



V-162 - UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UNA PSEUDO OBSTRUCCIÓN DE COLON POR BRIDA

Velaz Pardo, Leyre; Ahechu Garayoa, Patricia; Talavera, Guadalupe; Ariceta López, Aitor; Chocarro Huesa, Cristina; Sainz Villacampa, Beatriz; Sara, María José; Ruiz Marzo, Rocío

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: Aproximadamente el 25% de las obstrucciones intestinales tiene lugar en el intestino grueso. A diferencia del intestino delgado, las adherencias y las bridas casi nunca producen obstrucción de colon; aquí los carcinomas, diverticulitis de sigma y los vólvulos son las causas más frecuentes.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 71 años, con antecedente de apendicectomía laparoscópica en abril de 2021, que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, sin náuseas, vómitos o sensación distérmica. Refiere dolor en fosa iliaca derecha. Última deposición hace 24 horas. A su llegada, la paciente está estable y afebril. En la exploración presenta abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica de sangre todos los parámetros están en rango. Se le realiza una radiografía simple de abdomen, con aireación del marco cólico y dilatación del ciego, sin niveles hidroaéreos. Se le solicita una ecografía abdominal, donde se evidencia discreta cantidad de líquido en el espacio de Morrison. Se completa estudio con TAC, donde se corrobora dilatación del ciego con contenido fecal, con aireación del resto del marco cólico y heces en ampolla rectal, por lo que se llega a la conclusión de que se trata una dilatación de ciego sin causa obstructiva. Tras la pauta de analgesia intravenosa, la paciente presenta una gran mejoría, por lo que es dada de alta a su domicilio. Al día siguiente la paciente vuelve al servicio de urgencias debido al aumento del dolor abdominal y el empeoramiento de su estado general con náuseas y vómitos. Nuevamente se le realiza analítica de sangre (con resultados idénticos a los del día anterior), radiografía siempre de abdomen, donde ha aumentado la dilatación del ciego, y ecografía, donde ha aumentado el líquido libre intraabdominal. A la exploración, presenta asimetría abdominal con abombamiento en fosa iliaca derecha y defensa a la palpación profunda tanto en fosa iliaca derecha como en hipocondrio derecho. Se revisa el TAC con el servicio de radiología, sin poder confirmar causa obstructiva de colon que justifique la dilatación del ciego, aunque en ángulo hepático hay una imagen yuxtacolónica que no se puede filiar. Con todo ello se decide realizar una laparoscopia diagnóstica. Se objetiva una brida firme desde epiplón hasta una tenia del colon a nivel del ángulo hepático, que confiere una torsión del colon sobre sí mismo, sin conferir una obstrucción completa del mismo. El ciego está distendido, sin llegar a estar diastásico ni presentar signos de sufrimiento. Se secciona dicha brida, volviendo el colon a su posición anatómica, permitiendo el tránsito. La paciente evoluciona de forma satisfactoria, siendo dada de alta a las 48 horas de la intervención quirúrgica.

Discusión: Aunque la mejoría en la tecnología nos permite indicar una intervención quirúrgica urgente con un diagnóstico en la mayoría de casos, todavía existen casos difíciles de diagnosticar en los que la indicación de la laparoscopia nos puede servir tanto de diagnóstico como de tratamiento.