



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-683 - TUMOR DE VANEK, CAUSA INUSUAL DE INTUSUSCEPCIÓN.

Gordillo Duelt, María José; Rubio Capote, Laura; Hernández Sánchez, Adrián; Marco Continente, Cristina; Pardo Ortiz, María; Antúñez Infante, Alejandro; López Farias, Alberto; Nieto Soler, Antonio Adolfo

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Introducción: El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una lesión benigna, infrecuente en el tracto gastrointestinal, que fue descrita por Vanek en 1949. La localización más frecuente de esta tumoración es el antro gástrico (70%), seguido del intestino delgado (20%); siendo el íleon la zona más común donde causan intususcepción. Su etiología es desconocida, aunque se han propuesto diferentes factores de riesgo (traumatismos, reacciones alérgicas, alteraciones genéticas, estímulos bacterianos, físicos, químicos e incluso metabólicos). La clínica, depende de la localización y del tamaño de la lesión; incluyendo episodios de dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, alteraciones del tránsito intestinal, hemorragia digestiva baja, anemia, pérdida de peso, y en muy raras ocasiones intususcepción.

Caso clínico: Paciente mujer de 44 años, sin antecedentes personales de interés, en estudio ambulatorio por dolor abdominal intermitente, de tipo cólico de varios meses de evolución; asociado de forma ocasional a náuseas y vómitos, con alteraciones del tránsito intestinal. En ecografía y tomografía computarizada abdominal (TC) se evidencian hallazgos que sugieren invaginación intestinal; proponiéndose laparoscopia exploradora electiva, que debe realizarse de Urgencias por episodio agudo de obstrucción intestinal. Se realiza laparoscopia exploradora, con conversión a laparotomía media, resección primaria en bloque del segmento de íleon invaginado, y reconstrucción del tránsito intestinal en un tiempo. La paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio y es dada de alta al quinto día postoperatorio. El informe histopatológico describe una lesión polipoidea pediculada, parduzca y gomosa de 3 cm de diámetro, con aspecto en “carne de pescado”. Microscópicamente, se objetiva proliferación submucosa benigna de células blandas fusiformes, abundantes vasos de pequeño calibre, y escasa celularidad inflamatoria (eosinófilos, células plasmáticas y mastocitos) sobre un fondo de tejido fibroso laxo y estroma de tejido de granulación. Todos estos hallazgos compatibles con un PFI, también conocido como tumor de Vanek.

Discusión: La invaginación intestinal en adultos, en el 90% de los casos, se debe a la presencia de una neoformación en la luz intestinal; habitualmente benigna (leiomiomas, lipomas, hamartomas, neurofibromas, adenomas, divertículo de Meckel, hiperplasia linfoide, duplicidad intestinal, tuberculosis, síndrome de Peutz-Jeghers y PFI); y corresponde al 1-5% de las causas de obstrucción intestinal. La ecografía abdominal es de elección para el diagnóstico de la intususcepción, siendo característica la imagen de “diana” o “donut” en el corte transversal; y de “pseudoriñón”, “sandwich”, o en “horca de heno” en un corte longitudinal. El tratamiento de esta patología es quirúrgico, optándose por un abordaje laparoscópico o abierto en función de las características del paciente, el compromiso vascular o el grado de dilatación de las asas intestinales; así como la experiencia del cirujano. Existe debate con respecto a realizar la resección de todo el segmento invaginado, o reducir inicialmente el intestino si es macroscópicamente viable, limitando así la longitud de

resección. Esta última opción, presenta controversias en caso de neoplasias malignas, ya se asocia a riesgo de diseminación local y a distancia; aunque esta etiología no es frecuente, y en su caso, presenta un origen metastásico. Debido a ello, las últimas revisiones bibliográficas defienden la reducción intestinal previa.