

saliva y heces de los individuos enfermos. Los últimos estudios describen que existe una susceptibilidad inmunológica ya que los enfermos presentan algunas alteraciones en la respuesta inmune<sup>1</sup>. En cuanto a la clínica, la afectación gastrointestinal es la más frecuente aunque, en ocasiones, la afectación articular puede preceder en años a la clínica digestiva. La afectación del sistema nervioso central se presenta hasta en 1/3 de los pacientes aunque se encuentren asintomáticos, por lo que hay que hacer una punción lumbar en todos los individuos enfermos antes de iniciar el tratamiento<sup>2</sup>. Si existiera infección del LCR hay que confirmar su desaparición del SNC después del mismo. Está descrito que la afectación del intestino delgado en la enfermedad de Whipple es parcheada por lo que hay que tomar en la gastroscopia al menos 5 biopsias lo más distales posibles además de tomar biopsias de las lesiones inespecíficas que se visualicen durante la misma (linfangiectasias, placas amarillentas o aplanamiento de los pliegues). Para hacer el diagnóstico de enfermedad de Whipple se requiere que sean positivas (macrófagos PAS positivos en la lámina propia, técnica de PCR e inmunohistoquímica). Si solo tenemos una de ellas positiva nos encontramos ante un diagnóstico probable. En la actualidad, es discutido que se pueda utilizar la PCR de saliva y heces como test de screening inicial ante la sospecha de enfermedad de Whipple aunque algunos estudios aportan valores predictivos negativos y positivos muy altos (99,2% y 95,2% respectivamente) para la enfermedad de Whipple clásica<sup>3</sup>. El tratamiento durante los primeros 15 días es intravenoso con una cefalosporina de 3.ª generación (ceftriaxona 2 gramos i.v./12 h) y posteriormente con cotrimoxazol 800/160 mg durante un año<sup>4</sup>. El seguimiento debe realizarse a los 6 y 12 meses mediante PCR del órgano afecto, ya que los macrófagos pueden permanecer con las inclusiones PAS positivas durante años.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.12.007

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Schneider T, Moos V, Loddenkemper C, Marth T, Fenollar F, Raoult D. Whipple's disease: new aspects of pathogenesis and Treatment. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:179-90.
2. Marth T, Schneider T. Whipple disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2008;24:141-8.
3. Fenollar F, Laouira S, Lepidi H, Rolain J-M, Raoult D. Value of *ropheryma whipplei* Quantitative Polymerase Chain Reaction Assay for the Diagnosis of Whipple Disease: Usefulness of Saliva and Stool Specimens for First Line Screening. *Clin Infect Dis.* 2008;47:659-67.
4. Marth T, Raoult D. Whipple's disease. *Lancet.* 2003;361:239-246.

Joaquín Poza Cordon<sup>a,\*</sup>, Silvia Gómez Senent<sup>a</sup>, José Daniel Escobedo Franco<sup>a</sup>, Luisa Adán Merino<sup>a</sup>, Eduardo Martín Arranz<sup>a</sup>, Marta Jaquotot Herranz<sup>a</sup>, Laura Casanova Martínez<sup>a</sup>, Miguel Prieto Villegas<sup>a</sup>, Silvia García Bujalance<sup>a</sup>, José Ramón Paño Pardo<sup>b</sup> y José María Segura Cabral<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pozacordon@hotmail.com (J. Poza Cordon).

## Invaginación ileocólica en el adulto: una forma de presentación de un linfoma intestinal

### Ileocolic invagination in adults: A form of presentation of intestinal lymphoma

Sr. Director:

La intususcepción en el adulto es una enfermedad poco frecuente, representa alrededor del 5-10% de las invaginaciones<sup>2,5</sup> y supone sobre un 5% de las causas de obstrucción intestinal<sup>2,5</sup>. Al contrario de lo que ocurre en la infancia, donde esta enfermedad resulta mucho más frecuente y normalmente de origen idiopático, en los adultos, en la gran mayoría de los casos, existe una causa orgánica que funciona como cabeza de la invaginación y, dentro de éstas, cerca de la mitad son tumores de origen maligno<sup>1,7</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 20 años que acude a urgencias por dolor abdominal en FID de una semana de

evolución, acompañado de vómitos y con ausencia de deposiciones los 2 días previos. A la exploración, el paciente presenta dolor a la palpación en FID, sin datos de irritación peritoneal. Las pruebas complementarias de laboratorio y la radiografía simple no presentan alteraciones significativas. La ECO abdominal muestra datos indicativos de invaginación. Se realiza entonces tomografía computarizada abdominal, en la que se confirma una gran invaginación ileocólica que llega hasta el ángulo hepático, con la característica imagen «en diana», con líquido libre. Se decide, por tanto, intervención quirúrgica, en la que nos encontramos con una invaginación ileocólica (fig. 1) producida por un tumor en íleon terminal que se visualiza tras maniobra de desinvaginación (fig. 2). Se observan además adenopatías en el territorio ileocólico. Se procede a hemicolectomía derecha. El resultado anatomopatológico es de linfoma no hodgkiniano de célula grande B de alto grado de íleon terminal. Posteriormente, se traslada al paciente al servicio de hematología para recibir tratamiento quimioterapéutico.

A pesar de ser la invaginación intestinal una enfermedad muy poco frecuente en el adulto, el hecho de que hasta la mitad de los casos sean de etiología maligna nos debe hacer tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un cuadro



Figura 1 Invasión ileocólica.



Figura 2 Tumoración del íleon terminal (linfoma intestinal primario), causante de la invaginación.

abdominal inespecífico, aquí es donde radica su importancia. Como ya se ha mencionado, en más del 90% de los casos en los adultos existe una lesión orgánica que funciona como guía<sup>4,8,9</sup>, que posiblemente altera el peristaltismo normal e inicia así la invaginación<sup>6</sup>. Suele producir una clínica inespecífica, normalmente con datos compatibles con un cuadro obstructivo agudo, aunque también se puede presentar como cuadros crónicos o intermitentes, por reducciones espontáneas<sup>1</sup>. Serán las pruebas de imagen las que nos darán la aproximación diagnóstica, son de elección la ECO y la TC abdominal<sup>2,3,9</sup>, en las que veremos las imágenes características «en diana» y «seudorriñón». En el adulto se requiere normalmente cirugía y resección para su tratamiento<sup>2</sup>, aunque ésta dependerá del tipo de lesión que visualicemos y de la existencia o no de datos de sufrimiento de asas<sup>6,8</sup>; además existe aquí un punto de controversia, el hecho de realizar o no desinvaginación previa a la resección. Gran parte de los autores recomiendan no desinvaginar como norma general, ya que cumplen criterios oncológicos<sup>7</sup>, aunque siempre se debe valorar lo más apropiado, según los hallazgos. Así, en nuestro caso se decide realizar desinvaginación previa a la resección, puesto que a pesar de ser un paciente adulto, se encuentra por debajo de los 50–60 años, edades a partir de las cuales resultaría más probable que la causa fuera una lesión maligna<sup>3</sup>, también porque se trata de una invaginación de gran tamaño y se consigue así localizar el punto de origen.

Este caso también resulta peculiar por ser la invaginación intestinal la forma de presentación de un linfoma<sup>2</sup> que además es de origen intestinal primario y no metastásico,

como ocurre con mayor frecuencia. Los linfomas intestinales representan la segunda o la tercera neoplasia maligna en frecuencia del ID, según las series, después del adenocarcinoma. El análisis histológico nos da el diagnóstico definitivo. Además de éste, existe una serie de criterios para considerarlo como un tumor primario, criterios que también se cumplen en nuestro caso, como la ausencia de ganglios palpables, la ausencia de linfadenopatía mediastínica, la afectación exclusiva intestinal y de ganglios regionales en la laparotomía, el hígado y el bazo no afectados y la extensión de sangre periférica normal. El tratamiento consiste en exéresis quirúrgica y tratamiento oncológico adyuvante según las características del tumor.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Martín JG, Aguayo JL, Aguilar J, Torralba JA, Liron R, Miguel J, et al. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de siete casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp*. 2001;70:93–7.
- Corti M, Villafañe MF, Palmieri O, Aisencher D, Sawicki M, Shtirbu R, et al. Invaginación ileocecal como forma de presentación de linfoma no Hodgkin en un paciente con SIDA. *Acta Gast lat*. 2008;38:51–5.
- Landaluce A, Estraviz B, Barredo I, Sarabia S. Invaginación intestinal en el adulto: diagnóstico y actitud. *Rev Esp Cir Casos Clínicos*. 2008;3:18–20.
- Croome KP, Colquhoun PHD. Intussusception in adults. *Can J Surg*. 2007;50:13–4.
- Casamayor MC, Yáñez C, Hernando E, Ligorred LA, García A, López JI, et al. Adult intussusception: CT diagnosis. *Rev Esp Enferm Gig*. 2007;99:12.
- Mancebo L, Moral I, Castaño Á, Sanz MJ, Alegre N, Delgado M. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias*. 2005;17:87–90.
- Alarcón-Jarsún GA, Martínez-Ordaz JL, De la Fuente-Lira M. Invaginación intestinal en adultos. *Cir Ciruj*. 2005;73:43–5.
- Martínez WM, Miló MÁ, Forteza O, Pérez AG, Martínez M, Rúa R. Invaginación del sigmoide. Presentación de un caso. Breve revisión de la literatura. *Rev Esp Patol*. 2008;41:215–8.
- González C, González D, Tablante C, Madrid G, Blanco C, Madrid E. Intususcepción intestinal en el adulto. *Academia Biomédica Digital*. 2006;27.

Eva Iglesias Porto\*, M. Isabel Pérez Moreiras, Ana Elisa Álvarez Gutiérrez, Paula Montoto Santomé, Carlos Gegúndez Gómez y Félix Arija Val

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Xeral-Calde de Lugo, Lugo, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evaiglesiasporto@yahoo.es (E. Iglesias Porto).