

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.



Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde Alejandra
Lemus Mercado Luis Raúl
Villazón Davico Oscar
Balanzá López Ricardo
Moedano Rico Karen
Mena Tachiquín Mario Alberto
Hospital Ángeles Lomas



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde A, Lemus Mercado LR, Villazón Davico O, Balanzá López R, Moedano Rico K, Mena Tachiquín MA



Introducción

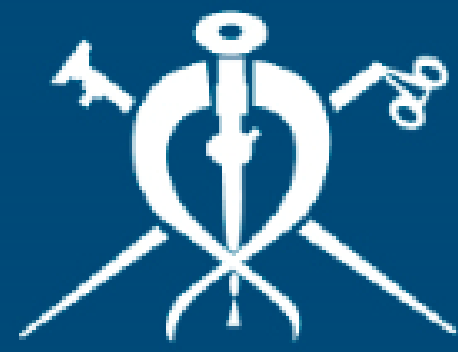
- La oclusión intestinal se define como la detención del flujo normal del contenido intraluminal. Puede ser funcional o mecánica, ésta puede ser extrínseca o intrínseca, y esta última a su vez se divide en mural e intraluminal.
- Existen múltiples etiologías, entre las cuales se encuentra la presencia de adherencias. Éstas pueden ser postoperatorias, congénitas o debido a procesos inflamatorios intraabdominales. El 75% de las oclusiones son causadas por adherencias formadas como consecuencia de cirugías abdominales previas. El 3.3% ocurren en un abdomen virgen.
- Objetivo: presentar dos casos clínicos de pacientes sin antecedentes de cirugía abdominal, que se presentan con un cuadro de oclusión intestinal.

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde A, Lemus Mercado LR, Villazón Davico O, Balanzá López R, Moedano Rico K, Mena Tachiquín MA



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

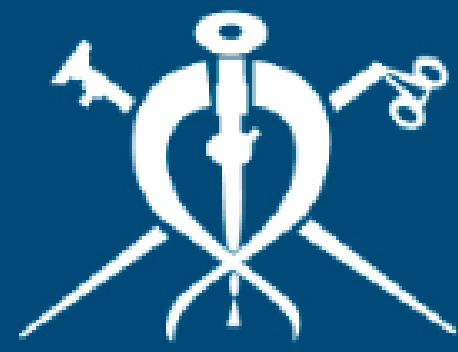
- **Paciente 1.** Hombre de 51 años, con dislipidemia de 10 años de evolución en manejo con rosuvastatina, rinoseptoplastía hace 20 años. Resto de antecedentes negados. Acude a urgencias por dolor cólico epigástrico de 12 horas de evolución, intensidad 8/10, náusea y vómito, sin canalizar gases. Se automedicó con AINE, antiespasmódico e IBP sin mejoría. Signos vitales normales, bien hidratado, abdomen distendido, doloroso en epigastrio, sin resistencia muscular ni irritación peritoneal o hernias.
- **Paciente 2.** Hombre de 59 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos. Acude a urgencias por dolor epi y mesogástrico de 48 horas de evolución de intensidad 7/10, náusea y vómito, sin canalizar gases. Antecedente 7 días previos de dolor tipo cólico que cedió con antiespasmódicos. Se recibe con TA 160/100, resto de signos normales, deshidratado, abdomen distendido, dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin resistencia muscular ni datos de irritación peritoneal o hernias.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde A, Lemus Mercado LR, Villazón Davico O, Balanzá López R, Moedano Rico K, Mena Tachiquín MA



Introducción

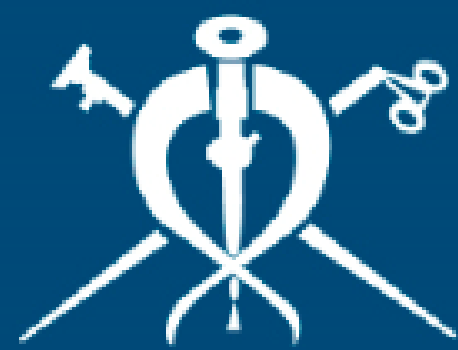
Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- **Paciente 1.** Laboratorios con leucocitos 10.8, neutrofilia 84% y bandas 3%, resto sin alteraciones. Radiografía de pie y decúbito con dilatación de asas de delgado en hemiabdomen superior, niveles hidroaéreos, colon con gas y residuo fecal. Se realiza tomografía con doble contraste con dilatación gástrica y de asas de intestino delgado y niveles en su interior, zona de transición en flanco derecho, fecalización del contenido intestinal, íleon terminal colapsado y gas hasta recto. Se realiza laparoscopia encontrando adherencias inter-asa y asa-pared, se liberan y se corrobora su vitalidad, sin necesidad de resección intestinal.
- **Paciente 2.** Laboratorios sin alteraciones, radiografías con niveles hidroaéreos en intestino delgado, escaso gas en colon y ausencia de gas distal. TC con distensión de yeyuno proximal, zona de transición en unión yeyuno-íleon, neumatosis de pared, íleon distal colapsado, estómago distendido. Se realiza laparoscopia, se liberan adherencias y se verifica la vitalidad de las asas, sin necesidad de resección intestinal.



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde A, Lemus Mercado LR, Villazón Davico O, Balanzá López R, Moedano Rico K, Mena Tachiquín MA



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



Figura 1. Radiografía del paciente 1 con datos de oclusión intestinal



Figura 2. TC del paciente 1 con dilatación gástrica y asas de intestino delgado, zona de transición, íleon terminal colapsado.



Figura 3. Laparoscopia, se encuentran y liberan adherencias, se verifica vitalidad de asas.



Figura 4. Radiografía del paciente 2 con datos de oclusión intestinal

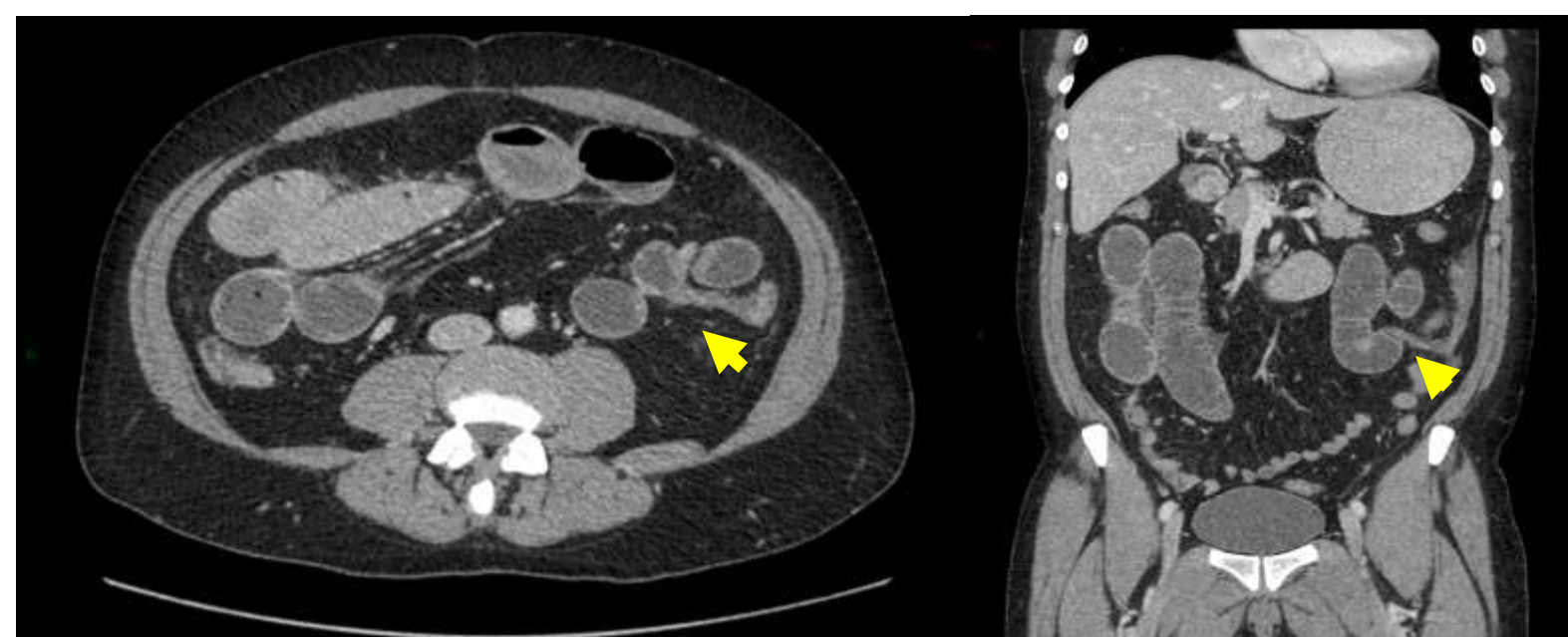
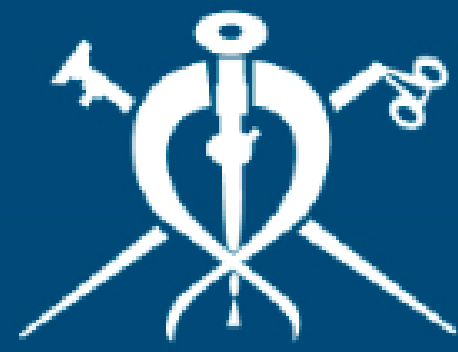


Figura 5. TC del paciente 2 con distensión de yeyuno proximal, zona de transición, neumatosis de pared, íleon distal colapsado.



Figura 6. Laparoscopia, se liberan adherencias, se corrobora vitalidad, no es necesario resecar.



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Oclusión intestinal por adherencias en abdomen virgen: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villar Velarde A, Lemus Mercado LR, Villazón Davico O, Balanzá López R, Moedano Rico K, Mena Tachiquín MA



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- Existe poca evidencia sobre las causas de oclusión intestinal en abdomen virgen.
- Las guías mexicanas de práctica clínica para oclusión intestinal, indican colocación de sonda nasogástrica al momento del diagnóstico, medida con la que existe mejoría en un 90% si se mantiene por 72hr.
- Si existe obstrucción por estrangulación, obstrucción maligna, hernias encarceladas, cuerpo extraño, enteritis por radiación, peritonitis o abdomen agudo debe realizarse intervención quirúrgica, y esta debe ser inmediata en caso de haber líquido intraperitoneal, fecalización en asas de delgado, asas devascularizadas en TC, resistencia abdominal, leucocitosis, PCR 75mg/l, peritonitis, estrangulación o falta de resolución en 48-72 horas con manejo conservador.
- Se recomienda realizar abordaje por laparoscopia sobre la laparotomía en caso de tratarse del primer episodio de oclusión por adherencias, diámetro intestinal menor a 4cm, y sospecha de adherencia única.
- Las guías de manejo para oclusión intestinal por abdomen postquirúrgico son aplicables.