



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-021 - Invaginación colo-cólica: resolución mediante abordaje laparoscópico

Martín, Libertad<sup>1</sup>; Vega, María Laura<sup>1</sup>; Marcello, Manuel<sup>1</sup>; Linacero, Santiago<sup>1</sup>; Celi, Edgardo Andrés<sup>1</sup>; Colás, Enrique<sup>1</sup>; Pila, Ulises<sup>1</sup>; Fernández, José María<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Hospital de Alcorcón, Alcorcón. <sup>2</sup>Alcorcón.

### Resumen

**Introducción:** La invaginación intestinal es una causa infrecuente de obstrucción, siendo más común la localización ileocecal o de delgado, e inusual la colocólica. En el colon asientan sobre lesiones tumorales, tanto benignas como malignas. Los lipomas submucosos es una etiología poco prevalente. Presentamos un caso clínico de obstrucción intestinal por invaginación colocólica en transversa y su manejo quirúrgico mediante abordaje laparoscópico con la descripción de la técnica.

**Caso clínico:** Varón de 46 años sin antecedentes personales de interés en estudio por posible invaginación intestinal evidenciada en ecografía ambulatoria; consulta en el servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, difuso. Asocia deposiciones sanguinolentas, náuseas, y distensión abdominal. Se realiza TAC urgente objetivándose invaginación en colon descendente que condiciona discreta dilatación de colon, signos de inflamación local sin evidencia de sufrimiento intestinal. Ante estabilidad clínica y analítica se decide manejo conservador. Evolución favorable que permite completar estudio con TAC torácico y marcadores normales; colonoscopia evidenciando a 60 cm de margen anal cabeza de pólipo de unos 4cm ulcerada, friable, con áreas necrosadas, sin visualizar pedículo, cuyas biopsias descartan malignidad. Se programa cirugía en mismo ingreso. Abordaje laparoscópico con cuatro trócares con paciente en litotomía y perneras bajas. Se visualiza lesión localizada en colon transversa que condiciona invaginación. Se inicia un abordaje medial al ángulo esplénico con disección y ligadura de vena mesentérica inferior con clips. Liberación del parietocólico izquierdo, completando la movilización del ángulo esplénico. Identificación y ligadura de vasos cólicos medios. Sección y anastomosis L-L mecánica extracorpórea mediante minilaparotomía supraumbilical. Reinicio de tolerancia oral el segundo día postoperatorio y evolución favorable. El paciente fue dado de alta el séptimo día postoperatorio. Diagnóstico histopatológico: lipoma submucoso con ulceración extensa de la mucosa, abundante tejido de granulación y fibrosis; aislados 33 ganglios linfáticos sin evidencia de infiltración neoplásica.

**Discusión:** La invaginación en el colon tiene con mayor frecuencia una etiología maligna (hasta 60-80%), siendo más común adenocarcinomas y linfomas. Las lesiones benignas engloban leiomiomas, pólipos adenomatosos, anastomosis previas, endometriomas o lipomas. Por lo que el diagnóstico de esta patología en el colon obliga a un tratamiento quirúrgico. Su presentación clínica es variable, representando sólo el 1% de las causas de obstrucción intestinal. Tras resolverse o mejorar el episodio agudo de obstrucción intestinal, se puede plantear una vía de abordaje laparoscópica para su resección.