

Invaginación intestinal: una rara forma de debut de la enfermedad celíaca

Julia Jiménez-Lozano¹, Gema Flox-Benítez¹, Giancarlo Candela-Ganoza¹, Blanca Alonso-Martínez¹, María José González-Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

Recibido: 15/04/2021

Aceptado: 03/07/2021

En línea: 31/08/2021

Citar como: Jiménez-Lozano J, Flox-Benítez G, Candela-Ganoza G, Alonso-Martínez B, González-Fernández MJ. Invaginación intestinal: una rara forma de debut de la enfermedad celíaca. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2021 (ago); 6(2): 30-32. doi: 10.32818/reccmi.a6n2a11.

Cite this as: Jiménez-Lozano J, Flox-Benítez G, Candela-Ganoza G, Alonso-Martínez B, González-Fernández MJ. Intussusception: a rare debut form of celiac disease. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Aug); 6(2): 30-32. doi: 10.32818/reccmi.a6n2a11.

Autor para correspondencia: Julia Jiménez-Lozano. julijimloz@gmail.com

Palabras clave

- Enfermedad celíaca
- Invaginación intestinal
- Malabsorción
- Gluten

Keywords

- Celiac disease
- Intussusception
- Malabsorption
- Gluten

Resumen

La enfermedad celíaca es una enfermedad inflamatoria de origen autoinmune que cursa clásicamente con esteatorrea, hipoalbuminemia y descenso ponderal. Presentamos un paciente que debuta de una manera poco frecuente, con una invaginación intestinal como hallazgo en pruebas de imagen tras acudir al servicio de urgencias con dolor abdominal posprandial, anorexia y pérdida de peso.

Abstract

Celiac disease is an inflammatory illness of autoimmune origin that classically presents with steatorrhea, hypoalbuminemia and weight loss. We present a patient with an intussusception as a rare form of debut finding on imaging tests after attending the emergency department with posprandial abdominal pain, anorexia and weight loss.

Puntos destacados

- La enfermedad celíaca es una patología inflamatoria de origen autoinmune.
- La invaginación intestinal puede tener como etiología una patología malabsortiva de base.
- En la mayoría de los casos la retirada del gluten de la dieta conlleva una clara mejoría de la sintomatología.

Introducción

La enfermedad celíaca es una patología con una prevalencia en la población general cercana al 1%^{1,2} que cursa de aproximadamente una quinta parte de los casos de manera asintomática³, hasta dar la cara en la edad adulta en forma de anemia o síntomas digestivos inespecíficos. Por otra parte, la invaginación intestinal es una entidad poco común en adultos, siendo en un alto porcentaje causada por un proceso maligno de base.

La invaginación intestinal es una forma rara y grave de debut de la enfermedad celíaca.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Varón de 42 años de edad que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por dolor abdominal y pérdida de peso. Se trata de un paciente con normopeso que sigue una vida activa, sin hábitos tóxicos ni tratamientos farmacológicos y, como antecedentes familiares, una madre diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2.

El paciente presenta un cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal localizado en la región periumbilical, no irradiado, de gran intensidad, desencadenado con la ingesta, que se alivia parcialmente con la deposición y que asocia estreñimiento, náuseas con vómitos alimentarios, anorexia y pérdida de un 25% de su peso basal. Refiere una disminución importante de la ingesta diaria en las últimas dos semanas sin polidipsia o poliuria, ni otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.

Exploración física

A la exploración física se encuentra afebril, con tensión arterial de 110/70mmHg, frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto, peso de 66 kg y, al centrarnos en el abdomen, lo encontramos hundido, duro y doloroso tanto a la palpación

superficial como profunda en flanco izquierdo, donde se objetiva al tacto una zona indurada, móvil, no fija a planos profundos. El resto de la exploración física, incluyendo auscultación cardiopulmonar, fue estrictamente normal.

Pruebas complementarias

En la analítica presenta datos de desnutrición leve, con unos valores de albúmina sérica de 3,1 g/dL y unos de prealbúmina de 13 mg/dL y de anemia de características normocíticas con una hemoglobina de 11,8 g/dL y un VCM de 83,7 fl. El resto de parámetros analíticos, entre los que se encontraban iones, perfil hepático, lipídico, ferrocínico, hemograma y coagulación estaban dentro de los valores normales.

Se realizaron, con 72 horas de diferencia entre ellas, dos pruebas de tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (la segunda correspondiente a la **Figura 1**) donde se encontraron dos imágenes sugerentes de invaginaciones de intestino delgado que habían cambiado de localización entre pruebas y múltiples adenopatías en raíz del mesenterio que, por tamaño y distribución, no eran sospechosas de malignidad. Tanto la radiografía de tórax como el electrocardiograma eran normales.



Figura 1. TAC corte axial. Se observa imagen de invaginación intestinal a nivel del íleo.

Tras plantear el diagnóstico diferencial de la invaginación intestinal y sospechando como primera posibilidad una patología malabsortiva de base dado el carácter dinámico de las invaginaciones que sugería que la disfunción se encontraba de manera difusa a lo largo del intestino delgado, se amplió el estudio con gastroscopia con biopsia duodenal, una resonancia magnética (RM) y determinación de anticuerpos de enfermedad celíaca. En la gastroscopia se apreció macroscópicamente, a nivel de segunda porción duodenal, una disminución en el número y la altura de los pliegues de la mucosa.

La anatomía patológica (**Figura 2**) de la muestra tomada refleja una atrofia vellositaria moderada, criptas hiperplásicas y linfocitosis intraepitelial (superior al 30%), compatible con enfermedad celíaca grado Marsh 3B.

En la RM (**Figura 3**) se aprecia un engrosamiento de pared en las asas de yeyuno y dos imágenes sugerentes de invaginación intestinal. Los anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso fueron positivos a título alto.

Evolución

Tras el cumplimiento de los criterios diagnósticos de enfermedad celíaca y al no tener indicación quirúrgica urgente se dio de alta a domicilio al paciente instaurando, como único tratamiento, una dieta libre de gluten. Esto supuso

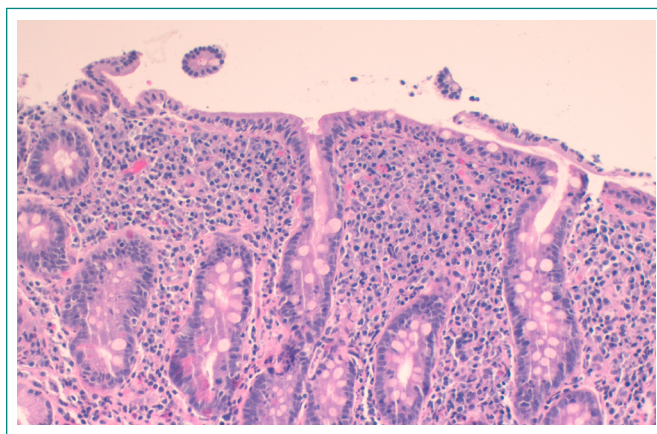


Figura 2. Atrofia de las vellosidades con criptas hiperplásicas y linfocitosis intraepitelial⁴.



Figura 3. RM corte coronal. Se aprecia imagen de invaginación en yeyuno proximal.

una evidente mejoría de su estado general, y se le citó en consulta tres semanas después: manifestó un aumento de apetito, una recuperación de su tránsito intestinal normal y una ganancia ponderal de 7 kg respecto a la primera determinación.

Se derivó al servicio de Cirugía General para intervención quirúrgica, pero, dado que permanecía estable y que estaba evolucionando favorablemente, se decidió en comité realizar inicialmente un estudio del intestino con capsuloendoscopia (**Figura 4**), encontrando en el trayecto de la cápsula atrofia vellositaria en segmentos proximales de intestino delgado, sin observarse masa luminal, dilatación significativa ni retención de la cápsula, pasando esta adecuadamente al colon.

Aun así, se realizó una nueva prueba de imagen de TAC, donde se observó una clara disminución de las adenopatías mesentéricas y una desaparición de las imágenes correspondientes a las invaginaciones intestinales, reforzando así la hipótesis de su origen reactivo a la inflamación causada por la celiaquía. Tras esto finalmente se optó por una actitud conservadora con seguimiento de su enfermedad celíaca en consultas de Medicina Interna.

Diagnóstico

Invaginación intestinal secundaria a enfermedad celíaca de base.



Figura 4. Capsuloendoscopia. Atrofia vellositaria en segmentos proximales.

Discusión y conclusiones

La enfermedad celíaca es una patología con una prevalencia en la población general cercana al 1%, mayor en países europeos¹². Es de 2 a 3 veces más común en mujeres que en hombres y su mortalidad es dos veces mayor que en la población general siendo las causas más frecuentes las cardiovasculares y las neoplasias malignas, principalmente entre estas últimas el Linfoma no Hodgkin².

El diagnóstico en pacientes en los que no se ha realizado la retirada del gluten de la dieta incluye el estudio serológico de anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio, gastroscópico con toma de biopsia duodenal y el estudio anatomopatológico. Este último sigue siendo el gold standard por su utilidad en el seguimiento de casos con serología negativa, casos refractarios y en la detección de complicaciones derivadas de esta enfermedad.

En 1992, el Dr. Michael N. Marsh publica una extensa revisión acerca de la enfermedad celíaca y establece una clasificación en la que se describen 5 tipos de lesiones diferentes. En 1999, Oberhuber y cols. proponen un nuevo esquema basados en la clasificación de Marsh, vigente en la actualidad, y que se describe en la **Tabla 1**, manteniendo los tipos 0, II y IV, y desglosando la lesión tipo III en tres subtipos (III a, III b y III c)⁵.

La invaginación intestinal es un cuadro derivado de la introducción de un segmento de intestino en el segmento distal adyacente, siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños menores de 5 años.

Sin embargo, en el adulto la invaginación intestinal es una patología infrecuente, ya que representa solo el 5% del total de casos de invaginación intestinal y únicamente un 1-5% de las causas de obstrucción intestinal del adulto⁶. En la gran mayoría de los casos existe una lesión orgánica que funciona como guía, alterando el peristaltismo normal e iniciando así la invaginación. En más de la mitad de los casos estas lesiones son tumores de origen maligno⁷.

Entre las posibles etiologías de las invaginaciones sin un punto de origen destacan procesos inflamatorios como: pancreatitis aguda, colecistitis y apendicitis, adherencias, enfermedad de Crohn, esclerosis sistémica, fibrosis quística y, como en el caso de nuestro paciente, la enfermedad celíaca⁶.

Marsh 0		<ul style="list-style-type: none"> Mucosa normal y arquitectura vellositaria conservada.
Marsh I. Infiltrativa		<ul style="list-style-type: none"> Mucosa normal y arquitectura vellositaria conservada. Aumento de linfocitos intraepiteliales.
Marsh II. Hiperplástica		<ul style="list-style-type: none"> Atrofia parcial de vellosidades. Vellosidades acortadas y romas. Leve infiltración linfocítica. Criptas alargadas hiperplásticas.
Marsh III. Destructiva	III a	<ul style="list-style-type: none"> Atrofia parcial de vellosidades. Vellosidades acortadas y romas. Leve infiltración linfocítica. Criptas alargadas hiperplásticas.
	III b	<ul style="list-style-type: none"> Atrofia subtotal de vellosidades. Atrofia de vellosidades, pero aún reconocibles. Criptas alargadas con células epiteliales inmaduras. Células inflamatorias.
	III c	<ul style="list-style-type: none"> Atrofia vellositaria total. Pérdida completa de vellosidades. Criptas severamente hiperplásticas y con infiltrado inflamatorio.
Marsh IV. Hipoplástica		<ul style="list-style-type: none"> Atrofia total de vellosidades. Criptas de profundidad normal, pero hipoplástica. Linfocitos intraepiteliales en número normal.

Tabla 1. Clasificación de Marsh-Oberhuber.

Bibliografía

- Lebwohl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. Lancet. 2018; 391(10115): 70-81. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31796-8.
- Moscoso FJ, Quera RP. Enfermedad celíaca: Revisión. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015; 26(5): 613-627. doi: 10.1016/j.rmcl.2015.09.007.
- Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, Fasano A. Celiac disease: a comprehensive current review. BMC Med. 2019; 17(1): 142. doi: 10.1186/s12916-019-1380-z.
- Pudasaini S. Celiac disease and its histopathology. J Pathol Nep. 2017; 7(1): 1118-1123. doi: 10.3126/jpn.v7i1.16948.
- Pisano OR, Weitz VJ. Clasificación de Marsh. Gastroenterol Latinoam 2011; 22(3): 268-270. Accesible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2011n300009.pdf> (último acceso junio 2021).
- Quera R, Heine T C, O'briens A, Contreras L. Invaginación intestinal en adultos como manifestación de enfermedad celíaca: Caso clínico. Rev Med Chile. 2010; 138(10): 1276-1280. Accesible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001100011> (último acceso junio 2021).
- Iglesias Porto E, Pérez Moreiras MI, Álvarez Gutiérrez AE, Montoto Santomé P, Gegúndez Gómez C, Arijá Val F. Invaginación ileocólica en el adulto: una forma de presentación de un linfoma intestinal. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33(5): 413-4. doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.12.013.