



# Cirugía Española

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



## P-297 - INVAGINACIÓN COLOCÓLICA EN ADULTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

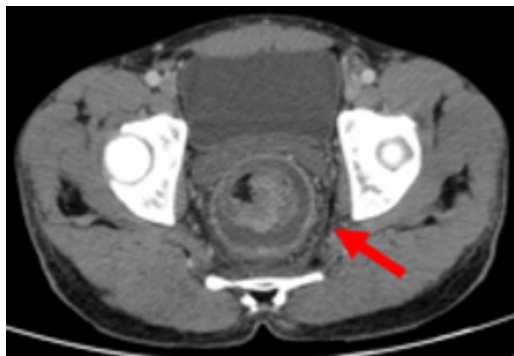
González, Pablo; Rodríguez Lora, Enrique; Pérez Quintero, Rocío; Cisneros Cabello, Nieves; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La invaginación intestinal es una patología más frecuente en niños, con escasa incidencia en adultos (1% de obstrucciones intestinales). La media de edad es de 50 años con ratio varón/mujer de 1:5, y en un 90% de casos es posible objetivar la causa. En esta patología un segmento proximal del tracto gastrointestinal (intussusceptum), se introduce en el lumen de un segmento distal adyacente (intussusciens). La mayoría de las invaginaciones en adultos son transitorias, asientan en intestinal delgado (49,5%) y son detectadas de manera incidental, si bien algunas pueden cursar con dolor abdominal, sangrado u obstrucción intestinal. Se localizan en región ileocólica un 29% y en colon un 20%, siendo raro en colon izquierdo y sigma. Alrededor del 70% de las invaginaciones colónicas se asocian con lesiones malignas. Presentamos el caso de un paciente que debuta con un cuadro de obstrucción intestinal debido a una invaginación a nivel del colon sigmoides.

**Caso clínico:** Varón de 39 años natural de Marruecos sin antecedentes de interés que ingresa por dolor abdominal de 15 días de evolución, asociado a vómitos ocasionales, diarrea, rectorragia con empeoramiento progresivo y cuadro de obstrucción intestinal de 48 horas de evolución. La radiografía abdominal muestra una importante dilatación colónica que lo corrobora la TAC abdominal, visualizando además una extensa invaginación a nivel del colon sigmoides sin clara lesión subyacente, condicionando oclusión mecánica con distensión retrógrada (ciego de 8 cm de diámetro con válvula competente). No neumoperitoneo ni otros signos de perforación. Se realiza colonoscopia para reducción sin éxito, visualizándose gran pólipo como cabeza de invaginación. Se indica cirugía urgente realizándose laparotomía media, visualizándose gran invaginación a nivel del sigma que condiciona el cuadro oclusivo y mala perfusión en este segmento de colon. Realizamos sigmoidectomía con anastomosis colorrectal terminoterminal con EEA. Evolución postoperatoria con íleo paralítico que precisó de manejo conservador, de alta a los 7 días. En Anatomía Patológica se confirma la presencia en el intussusceptum de un adenoma tubular con displasia de bajo grado. En consulta de revisión al mes, el paciente está asintomático. Se decide seguimiento por Digestivo.



**Discusión:** El TAC es la herramienta diagnóstica más útil, permitiendo localizar un punto guía como causa en un alto número de casos en adultos. En colon las invaginaciones son menos frecuentes que en intestino delgado, pero al contrario de estas últimas la causa principal son lesiones neoplásicas malignas constituyendo su incidencia entre un 47-100% dependiendo de la serie. La cirugía permanece como pilar del tratamiento en adultos, indicándose de urgencias cuando hay signos de necrosis o tras intentos fallidos de reducción endoscópica. La reducción preoperatoria (realizada con éxito en un 30% aproximadamente) se recomienda en invaginaciones entéricas, evitando la cirugía de urgencias y reduciendo la extensión de resección intestinal afecto. Sin embargo, existen controversias respecto a las reducciones en invaginaciones cólicas, pues considerando su alta tasa de malignidad, la mayoría de las últimas series recomiendan para su tratamiento la resección en bloque sin reducción para minimizar el riesgo de potencial siembra tumoral peritoneal o diseminación venosa.