



Nº 1017

MÁS QUE UN JUEGO DE NIÑOS

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA TUCUMÁN - ARGENTINA

Autores: Meneses R. Soleily B., Barros Carla Rita, González Ana Florencia, Abelleira Bárbara Geraldine, Raimondo Sofía María y Ismail Alderete Eliseo

soleily116112@gmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

PRESENTACIÓN DEL CASO

- Varón
- 56 años

M.C.: **Dolor abdominal**, tipo cólico, localizado en fosa iliaca izquierda, que se irradia a mesogastrio.

Asociado a **diarrea y vómitos**. De una semana de evolución que empeora en las ultimas 24 hs.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Patognomónico de la intususcepción intestinal :

- En el eje transversal aspecto de **"diana"**.

La capa más externa corresponde al asa invaginante, seguido de un halo de grasa mesentérica y por dentro el asa invaginada con su luz.

- En el eje mayor de la lesión adquiere el aspecto de **"sándwich"**

El segmento proximal del intestino se introduce en forma telescópica en el segmento distal adyacente.



DISCUSIÓN

- La inclusión del mesenterio en la invaginación va a comprometer el retorno venoso dando lugar a edema mural. Lo que lleva a la necrosis, principalmente cuando se suma el compromiso del flujo arterial.
- Es frecuente la presencia de una patología orgánica maligna que actúa como cabeza de invaginación y es importantísimo su caracterización a la hora de planificar el tratamiento.
- Estudios recientes plantean que la forma crónica, con dolor abdominal intermitente es el contexto de invaginación parcial y reducción espontánea es más frecuente que la obstrucción intestinal aguda.



CONCLUSION

A pesar de la escasa frecuencia de la invaginación intestinal en el adulto, 1% de los pacientes con obstrucción intestinal, su diagnóstico debe estar presente.

La imagen tomográfica es patognomónica y es por lo tanto el método de elección, dado que además permite localizar el segmento de intestino comprometido y demostrar la causa subyacente. En el 60 % de los casos se trata de lesiones malignas como linfoma o adenocarcinoma.

Con respecto a la intususcepción que se presenta en la edad pediátrica existen diferencias en frecuencia, la forma de presentación clínica y la causa subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

- Schwartz. Principios de Cirugía, 11e F. Charles Brunicki, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, Lillian S. Kao, John G. Hunter, Jeffrey B. Matthews, Raphael E. Pollock
- 2020 Hidalgo Mora et al. vol 4, número 6 Diciembre 2020 - Enero 2021 DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i6.203>
- West KW, Stephens B, Vane DW, Grosfeld JL. Intussusception: current management in infants and children. *Surgery*. 1987 Oct;102(4):704-10. PMID: 3660243.
- Kim JH, Lee JS, Ryu JM, Lim KS, Kim WY. Risk Factors for Recurrent Intussusception After Fluoroscopy-Guided Air Enema. *Pediatr Emerg Care*. 2018 Jul;34(7):484-487. doi: 10.1097/PEC.0000000000001071. PMID: 28221279.
- Rios-Cruz D, Ramírez-Morales F, López-Pretelín NP, Quiroz-Morales CN, Bezares-Bravo G. Invaginación intestinal: un dilema diagnóstico en el adulto. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía [Intestinal intussusception: a diagnostic dilemma in adults. Two case reports and literature review]. *Cir Sir*. 2014 Jul-Aug;82(4):436-41. Spanish. PMID: 25167356.
- Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, Baltoggiannis G, Ignatiadou E. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. *G Chir*. 2013 Sep-Oct;34(9-10):280-3. PMID: 24629817; PMCID: PMC3926485.