

# INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA SECUNDARIA A LIPOMA ILEAL: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN EL ADULTO.

Ileocolic intussusception secondary to ileal lipoma: a rare pathology in adults.

Garrido Márquez I, Olmedo Sánchez E, García Pérez PV  
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

## Resumen

La invaginación intestinal es una entidad inusual en adultos que suele asociar una lesión de base que la origina en el 70-90% de los casos, a diferencia del niño, normalmente tumores malignos. Sus localizaciones más frecuentes son las íleo-íleales o ileocólicas; en cambio las lesiones cólicas aisladas o ileocecólicas son raras. Los lipomas, siendo los terceros tumores más frecuentes del colon, en raras ocasiones suelen dar lugar a complicaciones tales como la intususcepción, habiendo pocos casos descritos en la literatura. Para su diagnóstico, en la actualidad las pruebas de imagen tales como la TC abdominopélvica permiten discriminar la etiología de dicha patología y permiten realizar un tratamiento quirúrgico precoz, dado el elevado riesgo de presentar una lesión isquémica.

**Palabras clave:** invaginación, lipoma, íleon, obstrucción intestinal.

## Abstract

Intussusception is an unusual entity in adults that usually associates a base lesion that originates it in 70-90% of cases, unlike in children, usually malignant tumors. Its most frequent locations are ileo-ileal or ileocolic; on the other hand, isolated colic or ileocecolic lesions are rare. Lipomas, being the third most common tumors of the colon, rarely lead to complications such as intussusception, with few cases described in the literature. For its diagnosis, currently imaging tests such as abdominopelvic CT make it possible to discriminate the etiology of this said pathology and allow early surgical treatment, given the high risk of presenting an ischemic lesion.

**Keywords:** intussusception, lipoma, ileum, intestinal obstruction.

## CORRESPONDENCIA

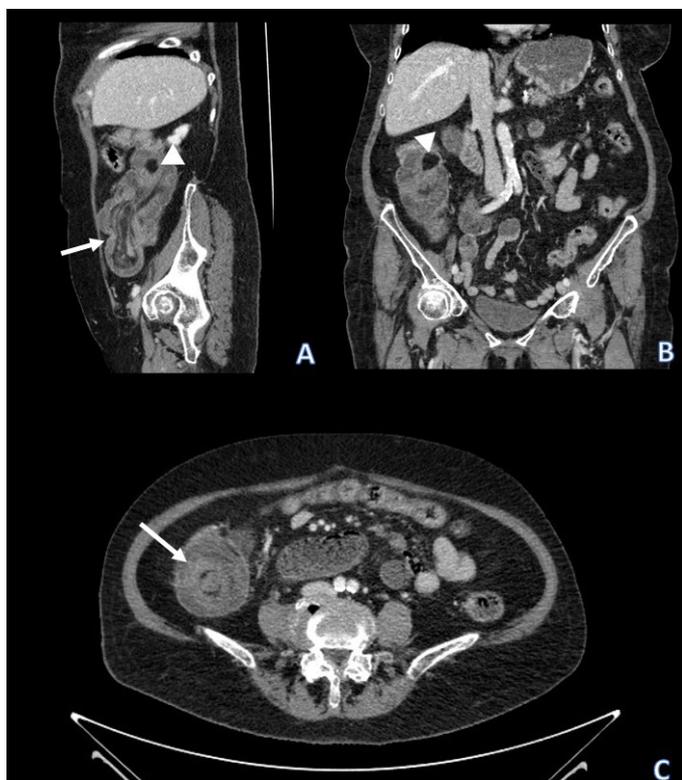
Irene Garrido Márquez / [igamar26@gmail.com](mailto:igamar26@gmail.com)  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio - 18016. Granada  
Fecha de envío: 21/12/2021 - Fecha de aceptación: 24/01/2022

**Presentación del caso**

Paciente mujer de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que acudió a Urgencias por dolor abdominal generalizado con defensa a la palpación, sin otras alteraciones asociadas. En la analítica únicamente destacaba leucocitosis de 12000/ $\mu$ L con neutrofilia del 82%.

La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal identificó una imagen en "donut" en región cecal sugestiva de invaginación íleo-cólica de un segmento largo de íleon terminal con un pequeño lipoma en la cabeza de la invaginación de unos 23 mm (Figura 1), que asociaba dilatación post-estenótica de íleon terminal con patrón de miga de pan en su interior.

La cirugía confirmó dichos hallazgos, realizándose ileocequectomía.



**FIGURA 1** IMÁGENES DE TC ABDOMINOPÉLVICA CON CONTRASTE INTRAVENOSO EN FASE VENOSA, PLANO SAGITAL (A), CORONAL (B) Y AXIAL (C). SE VISUALIZA UNA IMAGEN EN "DONUT" EN REGIÓN CECAL SUGESTIVA DE INVAGINACIÓN ÍLEO-CÓLICA DE UN SEGMENTO LARGO DE ÍLEON TERMINAL (FLECHAS FINAS) CON UN PEQUEÑO LIPOMA EN LA CABEZA DE LA INVAGINACIÓN DE UNOS 23 MM (CABEZA DE FLECHA).

**Discusión y comentarios a la imagen**

La invaginación intestinal es una enfermedad que se produce cuando una parte del intestino se desliza e introduce dentro de otra parte adyacente, pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción o estrangulación intestinal. En el adulto representa

menos del 5% de todas las invaginaciones, ya que son una enfermedad típica del niño<sup>1,2</sup>. Fue descrita por Barbette en 1674, con evolución nefasta hasta Hutchinson, en 1876, que realizó la primera reducción quirúrgica exitosa<sup>1</sup>.

En cuanto a su etiología, si bien en el niño no existe una causa (son idiopáticas), en el 70–90% de los casos de invaginaciones en adultos se encuentra una lesión orgánica subyacente<sup>1</sup>, frecuentemente un tumor maligno. En nuestro caso, el tumor se trataba de un lipoma, un tumor benigno no epitelial. A pesar de que el lipoma es el tercer tumor benigno en frecuencia del colon tras la hiperplasia y el pólipo adenomatoso, no deja de ser infrecuente, con una incidencia entre el 0.2 y el 4%<sup>3</sup>. Parece predominar en mujeres, en localización derecha, siendo la forma pediculada la más usual<sup>3</sup>.

El cuadro clínico de la invaginación intestinal está bien descrito en niños (dolor abdominal agudo, heces «en jalea de grosella» y tumor palpable)<sup>2</sup>, pero en los adultos es inespecífico y a menudo sugiere un cuadro de obstrucción intestinal. La presencia de crisis recurrentes de dolor abdominal en la anamnesis es frecuente<sup>4</sup>. En el caso que nos ocupa, dado que la causa subyacente fue un lipoma, cabe decir que normalmente éstos son asintomáticos, aunque el 25% de ellos pueden desarrollar síntomas, siendo el tamaño predictor de sintomatología, también si presentan complicaciones<sup>3</sup>.

Para su diagnóstico y determinar la potencial causa orgánica, es preciso realizar una prueba de imagen. En la actualidad, la ecografía presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88%<sup>5</sup>, si bien no suele ser la primera prueba a realizar en pacientes adultos, al contrario que en la población pediátrica. En cambio, la TC abdominal con contraste intravenoso yodado valora la etiología y la afectación local/regional o a distancia en el caso de una tumoración maligna. En ambas pruebas es posible identificar la imagen característica de invaginación, «en diana» en el corte transversal/axial y de «seudorriñón» en el longitudinal/sagital<sup>2</sup>, asociando una masa endoluminal con atenuación grasa, a veces heterogénea y con necrosis (lipoma)<sup>3</sup>.

La colonoscopia es otro procedimiento diagnóstico útil en los casos de lipomas simples o múltiples, presentándose tres signos característicos: 1) signo de tienda de campaña: la mucosa suprayacente se retrae fácilmente con las pinzas de biopsia; 2) signo de almohadilla: las pinzas producen una muesca suave y amortiguadora cuando se aplican al lipoma; 3) signo de grasa desnuda: la grasa sobresale a través de la mucosa después de realizar múltiples biopsias<sup>6</sup>.

Actualmente, la intervención quirúrgica con resección intestinal es la norma de tratamiento dada la probabilidad de lesión maligna subyacente o de necrosis y perforación del asa invaginada. No existe evidencia actual para contraindicar la desinvaginación, ya que además puede facilitar la exposición para la resección<sup>2</sup>, no obstante, hay controversia en este aspecto ya que otros autores la desaconsejan<sup>3</sup>. Es importante también tratar la causa subyacente y plantear la posibilidad de cirugía laparoscópica.

Debido a que la invaginación intestinal es una patología de rara presentación en el adulto, es preciso conocer sus posibles etiologías y su asociación con lesiones orgánicas tales como tumoraciones malignas. Las pruebas de imagen como la ecografía o la TC permiten realizar una aproximación diagnóstica significativa, permitiendo también determinar la causa y ayudar al cirujano a realizar un tratamiento quirúrgico precoz para evitar una isquemia intestinal.

## Bibliografía

1. Guillén-Paredes MP, Martínez-Gómez D, Aguayo-Albasini JL, Mengual-Ballester M, Flores-Pastor BM. Invaginación colocolica por lipoma [Lipoma causing colo-colonic intussusception]. *Cir Esp* 2010;87(1):46-7.
2. Vázquez R, Poletto DJ, Moreno MT, Climent A, Toscano E. Intususcepción íleo-íleal e íleo-cecal por lipoma íleal: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en el adulto. *Rev Gastroenterol Mex* 2018; 83(4):457-9.
3. Gómez-Rosado JC, Del Río-Lafuente FJ, De la Herranz-Guerrero P, Oliva-Mompeán F, Capitán-Morales LC. Intususcepción colónica por lipomatosis. *Cir And* 2018;29(1):42-4.
4. Morera Ocón FJ, Hernández Montes E, Bernal-Sprekelsen JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp* 2009;86:358-62.
5. Franco-Herrera R, Burneo-Esteves M, Martín-Gil J, Fabregues-Olea A, Pérez-Díaz D, Turégano-Fuentes F. Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. *Rev Gastroenterol Mex* 2012;77:153-6.
6. Amundson JR, Straus D, Azab B, Liu S, García Buitrago MT, Yakoub D. Giant symptomatic gastric lipoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2018; 51:313-17.