

## 347/1537 - INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTA

M. Herreros Pérez<sup>a</sup>, I. Tejero García<sup>b</sup> y C. Calderón Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jaime Vera. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jaime Vera. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 64 años, sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos o factores de riesgo cardiovascular. Osteoporosis en tratamiento con mastical D. Ocasionalmente omeprazol por dispepsia. Operada de apendicectomía, hernioplastia inguinal izquierda y amigdalectomía. Motivo de consulta: dolor abdominal y fiebre. Anamnesis: refiere dolor cólico en hemiabdomen inferior con sensación de pesadez abdominal, y fiebre (38 °C) de 48h de evolución. Molestias y distensión abdominal intermitentes desde hace meses. No anorexia, náuseas, vómitos, cambios del tránsito ni deposiciones con productos patológicos. No síndrome constitucional.

**Exploración y pruebas complementarias:** En Urgencias, hemodinámicamente estable y afebril. No ictericia. ACP: normal. Abdomen: RHA presentes. Globuloso sin eventraciones. Blando. Dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca izquierda (FII). No irritación peritoneal, masas ni visceromegalias. Puño-percusión negativa bilateral. Analítica: PCR 53, leucocitos 19.440 con neutrofilia y monocitosis. Hematuria microscópica. Ante la sospecha de diverticulitis, se solicita TC abdomen en el que se observa imagen de invaginación ileo-ileal en FII, descartándose obstrucción. Se decide ingreso para estudio de extensión con colonoscopia, ecografía abdominal y marcadores tumorales en el que no se encontró causa desencadenante, presentando la paciente mejoría clínica y analítica con tratamiento conservador, sin precisar antibioterapia.

**Orientación diagnóstica:** Invaginación intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Causas digestivas: gastroenteritis, diverticulitis, ileítis, adenitis mesentérica, enfermedad inflamatoria intestinal, pseudoobstrucción intestinal, perforación intestinal, isquemia mesentérica, neoplasias, intolerancias alimentarias, parásitos, divertículo de Meckel, invaginación intestinal. Causas urológicas: cólico renoureteral, cistitis, retención aguda de orina. Causas ginecológicas: enfermedad inflamatoria pélvica, torsión ovárica, rotura de quiste ovárico, endometriosis, miomas, cáncer ovárico. Otras: aneurisma de aorta abdominal, somatización.

**Comentario final:** La invaginación intestinal es una patología frecuente en la infancia, rara en adultos. Cuyo síntoma más frecuente es el dolor abdominal intermitente de larga evolución, aunque otros síntomas digestivos pueden asociarse. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (ecografía o TC). En su mayoría, presentan una causa desencadenante, aproximadamente la mitad neoplasias intestinales, por lo que suele requerir tratamiento quirúrgico de elección.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Rios-Cruz D, et al. Intestinal intussusception: a diagnostic dilemma in adults. Two case reports and literature review. Cir Cir. 2014;82(4):436-41.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Intususcepción. Adulto.