



Caso inusual de intususcepción intestinal causada por tejido pancreático ectópico en paciente adulto joven

Unusual case of intestinal intussusception caused by ectopic pancreatic tissue in a young adult patient

Sergio Luis Jaramillo-Escobar¹ <https://orcid.org/0009-0008-4762-2372>

Daniela Giraldo-Campillo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7172-4052>

Karen Reyes-Romero¹ <https://orcid.org/0000-0002-9624-9657>

Mateo Zuluaga-Gómez^{2,3} <https://orcid.org/0000-0002-5768-4939>

Carlos M. Ardila^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3663-1416>

¹Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

²Hospital San Vicente Fundación. Rionegro, Colombia.

³Universidad Bolivariana. Medellín, Colombia.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: martin.ardila@udea.edu.co

RESUMEN

Introducción: La intususcepción intestinal es la enfermedad donde un segmento de intestino proximal y su mesenterio se invaginan en el lumen del segmento adyacente distal. Se han descrito varias etiologías tanto benignas como malignas, su presentación en la población adulta es poco común, con síntomas inespecíficos y tardíos.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente con obstrucción intestinal, secundaria a una intususcepción íleo-ileal, causada por presencia de tejido ectópico pancreático en un divertículo de Meckel.



Caso clínico: Paciente masculino de 37 años de edad, con antecedentes de consumo de marihuana y cocaína, que presentó dolor abdominal de inicio súbito y se le diagnostica una obstrucción intestinal. La tomografía contrastada reveló intususcepción íleo-ileal causada por un divertículo de Meckel. Se realizó laparotomía exploratoria con resección segmentaria y anastomosis íleo-ileal. La histopatología confirmó la presencia de tejido pancreático ectópico. El paciente se recuperó sin complicaciones, tras la cirugía.

Conclusiones: En este caso, se destaca la importancia de considerar la intususcepción íleo-ileal como una posible causa de obstrucción intestinal en adultos, especialmente cuando se asocia con un divertículo de Meckel que contiene tejido pancreático ectópico.

Palabras clave: intususcepción; intestino delgado; obstrucción intestinal; tomografía computarizada por rayos X.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal intussusception is a disease in which a proximal segment of the intestine and its mesentery invaginate into the lumen of the adjacent distal segment. Several benign and malignant etiologies have been described; its presentation in the adult population is rare, with nonspecific and late symptoms.

Objective: To present the clinical case of a patient with intestinal obstruction, secondary to an ileo-ileal intussusception, caused by the presence of ectopic pancreatic tissue in a Meckel's diverticulum.

Clinical case: A 37-year-old male patient with a history of marijuana and cocaine use, presented sudden-onset abdominal pain and was diagnosed with intestinal obstruction. Contrast-enhanced tomography revealed ileo-ileal intussusception caused by a Meckel's diverticulum. Exploratory laparotomy with segmental resection and ileo-ileal anastomosis was performed. Histopathology confirmed the presence of ectopic pancreatic tissue. The patient recovered without complications after surgery.

Conclusions: This case highlights the importance of considering ileo-ileal intussusception as a possible cause of intestinal obstruction in adults, especially when associated with a Meckel diverticulum containing ectopic pancreatic tissue.

Keywords: intussusception; intestinal obstruction; small intestine; X-Ray computed tomography.



Recibido: 27/06/2024

Aprobado: 02/10/2024

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal se define como la enfermedad en la que un segmento de intestino proximal y su mesenterio se invaginan en el lumen del segmento adyacente distal.⁽¹⁾ Se han descrito diferentes etiologías, como divertículos, adherencias, malformaciones vasculares y lesiones neoplásicas.⁽²⁾ Es más común en la edad pediátrica, presentándose hasta en un 95 % de los casos. En adultos, la incidencia es del 5 %, con una etiología identificable en la mayoría de los casos (80-90 %).⁽¹⁾ Es responsable del 1-2 % de las obstrucciones intestinales en adultos.⁽³⁾ La presentación clínica en adultos es inespecífica, con síntomas compatibles con obstrucción intestinal o sangrado digestivo.

En este reporte se describe un caso de tejido pancreático ectópico; malformación congénita común en la población pediátrica^(4,5) y que causó el desarrollo de un divertículo de Meckel. El tejido pancreático ectópico es aquel no conectado anatómicamente ni vascularmente al páncreas. La intususcepción causada por tejido pancreático ectópico aislado es extremadamente rara, y su ubicación en el íleon no es la más frecuente.^(5,6,7) Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos poco comunes en adultos con síntomas de obstrucción intestinal.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un paciente con obstrucción intestinal, secundaria a una intususcepción íleo-ileal, causada por presencia de tejido ectópico pancreático en un divertículo de Meckel.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos previos. Con hábitos toxicológicos que incluyen el consumo habitual de marihuana y cocaína. Consulta por un cuadro

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 



clínico de dos días de evolución consistente con, dolor abdominal generalizado, predominante en el hemiabdomen inferior, de aparición súbita, asociado a la no expulsión de gases ni deposiciones. Se presenta en urgencias, donde es valorado por un médico general, quien enfoca el cuadro como posible patología apendicular. Se solicitan exámenes paraclínicos y una tomografía contrastada de abdomen. Los exámenes paraclínicos muestran leucocitosis de 13,500 células/ μ L, con 72 % de neutrófilos, hemoglobina de 16,4 g/dl, plaquetas en 343,000 células/ μ L, proteína C reactiva de 47,08 mg/L, creatinina de 0,63 mg/dL, y nitrógeno ureico en sangre de 21,1 mg/dL. La tomografía contrastada de abdomen muestra distensión marcada de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en el íleon y una invaginación en el mesogastrio que se proyecta hacia el hipogastrio y como signo característico una imagen en diana, en esta localización, lo que sugiere un cuadro de obstrucción intestinal primaria (Fig. 1 y Fig. 2).



Fig. 1 - Tomografía contrastada, corte axial. Distensión de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos (flecha).



Fig. 2 - Tomografía contrastada, corte coronal, identificando la zona de intususcepción (círculo).

Se decide programar al paciente para laparotomía exploratoria urgente. En el quirófano, se realiza una laparotomía mediana. Durante la revisión se identifica una intususcepción íleo-ileal. Se procede a la desinvaginación manual, durante la cual se identifica una lesión intraluminal sacular y pétreo, de aproximadamente 5 cm, ubicada a 60 cm de la válvula ileocecal y se considera esta la causa la intususcepción (Fig. 3).



Fig. 3 - Imagen de la lesión en intestino delgado, que generaba la intususcepción intestinal.



Se observa un segmento de transición en la región umbilical con una invaginación de aproximadamente 11 cm de diámetro longitudinal. Las asas distendidas presentan leve realce del color y hay líquido libre en la fosa ilíaca derecha. Las asas distales del íleon y del colon están colapsadas.

Se realiza resección intestinal segmentaria y anastomosis íleo-ileal término-terminal manual. La zona de resección se envía a anatomía patológica. El procedimiento quirúrgico se realiza sin complicaciones y el paciente es trasladado a la sala general.

En el primer día postoperatorio, el paciente se encuentra con dolor controlado, sin expulsar gases ni deposiciones. Se inicia nutrición parenteral periférica y se incentiva la deambulacion. Al tercer día, se inicia dieta líquida con adecuada tolerancia y sin emesis. Alrededor del quinto día, presenta deposiciones normales y adecuado control del dolor, por lo que se decide dar de alta con cita de control por cirugía general.

El estudio histopatológico resultante de la resección quirúrgica demostró macroscópicamente un íleon con edema y hemorragia en todo el espesor de la pared intestinal, mucosa erosionada con pérdida parcial del epitelio de revestimiento. Microscópicamente se visualizó un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, con un epitelio residual columnar con cambios reactivos y reparativos, con aumento en las figuras mitóticas. En la submucosa se identifica páncreas exocrino histológicamente normal, sin granulomas ni microorganismos visibles, y sin hallazgos sugestivos de malignidad. Los márgenes de resección son viables, lo que indica un diagnóstico de inflamación crónica y páncreas ectópico en la submucosa.

COMENTARIOS

La presentación clínica de la intususcepción en adultos es inespecífica, con síntomas que pueden ser agudos, intermitentes o crónicos. Los pacientes pueden presentar síntomas compatibles con obstrucción intestinal, como dolor abdominal generalizado en el 71-100 % de los casos, ausencia de deposiciones, náuseas y vómitos en el 40-60 % de los pacientes, sangre en las heces en el 4-33 % de los casos y diarrea.^(3,8)

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



La tomografía contrastada de abdomen constituye el proceder imagenológico de elección para el diagnóstico. Se describe una lesión en forma de "diana" en los cortes axiales, lo que es patognomónico en la configuración de asa dentro de otra asa con o sin grasa y vasos mesentéricos, con una sensibilidad del 58-100 %. En la evolución de la enfermedad se evidencia el "signo de la salchicha" en el eje longitudinal, con bandas de hipo e hiperatenuación que corresponden a la grasa mesentérica y la pared intestinal, y también se describe el signo del "pseudoriñón" debido al edema, engrosamiento mural y el compromiso vascular.^(2,9,10)

La principal complicación secundaria en pacientes adultos con divertículo de Meckel es la obstrucción intestinal generada por una intususcepción, donde el divertículo puede invertirse y servir como punto de inicio de la invaginación.^(9,10)

El tejido pancreático ectópico es una rara anomalía congénita, con mayor frecuencia localizada en el estómago, duodeno y yeyuno.^(8,10) Su ubicación principal es en la submucosa y se define como tejido no conectado anatómicamente ni vascularmente al páncreas. La intususcepción generada por tejido pancreático ectópico aislado es extremadamente rara.^(5,6,7)

La rareza de la intususcepción causada por tejido pancreático ectópico dificulta la generalización de los hallazgos. Además, la confirmación diagnóstica se basa en la histopatología postoperatoria, lo que subraya la necesidad de una mayor precisión en las técnicas de imagen preoperatorias.

Por lo que se puede concluir que, en este caso, se destaca la importancia de considerar la intususcepción íleo-ileal como una posible causa de obstrucción intestinal en adultos, especialmente cuando se asocia con un divertículo de Meckel que contiene tejido pancreático ectópico.

Ética y consentimiento

El paciente firmó el consentimiento informado, que autoriza a publicar los elementos generales, sin incluir elementos de identidad personal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yu M, Fang Z, Shen J, Zhu X, Wang D, Shi Y. Double simultaneous intussusception caused by Meckel's diverticulum and intestinal duplication in a child [Internet]. *J Int Med Res*. 2018; 46(8):3427-34. DOI: [10.1177/0300060518777337](https://doi.org/10.1177/0300060518777337)
2. Yamauchi N, Ito T, Matsuoka H, Chohnno T, Hasegawa H, Kakeji Y, et al. Intussusception caused by a small intestinal lipoma with ectopic gastric mucosa containing gastric cystica profunda component cells within the inverted Meckel's diverticulum: a case report [Internet]. *Surg Case Rep*. 2020; 6(1):286. DOI: [10.1186/s40792-020-01061-y](https://doi.org/10.1186/s40792-020-01061-y)
3. Gold D, Nawass M, Imam R, Pillar N, Appelbaum L, Pikarsky A, et al. Intussusception in a pregnant patient caused by an ectopic pancreatic mass [Internet]. *Clin J Gastroenterol*. 2020; 13(2):209-13. DOI: [10.1007/s12328-019-01030-5](https://doi.org/10.1007/s12328-019-01030-5)
4. Zorn J, Zhang S, Brandt J, Keckeisen G. Small bowel obstruction precipitated by intussusception of Meckel's diverticulum [Internet]. *SAGE Open Med Case Rep*. 2022; 10:2050313X211072663. DOI: [10.1177/2050313X211072663](https://doi.org/10.1177/2050313X211072663)
5. Palma Zapata JA, Llamas Domínguez AE, Fernández Álvarez ZL, Palma Zapata J. Ileo-Ileal Intussusception Caused by a Meckel's Diverticulum With Ectopic Pancreatic Tissue: A Case Report [Internet]. *Cureus*. 2024; 16(1):e51888. DOI: [10.7759/cureus.51888](https://doi.org/10.7759/cureus.51888)
6. Kechiche N, Makhlof D, Laamiri R, Zouaoui A, Mani S, Ksiasa A, et al. Intussusception Caused by Heterotopic Pancreas: A Tunisian Case Series of 5 Pediatric Patients [Internet]. *Arch Iran Med*. 2022; 25(12):844-6. DOI: [10.34172/aim.2022.131](https://doi.org/10.34172/aim.2022.131)
7. Dhruv S, Polavarapu A, Asuzu I, Andrawes S, Mukherjee I. Jejunal Ectopic Pancreas: A Rare Cause of Small Intestinal Mass [Internet]. *Cureus*. 2021; 13(6):e15409. DOI: [10.7759/cureus.15409](https://doi.org/10.7759/cureus.15409)
8. Hutchason A, Sura A, Vettikattu N, Goodarzian F. Clinical management and recommendations for children with more than four episodes of recurrent intussusception following successful reduction of each: an institutional review [Internet]. *Clin Radiol*. 2020; 75(11):864-7. DOI: [10.1016/j.crad.2020.08.009](https://doi.org/10.1016/j.crad.2020.08.009)
9. Arkuszewski PT, Kłosiński KK, Kawa OJ, Czyżewski BM, Pasieka ZW. Meckel's Diverticulum Injuries after Blunt Trauma [Internet]. *J Clin Med*. 2024; 13(6):1614. DOI: [10.3390/jcm13061614](https://doi.org/10.3390/jcm13061614)



10. Hutchinson S, Awadalla A, Pereira N. Recurrent Intussusception in the Setting of Meckel's Diverticulum in an Infant [Internet]. Cureus. 2023; 15(6):e40325. DOI: [10.7759/cureus.40325](https://doi.org/10.7759/cureus.40325)

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Información financiera

Los autores declaran que no existió financiación para realizar esta investigación.

Disponibilidad de datos

Los datos personales y clínicos del paciente pertenecen a la Clínica San Juan de Dios, La Ceja, Antioquia, Colombia.