

Caso	(301) Invaginación intestinal en adultos: hallazgos radiológicos típicos.
Autores	Cristina Moreno Reina, Isabel L. Mejía Mejía, Diego M. Angulo González
Centro	Hospital Universitario Virgen Del Rocío

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 45 años en estudio por Digestivo por dolor abdominal de 3 semanas de evolución con deposiciones diarreicas, algunas con sangre. Acude a Urgencias por exacerbación del dolor y distensión abdominal. Exploración física: molestias a la palpación profunda en hipogastrio, sin datos de peritonismo. Análisis: leucocitosis y aumento de la PCR.

Ante la sospecha de diverticulitis aguda se realiza una radiografía de abdomen en bipedestación y una TC abdominal urgente con contraste intravenoso.

En la radiografía simple de abdomen se identifica una imagen de masa en el interior del colon descendente con signo del menisco, sin datos de obstrucción intestinal. En la TC abdominal se identifica un segmento de “colon dentro de colon”, conformando la imagen típica en diana en el plano axial consistente en un segmento de colon con paredes edematosas y la presencia de un asa proximal colapsada, grasa mesentérica y vasos en su interior.

Los hallazgos radiológicos son compatibles con una invaginación intestinal colocolica, con lipoma mural de aproximadamente 37 mm como punto guía causante de dicha invaginación. No se observa dilatación de asas intestinales proximales ni niveles hidroaéreos que sugieran obstrucción intestinal.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal es una patología infrecuente en la edad adulta. Consiste en la introducción de un segmento intestinal y su mesenterio en la luz de un segmento de asa contigua. Se clasifican según su ubicación y según la presencia o ausencia de lesión guía.

Tradicionalmente se consideraba que la mayoría de invaginaciones en adultos eran secundarias a la presencia de una lesión subyacente. No obstante, con el mayor uso de la TC abdominal se ha observado un incremento de casos de invaginaciones transitorias sin enfermedad subyacente.

Las manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas, como dolor abdominal intermitente o distensión abdominal. Por esta razón, los hallazgos radiológicos en distintas técnicas de imagen son fundamentales para el diagnóstico.

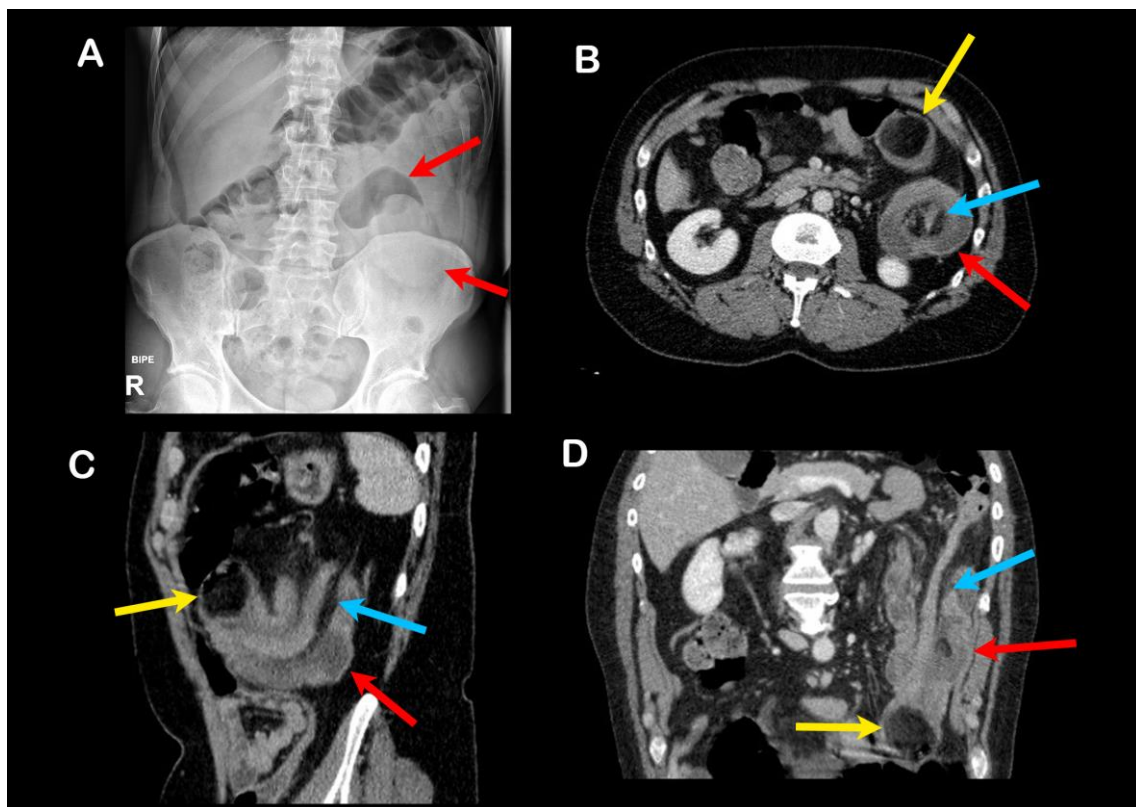
La radiografía abdominal puede mostrar el signo de la diana (anillo radiolúcido que rodea a una masa con densidad de partes blandas) o el signo del menisco (efecto masa en el interior de un asa intestinal), así como signos de obstrucción intestinal o de isquemia.

En la exploración ecográfica podrá identificarse el segmento invaginado como una lesión en diana en el corte transversal y como una imagen en pseudoriñón en el corte longitudinal, traduciendo un anillo edematoso hipoecogénico de asa intestinal con contenido ecogénico correspondiente a la grasa mesentérica y al espacio entre asas.

La TC abdominal es la técnica de elección para el diagnóstico de invaginación intestinal, ya que permite determinar la existencia de una lesión guía y su naturaleza. Se identificará la configuración típica de “intestino dentro de intestino” con un segmento distal receptor dilatado y con engrosamiento parietal, que en su luz contiene una masa excéntrica de tejido blando (segmento invaginado) con una semiluna adyacente de densidad grasa correspondiente al mesenterio invaginado. Además, permitirá la detección de complicaciones como obstrucción intestinal, hemorragia o perforación.

CONCLUSIÓN

La invaginación intestinal es una patología infrecuente en la edad adulta cuya presentación clínica es variada e inespecífica. Los hallazgos radiológicos, principalmente en TC abdominal, son fundamentales para el diagnóstico y la determinación de posibles causas subyacentes, así como la identificación de complicaciones.



Radiografía simple de abdomen en bipedestación (A): imagen de masa en el interior del colon descendente con signo del menisco (flecha roja). Sin datos de obstrucción intestinal. TC abdominal con contraste: cortes axial (B), sagital (C) y reconstrucción coronal (D). Imagen de “intestino dentro de intestino”: segmento de colon receptor dilatado con paredes edematosas (flecha roja), y contenido de densidad partes blandas correspondiente al segmento intestinal invaginado y grasa mesentérica (flecha azul), dando la típica imagen en diana en el plano axial. En su margen más caudal se identifica una lesión redondeada y bien delimitada, de atenuación grasa, compatible con lipoma como lesión guía causante del cuadro (flecha amarilla).

BIBLIOGRAFÍA

Kim YH, Blake MA, FRCR, Harisinghami MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics* 2006;26:733-44. <https://doi.org/10.1148/rg.263055100>

Tresoldi A, Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Hahn PF, Baker SP, et al. Adult intestinal intussusception: can abdominal MDCT distinguish an intussusception cause by a lead point? *Abdom Imaging*. 2008; 33:582-8. <https://doi.org/10.1007/s00261-007-9328-8>