

Una infrecuente complicación de la neoplasia de sigma

Soriano-Navarro F.², Cordido-Henríquez F.¹, Azpeitia-Hernández J.², Pérez-Gimeno E.³, Vallejo-Desviat P.⁴, Molina-López-Nava P.⁴

Sanid. mil. 2023; 79 (3): 205-206, ISSN: 1887-8571

An uncommon complication of sigmoid neoplasm

SUMMARY

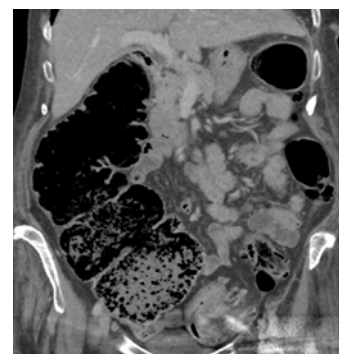
A 87-years-old women comes to the emergency department due to nausea and fecal vomiting of two or three days of evolution, without deposition. On physical examination, the abdomen is soft and depressible, without peritoneal irritation. On palpation, she refers abdominal discomfort. In the blood analysis, she presents leukocytosis with neutrophilia, and a increase of LDH, amylase, and PCR. Abdominal X-ray shows a big distension of the large bowel. An abdominal CT with intravenous contrast is requested due to the suspicion of acute abdominal pathology. It confirms the colon distension, and permits observing a sigmoid neoplasm causing secondary intussusception and bowel obstruction.

KEYWORDS: Large bowel distension, Neoplasm, Intussusception.

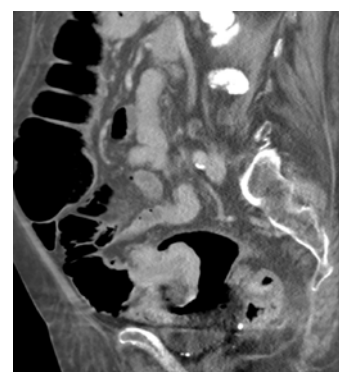
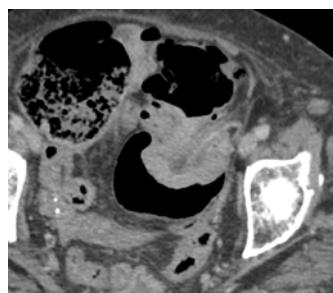
PRESENTACIÓN

Paciente mujer de ochenta y siete años que acude a urgencias por náuseas y vómitos fecaloideos de dos a tres días de evolución, con ausencia de deposición y meteorismo. Niega dolor abdominal, no fiebre, no astenia y no anorexia previas a este episodio. No hay otra sintomatología acompañante. Última ingesta hace veinticuatro horas. A la exploración del abdomen presenta ruidos intestinales conservados, es blando y depresible, y refiere molestias a la palpación difusa, sin irritación peritoneal. Analíticamente tiene leucocitosis con neutrofilia y aumento de LDH, amilasa, y PCR.

Tras la realización de Rx simple de abdomen se visualiza dilatación de todo el marco cólico, de hasta 9 cm en colon derecho, con abundante contenido fecaloideo y gas distal. Debido a la dilatación observada y a la información clínica aportada, se decide realizar TC abdomino-pélvico para descartar obstrucción intestinal. En la TC tras la administración de contraste intravenoso en fase portal identificamos un importante engrosamiento irregular de la pared del sigma de hasta 5 cm, sugestivo de origen tumoral, que ocasiona el deslizamiento de un segmento de intestino grueso hacia la luz de un segmento más distal, invaginándose y condicionando la dilatación retrógrada de todo el marco cólico, con ciego de aspecto crítico de hasta 11 cm y con íleon distal de calibre normal, lo que nos indica que la válvula ileocecal se mantiene competente.



Figuras 1 y 2: Rx en proyección AP y TC abdomino-pélvico con CIV en corte coronal que muestran la dilatación crítica de ciego.



Figuras 3 y 4: TC abdomino-pélvico con CIV en cortes axial y sagital que muestran el engrosamiento irregular de sigma que ocasiona la invaginación

1. Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».
2. Capitán. MIR radiología. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».
3. Teniente. MIR radiología. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».
4. Coronel. Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».

Dirección para correspondencia: Francisco Soriano Navarro. Servicio de Radiología. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid. España. Tlf: 914222000. fransona4@hotmail.com.

Recibido: 29 de enero de 2023

Aceptado: 03 de febrero de 2023

DOI: 10.4321/S1887-85712023000300009

Diagnóstico: neoplasia de sigma que provoca una invaginación colo-colónica con obstrucción intestinal secundaria

DIAGNÓSTICO

Neoplasia de sigma que provoca una invaginación colo-colónica con obstrucción intestinal secundaria.

DISCUSIÓN

La invaginación es el deslizamiento de un asa de intestino hacia la luz de un segmento más distal. Mientras que en pacientes jóvenes es más común, es rara en adultos, donde representa aproximadamente el 5 % del total. En estos, su causa primaria más frecuente son los tumores primarios (adenocarcinoma y linfoma) y la metástasis, siendo una causa muy infrecuente la idiopática.

Las de distribución colo-colónica son más frecuentemente localizadas en el sigma y en el recto. En el resto del marco cólico son más infrecuentes debido a su relación anatómica con el retroperitoneo. Suelen presentarse de forma subaguda con dolor abdominal y marcado estreñimiento.

En esta paciente, los datos clínicos y analíticos sumados a la Rx simple de abdomen nos aportan un diagnóstico de sospecha de obstrucción intestinal. Por ello, se realiza una prueba de elección, el TC abdomino-pélvico con CIV, para confirmar el diagnóstico y la causa que, en este caso, como se observó en los distintos cortes, fue una invaginación colo-colónica provocada por una neoplasia de sigma.

Respecto a los hallazgos radiológicos, tras el deslizamiento de un asa hacia la luz de un segmento más distal, provocado por ese engrosamiento irregular de la pared de sigma de aspecto tumoral que veíamos, nos encontraremos con que las capas del intestino se duplican formando anillos concéntricos. Veremos dos anillos hiperdensos/realzados concéntricos formados por el asa interna y el borde

doblado del asa externa. Además, en el interior de la invaginación podemos identificar la grasa y los vasos mesentéricos.

La invaginación suele producir obstrucción intestinal secundaria, visualizando ese punto de cambio brusco de calibre, con distensión retrógrada del marco cólico con pared adelgazada.

Una complicación grave que no se identificó en este caso se produce cuando la presión aumenta y el flujo sanguíneo se detiene, lo que puede condicionar una isquemia del asa afectada. Por ello, es importante buscar sus signos radiológicos, ya que condiciona el pronóstico del paciente.

Respecto al tratamiento, en las invaginaciones colo-colónicas con obstrucción asociada, y más si están provocadas por una neoplasia, la primera línea de tratamiento es la cirugía. En nuestra paciente se practicó la resección del segmento invaginado para proceder a una anastomosis de los extremos.

Posteriormente, la anatomía patológica de la pieza resecada mostró un diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con patrón cribiforme e infiltración de la muscular propia, sin evidencia de infiltración perineural ni linfovascular, y con los márgenes quirúrgicos libres de infiltración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choi, S. y otros. (2004). Intussusception in Adults: From Stomach to Rectum. *AJR Am J Roentgenol*, 183(3), pp. 691-698.
2. Kim, Y. y otros. (2006). Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *Radiographics*, 26(3), pp. 733-744.
3. Corbalán Sevilla, M. T. y otros. (2018). Invaginación intestinal en el adulto: causa excepcional de obstrucción intestinal mecánica. *Seram*.
4. Alwayay Quilodrán, P. y otros. (2015). Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 45, pp. 323-332.