

Imágenes en Cirugía General

Invaginación ileocólica secundaria a lipoma submucoso

Ileocolic intussusception due to submucosal lipoma

Gómez Sánchez J, Cisneros Ramírez A, Chas Garibaldi P, Mirón Pozo B

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

RESUMEN

La invaginación ileocecal en adultos es infrecuente y puede ser debida a múltiples causas. Se debe descartar la existencia de una lesión orgánica que actúe de eje de invaginación, tales como procesos neoplásicos, tumores carcinoides o linfomas, siendo infrecuente la invaginación por un lipoma submucoso. Se presenta un caso de invaginación ileocecal secundario a lipoma submucoso en un paciente con dolor abdominal y cuadro de obstrucción intestinal intermitente.

Palabras clave: invaginación, lipoma, dolor abdominal.

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez
Hospital Universitario San Cecilio
18016, Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

XREF

ABSTRACT

Ileocecal intussusception in adults is rare and its causes are different. The existence of an organic lesion that causes intussusception, such as neoplastic processes, carcinoid tumors or lymphomas, must be ruled out. Intussusception by a submucosal lipoma is infrequent. We report the case of ileocecal intussusception secondary to submucosal lipoma in a patient with abdominal pain and intermittent intestinal obstruction.

Key words: intussusception, lipoma, abdominal pain.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal en adultos es una situación infrecuente que se caracteriza por dolor abdominal intermitente, obstrucción y hematoquecia¹. La localización más común es en intestino delgado, seguida de la ileocólica y de la colocolónica. Los lipomas son los tumores benignos gastrointestinales más frecuentes, localizándose

CITA ESTE TRABAJO

Gómez Sánchez J, Cisneros Ramírez A, Chas Garibaldi P, Mirón Pozo B. Invaginación ileocólica secundaria a lipoma submucoso. Cir Andal. 2023;34(1):85-87. DOI: 10.37351/2021341.16.

a nivel ileal y con una mayor incidencia entre la 5ª-6ª década de la vida. Generalmente son de pequeño tamaño y asintomáticos, aunque cuando sobrepasan los 4 cm pueden dar síntomas tales como sangrado gastrointestinal, dolor abdominal o alteraciones del hábito intestinal². Una de estas manifestaciones es la invaginación intestinal ileocólica, cuadro clínico que describimos a continuación.

CASO CLÍNICO

Se presenta paciente de 48 años que consultaba por dolor abdominal de tres meses de evolución en fosa iliaca derecha, de tipo cólico, con distensión abdominal y deposiciones diarreicas intermitentes asociadas que solían ceder a los dos o tres días del inicio del dolor. Asociaba astenia con pérdida ponderal de 12 kilogramos. Se inició estudio ambulatorio, efectuándose colonoscopia completa con hallazgo de neoformación pediculada con patrón JNET 2b³ a nivel cecal, de la cual se toman biopsias siendo estas inconcluyentes. Presentó episodio de mayor dolor abdominal refractario a analgesia, con deposiciones sanguinolentas motivo por el cual acudió a Urgencias. Se efectuó tomografía abdominal que informaba de invaginación ileocólica en cuyo extremo distal existía una lesión intraluminal de 5 centímetros de aparente densidad grasa (Figura 1). Analíticamente destacaba una leucocitosis con mínima neutrofilia y elevación de Proteína C reactiva.

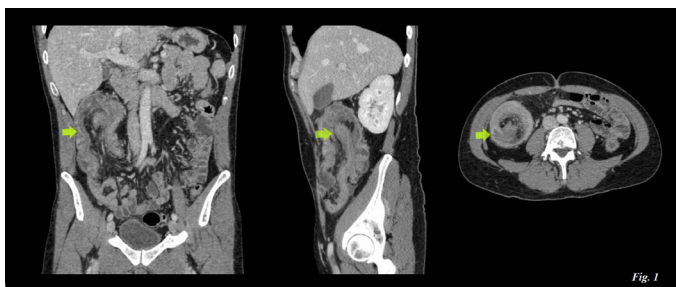


Figura 1

Tomografía abdominal en distintos planos en la que se evidencia invaginación ileocólica secundaria a tumoración de densidad grasa.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, evidenciando intraoperatoriamente dicha invaginación (Figura 2) y realizándose una hemicolectomía derecha. El resultado anatomopatológico diferido informó de pólipo mesenquimal benigno (lipoma) localizado en la submucosa de la válvula ileocecal como responsable de la invaginación.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal es la introducción telescópica de una porción del intestino en otro generalmente distal, siguiendo los movimientos peristálticos del intestino⁴. A diferencia de la edad pediátrica, donde la etiología de la invaginación intestinal es idiopática en el 90% de los casos, en los adultos se evidencia una causa en el 70-90% siendo esta los tumores benignos (37,4%), seguida de los tumores malignos (32,9%) y la etiología idiopática (15,1%). Los lipomas submucosos suele ser solitarios, de tamaño variable y son causa infrecuente de invaginación intestinal en el adulto. La dificultad en su diagnóstico radica tanto en su escasa incidencia como en la

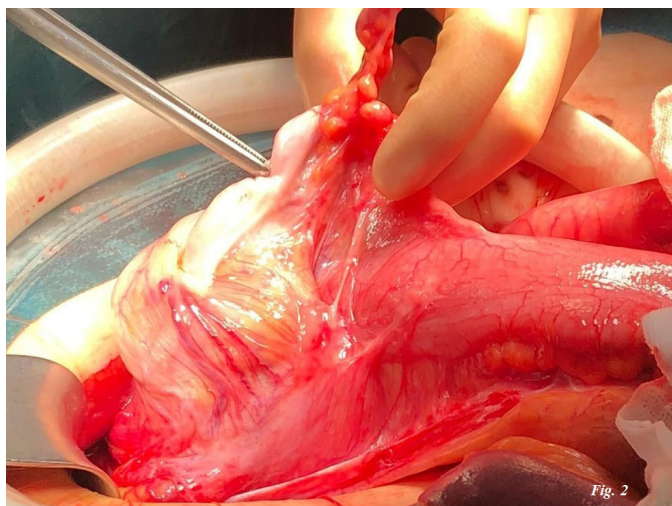


Figura 2

Hallazgo intraoperatorio de invaginación ileocólica, con reducción parcial de dicha intususcepción.

escasa clínica, dependiente de su tamaño, ya que síntomas como dolor abdominal, rectorragia u obstrucción son comunes a otras etiologías. Para su diagnóstico, es fundamental una prueba de imagen previa, siendo de elección la tomografía abdominal, ya que la ecografía puede mostrarnos únicamente dilatación de asas de intestino, sin un claro punto de cambio de calibre.

Tal y como recientemente publicaba Serrano et al⁵, el lipoma submucoso suele crecer protruyendo hacia la luz intestinal facilitando conforme va aumentando de tamaño la aparición de sintomatología casi siempre de tipo obstructivo. En dicho artículo se presenta un cuadro de invaginación también debido a lipoma, a nivel yeyuno-yeyunal, que requirió de tratamiento quirúrgico. Coincidimos en que el tratamiento de elección ante una invaginación irreductible es la cirugía con resección intestinal⁶ permitiendo su estudio anatomopatológico para descartar procesos neoplásicos, que debe ser siempre la sospecha clínica⁷, ya que es frecuente que estos puedan que actuar como eje de la invaginación tanto a nivel ileocecal como colocolónica.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez R, Poletto DJ, Moreno MT, Climent A, Toscano E. Ileoileal and ileocecal intussusception due to ileal lipoma: A rare cause of bowel obstruction in the adult. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2018 Oct-Dec;83(4):457-459. doi: 10.1016/j.rgmx.2017.03.002. Epub 2017 Jul 3.
- González-Amores, B. Ferreiro-Argüelles, J. Calle-Calle, Hernando-Rebollar S, Jimenez-Moreno M, Perdices-López E.V. et al. Pérdida ponderal como factor asociado de invaginación colocolónica por lipoma gigante. *RAPD Online* 2014, 37-3 pp 152-153.
- Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, Sakamoto T, Matsuda T, Sekine S et al. Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. *United European Gastroenterol J*. 2019 Aug;7(7):914-923. doi: 10.1177/2050640619845987.

4. Calvo AM, Montón S, Rubio T et al. Invaginación intestinal en el adulto secundaria a lipoma yeyunal. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2005 Abr ; 28(1): 115-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000100011&lng=es
5. Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Roldán Aviña JP. Invaginación intestinal entero-entérica por lipoma intraluminal. *Cir Andal*. 2022;33(1):64-66. DOI: 10.37351/2022331.16
6. Minaya Bravo AM, Vera Mansilla C, Nogueras Fraguas, Granell Vicent FJ. Ileocolic intussusception due to giant ileal lipoma: Review of literature and report of a case. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3(8):382-4. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.03.035. Epub 2012 Apr 17. PMID: 22622130; PMCID: PMC3376677.
7. Gras Gomez C, Ruiz Pardo J, Sánchez Fuentes PA, Vidaña Márquez E, Moya P, Reina Duarte A. Invaginación de colon transverso secundaria a adenocarcinoma colorrectal: una causa extremadamente infrecuente de dolor abdominal en adultos. *Cir Andal*. 2022;33(1):40-42. DOI: 10.37351/2022331.8