CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):728

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-355 - LIPOMA EN ÍLEON MENOR DE 2CM, ¿PUEDE PROVOCAR INVAGINACIÓN INTESTINAL?

Salas Álvarez, Jesús María; Camacho, Alonso; Balbuena, Manuel; Díaz, Antonio; Moreno, Alejandra; Díez, Ana; Mendoza, Gloria; Vega, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal (II) es una entidad rara en el adulto de etiología usualmente maligna. Presentamos el caso de una II secundaria a una entidad no publicada hasta la actualidad por su pequeño tamaño.

Caso clínico: Paciente de 41 años sin alergias ni antecedentes personales que acude a nuestro centro por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico y vómitos alimentarios. A la exploración, paciente con buen estado general, estable que presenta dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, más intenso en fosa ilíaca sin peritonismo. Pruebas complementarias con mínima elevación de reactantes de fase aguda. La ecografía no fue concluyente y en el TC abdominal se objetivo un largo segmento de íleo terminal que se introduce través de la válvula ileocecal hacia el colon derecho, alcanzando ángulo hepático. La invaginación condiciona obstrucción intestinal. En el segmento invaginado se aprecia una imagen de densidad grasa de 1,7 cm localizada en el ángulo hepático del colon y que podría corresponder a un lipoma como causante del cuadro. Ante estos hallazgos se realiza cirugía urgente mediante laparotomía exploradora, donde se objetiva una invaginación de íleon distal a través de válvula ileocecal que provoca dilatación de asas de delgado. Al tacto, no impresiona de lesión maligna. Realizamos una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. En el análisis de la pieza quirúrgica visualizamos 15 cm de íleon invaginado en ciego con lipoma de alrededor de 2 cm en su extremo. La anatomía patológica de la pieza muestra II con intenso edema, congestión vascular y lesión compatible con lipoma. La paciente durante su estancia presenta buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al séptimo día.

Discusión: La II del adulto ocupa el 5%, ocurriendo el resto en niños. El 52% se localiza en el intestino delgado y hasta un 30% es de origen maligno. En el adulto la clínica es de dolor abdominal y en raras ocasiones sangrado digestivo o síntomas de obstrucción intestinal. El tamaño es usado como predictor, así lipomas de > 2 cm cursan con clínica de diarrea, estreñimiento y más raramente hematoquecia, los menores a este tamaño cursan de forma silente. La prueba de elección es la TC abdominal. El tratamiento es quirúrgico siempre que el lipoma sea > 2 cm, curse con clínica o sea un adulto, ya que puede existir patología neoplásica subyacente junto a una alta prevalencia de perforación tras desinvaginación por vía endoscópica. Si es < 2 cm puede intentarse exéresis del lipoma vía endoscópica si no existe clínica de abdomen agudo. La II es un cuadro poco frecuente en el adulto, siendo la variante neoplásica la más incidente. Se debe tomar en cuenta como causa

excepcional la obstrucción intestinal secundaria a un lipoma. En nuestro caso, el hallazgo es especialmente inusual ya que se trata de un lipoma de 1,7 cm que cursó con clínica de obstrucción intestinal.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados