

Intususcepción intestinal

Galvis-Contreras GR,¹ Galvis-Contreras LR,² Rivera-Tanjuan RE.³

¹ Residente de segundo año.

² Residente de primer año del posgrado de Cirugía General, Hospital Luis Razetti, Departamento de Cirugía General, Hospital Luis Razetti, Universidad de Oriente, Puerto La Cruz, Estado de Anzoátegui, Venezuela.

³ Residente de segundo año del posgrado de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Caracas, Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Distrito Capital, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Gabriel Ricardo Galvis Contreras, Departamento de Cirugía General, Hospital Luis Razetti. Av. Alterna y cruce con Av. Universidad, Puerto La Cruz, Anzoátegui, Venezuela. Teléfono: + 584243357094. Correo electrónico: gabrics@hotmail.com

Presentación del caso

Mujer de 32 años de edad cuyo cuadro se inició 8 días antes de su ingreso con dolor tipo cólico difuso, distensión abdominal progresiva y ausencia de evacuaciones, por lo que acudió al médico en varias oportunidades, quien le indicó tratamiento sintomático. Ante la persistencia de la sintomatología, a la que se agregaron signos clínicos de irritación peritoneal, decidió consultar en el hospital donde se desempeñan los autores. Se le indicó una tomografía computarizada que evidenció una masa con densidad de partes blandas en forma de diana, en la que se reconoció la invaginación del íleon distal rodeado por el segmento colónico proximal (ángulo hepático colónico), el cual contenía grasa mesentérica y vasos, visible tanto en el corte axial como en el sagital (Figuras 1 y 2). La paciente fue

llevada a cirugía, y durante el procedimiento se encontraron 500 cc. de secreción purulenta libre en cavidad e intususcepción íleo-colónica con perforación en el ángulo hepático del colon (Figura 3). Se realizó resección de los segmentos comprometidos con confección de ileostomía más fístula mucosa del colon transverso. La pieza quirúrgica fue enviada a anatomía patológica (Figuras 4 y 5), cuyos patólogos informaron la presencia de un pólipo sénil pediculado de 10 x 2 cm a nivel del íleon terminal. La composición histológica del mismo fueron glándulas neoplásicas benignas en racimo sobre la muscular y células epiteliales hiper cromáticas y estratificadas con poco contenido de mucina. La paciente egresó al cuarto día del postoperatorio con evolución satisfactoria.

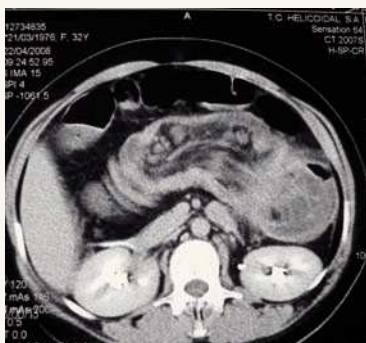


Figura 1.
Imagen de intususcepción intestinal.



Figura 2.
Imagen de intususcepción intestinal.



Figura 3.
Se evidencia intususcepción intestinal al abordaje de la cavidad abdominal.

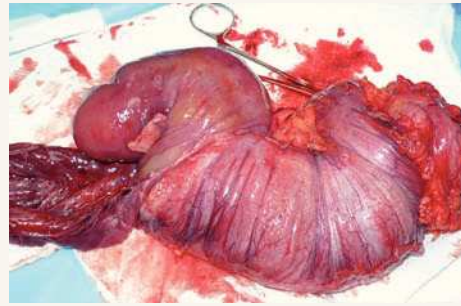


Figura 4.
Pieza completa de intususcepción intestinal.



Figura 5.
Corte de pieza anatómica intestino invaginado.