



P-601 - INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA, UN RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS

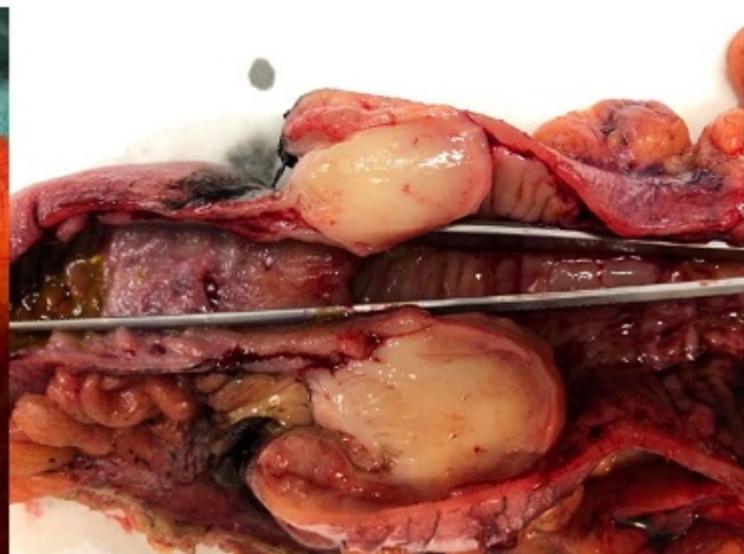
Equisoain Azcona, Aritz; Polaino Moreno, Verónica; Iglesias García, Eva; Suárez Sánchez, Miguel; Martín Rodrigo, Pilar; Gil Cidoncha, Lucía; Casas Sánchez, Marcos; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica en el adulto, llegando al 1-5% de los casos. Generalmente son derivadas de lesiones tumorales sólidas, ya sean benignas o malignas. Por el contrario, en la infancia es una patología frecuente y hasta el 90% de las invaginaciones son idiopáticas y no tienen una lesión subyacente.

Caso clínico: Varón de 50 años ingresado en el servicio de urgencias por cuadro de unos 5 días de evolución, consistente en dolor abdominal, vómitos, ausencia de deposición y distensión abdominal. En el TC abdominal se observa dilatación generalizada de asas de intestino delgado e ileocolitis de posible origen infeccioso/inflamatorio. Se realiza una colonoscopia donde se visualiza una tumорación de 3 cm dependiente de íleon terminal que atraviesa la válvula ileocecal. Durante la endoscópica se produce una reducción de la invaginación y se realiza la toma de biopsias. El resultado anatomo-patológico inicial es indeterminado, sin posibilidad de descartar malignidad. Tras la resolución inicial del cuadro obstructivo y la optimización preoperatoria del paciente, se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica reglada de forma preferente, visualizando intraoperatoriamente una recurrencia de la invaginación ileocólica. El posoperatorio transurre sin incidencias y el paciente es dado de alta el quinto día posoperatorio. Diagnóstico anatomo-patológico definitivo: tumor miofibroblástico inflamatorio en íleon terminal a 9 cm de la válvula ileocecal.



Discusión: La presentación clínica de la invaginación intestinal del adulto es variable, siendo más frecuentes los casos de presentación insidiosa como dolor abdominal recurrente, aunque también pueden encontrarse casos de obstrucción intestinal aguda, como en nuestro caso. En el intestino delgado las lesiones suelen ser benignas y en el colon malignas, existiendo también hasta un 10% de casos idiopáticos. Existe controversia acerca del manejo más adecuado para estos pacientes. Contrariamente a lo publicado en series históricas, donde la invaginación solía ser un hallazgo intraoperatorio en contexto de una cirugía urgente, en la actualidad el diagnóstico suele realizarse de manera preoperatoria y en muchos casos, también el diagnóstico etiológico y de extensión. Por ello actualmente es posible la planificación de una cirugía diferida, manteniéndose la resección quirúrgica como el tratamiento definitivo, que en muchos casos puede hacerse con un abordaje laparoscópico. En nuestro caso, la desinvaginación de forma preoperatoria permitió un estudio etiológico completo, optimización del paciente y la realización de una cirugía electiva. A pesar de los riesgos teóricos de realizar una desinvaginación, no existe evidencia de diseminación tumoral u otras complicaciones secundarias.