CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):1233

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-695 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR INVAGINACIÓN ILEOCECOCÓLICA POR LIPOMA ILEAL

Chas Garibaldi, María Pía; Rodríguez Morillas, Diego; Cisneros Ramírez, Andrea Cecilia; Jurado Prieto, Francisco Javier

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal es una entidad frecuente en niños y su etiología suele ser idiopática, pero en adultos, con una incidencia de 3 casos por millón de habitantes al año, suele existir una patología subyacente. Las localizaciones más frecuentes son las íleo-ileales o ileocólicas; en cambio las lesiones cólicas aisladas o ileocecocólicas son raras. Se presenta caso de paciente con obstrucción intestinal secundaria a invaginación ileocecocólica debida a lipoma ileal.

Caso clínico: Paciente mujer de 84 años de edad institucionalizada que acude a urgencias por dolor abdominal intenso en en FID de un día de evolución aunque refería molestias abdominales difusas en los últimos cuatro meses. Asociaba ingesta escasa y pérdida de peso. No presentaba náuseas ni vómitos aunque si ausencia del tránsito intestinal en los últimos días. En la analítica destacaban 12.000 leucocitos con neutrofilia del 82%. Se le realiza un TC con hallazgos de invaginación ileocecocólica de un segmento largo de íleon terminal secundaria a lipoma ileal de unos 23 mm asociando suboclusión intestinal secundaria. Se decide realizar laparotomía exploradora observándose íleon distal invaginado en ciego, presentando signos de sufrimiento en la zona de intestino afecta. Ante los hallazgos se decide realizar ileocequectomía con confección de anastomosis laterolateral manual isoperistáltica. La anatomía patológica confirma el lipoma como causa de la invaginación sin observarse otras alteraciones en la pieza.

Discusión: La intususcepción o invaginación intestinal hace referencia a la penetración de un segmento del tubo digestivo en otro situado distalmente, pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción o estrangulación intestinal. En cuanto a su etiología, si bien en el niño suelen ser idiopáticas, en el 70-90% de los casos de invaginaciones en adultos se encuentra una lesión orgánica subyacente, frecuentemente un tumor maligno. A pesar de que el lipoma es el tercer tumor benigno más frecuente en colon, no deja de ser infrecuente, con una incidencia entre el 0,2 y el 4%. Los lipomas cuando son grandes pueden ocasionar síntomas como la obstrucción o el sangrado o bien hacer de punto guía de una intususcepción, como en nuestro caso. La presentación clínica en adultos es inespecífica y a menudo sugiere un cuadro de obstrucción intestinal, aunque es habitual también la presencia de crisis recurrentes de dolor abdominal. Es más frecuente en mujeres y existe más afectación del colon derecho. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía, visualizándose la imagen característica en “donut” aunque muchas veces es necesario realizar un TC si se sospecha sufrimiento de asas, isquemia o malignidad. La intervención quirúrgica con resección intestinal es la

norma de tratamiento dada la probabilidad de lesión maligna subyacente o de necrosis y perforación del asa invaginada. No existe evidencia actual para contraindicar la desinvaginación, ya que además puede facilitar la exposición para la resección, aunque no siempre es posible, como en nuestro caso.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados