

Imágenes en Cirugía General

Invaginación intestinal entero-entérica por lipoma intraluminal

Entero-enteric intestinal invagination due to intraluminal lipoma

Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Roldán Aviña JP

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

RESUMEN

Los lipomas intestinales son tumores benignos raros, la mayoría de ellos asintomáticos y diagnosticados de modo incidental. El TAC de abdomen es la prueba de imagen que más ayuda en el diagnóstico. Su tratamiento viene determinado por la situación clínica que origine, el tamaño y su localización. Sólo deben ser resecaos si producen síntomas, sobre todo en aquellos cuyo tamaño es superior a los 2 cm.

Palabras clave: invaginación, obstrucción intestinal, adultos, lipoma intraluminal.

ABSTRACT

Intestinal lipomas are rare benign tumors, most of them asymptomatic and diagnosed incidentally. Abdomen CT is the imaging test most helpfull in the diagnosis. Its treatment is determined by the clinical situation that originates, the size and its location. They should only be resected if they produce symptoms, especially those whose size is greater than 2 cm.

Key words: Intussusception, intestinal obstruction, adults, intraluminal lipoma.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal en el adulto es una condición rara, representando menos de un 5% de las obstrucciones de intestino delgado¹. Los lipomas del tubo digestivo son tumores benignos que pueden aparecer en cualquier lugar de este, siendo el sitio más común la región ileal². Normalmente causan síntomas en menos del 25% de los pacientes, y cuando lo hacen, inicialmente se trata de síntomas

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
41400 Écija. Sevilla
jproldan@aecirujanos.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Roldán Aviña JP. Invaginación intestinal entero-entérica por lipoma intraluminal. Cir Andal. 2022;33(1):64-66.

vagos que no orientan a su etiología. Existe una relación entre el tamaño del lipoma y la aparición de síntomas, de forma que cuando son mayores de 2 cm pueden dar lugar a un cuadro de obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o intususcepción, siendo esta última la complicación más común del lipoma intestinal.

DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN

Hombre de 60 años con antecedentes de cirugía previa (colecistectomía y hernioplastia epigástrica), que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal intenso de escasas horas de evolución. El dolor se localizaba en la región centroabdominal superior, acompañado de náuseas y vómitos (alimentarios y biliosos) desde el inicio. Última deposición la noche anterior de características normales.

A la exploración el abdomen era blando y depresible sin palpase masas ni megalias. Cicatriz de laparotomía subcostal derecha continente. Doloroso a la palpación a nivel epigástrico sin signos de irritación peritoneal con peristaltismo intestinal presente.

En la radiología simple de abdomen se apreciaba correcta distribución del aire, sin niveles hidroaéreos ni dilatación de asas. En la analítica destacaban 14.300 leucocitos /mm³ con neutrofilia (78%).

Se instauró tratamiento con Tramadol 100 mg IV, Ranitidina 50 mg IV y Ondansetrón 8 mg IV con leve mejoría de los síntomas, aunque con aparición de defensa abdominal a la exploración. Se solicitó TAC de abdomen con contraste IV urgente (Figuras 1-3) en el que se observaba a nivel de epigastrio y mesogastrio una imagen compatible con una invaginación intestinal entero-entérica con longitud aproximada de 16 cm y grosor máximo de 4,5 cm, en la que parecía existir un punto guía producido por un lipoma intraluminal de 3,5 x 2 cm visible en el extremo de dicha invaginación.

Ante los hallazgos del TAC se indicó cirugía urgente mediante abordaje abierto en la que se evidenció una invaginación entero-entérica a nivel yeyunal (Figura 4). Se realizó desinvaginación manual



Figura 2 TAC de abdomen con contraste IV (corte coronal): invaginación intestinal entero-entérica.

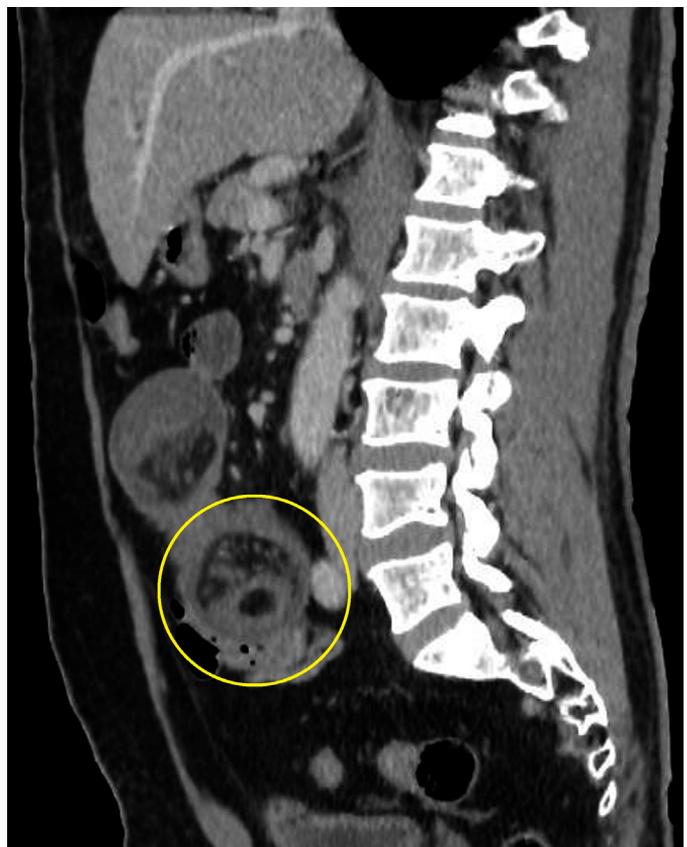


Figura 3 TAC de abdomen con contraste IV (corte sagital): invaginación intestinal entero-entérica.



Figura 1 TAC de abdomen con contraste IV (corte axial): invaginación intestinal entero-entérica.



Figura 4

Fotografía intraoperatoria en la que se aprecia segmento intestinal invaginado con congestión vascular a nivel del meso.

localizando finalmente un gran lipoma intraluminal que actuó como cabeza de la invaginación y que se resecó. No hubo ningún hallazgo añadido en la revisión de la cavidad.

El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dado de alta hospitalaria a la semana de su ingreso. El estudio anatomopatológico de la pieza remitida fue de fragmento de pared intestinal con lipoma de 3 cm.

COMENTARIOS A LA IMAGEN

La invaginación intestinal se define como la entrada de un segmento del tracto gastrointestinal dentro de otro situado distalmente, pudiendo traducirse en una obstrucción intestinal o estrangulamiento del asa intestinal implicada. En adultos, la obstrucción producida por un lipoma constituye sólo entre el 1-5% de los casos de obstrucción de intestino delgado; en niños la incidencia es bastante más alta y su etiología idiopática.

Desde el punto de vista histológico existen 3 subtipos de lipomas intestinales: 1) intermuscular, 2) subseroso y 3) submucoso, siendo los dos primeros los menos comunes. El submucoso por lo tanto es el más frecuente y suele crecer dentro de la capa submucosa protruyendo hacia la luz facilitando conforme va aumentando de tamaño la aparición de sintomatología casi siempre de tipo obstructivo, aunque en ocasiones puede presentarse en forma de hemorragia digestiva alta³.

En cuanto a su diagnóstico en el área de urgencias, la TAC de abdomen es la técnica complementaria de elección⁴. Se han descrito 3 patrones diferentes según el plano de sección y severidad del cuadro: 1) la "imagen en diana" en la fase precoz en los cortes transversales, 2) la "imagen en salchicha" en los cortes longitudinales y 3) la "imagen en pseudoriñón" que aparece en las fases más avanzadas y severas debido al edema y compromiso vascular del asa afectada.

Respecto al tratamiento quirúrgico en los casos urgentes, la técnica de elección es la resección del segmento que contiene el lipoma, así como resección del segmento de intestino delgado implicado en la obstrucción siempre y cuando éste se encuentre desvitalizado y/o con signos de isquemia intestinal^{5,6}, quedando reservada la opción de la desinvaginación sólo cuando una resección pueda condicionar un síndrome de intestino corto⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrei LS, Andrei AC, Usurelu DL, Puscasu LI, Dima C, Preda E et al. Rare cause of intestinal obstruction - submucous lipoma of the sigmoid colon. *Chirurgia (Bucur)* 2014; 109:142-147. <https://www.revistachirurgia.ro/pdfs/2014-1-142.pdf>.
2. Vagholkar K, Chavan R, Mahadik A, Maurya I. Lipoma of the small intestine: a cause for intussusception in adults. *Case Rep Surg* 2015; Article ID: 856030. <https://doi.org/10.1155/2015/856030>.
3. Minaya-Bravo AM, Vera-Mansilla C, Noguerales-Fraguas F. Ileocolic intussusception due to giant ileal lipoma: review of the literature and report of a case. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3: 382-384. DOI: 10.1016/j.ijscr.2012.03.035.
4. Kim YH, Blake MA, Harisinghami MG, Archer K, Hahn PF, Pitman MB et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics* 2006; 26 :733-744. DOI: 10.1148/rg.263055100.
5. Morera Ocón FJ, Hernández Montes E, Bernal-Sprekelsen JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp* 2009; 86: 358-362. DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.08.002.
6. Kraniotis P, Pastromas G, Tsota I, Patsoura M, Petsas T. Giant ileocolic intussusception in an adult induced by a double ileal lipoma: A case report with pathologic correlation. *Radiol Case Rep* 2016; 11:148-151. DOI: 10.1016/j.radcr.2016.04.014.
7. Mouaquit O, Hasnai H, Chbani L, Benjelloun B, El Bouhaddouti H, Majdoub KI et al. Adult intussusceptions caused by a lipoma in the jejunum: report of a case and review of the literature. *World J Emerg Surg*, 2012; 7: 28. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-7-28>.