



P-739 - SEPSIS SECUNDARIA A INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ponce, Úrsula; Peiró, Fabián; Planells, Manuel; Seguí, Jesús

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

Resumen

Introducción: La invaginación intestinal es una rara causa de dolor abdominal en el adulto, con una prevalencia menor del 5%. En ocasiones puede llegar a producir oclusión intestinal, pero los síntomas son tan inespecíficos que dificultan y retrasan su diagnóstico. El objetivo de este estudio es presentar un caso de invaginación intestinal en el adulto y discutir el manejo de esta patología.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 34 años sin antecedentes de interés, con dolor abdominal de 4 semanas tipo cólico, de inicio en epigastrio e irradiado al resto del abdomen, que fue en aumento asociado a algún vómito ocasional. A la exploración, dolor en epigastrio y FID, sin peritonismo. Analítica con PCR 17 y leucos 11.900, resto dentro de la normalidad. En la ecografía se observó en hipogastrio y FID imagen de capas concéntricas aperistálticas de morfología tubular y pseudonodular que sugiere invaginación. Se realizó TAC con contraste iv y oral, identificándose imagen compatible con invaginación íleo-ileal de 14 cm de longitud sin dilatación de asas asociadas, y en topografía anexial derecha se identificó imagen bien delimitada de morfología ovoidea de 75 × 50 mm aprox con contenido graso, de partes blandas y cálcico correspondiente a teratoma ovárico. Se obtuvo Rx abdomen con paso de contraste a colon sin signos de oclusión intestinal. Dados los hallazgos y el empeoramiento clínico y analítico de la paciente durante su ingreso llegando a presentar un estado séptico en pocas horas, se decide intervención quirúrgica: laparoscopia visualizando el segmento de invaginación, peritonitis purulenta y teratoma, convirtiendo a Pfannestiel. Se realizó quistectomía ovario derecho y resección intestinal con anastomosis latero-lateral mecánica. Se abrió la pieza observando perforación del asa invaginada y contenido duro elástico no móvil sugestivo de tumoración de intestino delgado. Postoperatorio sin complicaciones, reanudando tránsito digestivo y tolerancia oral, por lo que fue alta por mejoría clínica. El resultado anatomopatológico de la pieza fue pólipo fibroide inflamatorio en asa de intestino delgado.



Discusión: La invaginación intestinal del adulto, a pesar de ser una rara entidad, debe ser tenida en cuenta ya que el diagnóstico se puede retrasar debido a que cursa con síntomas inespecíficos de dolor abdominal crónico o suboclusión intestinal, llegando a producir oclusión, inflamación e incluso isquemia y perforación del asa invaginada. La causa más frecuente es por lesiones tumorales del intestino, ya sean malignas o benignas. La técnica de elección para el diagnóstico es el TAC, con la típica imagen en diana. El tratamiento suele ser quirúrgico mediante resección del segmento afecto, ya sea por laparoscopia o laparotomía, a excepción de ciertos casos con patologías benignas de base como esprue celíaco o enfermedad de Crohn o síndrome del intestino corto, en los que se puede realizar tratamiento conservador si el asa intestinal afecta no presenta signos de oclusión o isquemia. El pronóstico depende de la naturaleza de la lesión causante de la invaginación, siendo pobre en casos de formaciones malignas o metástasis, y satisfactorio en resecciones secundarias a tumores benignos.