

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Intususpección en el adulto. Diagnóstico por TAC

M. C. Casamayor Franco, C. Yáñez Benítez, E. Hernando Almudí, L. A. Ligorred Padilla, A. García Omedes, J. I. López López¹ y F. Baque Sanz

Servicios de Cirugía General, Aparato Digestivo y ¹Radiología. Hospital San Jorge. Huesca

La invaginación intestinal es un proceso frecuente en la infancia pero únicamente el 5% de los casos ocurren en el adulto. Representan el 1-5% de las obstrucciones intestinales (1). Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de fractura de radio, que acudió a Urgencias por presentar clínicamente un síndrome de distensión visceral secundario a oclusión intestinal de dos días de evolución. Las pruebas complementarias revelaron leucocitosis con desviación izquierda y niveles hidroaéreos de intestino delgado. Tras la resolución del cuadro con tratamiento conservador, la colonoscopia mostró una neoformación polipoide vellosa de gran tamaño a 60 cm del margen anal y biopsia compatible con adenocarcinoma de colon. En el TAC abdominal se identificó malposición de asas ileales y estómago así como signos claros de invaginación (Fig. 1). Se programó intervención quirúrgica apreciando invaginación ileocecólica secundaria a tumoración voluminosa en ciego. Tras reducir la invaginación se practicó hemicolectomía derecha cursando el postoperatorio sin incidencias. La forma de presentación en el adulto suele ser subaguda o crónica con clínica inespecífica siendo el dolor abdominal el síntoma predominante (1) y excepcional la obstrucción intestinal mecánica (1,2). El TAC abdominal ha revelado su extraordinaria sensibilidad en el diagnóstico (78%) (3), especialmente en casos crónicos al identificar el intestino invaginado rodeado de grasa mesentérica, pudiendo incluso apreciarse los vasos mesentéricos en el interior del segmento invaginante (3,4). Todos los autores están de acuerdo en que la resección quirúrgica es el tratamiento de elección (1,5) dado que en el adulto casi siempre existe causa orgánica (80-90%) que actúa como cabeza de invaginación (1,2). Los tumores malignos, adenocarcinoma o linfoma, que asientan sobre la válvula ileocecal representan la causa más frecuente (65%) (2,3). La controversia en la bibliografía se debe a la reducción previa o durante la cirugía (2,5). Según algunos autores esta podría ocasionar embolización tumoral o diseminación intraluminal así como riesgo aumentado de perforación por necrosis mucosa inadvertida (5).



Fig. 1. Corte de la tomografía abdominal en la que se aprecia la invaginación de un segmento intestinal en la luz del intestino adyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín JG, Aguayo JL, Aguilar J, Torralba JA, Lirón R, Miguel J, et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de siete casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp* 2001; 70: 93-7.
2. Azar T, Berger D. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226 (2): 134-8.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Adult intussusception-a CT diagnosis. *Br J Radiology* 2002; 75: 185-90.
4. Warshauer D, Lee J. Adult intussusception detected at TC or MR Imaging: Clinical-imaging correlation. *Radiology* 1999; 212: 853-60.
5. Nagorney D, Sarr M, Donald C, Mc Ilrath MD. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 230-6.