



## P-565 - Invaginación intestinal en el adulto: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal

M. di Martino<sup>1</sup>, J. Gómez Ramírez<sup>2</sup>, A. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, M. Posada González<sup>1</sup>, E. Colmenarejo García<sup>1</sup>, M.M. Achalandabaso Boira<sup>1</sup>, C. Marín Campoa<sup>1</sup> y F. Díaz Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La invaginación intestinal se define como la penetración de un segmento de intestino en otro generalmente distal. Representa menos del 1% de los casos de obstrucción intestinal en adultos. Primaria en el 10% de los casos. Secundaria en el 90%. En la mayoría de los casos se presenta como un síndrome obstructivo paucisintomático de larga evolución. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, vómitos, sangrado, diarrea, estreñimiento. La mayoría de los pacientes son intervenidos con diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal inespecífica.

**Caso clínico:** Mujer 54 años que acude por dolor abdominal, vómitos y diarrea. Antecedentes personales: Déficit de hierro de 3 años de evolución con tratamiento en periodos trimestrales y sin otros antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor en mesogastrio tipo cólico de inicio brusco de dos días de evolución que se asocia a vómitos tras ingesta y diarrea acuosa con restos hemáticos. No cirugía abdominal previa. No tumoración abdominal. No pérdida de peso. Exploración física: abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Efecto masa en flanco izquierdo. RHA disminuidos. Analítica, destacan: Hb 9,7 g/dL, Ht 30,9%, VCM 73 fL, neutrofilia sin leucocitosis. Radiografía simple de abdomen evidencia una leve dilatación del colon ascendente. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se solicita un TC abdominal que informa de: gran invaginación colo-cólica que afecta prácticamente todo el colon transverso objetivándose como cabeza de invaginación una lesión endoluminal compatible de proceso neoplásico con pequeñas calcificaciones en su interior. Moderada cantidad de líquido periesplénico. Pequeñas adenopatías en el límite de la significación patológica. Resto de estructuras visualizadas sin alteraciones significativas. Se interviene la paciente de forma urgente identificando una gran invaginación colo-cólica de casi todo el colon transverso sin identificar metástasis hepáticas ni carcinomatosis peritoneal. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada con márgenes oncológicos con anastomosis íleo-cólica latero-lateral mecánica con GIA 90. Se revisa pieza quirúrgica objetivándose como cabeza de invaginación gran neoplasia con bordes ulcerados de colon transverso. Postoperatorio favorablemente, alta al sexto día, sin incidencias. Anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoso (12,5 cm) sobre pólipo adenomatoso con infiltración de la muscular propia y de la subserosa. Metástasis en 1 de 46 ganglios. Resección R0. Estadio TNM pT3 N1a Mx, estadio IIIb.

**Discusión:** La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos. A diferencia de la infancia, suele deberse a lesiones orgánicas o iatrogénicas, como tumores

o suturas intestinales. La radiografía convencional confirma la obstrucción pero no aclara la etiología. En la ecografía abdominal se puede observar una imagen en diana o “donut”. La TC es el método de diagnóstico más adecuado y que permite en ocasiones identificar la causa de la invaginación. Dado que en adultos la mayor parte son secundarias a causa orgánica, no se recomienda la reducción mediante endoscopia, sino que se debe intervenir para la revisión de la etiología. Los pacientes con poliposis, y episodios de repetición, pueden ser candidatos a polipectomía endoscópica para una prevención de estos cuadros.