

Cartas científicas

Obstrucción intestinal en el adulto secundaria a invaginación de un divertículo de Meckel

Intestinal obstruction secondary to invagination of a Meckel's diverticulum

La invaginación intestinal en adultos constituye una entidad infrecuente (el 5% de todos los casos de invaginación), y sólo el 1-5% produce obstrucción intestinal¹⁻⁵. En edad pediátrica representa habitualmente un proceso primario y benigno, y la reducción mecánica o hidrostática es suficiente para el tratamiento eficaz del 80% de los casos. Por el contrario, el 90% de las invaginaciones en adultos son secundarias a otra enfermedad subyacente, como carcinomas, pólipos, divertículos de Meckel, divertículos del colon o neoplasias que se diagnostican, de forma casual, en el curso de la intervención quirúrgica. Debido al riesgo asociado de malignidad (65%), la descompresión radiológica no representa el tratamiento de elección en adultos. Por esto, el 70-90% de los casos en adultos requiere tratamiento quirúrgico¹⁻³.

Se presenta el caso de un varón de 31 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos previos, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal súbito en la región periumbilical, síndrome tóxico y signos de oclusión intestinal. A la exploración física destacaba un abdomen distendido; en la radiografía de abdomen se observaba la presencia de niveles hidroaéreos y distensión de las asas

intestinales, sin que se apreciara neumoperitoneo (fig. 1A), y en la analítica destacaba leucocitosis de $22 \times 10^6/l$, con neutrofilia. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que mostró una obstrucción intestinal por invaginación intestinal ileoileal (fig. 1B).

Se estableció la indicación quirúrgica urgente y en la laparotomía exploradora se halló un divertículo de Meckel edematoso con signos de invaginación (fig. 2) y distensión de las asas intestinales proximales. Se practicó exéresis del divertículo. La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente permanece asintomático al mes de la intervención. La anatomía patológica evidenció una formación diverticular revestida en su mayor parte por mucosa de tipo ileal, y se identificó un foco de mucosa duodenal y un moderado infiltrado inflamatorio, con presencia de agregados linfoides.

Considerando la infrecuencia de la invaginación intestinal en adultos, el diagnóstico preoperatorio, la etiología y el tratamiento constituyen aspectos controvertidos. El diagnóstico preoperatorio habitualmente es difícil o tardío debido a la inespecificidad de los síntomas en la edad adulta, por lo que su diagnóstico es habitualmente intraoperatorio⁵. Sin embargo, el diagnóstico

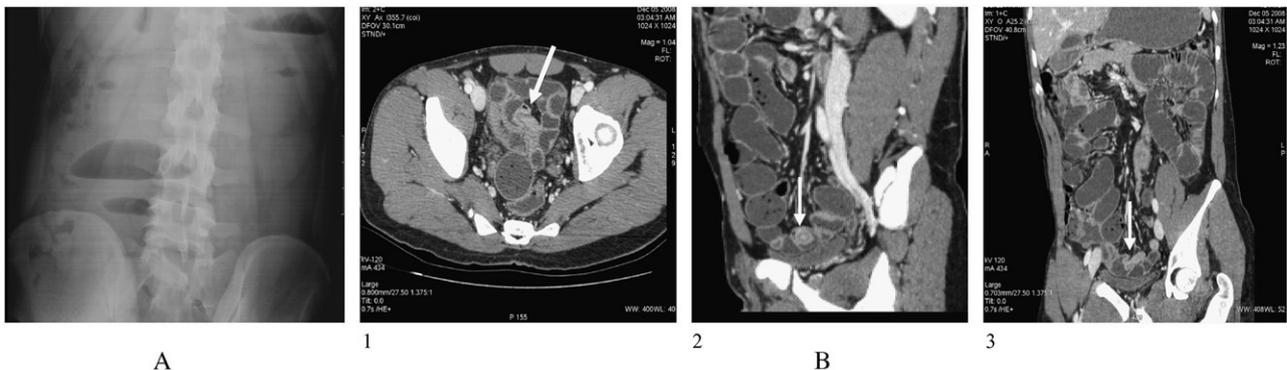


Figura 1 – A) Radiografía simple abdominal con presencia de niveles hidroaéreos. B) Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso. Corte axial (B1) y reconstrucciones multiplanares (B2 y B3 en el plano sagital-oblicuo izquierdo), que demuestran distensión de las asas del intestino delgado proximal a la imagen de invaginación ileoileal (flecha blanca).

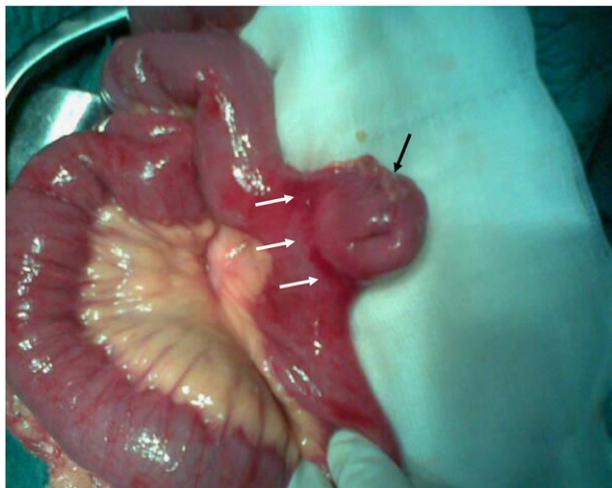


Figura 2 - Imagen del divertículo de Meckel edematoso (flecha negra) y línea eritematosa de invaginación preexéresis (flecha blanca).

preoperatorio puede realizarse ante una alta sospecha clínica y empleando la TC como herramienta diagnóstica (capaz de identificar el 58-100% de los casos)¹⁻⁵.

La invaginación se ha clasificado de acuerdo con su localización y potencial malignidad. Las invaginaciones localizadas en el intestino delgado son predominantemente benignas (el 90% de los casos), y su etiología es lipoma (30%), divertículo de Meckel (15%) y adenoma (7%). Por otra parte, las invaginaciones localizadas en el colon son en su mayoría lesiones malignas, habitualmente adenocarcinomas (84%) y linfomas (9%)⁴.

Por tanto, en pacientes con invaginación ileocólica, ileocecal o colocolica, especialmente en mayores de 60 años, debido a la alta incidencia de malignidad como factor etiológico, el tratamiento recomendado sería la resección con criterios oncológicos, sin reducción previa o intraoperatoria de la

invaginación y con anastomosis primaria. Sin embargo, cuando puede establecerse el diagnóstico preoperatorio de lesión benigna, la reducción y la resección limitada constituyen el tratamiento de elección¹⁻³. Algunos autores indican que, ante una invaginación intestinal con el intestino viable y el divertículo de Meckel como mecanismo causal, la realización de una diverticulectomía representa un tratamiento óptimo^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407-11.
2. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez A, Lirón-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguilar-Jiménez J, et al. Intestinal invagination in adults: Preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:68-72.
3. Wang LT, Chang-Chieh W, Jyn-Cherng Y, Cheng-wen H, Chia-Chun H, Shu-Wen J. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1941-9.
4. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol.* 2008;98:444-7.
5. Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: An unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis.* 2005;20:452-6.

Ruby Elena Ramírez-Maldonado^{a,*}, Zoilo Madrazo-González^a, María Arantxa García-Barrasa^a, Sandra Ruiz Osuna^b y Antoni Rafecas-Renau^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Radiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.ramirez-maldonado@gmail.com (R.E. Ramírez-Maldonado).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.005

Histiocitoma fibroso maligno como degeneración de una úlcera venosa [☆]

Malignant fibrous histiocytoma as degeneration of a venous ulcer

Las úlceras de las extremidades inferiores pueden afectar al 3% de la población, el 90% de éstas son de etiología venosa y, aunque pueden llegar a ser incapacitantes y suponer una importante carga económica por su cronicidad, generalmente siguen un curso benigno.

La degeneración neoplásica de una úlcera venosa es una entidad rara —ocurre en el 0,34% de éstas— y generalmente la producen carcinomas espinocelulares, mientras que los sarcomas representan menos del 5%. El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es un tumor raro, cuya presentación sobre una

[☆]Trabajo presentado como panel científico en el XVI Congreso del Capítulo Español de Flebología dentro del LIV Congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard celebrado en Barcelona del 29 al 31 de mayo de 2008.