



IMAGEN MÉDICA

Invaginación colocolica de presentación clínica poco frecuente, secundaria a adenoma vellosa malignizado.

Antonio Rodríguez Infante. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Agustín.

Daniel Fernández Martínez. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias.

Maria Pilar Mosteiro Diaz. Universidad de Oviedo

Presentamos el caso de una mujer de 76 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por diarrea recurrente desde hace 8 meses, alteraciones hidroelectrolíticas, astenia y pérdida de peso. Colonoscopia: lesión polipoidea estenosante en ángulo hepático de colon, con carcinoma “in situ” en la biopsia. TC abdominal: imagen “en diana” compatible con invaginación colocolica, que involucra el ángulo hepático y un segmento de transversa, sin metástasis a distancia (Fig. 1). Marcadores tumorales: normales.



Fig. 1. TC abdominal: invaginación colocolica



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):56-58
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913441

Mediante laparotomía media, se practicó una hemicolectomía derecha ampliada (Fig. 2). Estudio histopatológico: adenocarcinoma bien diferenciado sobre adenoma vellosos, sin evidencia de neoplasia en 36 ganglios aislados (T2 N0 M0). Postoperatorio sin incidencias. Fue alta al séptimo día.

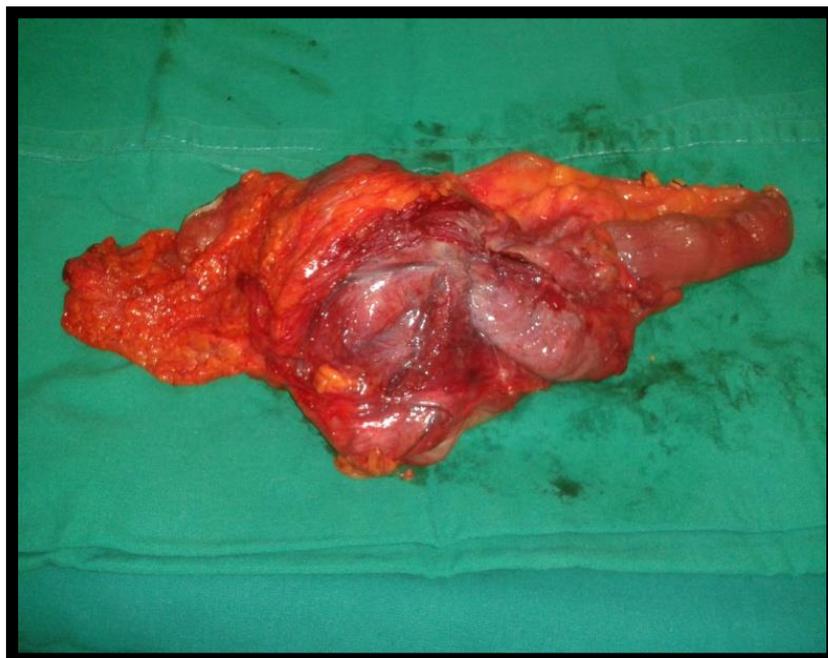


Fig. 2. Pieza quirúrgica.

La invaginación se produce cuando un segmento de intestino se desplaza sobre la luz de un segmento distal, normalmente por la progresión de una masa polipoide propulsada por los movimientos peristálticos. Las lesiones en el adulto son malignas en un 60% de los casos (adenocarcinoma estirpe más frecuente, seguida del linfoma). La prevalencia de las invaginaciones intestinales es menor al 5%, siendo las colocólicas extremadamente raras (3/106 hab. x año)¹.

Clínicamente se manifiesta como una obstrucción intestinal completa o intermitente. Sin embargo, la presencia de episodios de diarrea y de pérdida de



peso, como ocurrió en nuestra paciente, son poco frecuentes y se describen en el 10% de los casos². La TC es el método diagnóstico de elección.

El tratamiento de elección es quirúrgico³, debido al riesgo de isquemia intestinal y a la existencia de lesiones malignas. Es relevante valorar la clínica asociada y realizar estudios diagnósticos precisos para descartar malignidad; ya que, el diámetro, la longitud y el tipo de invaginación, son predictores de resolución espontánea del proceso.

Lo particular del caso que exponemos es la forma atípica de presentación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haas EM, Etter EL, Ellis S, et al. Adult intussusception. *Am J Surg* 2003; 186: 75-6.
2. Gustafsson BI, Siddique L, Chan A, et al. Uncommon cancers of the small intestine, appendix and colon: an analysis of SEER 1973-2004, and current diagnosis and therapy. *Int J Oncol* 2008; 33: 1121-31.
3. Rosales Juega JG, Jorge Iglesias M, Rosales Juega D, et al. Invaginación sigmoideoanal: caso clínico. *Cir Esp* 2001; 69: 185-7.