Cartas al Director

Invaginación yeyunal por mieloma múltiple IgG

Key words: Yeyunal intussusception. Multiple myeloma IgG. Surgery.

Palabras clave: Invaginación yeyunal. Mieloma múltiple IgG. Cirugía.

Sr. Director:

El mieloma múltiple (MM) constituye el prototipo de gammapatía monoclonal maligna (1). Su espectro de manifestaciones clínicas depende generalmente de la proliferación tumoral plasmocelular y de los altos niveles séricos de inmunoglobulina monoclonal (1). La afectación extramedular, aunque no es infrecuente, generalmente es asintomática (2). Así, la invaginación intestinal por un MM es excepcional, siendo el primer caso descrito por Hill y Yudelman (3) en 1986. Presentamos un paciente con un MM IgG tipo kappa que presentó una invaginación intestinal debido a un implante tumoral intestinal mielomatoso.

Mujer de 71 años alérgica a contrastes yodados, diabética insulino-dependiente evolucionada, hipertensa e hipercolesterolémica, con insuficiencia renal crónica leve, implantación de una prótesis de cadera con una neumonía y un ACV postoperatorios, y extirpación de un melanoma grado IV de Clark en miembro inferior izquierdo. Hace 6 meses fue diagnosticada de un MM IgG kappa en tratamiento con melfalán (60 mg/m²), y con controles posteriores normales. Consultó por cuadro de intolerancia alimentaria y dolor abdominal difuso tipo cólico que mejoraba con restricción dietética y se repetía periódicamente desde hace 4-5 meses, cada vez con mayor frecuencia e intensidad. A la exploración abdominal presentaba distensión, sin irritación ni defensa peritoneal, y con chapoteo difuso a la auscul-

tación. En la analítica destacaba la presencia de una hiperglucemia (150 mg/dl), anemia (hematocrito 22% y hemoglobina 6,2 g/dl) y aumento de la creatinina (1,9 mg/dl). En las técnicas de imagen, la radiología de abdomen mostraba asas de intestino delgado que nivelan a la bipedestación; la gastroscopia fue normal; la colonoscopia mostró una diverticulosis y hemorroides sin complicar; la ecografía informó de colelititasis; y la TAC abdominal, sin contraste dada su alergia, objetivó una tumoración de 2 cm de diámetro a nivel mesogástrico con dos asas de intestino delgado íntimamente adheridas. Con estos datos, se indicó una laparotomía exploradora, encontrando una lesión tumoral en íleon, a 70 cm de la válvula ileocecal, que provocaba una invaginación intestinal (Figs. 1 y 2), y que se extirpó sin realizar la desinvaginación. También se objetivaron y extirparon 2 lesiones yeyunales y 4 peritoneales de diámetros entre 2 y 0,5 cm. Durante el postoperatorio presentó melenas que precisaron transfusión sanguínea y disminuir la anticoagulación con heparina; y un absceso residual intraabdominal que fue tratado con antibióticos. Al 20º día postoperatorio presentó un infarto hemorrágico cerebral parietal posterior izquierdo, con crisis com-

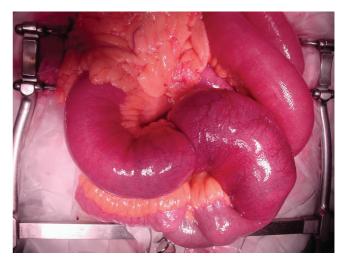


Fig. 1. Imagen intraopeatoria de la invaginación.



Fig. 2. Imagen de la pieza extirpada, donde puede observarse la lesión tumoral mielomatosa que hacía de cabeza de la invaginación.

pulsivas, del que se recuperó parcialmente. El estudio histológico informó que las lesiones extirpadas correspondían a un MM, con invasión transmural de la pared intestinal en el caso de la invaginación, y afectación de múltiples ganglios linfáticos. La TAC craneal de control objetivó una tumoración cerebral en el área de la hemorragia previa que parecía corresponder a una metástasis del melanoma extirpado hacía un año. Al alta la paciente continuó con tratamiento paliativo con melfalán (60 mg/m²), ya que dada su mala situación clínica basal se desestimó un tratamiento más agresivo, siendo éxitus a los 4 meses por evolución de las metástasis cerebrales.

La invaginación intestinal es infrecuente en el adulto, y, al contrario que en el niño, suele ser secundaria a una lesión definible. La clínica generalmente es inespecífica y crónica (4), siendo la manifestación más frecuente los cuadros recidivantes de suboclusión intestinal, como en nuestro caso. El diámetro tumoral límite con el que se ha visto relación con la producción de síntomas se sitúa entre 2 y 4 cm (5). El diagnóstico de sospecha se basa en los datos clínicos. Entre las pruebas de diagnóstico por imagen, la más útil es la TAC con contraste (4,6), que puede mostrar de forma nítida la tumoración responsable de la invaginación e incluso aportar datos densitométricos sobre su naturaleza, sobre todo si la invaginación presenta más de 3,5 cm (6). En nuestro caso no fue definitiva, posiblemente por no poder administrar contraste dada la alergia de la paciente. La RNM parece ser más sensible que la TAC pero existe poca experiencia (7). La ecografía, en manos expertas, puede ser diagnóstica, evidenciando los anillos ecodensos y ecotransparentes de forma alternativa, en forma de "diana" (8), datos que no se objetivaron en nuestro caso. Otras técnicas potencialmente útiles son la radiología baritada y la enteroclisis (9). Sin embargo, el diagnóstico preoperatorio es difícil (< 40%) y se precisa recurrir a la cirugía (4). En el nuestro el diagnóstico fue intraoperatorio, al igual que en el descrito por Hill y Yudelman (3).

Un punto controvertido en el manejo quirúrgico es si deshacer la invaginación o no. Así, algunos autores recomiendan la resección en bloque pues, dada la alta incidencia de malignidad, la reducción puede producir una siembra peritoneal tumoral (4). Actualmente, se acepta la reducción si la patología es claramente benigna, pero no en pacientes con riesgo de malignidad (4). Recordar que si se desinvagina, debe hacerse exprimiendo el asa distal de distal a proximal, y no traccionar, para evitar desgarros. En nuestro caso, al sospecharse un MM, se extirpó en bloque. En los últimos años, existe la posibilidad del abordaje laparoscópico, de indudable utilidad diagnóstica, aunque limitada a cirujanos con experiencia en este tipo de cirugía en lo referente al tratamiento.

Tras la cirugía, el tratamiento del MM incluye quimioterapia agresiva con trasplante autólogo de *stem cell*, y ocasionalmente radioterapia (1,10). Sin embargo, en pacientes con edad avanzada y co-morbilidades, como el nuestro, el tratamiento estándar sigue siendo la quimioterapia convencional con melfalán y estoroides (1,10). Así, en nuestra paciente la cirugía fue paliativa, y continuó con su tratamiento quimioterápico. Dada la situación clínica de la enferma no se optó por añadir radioterapia ni realizar un trasplante de médula ósea.

A. Ríos, M. del Pozo Rodríguez, A. Rubio Tejero¹, M. Vicente Cantero

Servicio de Cirugía General y de ¹Aparato Digestivo II. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

Bibliografía

- Kumar A, Loughran T, Alsina M, Durie BG, Djulbegovic B. Management of multiple myeloma: a systematic review and critical appraisal of published studies. Lancet Oncol 2003; 4: 293-304.
- Pasmantier MW, Azar HA. Extraskeletal spread in multiple plasma cell myeloma: a review of 57 autopsied cases. Cancer 1969; 23: 167-74.
- Hill SA, Yudelman PL. Multiple myelomatosis: an unusual cause of small bowel intussusception. Postgrad Med J 1986; 62: 1043-4.
- Desai N, Wayne MG, Tabu PJ, Levitt MA, Spiegel R, Kim U. Intussusception in adults. Mt Sinai J Med 1999; 66: 336-40.
- Alponat A, Kok KYY, Goh PMY, Ngoi SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. Am Surg 1996; 62: 918-20.
- Lvoff N, Breiman RS, Coakley FV, Lu Y, Warren RS. Distinguishing features of self limiting adult small bowel intussusception identified at CT. Radiology 2003; 227: 68-72.
- Balci NC, Radjazi S, Polat H. Adult intussusception secondary to inflammatory fibroid polyp: demostration by MRI. Eur Radiol 2000; 10: 1708-10
- McGrath FP, Moote DJ, Langer JC, Orr W, Somers S. Duodenojejunal intussusception secondary to a duodenal lipoma presenting in a young boy. Pediatr Radiol 1991; 21: 590-1.
- Gourtsoyiannis NC, Bays D, Papaioannou N, Theotokas J, Barouxis G, Karabelas T. Benign tumors of the small intestine: preoperative evaluation with a barium infusion technique. Eur J Radiol 1993; 16: 115-25.
- Messori A, Trippoli S, Santarlasci B. Pharmacotherapy of multiple myeloma: an economic perspective. Expert Opin Pharmacother 2003; 4: 515-24.