



Intususcepción ileo-cólica en paciente adulto, secundaria a lipoma

Natalia Apentchenko Eriutina

Fabiola Lucena Navarro

Ágata Laguno de Luna

Cirugía general y digestivo, H. Costa de Sol (Marbella)

IMAGEN MÉDICA

Mujer de 58 años, sin antecedentes y una colonoscopia normal 3 años antes, intervenida de apendicitis, que acudió a urgencias por dolor en epigastrio de 6 horas de evolución sin otros síntomas. Presentaba buen estado general. El abdomen era doloroso en fosa ilíaca derecha con defensa a ese nivel, sin masas y ruidos abdominales normales. No presentaba alteraciones analíticas. Se realizó radiografía de abdomen (Imagen 1) y TC abdominal con contraste intravenoso (Imágenes 2 y 3).



Imagen 1: Radiografía simple de abdomen. En el flanco izquierdo se aprecia imagen redondeada radioopaca, correspondiente a la cabeza de la invaginación.



Imagen 2: Corte axial que muestra la clásica imagen de ojo de buey (lesión de densidad grasa a nivel de válvula ileocecal y la invaginación intestinal que la rodea).

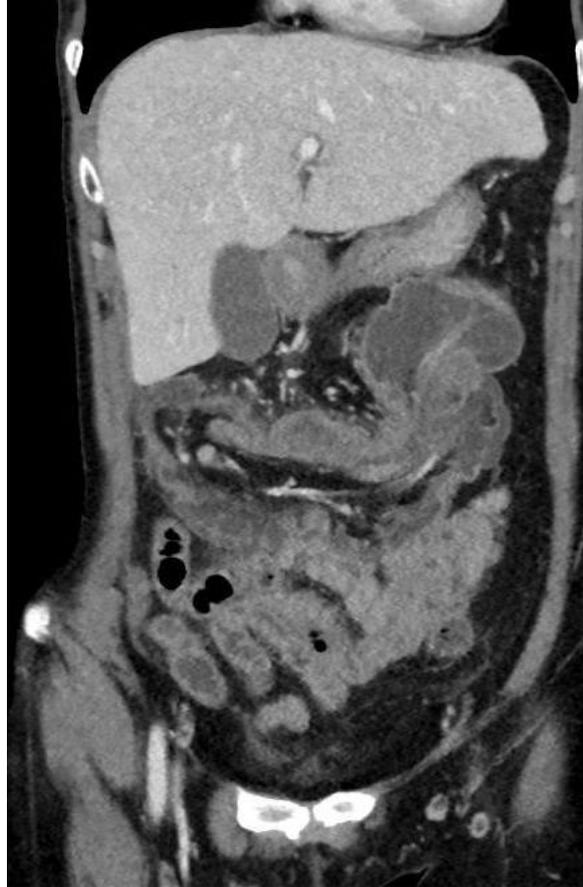


Imagen 3: Corte coronal. Invaginación del íleon y colon hasta ángulo esplénico y el eje vascular del mesenterio invaginado.

Se realizó laparotomía urgente, confirmándose existencia de una invaginación intestinal (Imágenes 4 y 5), completando desinvaginación y resección ileocecal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de lipoma submucoso.

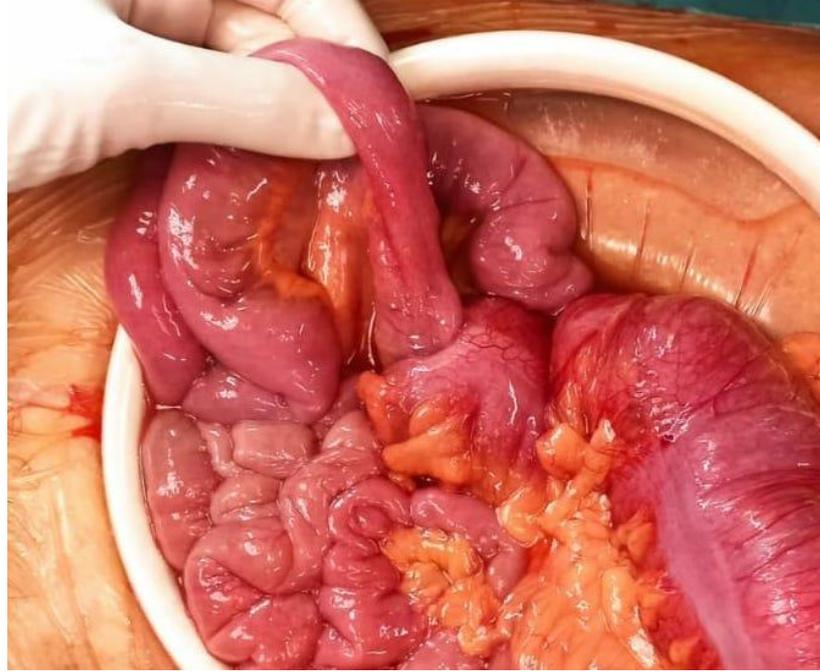


Imagen 4: Invaginación ileo-cólica.



Imagen 5: Lesión causante de la invaginación, redondeada, elástica, en el grosor de la pared intestinal y sin afectación de la válvula ileocecal, con aspecto macroscópico de lipoma.



La intususcepción representa menos del 5% de los casos de obstrucción intestinal en el adulto². Suele ser secundaria a lesiones intestinales (65%)³, por lo tiene indicación de tratamiento quirúrgico.

Los lipomas son un tumor intestinal raro, mas frecuentes en ciego y colon ascendente, que afectan a mujeres entre los 50 y 60 años⁴. Raramente son sintomáticos y su diagnostico es incidental. Los mayores de 2 cm pueden causar obstrucción intestinal. Aquellos mayores de 5 cm causan síntomas en el 75% de los casos⁵. El diagnóstico es radiológico, por ecografía y TC.

BIBLIOGRAFÍA

1. El-Sergany A, Darwish A, Mehta P, Mahmoud A. Community teaching hospital surgical experience with adult intussusception: Study of nine cases and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2015;12:26-30. doi:10.1016/j.ijscr.2015.03.032
2. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(1):30-39. doi:10.1055/s-0036-1593429
3. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann. Surg.* 1981; 193:230-236.
4. De Figueiredo LO, Garcia DPC, Alberti LR, et al. Colo-colonic intussusception due to large submucous lipoma: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:107-110. doi:10.1016/j.ijscr.2016.09.006
5. Ongom PA, Wabing H, Lukande R. A giant intraluminal lipoma presenting with intussusception in an adult: a case report. *J. Med. Case Report* 2012; 29(Oct 6):370.