

Invaginación cecoascendente por fecaloma extraparietal

M. Puig Massana y J. García Galera (*)

RESUMEN

Descripción de un caso de invaginación cecoascendente debido a un fecaloma situado por fuera de la pared intestinal que se conservaba íntegra.

Hace tres años vimos un paciente joven, con buen estado general, con un cuadro de dolor cólico en fosa ilíaca derecha y deposiciones diarreicas. Había sufrido varias crisis agudas en cinco años y anteriormente había sido apendicectomizado. A la palpación se halló un tumor redondeado, blando y desplazable en hipocondrio derecho. Se procedió a la exploración radiológica, comprobando la presencia de una invaginación cecoascendente que por la rareza del factor desencadenante consideramos de interés presentar.

pite con intensidad inferior a la de los primeros brotes. No vómitos. Persistió el dolor más atenuado durante ocho días. Hace una semana repite; es pungitivo, muy intenso, se localiza en F. I. D. y vacío del mismo lado y dura sólo unos minutos. Exploración: Abdomen blando, sin distensión, sin dolor selectivo a la presión en parte alta de F. I. D. a cuyo nivel se palpa un tumor redondo, blando y depresible que cambia de posición al explorarlo unos minutos más tarde. Resto de exploración negativa. Laboratorio: sin interés. Radiología: El ciego se encuentra ascendido a nivel de ángulo hepático, con imagen de invaginación redondeada de contornos precisos, lisa; existe acusada retención ileal a las siete horas de la ingesta de contraste baritado. (Figs. 1, 2 y 3).

José M.^a. P. LL. 19 años. Apendicectomía a los 6 años. Enfermedad actual: a los 14 a., sin síntomas previos, dolor intenso localizado en F. I. D. irradiado al resto del abdomen. Duró 24 horas. Cedió espontáneamente. Repitió al cabo de unos meses pasando cuatro años con apenas molestias y deposiciones frecuentemente diarreicas. Hace mes y medio re-

Los datos transcritos demostraban la existencia de una invaginación de cabeza tumoral en colon derecho que planteaba problemas de diagnóstico etiológico, pero no de tratamiento que debía siempre ser quirúrgico por el mero hecho de la invaginación recidivante.

Se descartó la existencia de una lesión

* Barcelona.



maligna, por el estado del paciente, el laboratorio, los bordes precisos de la imagen radiológica y también por la poca frecuencia con que las neoplasias malignas dan lugar a la invaginación aunque estos factores perdían gran parte de su valor al pensar en las formas de estirpe conjuntiva. Una de las causas más frecuentes de invaginación ileocólica, el Divertículo de Meckel, quedaba descartada por la precisión con que la radiología situaba su origen en pared de colon. También podía desecharse se tratara de un tumor inflamatorio post-diverticulitis al no encontrar divertículos en el resto de colon explorado máxime teniendo en cuenta la rareza de las localizaciones cecales aisladas. No existían antecedentes de tuberculosis, lúes, etc. Se pensó en un tumor benigno de forma polipoide (adenoma, mixoma, fibroma) o quizás un lipoma submucoso del que, aunque raro,

hay algunos casos descritos; se decidió la intervención.

Intervención: Incisión media suprainfraumbilical. Se comprueba la existencia de una invaginación que se reduce con facilidad. Las paredes del ciego y ascendente están alteradas apareciendo dos bolsas diverticulares a ambos lados de la cintilla anterior. Tumor blando, moldeable, situado en ángulo ileocecal superior. Colotomía a nivel del tumor siguiendo la cintilla longitudinal anterior. Se aprecia el relieve del tumor que rechaza la mucosa formando a modo de un pólipo de implantación sésil, la pared mucosa se halla íntegra, sin solución de continuidad. Se intenta la extirpación intraluminal del tumor debiéndose seccionar el intestino en todas sus capas. La masa tumoral está constituida por un fecaloma extraparietal recubierto por una lámina de tejidos modificados, muy



delgada. Colectomía derecha con anastomosis ileotransversa término-terminal.

Pieza patológica: abarca los 10 cms. terminales de ileon, colon ascendente y parte de transverso. Tanto el intestino como su meso se hallan edematosos alterados por la invaginación. En ángulo ileocecal existe una bolsa quística de pared muy delgada y contenido fecal, su diámetro es de unos 5 cms. En varios cortes la pared del intestino rechazada por el tumor mantiene la integridad de sus tres capas.

Anatomía patológica: Pared intestinal en la zona de contacto con el tumor fecal: Epitelio intestinal de tipo mucoide cólico. En este epitelio y mucosa subyacente hallamos, además de alguna placa linfoide y folículos solitarios, una evidente enteritis crónica superficial en las vellosidades. En el corion existe una intensa congestión con edema y consiguiente aumento del espesor de esta capa. Las capas musculares profundas están asimismo edematosas con disociación de sus haces musculares y fenómenos inflamatorios crónicos. (Dr. Rubió Roig).

Aunque las profundas modificaciones de las paredes envolventes del fecaloma, probablemente debidas a la presión prolongada y a brotes inflamatorios, hayan borrado su estructura e impidan la certeza histológica de su naturaleza, nos inclinamos a aceptar se trate de un divertículo de contenido fecal, cuyo cuello se cerrará por flogosis quedando aislado de la luz intestinal; su crecimiento más acentuado hacia ella que hacia el lado pe-



ritoneal se debería a su evolución invaginante. Podría también tratarse de una exteriorización de materia fecal a través de una lesión relacionada con la apendicectomía, pero el protoperitorio no parece demostrado.

Nuestro interés al aportar este caso no se dirige a destacar teorías posibles sobre su etiopatogenia, sino simplemente a citar entre las causas de invaginación una que no hemos hallado descrita: la debida a la existencia de un fecaloma por fuera de las paredes íntegras del intestino.

SUMMARY

Cecal intussusception due to an extraparietal fecaloma

Description of a case intussusception of the cecum in the ascending colon due to a fecaloma situated outside the well preserved intestinal wall. A discussion on the mechanism of such extraintestinal location of a fecaloma is

added. The Authors favour the possibility that the fecaloma was originated in a diverticulum which communication with the intestinal lumen was lost.