



P-674 - INVAGINACIÓN RECTOSIGMOIDEA EN EL ADULTO, REPORTE DE UN CASO POCO COMÚN

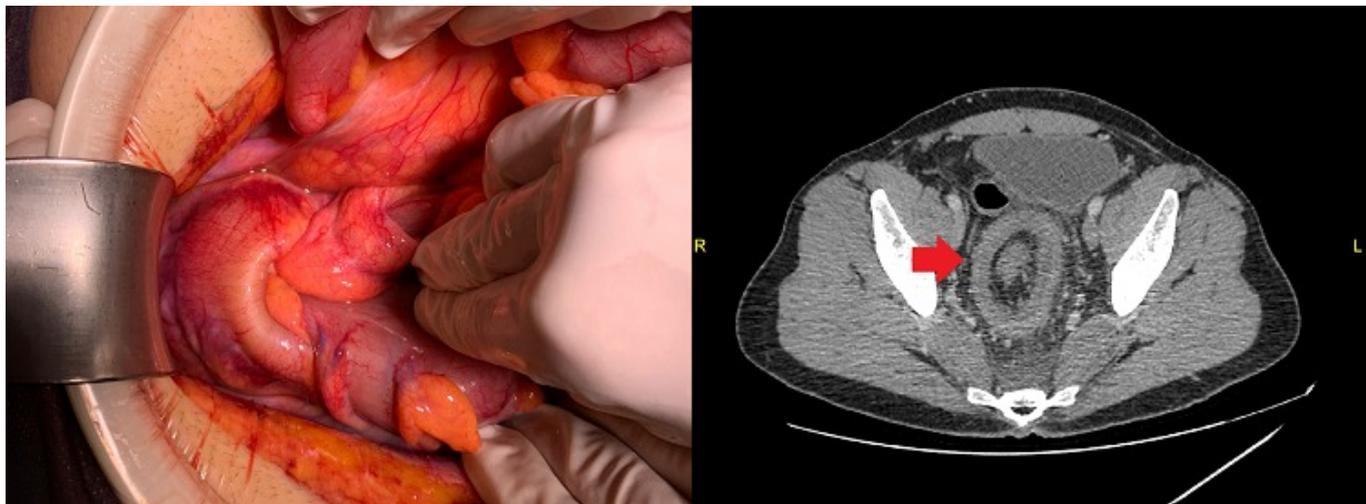
Martí Aguado, Carmen; Ridaura Capellino, Núria; Cutillas Abellán, Jose; Tusa, Claudio; Aguiriano Casanova, María del Mar; Ballester Martínez, Belén; Peiró Monzó, Fabián; Seguí Gregori, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal (II) es una patología muy infrecuente en adultos que se produce cuando un segmento intestinal se introduce en el lumen de otro adyacente distal. A su vez, dentro de las II, la invaginación rectosigmoidea es excepcional. La II representa una causa poco común (< 5%) de obstrucción intestinal mecánica (OIM) en adultos. Presentamos un caso clínico atípico de invaginación rectosigmoidea causada por un pólipo rectal, revisamos bibliografía al respecto y aportamos imágenes del caso.

Caso clínico: Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor hipogástrico y ausencia de deposiciones de un día de evolución, aunque destaca urgencia defecatoria con emisión de sangre y moco. Refiere pérdida de peso de 10 kg en 4 meses por ejercicio, no astenia. Niega transgresión dietética u otra sintomatología. A la exploración, abdomen doloroso en hipogastrio, sin defensa. Al tacto rectal se palpa, a 4 cm de margen anal, pólipo en pared posterior de 5 cm aproximadamente. Dedil con restos de sangre fresca y moco, sin heces. La analítica sanguínea es normal y la radiografía abdominal muestra aireación de colon sigmoide y ausencia de aire distal. Se decide ingreso para completar estudio de masa rectal realizándose tomografía computarizada (TC) abdominal donde se observa invaginación de unos 7 cm de sigma sobre recto superior con dilatación proximal de sigma y pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. En la Resonancia magnética abdominal aparece invaginación de sigma dentro de recto superior con obstrucción intestinal con imagen de diana. La colonoscopia muestra pólipo pediculado de gran tamaño que parece condicionar una invaginación rectosigmoidea. Dados los hallazgos, se decide intervención como urgencia diferida, inicialmente laparoscópica pero convertida a laparotomía media por distensión de intestino delgado y colon por invaginación de sigma a recto superior debido a pólipo de gran tamaño. Se realizó sigmoidectomía con resección anterior de recto (sin desinvaginar pólipo por sospecha neoplásica) y anastomosis colorrectal mecánica, sin incidencias, siendo alta hospitalaria al octavo día posoperatorio. Los resultados anatomopatológicos de la pieza resecada fueron compatibles con adenocarcinoma *in situ*.



Discusión: La II es una enfermedad común en niños pero excepcional en adultos (5% de las II). En la infancia la etiología suele ser idiopática, sin embargo, en adultos se debe a lesión orgánica en el 90% de los casos, que actúa como cabeza de intususcepción y que pueden ser malignas o benignas. La clínica es inespecífica, siendo lo más habitual un dolor abdominal intermitente crónico asociado a alteración del hábito intestinal. Con menor frecuencia, en caso de OIM completa, la clínica es aguda como sucedió en nuestro paciente. La ecografía y TC abdominal (signo de la diana) son las pruebas más útiles para el diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección segmentaria con anastomosis (salvo contraindicación) sin reducción previa. Generalmente, las resecciones deben ser oncológicas dada la alta probabilidad de causa maligna. En conclusión, la II en el adulto es infrecuente, requiere alta sospecha diagnóstica dada la sintomatología inespecífica y su tratamiento es quirúrgico (resección intestinal sin reducción).