

C-6. Invaginación intestinal recurrente: ¿es necesario ampliar el estudio etiológico?

T. Fernández Soria^a,

A. Hernández Merino^b

^aMIR-Pediatría. Unidad de Pediatría. Hospital Fundación Alcorcón. ^bCS La Rivota. Alcorcón. Madrid. España.

Introducción. La invaginación intestinal es una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en niños (incidencia: 1/1000), sobre todo, en menores de dos años. La tasa de recurrencia tras tratamiento conservador es del 8-10%. No se ha identificado ningún patrón de recurrencia o síntoma-guía que sugiera la concurrencia de otras entidades desencadenantes. Presentamos un paciente con invaginación recurrente y nos preguntamos si es necesario valorar otras pruebas complementarias.

Caso clínico. Un niño de 17 meses acudió a la consulta por episodios de dolor abdominal cólico con palidez y decaimiento tras los accesos. También presentaba rechazo de las tomas, sin vómitos ni cambios en las características de las deposiciones. Sin antecedentes de interés. A la exploración se observaba decaimiento y palidez, abdomen no distendido, doloroso en la fosa ilíaca derecha (FID), con disminución de ruidos hidroaéreos; se podía palpar una masa doloro-

sa en la FID. En el hospital de referencia se realizó una ecografía con imagen compatible con invaginación ileocólica y múltiples adenopatías mesentéricas. Se redujo, con éxito, mediante enema de suero salino fisiológico.

Diez meses más tarde, presentaba un nuevo episodio de dolor abdominal cólico con molestias leves a la palpación en el flanco derecho y sin otros síntomas. En la ecografía destacaba una imagen de invaginación que engloba asa de íleon, ciego, apéndice cecal y múltiples adenopatías. Se redujo mediante tratamiento conservador. En ninguno de los episodios se encontraron síntomas o signos sugerentes de patología orgánica acompañante. Entre ambos, el niño se mantuvo asintomático.

Comentarios. El 90% de las invaginaciones intestinales son de causa idiopática. El 8-10% restante se debe a presencia de lesiones anatómicas desencadenantes, siendo estas más frecuentes en mayores de dos años, localización no ileocólica y en caso de múltiples recurrencias (≥ 3). A pesar de esto, no se ha logrado un consenso sobre el número de recurrencias y en qué pacientes son necesarios estudios etiológicos complementarios para descartar otras causas.