

INVAGINACIÓN GASTRODUODENAL SECUNDARIA A PÓLIPO GÁSTRICO

GASTRODUODENAL INTUSSUSCEPTION SECONDARY TO A GASTRIC POLYP

M. del Moral-Martínez, R. Berenguer-Guirado, P. Martínez-Tirado, M.D. Quintero-Fuentes

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

En adultos, la invaginación intestinal se produce de forma excepcional, siendo lo más frecuente su localización en intestino delgado o grueso. En <10% de los casos, la invaginación es gastroduodenal. Presentamos el caso de una invaginación gastroduodenal secundaria a un pólipo gástrico.

Palabras clave: Invaginación gastroduodenal; Pólipo gástrico; obstrucción gástrica.

Abstract

Intussusception is an entity with rare occurrence in adults. When it occurs its most common location is the small or large intestine. Gastroduodenal intussusceptions occur in less than 10% of cases. We report the case of gastroduodenal intussusception secondary to a gastric polyp.

Key words: Hgastroduodenal intussusception; gastric polyp; gastric outlet obstruction.

Cuerpo

Se trata de una mujer de 77 años con antecedentes personales de HTA derivada a nuestra consulta para estudio de anemia y cuadro constitucional. La paciente refiere molestias epigástricas inespecíficas, saciedad precoz, astenia y anorexia. No náuseas ni vómitos. Pérdida de peso de unos 5 kg en el último mes. No presenta otra sintomatología. A la exploración presenta buen estado general, palidez cutáneo-mucosa, no se palpan adenopatías supraclaviculares, axilares ni cervicales y la palpación del abdomen es anodina. Análíticamente Hb 8.2 g/dL, VCM 76 fl, hierro 24, IST 11.8%.

Se solicita EDA que evidencia en parte superior de curvatura mayor de cuerpo gástrico una lesión polipoidea y ulcerada, que sugiere neoformación, por lo que se toman múltiples biopsias. En espera de la confirmación histológica se solicita TC toraco-abdominal con contraste iv. que informa de lesión nodular sólida en curvatura mayor gástrica de 65 x 40 x 40 mm compatible con neoformación (Figura 1). No se observan adenopatías ni metástasis a distancia.

La paciente ingresa por astenia marcada y vómitos postprandiales que le limitan la ingesta. Se realiza nueva EDA observando a unos 5 cm de cardias un plegamiento mucoso que se consigue sobrepasar, visualizando continuamente en retrovisión, cámara gástrica volvulada con la masa polipoidea de aspecto vellosa anteriormente descrita que actúa como eje de rotación, sin poder visualizar ni introducirnos en antro gástrico (Figura 2). Las biopsias tomadas en la primera endoscopia informan como adenoma gástrico túbulo-vellosa de tipo intestinal con displasia de bajo grado. Tras contactar con Cirugía, se decide intervenir de

CORRESPONDENCIA

María del Moral Martínez
mdelmoral87@gmail.com



Figura 1
TC abdominal con contraste IV.



Figura 2
Endoscopia digestiva alta.

forma preferente. Durante la cirugía se observa la lesión polipoidea descrita en cuerpo gástrico de unos 7 cm de diámetro mayor, con base amplia, que invagina pared gástrica y pasa a través de píloro. Se realiza resección mucosa de la lesión y resección en cuña transversal. La pieza quirúrgica es informada como adenoma túbulo-veloso de tipo intestinal con displasia epitelial de bajo grado.

Los pólipos gástricos, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y las neoplasias localizadas a nivel antral han sido descritas como causa de obstrucción gástrica intermitente debido a su prolapso a través de píloro, sin embargo, es muy raro que causen invaginación gastroduodenal como ocurre en nuestro caso¹⁻⁶. La clínica dependerá de la capacidad de reducción espontánea, si la lesión es fácilmente reducible presentará clínica intermitente de dolor abdominal y vómitos, sin embargo, si no se consigue reducir puede llegar a producirse una verdadera obstrucción gástrica^{1, 4, 5}.

El diagnóstico lo confirmarán la endoscopia digestiva así como la TC abdominal, pudiendo ser útil la ecografía en algunos casos^{2,6}. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico, en nuestro caso debido a las escasas posibilidades endoscópicas fue necesario realizar resección quirúrgica^{3,6}.

Bibliografía

1. Kim DJ, Lee JH, Kim W. Gastroduodenal intussusception resulting from large hyperplastic polyp. *J Gastric Cancer* 2012;12:201–204.
2. Asai S, Kijima H, Yamamoto S, Shiraishi S, Suzuki T, Maeda Y, Matsushita H, Miyachi H. Gastroduodenal intussusception secondary to pedunculated gastric carcinoma. *J Ultrasound Med* 2008;27:673–676.
3. Rittenhouse DW, Lim PW, Shirley LA, Chojnacki KA. Gastroduodenal intussusception of a gastrointestinal stromal tumor (GIST): case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2013;23:e70–e73.
4. Parikh M, Kelley B, Rendon G, Abraham B. Intermittent gastric outlet obstruction caused by a prolapsing antral gastric polyp. *World J Gastrointest Oncol* 2010;2:242–246.
5. Chahla E, Kim MA, Beal BT, Alkaade S, Garrett RW, Omran L, Ogawa MT, Taylor JR. Gastroduodenal Intussusception, Intermittent Biliary Obstruction and Biochemical Pancreatitis due to a Gastric Hyperplastic Polyp. *Case Rep Gastroenterol*. 2014 Nov 22;8(3):371-6.
6. Shum JS, Lo SS, Ka SY, Yeung CW, Ho JT. Gastroduodenal intussusception. *Abdom Imaging* 2007;32: 698–700.