



P-634 - INTUSUSCEPCIÓN ÍLEO-ILEAL IDIOPÁTICA TRAS CIRUGÍA POR PERFORACIÓN DUODENAL

Cerrato Delgado, Sergio; Varela Recio, Javier; Fierro Aguilar, Alberto; Maestu Fonseca, Ainhoa; Roldan Ortiz, Susana; Pacheco García, Jose Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal idiopática postoperatoria en el adulto es una patología poco frecuente pero potencialmente grave. La mayoría de los casos descritos se dan en niños. Los casos documentados en adultos se han producido en pacientes en los que se han realizado resección y anastomosis de intestino delgado, principalmente tras gastrectomías, y se limitan a casos aislados o pequeñas series. En todos ellos la anastomosis intestinal es el punto que condiciona la intususcepción. No tenemos constancia de ningún caso de invaginación idiopática tras cirugía por perforación gástrica en el adulto.

Caso clínico: Se trata de un varón de 26 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso de 3 días de evolución con varios episodios de vómitos. Refiere no haber tomado analgesia ni antiinflamatorios. A la exploración presenta dolor abdominal a la palpación en flanco derecho con defensa muscular. En la analítica destaca leucocitosis de 20.500 ?L y PCR 61,8. En TAC abdominal se evidencia neumoperitoneo leve sin evidencias causa por lo que se decide intervenir al paciente. Por laparotomía media se evidencia una perforación en primera porción duodenal. Se realiza toma de biopsia de los bordes cierre de defecto con puntos sueltos de vicryl 2/0 y epiploplastia. El tercer día PO al iniciar tolerancia el paciente refiere náuseas y un episodio de vómitos. Analítica con mejoría de reactantes. 5 días tras la intervención se reinicia de nuevo tolerancia con dos nuevos episodios de vómitos y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza TAC abdominal urgente que muestra imágenes de distensión de asas de yeyuno e íleon con un calibre de hasta 4,3 cm y colapso de marco cólico. Se decide intervención quirúrgica urgente en la que se evidencia invaginación intestinal de unos 10 cm de íleon a 20 cm de la válvula ileocecal con abundante cantidad de líquido libre seroso. Se reduce la invaginación y se realiza resección del segmento afecto con anastomosis latero-lateral mecánica anisoperistáltica. El análisis de la pieza revela segmento de íleon con hemorragia, congestión vascular y necrosis focal secundario a invaginación intestinal sin causa endoluminal subyacente. El paciente fue dado de alta al 6º día PO sin incidencias.

Discusión: La invaginación intestinal se comporta clínicamente como un íleo postoperatorio; al ser esta una patología más frecuente muchas veces retraza el diagnóstico. En casos de íleos prolongados tenemos que sospechar causa mecánica. El TAC abdominal es la prueba gold estándar para diagnóstico de la invaginación intestinal. La cirugía urgente en pacientes con clínica y analítica compatible puede disminuir el riesgo de necrosis y necesidad de resección intestinal. La mayoría de las invaginaciones suelen deberse a tumores endoluminales por lo que se recomienda la resección del segmento invaginado, aunque no haya signos macroscópicos de sufrimiento para determinar la causa de la misma. En invaginaciones postoperatorias en las que se evidencia la causa de la misma, generalmente la anastomosis, se han descrito casos con buenos

resultados sin resección intestinal.