

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE INTESTINO DELGADO

### Justificación

Actitud diagnóstica-terapéutica ante un cuadro de obstrucción intestinal.

### HISTORIA CLÍNICA

**-Motivo de consulta:** Dolor abdominal y vómitos.

**-Anamnesis:** Mujer de 84 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y estreñimiento de 3 días de evolución, asociado a vómitos en las últimas 24 horas. No fiebre ni otra sintomatología. Antecedente de histerectomía con doble anexectomía hace 15 años por neoplasia de endometrio.

**-Exploración física:** BEG, CyO, afebril. Abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación de manera difusa sin signos de irritación peritoneal.

### -Pruebas Complementarias

**Analítica:** PCR 12,87; Procalcitonina 0,09; Hemoglobina 12,2; Leucocitos 6490 (58% polimorfonucleares).

**Radiografía de abdomen en bipedestación (Figura 1):** dilatación de asas de intestino delgado sin gas en colon.

**TC abdominal con contraste iv (Figura 2):** moderada distensión de asas de intestino delgado con punto de cambio de calibre en pelvis (segmento de íleon terminal), así como leve cantidad de líquido libre. Hallazgos sugestivos con cuadro oclusivo probablemente secundario a bridas postquirúrgicas.

### DIAGNÓSTICO

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS.

### TRATAMIENTO

Inicialmente durante su estancia en urgencias se pautó sondaje nasogástrico, dieta absoluta y sueroterapia. A pesar de ello la paciente no evolucionó bien, por lo que se realizó una laparotomía urgente hallando: gran dilatación de intestino delgado hasta íleon distal, donde se objetiva brida que condiciona la obstrucción. Se realiza una resección del intestino introducido en la brida y una anastomosis termino-terminal manual.

### COMENTARIOS

La obstrucción intestinal es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Es por ello por lo que su diagnóstico y tratamiento inicial debe ser bien conocido por todo médico general. Se trata de un síndrome que resulta de la dificultad de paso, parcial (suboclusión) o completa, del contenido intraluminal a través del tracto digestivo.

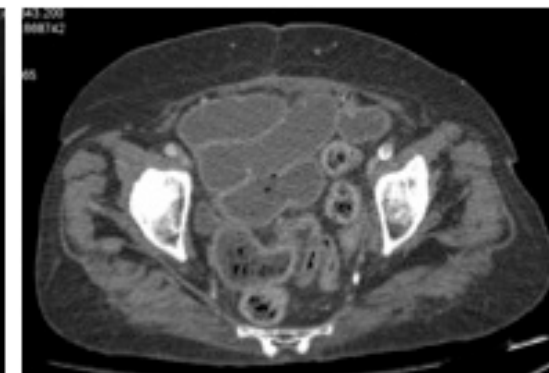
La causa más frecuente de oclusión de intestino delgado es el síndrome adherencial/bridas postquirúrgicas. El síndrome obstructivo se caracteriza por su inespecificidad clinicorradiológica. Los pacientes consultan por dolor abdominal cólico centroabdominal, ausencia de deposiciones o gas, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Siempre debemos descartar la hernia como causa de la obstrucción.

En la radiología simple habrá dilatación de asas, ausencia de gas en colon y niveles hidroaéreos. El TC abdominal con contraste puede ser determinante en la indicación de la cirugía urgente y la que marque la posibilidad de éxito o no del tratamiento conservador. Excluir el sufrimiento intestinal resulta indispensable en el manejo de la obstrucción, ya que su presencia multiplica la morbimortalidad, siendo en este caso la cirugía urgente el tratamiento.

El tratamiento inicial debe consistir en el sondaje nasogástrico, la dieta absoluta y la sueroterapia. En la mayoría de los casos de suboclusión intestinal, este manejo conservador es exitoso.



**Figura 1.** Radiofografía posteroanterior de abdomen.



**Figura 2.** Corte axial de TC abdominal con contraste intravenoso.

### Referencias

• Parrilla Paricio P, Landa García JI. Cirugía AEC 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid 2010.



## Notas