



P-622 - CAUSAS INUSUALES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Barón Salvador, Beatriz; Montalbán Valverde, Pedro Antonio; Garrosa Muñoz, Sonsoles; Nieto Arranz, Juan Manuel; Martín Domínguez, Susana María; Vargas Parra, Juan Sebastián; Sánchez Lobo, Antón; Franch Arcas, Guzmán

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal de tipo mecánico consiste en la detención del tránsito intestinal tanto por causas intrínsecas como por compresión extrínseca. El intestino delgado está involucrado en aproximadamente el 80% de los casos, representando el 2-4% de las urgencias hospitalarias y el 15% de los ingresos a nivel nacional. Las causas por orden de frecuencia en los pacientes con antecedentes quirúrgicos son el síndrome adherencial/bridas y en los pacientes sin cirugías abdominales las hernias, ocupando el tercer lugar las neoplasias en ambos casos. Sin embargo, existen otras múltiples causas que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. Las manifestaciones clínicas frecuentemente asociadas consisten en dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómitos, ausencia de tránsito intestinal y distensión abdominal. El tratamiento inicial consiste en la descompresión gastrointestinal y la fluidoterapia para la reposición hidroelectrolítica. Aproximadamente entre el 60-85% de las obstrucciones intestinales relacionadas con adherencias se resuelven con tratamiento conservador, pero en los casos restantes se requiere tratamiento quirúrgico ya sea por abordaje abierto o laparoscópico. Para la revisión bibliográfica del caso clínico se ha recurrido a la búsqueda mediante Medline de las publicaciones previas.

Caso clínico: Mujer de 58 años, con antecedentes de cistohisterectomía radical con doble anexectomía + reconstrucción urinaria intracorpórea tipo Bricker mediante asistencia robótica por cáncer urotelial multirrecidivante el año previo, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de tipo cólico de 3 días de evolución asociado a náuseas y vómitos junto con ausencia de deposición. Se decide realización de TC abdominal con hallazgos compatibles con obstrucción intestinal a nivel de íleon de origen adherencial. Tras ausencia de mejoría con tratamiento conservador y administración de gastrografín durante 48h, se decide indicar intervención quirúrgica urgente mediante abordaje mínimamente invasivo evidenciando zona de cambio de calibre y pinzamiento lateral de un asa intestinal sobre otra contigua debido a la existencia de una grapa libre abandonada de forma inadvertida durante la cirugía previa. Se procede a la liberación de las asas y extracción del cuerpo extraño causante del cuadro de obstrucción evidenciando recuperación tránsito intestinal. Evolución posoperatoria favorable sin complicaciones siendo alta hospitalaria al 5.º día posoperatorio.

Discusión: Existen otras causas poco frecuentes de obstrucción de intestino delgado que suponen menos del 20% de los casos como: obstrucción por cuerpo extraño, bezoares, hernias internas,

vólvulos, estenosis por enfermedad de Crohn, intususcepción o íleo biliar. Por otro lado, debemos tener en cuenta que en pacientes con cirugías previas, la presencia de grapas residuales en la cavidad abdominal tras el uso de endograpadoras pueden producir complicaciones posoperatorias poco habituales como cuadros de obstrucción intestinal o de hernias internas. En estos casos es necesario un alto índice de sospecha diagnóstica y realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que en muchas ocasiones el manejo médico está destinado al fracaso, siendo la cirugía, bien por abordaje abierto o laparoscópico, el único tratamiento efectivo.