

Caso
Autores
Centro

(657) Invaginación ileocecal del adulto por un pólipo atípico.
Martine Gunnarsdottir, Juan Luis Camacho
Hospital De Manises

EXPOSICIÓN DEL CASO

Acude a urgencias un paciente masculino de 36 años con dolor abdominal de 15 días de evolución. Refiere deposiciones diarreicas, sin vómitos ni fiebre. Destaca antecedente de linfoma en la infancia. Dolor en FID sin peritonismo. Analítica con leucocitosis y PCR aumentada.

En ecografía abdominal se identifica imagen tumoral en hipocondrio derecho, con signos de invaginación intestinal, que se interpreta como posible apendicitis invaginada. Se completa el estudio con TC abdomen-pelvis donde se confirma que se trata de una invaginación íleocecal con imagen de masa pedunculada hipodensa (55 x 50 x 50 mm) como cabeza de la invaginación.

Por el buen estado general del paciente se hace colonoscopia que confirma la invaginación que ocupa toda la luz.

Mediante laparotomía se realiza hemicolectomía derecha con la masa cecal y el apéndice normal.

En el informe de anatomía patológica se describe: Pólipo fibroide inflamatorio en válvula ileocecal. El estudio inmunohistoquímico de la lesión muestra proliferación de elementos fusiformes reactivos con CD34 y proliferación vascular. Ileitis aguda. No se identifican focos de linfoma en la lesión del íleon, ganglios linfáticos ni en el apéndice ileocecal.

El paciente se recupera bien tras la cirugía.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal ocurre cuando una porción del intestino se pliega como un telescopio, con un segmento que penetra dentro de otro. La invaginación intestinal es rara en adultos (5%) y tiene características diferentes a las invaginaciones de los niños. Casi 90% de los casos en adultos es secundaria a alguna condición patológica que sirve de punto guía (cabeza de la invaginación)(1).

El pólipo fibroide inflamatorio (IFP) o tumor de Vanek es una lesión polipoidea, mesenquimal y benigna, que se origina en la mucosa del tracto gastrointestinal. Puede encontrarse en todo el tubo digestivo, aunque la ubicación más frecuente es en el antro gástrico o en íleon distal (2). Puede producir sintomatología muy variada, desde ser asintomática hasta ser la causa de una hemorragia digestiva alta o la de una invaginación, como en el caso descrito.

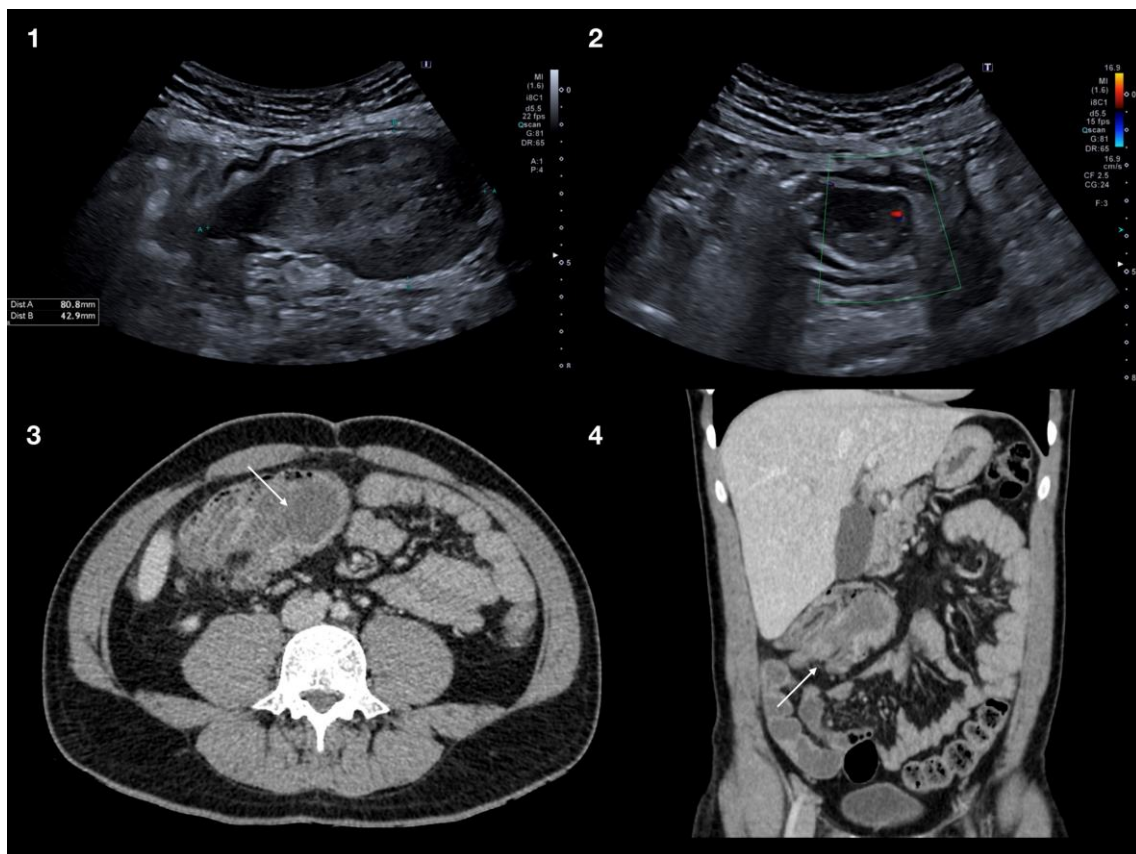
La invaginación tiene signos radiológicos conocidos en la ecografía, aunque se considera la tomografía computarizada el método más sensible para encontrar la causa (el pólipo) y confirmar la invaginación.

La mayoría de los pólipos fibroides se pueden reseccionar por vía endoscópica, aunque cuando presenta como un abdomen agudo/obstrucción por invaginación se recomienda laparotomía o laparoscopia exploradora cuanto antes para evitar isquemia, necrosis y posible perforación del segmento invaginado (2).

En cuanto al diagnóstico diferencial de los IFP, es imprescindible distinguirlos de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Esto se hace por examinación inmunohistoquímica; ambos tumores suelen ser CD34+, mientras los GIST también son CD117+, algo que los IFP no son(3).

CONCLUSIÓN

Los pólipos fibroides inflamatorios son tumores benignos del tracto gastrointestinal que varían mucho en su presentación clínica (desde ser asintomáticos hasta causar una obstrucción intestinal por invaginación). No se puede descartar malignidad sin examen inmunohistoquímico, por lo que es necesaria la resección del segmento afectado.



Ecografía abdominal. 1) y 2) En el hipocondrio derecho se identifica engrosamiento de las paredes del ciego y una lesión redondeada endoluminal dando el imagen de «pseudoriñón» y el signo de la diana. Los hallazgos radiológicos son indicativos de una invaginación intestinal. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase portal. 3) Cortes axiales: Se identifica una formación redondeada dentro de la invaginación ileocecal (flecha). 4) Corte coronal: masa con invaginación ileocecal (flecha). Engrosamiento difuso e irregular de la pared intestinal del segmento invaginado, sin infiltración de la grasa local.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol.* 2009;15(4):407-411. doi:10.3748/wjg.15.407
- 2) Abboud B. Vanek's tumor of the small bowel in adults. *World J Gastroenterol.* 2015;21(16):4802-4808. doi:10.3748/wjg.v21.i16.4802
- 3) Akbulut S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: a case report and comprehensive literature review. *World J Gastroenterol.* 2012;18(40):5745-5752. doi:10.3748/wjg.v18.i40.5745