

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Especialidad en Cirugía General

CASO CLINICO 1: VIA BILIAR ACCESORIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DE EMERGENCIA

CASO CLINICO 2: INTUSUSCEPCION DE CIEGO SOBRE COLON ASCENDENTE EN CANCER DE CIEGO


Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Especialista en
Cirugía General

Autor:

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez

Director:

Jeovanni Homero Reinoso Naranjo

ORCID:  0000-0002-6235-941X

Cuenca, Ecuador

2023-06-19

Resumen caso 1

Introducción: Las anomalías y variaciones anatómicas de los conductos biliares constituyen retos operatorios y un riesgo de complicaciones intra y postoperatorias. Este tipo de anomalías anatómicas del tracto biliar no tienen por qué evidenciarse con una sintomatología específica y por lo general su descubrimiento es casual, durante la cirugía de la vesícula biliar o de vías biliares.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 59 años, con antecedentes de colelitiasis, quien refiere 72 horas antes de la consulta, dolor abdominal de tipo opresivo, continuo en hipocondrio derecho, mismo que se intensifica con la ingesta de comida grasa, acompañado de náusea que lleva a vómito por 2 ocasiones de tipo bilioso. Tras valoración y exámenes complementarios se diagnostica de cólico biliar persistente, por lo que se decide resolución quirúrgica (colecistectomía laparoscópica) Los hallazgos fueron: vesícula de paredes finas con dos litos en su interior de 0.7cm, aproximadamente, conducto cístico de 0,5 mm, junto a conducto cístico se evidencia conducto hepático aberrante de 0,6cm de diámetro, que nace a nivel de colédoco a un 1 cm de la bifurcación, ingresando junto con cístico nuevamente a colédoco, confirmado por colangiografía intraoperatoria.

Conclusión: Al realizar la colecistectomía laparoscópica se deben tener en cuenta aspectos importantes como la posible presencia de variantes anatómicas que puedan conducir a una lesión iatrogénica. El hallazgo de variantes anatómicas de la vía biliar, se evidencia en poca proporción en la población actual y por eso revierte importancia. Los procedimientos quirúrgicos e imagenológicos fueron los adecuados y con esto se evitó complicaciones para la paciente y recibió su alta en menos de 72 horas después del ingreso.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica, colelitiasis, conducto hepático aberrante.

Abstract case 1

Introduction: Anatomical anomalies and variations of the bile ducts constitute surgical challenges and a risk of intra- and postoperative complications. These types of anatomical abnormalities of the biliary tract do not have to be evidenced by specific symptoms and their discovery is generally accidental, during gallbladder or bile duct surgery.

Clinical case: The case of a patient of 59 years is presented, that it refers suffering since 72 hours abdominal pain accompanied of nausea. The patient to surgery for laparoscopic cholecystectomy decides to move to the not much hours of the income, with presumptive diagnosis of cholelithiasis. Findings were: The gall bladder of fine walls with two litos in its inside of 0.7cm, in cystic duct of 0.5 mm, next to cystic duct becomes evident hepatic aberrant leaving of common bile duct to 1 cm of the bifurcation, enter along with cystic again to common bile duct, confirmed for intraoperative cholangiography.

Conclusion: When accomplishing the laparoscopic cholecystectomy they should have in account important aspects like the possible presence of anatomic variants that can drive an iatrogenic injury. The finding if it becomes evident in not much proportion in the present-day population and for that reason revert importance. The surgical and laparoscopic- imaging courses of action were the adequate and with this complications were avoided for the patient and he received its certificate of discharge in less than 72 hours after the income.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, cholelithiasis, aberrant hepatic duct.

Resumen caso 2

Introducción: Las intususcepciones en adultos, son raras y representan <5% de los casos de todas las invaginaciones y 1-5% de todas las obstrucciones intestinales. La intususcepción colónica en adultos ocurre principalmente en el colon sigmoide, el colon transverso y el ciego.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente que tras sufrir trauma superficial de abdomen, presenta dolor tipo opresivo a nivel de epigastrio, sin otro síntoma acompañante; dicho dolor se exagera dos semanas antes de la consulta, acompañado de náusea y vómito de características alimenticias. Se decide el ingreso de la paciente con diagnóstico de abdomen oclusivo parcial, se realiza una ecografía observándose imagen sugestiva de invaginación intestinal, por lo que para corroborar información se solicita tomografía simple y contrastada de abdomen corroborando resultados. Se le practica laparotomía exploratoria, encontrando una masa en ciego de 6 x 6 cm, aplanada con intususcepción de intestino delgado y apéndice, múltiples ganglios a nivel de mesenterio. Además, se realizó una hemicolectomía derecha, anastomosis ileotransversa termino lateral, y colocación de drenaje de Jackson Pratt.

Conclusión: La laparotomía exploratoria es la técnica de primer orden para la detección de las anomalías intestinales. En este caso la intususcepción de intestino delgado y apéndice a partir de un cáncer de ciego. El tratamiento óptimo para la invaginación intestinal en adultos sigue siendo el quirúrgico, el definitivo depende de la etiología y la localización subyacentes. Debido a que la invaginación intestinal en estos pacientes está altamente correlacionada con tumores malignos.

Palabras clave: Intususcepción, cáncer de ciego, laparotomía exploratoria

Abstract case 2

Introduction: Intussusceptions in adults are rare and represent <5% of cases of all intussusceptions and 1-5% of all intestinal obstructions. Colonic intussusception in adults occurs mainly in the sigmoid colon, transverse colon, and cecum.

Clinical case: We present the case of a patient who, after suffering superficial trauma to the abdomen, presented oppressive pain at the epigastrium level, without other accompanying symptoms; Said pain is exacerbated two weeks before the consultation, accompanied by nausea and vomiting of nutritional characteristics. It is decided to admit the patient with a diagnosis of partial occlusive abdomen, an ultrasound is performed, observing an image suggestive of intussusception, so to corroborate information, simple and contrasted tomography of the abdomen is requested, corroborating results. An exploratory laparotomy was performed, finding a 6 x 6 cm mass in the cecum, flattened with intussusception of the small intestine and appendix, multiple nodes at the level of the mesentery. In addition, a right hemicolectomy, end-to-lateral ileotransverse anastomosis, and Jackson Pratt drain placement were performed.

Conclusion: The exploratory laparotomy is the first-rate technique for the detection of the intestinal anomalies. In this case the intussusception of small intestine and appendix from a cancer of blind man. The optimal treatment for the intestinal invagination in adults continues to be the surgical one, the final one depends on etiology and the location subjacent. Because the intestinal invagination in these patients is highly in phase with malignant tumors.

Keywords: intussusceptions, cecum cancer, exploratory laparotomy.

Índice de contenido

Caso clínico 1: Vía biliar accesoria en colecistectomía laparoscópica de emergencia.....	8
Introducción	8
Presentación del caso.....	8
Discusión	11
Conclusión	13
Aspectos bioéticos	14
Información de los autores	14
Contribución del autor	14
Conflicto de intereses.....	14
Fuentes de financiamiento	14
Caso clínico 2: Intususcepción de ciego sobre colon ascendente en cáncer de ciego	15
Introducción	15
Presentación del caso.....	15
Discusión	18
Conclusión	19
Aspectos bioéticos	20
Información de los autores	20
Contribución del autor.....	20
Conflicto de intereses.....	20
Fuentes de financiamiento	20
Referencias caso 1	21
Referencias caso 2	23
Anexo A	25
Anexo B	29

Índice de figuras

Figura 1: Colectomía laparoscópica, visualización de alteraciones morfológicas de la vía biliar	10
Figura 2: Colangiografía intraoperatoria con visualización de la vía biliar indemne al paso de medio de contraste.....	10
Figura 3: TAC simple y contrastada de abdomen donde se a nivel de flanco derecho	17
Figura 4: Imagen de la intususcepción intraoperatoria	17

CASO CLINICO 1: VIA BILIAR ACCESORIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DE EMERGENCIA

Introducción

La colecistectomía laparoscópica (COLELAP) es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la actualidad. La morbimortalidad postoperatoria y la estadía hospitalaria se reducen considerablemente con relación a la colecistectomía abierta como el procedimiento quirúrgico estándar para enfermedades vesiculares. A pesar de eso, está relacionada con una mayor probabilidad de lesión iatrogénica de la vía biliar (1), a causa de que el proceder laparoscópico presenta limitaciones en la visibilidad en tres dimensiones y en la cuestión táctil (2,3).

Las anomalías y variaciones anatómicas de los conductos biliares constituyen retos operatorios y un riesgo de complicaciones intra y postoperatorias(4). Este tipo de anomalías anatómicas del tracto biliar no tienen por qué evidenciarse con una sintomatología específica y por lo general su descubrimiento es casual, durante cirugía de la vesícula principalmente o las vías biliares(5).

A pesar de que detectar la existencia de un conducto hepático aberrante que desemboca en el conducto cístico no es algo que se pueda considerar una rareza, no deja de ser un hallazgo importante y que se debe tener en cuenta en el proceso de colecistectomía laparoscópica.

Presentación del caso

Paciente femenina de 59 años con antecedentes de colelitiasis, que refiere padecer desde 72 horas dolor abdominal de tipo opresivo , continuo que se refiere a hipocondrio derecho que se intensifica con la ingesta de comida grasa, acompañado de náusea que lleva a vomito por 2 ocasiones de tipo bilioso.

Se le realiza examen físico donde se refiere, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipocondrio derecho, Murphy presente ante la realización de maniobra de Pron.

Sus signos vitales eran: TA: 130/70mmhg, FC: 88 por minuto, FR: 20 por minuto, Temperatura axilar: 36,2°C, T. llenado capilar: 2seg, Sat O₂: 91%, Peso: 60kg, Talla: 160cm, Glasgow 15/15 - normal.

En los exámenes complementarios se registró: leucocitos 6.8, neutrófilos 37.2, hemoglobina 13.2 g/dl, hematocrito 38,1 %, urea 22.3 mg/dl, creatinina 0.69 mg/dl, electrolitos normales, bilirrubina total 0.6 mg/dl, bilirrubina directa 0.2 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.4 mg/dl. TGO 17.8 U/l, TGP 26.3 U/l, GGT 31 U/l, Fosfatasa Alcalina 103 U/l, Lipasa 28.4 U/l.

Con los hallazgos anteriormente citados, se decide cirugía de emergencia, realizando una colecistectomía laparoscópica.

Los hallazgos fueron: vesícula de paredes finas con dos litos en su interior de 0.7cm, aproximadamente, conducto cístico de 0,5 mm, junto a conducto cístico se evidencia conducto hepático aberrante de 0,6cm de diámetro, que nace a nivel de colédoco a un 1 cm de la bifurcación, ingresando junto con cístico nuevamente a colédoco, confirmado por colangiografía intraoperatoria, colédoco indemne, arteria cística anterior sin complicaciones. No hubo sangrado.

En el post operatorio se inicia dieta a las 24 horas con buena tolerancia, analgesia, protector gástrico y antibióticos con adecuada evolución post operatoria.

Se realiza seguimiento a la paciente observando adecuada evolución postquirúrgica, encontrándose estable, asintomática con tolerancia vía oral, y ambulación por lo que se decide alta médica, luego de 3 días de estancia hospitalaria.

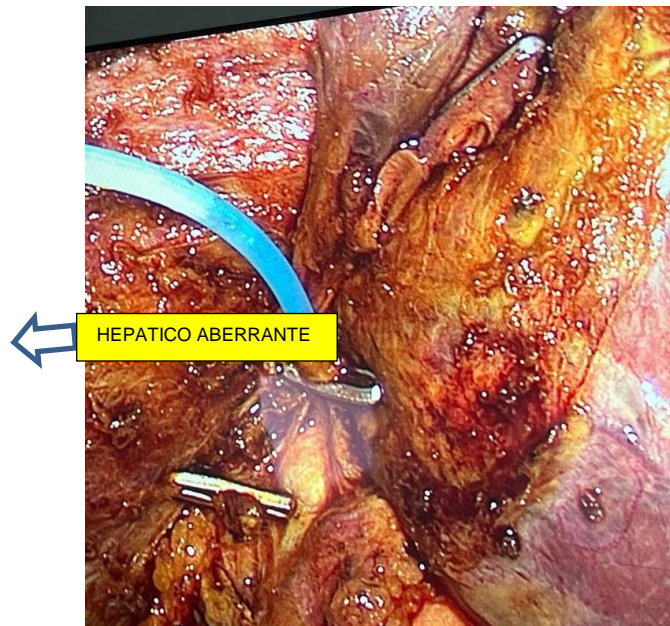


Figura 1: Colectomía laparoscópica, visualización de alteraciones morfológicas de la vía biliar

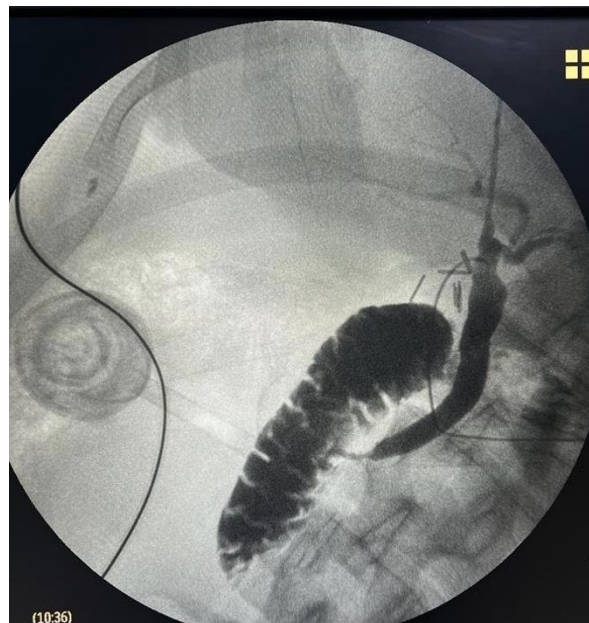


Figura 2: Colangiografía intraoperatoria con visualización de la vía biliar indemne al paso de medio de contraste

Discusión

En el estudio la paciente tenía diagnóstico presuntivo de colecistolitiasis, que se confirmó durante el proceso quirúrgico. En muchas ocasiones la colelitiasis es asintomática (6). Entre el 10 y el 20% de los pacientes diagnosticados mostrarán síntomas vinculados a la patología (7), siendo el más común el cólico hepático (correspondiendo al 70-80% de los casos)(8). Este síntoma se manifiesta como un dolor agudo, generalmente postprandial y asociado con el consumo de grasas, ubicado hacia el hipocondrio derecho y/o epigastrio y que en ocasiones se refiere hacia la espalda, e incluso la región escapular. El paciente se siente adolorido por un espacio de una a seis horas aproximadamente. La colelitiasis sintomática puede asociarse igualmente a la dispepsia biliar (flatulencia, distensión abdominal, intolerancia a la grasa), también náuseas, vómitos o variaciones en el hábito intestinal (7).

En esta paciente se presentaron episodios de dolor asociado a náuseas con vómitos. La incidencia de colelitiasis en la población adulta es muy variable, según la población que se estudie, fluctúa entre el 6% y el 10%, de los cuáles entre el 3% y el 16% manifiestan cálculos en sus vías biliares (9).

Para muchos autores con el surgimiento de la colangio pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y la esfinterotomía endoscópica (EE), el manejo endoscópico prequirúrgico de esta afección, y colocan en un segundo plano a la colecistectomía laparoscópica, para realizarla 24 horas después (CL) (10). Pero, para esto, se debe contar con una disponibilidad tecnológica y el recurso humano bien capacitado entrenado para la realización de estos procedimientos(5,11,12), que a veces en países del tercer mundo no es posible.

La cirugía se realizó sin dificultades, aunque el hallazgo de una anomalía de las vías hepatobiliares, en este caso de un conducto hepático aberrante que sale de colédoco a 1 cm de la bifurcación, e ingresa junto con cístico nuevamente a colédoco, pudo traer complicaciones y eventos iatrogénicos no deseados. Este tipo de anomalía biliar no se ha encontrado descrito antes en la literatura.

Existe una diferencia muy sutil entre lo que es normal (variante anatómica) y las malformaciones congénitas. Se considera variante anatómica o de la normalidad cuando es asintomática para el sujeto que la posee, y malformación cuando por el contrario provoca sintomatología e incluso puede traer riesgo para su vida(12). En este caso se trata de una variante anatómica. En el

estudio realizado en Ecuador, por Villarreal *et al.*, encontraron el Tipo I o “Normal”, donde el ducto posterior derecho drena en el anterior derecho para formar el conducto hepático derecho, fue el más común (54,6%), seguido del tipo II (37,4%), que se describe como una trifurcación formadas por los ductos anterior y posterior derechos y el hepático izquierdo, confluyendo en el hepático común. El tipo III fue el menos frecuente con 7,8%, en este el drenaje del ducto posterior derecho va hacia el ducto hepático izquierdo (14). Esto reafirma la importancia de la experiencia y experticia del cirujano, así como el empleo de técnicas de imágenes para detectar estas variantes.

Algunos estudios proponen, como medida de prevención, que los cirujanos realicen una colangiografía endoscópica retrógrada (ERCP) antes de la COLELAP, principalmente por vía laparoscópica, aunque no es muy específica. La colangiografía por resonancia magnética (CRM) es para otros el método ideal para evaluar el tracto biliar cuando se presentan este tipo de anomalías anatómicas. Por otro lado, los que apoyan a la colecistectomía laparoscópica plantean que las complicaciones por la sección no visualizada de un conducto accesorio son eventos raros en el proceso(5).

No obstante, se decidió realizar una colangiografía intraoperatoria, con la intención que la colecistectomía sea segura, y así disminuir el riesgo de lesión iatrogénica, ante cualquier la sospecha de variante anatómica. Este proceder, como recalcan Pontillo *et al.*, en su investigación, permite definir minimizar el riesgo de lesión iatrogénica, así como un diagnóstico de posibles lesiones de las vías hepatobiliares y poder repararlas durante el propio acto quirúrgico (13).

Por otro lado, Pacheco *et al.*, en su estudio encontraron que de las reparaciones de lesiones de vías biliares en pacientes poscolecistectomizados, el 67% se realizaron durante una colecistectomía laparoscópica, y el 61% del total fueron necesarias tras una intervención de emergencia, mostrando un riesgo superior a cuando es una intervención electiva (14).

En este estudio el paciente es una mujer, y según Villarreal *et al.*, existe una mayor proporción de variantes anatómicas en mujeres que en hombres con una tasa de (1.04/1), ocasionada seguramente por las diferencias que se producen durante el desarrollo embriológico(15).

Conclusión

El presente caso y luego de la revisión de lo publicado sobre el tema, se muestra que cuando se realiza un acto quirúrgico, en este caso la colecistectomía laparoscópica se deben tener en cuenta aspectos importantes como la posible presencia de variantes anatómicas que puedan conducir a una lesión iatrogénica.

El hallazgo que a pesar de no ser de los más raros, si se evidencia en poca proporción en la población actual y por eso revierte importancia. Los procedimientos quirúrgicos y de imagenología laparoscópica fueron los adecuados y con esto se evitó complicaciones para la paciente y recibió su alta en menos de 72 horas después del ingreso.

Aspectos bioéticos

La presente investigación tiene la aprobación del Comité de Bioética de la unidad de salud, además del consentimiento informado de la paciente.

Información de los autores

Preciado Vásquez Jimmy Vinicio. Médico. Posgradista de Cirugía General. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca – Azuay – Ecuador

e-mail: jimmy_vip@live.cl

Contribución del autor

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del documento.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

CASO CLINICO 2: INTUSUSCEPCION DE CIEGO SOBRE COLON ASCENDENTE EN CANCER DE CIEGO

Introducción

La intususcepción del intestino se define como la extensión telescópica de un segmento proximal del tracto gastrointestinal dentro de la luz del segmento adyacente(1). Es una afección potencialmente mortal que comúnmente se presenta con dolor y calambres abdominales intermitentes y puede provocar isquemia del intestino. La presentación clínica clásica consiste en dolor abdominal y/o vómitos, así como hematoquecia mucoide (1,2).

La intususcepción es una causa común de obstrucción intestinal pediátrica. Las intususcepciones en adultos, sin embargo, son raras y representan <5% de los casos de todas las invaginaciones y 1-5% de todas las obstrucciones intestinales. La intususcepción colónica en adultos ocurre principalmente en el colon sigmoide, el colon transverso y el ciego(1,2).

A diferencia de la población pediátrica en la que la causa es más frecuentemente idiopática, los adultos tienen una lesión patológica subyacente en el 80-90% de los casos, con un punto de invaginación maligno presente en el 70% de los casos de intususcepción colónica en adultos(3). El adenocarcinoma representa hasta el 30% de las invaginaciones intestinales del intestino delgado. La resección oncológica sigue siendo la opción terapéutica óptima para estos casos(3).

Presentación del caso

Paciente femenina de 82 años quien tras sufrir trauma superficial de abdomen, presenta dolor tipo opresivo a nivel de epigastrio, sin otro síntoma acompañante; dicho dolor se exacerba dos semanas antes de la consulta, acompañado de náusea y vómito de características alimenticias. Se realiza examen físico donde se refiere, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda.

Se complementa con ecografía, que reporta imagen en diana, colelitiasis y una lesión de aspecto heterogéneo que impresiona depender de colon ascendente, de probable origen neoformativa. Se realiza TAC simple y contrastada de abdomen donde al igual que en la ecografía realizada, se observa imagen en diana, confirmando el diagnóstico.

En los exámenes complementarios se registró: leucocitos $6.3 \times 10^3/\text{ml}$, neutrófilos 67.2 %, hemoglobina 11.7 g/dL, hematocrito 33.6 %, urea 35.2 mg/dl, creatinina 0.87 mg/dl, electrolitos: leve hiponatremia 130 mmol/L, bilirrubina total 0.3 mg/dl, bilirrubina directa 0.1 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.2mg/dl. TGO 23.7 U/l, TGP 16.4 U/l, marcadores tumorales (AFP, CEA, CA-125, CA 15-3, CA 19.9) negativos

A las 24 horas del ingreso se decide pasar la paciente a quirófano para laparotomía exploratoria por abdomen agudo, donde se encontró una masa en ciego de 6 x 6 cm, aplanada con intususcepción de intestino delgado y apéndice, múltiples ganglios a nivel de mesenterio. Además, se realiza hemicolectomía derecha, más anastomosis ileotransversa termino lateral,y colocación de drenaje de Jackson Pratt.

Luego de 5 horas de la intervención los signos vitales mostraron: tensión arterial: 130/72 mmHg, frecuencia cardíaca: 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, temperatura axilar: 36 °C., Tiempo llenado capilar: 2 segundos, saturación de oxígeno: 90 %, Glasgow 15/15).

El examen físico reveló: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, con presencia de herida quirúrgica cubierta con apósito seco y limpio, y presencia de dren de Jackson Pratt por el cual drena líquido hemático y posteriormente serohemático.

En el post operatorio se inicia dieta a las 24 horas con buena tolerancia, analgesia, protector gástrico y antibióticos con adecuada evolución post operatoria.

Al sexto día de hospitalización la paciente cumple antibioticoterapia, se encuentra estable, asintomática con tolerancia por vía oral, y ambulación, por lo que se decide alta médica.

En hallazgos histopatológicos se encuentra neoplasia maligna a definir por inmunohistoquímica (tumor carcinoide vs malt), sin embargo no se cuenta con inmunohistoquímica.



Figura 3: TAC simple y contrastada de abdomen donde se a nivel de flanco derecho



Figura 4: Imagen de la intususcepción intraoperatoria

Discusión

La paciente del caso estudiado, presentó un cuadro de dolor abdominal tipo opresivo a nivel de epigastrio, sin otro síntoma acompañante; dicho dolor se exacerba dos semanas antes de la consulta, acompañado de náusea y vómito de características alimenticias. Álvarez *et al.*, refieren en su revisión sobre la temática que, la presentación clínica es inespecífica, con una duración variable de los síntomas, clasificándolos según el tiempo en: síntomas agudos: < 4 días; síntomas subagudos: 4-14 días; y síntomas crónicos: >14 días. En su estudio la mayoría de los pacientes con esta enfermedad presentaron síntomas crónicos (64,28%) (4).

El diagnóstico, realizado por ecografía, fue de coledocistitis, además de lesión de aspecto heterogéneo que impresiona depender de colon ascendente, de probable origen neoplásica. La ecografía según refieren varios autores no es el método más eficaz(5). El enema de bario, la colonoscopia es más certeros, aunque todos coinciden en que la tomografía computarizada es el método de diagnóstico preoperatorio más preciso(6–8)La coledocistitis produce síntomas clínicos muy similares a otras enfermedades intestinales, lo que puede enmascarar una afección más compleja, de ahí la importancia de realizar la laparotomía exploratoria a partir del diagnóstico de abdomen agudo(2).

Luego de la laparotomía exploratoria se detectó masa de ciego, con intususcepción de intestino delgado y apéndice y múltiples ganglios a nivel de mesenterio. La intususcepción es una patología en la que un fragmento del intestino se invagina hacia un segmento vecino distal. Esta afección generalmente implica una lesión en la pared intestinal que actúa como un punto de referencia que puede provocar cambios en el tejido normal que conducen a la intususcepción(9). A pesar de que el manejo de esta afección es relativamente simple, depende mucho de la rapidez en el diagnóstico para evitar las complicaciones (10,11).

En los adultos, cerca del 90% de los casos de invaginación intestinal son secundarios a una condición patológica que funciona como un punto de referencia. Se reporta un riesgo del 65% de malignidad asociada en casos de invaginación intestinal en adultos, lo que se traduce en que más del 70% de esos casos requerirían resección quirúrgica(7).

El adenocarcinoma primario es la principal causa de invaginación intestinal. Teniendo en cuenta la alta incidencia de adenocarcinoma primario (65%), debe ser resecado sin reducción de la intususcepción colónica(2).

Cuando el diagnóstico anatomopatológico no está disponible, la intususcepción se localiza en el colon y es muy probable que se trate de lesiones malignas, se recomienda seguir el principio oncológico de resección de colon como medida de precaución para brindar la mejor oportunidad de resección curativa. La mayoría de los cirujanos creen que la laparotomía es necesaria para el tratamiento de la invaginación intestinal en adultos debido a la alta incidencia de invaginación intestinal maligna subyacente (60-78%) y la incapacidad de diferenciar entre benigna y maligna en invaginaciones entéricas(1,7). Cuando hay signos y síntomas de abdomen agudo, la exploración abdominal es el estándar de oro; cuando hay signos de shock séptico y peritonitis, la exploración de emergencia es obligatoria (6).

La resección quirúrgica es el tratamiento recomendado, para abordar este tipo de enfermedades. La reducción quirúrgica o endoscópica de la intususcepción tiene el riesgo de un aumento de la recurrencia(4). Aunque, primeramente se debe mantener al paciente estable hemodinámicamente y evitar el empleo de analgésicos que enmascaren el cuadro clínico y la gravedad que pueda tener(12,13). Luego del alta debe mantenerse un seguimiento del paciente, como se orientó en este caso.

Conclusión

El presente caso y la revisión de la literatura sobre la temática muestra que los métodos de diagnóstico más precisos no siempre están a disposición de la entidad hospitalaria y sigue siendo la laparotomía exploratoria una técnica de primer orden para la detección de las anomalías intestinales. En este caso la intususcepción de intestino delgado y apéndice a partir de un cáncer de ciego.

El tratamiento óptimo para la invaginación intestinal en adultos sigue siendo el quirúrgico, el definitivo depende de la etiología y la localización subyacentes. Debido a que la invaginación intestinal en estos pacientes está altamente correlacionada con tumores malignos, se debe seguir el principio oncológico de resección de colon como medida de precaución, cuando las regiones afectadas son mayores, se deben extremar las medidas para evitar la recurrencia. La adherencia al tratamiento posterior al alta será importante para la recuperación del paciente.

Aspectos bioéticos

La presente investigación tiene la aprobación del Comité de Bioética de la unidad de salud, además del consentimiento informado de la paciente.

Información de los autores

Preciado Vásquez Jimmy Vinicio. Médico. Posgradista de Cirugía General. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca – Azuay – Ecuador

e-mail: jimmy_vip@live.cl

Contribución del autor

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del documento.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Referencias caso 1

1. Martínez LA. Variante anatómica de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica. *Rev Cir Uruguay*. 2022; 6(1 DOI 10.31837/cir.urug/6.1.15).
2. Chinelli J, Rodríguez G. Imagen del mes: Variante anatómica de la vía biliar extrahepática. *Cir Urug*. 2020; 4(1 Doi: 10.31837/4.1.6): p. 28-9.
3. Moreno A, López C, Jimbo R. Conducto biliar aberrante del segmento VI con terminación a nivel del conducto cístico: reporte de caso. *Rev Med Vozandes*. 2015; 26: p. 68-70.
4. Okui N, Futagawa Y, Shiba H, Ishida Y, Yanaga K. Laparoscopic Cholecystectomy with medial segment artery mimicking systic artery. *Int Surg*. 2021; 105(DOI: 10.9738/INTSURG-D-17-00103): p. 342-5.
5. Lyu Y, Cheng Y, Li T, Cheng B, Jin X. Laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy versus endoscopic retrograde cholangiopancreatogra-phy plus laparoscopic cholecystectomy for cholecys-tocholedocholithiasis: A meta-analysis. *Surg Endosc*. 2019; 33(<https://doi.org/10.1007/s00464-018-06613-w>): p. 3275-86.
6. Mou D, Tesfasilassie T, Hirji S, Ashley SW. Advances in the management of acute cholecystitis. *Ann Gastroenterol Surg*. 2019; 3(3 doi:10.1002/ags3.12240): p. 247-53.
7. Arteaga V, Latorre R, Vázquez A. Colelitiasis y sus complicaciones: colecistitis aguda, fístula biliar, síndrome de Mirizzi e íleo biliar. In Martín E, Sabater L, Sánchez F. *Cirugía bilio pancreática*. Madrid: Arán; 2018. p. 101-115.
8. Pisano M, Ceresoli M, Cimbanasi S, Gurusamy K, Coccolini F, Borzellino G. WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World J Surg*. 2019; 14(10 doi: 10.1186/s13017-019-0224-7): p. 1-16.
9. Álvarez LF, Rico JM, Carrero SA, Castro F. Coledocolitiasis y exploración laparoscópica de la vía biliar. Un estudio de cohorte. *Rev Colomb Cir*. 2021; 36: p. 302-11.

10. Gao YC, Chen J, Qin Q, Chen H, Wang W, Zhao J. Efficacy and safety of laparoscopic bile duct exploration vs en-doscopic sphinterotomy for concomitant gallstones and common bile duct stones: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007925>).
11. Ricci C, Pagano N, Taffurelli G, Pacilio PA, Migliori M, Bazzoli F. Comparison of efficacy and safety of 4 combinations of laparoscopic and intraoperative techniques for management of gallstone disease with biliary duct calculi. A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Surgery*. 2018; 153(Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.1167>).
12. Pan L, Chen M, Ji L, Yan P, Fang J. The safety and efficacy of laparoscopic common bile duct exploration combined with cholecystectomy for the management of cholecysto-choledocholithiasis. An up-to-date meta-analysis. *Ann Surg*. 2018; 268(: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002731>).
13. Pontillo MS, Guarneri CS, Cossa JJ. Variante A5 de la vía biliar principal durante una colecistectomía laparoscópica. *Rev Cir*. 2021; 73(6 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061226>): p. 653-4.
14. Pacheco S, Tejos R, Rodríguez J, Briceño E, Guerra JF, Martínez J. Tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar poscolecistectomía. *Rev Chilena Cir*. 2017 Jun; 69(3 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000300005&nrm=iso): p. 202-6.
15. Villarreal C, Ruiz J, Montalvo A, Chico P, Aldeán J. Variantes anatómicas de la vía biliar derecha y de la trayectoria del ducto pancreático en una cohorte de 1159 pacientes. *Rev Federación Ecuatoriana Radiol Imagen*. 2018 Dic; 11(2).

Referencias caso 2

1. Zhao G, Meng W, Bai L, Li Q. Case report: An adult intussusception caused by ascending colon cancer. *Front Surg* [Internet]. 9 de septiembre de 2022 [citado 24 de diciembre de 2022];9:984853. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2022.984853/full>
2. Qiryaqoz ZA, Katiyar U, Shebrain S. Recurrent Right Upper Quadrant Pain Masquerading an Underlying Colon Adenocarcinoma-Induced Intussusception. *Case Rep Gastroenterol* [Internet]. 10 de junio de 2021 [citado 24 de diciembre de 2022];15(2):501-6. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/516863>
3. Shimoyama H, Ueno K, Samizo M. Successful treatment of adult cecorectal intussusception caused by cecum cancer with mobile cecum: a case report. *Surg Case Rep* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 24 de diciembre de 2022];7(1):96. Disponible en: <https://surgicalcasereports.springeropen.com/articles/10.1186/s40792-021-01180-0>
4. Alvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Pimienta-Ibarra AS, Vergara-Fernández O, Salgado-Nesme N. Intususcepción en adultos: todavía un reto diagnóstico para el cirujano. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. mayo de 2022 [citado 24 de diciembre de 2022];S0375090622000544. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090622000544>
5. Shenoy S. Adult intussusception: A case series and review. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2017 [citado 24 de diciembre de 2022];9(5):220. Disponible en: <http://www.wjgnet.com/1948-5190/full/v9/i5/220.htm>
6. Marsicovetere P, Ivatury S, White B, Holubar S. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 22 de diciembre de 2016 [citado 24 de diciembre de 2022];30(01):030-9. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1593429>
7. Hong KD, Kim J, Ji W, Wexner SD. Adult intussusception: a systematic

review and meta-analysis. Tech Coloproctology [Internet]. abril de 2019 [citado 24 de diciembre de 2022];23(4):315-24. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10151-019-01980-5>

8. Panzera F, Di Venere B, Rizzi M, Biscaglia A, Praticò CA, Nasti G, et al. Bowel intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy. World J Methodol [Internet]. 20 de mayo de 2021 [citado 24 de diciembre de 2022];11(3):81-7. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2222-0682/full/v11/i3/81.htm>

9. Laham L, Bhattacharyya R, Guerrero M, Haghshenas J, Ingram M. Jejunal Intussusception: A Rare Adult Presentation of Lymphoid Hyperplasia. Case Rep Surg [Internet]. 4 de abril de 2019 [citado 24 de diciembre de 2022];2019:1-3. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2019/9017863/>

10. Jaramillo S. Obstrucción intestinal total secundaria a intususcepción por adenocarcinoma de ceito en paciente adulto, a propósito de un caso [Internet]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2022. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36979/1/jaramillo_nu%c3%b1ez_steven_alejandro%20F..pdf

11. Sainaba S, Ganapath A, Sivakumar A, Gayathri A, Yadev I. Adult intussusception at a tertiary care center: A retrospective study. Niger J Surg [Internet]. 2020 [citado 24 de diciembre de 2022];26(1):63. Disponible en: <http://www.nigerianjsurg.com/text.asp?2020/26/1/63/277965>

12. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. World J Emerg Surg [Internet]. diciembre de 2019 [citado 24 de diciembre de 2022];14(1):20. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-019-0240-7>

13. Siow SL, Goo ZQ, Mahendran HA, Wong CM. Laparoscopic versus open management of adult intussusception. Surg Endosc [Internet]. octubre de 2020 [citado 24 de diciembre de 2022];34(10):4429-35. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-019-07220-z>

Anexo A

Consentimiento informado para el uso de datos, fotografías o imágenes clínicas para reportes de caso o series de caso

Título tentativo del manuscrito del reporte de caso o serie de casos

Nombre del Investigador Principal	
Institución (es) de filiación	
Cargo (s)	
Correo electrónico	
Dirección de sitio de trabajo	
Teléfono del sitio de trabajo	

Respetado Señor (a), este documento se compone por dos partes, a saber:

1. Información para usted sobre la intención del estudio, en forma de preguntas.
2. Formulario de consentimiento informado para obtener su firma si usted está de acuerdo con participar en el reporte de su caso o estudio. Firmarán también un testigo y el profesional de salud encargado de asistirlo o investigador. Usted/el paciente recibirá una copia de este formato de consentimiento si acepta participar.

Es posible que el siguiente texto contenga algunas palabras que usted no entienda. Le pedimos que por favor le solicite a su médico o profesional tratante que le explique el significado de éstas. Siéntase en libertad para realizar las preguntas que considere necesarias. Disponga de tiempo para pensar y tomar una decisión y para consultar con amigos, familiares, allegados o con quienes usted considere apropiados para ayudarle a comprender las razones para participar en este estudio.

Parte 1:**¿Qué pasa si usted decide participar? y ¿Qué pasa si cambia de opinión?**

Su participación es voluntaria y en nada cambiará la atención que usted/el paciente reciba en la institución. Inclusive si usted/el paciente decide participar ahora y cambia de opinión más tarde, puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin que medie explicación antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicar ("esté en prensa"), no será posible revocar el consentimiento.

¿Qué información se publicará? y ¿Quiénes podrán acceder a la información?

1. El material (fotografía, imagen, texto) se publicará sin su nombre/el nombre del paciente. No obstante, no puede garantizarse el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocerme/reconocer el paciente.
2. El material del estudio puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
3. El material del estudio se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Aunque la mayoría de las veces éstas revistas van dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud, principalmente, también pueden verla muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
4. El artículo, incluidas las fotografías, imagen o texto, pueden ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades.

¿Hay beneficios o gastos?

Usted, el paciente y su familia no recibirán ningún beneficio económico derivado de la participación en este estudio. Tampoco incurrirán en algún gasto económico. Otros pacientes con una condición similar a la suya/del paciente y los profesionales que los traten se beneficiarán del conocimiento del caso al tenerlo como precedente y poder identificar rápidamente la condición.

¿Cuáles son las obligaciones de los investigadores?

Como investigadores estamos obligados a preservar la confidencialidad y el secreto de su identificación/la del paciente. Ninguna persona sabrá que el material de estudio (texto, imágenes, fotografías) trata de usted/el paciente.

¿A quién puede hablar o preguntar?

Usted/el paciente puede plantear sus inquietudes sobre su participación en este estudio en cualquier momento. En la parte superior de este documento encontrará(n) la dirección y número telefónico de trabajo donde usted/el paciente puede buscarnos.

También puede consultarlo con las personas que considere adecuadas.

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez

Parte 2:

CONSENTIMIENTO
0

Yo _____ [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE QUIEN AUTORIZA], identificado con _____ [Tipo del documento de identidad] No. _____ [Número legible del documento], declaro que _____ [NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DE LA PERSONA QUE EXPLICADO Y ADMINISTRADO EL FORMULARIO AL PACIENTE O A SU REPRESENTANTE (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento)] , identificado con _____ [Tipo del documento de identidad] No. _____ [Número legible del documento], me ha informado sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a (marque 'X' sobre las líneas para confirmar):

- Mi persona _____
- Mi hijo _____
Nombre: _____
Identificado con _____ No. _____
- Otro familiar _____
Nombre: _____
Identificado con _____ No. _____

Confirmo que: (marque 'X' sobre las líneas para confirmar)

- He visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente.

- Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento. ___
- No he recibido presiones de cualquier tipo para participar en el estudio y la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y libremente. _____
- He leído o me han leído la información proporcionada.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio. _____
- Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud. _____
- Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva.

~~Entiendo que no recibiré ningún estímulo económico por la participación en este estudio.~~
~~Jimmy Vinicio Preciado Vásquez _____~~

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

Por tanto, doy mi consentimiento a _____
[NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL], para que el
Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mí/el paciente sea publicado.

Firma del participante	
Nombre del participante	
Documento de identidad	
Dirección de residencia	
Correo electrónico	
Teléfono	
Fecha: [DD/MM/AAAA]	Hora: [hh:mm]

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej. El paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).

Firma del testigo	
Nombre del testigo	
Documento de identidad	
Dirección de residencia	
Correo electrónico	
Teléfono	
Fecha: [DD/MM/AAAA]	Hora: [hh:mm]

Firma del administrador del formulario (o investigador)	
Nombre del administrador	
Cargo	
Documento de identidad	
Dirección de residencia	
Correo electrónico	
Teléfono	
Fecha: [DD/MM/AAAA]	Hora: [hh:mm]

Anexo B

Cuenca, 18 de Enero del 2023

Dr. Jeovanni Reinoso
Director del Posgrado de Cirugía General y Laparoscópica

A través de la presente misiva, solicito la revisión y aprobación pertinente de los protocolos para presentación de caso clínico: "Intususcepción de ciego sobre colon ascendente en cáncer de ciego". Los cuáles serán desarrollados bajo los protocolos CARE, como trabajo final de titulación para obtener el grado de Cirujano General. Es importante destacar que los casos fueron revisados y aprobados por el director del trabajo de investigación, Dr. Jeovanni Reinoso.

Agradezco el tiempo a la

presenteAtentamente;

Md. Jimmy Vinicio Preciado Vásquez
Postgradista de Cirugía General y
Laparoscópica

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez