



EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA HACIA LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLETA DE UNA EVENTRACIÓN PARARECTAL DERECHA.

¹ Villafañez García M^oC, ² González-Spinola San Gil J,
³ Pérez Roldán F, ⁴ Picazo Yuste J

¹Servicio de Urgencias. ²Servicio de Radiología.

³Servicio de Aparato Digestivo. ⁴Servicio de Cirugía General.
Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan
(Ciudad Real).

Sr director:

Presentamos un caso de obstrucción intestinal que evolucionó rápidamente produciendo estrangulación del asa intestinal, y que se pudo comprobar con radiografía simple de abdomen además de la clínica del paciente. La obstrucción mecánica aguda del intestino es una urgencia quirúrgica frecuente. Este cuadro requiere un diagnóstico rápido, para así poder realizar un eficaz tratamiento.

Uno de los eventos que pueden seguir al cuadro de obstrucción intestinal es la estrangulación del asa, y por ello es muy importante reconocer el cuadro para poder decidir si realizar una cirugía urgente o demorarla con seguridad para el enfermo. Además de la exploración física, para hacer el diagnóstico en urgencias podemos disponer fácilmente de pruebas de laboratorio y estudios radiológicos. No sólo es importante el diagnóstico, si no también conocer la etiología del cuadro para hacer un adecuado tratamiento^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años con antecedentes de apendicectomía hace años con incisión de McBurney y aparición posterior de una eventración pararectal derecha

CORRESPONDENCIA:

María Concepción Villafañez-García.
Servicio de Urgencias.
Hospital General La Mancha-Centro.
Avenida de la Constitución, 3
13600-Alcázar de San Juan (Ciudad Real).
E-mail: cvillafanez@terra.es

que se negó a tratar. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso con signos de irritación peritoneal leves y febrícula. A la exploración presentaba una marcada distensión abdominal con dolor abdominal difuso. Destacaba la presencia de una eventración con una masa no reductible en mesogastrio-flanco derecho, con borborismos y ruidos metálicos en la auscultación abdominal. Con la sospecha de una eventración encarcelada, se realizaron varias radiografías simples de abdomen. En la primera de ellas se puede apreciar el punto de estrangulación de asa intestinal así como el inicio de la dilatación de las asas de intestino delgado (**Figura 1**). En la siguiente radiografía realizada una hora después (**Figura 2**), se puede apreciar la evolución de la obstrucción intestinal hacia una encarcelación intestinal con gran dilatación de las asas intestinales.

El paciente fue operado inmediatamente, objetivándose un segmento de ileon estrangulado y perforado que hubo que resear. Se realizó una resección de toda el asa isquémica, con anastomosis entero-enteral término-terminal. La evolución fue desfavorable por la presencia de peritonitis grave, falleciendo en el postoperatorio inmediato.

DISCUSIÓN

La obstrucción mecánica del intestino delgado es una urgencia quirúrgica frecuente. Constituye una causa importante de morbilidad y gastos en todos los hospitales del mundo^{1,2}. Las etiologías más habituales de la obstrucción intestinal son las adherencias postquirúrgicas,



FIGURA 1.- En la radiografía de abdomen se puede visualizar el punto de estrangulación de asa intestinal (flechas). También se ve como las asas de intestino delgado (*) sobre todo yeyuno se están empezando a dilatar.

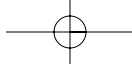


FIGURA 2.- En esta radiografía de abdomen realizada una hora después, se ve como el asa encarcerada empieza a tener menos luminograma (↑), y como se hace muy evidente la dilatación de las asas de yeyuno e ileon (*).

hernias o eventraciones y las neoplasias^{3,4}. La estrangulación del asa intestinal solo ocurre en un 10% de los casos aproximadamente, siendo su causa más frecuente la presencia de una hernia o eventración²⁻⁴. La obstrucción intestinal requiere un diagnóstico rápido, al igual que necesita un tratamiento inmediato, racional y efectivo. La estrangulación intestinal se acompaña de isquemia intestinal, necrosis y perforación del intestino¹.

El diagnóstico de obstrucción intestinal se realiza mediante la exploración física, analítica y estudios radiológicos². Pero el diagnóstico de encarceración intestinal preoperatorio no es fácil, y requiere alta sospecha por el cirujano; en nuestro caso, la exploración física junto a la rápida evolución radiológica permitió decidir una cirugía urgente sobre un asa intestinal isquémica y perforada, a pesar de la ausencia de neumoperitoneo. No debemos olvidar que a veces los estudios radiológicos más simples pueden permitirnos un diagnóstico rápido y exacto de las enfermedades, sin tener que realizar pruebas radiológicas más complejas que a veces demoran en exceso la decisión del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mucha P Jr. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am* 1987; 67:597-620.
2. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzelis D, Giannopoulos P, Larentzakis A, Lagoudianakis E, Manouras A, Bramis I. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. *World J Gastroenterol* 2007; 13:432-7.
3. Ihedioha U, Alani A, Modak P, Chong P, O'Dwyer PJ. Hernias are the most common cause of strangulation in patients presenting with small bowel obstruction. *Hernia* 2006;10:338-40.
4. Gümüfltafl OG, Gümüfltafl A, Yalçin R, Savci G, Soylu RA. Unusual causes of small bowel obstruction and contemporary diagnostic algorithm. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2008;52:208-15.

