

Oclusión intestinal completa por bridas y adherencias: reporte de caso²¹

Complete intestinal occlusion due to flanges and adhesions: case report

Nicolás Ayala-Servín; Marcia Duré-Martínez; César A. Urizar; Victor Samaniego; Rocio Ayala; Rocio Ayala; Victor Samaniego; Romina Morales; Gabriela Nuñez; Larissa Insfrán²²; Edgar García; Rosa Sánchez; Roberto Corbeta²³.

DOI: [https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V3N1\(2019\)8](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V3N1(2019)8)

RESUMEN

Introducción: La oclusión intestinal, detención persistente del tránsito intestinal, dificulta movimiento hacia tramos distales. Adherencias secundarias a cirugías, causa más frecuente, colaboran formación de hernias internas en 4%. Necesidad de intervención quirúrgica es 6,4-10%. **Caso Clínico:** Mujer, 76 años, 24 horas de evolución de dolor abdominal generalizado, por crisis. Detención de heces de 4 días y gases, 24 horas. Sigmoidostomía por CA de Colon Sigmoideo. Examen físico: abdomen blando, depresible, dolor difuso, defensa y dolor a la descompresión brusca; RHA presentes. Sonoridad aumentada. Presenta neutrofilia, linfopenia, trombocitopenia. Urea, creatinina, BD, AST, TP, INR, fibrinógeno elevados. Rx. de abdomen: niveles hidroaéreos. Ecografía: meteorismo. TAC simple: obstrucción de asas delgadas con múltiples adherencias yeyunales; no zona de transición. **Diagnóstico:** Oclusión Intestinal Completa. Laparotomía exploradora consta asas delgadas de coloración violácea, múltiples bridas y adherencias a pared, epiplón e interasas. Constatan hernias internas con acodadura a 150- 230 cm del asa fija. Se liberan y disecan adherencias y bridas con liberación de acodadas. Asas delgadas liberadas responden con mejor coloración y peristaltismo. **Discusión:** 20% de casos de oclusión intestinal causados por hernia, 1% del total por hernia interna. Adherencias abdominales causadas en 93% por casos postoperatorios, como el cuadro. 95% de casos de bridas y adherencias se localizan en intestino delgado, como la presentación. Dolor tipo crisis coincide como sintomatología del caso. Con clínica compatible, radiografía simple de abdomen y TAC simple (Gold Standard). La cirugía temprana previene estrangulación intestinal, resultando la restitución de la circulación y peristaltismo de las asas.

Palabras clave: Tránsito gastrointestinal/Obstrucción intestinal/Cirugía; Hernia/complikaciones.

²¹Fecha de recepción: abril 2019; fecha de aceptación: mayo 2019

²²Estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo. Paraguay.

²³ Profesores de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo Paraguay.

ABSTRACT

Background: Intestinal occlusion is the persistent arrest of intestinal transit, hinders movement towards distal sections. Adherence secondary to surgeries, the most frequent cause, collaborates in internal hernia formation in 4%. Need for surgical intervention is 6.4-10%. Case Report: Woman, 76 years old, 24 hours of evolution of generalized abdominal pain, due to crisis. Stopping 4-day and gas leak, 24 hours. Sigmoidostomy by CA of Sigmoid Colon. Physical examination: soft abdomen, depressant, diffuse pain, defense and pain in sudden decompression; RHA present. Increased soundness It presents neutrophilia, lymphopenia, thrombocytopenia. Urea, creatinine, BD, AST, TP, INR, high fibrinogen. Rx. of abdomen: hydroaryan levels. Ultrasound: Meteor. Simple TAC: obstruction of thin wings with multiple joints; in the transition zone. Diagnosis: Complete Intestinal Occlusion. Exploratory laparotomy consists of thin, violet coloration, multiple flanges and adhesions to the wall, epiploic and interstices. They provide internal hernias with a 150-230 cm fitting of the fixed handle. Freezes and dissect adhesions and flanges with release of layered. Slim thin wings respond with better coloration and peristalsis. Discussion: 20% of cases of bowel occlusion caused by hernia, 1% of the total for internal hernia. Abdominal adhesions caused by 93% in postoperative cases, such as the picture. 95% of cases of flanges and adhesions are located in the small intestine, such as the presentation. Crisis type pain coincides as a symptomatology of the case. With compatible clinic, simple x-ray of abdomen and simple TAC (Gold Standard). Early surgery prevents intestinal strangulation, resulting in the restoration of the circulation and peristalsis of the wings.

Keywords: Gastrointestinal transit / Intestinal obstruction / Surgery; Hernia / complications.

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal consiste en una detención persistente del tránsito intestinal que origina una dificultad para el movimiento intestinal de gases, líquidos y sólidos hacia tramos digestivos distales. (1,2).

En cuanto a las causas de oclusión intestinal es preciso señalar que en casi todas las series nacionales precedentes las hernias fueron siempre las más frecuentes, pero con el tiempo fueron cediendo lugar a las bridas postoperatorias como principal causa, hecho relatado en casi todas las series europeas y de Norteamérica. Las otras causas corresponden fundamentalmente a las hernias estranguladas -26% - y a los vólvulos del intestino delgado -11%(3).

La reparación de hernias de manera sistemática y programada, ha descendido hasta el tercer lugar de las causas de obstrucción intestinal en países desarrollados. Actualmente, las adherencias secundarias a una cirugía previa representan la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado (4).

Las adherencias intraperitoneales son cicatrices formadas entre dos superficies

peritoneales contiguas normalmente no unidas. La frecuencia con la que es necesaria volver a realizar una intervención quirúrgica se encuentra por debajo de 10% en pacientes adultos entre 6.4 y 10%(5).

Otra causa interesante de obstrucciones intestinales postquirúrgicas es la formación de hernias internas que constituyen entre el 2% y el 4% de los casos (6).

Las hernias internas adquiridas representa entre el 43% al 54% del total. Se generan por una herniación de un segmento intestinal a través de defectos provocados quirúrgicamente en el mesenterio, peritoneo o sitios de anastomosis; y también a través de orificios formados por bridas o adherencias de las estructuras abdominales entre sí, como en el caso de las enterostomías o colostomías(3).

Este tipo de complicaciones posquirúrgicas puede tener graves secuelas tanto para los pacientes como para los profesionales y sistemas de salud en todo el mundo. Teniendo en cuenta esto, es de vital importancia identificar los procedimientos relacionadas con estas complicaciones para poder prevenir las (7).

Caso clínico

1. Historia Clínica

Datos De Filiación

Nombre y Apellido: SD

Edad: 76 años

Procedencia: Uruguay

Residencia: Lambaré

Sexo: Femenino

Estado Civil: Viuda

Profesión: Ama de Casa

Fecha de Nacimiento: 04-08-1942

Fecha de Ingreso: 24-03-2018

Motivo de Consulta: Dolor abdominal generalizado.

Antecedentes de la Enfermedad Actual (AEA):

Datos aportados por la paciente y merecen relativa fe.

Cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal generalizado, tipo crisis, que se acompaña de náuseas y vómitos. Refiere retención de heces desde hace 4 días y de gases hace 24 horas, se acompaña astenia.

- Hábitos Fisiológicos: Diuresis y catarsis conservadas.
- Hábitos Alimentarios: Buena calidad y cantidad.
- Hábitos Tóxicos: Niega tabaquismo y consumo de alcohol.

Antecedentes Remotos de la Enfermedad Actual (AREA):

Niega cuadro similar anterior.

Aspecto General - Signos Vitales

- Presión Arterial: 134mmHg/ 84 mm Hg.
- Temperatura: 36,5°C.
- Frecuencia Cardíaca: 105 latidos/ minuto.
- Frecuencia Respiratoria: 23 respiraciones/minuto.

Ectoscopia: Paciente anciana que aparenta edad que refiere, lúcida, colaboradora, normosómica, normolínea, facies dolorosa. Adopta posición decúbito dorsal activo preferencial. Llama la atención ostomía en flanco izquierdo. Impresiona portadora de patología aguda.

Examen de la Región Afecta:

a. Abdomen

- Inspección: Globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo. Asimétrico a expensas de ostomía evertida, no retraída, coloración normal, no funcionante; también a expensas de cicatriz mediana supra-para-infraumbilical. Excursiona con los movimientos respiratorios. Orificios herniarios aparentemente libres.

- Palpación: Blando, depresible, doloroso de manera difusa, con leve defensa. Sin dolor a la descompresión brusca. Orificios herniarios libres. No visceromegalias. Ostomía permeable, no se constatan acodaduras, se retiran heces de color normal.

- Percusión: Sonoridad aumentada.

- Auscultación: RHA aumentados en número y timbre.

- Tacto Vaginal: Zona perineal normal, introito normal, paredes lisas, Fondo de Saco Vaginal no abombado, no doloroso. Temperatura conservada. Cuello útero sólido elástico. No se retira nada por guante.

- Tacto Rectal: Esfínter tenso, ampolla no dilatada, paredes rectales lisas. Fondo de Saco de Douglas, no abombado, no doloroso. Temperatura conservada. No se retiran restos de heces.

Examen por Aparatos y Sistemas

a. **Aparato Circulatorio**

- Área Periférica: Amplitud y dureza conservadas. Isocrónico con el lado opuesto, sincrónico con área central.

- Área Central: R1 y R2 normo fonéticos. Ritmo regular. No soplos ni galopes.

- Síntomas Funcionales: Niega palpitaciones, ortopnea, disnea, edema de miembros inferiores.

b. **Aparato Respiratorio**

- Vías Aéreas Superiores: Libres y permeables.

- Tórax: MV conservado. No rales, ni sibilancias.

c. **Glándulas Mamarias**

- Síntomas Funcionales: Niega secreciones por pezones, tumor, dolor.

- Signos Físicos: No se constató.

d. **Aparato Digestivo**

- Signos Físicos: No constató.

- Boca, istmo de las fauces, faringe: Faringe no congestiva, lengua no saburral, mucosa

yugal húmeda. Niega disfagia, odinofagia, regurgitación, pirosis.

Abdomen:

- Inspección: Globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo. Asimétrico a expensas de ostomía evertida, no retraída, coloración normal, no funcionante; también a expensas de cicatriz mediana supra-para-infraumbilical. Excursiona con los movimientos respiratorios.

- Palpación: Blando, depresible, doloroso de manera difusa, con leve defensa. Sin dolor a la descompresión brusca. Orificios herniarios libres. No visceromegalias. Ostomía permeable, no se constatan acodaduras, se retiran heces de color normal.

- Percusión: Sonoridad aumentada

- Auscultación: RHA aumentados en número y timbre.

Orificios Herniarios: Orificios herniarios aparentemente libres.

Recto y Ano: Esfínter tenso, ampolla no dilatada, paredes rectales lisas, Fondo de Saco de Douglas, no abombado, no doloroso. Temperatura conservada. No se retiran restos de heces.

Hígado y Vías Biliares: Niega ictericia, coluria, acolia.

- Signos físicos: No se constataron.

Páncreas: Síntomas funcionales: Niega dolor en barra.

- Signos físicos: No se constataron.

e. Aparato Urinario

- Síntomas funcionales: Niega disuria, polaquiuria, tenesmo.

- Signos físicos fosa lumbares riñones: PP (-), fosas lumbares no abombadas.

Vejiga: No se palpa. **Uretra:** Sin secreciones.

f. Aparato Genital

- Síntomas funcionales: Niega.

- Signos físicos: No se constataron.

g. Sistema Linfoproliferativo

Bazo: no esplenomegalia. **Ganglios:** no adenomegalias.

Glándulas endocrinas: Sin particularidades

h. Tiroides:

- Síntomas funcionales: niega síntomas de hipo e hipertiroidismo

- Signos físicos: no se ve ni se palpa

i. Aparato Osteo-Artro Muscular

- Síntomas funcionales: sin limitación funcional, niega dolor

- Signos físicos: No se constataron deformidades ni signos inflamatorios.

j. Sistema Nervioso

- Motricidad, sensibilidad, reflejos, psiquismo: Sin alteraciones motores ni sensitivas, no signos de HTE, no signos meníngeos. Glasgow 15/15

k. Piel y Faneras

Turgencia y elasticidad conservadas

Antecedentes Patológicos Personales (APP) y Familiares (APF)

- Niega DM, conocida HTA en tratamiento con valsartan 1 comprimido de 80 mg/día.
- PQ de tumor de colon descendente (Martmann) hace 1 año 7 meses. Monorrena, post traumatismo hace 25 años.
- Portadora de artrosis severa de cadera sin tratamiento ni control médico.

Diagnostico Presuntivo: Oclusión intestinal

Plan de Trabajo: Laparotomía exploradora.

Resumen De Ingreso

Paciente femenino de 76 años con diagnóstico de oclusión intestinal completa, remitida de Lambaré. Consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal generalizado, por crisis, que se acompaña de náuseas y vómitos, retención de heces desde hace 4 días y de gases desde hace 24 horas.

Examen Físico

- **Presión Arterial:** 134mmHg/ 84 mm Hg.
- **Temperatura:** 36,5°C
- **Frecuencia Cardíaca:** 105 latidos/minuto.
- **Frecuencia Respiratoria:** 23 respiraciones/minuto.
- **ACV:** R1 y R2 normo fonéticos. No soplos ni galopes. Ritmo regular.
- **AR:** MV conservados. No rales.
- **ABD:** Blando, depresible, doloroso en hemiabdomen izquierdo, con defensa y dolor a la descompresión brusca. RHA presentes, normales. Sonoridad aumentada a la percusión.
 - **Ostomía:** Permeable, evertida, coloración normal, no acodada, funcionante, heces de coloración normal.
 - **Tacto Vaginal:** Zona perineal normal, introito normal, paredes vaginales lisas, FSD no doloroso, no abombado, temperatura conservada.
 - **Tacto Rectal:** esfínter normo tónico, ampolla no dilatada, paredes rectales lisas, FSD no abombado, no doloroso. No se retira nada por guante.

Interconsulta Nefrología

Informe

Paciente evaluada en recorrida, presenta diuresis de 520 cc/24h. Edema de miembros inferiores ++, tolera el decúbito.

Lab: Hb 12,6 g/dL. Hto 37,6%. Cr 2,68 mg/dL. Urea: 168 mg/dL. pH: 7,26. HCO₃: 12 mmol/L. pCO₂: 27 mmHg.

Sugerencias:

1. Bicarbonato de sodio 1 frasco ahora y luego nuevo control gasometría venosa.
2. Furosemida 20mg/8hs
3. Balance hidrosalino estricto
4. Perfil renal diario + albumina
5. Avisar cambios

Auxiliares De Diagnostico1- Laboratorio:

a. Hemograma (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Hemograma

Hemograma	
Datos	Valor
Glóbulos Rojos	5020000 U/L
Hemoglobina	15 g/dL
Hematocrito	43,1%
MCV	86.0 fL
MCH	29,9pg
MCHC	34,7%
RDW	12,4%
Glóbulos Blancos	6300 U/L
Neutrófilos	4540 U/L 72%
Linfocitos	854 U/L 13,5%
Monocitos	772U/L 12,2%
Eosinófilos	3 U/L 0,52%
Basófilos	137 U/L 2,17%
Plaquetas	157000 U/L
MPV	5,75 fL

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

b. Glicemia, urea, creatinina, ionograma y hepatograma (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Glicemia, urea, creatinina, ionograma y hepatograma

Datos	Valor
Glicemia	76 mg/dL
Urea	97 mg/dL
Creatinina	3,23 mg/dL
Ionograma sérico	
Sodio	145 mEq/L
Potasio	5,2 mEq/L
Cloruro	106 mEq/L
Hepatograma completo	
Bilirrubina total	0,81 mg/dL
Bilirrubina directa	0,39 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0,42 mg/dL
AST	43 UI/L
ALT	22 UI/L
Fosfatasa alcalina	64 UI/L

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

c. Coagulograma (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Coagulograma

Datos	Valor
Tiempo de protrombina	22,6 seg
Porcentaje de actividad protrombínica	47,8%
INR	1,75
Tiempo parcial de tromboplastina	33,2 seg
Fibrinógeno	657mg/dL
Fibrinógeno de Clauss	495 mg/dL

d. Gasometría (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Gasometría

Datos	Valor
Parámetros medidos	
pH	7,33
pCO ₂	32 mmHg
pO ₂	89 mmHg
Parámetros Derivados	
HCO ₃	16 mmol/L
tCO ₂	17 mmol/L
ABE	-8 mmol/L
SBE	-9 mmol/L
SBC	18 mmol/L
sO ₂	96%

e. Orina completa (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Análisis de orina

Datos	Valor
<u>Examen físico</u>	
Color	Amarillo oscuro
Aspecto	Turbio
Densidad	1020
Ph	5,0
<u>Examen químico</u>	
Proteínas	++
Glucosa	No detectable
Cetonas	+
Urobilinógeno	No contiene
Sangre	+
Nitritos	Negativo
Bilirrubina	+
<u>Sedimento urinario</u>	
Leucocitos	7-8 /campo
Hematías	15-20 /campo
Células epiteliales	7-10 /campo
Cristales Oxalato de Calcio	++
Mucus	++
Amilasa urinaria	49 UI/L

- 2- Electrocardiograma: Ritmo sinusal.
- 3- Rx. Tórax: ICT < 0,5. (Ver Imagen 1)

Imagen 1. Radiografía PA de Tórax.



Se observa trama pulmonar normal, como senos costo -diafragmáticos libres. ICT normal.

- 4- Rx. Abdomen: Imágenes de niveles hidroaereos (Ver Imagen 2).



Se observan múltiples niveles hidroaéreos a nivel del abdomen, patrón compatible con oclusión intestinal. Obs: La paciente se realizó la Rx. Lateral debido a que el cuadro de artrosis severa de cadera que la afecta le impide la bipedestación, lo cual imposibilita su postura para cualquier método diagnóstico.

5- Eco abdominal: Meteorismo. Hepatomegalia leve de etiología a filiar.

Diagnósticos Diferenciales:

- **Obstrucción Intestinal**
- **Cólico Hepático:** Producido por litiasis biliar, con antecedentes de indigestión con comidas grasas. Dolor continuo con exacerbaciones simulando dolor por crisis.
- **Cólico Nefrítico:** Dolor intenso en región lumbar que irradia a flanco y fosa iliaca. Dolor por crisis que se acompaña de íleo paralítico regional que provoca distensión abdominal y trastornos en tránsito intestinal.
- **Enterocolitis:** Dolor periumbilical por crisis, se inicia con fiebre y precede a cuadros de diarrea.
- **Peritonitis Aguda Generalizada:** Dolor diferente, no hay síndrome de lucha, con cuadro febril, provoca contractura y dolor en el fondo del saco de Douglas al tacto rectal.
- **Infarto de Mesenterio:** Dolor abdominal intenso, continuo. Presencia de rectorragia y silencio abdominal.
- **Pancreatitis Aguda:** Grave alteración del estado general, dolor continuo, a veces intenso, no existe hiperperistaltismo.
- **Torsión de Viscera o Tumor**

El dolor abdominal por crisis, las náuseas y vómitos, la detención de heces y gases, el estudio radiológico simple de abdomen con datos de niveles hidroaéreos, certifican el diagnóstico de una oclusión intestinal.

Diagnóstico Definitivo: Oclusión Intestinal completa.

Plan: Laparotomía exploradora.

Técnica Quirúrgica

- Diagnóstico preoperatorio: Oclusión Intestinal Completa.
- Operación propuesta: Laparotomía exploradora.
- Diagnóstico posoperatorio: Oclusión Intestinal Completa por hernia interna.
- Operación realizada: Laparotomía exploradora, liberación de bridas y adherencias, liberación de acodaduras en hernia interna y colocación de drenaje tubular en FSD.

Descripción de la operación: Paciente en decúbito dorsal. Campo con iodopovidona. Colocación de compresas estériles: Incisión iterativa sobre cicatriz mediana supratransumbilical. Apertura de la pared por planos. A la celiotomía se constatan asas delgadas de coloración violácea y múltiples bridas y adherencias a pared, epiplón e interasas que se liberan con ligadura de epiplón con Policoth 0, maniobras romas, hidrodissección y electrocauterio. Se constata hernia intestinal con acodadura a 150 cm y 230 cm del asa fija, con zona de transición a 150 cm del asa fija. Se liberan y se disecan adherencias hasta constatar sin tensión. Se realizan maniobras romas para liberar asas y cortes con tijeras.

Hemostasia sin inconvenientes. Liberadas las asas delgadas, las mismas responden a medios físicos constatándose mejor coloración y peristaltismo. Se reintroducen las asas, lavado y secado de cavidad con 500 cc de suero fisiológico de 0,9% tibio. Colocación de drenaje tubular en FSD. Cierre de pared con Vicryl 1 CTX puntos separados. Cierre de piel con Nylon 3.0.

Evoluciones

Evolucion Clínica

a. Control 1

Paciente femenina, 75 años, en su post operatorio inmediato de laparotomía exploradora, reducción de hernia interna y liberación de bridas que causaban oclusión intestinal completa.

Actualmente somnolienta, responde confusa, taquipneica, ritmo cardiaco irregular (extrasístoles supraventriculares), SaO₂ 91%, O₂ por CN 2L/min. Oliguria en las últimas 24 horas.

Laboratorio:

- **Falla renal aguda**
- **Acidosis metabólica importante:**
 - pH: 7,21
 - HCO₃: 14 mg/L
 - Variación de pCO₂: 4
 - SIC: 71%.
 - Paciente monorrena.
 - PA: 160/90 mmHg

Sugerencias:

1. Plan suero fisiológico al 0,9% 3Lts/día por 8 días.
2. Furosemida según diuresis. Si <200 ml/6hs, y avisar.
3. Laboratorio post quirúrgico.
4. Ecocardio cuando sea posible.
5. Re evaluación con resultados.
6. Presentar a UCIA.

Evolución Nutricional

Paciente con buena tolerancia a la vía oral. Se realizó un esquema hipovolémico, normograso con soporte nutricional (2 tomas de Enterex skanclora más 1 mL de Proteinex) de consistencia blanda, de acuerdo a la tolerancia se irá progresando.

Evolucion Nefrologia

Paciente de 76 años, P.O. de oclusión intestinal, HTA, Monorrena. Urea: 185 mg/dL. Cr: 3,7 mg/dL. K: 4,6 mEq/L. Diuresis: 620 cc/24h. Mucosas secas. Diuresis concentrada. pH: 7,11. HCO₃: 11 mmol/L. pCO₂: 37 mmHg.

Plan:

- Tratamiento con suero fisiológico 0,9% 126 cc/h
- Ciprofloxacina 400 mg IV c/24h
- Evitar AINES, IECA, ARA II.
- Mantener balance hidrosalino neutro a positivo
- Ecografía abdominal
- Cuantifica diuresis balance hidrosalino estricto
- Avisar cambios negativos

DISCUSIÓN

El 20% de los casos de oclusión intestinal son causados por una hernia. En tan solo un 1% del total de hernias intestinales la obstrucción se da por una hernia interna, datos

reflejados en estudio de McDonagh et al (8).

La laparoscopia como vía de abordaje, beneficia al paciente de una menor agresión quirúrgica y una más rápida recuperación, y esta vía de abordaje ha demostrado su utilidad en este tipo de hernias, siendo en algunos casos exitosos no solo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. Para ello es necesario que el cirujano tenga amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, aunque no es ese el factor determinante para poder completar la intervención por vía laparoscópica. El primer cirujano en el caso que nos ocupa, cumple los requisitos para solucionar este problema quirúrgico por abordaje laparoscópico, como demuestra la publicación del segundo caso solucionado de ese modo en la literatura científica mundial, sin embargo, ante todo debe primar la seguridad del paciente, y cuando las condiciones intraabdominales no son adecuadas para solucionar el problema por vía laparoscópica, no debe dudarse en la reconversión a cirugía abierta, ya que de otro modo se aumentaría considerablemente la morbimortalidad, anulando el posible beneficio del abordaje laparoscópico (9).

Las adherencias abdominales son causa-

das hasta en un 79-93% de los casos por cicatrización postoperatoria (10,12). El problema más serio que esto acarrea es la oclusión intestinal (OI) (13). En un estudio realizado en México donde se incluyeron 142 pacientes con antecedentes de laparotomía y que luego desarrollaron una OI, se encontró que la causa principal fueron las adherencias postoperatorias en un 62% (14).

Según el análisis de datos de Mujica et al el 95% de los casos de bridas y adherencias se localiza en el intestino delgado (15), coincidiendo con la presentación de la paciente. Ante un paciente con clínica compatible con obstrucción intestinal la primera prueba de imagen a realizar es la radiografía simple de abdomen, en decúbito supino preferentemente para mejor valoración, seguida de una TAC simple de abdomen, Gold Standard, según la Sociedad Española de Radiología Médica (16), estas recomendaciones coinciden con los estudios realizados en la paciente.

Maroto et al insisten en que la cirugía debe ser realizada lo antes posible para prevenir estrangulación intestinal, resultando el acto quirúrgico a tiempo en la restitución de la circulación y peristaltismo de las asas afectadas de la paciente (17).

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza d. Universidad nacional de san agustín facultad de medicina. : 50
2. Ojeda Oviedo L, Maidana Zorri-lla G, Medina Bello E, Ruiz Diaz K, Urbietta A, Méreles R, et al. Oclusión intestinal: Frecuencia y causas en un servicio de cirugía. Rev Cir Parag [Internet]. 2011; 35(2):17–20. Available from: <http://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/OjedaOviedo.pdf>
3. Enríquez Sánchez DS. Análisis de la obstrucción intestinal en pacientes mayores de 50 años [Internet]. Universidad de Granada; 2007. Available from: <https://hera.ugr.es/tesisugr/17243750.pdf>
4. Correa-Rovelo JM, Villanueva-López GC, Medina-Santillan R, Carrillo-Esper R, Díaz-Girón-Gidi A. Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. Revisión de literatura. Cir Cir [Internet]. 2015; 83(4):345–51. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66242706015.pdf>
5. Puig CA, Lillegard JB, Fisher JE, Schiller HJ. Hernia of cecum and as-

ending colon through the foramen of Winslow. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2013;4(10):879–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.07.014>

6. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, Smerieri N, Biffi WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2013;8(1):1–14.

7. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (asbo): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery asbo working group | world journal of emergency surgery | full text [internet]. [Citado 15 de abril de 2018]. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-8-42>

8. Mcdonagh T, Jelinek GA. Two cases of paraduodenal hernia, a rare internal hernia. *JAccid Emerg Med* [Internet]. 1996; 13:64–8. Available from: <http://emj.bmj.com/content/emered/13/1/64.full.pdf>

9. García-Oria M, Muñoz de la Fuente A, Peraza Casjús JM, Bodega Quiroga I, Martínez Pozuelo A, Serrano Muñoz A. Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo. *Sanid Mil* [Internet]. 2012; 68(4). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000400006

10. Perry JF, Smith GD, Yohenirow EG. Intestinal obstruction due to adhesions: a review of 388 cases. *Ann Surg*. 1955; 142(810):814.

11. Brolin RE. The role of gastrointestinal tube decompression in the treatment of mechanical intestinal obstruction. *Am Surg*. 1983 Mar; 49(3):131–7.

12. Räf LE. Causes of abdominal adhesions in cases of intestinal obstruction. *Acta Chir Scand*. 1969; 135:73–6.

13. DeCherney AH, diZerega GS. Clinical problem of intraperitoneal postsurgical adhesion formation following general surgery and the use of adhesion prevention barriers. *Surg Clin North Am*. 1997 Jun;77(3):671–88.

14. León-Ramírez D, Cárdenas-Lai Ison E, González-Monroy LE, Antonio J, Ruiz P, Ramírez-solis ME, et al. Factores pronósticos en oclusión intestinal por adherencias postoperatorias. *Rev Hosp Gral Dr M Gea González* [Internet]. 2002;4(4):106–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2001/gg014c.pdf>

15. Mujica K, Morillo D. Obstrucción intestinal por bridas y adherencias. Análisis de 135 casos en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, durante el período 1994-2003. *Boletín Médico de Postgrado* [Internet]. 2005; 21(1):1–5. Available from: http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM2101/BM210107.pdf

16. Ortega Quintanilla J, Martínez Moya M, Rodríguez Rodríguez AJ, Ocate Pérez RF, Cabello Bautista JM, Aguilar García JJ. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: Lo que el radiólogo debe ver, y el cirujano quiere escuchar [Internet]. *SERAM*. 2012. p. S-1402. Available from: https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=112251&ti=366006&si=1146&searchkey=#poster

17. Maroto N, Garriguez V. Oclusión y seudooclusión intestinal. In: Montoro MA, García Pagán JC, editors. *Intestino delgado y colon*. 2o. Madrid: Jarpyo Editores; 2012. p. 373–82.