



## VC-145 - TRATAMIENTO DE LAS INVAGINACIONES APENDICULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Morera Navarro, Clara; Almoguera González, Francisco José; López Ruiz, José; Pérez Huertas, Rosario; Hinojosa Ramírez, Fátima; Morales-Conde, Salvador*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** La invaginación intestinal es una patología frecuente en niños de menos de 3 años. Sin embargo, en la edad adulta, las invaginaciones suelen ser más infrecuentes y suelen estar relacionadas con neoplasias. En caso de invaginaciones colocólicas o ileocólicas, su etiología es más frecuentemente maligna (hasta en un 66% de los casos). El tratamiento de la invaginación intestinal en adultos es principalmente quirúrgico, siendo la resección en bloque sin desinvaginación previa la técnica más recomendada.

**Caso clínico:** Mujer de 43 años con dolor abdominal súbito en fosa iliaca derecha que no cede con analgesia. Sin antecedentes de interés, excepto una laparoscopia para resección de quistes de ovario. Se realiza una analítica que resulta anodina, objetivándose en las pruebas de imagen (ecografía que se amplía a TC) una imagen de asas intestinales en diana compatible con invaginación del apéndice cecal, siendo el diagnóstico más probable un mucocele apendicular. No se aprecian signos de obstrucción intestinal. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico. Se realiza una cequectomía parcial englobando el apéndice invaginado, asegurando que no se produce una estenosis en la válvula ileocecal, sin reducir la invaginación previamente. El posoperatorio transcurre sin incidencias. La anatomía patológica resulta compatible con mucocele apendicular sin atipias y con bordes de resección libre. Se comenta con Oncología que indica que no se requiere más tratamiento.

**Discusión:** Las invaginaciones apendiculares son una patología infrecuente. Por ello hay que analizar cada caso de forma individualizada. Dado a su escasa descripción en la literatura no hay unas directrices claras pero lo que se puede clarificar es que hay que realizar una intervención con una resección en bloque por el alto riesgo de malignidad así como la no desinvaginación de la misma por el riesgo de rotura en un proceso neoformativo.