

INVAGINACIÓN INTESTINAL POR ADENOCARCINOMA DE CIEGO

**Dra. Candia Guillermina, Dra. Perez Domínguez Rocío,
Dra. Hughes Victoria, Dra. Martiarena Rosario, Dr. Schlain Sergio**

INTRODUCCIÓN

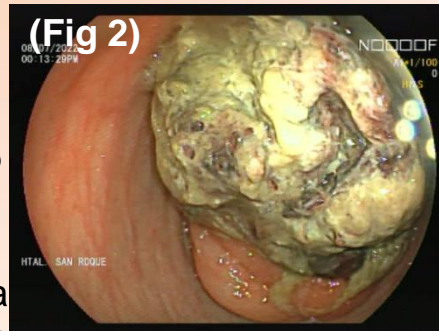
La invaginación intestinal en adultos es poco frecuente, representa el 1% de las obstrucciones intestinales. La localización más frecuente es el intestino delgado, seguida de la ileocólica y de la colocolica. Clínicamente suele ser crónica o subaguda, presentándose con síntomas poco específicos que pueden asociarse a obstrucciones parciales.

PRESENTACIÓN DE CASO

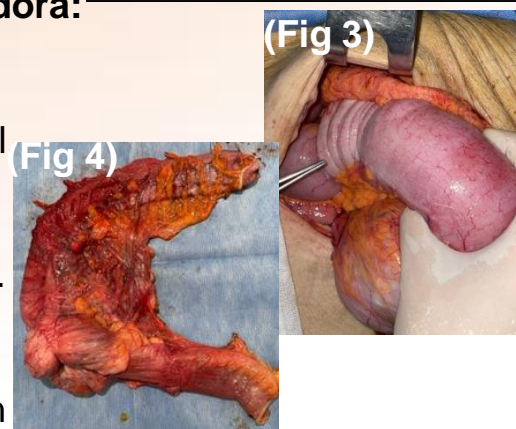
Paciente femenina de 93 años con antecedente de insuficiencia cardiaca, que consulta por guardia por presentar dolor abdominal tipo cólico, intermitente, de 3 meses de evolución, acompañado de diarrea y pérdida de peso. Al examen físico abdomen blando, doloroso, con masa palpable en epigastrio. **Tomografía de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso** evidencia invaginación del colon transverso (Fig.1).



Videocolonoscopia: invaginación intestinal a expensas de lesión vegetante que ocupa el 100% de la luz, ulcerada con áreas de necrosis (Fig.2). **Laparotomía exploradora:**



intususcepción del ciego hacia el colon ascendente y transverso (Fig.3). Se realizó reducción manual sin complicaciones, se evidencia tumor cecal intraluminal (Fig 4). Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis primaria (Fig.4). **Anatomía Patológica:**



Adenocarcinoma escasamente diferenciado de colon.

DISCUSIÓN

La invaginación colocolica es secundaria a una lesión subyacente en la mayoría de los casos, la videocolonoscopia permite la toma de biopsias para lograr un diagnóstico preciso y con ello un tratamiento adecuado. En pacientes con síntomas de larga evolución hay riesgo de perforación, que es más probable que ocurra en la fase de isquemia tisular crónica, donde también puede haber necrosis debido al compromiso vascular. En lo que respecta al abordaje quirúrgico, no está definida la extensión de la resección de una intususcepción o si el defecto debería ser reducido o no. Algunos autores recomiendan una resección en bloque sin intento de reducción con base en los principios oncológicos debido al alto riesgo de malignidad asociado.