

Hospital Docente Clínico Quirúrgico

Joaquín Albarrán Domínguez

POLIPO INTESTINAL COMO CAUSA DE OCLUSION INTESTINAL POR OBSTRUCCION DE LA LUZ DEL ILEON

(PRESENTACION DE UN CASO)

* Dr. José Francisco Hurtado Dávila Calle Prensa Núm. 254 entre San Cristóbal y Pezuela, Cerro, Ciudad de La Habana. Teléfono: 83555590. franciscoh@infomed.sld.cu

** Dra. Raquel Hurtado Viera . Calle Prensa Núm. 254 entre San Cristóbal y Pezuela, Cerro, Ciudad de La Habana.

*Especialista Primer Grado Cirugía General

**Médico General Integral

RESUMEN

Los pólipos intestinales son frecuentes, pero sobre todo los del intestino grueso, diciéndose que incluso 50% de la población general es portadora de un pólipo en su intestino, pero esta patología no frecuentemente produce obstrucción de intestino y cuando sucede es por invaginación de un segmento de éste; 1,2 a punto de partida de dicho tumor; 3,4,5,6,7,8,9 nosotros vimos un paciente operado en nuestra guardia, quien vino presentando un cuadro típico de un oclusión de Intestino delgado, o sea, dolor abdominal a tipo cólico con vómitos y constipación, más distensión simétrica abdominal y ruidos de lucha a la auscultación del abdomen; exponemos este caso aquí, con el objetivo de que los cirujanos tengan esta patología en cuenta como posible causa de una obstrucción intestinal. Para hacer esta presentación hacemos una revisión de la Historia Clínica del enfermo, del Informe Operatorio (informa el cirujano que se encontró una distensión del intestino hasta un punto donde comenzaba un colapso del mismo, donde por palpación se halló una tumoración o cuerpo extraño no desplazable) y del Informe de Anatomía Patológica (pólipo hamartomatoso de intestino delgado), previo todo esto a la revisión de lo escrito en la literatura al respecto. Concluimos haciendo las necesarias recomendaciones.

Palabras clave: Pediculado, Sésil

INTRODUCCION

Se denomina pólipo intestinal a todo tumor circunscrito que protruye desde la pared hacia la luz intestinal. La definición obedece, por tanto, a una descripción macroscópica, con independencia de las características histológicas de la lesión. Según la superficie de fijación a la pared intestinal, los pólipos pueden ser pediculados o sésiles. En relación con el número de lesiones pueden ser únicos o múltiples; cuando el número de pólipos es muy elevado podemos decir que es una poliposis intestinal y suele tratarse de entidades nosológicas diferenciadas. 10, 11,12

Pólipos adenomatosos

Los pólipos adenomatosos o adenomas colorrectales, constituyen una familia de neoplasias mucosas con diversidad de apariencia externa, pero que comparten características genéticas, fenotípicas y evolutivas esenciales. Son escasos en el intestino delgado, pero muy frecuentes en el colon. Histológicamente, se definen como una proliferación no invasiva de células epiteliales y se clasifican en: adenomas tubulares (85%), tubulovelloso (10%) y vellosos (5%). En función de las anomalías citológicas y estructurales pueden ser de bajo o alto grado de displasia. Esta última situación no es distinta del carcinoma *in situ*, en el cual los focos neoplásicos no superan la capa *muscularis mucosae* y, por tanto, posee una nula capacidad de diseminación. Es importante diferenciar esta entidad del pólipo maligno, el cual representa un adenoma con áreas de transformación carcinomatosa que se extienden a la capa submucosa y en consecuencia constituye un carcinoma invasivo precoz.

Determinados hábitos dietéticos, como un bajo consumo de fibra o un elevado contenido de carne roja o grasas de origen animal, se han asociado a una mayor prevalencia de cáncer colorrectal. Dado que la mayoría de los carcinomas se originan a partir de un pólipo adenomatoso, es razonable pensar que estos factores nutricionales también participan en el desarrollo o progresión de estas lesiones. Por ello, la OMS recomienda reducir el consumo de grasa (que no supere 20% del total calórico), incrementar la ingesta de frutas y vegetales, a fin de proporcionar un aporte adecuado de fibra y vitaminas, realizar ejercicios moderados y evitar el sobrepeso.

Por otra parte, existen evidencias parciales de que la administración de suplementos de calcio, así como el tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos y/o progestágenos en mujeres posmenopáusicas, puede disminuir la prevalencia de adenomas colorrectales. Además la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos también ejercen un efecto protector similar, aunque la confirmación de su utilidad requiere estudios a largo plazo.

¿Qué causa los pólipos?

La mayoría de los pólipos, con la excepción de los pseudopólipos inflamatorios, tienen como causa de una mutación genética (modificación del ADN) en las células de la mucosa intestinal (capa de tejido que recubre el interior del intestino). Para que estas células deriven en un cáncer han de producirse probablemente unas 5 mutaciones. Los

pólipos benignos sólo suelen presentar una. Lo cierto es que las modificaciones del ADN ocurren con gran frecuencia. Incluso en sujetos sanos; 10% de las células de la mucosa presentan alteraciones importantes de los cromosomas. En la mayoría de los casos estas células alteradas sufren una especie de “ muerte programada” denominada apoptosis y se eliminan con las heces.

Revisando la literatura, no hemos encontrado ninguna publicación sobre un caso de pólipo de intestino delgado que produzca una obstrucción 13. Por eso, hemos seleccionado este caso que operamos en nuestro Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán de la Ciudad de La Habana en este año 2006 y lo presentamos a continuación.

MATERIAL Y METODO

Para hacer este trabajo, primero nos motivamos por este caso, ya que consideramos era una entidad que no habíamos visto antes en nuestra práctica médica. Revisamos entonces la literatura existente en Infomed, y vemos que se habla de oclusiones intestinales por otro mecanismo fisiopatológico.

Extraemos la Historia Clínica de la paciente, extraímos de ella los datos clínicos, lo hallado por los cirujanos actuantes y lo realizado por ellos en las dos intervenciones a que fue sometida.

El Departamento de Anatomía Patológica nos aporta el informe de lo encontrado en el segmento de intestino resecaado. Ya con todos estos datos, conformamos el trabajo.

PRESENTACION DEL CASO

PACIENTE: GAG

HISTORIA CLINICA: 073321

EDAD: 40 Años

ESTADO CIVIL: SOLTERA

INGRESO: 13-2-2006

OPERADA: 14-2-2006

REINTERVENIDA: 18-2-2006

MI.: DOLOR ABDOMINAL

HEA: Refiere que el día de su ingreso comenzó con dolor en bajo vientre, sobre todo en fosa iliaca izquierda y se acompaña de náuseas y vómitos.

APP: Hipertensa

EXAMEN FISICO: Abdomen discretamente distendido, dolor intenso a la palpación profunda en todo el bajo vientre. Ruidos hidroaéreos algo aumentados.

TR: Recto vacío

TV: Dolor al tactar los fondos de sacos, anejos no palpables, útero algo aumentado de tamaño y fibromatoso.

COMPLEMENTARIOS:

Hb: 143 grs/l

L: $10,3/10^3$

P: 0.45

L: 0.50

RX DE ABDOMEN: Se ven asas de intestino delgado distendidas con niveles H-A.

US ABDOMINAL: No alteraciones ginecológicas. Asas distendidas con líquido en su interior.

OPERACION: Se opera y se encuentra como causa de la oclusión una supuesta brida congénita laxa.

ANATOMIA PATOLOGICA (micro): Pólipo hamartomatoso de Intestino delgado completamente resecaado.

EVOLUCION: La paciente sigue ocluida, con vómitos y dolor.

Se opera de nuevo cuatro días después de la primera operación y se encuentra que el verdadero motivo de la oclusión fue un pólipo de íleon a unos 60 cms de la válvula íleo-cecal, lo que ocluía la luz (el Intestino está distendido de un punto hacia arriba; cuando palpamos esa zona notamos un tumor intraluminal que no se puede desplazar. Se hace resección y anastomosis término-terminal; al abrir el segmento hallamos el pólipo).



Imagen 1. Asa abierta donde se ve pólipo que sale de la mucosa y ocluía la luz.

La paciente evoluciona bien y se va de alta.

DISCUSION

Los PFI fueron descritos por primera vez por Venek en 1941; son más frecuentes en el estómago, intestino delgado, colon y recto. El Dr. Isnerio Valerio Arzuaga *et al* 14 refiere en su trabajo que “ se presentan en el intestino delgado produciendo invaginación, sangramiento, y obstrucción (no especificando cómo, aunque suponemos se refiera a la invaginación), lo que confunde al cirujano y lo lleva a pensar en procesos neoplásicos malignos; por ende, se le realiza al paciente una cirugía de urgencia “ .

Nosotros, sin embargo, encontramos que en nuestro caso el pólipo producía un obstrucción por la oclusión de la luz por el tumor, que era benigno, lo que no aparece en la literatura revisada. 9

Recomendamos a todos los cirujanos que ante toda obstrucción de intestino delgado, se tenga en cuenta esta entidad, se palpe la zona donde está el segmento estenosado y si se localiza un tumor intraluminal, como en nuestro caso, se debe hacer la debida resección con la anastomosis término terminal.

CONCLUSIONES

Los pólipos intestinales, según aparece en la literatura, y es por tanto experiencia de otros especialistas, producen diferentes complicaciones como son el sangrado, la oclusión por invaginación y la malignización; sin embargo, demostramos con nuestro trabajo que también pueden producir oclusión por la obstrucción mecánica de la luz del intestino por el mismo pólipo sin invaginación.

ABSTRACT: The Intestinal Polyps as a cause intestinal obstruction. Presentation of case.

The Intestinal Polyps are frequent but mainly those of the Large Intestine, and it is said that even, a 50% of the general population carries a polyp in its intestine, but this pathology not frequently produces intestinal obstruction and when it produces it, it is due to invagination of a segment of this, the initial phase of this tumor. We saw a patient operated in our emergency service, who came presenting a typical manifestation of an small intestine occlusion, that is, abdominal pain to colic type with vomits and constipation; first of all, he was operated and it was interpreted that the cause of the occlusion was an internal brida, but he continued with the occlusive manifestation and he was operated again and it was found that the real cause was a polyp that occluded the light. We expose this case here, with the objective that the surgeons keep this pathology in mind as a possible cause of an Intestinal Obstruction. To make this presentation we make a revision of the sick person's Clinical History, of the Operating Report and of the Pathological Anatomy Report, previous to the revision of all written in the Literature in this respect. We conclude making the necessary recommendations.

Key Words: Pediculated, Sessile.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Thompson JS. Intestinal obstruction, ileus and pseudoobstruction. En: R.H.Bell, L.F. Rikkers, M.V. Mulholland, Editores. Digestive Tract Surgery. Philadelphia, USA: Lippincott-Raven, 1996, p,1119.
2. Llanos O. Obstrucción intestinal. En: S. Guzmán, R. Espinosa, Editores. Abdomen Agudo. Santiago de Chile: Sociedad de Cirujanos de Chile; 1998, p. 258.
3. Lal G, Gallinger S. Familial adenomatous polyposis. Semin Surg Oncol. Jun 2000;18(4):314-23.
4. Dide O, Hervía G, Hacıyanli M, Bora S. Inflammatory fibroid polyp presenting with intestinal invagination: sonographic and correlative imaging findings. J Clin Ultrasound. 1999;27(2):89-91.
5. Widgren S, Cox JN. Inflammatory fibroid polyp in a continent ileo-anal pouch after colectomy for ulcerative colitis-case report. G Chir. 1997;193(9):643-7.

6. Gutiérrez AA, Simoneti CA, Braz MA, Consani HF, Ferro MC, Saad WA. Intestinal obstruction caused by inflammatory fibroid polyp. Report of a case. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo . 1997;52(1):20-2.
7. Tocchi A, Mazzoni G, Liotta G, Costa G, Lepre L, Maggiolai F, *et al.* Inflammatory fibroid polyp of the stomach. Report of a case. G Chir. 1997;18(89):413-6.
8. Ojima Y, Okajima M, Asahara T, Arita M, Kohayashi R, Nakahara M, *et al.* Inflammatory fibroid polyp of the ileum with the appearance of a Borrmann type II lesion, caused by colostomy irrigation: report of a case. Surg Today. 1997;27(11):1061-3.
9. Bandy op adhyay PK, Ishaq N, Malik AK, Mahroos S. Inflammatory fibroid polyp of proximal ileum causing recurrent intussusception. Br J Clin Pract. 1997;51(2):125-6.
10. Shih LN, Chang SL, Chuang SM, Kuo CF. Inflammatory fibroid polyp of the jejunum causing intussusception. Am J Gastroenterol. 1997;92(1):162-4.
11. Atalay F, Balei S, Kirimlioghr V, Dasli U. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp of the ileum. A report of two cases from Turkiye. Hiroshima J. Med Sci. 1995;44(4):141-4.
12. Tocchi A, Mazzoni G, Liotta G, Costa G, Lepre L, Maggiolai F, *et al.* Inflammatory fibroid polyp of the stomach. Report of a case. G Chir. 1997;18(89):413-6.
13. Núñez Huerta Edgar, Saravia Villanueva Carlos. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. Rev. Med Hered. Lima. ene/mar. 2004;15(1).
14. Arzuaga Anderson Isnerio Valerio, Gutiérrez Pérez Orestes Humberto, Chappotten Delahanty María de los Angeles, Alfonso Barrios Guadalupe. Invaginación intestinal

por pólipo fibroide inflamatorio del íleon. Presentación de 1 caso. Rev. Cubana Cir. Ciudad de La Habana. ene-mar. 2001;40(1).