



## 242/2153 - DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE FI DERECHA ASOCIADA A CUADRO SUBOCLUSIVO EN PACIENTE JOVEN

F. Moreno Ramírez<sup>a</sup>, M. Vílchez Jaimes<sup>b</sup>, A. Pérez Pérez<sup>c</sup>, I. Galindo Román<sup>d</sup> y J. Mostazo Torres<sup>e</sup>

<sup>a</sup>FEA Traumatología. Hospital Infanta Margarita. Córdoba. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tarifa. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>e</sup>Especialista Aparato Digestivo. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 16 años. Sin AP. Acude a urgencias por dolor abdominal agudo de horas de evolución localizado a nivel centroabdominal-flanco derecho, asociado a distensión abdominal y náuseas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Defensa abdominal. Ecografía: invaginación intestinal. TAC: a nivel centroabdominal asa de paredes engrosadas presentando en su interior otro de menor calibre acompañado de grasa mesentérica que la rodea, pequeños vasos mesentéricos y en la raíz un grupo de adenopatías de hasta 12 mm. Además se observa dilatación de asas proximales en relación con cuadro oclusivo. Se decide realizar colonoscopia para intentar evitar cirugía urgente. Colonoscopia: se avanza hasta lo que aparentemente es ciego objetivando una lesión esférica, muy friable y de tacto duro de unos 4 cm de diámetro, mediante insuflación y movilización con pinzas se retrae y se introduce a través de lo que parece corresponder con válvula ileocecal. Se observa cómo se recupera el tránsito. Se realiza cirugía programada: hemicolectomía derecha. AP: infiltrado linfoide transmural tipo centroblastos con patrón en cielo estrellado con positividad a CD20, CD10, BCL6. Índice proliferativo 100%. Compatible con l. Burkitt.

**Juicio clínico:** Obstrucción intestinal en el adulto: linfoma ileal.

**Diagnóstico diferencial:** Ileítis, apendicitis, enfermedad de Crohn.

**Comentario final:** La invaginación intestinal es una causa excepcional de obstrucción mecánica intestinal en el adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia. Una lesión en la pared intestinal que produzca una alteración del peristaltismo, provoca que un segmento proximal se introduzca en uno distal. Cuando esto compromete el mesenterio da lugar a una compresión vascular, edema de la pared y necrosis del asa, si no se trata a tiempo. En cuanto al tratamiento, actualmente la resección intestinal es la norma por la alta probabilidad de lesión maligna en la población adulta. No existen actualmente evidencias para abstenerse de la desinvaginación, ya que en cualquier caso facilita la exposición para la resección además de no estar contraindicado nos permite diferir la cirugía y planificarla, permitiendo el abordaje laparoscópico, cosa que se pudo realizar gracias a la actuación endoscópica en nuestro caso.

## **Bibliografía**

1. Bernardi D, Asti E, Bonavina L. Adult ileocolic intussusception caused by Burkitt lymphoma. BMJ Case Rep. 2016 Dec 5;2016.

**Palabras clave:** Linfoma de Burkitt. Obstrucción.