CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):558

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-390 - INTUSUSCEPCIÓN SIGMOIDO-RECTAL SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA EN SIGMA

Alberca Páramo, Ana[1]; Charrière, Bérenice[2]; Suc, Bertrand[2]; Pérez López, María[3]; Alberca Páramo, Marina[1]; Gil Rendo, Aurora[1]; Martín Fernández, Jesús[1]

[1]Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real; [2]Hôpital Rangueil, Toulouse; [3]Clinica Universitaria Pamplona, Pamplona.

Resumen

Introducción: La intususcepción se define como la invaginación de un segmento de intestino dentro del segmento intestinal inmediatamente adyacente. En los adultos suele requerir un tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 68 años hospitalizado en el Servicio de Digestivo por rectorragías sin anemización. Al tacto rectal se apreciaba tumoración rectal, se realizó una colonoscopia que mostraba una tumoración mamelonada, violácea e indurada de 2 cm en margen anal, infranqueable por el colonoscopio. La tomografía computarizada (TC) mostraba invaginación sigmoido-rectal, la cual provocaba un síndrome oclusivo. El paciente empeoró analítica (aumento de PCR: 300 y leucocitos: 23.000) y clínicamente (defensa en fosa ilíaca izquierda y retención urinaria aguda), por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente. Se inició tratamiento quirúrgico laparoscópico apreciándose asas intestinales extremadamente dilatadas, dislaceración de la serosa sigmoidea e invaginación sigmoido-rectal que se intentó reducir laparoscópicamente, siendo imposible, por lo que se decidió convertir a laparotomía. Se realizó laparotomía media subumbilical y con la ayuda de maniobras intrarectales se traccionó sobre el sigma permitiendo la desinvaginación del mismo. Tras la cual se apreció un recto hipotónico y un tumor en sigma (origen de la invaginación). Ante la gran dilatación de asas intestinales se realizó una sigmoidectomía tipo Hartmann. La pieza anatomopatológica presentó un tumor de aproximadamente 4 cm mamelonado e indurado, mostrándose como adenocarcinoma moderadamente diferenciado con émbolos vasculares e invasión vascular subserosa sin infiltración perinerviosa ni afectación ganglionar (pT3N0). El paciente es dado de alta al 7º día posquirúrgico, sin complicaciones posquirúrgicas.

Discusión: La intususcepción en el adulto representa el 1-5% de las causas de obstrucción intestinal. En contraposición a los pacientes pediátricos. El 90% de los casos presenta una causa identificable. Las neoplasias causan 66% de los procesos, siendo malignas en la mitad de los casos. Su presentación en adultos suele ser inespecífica, frecuentemente se presenta como dolor abdominal asociado a síntomas de obstrucción parcial como nauseas, vómitos, estreñimiento, sangrado gastrointestinal. Provocan alteración del peristaltismo por la invaginación. Se suele localizar entre segmentos fijos y segmentos móviles, como el íleon terminal y el ciego. El diagnóstico más preciso suele realizarse con la TC, puesto que la ecografía presenta factores limitantes como el edema de la pared intestinal, gran cantidad de aire intestinal, heces colónicas... Las intususcepciones en adultos

con signos o síntomas de obstrucción intestinal requieren tratamiento quirúrgico, dada la alta probabilidad de presentar una patología maligna de base. En casos dónde encontremos segmentos afectos cortos de menos de 3,5-3,8 cm el manejo conservador puede ser el tratamiento de elección. La cirugía puede ser laparoscópica o laparotómica siempre que se identifique y trate la intususcepción y su causa. En el caso de encontrar un tumor, deberemos realizar la linfadenectomía correspondiente además de la resección intestinal. La intususcepción es una patología infrecuente en el adulto de difícil diagnóstico, pues presenta síntomas inespecíficos y que con gran frecuencia requiere tratamiento quirúrgico para tratar la causa inicial.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados