



# Intususcepción colocolica en adultos: reporte de caso

Adult colocolic intussusception: case report

Berali Del Espíritu Santo Padilla<sup>1\*</sup>  
[beraliesp@gmail.com](mailto:beraliesp@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0005-2346-1269>

Patricia Rodríguez Nava<sup>3</sup>  
<https://orcid.org/0000-0001-7083-0569>

Marco Antonio Blancas Rivera<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0009-0004-0998-5034>

Ernesto Javier Dena Espinoza<sup>4</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-8028-9355>

Recibido: 05/03/26 | Aceptado: 06/05/26

<https://doi.org/10.62407/gy73ph02>

## Resumen

**Introducción:** La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento del intestino dentro de la luz de otro adyacente, condicionada habitualmente por alteraciones de la pared intestinal. Mientras que las intususcepciones del intestino delgado se asocian principalmente a patologías benignas, las del intestino grueso suelen vincularse a neoplasias malignas. En adultos, esta afección es sumamente infrecuente, representando menos del 5% de todos los casos de intususcepción y entre el 1% y 5% de las causas de obstrucción intestinal. Se documenta de manera incidental en 1 de cada 1,300 cirugías abdominales y en el 1% de las laparotomías por oclusión. La relación de incidencia entre niños y adultos es superior a 20:1. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años que acudió a urgencias refiriendo dolor abdominal inespecífico de un mes de evolución, acompañado de evacuaciones con sangre y pérdida de peso ponderal. Tras un manejo conservador inicial sin mejoría, fue sometido a una laparoscopia exploratoria. Durante el procedimiento se identificó una intususcepción en el colon transversal secundaria a un lipoma submucoso. El tratamiento indicado fue la resección del segmento afectado, resolviendo con éxito esta causa infrecuente de invaginación. **Relevancia clínica:** Debido a la baja incidencia de la intususcepción en la población adulta en comparación con la pediátrica, sumado a la inespecificidad de su presentación clínica, la evidencia científica actual no es tan robusta como en otras patologías. Por ello, los reportes de casos y metaanálisis son fundamentales para guiar un diagnóstico y manejo seguros. La elección del estudio de imagen es crucial para un abordaje oportuno; actualmente, la tomografía computarizada de abdomen es el método de elección por su alta especificidad diagnóstica y su utilidad para detectar complicaciones.

*Palabras clave:*

*Intususcepción intestinal, invaginación intestinal, tomografía computarizada, laparoscopia exploratoria, lipoma.*

*Cite este artículo:*

Del Espíritu Santo, B., Blancas Rivera, M., Rodríguez Nava, P., & Dena Espinoza, E. (2026). Intususcepción colocolica en adultos: reporte de caso *Revista de Ciencias de la Salud - ReCiSal*, 2(2), 51-65. <https://doi.org/10.62407/gy73ph02>

<sup>1,2</sup> Médico Residente de la especialidad en Imagenología diagnóstica y terapéutica, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

<sup>3,4</sup> Médico Adscrito de la especialidad en Imagenología diagnóstica y terapéutica, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

## Abstract

**Introduction:** Intestinal intussusception is defined as the invagination of a bowel segment into the lumen of an adjacent one, typically triggered by structural alterations in the intestinal wall. While small bowel intussusceptions are primarily associated with benign pathologies, those occurring in the large bowel are usually linked to underlying malignancies. In adults, this medical condition is extremely rare, accounting for less than 5% of all intussusception cases and between 1% and 5% of all causes of mechanical bowel obstruction. It is incidentally documented in 1 out of every 1,300 abdominal surgeries and in approximately 1% of laparotomies performed for occlusion. The overall incidence ratio between children and adults exceeds 20:1. **Case Report:** We present the case of a 60-year-old male patient who presented to the emergency department reporting non-specific abdominal pain of one month's evolution, accompanied by bloody stools and significant weight loss. Following initial conservative management that yielded no improvement, he underwent an exploratory laparoscopy. During the surgical procedure, an intussusception in the transverse colon secondary to a submucosal lipoma was identified. The indicated treatment was the surgical resection of the affected segment, successfully resolving this highly rare cause of intestinal invagination. **Clinical Relevance:** Due to the low incidence of intussusception in the adult population compared to the pediatric demographic, combined with the non-specific nature of its clinical presentation, current scientific evidence is not as robust as in other abdominal pathologies. Therefore, case reports and comprehensive meta-analyses remain essential tools to guide safe diagnosis and clinical management. The choice of imaging study is crucial for a timely therapeutic approach; currently, abdominal computed tomography is the method of choice due to its high diagnostic specificity and its overall usefulness in detecting secondary complications.

### Keywords:

*Intestinal intussusception, bowel invagination, computed tomography, exploratory laparoscopy, lipoma.*

## Introducción

La intususcepción intestinal se define como la invaginación de un segmento proximal del tracto gastrointestinal dentro de la luz de un segmento distal adyacente, lo que condiciona obstrucción intestinal y potencial compromiso vascular por la tracción del mesenterio asociado. Este fenómeno puede progresar a congestión venosa, edema parietal, isquemia y necrosis transmural si no se trata oportunamente (Heersche et al., 2025).

Mientras que en la población pediátrica la intususcepción representa la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes pediátricos, en específico en los grupos entre los 6 y los 36 meses, en adultos es relativamente raro, con una incidencia alrededor del 1 %; sin embargo, su incidencia real se desconoce, ya que la mayor parte de

la literatura en adultos consiste en series de casos y revisiones sistemáticas centradas en la presentación clínica y la etiología, sin ahondar en los denominadores poblacionales; por lo tanto, no pueden proporcionar estimaciones de prevalencia (Kim et al., 2025).

Una de las diferencias más relevantes entre la población pediátrica y la adulta radica en la etiología. En niños, la intususcepción es predominantemente idiopática, ocurriendo de manera espontánea en aproximadamente el 70–90% de los casos (Jiang et al., 2013). En contraste, en la población adulta suele identificarse una lesión estructural subyacente que actúa como punto guía.

Estudiar a profundidad esta patología es relevante ya que no diagnosticar esta patología a tiempo, conlleva complicaciones y consecuencias graves. En adultos, las neoplasias malignas representan aproximadamente el

25% de los casos globales y hasta el 68% de las intususcepciones colocolica, siendo el adenocarcinoma la etiología más frecuente en las localizaciones colónicas (Gollub, 2011).

También se han descrito linfomas y metástasis, particularmente de melanoma. Por su parte, las lesiones benignas y los pólipos constituyen cerca del 35% de los casos, incluyendo lipomas y otras neoplasias benignas (Su et al., 2020). La elevada probabilidad de una etiología maligna en la población adulta condiciona, en la mayoría de los casos, una conducta quirúrgica como estrategia terapéutica de elección, dado el riesgo subyacente de neoplasia y la necesidad de resección oncológica adecuada.

Estudiar a profundidad esta patología es relevante ya que no diagnosticarla a tiempo conlleva complicaciones y consecuencias graves. La justificación para la publicación del siguiente caso radica en la baja incidencia de la intususcepción colocolica en el adulto y más aún la rareza de su origen benigno por un lipoma submucoso, un escenario que desafía los datos epidemiológicos tradicionales que asocian las invaginaciones del intestino grueso a malignidad en el 68% de los casos (Balamoun, 2011; Son et al., 2013). Documentar este comportamiento clínico es fundamental para enriquecer la evidencia científica actual, sirviendo como guía diagnóstica y terapéutica ante cuadros obstructivos atípicos.

### Presentación Clínica

En adultos, la intususcepción se presenta con sintomatología inespecífica y representa un reto diagnóstico (Heersche et al., 2025) para los médicos de primer contacto, por lo que es fundamental entender que los síntomas que presentan los pacientes que tienen una

intususcepción serán inespecíficos y el médico debe prestar atención a los síntomas descritos por el paciente para poder llegar a la sospecha clínica de esta patología.

En una revisión sistemática realizada en 2024 por Chand et al., que incluyó 1,902 pacientes diagnosticados con intususcepción, los síntomas que se reportaron con más frecuencia fueron:

Dolor abdominal (86.23%) – con el 42% presentando específicamente malestar abdominal a la palpación y dolor agudo.

Evacuaciones con sangre (11.59%)

Masa abdominal palpable (6.15%)

Emesis (6.7%)

Diarrea (0.18%)

Datos de obstrucción intestinal (12.13%)

Los síntomas son típicamente agudos (días a semanas) y raramente son crónicos (meses a años). El tiempo de inicio y duración de los síntomas es significativamente mayor cuando la intususcepción se da en intestino grueso en comparación con el intestino delgado: 62.5% y 35.7%, respectivamente. (Marsicovetere et al., 2017)

### Diagnóstico

El diagnóstico de la intususcepción en adultos suele ser un desafío debido a su presentación clínica inespecífica e intermitente, a diferencia de la tríada clásica descrita en la población pediátrica (dolor abdominal cólico, masa abdominal palpable y heces en jalea de grosella), por lo que los diferentes métodos de imagen son fundamentales para su diagnóstico (Atmatzidis et al., 2026)

Anteriormente, el diagnóstico de intususcepción se hacía dentro de quirófano, después de que el

cirujano determinara que los síntomas y signos que mostraba el paciente eran suficientes para indicar una exploración abdominal quirúrgica.

En la actualidad, algunos signos descritos en la literatura pueden orientar al médico hacia la sospecha de intususcepción, dichos signos se encuentran en los estudios de imagen más frecuentemente utilizados para el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología; gracias a esto, el cirujano puede tener un panorama más amplio de lo que podría esperar encontrar al momento del abordaje quirúrgico, ayudando en gran parte a mejorar el pronóstico del paciente y proporcionar una atención oportuna antes de que la patología progrese.

La mayoría de los estudios publicados señalan que, en pacientes con sintomatología abdominal aguda, el primer estudio de imagen realizado suele ser la radiografía simple de abdomen, debido a su amplia disponibilidad, rapidez de ejecución y utilidad inicial en la detección de datos indirectos de obstrucción intestinal, donde el hallazgo más frecuente en estos pacientes es la presencia de niveles hidroaéreos, sin embargo, hay otros hallazgos sugestivos de intususcepción tales como la presencia de una masa de tejidos blandos en el cuadrante superior derecho, el signo de la diana (áreas concéntricas radiolúcidas) y el signo del menisco (aire con morfología de semilunar a nivel del lumen colónico en el sitio de la intususcepción) (Kim et al., 2006).

Asimismo, la ecografía abdominal se describe en la literatura como un método diagnóstico de relevancia inicial, especialmente útil por su accesibilidad y ausencia de radiación ionizante, permitiendo identificar signos clásicos como el de “la rosquilla” o “pseudorriñón” (Gatica T et al., 2023; Tempel et al., 2023; Weissberg et

al., n.d.). No obstante, presenta limitaciones críticas en el paciente adulto, tales como la alta dependencia del operador, la dificultad de visualización secundaria al meteorismo intestinal por el cuadro obstructivo y la incapacidad para delimitar con precisión la extensión longitudinal del segmento invaginado o caracterizar adecuadamente la lesión causal subyacente.

La tomografía computarizada (TC) constituye actualmente el método de imagen de elección para el diagnóstico de la intususcepción, ya que permite confirmar su presencia, determinar su localización anatómica y, en un número considerable de casos, identificar la lesión causal subyacente. En una revisión sistemática realizada en 2024 que incluyó 1,902 pacientes, la TC fue el estudio de imagen diagnóstico primario en el 88.5% de los casos (Chand et al., 2024).

En la TC se observa típicamente la configuración en “asa dentro de asa”, descrita como una imagen en “diana” en los cortes axiales o en “salchicha” en reconstrucciones coronales, con o sin identificación de un punto causante. En otro estudio prospectivo que incluyó 21 pacientes de 2016 a 2020, el diagnóstico con presencia de “signo de diana” alcanzó una sensibilidad de 100% (González-Carrero Sixto et al., 2023). La visualización de grasa y vasos mesentéricos en el interior del segmento invaginado es un hallazgo característico de esta entidad.

Asimismo, el engrosamiento parietal, la dilatación de asas proximales, los datos de obstrucción intestinal y los signos de compromiso vascular o isquemia refuerzan el diagnóstico y permiten valorar la gravedad del cuadro.

Las intususcepciones suelen asociarse a dilatación del intestino delgado o grueso proximal al sitio de invaginación, con colapso relativo del segmento distal. Se considera intususcepción transitoria aquella que no se evidencia en el estudio de TC subsecuente, incluyendo aquellos realizados en otras instituciones e integrados posteriormente al sistema PACS. En caso de reaparición en estudios posteriores, continúa clasificándose como transitoria, registrándose dicha recurrencia (Gollub, 2011).

Por su parte, la intususcepción no transitoria se define como aquella que persiste en estudios tomográficos subsecuentes o en la que no se dispone de seguimiento por imagen (por ejemplo, pacientes perdidos en el seguimiento, fallecidos o llevados directamente a tratamiento quirúrgico). En estos casos, la duración se estima desde la primera hasta la última visualización documentada en TC, representando un intervalo mínimo. La intususcepción idiopática se define como aquella en la que no se identifica un punto guía en la TC ni se demuestra una lesión patológica durante la intervención quirúrgica (Gollub, 2011).

El uso de medio de contraste intravenoso incrementa la sensibilidad diagnóstica, por lo que se recomienda ante la sospecha clínica de intususcepción. Su administración permite evaluar adecuadamente la perfusión parietal y los vasos mesentéricos, detectar signos de isquemia y caracterizar con mayor precisión posibles lesiones tumorales subyacentes. Además, la TC desempeña un papel fundamental en la evaluación de una lesión estructural asociada, aspecto particularmente relevante en la población adulta debido a la mayor probabilidad de una etiología neoplásica.

### **Diagnóstico Diferencial**

Además de ser una de las causas más frecuentes de visita a urgencias, el dolor abdominal representa el síntoma más frecuente reportado por los pacientes: 83.26% de los casos. Es por esto que el estudio y manejo del dolor abdominal depende de la gravedad de los síntomas y signos encontrados durante la exploración física del paciente. En el diagnóstico diferencial para intususcepción en el adulto se deben considerar múltiples entidades como las presentes en la Figura 1.

### **Causas**

Para entender la etiología de la intususcepción se debe tener en cuenta los sitios más comúnmente afectados por esta patología. En la misma revisión sistemática de 1,902 casos Chand et al. (2024) clasificaron la intususcepción por su localización subdividiéndola en ileocólica, ileocecal, entérica y colocolica (ver Figura 2). También se puede clasificar según su etiología en causas benignas vs. malignas (Chand et al., 2024).

Chand et al. (2024) también encontraron que en el 44.84% de los casos estaba la presencia de lesión causante sugestiva de intususcepción; únicamente en el 2.38% no se demostró la causa y se clasificó como idiopático.

Las intususcepciones se clasifican como idiopáticas cuando se manejan de manera conservadora sin presencia de signo causante patológico en estudios de imagen, o cuando no se encuentra signo causante o intususcepción en una cirugía exploratoria. Este tipo de intususcepción se encontró en 39% de los casos en un estudio realizado por Heersche et al. (2025). En este mismo estudio, en pacientes que fueron sometidos a manejo quirúrgico, se encontró que el 58% de los pacientes

presentaban una causa clara de intususcepción. (Heersche et al., 2025). En este mismo estudio se reporta que la intususcepción fue causada por lesiones benignas en el 19%, tumores benignos en el 20% y, en el 25% de los casos, se encontró un signo sugestivo de lesión maligna.

Cuando se compararon las intususcepciones de etiología maligna de acuerdo con su localización, se encontró que la más frecuente es la colocolica, seguida de la ileocolica y la entérica, con un porcentaje de 68%, 46% y 9%, respectivamente. Las etiologías malignas más frecuentes fueron adenocarcinoma, linfoma y metástasis (ver Figura 3); las benignas más comunes encontradas fueron pólipos, lipomas y adenomas. (Heersche et al., 2025)

#### Manejo terapéutico

El tratamiento de las invaginaciones intestinales depende de cómo se clasifiquen. Esta clasificación puede hacerse según la ubicación que se vea en estudios de imagen o según la causa, que normalmente se determina a partir de estudios de patología después de la cirugía (González-Carreró Sixto et al., 2023). Dado que el estudio histopatológico se hace generalmente después de la cirugía, el primer paso que se

debe seguir es pedir estudios de imagen. En este caso, la tomografía computarizada (TC) con contraste es el estudio más importante para decidir el tratamiento.

Actualmente, el tratamiento quirúrgico continúa siendo el tratamiento de elección para la intususcepción en adultos, particularmente cuando la localización de la intususcepción es en el colon, ya que esta se asocia a un riesgo mayor de ser secundaria a neoplasia. Debido a esto, la resección quirúrgica del área afectada es el procedimiento preferido por los cirujanos. Por lo general, se debe evitar la reducción manual debido a la alta cantidad de tumores malignos, para prevenir el riesgo de que la enfermedad se extienda, lo cual puede tener efectos negativos (Chand et al., 2024).

Debido a la presentación clínica de esta patología, el manejo clínico es complicado y no existe un consenso general de manejo terapéutico en la práctica clínica. Heersche et al. (2025) realizaron una revisión sistemática que incluyó un total de 2,330 pacientes; en esta revisión proponen un algoritmo de tratamiento basado en los hallazgos de imagen y la necesidad de cirugía (ver Figura 3).

Figura 1. Diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo/subagudo en el adulto

- Gastritis
- Vólvulo
- Obstrucción intestinal
- Colecistitis
- Coledocolitiasis
- Colelitiasis
- Enfermedad ulcerosa péptica
- Isquemia mesentérica
- Gastroparesia
- Constipación
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome de intestino irritable
- Diverticulitis
- Diverticulosis
- Pancreatitis
- Aneurisma aórtica abdominal
- Torsión ovárica
- Fibrosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Pielonefritis
- Íleo

Fuente: Basado en el estudio de Marsicovetere et al., 2017.

## Seguimiento

El seguimiento del paciente que ha sido diagnosticado y tratado por intususcepción depende completamente de la localización y la causa. Cuando la intususcepción no tuvo una causa patológica subyacente y se determina como idiopática, el seguimiento deberá ser expectante y se deberá vigilar al paciente de cerca.

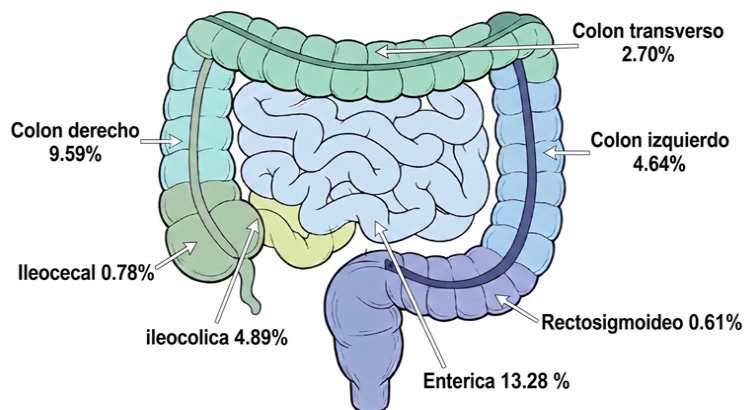
Debido a que la mayoría de las intususcepciones tendrán manejo quirúrgico eventualmente, la lesión causante de la patología podrá ser determinada por abordaje quirúrgico y/o estudio patológico del segmento afectado.

El seguimiento dependerá del resultado de patología y, generalmente, una vez resuelta la causa subyacente que produjo la invaginación del segmento intestinal, es raro que la intususcepción se repita.

## Presentación de caso

Paciente masculino de 60 años de edad que acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, alteración en el hábito defecatorio, rectorragia y pérdida ponderal involuntaria. En la exploración física, se notó dolor al presionar profundamente en el mesogastrio (intensidad 6/10 en la escala visual

Figura 2. Distribución anatómica y frecuencia de la intususcepción intestinal.



Fuente: Basado en el estudio de Marsicovetere et al., 2017.

analógica), sin señales de irritación peritoneal. Al escuchar, se observa que hay una reducción en los ruidos intestinales normales. Por lo que se ingresa al paciente con los diagnósticos presuntivos de síndrome constitucional y dolor abdominal en estudio. Se decide realizar TC de abdomen y pelvis en fases simple y contrastada, para iniciar su protocolo de estudio. Los hallazgos más importantes en la tomografía computada fueron la presencia de

intususcepción colónica de segmento largo, donde el colon transverso distal se introduce en el colon descendente (ver Figura 5). Se observó el "signo del blanco" con arrastre de mesocolon y estructuras vasculares (ver Figura 6), además de un marcado engrosamiento parietal de la sección afectada (hallazgos que sugieren cambios inflamatorios crónicos en el segmento comprometido); datos de paniculitis mesentérica adyacente al sitio

de la intususcepción; datos de congestión pélvica, así como la presencia de una masa bien definida con densidad grasa homogénea de aproximadamente -98 UH, en probable relación con lipoma (ver Figura 7). Se encontraron también hiperplasia prostática benigna grado IV (volumen de 116.6 cm<sup>3</sup>), varicocele en ambos lados, un quiste hepático simple (en el segmento VII) y una variante anatómica que consiste en trifurcación bilateral de las arterias renales. Ante los hallazgos tomográficos de obstrucción por invaginación, se procedió a realizar una laparoscopia exploratoria. Esto confirmó que había una masa tumoral en el colon transverso que servía como punto de referencia para la invaginación hacia el colon distal, y estaba asociada a colitis segmentaria. Por lo cual se decidió realizar una hemicolectomía con anastomosis laterolateral isoperistáltica mecánica.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló un lipoma colónico submucoso como la lesión precursora del evento mecánico. Posterior al procedimiento quirúrgico, el paciente cursó con una evolución clínica favorable y satisfactoria, con restablecimiento de la función intestinal (canalización de gases y evacuaciones espontáneas sin rasgos hemáticos) al tercer día postoperatorio.

No se presentaron complicaciones mayores como fuga de anastomosis, hemorragia o infección de sitios quirúrgicos, por lo que fue egresado hospitalariamente al quinto día. En su valoración de seguimiento en la consulta externa a las cuatro semanas, el paciente se reportó asintomático, con heridas completamente cicatrizadas y con recuperación progresiva de su estado nutricional.

Tabla 1. Causas malignas más frecuentes de intususcepción colónica en adultos.

| Tumores malignos                                  | Colo-cólico | Íleo-cólico | Entérico | Total |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|----------|-------|
| Adenocarcinoma                                    | 121         | 33          | 7        | 161   |
| Linfoma                                           | 26          | 19          | 18       | 63    |
| Metástasis                                        | 4           | 2           | 14       | 20    |
| Melanoma metastásico                              | 4           | 0           | 12       | 16    |
| Melanoma                                          | 3           | 2           | 7        | 12    |
| GIST (Tumor del estroma gastrointestinal)         | 2           | 0           | 11       | 13    |
| Sarcoma                                           | 3           | 2           | 2        | 7     |
| Tumor carcinoide (NET)                            | 2           | 0           | 4        | 6     |
| Infiltración por neoplasia de células plasmáticas | 0           | 0           | 1        | 1     |
| Carcinomatosis                                    | 0           | 0           | 1        | 1     |
| Mucocele apendicular                              | 1           | 1           | 0        | 2     |
| Histiocitoma maligno                              | 0           | 0           | 1        | 1     |
| Leucemia                                          | 1           | 0           | 0        | 1     |
| Otros/no especificado                             | —           | —           | —        | 259   |

Nota al pie: Adaptado de Heersche et al., 2025.

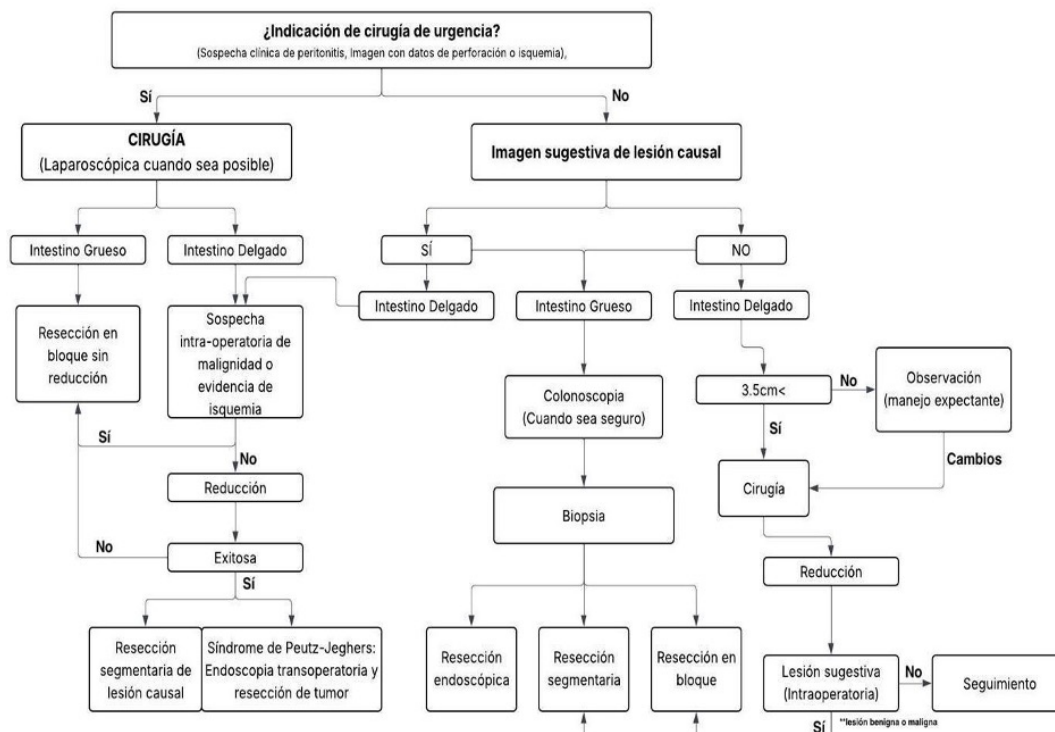
## Discusión

La intususcepción colónica en adultos es difícil de diagnosticar porque es poco común y sus síntomas no son claros. A diferencia de los niños, donde la invaginación generalmente no tiene una causa clara y es menos grave, en los adultos más del 90% de los casos está relacionada con una lesión subyacente que funciona como un "punto guía" para el segmento invaginado. Esta clara diferencia en las causas y la historia ha sido apoyada por revisiones tanto antiguas como recientes (Azar et al., 1997b; Hong et al., 2019), que coinciden en que el comportamiento de esperar o la reducción hidrostática no son adecuados en adultos por la alta posibilidad de un problema físico. Incluso en hospitales de tercer nivel en varias áreas (Ongom et al., 2014), se ha comprobado que el diagnóstico inicial

equivocado es frecuente porque los síntomas pueden parecerse a problemas generales o a cánceres colorrectales primarios de evolución lenta, como sucedió con nuestro paciente. La relevancia de la tomografía computarizada (TC) abdominal en este protocolo de estudio fue determinante; ante la inespecificidad de la clínica, este método de imagen se posiciona como el estándar de oro debido a su alta sensibilidad y capacidad para detectar complicaciones de forma oportuna.

En este paciente, los hallazgos patognomónicos del 'signo del blanco' y el arrastre del mesocolon confirmaron la intususcepción colónica (Kim et al., 2006)(Ki). Asimismo, un hallazgo radiológico fundamental fue la identificación de una masa con densidad grasa localizada en la cabeza de la invaginación, característica altamente sugestiva de un lipoma submucoso.

Figura 3. Algoritmo de manejo quirúrgico



Nota al pie: Adaptado y traducido al español de Heersche et al., 2025.

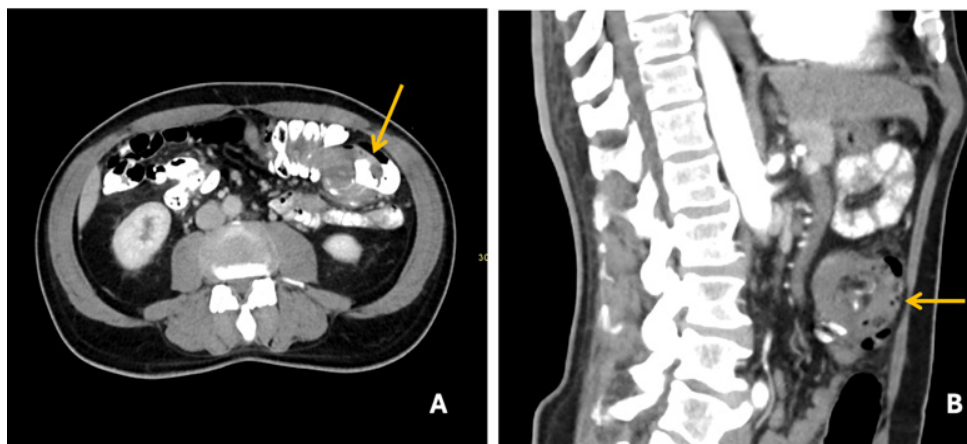
Esta precisión diagnóstica preoperatoria no solo permitió identificar la etiología benigna de la obstrucción, sino que facilitó la planificación quirúrgica al delimitar el segmento exacto comprometido entre el colon transversal y el descendente. Es interesante que, aunque las invaginaciones del intestino grueso están más relacionadas con enfermedades graves, el informe de patología en este caso mostró un lipoma como causa benigna. Este hallazgo subraya que, si bien la sospecha de malignidad debe ser alta en adultos, las neoplasias mesenquimales benignas pueden inducir eventos obstructivos severos al alcanzar dimensiones que facilitan su propulsión peristáltica (Stancu et al., 2016).

Finalmente, la decisión de realizar una laparoscopia exploratoria seguida de una resección segmentaria se alinea con el tratamiento indicado para esta patología, permitiendo no solo la resolución definitiva del cuadro obstructivo, sino también el estudio histopatológico necesario para descartar definitivamente un proceso neoplásico maligno primario.

La principal limitación de este estudio radica en que, al tratarse de un reporte de caso único, los hallazgos clínicos, radiológicos y terapéuticos no pueden generalizarse para establecer un estándar de manejo universal o determinar la prevalencia real de los lipomas como puntos guía colónicos en la población adulta. Asimismo, el seguimiento reportado a corto plazo limita la evaluación de recurrencias tardías o complicaciones funcionales crónicas de la anastomosis, sin embargo, su diagnóstico temprano y adecuada evolución nos muestran la pauta a seguir.

Como líneas futuras de investigación, se sugiere el desarrollo de registros multicéntricos estandarizados y revisiones sistemáticas actualizadas. Estos deben evaluar el impacto de la cirugía laparoscópica en comparación con la abierta, específicamente en intususcepciones de etiología benigna. Esto permitirá la creación de un consenso internacional sólido para el algoritmo de tratamiento.

Figura 4. Tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste.



Nota al pie: (A) Corte axial: se observa el "signo del blanco" o de la "diana" (flecha naranja), característico de la intususcepción colocolica. (B) Corte sagital: reconstrucción que permite apreciar la extensión longitudinal del segmento invaginado (colon transversal hacia colon descendente), evidenciando el arrastre del mesocolon y la presencia de estructuras vasculares en su interior (flecha naranja).

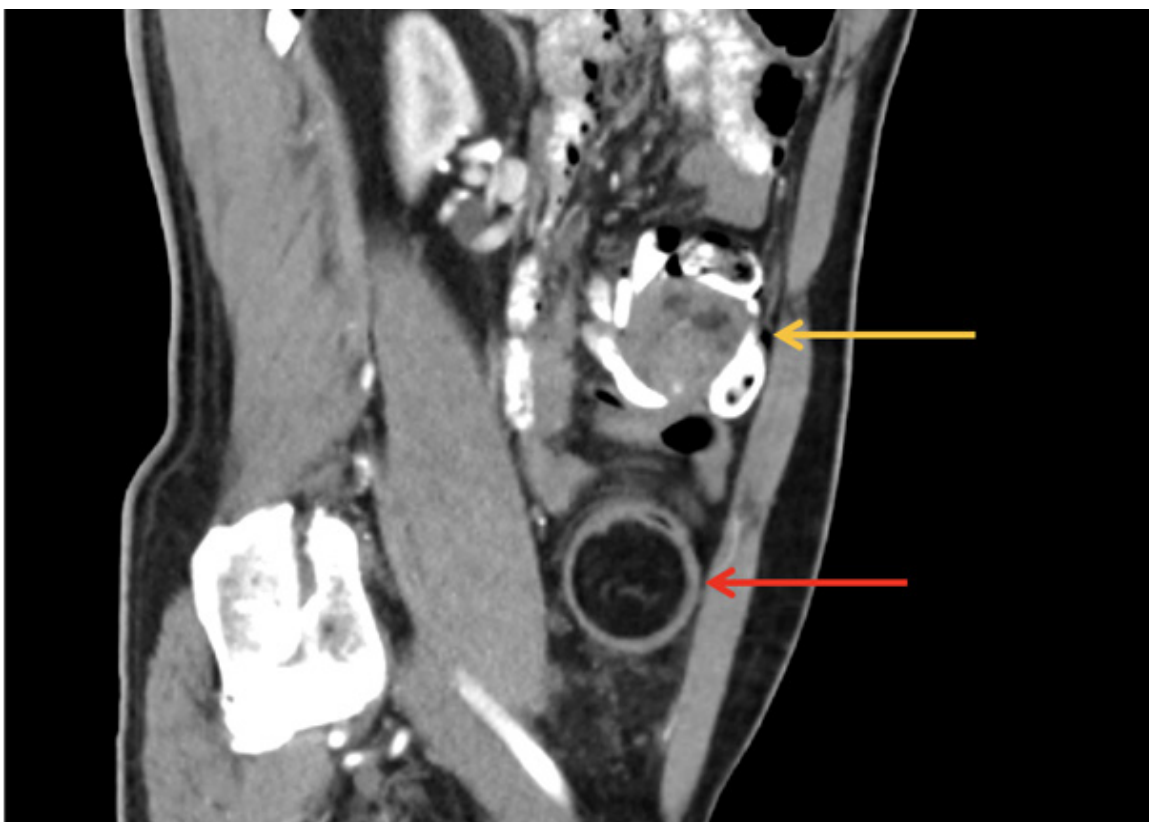
Fuente : Propia

## Conclusión

La intususcepción colocolica en la población adulta representa un desafío diagnóstico complejo debido a su baja incidencia y a una presentación clínica que suele ser inespecífica. A diferencia de la edad pediátrica, la invaginación en adultos exige una búsqueda exhaustiva de una lesión precursora orgánica, ya que la gran mayoría de los casos se asocia a procesos neoplásicos, tanto benignos como malignos.

En este escenario, la tomografía computarizada se consolida como el estándar de oro diagnóstico, no solo por su capacidad para confirmar el evento mecánico, sino por su valor para caracterizar la etiología mediante la evaluación de densidades tisulares. La identificación de masas con densidad grasa en el ápex de la invaginación orienta de manera precisa hacia el diagnóstico de lipoma colónico, permitiendo una planificación quirúrgica adecuada.

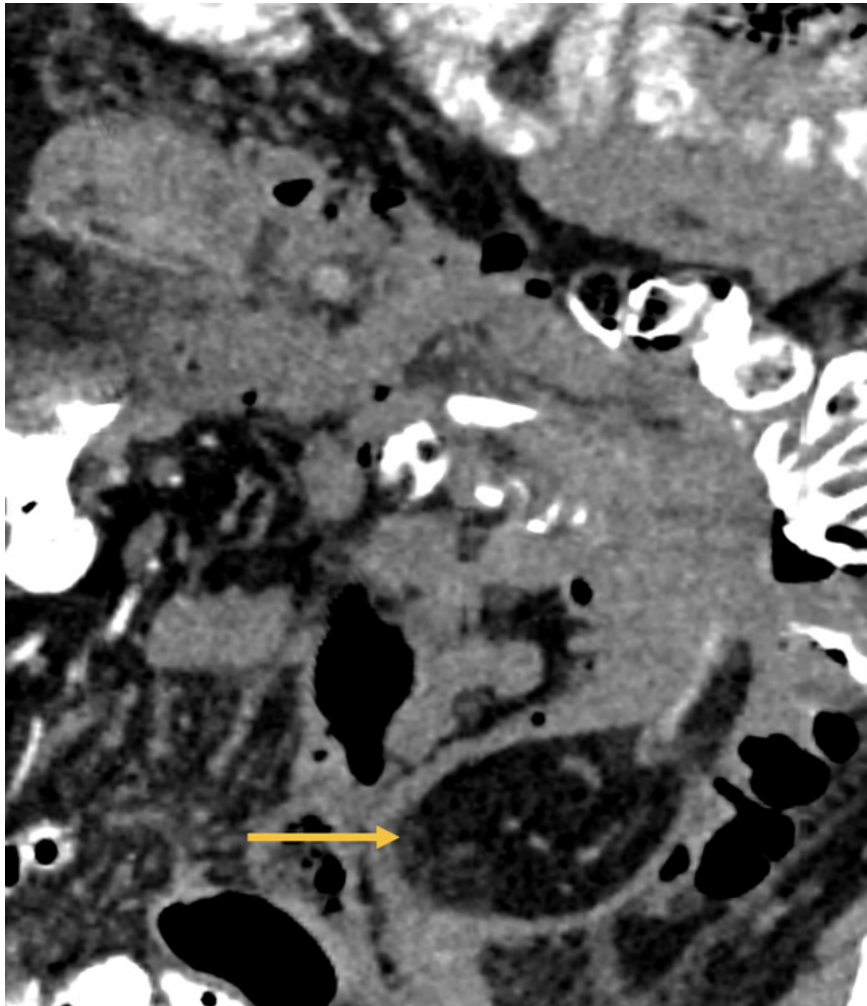
Figura 5. Tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste.



Notal al pie: Corte sagital: reconstrucción que permite apreciar la extensión longitudinal del segmento invaginado (colon transverso hacia colon descendente), evidenciando el arrastre del mesocolon y la presencia de estructuras vasculares en su interior (flecha naranja) con la identificación de una masa intraluminal de densidad grasa compatible con un lipoma submucoso (flecha roja) que actúa como cabeza de la invaginación.

Fuente: Propia.

Figura 6. Reconstrucción tomográfica multiplanar (MPR) de tipo curva



Se ilustra de forma longitudinal el trayecto del colon afectado, donde se aprecia nítidamente cómo el lipoma funge como punto guía (flecha amarilla), traccionando el segmento proximal del colon transverso hacia el interior de la luz del colon distal. Esta vista permite confirmar la persistencia de la grasa mesentérica y los vasos asociados dentro del intusceptum, facilitando la comprensión anatómica del evento obstructivo para la planeación quirúrgica. Fuente:

En última instancia, el manejo quirúrgico mediante resección segmentaria continúa siendo el tratamiento definitivo, subrayando la importancia de una correlación diagnóstica preoperatoria para optimizar los resultados terapéuticos en esta patología. Con base en la evidencia analizada, se recomienda mantener un alto índice de sospecha clínica ante adultos con dolor abdominal crónico/

subagudo y pérdida ponderal, utilizar la TC contrastada como el estudio de primera elección indispensable para planificar la cirugía al permitirnos determinar de manera mas precisa la causa y poder prever la extensión de la resección y realizar resecciones oncológicas segmentarias en bloque sin reducción manual previa en localizaciones colónicas, mitigando

así el riesgo de diseminación celular ante la alta probabilidad latente de un adenocarcinoma subyacente.

## Referencias

- Atmatzidis, S., Raptis, D., Stratinaki, V. E., Voloudakis, N., Martzivanou, E., Papatzelos, A., Kyriakidou, E., Koutelidakis, I., Chatzimavroudis, G. & Papaziogas, B. (2026). Intestinal intussusception in adult patients: a single-center experience and literature review. *Journal of Surgical Case Reports*, 2026 (1). <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaf1114>
- Azar, T., Berger, D. L. & Gen-, M. (1997). Adult Intussusception-Raven Publishers. In *Annals of Surgery* (Vol. 226, Issue 2). <https://doi.org/10.1097/00000658-199708000-00003>
- Balamoun, H. (2011). Ileal lipoma - a rare cause of ileocolic intussusception in adults: Case report and literature review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 3(1), 13. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v3.i1.13>
- Burgers, P. & Dawson, I. (2014). Enteroenteric Intussusception. *New England Journal of Medicine*, 371(23), 2217–2217. <https://doi.org/10.1056/nejmicm1313388>
- Chand, J., Rakesh, R. & Ganesh, M. S. (2024). Adult intussusception: a systematic review of current literature. In *Langenbeck's Archives of Surgery* (Vol. 409, Issue 1). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00423-024-03429-2>
- Del-Pozo, G., Albillos, J. C., Tejedor, D., Calero, R., Rasero, M., De-La-Calle, U. & López-Pacheco, U. (1999). Scientific Exhibit 299 Intussusception in Children: Current Concepts in Diagnosis and Enema Reduction 1. In *RadioGraphics*. <https://doi.org/10.1148/radiographics.19.2.g99mr14299>
- Gatica T, C., Hasson A, D., Díaz A, I., Barahona Z, D. & Chong M, G. (2023). Role of imaging in the evaluation of intussusception in adults: A 10-year retrospective study. *Radiología (English Edition)*, 65(4), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2020.12.006>
- Gollub, M. J. (2011). Colonic intussusception: Clinical and radiographic features. *American Journal of Roentgenology*, 196(5). <https://doi.org/10.2214/AJR.10.5112>
- González-Carreró Sixto, C., Baleato-González, S., García Palacios, J. D., Sánchez Bernal, S., Junquera Olay, S., Bravo González, M. & García Figueiras, R. (2023). Intestinal intussusception in adults: location, causes, symptoms, and therapeutic management. *Radiologia*, 65(3), 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.06.008>
- Heersche, S., Hirt, J., Butti, F., Hübner, M., Hahnloser, D., Joliat, G. R. & Grass, F. (2025). Intestinal Intussusception in Adults: A Systematic Review. In *World Journal of Surgery* (Vol. 49, Issue 10, pp. 2706–2716). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/wjs.70055>
- Hong, K. D., Kim, J., Ji, W. & Wexner, S. D. (2019). Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis. In *Techniques in Coloproctology* (Vol. 23, Issue 4, pp. 315–324). Springer-Verlag Italia s.r.l. <https://doi.org/10.1007/s10151-019-01980-5>
- Jiang, J., Jiang, B., Parashar, U., Nguyen, T., Bines, J. & Patel, M. M. (2013). Childhood Intussusception: A Literature Review. In *PLoS ONE* (Vol. 8, Issue 7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068482>
- Kim, D. U., Gim, H. & Chung, E. H. (2025). A nationwide comparative study of pediatric and adult intussusception in emergency departments during the COVID-19. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-18175-8>
- Kim, Y. H., Blake, M. A., Harisinghani, M. G., Archer-Arroyo, K., Hahn, P. F., Pitman, M.

- B. & Mueller, P. R. (2006). Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. In *Radiographics* (Vol. 26, Issue 3, pp. 733–744). <https://doi.org/10.1148/rg.263055100>
- Mahmud, N. & Wangenstein, K. J. (2019b). Colocolic intussusception. *Arab Journal of Gastroenterology*, 20(2), 107–108. <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2018.12.003>
- Marsicovetere, P., Ivatury, S. J., White, B. & Holubar, S. D. (2017). Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 30(1), 030–039. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593429>
- Ngwengi, Y., Beugheum, C., Ottou, C., Mindjeme, B. F., Soh, J. & Ngoulla, R. (2025). Uncommon Ileo-Cecal Intussusception in Adults: A Case Report of Diagnosis and Management. *American Journal of Case Reports*, 26. <https://doi.org/10.12659/AJCR.946853>
- Ongom, P. A., Opió, C. K. & Kijjambu, S. C. (2014). Presentation, aetiology and treatment of adult intussusception in a tertiary Sub-Saharan Hospital: A 10-year retrospective study. *BMC Gastroenterology*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-86>
- Richard, S. K., Sani, S. A., Onuillah, G., Kabang, H. A. & Terna, K.-D. (2024). Abuja teaching hospital, Gwagwalada. *Niger Med J*, 66(3), 1254–1261. <https://doi.org/10.71480/nmj.v66i3.812>
- Son, D. N., Jung, H. G. & Ha, D. Y. (2013). Laparoscopic surgery for an intussusception caused by a lipoma in the ascending colon. *Annals of Coloproctology*, 29(2), 80–82. <https://doi.org/10.3393/ac.2013.29.2.80>
- Stancu, B., Chira, A., Chira, R. I., Grigorescu, I., Gherman, C. D. & Dumitrascu, D. L. (2016). Ileo-colic intussusception by ileo-cecal valve lipoma - an infrequent ultrasonographic occurrence. A case report. *Medical Ultrasonography*, 18(3), 394–396. <https://doi.org/10.11152/mu.2013.2066.183.ile>
- Su, T., He, L., Zhou, T., Wu, M., Guo, Y., Wang, Q., Jiang, J. & Cao, X. (2020). Most adult intussusceptions are caused by tumors: A single-centre analysis. *Cancer Management and Research*, 12, 10011–10015. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S26892>
- Tempel, D. G., Balk, D. S., Schafer, J. M. & Hoffmann, B. (2023). A brief review of diagnostic properties of point-of-care ultrasound for adult bowel intussusception: Making the case for ultrasound. In *Journal of Ultrasonography* (Vol. 23, Issue 93, pp. E90–E96). Walter de Gruyter GmbH. <https://doi.org/10.15557/jou.2023.0016>
- Weissberg, D. L., Scheible, W. & Leopold, G. R. (n.d.). *Ultrasonographic Appearance of Adult Intussusception*. <https://doi.org/10.1148/124.3.791>