



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Intususcepción intestinal como manifestación clínica de adenocarcinoma primario de íleon terminal



Intestinal intussusception as a clinical manifestation of primary adenocarcinoma of the terminal ileum

La intususcepción intestinal (II) se define como aquella que se presenta cuando el asa intestinal proximal se introduce sobre la distal, obliterando la luz de este. Es una de las

principales causas de obstrucción intestinal en niños, pero es poco común en adultos¹. Solo el 5% de los adultos con esto se presentan como II². Una diferencia importante entre niños y adultos es la causa identificable de la misma, siendo la mayoría de los casos en niños idiopáticos y hasta el 90% identificándose la etiología en adultos. En adultos se ha reportado incidencia de dos casos / 100,000 habitantes³, afecta principalmente el intestino delgado y el colon hasta 90%, pocas veces involucra el estómago⁴.

Presentamos el caso de una paciente de 53 años, quien cuenta con antecedente de carcinoma papilar de tiroides (2019), tratado quirúrgicamente, recibió radioterapia con 100 Gy de yodo posteriormente presentó hipotiroidismo

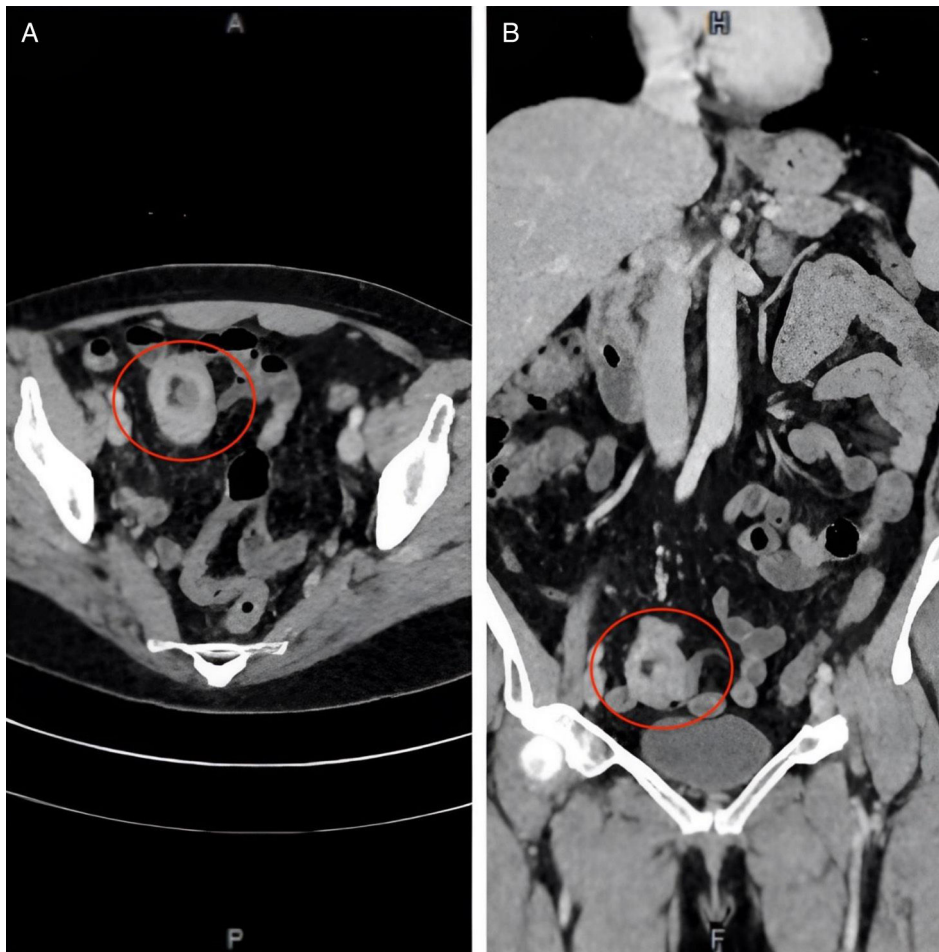


Figura 1 A). Tomografía de abdomen: Corte axial se observa oclusión intestinal con imagen de intususcepción a nivel de íleon terminal y un pólipo en su interior (círculo rojo), 1 B): Corte coronal se observa en corte coronal la zona de oclusión intestinal (círculo rojo).

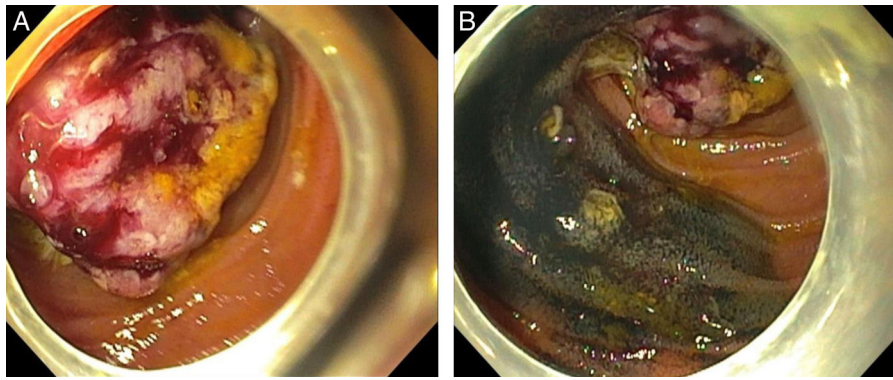


Figura 2 A). Endoscopia de monobalón: Se observa tumoración que abarca el 80% de la luz intestinal, friable y con sangrado, 2 B): zona de íleon con marcaje con tinta china anterior a la tumoración.

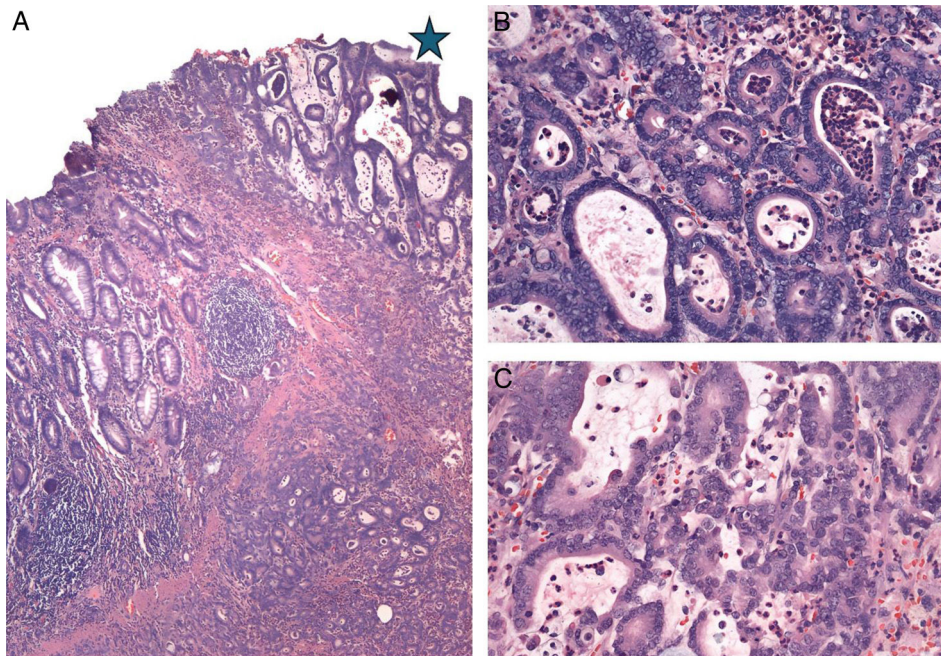


Figura 3 Patología: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de intestino delgado. 3A) Panorámica donde se identifica mucosa intestinal con inflamación (izquierda) y la transición a adenocarcinoma (derecha / asterisco). Hematoxilina y Eosina x200. 3B) y 3C) Glándulas neoplásicas de adenocarcinoma, con alteración en la arquitectura y atipia citológica e inflamación aguda y crónica acentuada. Hematoxilina y Eosina x400.

secundario, actualmente con suplementación. Negó consumo de alcohol significativo o tabaquismo. Su historia familiar no fue relevante.

A su llegada al servicio de urgencias se encontró estable, signos vitales dentro de parámetros normales, refirió cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, sin irradiaciones, intensidad moderada, náusea, vómito de contenido gástrico y hematoquecia. Recibió tratamiento sintomático, sin mejoría clínica. A la exploración física se encontró abdomen sin alteraciones. En sus estudios de laboratorio destacaba anemia microcítica hipocrómica, resto dentro de parámetros normales. Se realizó tomografía de abdomen con contraste intravenoso con reporte de oclusión intestinal con imagen de intususcepción a nivel de íleon terminal y un pólipo en su interior (fig. 1A [corte axial] y 1B [corte coronal]). Como parte del abordaje, se realizó

enteroscopia retrógrada con monobalón que reportó: lesión exofítica que abarcó más del 80% del lumen, cubierta de fibrina, con pérdida del patrón mucoso y vascular, indurada y friable (fig. 2A y 2B); se realizó toma de biopsias y se marcó la zona adyacente con tinta china, el reporte histopatológico se recibió posteriormente, siendo compatible con adenocarcinoma primario de íleon (fig. 3A, [asterisco], 3B y 3C); se realizaron estudios de extensión documentándose captación solo a este nivel. Como parte del tratamiento se realizó abordaje laparoscópico con resección intestinal guiada y marcada previamente con tinta china, posteriormente anastomosis laterolateral mecánica extracorpórea, reportando tumoración de 2x2cm sin invasión a estructuras adyacentes con márgenes libres de malignidad. La paciente fue valorada por oncología y posteriormente dada de alta sin eventualidades. Actualmente se encuentra asin-

tomática y con buena evolución, el seguimiento será por oncología.

La incidencia del adenocarcinoma de intestino delgado es de 30-40% de las neoplasias primarias de intestino delgado, cuenta con mal pronóstico comparado con otros subtipos de neoplasias con una supervivencia del 10% para estadio IV, aproximadamente 50% son en duodeno, 30% en yeyuno y 15% en íleon; usualmente se asocia con edad avanzada, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y enfermedad celiaca, así como síndromes hereditarios como el síndrome de Peutz-Jeghers, poliposis adenomatosa familiar o síndrome Lynch⁵. En íleon, se ha reportado incidencia desde el 7 hasta 17% de todas las tumoraciones, las cuales representan el 0.06% de los casos nuevos de cáncer en EE. UU. y la mayoría se encuentran con metástasis. Tienen un pronóstico malo, si es enfermedad localizada la supervivencia a cinco años es del 30 al 79% y si es metastásico del 3 al 19%⁶. La presentación clínica es muy inespecífica, desde náusea (16%), dolor abdominal (43%) hasta sangrado de tubo digestivo (7%). Dado que los síntomas son vagos el diagnóstico usualmente se retrasa y el diagnóstico puede demorar hasta ocho meses después de iniciado el abordaje. El diagnóstico generalmente es con estudios de imagen (tomografía contrastada, resonancia magnética) y se complementa con estudios endoscópicos para la toma de biopsias o cirugía. El tratamiento debe ser multidisciplinario, la consulta con oncología debe realizarse, pero el pilar del tratamiento en enfermedad localizada es el quirúrgico⁷; como podemos notar en el caso, encontramos una tumoración en etapa clínica temprana, se realizó abordaje diagnóstico con endoscopia y diagnóstico/ terapéutico por medio de cirugía de mínima invasión siendo probablemente curativo y mejorando el pronóstico de la paciente ya que al ser enfermedad localizada, la supervivencia es de casi 80%.

Financiamiento

No fue necesario usar algún tipo de plan de financiamiento debido a que solo se usaron recursos que proporciona el hospital como lo es el expediente clínico.

Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento informado de participar en la investigación escrita, todo individuo que ingresa como paciente firma un aviso de privacidad en el cual autoriza el uso de sus datos personales para investigación, al igual el consentimiento al realizar la cirugía incluye el apartado de usar datos para investigación. El trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética y por normativa del Comité de Ética e Investigación para Estudios en Humanos (CEIEH) del Hospital Médica Sur, el trabajo al ser reporte de caso, no se debe someter. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Conflicto de intereses

No se cuenta con ninguna relación financiera o personal que pudiera llevar a cabo algún conflicto de intereses con relación al artículo que se remite para publicación.

Referencias

1. Kim JW, Lee BH, Park SG, et al. Factors predicting malignancy in adult intussusception: An experience in university-affiliated hospitals. *Asian J Surg.* 2018;41:92–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.11.010>.
2. Yakan S, Caliskan C, Makay O, et al. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol.* 2009;15:1985–9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1985>.
3. Hadid T, Elazzamy H, Kafri Z. Bowel intussusception in adults: Think cancer! *Case Rep Gastroenterol.* 2020;14:27–33, <http://dx.doi.org/10.1159/000505511>.
4. Tan KY, Tan SM, Tan AGS, et al. Adult intussusception: Experience in Singapore. *ANZ J Surg.* 2003;73:1044–7, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.t01-22-.x>.
5. Sharma M, Singh R, Grover AS. Peutz-Jeghers Syndrome with Synchronous Adenocarcinoma Arising from Ileal Polyps. *Indian J Surg.* 2015;77:100–2, <http://dx.doi.org/10.1007/s12262-014-1178-3>.
6. De Back T, Nijskens I, Schafraat P, et al. Evaluation of Systemic Treatments of Small Intestinal Adenocarcinomas: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2023;6:E230631, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.0631>.
7. Ma JLG, Strauss PN. The elusive small bowel adenocarcinoma in the terminal ileum— A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;47:97–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.04.021>.

F.J. Valentin^a, C.S. Silva^b, A. Alfaro^b, L.E. Zamora-Nava^{c,*} y C. Ortiz^d

^a *Departamento de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México*

^b *Departamento de Cirugía, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México*

^c *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

^d *Departamento de Patología, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Gastroenterólogo, endoscopista. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Dirección: Vasco de Quiroga, 15. Belisario Domínguez Sección 16, Alcaldía. Tlalpan. 14080 Ciudad de México, México

Correo electrónico: luiseduardozn@gmail.com (L.E. Zamora-Nava).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.04.011>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).