

IMÁGENES Y CIRUGÍA

Tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por adherencia congénita*

Laparoscopic approach in intestinal obstruction from congenital adhesions

Drs. JEAN MICHEL BUTTE B.¹, NICOLÁS DEVAUD J.¹, PATRICIO CORTES D.¹,
ANDRÉS O'BRIEN S.², ALEX ESCALONA P.¹

¹Departamento de Cirugía Digestiva. ²Departamento de Radiología. Facultad de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Mujer de 40 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos. Consultó por un cuadro de 8 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal periumbilical irradiado al hipocondrio derecho, de tipo cólico e intenso, además de náuseas y vómitos. Al examen físico, se encontraba taquicárdica, afebril, pálida y deshidratada. El abdomen estaba distendido, sensible en forma difusa, con resistencia periumbilical y los ruidos intestinales se encontraban aumentados en cantidad y tono. El dolor no cedió con analgésicos no esteroideos. El

recuento de glóbulos blancos fue de $14500 \times \text{mm}^3$ ($\text{VN}=5000-10000 \times \text{mm}^3$) y el resto de los exámenes fueron normales. Se le realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis que mostró una dilatación de las asas intestinales, con un cambio de calibre a nivel del tercio medio del yeyuno, compatible con una obstrucción intestinal en asa cerrada, posiblemente por una adherencia congénita (Figura 1, flecha blanca). Se realizó una laparoscopia diagnóstica que confirmó una obstrucción intestinal por una adherencia congénita (Figura 2). El

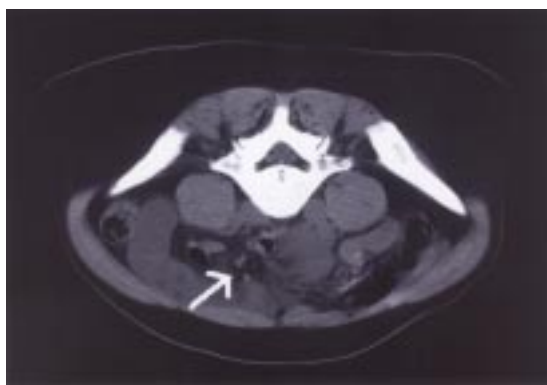


Figura 1.

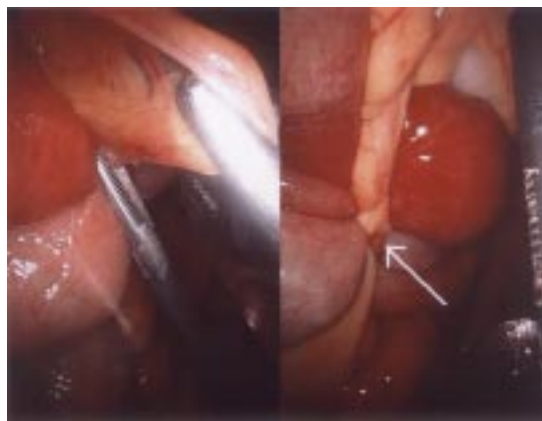


Figura 2.

*Recibido el 3 de Julio de 2007 y aceptado para publicación el 8 de Agosto de 2007.

Correspondencia: Nicolás Devaud J.

Marcoleta 367, Santiago, Chile.

Fax: 56-2-6382793

e mail: nicodevaudj@yahoo.com

intestino se encontraba dilatado, con signos de sufrimiento y escaso líquido seroso turbio en la cavidad abdominal. Se seccionó la adherencia y se realizó un aseo de la cavidad abdominal, sin resección intestinal. La paciente evolucionó en buenas condiciones generales y fue dada de alta al tercer día postoperatorio.

DISCUSIÓN

Las adherencias post quirúrgicas son la causa más frecuente de obstrucción intestinal y se estima que el 12 a 17% de los enfermos operados presentarían una obstrucción intestinal por adherencias. El tratamiento clásico ha sido la exploración vía abierta. El tratamiento laparoscópico permitiría una recuperación precoz y disminuiría la estadía hospitalaria, pero ha sido cuestionado por la posibilidad de dañar el intestino delgado y porque existiría una

menor posibilidad de observar todo el intestino como consecuencia de la distensión secundaria a la obstrucción. En los enfermos con adherencias congénitas y sin cirugías previas esta vía de abordaje podría ser útil porque permitiría diagnosticar y tratar de mejor forma la adherencia y disminuiría la formación de otras.

REFERENCIAS

1. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions: how big is the problem?. *Am R Coll Engl* 1990; 223: 242-248.
2. Nagle A, Ujiki M, Denham W. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction. *Am J Surg* 2004; 187: 464-470.
3. Navez B, Arimont J, Guit P. Laparoscopic approach in acute small bowel obstruction. A review of 68 patients. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 2146-2150.