

Imagen del mes

Íleo ¿frutal?

Gonzalo Ross R.¹, Víctor Salazar P.², Pía Stefano F.³ y Roque Sáenz F.⁴

Image of the month

Fruit ileum?

Mujer de 66 años con antecedentes de *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, artritis reumatoide y fibrilación auricular, sin tratamiento anticoagulante, colecistectomía hace 20 años y usuaria de prótesis dental.

Ingresa a la urgencia del Hospital Padre Hurtado por presentar 48 h de dolor abdominal tipo cólico, intermitente, de inicio súbito y progresivo, sin irradiación, distensión abdominal moderada y dudosa ausencia de eliminación de gases. No se asociaba a vómitos ni a deposiciones de carácter patológico.

Al examen físico paciente alerta, hemodinámicamente estable y afebril. Al examen segmentario destaca un abdomen distendido, blando y doloroso difuso a la palpación, sin masas ni signos de irritación peritoneal, percusión timpánica en todos los cuadrantes y signo de bazuqueo presente. Los exámenes de laboratorio revelan: proteína C reactiva de 14 mg/L (normal < 5), coagulación, función renal, gases venosos y electrolitos plasmáticos normales; perfil hematológico normal con leucocitos de $6,1 \times 10^3/uL$. Con estos antecedentes se decide realizar un angio-tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis (Figuras 1-5).

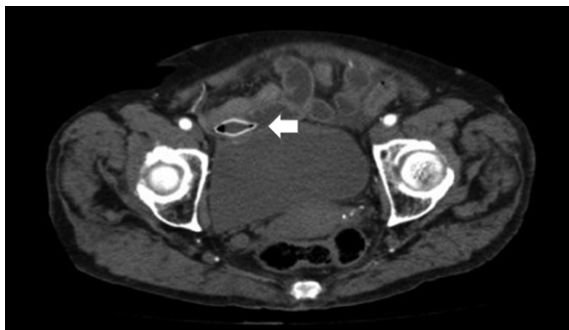


Figura 1. Tomografía computada con contraste. Flecha muestra cuerpo extraño.

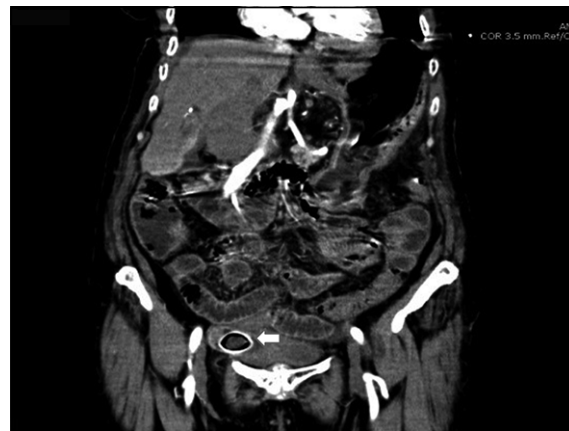


Figura 2. Reconstrucción tomográfica coronal con cuerpo extraño (flecha)..



Figura 3. Reconstrucción tomográfica sagital con cuerpo extraño (flecha).

¹Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Clínica Alemana, WGO Training Center, Cirujano Hospital Padre Hurtado, Santiago Chile.

²Residente de cirugía, Clínica Alemana Santiago/Universidad del Desarrollo, Santiago Chile.

³Interna de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago Chile.

⁴Jefe de Servicio de Gastroenterología, Clínica Alemana, WGO Training Center, Santiago Chile.

Recibido: 27 de marzo de 2015

Aceptado: 23 de abril de 2015

Correspondencia a:

Dr. Gonzalo Ross R.
Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Clínica Alemana de Santiago, Vitacura 5951, Vitacura, Santiago, Chile.
Teléfono: [+56] 2 2586 6032
gonzalo.ross@gmail.com

Imágenes en Gastroenterología

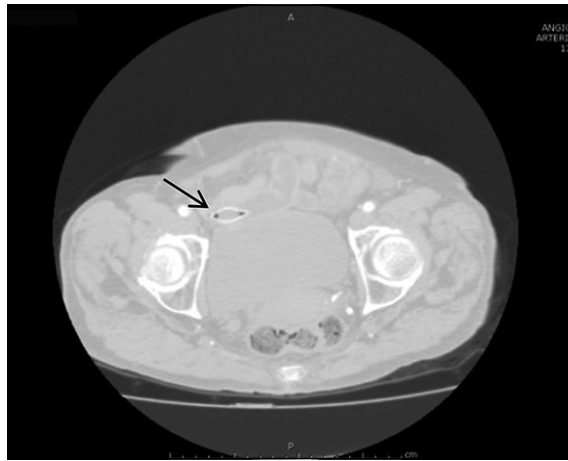


Figura 4. Tomografía computada en ventana pulmonar, destacando aire dentro del cuerpo extraño (flecha).



Figura 5. Reconstrucción tomografía axial ventana pulmonar, destacando aire dentro del cuerpo extraño.

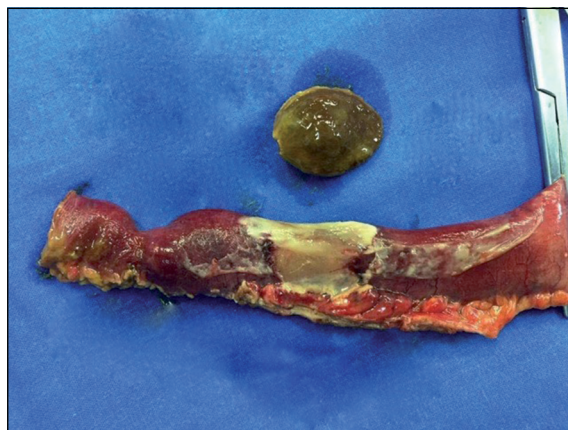


Figura 6. Segmento de intestino resecaado y carozo de *Prunus armeniaca*.

En las imágenes se logra apreciar escaso líquido en cavidad abdominal, divertículos en colon descendente y sigmoides sin signos de complicación. Asas de intestino delgado moderadamente dilatadas con cambio de calibre con relación a la presencia de cuerpo extraño en íleon. Al evaluar el cuerpo extraño este presenta en su interior una densidad compatible con aire, confirmando esto en la ventana pulmonar, lo cual nos hizo sospechar la causa preoperatoriamente y tomar una conducta quirúrgica precoz (Figuras 4 y 5).

Se realiza una laparotomía exploradora, identificando un cuerpo extraño intraluminal con signos de compromiso de asa de íleon a 100 cm de la válvula ileocecal, al abrir la pieza se identifica un carozo de damasco (Figura 6). Luego de un lavado profuso de la cavidad abdominal, se reseca 10 cm de intestino delgado en el sitio de necrosis, reconstituyendo el tránsito con una anastomosis primaria término-terminal. Evoluciona favorablemente hasta el alta. Durante

la hospitalización se interroga dirigidamente a la paciente quien refiere haber ingerido damascos hace aproximadamente 72 h. Su evolución fue favorable y se decide el alta al cuarto día.

Comentario del caso

La obstrucción intestinal mecánica (OI) representa uno de los trastornos quirúrgicos más comunes del servicio de urgencia. Da cuenta de 16% de las admisiones quirúrgicas. Se estima que las adherencias o bridas representan 70% de las causas de obstrucción del intestino delgado¹, sin embargo, es importante tener en cuenta etiologías menos frecuentes. La ingestión de un cuerpo extraño representa un causa poco común de OI y en este caso, por ser residuos de fibras vegetales no digeribles, se define etiológicamente como fito-bezoar², siendo la fibra vegetal una causa rara de obstrucción de intestino delgado (< 4%).

La ingestión involuntaria del carozo es un motivo de consulta infrecuente en el servicio de urgencia. A pesar de ser más prevalente en la población pediátrica, también se presenta en adultos, y más comúnmente, en la tercera edad asociado a la desdentación. El damasco o también llamado albaricoque es una fruta del árbol *Prunus armeniaca*. Otras frutas han sido descritas como causantes de OI, tanto por obstrucción directa por el carozo, lo menos frecuente, o a través de la formación de bezoares. El tamaño descrito para producir OI es desde 2,5 a 3 cm de diámetro, siendo el lugar más frecuente de atascamiento el íleon terminal por su menor diámetro, representando entre 50 al 75% de los casos³. Algunos estudios estiman que la mayoría de los cuerpos extraños que ingresan al tracto gastrointestinal por ingestión pasan de forma

espontánea a través de éste en 80-90% de los casos, sin embargo, en algunos pacientes es necesario realizar una intervención quirúrgica.

Dentro del estudio de esta patología, la tomografía computada con medio de contraste es la herramienta diagnóstica de elección que permite definir conductas terapéuticas opuestas: observación o cirugía⁴. El identificar el punto de cambio de calibre en relación a la obstrucción, identificar un cuerpo extraño o cambios sugerentes de compromiso de asa son los signos más correlacionados con resolución quirúrgica⁵. La sensibilidad de este examen en lo que respecta a la identificación del punto de obstrucción alcanza 93%,

en relación con la causa de obstrucción, 91%; y sobre 85% para la isquemia.

Dado que la OI es una patología frecuente en el servicio de urgencias y en la mayoría de los casos, como en el de nuestra paciente, las manifestaciones clínicas no son categóricas. Siempre es importante no sesgarse a las etiologías más comunes, manteniendo un alto índice de sospecha con relación a las causas más infrecuentes. La tomografía computada con contraste endovenoso debe considerarse como primera herramienta diagnóstica, ya que entrega información que, en conjunto con la evaluación clínica, permite definir entre la observación y la resolución quirúrgica precoz.

Referencias

- 1.- Maung AA, Johnson DC, Piper GL, Barbosa RR, Rowell SE, Bokhari F, et al. Evaluation and management of small-bowel obstruction: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg* 2012; 73: S362-S9.
- 2.- Tiwari A, Gupta V, Hazrah P, Chaudhary AK, Lal R. Phytobezoar: a rare cause of acute small bowel obstruction in an innocent abdomen. *Abcd Arq Bras Cir Dig* 2013; 26: 342-3.
- 3.- Vasilescu A, Cotea E, Palaghia M, Vintilă D, Târcoveanu FE. Gallstone ileus: a rare cause of intestinal obstruction-Case report and literature review. *Chirurgia* 2013; 108: 741-4.
- 4.- Tirumani H, Vassa R, Fasih N, Ojili V. Small bowel obstruction in the emergency department: MDCT features of common and uncommon causes. *Clin Imaging* 2014; 38: 580-8.
- 5.- Suri RR, Vora P, Kirby JM, Ruo L. Computed tomography features associated with operative management for nonstrangulating small bowel obstruction. *Can J Surg* 2014; 57: 254-9.