



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-058 - INTUSUSCEPCIÓN EN MUJER GESTANTE

Espinosa Redondo, María Esther; Gómez Infante, Marta; Navarro Rodríguez, Elena; Ruiz Rabelo, Juan Francisco; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La intususcepción o invaginación intestinal, es una patología típica de la edad pediátrica, considerándose una entidad rara en la edad adulta, con una frecuencia en torno al 5%. Constituye una causa poco frecuente de obstrucción mecánica en el adulto, aproximadamente el 1% de todas las obstrucciones intestinales. Es debida a una alteración del peristaltismo, que provoca que un segmento de intestino se introduzca en la luz de un segmento intestinal adyacente. La etiología es variada, a nivel de colon se asocia más frecuentemente con patología neoplásica y en intestino delgado por patología benigna (lipomas, hamartomas...), siendo causas menos frecuentes el divertículo de Meckel y las adherencias postquirúrgicas. El cuadro clínico suele ser inespecífico, cursando con dolor abdominal, náuseas, vómitos y alteraciones del tránsito intestinal. Las pruebas de imagen ayudan al diagnóstico, siendo la TC el estudio de elección. No obstante, la exploración quirúrgica es el principal método diagnóstico, que permite el tratamiento definitivo mediante resección primaria del asa intestinal invaginada.

Caso clínico: Paciente de 31 años, gestante de 33 semanas, con antecedente de GIST gástrico, intervenido mediante gastrectomía subtotal hace 2 años, libre de enfermedad. Acude a urgencias por distensión abdominal y vómitos de 3 días de evolución, con disminución de las deposiciones. A la exploración, abdomen distendido, doloroso de manera difusa, sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones. Se realiza ecografía urgente, con dilatación de asas de intestino delgado, con abundante contenido líquido en su interior. Dado el antecedente quirúrgico y la posibilidad de síndrome adherencial, se decide colocación de SNG e instauración de sueroterapia intensiva. Dada la falta de mejoría clínica y radiológica tras 72h de manejo conservador, se decide realización de cirugía urgente. Se realiza mini laparotomía supraumbilical, donde se objetiva invaginación intestinal de unos 25-30 cm de asa de yeyuno con aspecto necrótico, realizando resección intestinal con anastomosis latero-lateral manual. En el postoperatorio inmediato se realiza control de bienestar fetal con registro cardiotocográfico (RCTG) y ecografía, sin hallazgos patológicos. Posteriormente la paciente presenta buena evolución postoperatoria, con reestablecimiento del tránsito intestinal y correcta tolerancia oral, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio. En la histología definitiva, asa de yeyuno con necrosis de tipo isquémico-hemorrágica transparietal, compatible con intususcepción intestinal, sin observar infiltración neoplásica. La paciente presentó parto eutócico a las 39 semanas, con puerperio favorable.

Discusión: La intususcepción intestinal es una causa excepcional de obstrucción intestinal en el adulto. Realizar un diagnóstico de certeza preoperatorio supone un gran desafío para el cirujano, dada la baja incidencia de la patología en adultos. En situaciones especiales como la de nuestro caso, en la que no es recomendable realizar TC abdominal por ser una mujer gestante y ante la falta de mejoría clínica y con

radiología simple de abdomen, es necesario plantear la exploración quirúrgica como opción diagnóstica definitiva.