

## 3 CASOS DE OCLUSION INTESTINAL AGUDA DE INTESTINO DELGADO POR CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS

Dr. Jorge C. Pradines

Presentamos a la consideración de Uds. 3 casos clínicos de oclusión intestinal aguda de delgado, que aparecen en enfermos previamente operados —gastrectomía sub total transmesocólica— y en la que el factor desencadenante del cuadro mecánico fué un cuerpo extraño: trozos de naranja mal masticados.

El primero es una señora de 61 años que 20 horas antes de su ingreso, inicia cuadro doloroso abdominal a tipo cólico, seguido de tres deposiciones líquidas y luego repetidos vómitos biliosos con restos de alimentos. En el momento de su ingreso, sus vómitos son ya fecaloideos. El examen físico hecho entonces muestra moderado balonamiento y discreta deshidratación.

A esta enferma se le hizo, hace dos meses y medio una gastrectomía sub total por ulcus duodenal sangrante. Evolucionó muy bien hasta este episodio.

En la anamnesis actual, se recogió el dato de la ingestión de

tres naranjas mal masticadas, cuatro horas antes de iniciar su episodio oclusivo.

Se hizo placa simple de abdomen (Fig. 1), donde sólo se observa una opacidad difusa, sin niveles.

El segundo caso es un hombre de 36 años, que inicia su cuadro oclusivo dos horas después de haber hecho un almuerzo discreto, seguido de la ingestión de 4 a 6 naranjas.

Su cuadro oclusivo se hace cada vez más franco, con vómitos repetidos, sin expulsar gases ni materias. Ingresa a las 24 horas de comienzo. Del examen físico se destaca la deshidratación moderada y los intensos dolores aún persistentes.

Hace dos años se le hizo gastrectomía sub total transmesocólica por ulcus gástrico. En el momento actual no hacía ningún régimen alimenticio y no acusaba molestias de ninguna especie. Se hace placa de abdomen, acostado y de pie (Figs. 2 y 3), donde se observan asas delgadas dilatadas por gases y líquidos con numerosos niveles.

El tercer caso es un hombre de 57 años, que se presenta con un cuadro oclusivo agudo de delgado iniciado cuatro días atrás, con retortijones, alguna deposición líquida inicial y luego vómitos cada vez más profusos.

Ingresa en pleno colapso, sin pulso, con cianosis periférica y pese al tratamiento médico realizado, fallece al cabo de dos horas.

Se pudo hacer placa de abdomen con el paciente acostado, donde se observa (Fig. 4), gran cantidad de asas delgadas dilatadas.

Este enfermo había sido gastrectomizado un año atrás, por ulcus gástrico perforado.

El diagnóstico de causa de oclusión se hizo, en este caso, por la necropsia.

---

En los dos primeros pacientes, se pensó en la posibilidad de un cuadro obstructivo desencadenado por la ingestión de naranjas, ya que ese dato había sido recogido en la anamnesis.

Confirmado el diagnóstico de oclusión intestinal de delgado, se hizo un breve pre operatorio a base de hidratación e intubación de los pacientes y se les operó.

En los dos casos operados se procedió del mismo modo, haciendo progresar el obstáculo que en el primer paciente era único

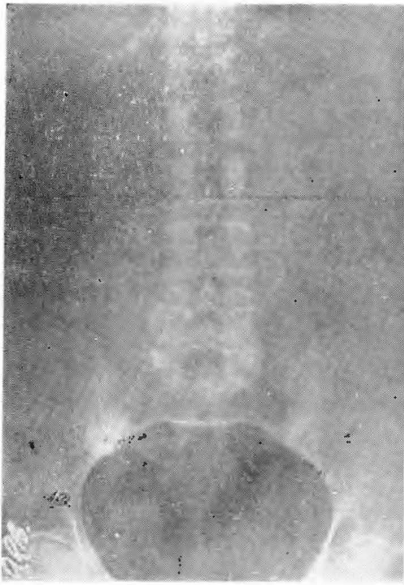


Fig. 1

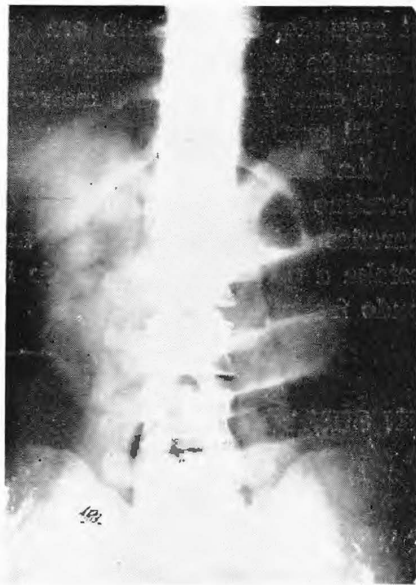


Fig. 2

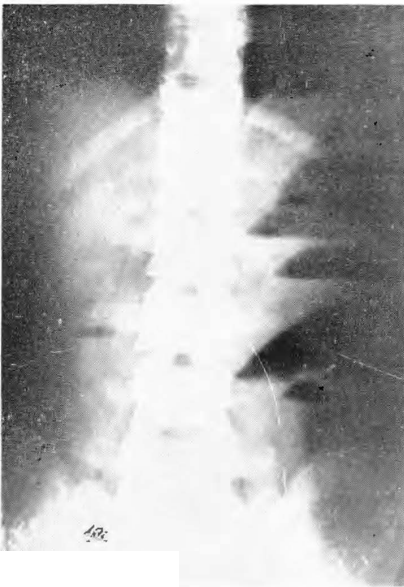


Fig. 3

y estaba a unos dos metros de la anastomosis yeyuno gástrica. En el segundo, el obstáculo era doble, constituido por dos gruesas masas de restos de naranja, separadas entre sí por una distancia de 20 cms. y a unos dos metros del ángulo íleo-cecal.

El post-operatorio de los dos enfermos fué excelente.

La necropsia del tercer caso permitió encontrar a nivel del intestino delgado, tres gruesas masas de residuos de naranja, separadas entre sí por casi un metro de intestino. La masa distal estaba a pocos centímetros de la válvula íleo cecal, a la que no pudo franquear.

---

#### EN SUMA

- 1) Se presentan tres casos de oclusión intestinal aguda originados por restos de naranja, sobrevenidos en pacientes previamente gastrectomizados.
- 2) El diagnóstico preoperatorio, en el que se presumió que la causa de la oclusión era un cuerpo extraño, fué confirmado en el acto operatorio.
- 3) La solución del obstáculo mecánico se logró en ambos casos haciendo progresar el cuerpo extraño hasta el ciego, lo que no ofreció dificultades, dado su maleabilidad, pese a estar a más de dos metros del mismo.
- 4) En uno de los casos operados y en el necropsiado, el obstáculo era doble y triple respectivamente, lo que obliga a revisar el intestino delgado en su totalidad, ya que es posible la movilización parcial del agente obstructivo dejando restos desconocidos que pueden desencadenar un nuevo cuadro en el post-operatorio.