

(en casos de disfunción hepática por poliquistosis avanzada).

Actualmente el destechamiento laparoscópico es la técnica de elección, según reporta una reciente revisión sistemática de 62 estudios con 1.314 pacientes⁵, con una tasa de recidiva similar a la cirugía abierta (25%), pero con todas las ventajas que aporta el abordaje laparoscópico.

El destechamiento laparoscópico es la técnica de elección en quistes simples hepáticos gigantes sintomáticos y/o complicados.

Bibliografía

1. Antunes H, Braga-Tavares H, Cunha I, Mendes V, Cadilhe A, Matos-Cruz J, et al. [Congenital simple hepatic cyst: A diagnostic and management challenge] Spanish. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:92–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2008.09.014>.
2. Clancy C, Gibbons C, Ridgway PF. Surgical management of a giant hepatic cyst with suspicious radiological features. *Ann R Coll Surg Engl*. 2019;101:e76–8, <http://dx.doi.org/10.1308/rscann.2018.0206>.
3. Wijnands TF, Görtjes AP, Gevers TJ, Jenniskens SF, Schulze Kool LJ, Potthoff A, et al. Efficacy and safety of aspiration sclerotherapy of simple hepatic cysts: A systematic review. *AJR Am J Roentgenol*. 2017;208:201–7, <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.16.16130>.
4. Manner H. Argon plasma coagulation therapy. *Curr Opin Gastroenterol*. 2008;24:612–6, <http://dx.doi.org/10.1097/MOG.0b013e32830bf825>.
5. Bernts LHP, Echternach SG, Kievit W, Rosman C, Drenth JPH. Clinical response after laparoscopic fenestration of symptomatic hepatic cysts: A systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2019;33:691–704, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-018-6490-8>.

Marta Allue*, Pilar Palacios
y Alfredo Jimenez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martitaallue@hotmail.com (M. Allue).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.018>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Obstrucción intestinal secundaria a invaginación yeyunal en el adulto



Intestinal obstruction secondary to jejunal intussusception in an adult

La invaginación intestinal es un proceso infrecuente en el adulto, con una incidencia del 1 al 5%^{1,2}. La edad media de aparición es de 50 años, siendo la distribución por sexos similar¹. Su presentación como obstrucción intestinal es excepcional, constituyendo el 1% de las mismas¹. En el 90% de los casos se relaciona con adherencias o un divertículo de Meckel, mientras que en el 10% su etiología es tumoral. En el 50-75% de los casos los tumores causantes de invaginación intestinal son benignos, destacando, por orden de frecuencia, la hiperplasia linfoide, lipomas, leiomiomas, hemangiomas y pólipos. El tumor maligno más

frecuente es la metástasis³. Su manejo es controvertido dada la inespecificidad del cuadro y la discordancia entre las pruebas complementarias, por lo que el diagnóstico suele ser intraoperatorio^{1,3}.

A continuación, se presenta un caso que ilustra la importancia de una correcta anamnesis y la sospecha clínica en el manejo de una paciente con una obstrucción intestinal causada por una invaginación yeyunal.

Se trata de una mujer de 23 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor abdominal, vómitos de cuatro horas de evolución y pérdida de peso progresiva en el último año, con crisis intermitentes que motivaron la visita al servicio de urgencias hasta en seis ocasiones y resolviéndose el cuadro con observación y tratamiento con AINE. Durante la exploración presentaba buen estado general, ausencia de fiebre y estabilidad hemodinámica, el abdomen se encontraba levemente distendido, doloroso en todos los cuadrantes, sin peritonismo ni defensa. No

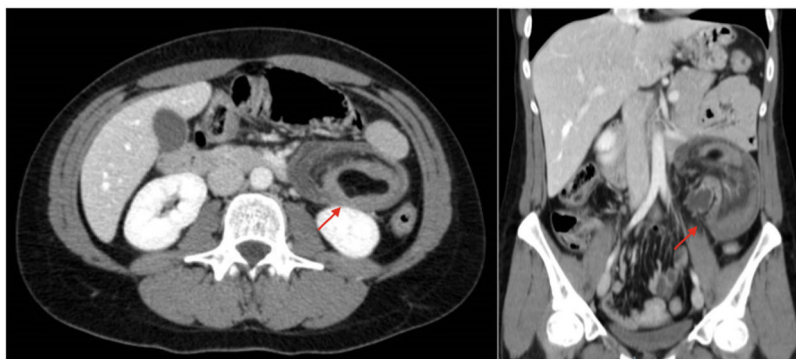


Figura 1 TC abdominal. Invaginación yeyunal (marcada con flechas).

se palparon masas ni megalias. La analítica mostró leucocitosis (18.000/mm³) con neutrofilia y elevación de PCR (190 mg/dL). Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal que reveló la existencia de una tumoración de 3 x 2 x 2 cm en yeyuno y signos de invaginación intestinal (fig. 1). Se realizó laparotomía urgente, observándose una obstrucción intestinal secundaria a una invaginación de asas de yeyuno, leves signos de sufrimiento de asas y una lesión intraluminal de aspecto lipomatoso que infiltraba la pared y protruía a través de la serosa. Se redujo la invaginación, y tras la aplicación de suero fisiológico templado se recuperó el aspecto y peristaltismo de las asas intestinales. Se realizó una resección de yeyuno incluyendo la tumoración con márgenes libres y su mesenterio, y una anastomosis laterolateral mecánica anisoperistáltica para la reconstrucción del tránsito. La paciente es dada de alta al sexto día postoperatorio sin complicaciones asociadas. La anatomía patológica confirmó la existencia de un lipoma intraluminal en el segmento resecado de 4 x 3 x 3 cm sin signos de malignización ni adenopatías patológicas. En la actualidad, la paciente se encuentra asintomática.

La presentación clínica inespecífica de la invaginación intestinal en el adulto presenta un reto diagnóstico, existiendo pocos casos en la literatura que debuten como obstrucción intestinal^{1,3}. El cuadro clínico incluye crisis de dolor abdominal intermitente y recurrente con pérdida de peso y melenas en ocasiones, asociando normalidad de pruebas complementarias, lo que dificulta el diagnóstico definitivo, y convierte a estos pacientes en «hiperfrecuentadores» de las unidades de urgencias¹. El diagnóstico diferencial se establece con la apendicitis aguda, ya que la localización más frecuente es enteroentérica (en un 34%)^{4,5} y el dolor suele focalizarse en hemiabdomen derecho^{3,6}. El diagnóstico preoperatorio se basa en la TC abdominal, aunque sólo lo confirma en el 20-25% de los casos^{1,3}. El tratamiento de la invaginación intestinal del adulto es quirúrgico, debido al riesgo de malignidad y la posibilidad de sufrimiento intestinal ante una situación urgente, como en este caso. La cirugía debe planificarse en función de la extensión de la invaginación, el estado de las asas intestinales, la existencia y naturaleza de la tumoración y la presencia de adenopatías mesentéricas, aunque en la mayoría de las ocasiones suelen ser reactivas al proceso inflamatorio³. En el caso de confirmación previa de benignidad de la lesión, la resección debe ser lo más conservadora posible¹⁻³. Ante una tumoración de patología incierta o sospecha de malignidad, pérdida de peso previa y anore-

xia, la resección debe realizarse en bloque, incluyendo la exéresis del mesenterio intestinal para una linfadenectomía correcta^{1,3,6}.

En el caso descrito, la anamnesis de la paciente y los hallazgos en las pruebas complementarias e intraoperatorios motivaron a la resolución del cuadro urgente y la realización de una resección completa de la tumoración con linfadenectomía asociada, dada la ausencia de anatomía patológica previa y el riesgo de malignidad de la misma.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: a retrospective review. *World J Surg.* 2015;39:134–8.
2. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg.* 1997;173:88–94.
3. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal Intussusception: Etiology Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30:30–9.
4. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134–8.
5. Wang L-T, Wu C-C, Yu J-C, Hsiao C-W, Hsu C-C, Jao S-W. Clinical Entity and Treatment Strategies for Adult Intussusceptions: 20 Years' Experience. *Dis Colon Rectum.* 2007;50.
6. Morera-Ocón FJ, Hernández-Montes E, Bernal-Sprekelsen JC. Intestinal invagination in adults: Presentation of a case and a review of the Spanish literature. *Cir Esp.* 2009;86:358–62.

Tatiana Gómez-Sánchez*, Sergio Cerrato Delgado, Violeta Camacho Marente, Javier Varela Recio y José Manuel Pacheco García

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tgomezsanchez@hotmail.com (T. Gómez-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.020>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.