



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-749 - INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO MAYOR

Almada, Mario; Minasian, Pablo; Caviglia, Pablo

Hospital Español Juan J. Crottogini, Montevideo.

Resumen

Introducción: La introducción de un segmento de intestino en el interior de otro por acción de la peristalsis, constituye una causa muy poco frecuente de oclusión intestinal mecánica en el adulto, siendo los procesos orgánicos los implicados habitualmente. Presentamos un caso de invaginación intestinal colónica en un adulto mayor.

Caso clínico: Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial bien controlada. Se presentó con cuadro de dolor abdominal difuso, distensión abdominal y detención del tránsito intestinal para materias y gases. Al examen físico destacaba dolor a la palpación profunda flanco derecho, sin irritación peritoneal. Se realizó una TC abdominal, donde se observó importante distensión del colon derecho y transversal hasta un stop a nivel del ángulo izquierdo, donde se evidenció imagen compatible con invaginación intestinal colocolónica. La paciente fue intervenida quirúrgicamente de urgencia, encontrando una invaginación colocolónica, condicionada por una tumoración de consistencia firme, estenosante, con dilatación proximal. Se realizó resección segmentaria del sector colónico involucrado en el proceso, con abocamiento del cabo proximal en forma de colostomía y abandono del cabo distal cerrado en la cavidad abdominal. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta a la semana de la cirugía. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, con ganglios linfáticos informados como negativos para malignidad.

Discusión: La invaginación intestinal es una causa rara de oclusión intestinal en el adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia. La etiología es diversa, idiopática en el 10% de los casos, mientras que en el 70 a 90% la causa subyacente es una lesión orgánica de origen maligno, más frecuentemente a nivel del colon, y de origen benigno en intestino delgado. La clínica es inespecífica, y puede presentarse de forma crónica o aguda. Los síntomas y signos son los de una oclusión intestinal, dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, ausencia de tránsito, náuseas y vómitos. También puede evidenciarse la presencia de melenas o rectorragia que pueden sugerir un proceso orgánico tumoral. Actualmente el diagnóstico preoperatorio ha aumentado. Dentro de los estudios de imagen disponible, la ecografía abdominal puede mostrar una imagen en diana en un corte transversal y múltiples capas delgadas, paralelas, hipoecogénicas en el corte longitudinal. Es un método con una sensibilidad del 100% y con una especificidad del 88%, a menudo una buena prueba para comenzar la serie diagnóstica. La tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste vía oral valora el diagnóstico y la etiología; y en caso de que se trate de una tumoración maligna, si existe afectación locorregional o metástasis a distancia. A pesar de estas pruebas

diagnósticas, frecuentemente el diagnóstico sigue siendo intraoperatorio. En cuanto al tratamiento, la resección intestinal es la norma por la alta probabilidad de lesión maligna subyacente, especialmente en personas de edad avanzada. En los casos en los cuales la cirugía puede diferirse y planificarse, debe ser tenido en cuenta el abordaje laparoscópico. No obstante, es fundamental considerar en cualquier caso, el tratamiento de la causa subyacente.