vómitos de 4 días de evolución y una deposición con sangre escasa. La niña se encontraba muy irritable, con abdomen depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco izquierdo y en región hipogástrica, sin visceromegalias y con ruidos hidroaéreos aumentados. Los datos de labora-

* Servicio de Cirugía Infantil, Clínica Pediátrica y Diagnóstico por Imágenes. Instituto Privado de Neonatología y Pediatría Venado Tuerto S.A.

torio mostraron ligera leucocitosis, proteína C reactiva (PCR) negativa. Radiografía de abdomen con regular distribución de aire, sin niveles hidroaéreos ni signos de oclusión. Se realizó ecografía abdominal que informó quiste de ovario izquierdo, sin otras particularidades. A las 8 horas del ingreso fue valorada nuevamente y ante la falta de evolución satisfactoria, se decidió realizar una laparotomía exploradora. En la cirugía se encontró una invaginación intestinal colocólica, con intestino invaginado muy edematizado, con zonas de isquemia mesentérica, divertículo de Meckel que no era el punto desencadenante de la invaginación y adenitis mesentérica (*Fotografía 1*). Se realizó desinvaginación manual con buena recuperación del asa isquémica. La niña tuvo una buena evolución posquirúrgica, se realimentó al tercer día de la cirugía y se dio el alta al sexto día de internación.

Reingresó 25 días más tarde con un cuadro de abdomen agudo y vómitos biliosos de 24 horas de evolución. La ecografía abdominal informó invaginación intestinal, que se redujo exitosamente mediante colon por enema. Se le dio el alta a

las 48 horas y se citó a la paciente para realizar estudios complementarios (fibrocolonoscopia y colon por enema con preparación).

Al día siguiente del alta, se internó por un cuadro de abdomen agudo. La ecografía abdominal confirmó una nueva invaginación. Se realizó un colon por enema y se redujo exitosamente la invaginación (*Fotografía 2*). Al sexto día de internación se realizó fibrocolonoscopia, lográndose ver sólo hasta el ángulo esplénico del colon debido a dolicosigmoide; no se observaron alteraciones. Se programó un colon por enema con preparación del intestino en forma ambulatoria para explorar la mitad derecha del colon.

La paciente reingresó 72 horas después del alta con un cuadro de abdomen agudo y vómitos por una nueva invaginación (diagnóstico por ecografía). Se decidió una laparotomía exploradora para buscar el punto desencadenante de la invaginación. En la laparotomía se encontró una invaginación colocólica que se desinvaginó manualmente. Se palpó en el interior del colon transversal una masa intraluminal. Al realizarse una enterotomía, se encontró un

FOTOGRAFÍA 1A. Invaginación colo-cólica



FOTOGRAFÍA 1B. Divertículo de Meckel que no es el punto desencadenante de la invaginación



pólipo de aproximadamente 2 x 2 cm de diámetro, pediculado, con zonas de necrosis en su superficie (Fotografía 3). Se realizó una polipectomía y cierre de la enterotomía, apendicetomía y resección del divertículo de Meckel. La evolución posoperatoria fue favorable y se dio el alta a los 10 días de internación.

El informe de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de pólipo juvenil parcialmente necrohemorrágico (colon transverso), divertículo de Meckel sin mucosa gástrica ni pancreática y apéndice cecal normal.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal es la introducción de un segmento intestinal en otro contiguo. La invaginación primaria o idiopática (95% de los casos) ocurre generalmente en lactantes alrededor del primer año de vida. En el 5% restante se encuentra alguna causa subyacente, como divertículo de Meckel, pólipos intestina-

les, síndrome de Peutz Jeghers, linfomas, púrpura de Henoch Schönlein, quistes enterógenos, lipomas, hemangiomas, tumor carcinoide, linfomas y tumores extraintestinales. También se la ha relacionado con fibrosis quística, enfermedad celiaca y se la asocia con diarrea por adenovirus y rotavirus.¹⁻⁵ La mayoría de las invaginaciones son ileocólicas y con menor frecuencia pueden ser ileoileales o colocólicas. El índice de recidivas varía entre el 7 y el 12%. Cuando la invaginación se produce en niños mayores o la localización no es la habitual (y en caso de recurrencias múltiples), debe sospecharse un punto desencadenante patológico de invaginación.^{3,5-8}

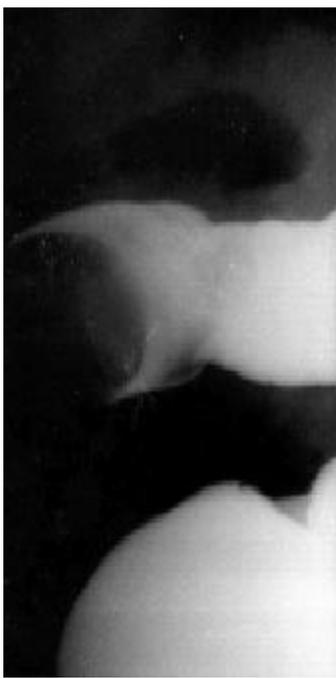
El primer cuadro de invaginación de la paciente no se presentó con los signos y síntomas clásicos conocidos; sin embargo, y a pesar de tener ecografía y radiografías inespecíficas, se realizó laparotomía exploradora, ya que no había mejoría del cuadro de ingreso. El divertículo de Meckel no era el punto desencadenante patológico de la invaginación; la zona invaginada presentaba importante edema y signos de isquemia y no pudo determinarse en ese momento patología intraluminal.

En los casos de invaginación recurrente se recomienda la reducción con enema de bario o aire o reducción hidrostática o neumática guiada por ecografía. La reducción de los episodios de recurrencia es más exitosa que en la primera invaginación,⁹⁻¹² pero si la recurrencia es múltiple

FOTOGRAFÍA 2A



FOTOGRAFÍA 2B



Reducción por enema de Bario.
2A. Imagen característica de falta de relleno por la cabeza de la invaginación.
2B. Evolución progresiva desde colon descendente al transverso

FOTOGRAFÍA 3A. Pólipo de colon transverso



debe sospecharse la existencia de alguna causa subyacente. En la niña que se presenta, en dos oportunidades se logró reducir la invaginación fácilmente y con rapidez sin evidencias de alteraciones en el colon.

Los pólipos juveniles constituyen el 80% de los pólipos del niño, en general son benignos (inflamatorios), solitarios en más del 50% de los casos aunque pueden encontrarse en un número mayor. En más del 90% se localizan en el rectosigmoides y colon descendente. Se presentan habitualmente en la edad escolar y preescolar con enterorragia o protrusión de una masa por el ano, aunque también pueden manifestarse con dolor abdominal crónico recurrente, diarrea, vómitos y muy rara vez como invaginación intestinal,^{5,13,14} sobre todo cuando la ubicación no es la habitual, como, por ejemplo, el colon transverso.

El estudio radiológico de los tumores del colon debe hacerse con preparación previa, al mismo tiempo que se recomienda la fibrocolonoscopia para diagnóstico y tratamiento en caso de encontrarse con masas intraluminales. La colonoscopia virtual constituye una novedosa alternativa no invasiva para el diagnóstico de las enfermedades del colon, aunque en el estudio de los pólipos tiene la desventaja de no detectar la totalidad, como lo hace la colonoscopia convencional, sobre todo los menores de 6 mm.^{15,16} La fibrocolonoscopia que se realizó en esta paciente no alcanzó a visualizar el colon transverso y por ello no logró hacerse el diagnóstico del pólipo colónico.

A pesar de los estudios radiológicos contrastados y colonoscópicos que no evidenciaron ningún punto de desencadenante patológico de invaginación, finalmente se realizó laparotomía, debido a las invaginaciones recurrentes, lo que permitió llegar al pólipo y solucionar la patología de esta paciente.

La ubicación del pólipo (colon transverso), la fibrocolonoscopia que no permitió la visualización del colon transverso, el gran edema del intestino en la primera desinvaginación y la ausencia de antecedentes relacionados con la forma

de presentación más habitual de los pólipos constituyen factores causales en el retraso del diagnóstico y tratamiento de nuestra paciente. Retrospectivamente, pensamos que en la segunda internación podríamos haber realizado la fibrocolonoscopia y estudiar el colon con preparación antes del alta, con lo que tal vez se podrían haber evitado internaciones o procedimientos innecesarios.

Si bien la bibliografía abunda sobre estas dos patologías, la presentación de invaginación recurrente asociada a un pólipo de localización atípica, aunque conocida, no es tan frecuente y debe sospecharse siempre en casos de pacientes mayores del año de edad y con recurrencias, adecuándose los estudios complementarios a cada caso en particular a los fines de un rápido diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill SS, Heuman DM, Mihás AA. Small intestinal neoplasms. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33(4):267-282.
2. Gama-Rodríguez JJ, Silva JH, Aisaka AA, Jureidini R, Falci R Jr, Maluf Filho F, Chong AK, Tsai AW, Bresciani C. Intestinal intussusception and occlusion caused by small bowel polyps in the Peutz-Jeghers syndrome. Management by combined intraoperative enteroscopy and resection through minimal enterostomy: case report. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2000; 55(6):219-224.
3. Sherman JO, Cosentino CM. Intussusception. En: Ashcraft-Holder *Pediatric Surgery*. 2nd ed. 1993; pp, 416-420.
4. López Medina JA, González Hervás C, Cara Mariscal A, Fernández Abril J, Ortega Martos L. Invaginación intestinal recidivante y enfermedad celiaca. *An Esp Pediatr* 2000; 52:580-582.
5. Soper RT. Gastrointestinal neoplasms. En: Ashcraft-Holder *Pediatric Surgery*. 2nd ed. 1993; pp, 453-469.
6. Eshel G, Barr J, Heiman E, Bistrizter T, Broide E, Klin B, Aladjem M. Incidence of recurrent intussusception following barium versus air enema. *Acta Paediatr* 1997; 86(5):545-546.
7. Yang CM, Hsu HY, Tsao PN, Chang MH, Lin FY. Recurrence of intussusception in childhood. *Acta Paediatr Taiwan* 2001; 42(3):158-161.
8. Daneman A, Alton DJ, Lobo E, Gravett J, Kim P, Ein SH. Patterns of recurrence of intussusception in children: a 17-year review. *Pediatr Radiol* 1998; 28(12):913-919.
9. Yoon CH, Kim HJ, Goo HW. Intussusception in children: US-guided pneumatic reduction. Initial experience. *Radiology* 2001; 218(1):85-88.

10. Navarro O, Dugoueat F, Kornecki A, Shuckett B, Alton DJ, Daneman A. The impact of imaging in the management of intussusception owing to pathologic lead points in children. A review of 43 cases. *Pediatr Radiol* 2000; 30(9):594-603.
11. Alkim C, Sasmaz N, Alkim H, Caglikulekci M, Turhan N. Sonographic findings in intussusception caused by a lipoma in the muscular layer of the colon. *J Clin Ultrasound* 2001; 29(5):298-301.
12. Smith GA, O'Dwyer PJ. Sensitivity of double contrast barium enema and colonoscopy for the detection of colorectal neoplasms. *Surg Endosc* 2001; 15(7):649-652.
13. Panchagnula R, Kini U. Nonfamilial juvenile polyposis presenting as chronic intestinal obstruction. *J Assoc Physicians India* 2000; 48:1020-1021.
14. Pillai RB, Tolia V. Colonic polyps in children: frequently multiple and recurrent. *Clinical Pediatrics* 1998; 137(4): 253.
15. Carrascosa P, Castiglioni R, Sánchez F, Capuñay C, Mazzuco J, Carrascosa J. Colonoscopia virtual: ¿una nueva alternativa en el screening del cáncer colorrectal? *Rev Arg Radiol* 2000; 64:27.
16. Fenton HM, Nunes DP, Schroy PC, Barish MA, Clarke PD, Ferrucci JT. A comparison of virtual and conventional colonoscopy for the detection of colorectal polyps. *N Engl J Med* 1999; 11:341(20):1496-1503.