

Referencias

- Eghdami L, Kwon J. Peritoneal tuberculosis presenting as persistent ascites. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:295.
- Piura B, Rabinovich A, Leron E, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma with ascites and elevated serum CA-125: Case report and review of literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23:120-2.
- Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Can J Surg.* 2005;48:131-6.
- Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2004;10:3647-9.
- Fariás Llamas OA, López Ramírez MK, Morales Amezcua JM, et al. Peritoneal and intestinal tuberculosis: an ancestral disease that poses new challenges in the technological era. Case report and review of the literature. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005;70:169-79.
- Mukhopadhyay A, Dey R, Bhattacharya U. Abdominal tuberculosis with an acute abdomen: Our clinical experience. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:NC07-9.
- Khan R, Abid S, Jafri W, et al. Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: An ongoing challenge for physicians. *World J Gastroenterol.* 2006;12:6371-5.
- Goyal N, Khurana N. Tuberculosis of the appendix: An unusual occurrence with review of literature. *ANZ J Surg.* 2009;79:662.
- Dogru T, Sonmez A, Tasci I, et al. Perforated tuberculous appendicitis and peritoneal tuberculosis. *East Mediterr Health J.* 2008;14:742-4.
- Konishi H, Kuwahara O, Miyazaki M, et al. A case of tuberculous mesenteric lymphadenitis and peritonitis with symptoms of acute abdomen. *Kekkaku.* 1995;70:117-20.
- Chahed J, Mekki M, Mansour A, et al. Contribution of laparoscopy in the abdominal tuberculosis diagnosis: Retrospective study of about 11 cases. *Pediatr Surg Int.* 2010;26:413-8.
- Martín-Fortea MP, Aibar MA, de Escalante B, et al. Peritoneal tuberculosis: A 16-year review in a general hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:162-8.

P.C. González-Ferrer^a, Z.R. Romero-Amaro^{a,b},
M.V. Rivas-Castillo^a, P.A. Reyes-Duran^a
y G.J. Arismendi-Morillo^{a,c,*}

^a Servicio y Posgrado de Anatomía Patológica, Hospital General del Sur «Dr. Pedro Iturbe», Maracaibo, Zulia, Venezuela

^b Cátedra de Citopatología, Facultad de Medicina-Universidad del Zulia, Maracaibo, Zulia, Venezuela

^c Instituto de Investigaciones Biológicas, Facultad de Medicina-Universidad del Zulia, Maracaibo, Zulia, Venezuela

* Autor para correspondencia. Servicio y Posgrado de Anatomía Patológica, Hospital General del Sur «Dr. Pedro Iturbe», Instituto de Investigaciones Biológicas, Facultad de Medicina-Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Teléfono: +58-261-7597250. Correo electrónico: gabrielarismendi@gmail.com (G.J. Arismendi-Morillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.02.004>
0375-0906/

© 2016 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Oclusión intestinal en el adulto por intususcepción ileal secundaria a pólipo fibroide inflamatorio: reporte de un caso



Intestinal obstruction in adults due to ileal intussusception secondary to inflammatory fibroid polyp: A case report

La intususcepción corresponde a una invaginación de la pared del intestino en la luz del segmento adyacente, en adultos es poco frecuente, siendo el 1% de las causas de oclusión intestinal, la principal causa es debido a una lesión neoplásica de la pared intestinal, estas forman un relieve en la luz siendo desplazadas durante la peristalsis¹⁻³.

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI), es una lesión benigna, poco frecuente propia del tracto gastrointestinal, se presenta comúnmente en la sexta década de la vida, afectando a ambos sexos, generalmente es solitaria y sésil, mide entre 2-5 cm, originándose a partir de la submucosa. La etiología del PFI es multifactorial, siendo asociada a traumatismos, alergias, infecciones bacterianas, agentes físicos y químicos^{4,5}.

Mujer de 58 años de edad, hipertensa con dislipidemia, presentó dolor abdominal de tipo cólico, de 4 meses de evolución, localizado en epigastrio, sin irradiación a otros sitios, asociado a la ingesta de alimentos, con pérdida ponderal de 12 kg. Acudió a urgencias por exacerbación intensa del dolor, distensión abdominal, evacuaciones diarreicas y vómito; a la exploración física presentaba palidez de tegumentos, deshidratación y taquicardia; a la palpación se encontró una tumoración profunda móvil y dolorosa, por lo que se solicitaron estudios de imagen, el USG mostró una lesión quística, bien definida, paraovárica derecha de 48 × 40 × 41 mm, sin evidencia de vascularidad al Doppler; la tomografía computarizada (TC) abdominal presentó pérdida de morfología en íleon terminal, caracterizada por ausencia de pliegues, adelgazamiento de la pared y retracción del mesenterio adyacente, con invaginación del mismo, asas intestinales dilatadas con diagnóstico de intususcepción (fig. 1a), se realizó laparotomía exploradora, encontrándose intususcepción íleo-ileal (fig. 1b y c) a 1 m de la válvula ileocecal, que comprometía 70 cm de asas intestinales, realizándose resección intestinal del segmento comprometido y anastomosis término-terminal.

El análisis morfológico de la pieza quirúrgica mostró al corte, una lesión polipoide rojo brillante, parcialmente revestida por mucosa congestiva, midió 6.3 × 2.9 cm;

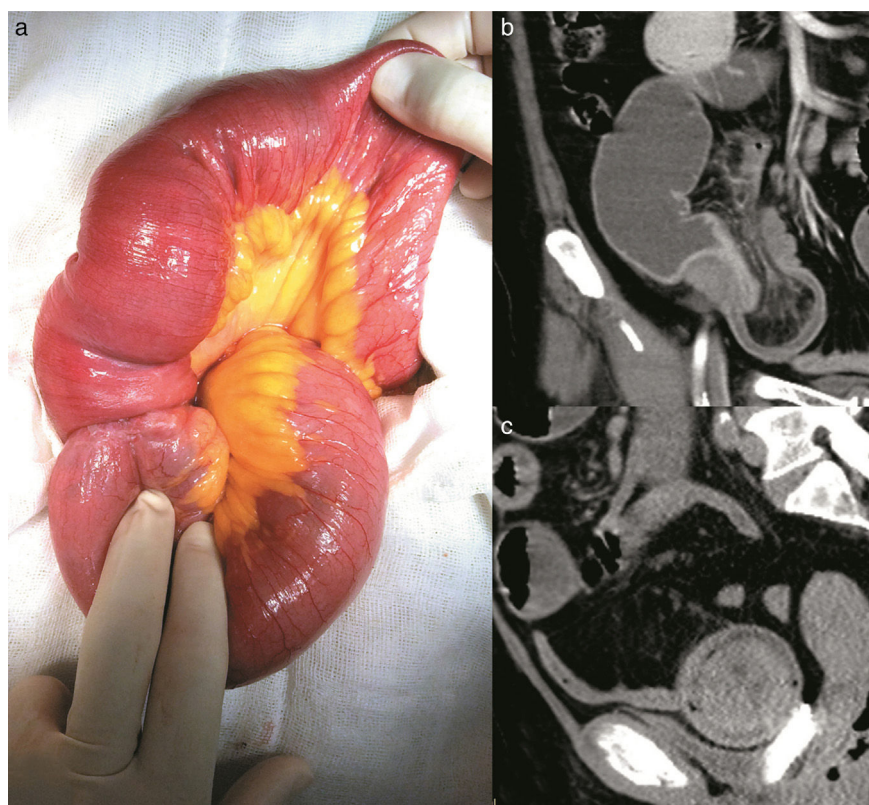


Figura 1 (a) Segmento intestino delgado con intususcepción íleo-íleal; (b) TAC contrastada de corte coronal, con retracción de grasa y vasos mesentéricos, y (c) TAC contrastada de corte sagital, imagen de «tiro al blanco».

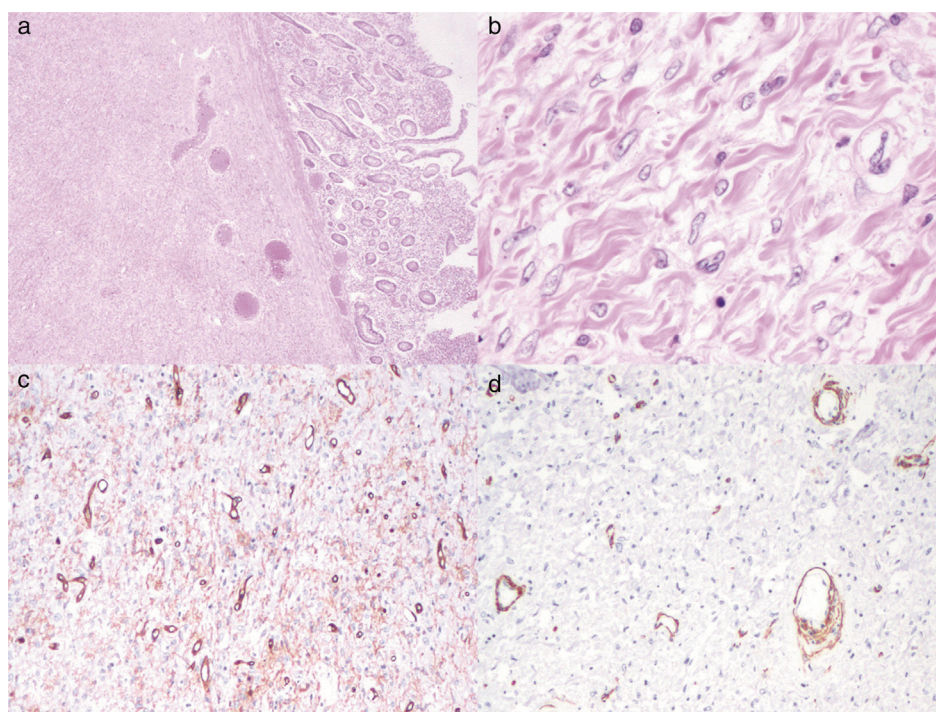


Figura 2 (a) Corte histológico con presencia de lesión ulcerada, localizada en la submucosa (hematoxilina & eosina, $\times 2$). (b) La lesión muestra gruesos haces de colágeno, células ahusadas con núcleos de cromatina granular fina (hematoxilina & eosina, $\times 40$); (c) Inmunorreacción para CD34 positiva, y (d) Actina de músculo liso negativa.

histológicamente se identificó una lesión localizada en la submucosa, constituida por haces gruesos de colágeno con células ahusadas de citoplasma moderado, núcleos ovoides con cromatina granular dispersa, entremezclados con linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y polimorfonucleares. El inmunoperfil fue positivo para CD34, negativo para AML, ALK1, CD117 y Ki-67 (fig. 2). El diagnóstico fue PFI ulcerado con intususcepción ileal secundaria. Se egresó 7 días después de la cirugía, y fue revalorada 3 semanas después con buena evolución, evacuando y canalizando gases.

La intususcepción en adultos es poco frecuente, siendo asociada hasta en el 90% de los casos a tumores localizados en la luz, o de origen idiopático⁶. Clínicamente las manifestaciones son diversas, ya sea de manera aguda, intermitentes o crónicas; generalmente con datos de obstrucción intestinal como son náuseas, vómitos y dolor abdominal en procesos neoplásicos benignos, además de melena en lesiones malignas². Según la localización se puede clasificar como: íleo-cólica, colo-cólica y enteroentéricas (yeyuno-yeyunal, íleo-ileal)^{4,7}. Los estudios de imagen son fundamentales en el diagnóstico de la intususcepción, la TC es más precisa, mostrando la presencia de asas intestinales intraluminales con o sin presencia de grasa y vasos mesentéricos; observándose en cortes transversales un tumor redondo con grasa periférica y mango claro debido a edema, clásicamente con imagen de «tiro al blanco»^{2,3,8}.

El tratamiento casi siempre es quirúrgico en adultos, comparado con niños, e invariablemente lleva a resección del segmento de intestino involucrado con anastomosis primaria⁷.

El PFI es una lesión poco frecuente del tracto gastrointestinal, fue descrita por Vanek en 1949, también llamado pseudotumor inflamatorio (PI) o granuloma eosinofílico, hallada de forma incidental durante procedimientos endoscópicos o laparotomías, siendo generalmente asintomática, pudiendo presentar síntomas dependiendo de su localización; es más frecuente en estómago (66-75%) e intestino delgado (18-20%), en este último, como en nuestro caso, puede ser causa de intususcepción hasta en un 5-16% de los casos^{4,9}.

El PFI es confundido con el tumor miofibroblástico inflamatorio (TMFI), debido a que ambos se les denominaba comúnmente como PI o granuloma eosinofilo: siendo entidades histológicamente distintas; el PFI contiene más eosinófilos, fibrosis, y menos células linfoides que los TMFI; estos se originan en la submucosa, sin afección de la serosa y la capa muscular, sitios generalmente abarcados por el TMFI. El perfil de inmunohistoquímica en ambas lesiones es distinto; el PFI expresa CD34, mientras que el TMFI expresa ALK1, actina músculo liso y, ocasionalmente, CD117. Es importante diferenciar ambas lesiones debido a que el PFI no presenta recurrencias, mientras que el TMFI tiende a recaer¹⁰.

Presentamos un caso de PFI que causó intususcepción, y en el cual se utilizaron reacciones de inmunohistoquímica para su correcta clasificación diagnóstica; este corresponde al primer caso reportado de intususcepción secundaria a PFI en nuestro país.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Nkwam N, Desai A, Radley S. Adult idiopathic jejuno-ileal intussusception. *BMJ Case Rep.* 2010;2010, bcr0520103050.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134-8.
3. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006;26:733-44.
4. Akbulut S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review. *World J Gastroenterol.* 2012;18:5745-52.
5. Abboud B. Vanek's tumor of the small bowel in adults. *World J Gastroenterol.* 2015;21:4802-8.
6. Yalamarhi S, Smith RC. Adult intussusception: Case report and review of literature. *Postgrad Med J.* 2005;81:174-7.
7. Soni S, Moss P, Jaiganesh T. Idiopathic adult intussusception. *Int J EmergMed.* 2011;4:8.
8. Zumarán O, Robles C, Villarreal P, et al. Intususcepción en el adulto. *An Med (Mex).* 2006;51:188-92.
9. O'Kane A, O'Donell M, McCavert M, et al. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing recurrent intussusception and chronic ischaemia: A case report. *Cases J.* 2008;1:244.
10. Makhlof HR, Sobin LH. Inflammatory myofibroblastic tumors (inflammatory pseudotumors) of the gastrointestinal tract: How closely are they related to inflammatory fibroid polyps? *Hum Pathol.* 2002;33:307-15.

C.F. Forasté-Enríquez^a, R. Mata-Hernández^a,
A. Hernández-Villaseñor^a, G. Alderete-Vázquez^b
y P. Grube-Pagola^{c,*}

^a *Departamento de Cirugía General, UMAE 14 IMSS, Veracruz, México*

^b *Consultorio de Anatomía Patológica «Dra. Isabel Ruiz Juárez», Veracruz, México*

^c *Departamento de Patología, UMAE 14 IMSS, Veracruz, México*

* Autor para correspondencia. Xicotencatl 1266-5, Col. Ricardo Flores Magón, Veracruz, Ver., México.
Teléfono: +(229) 9317579.
Correo electrónico: grubejr78@gmail.com
(P. Grube-Pagola).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.03.006>
0375-0906/

© 2016 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).