

Aceituno Villalba, FM; Sánchez Martínez, A; Bolarín Angosto, C; Balsalobre Matencio, A; Escudero Muñoz, I; Menéndez López, AC.

La obstrucción intestinal consiste en la detención del contenido intestinal. Puede ser íleo paralítico o íleo mecánico. Es más frecuente en intestino delgado, debido a adherencias o hernias. En intestino grueso, la causa fundamental son los tumores, seguido de diverticulitis y vólvulos.

ANAMNESIS: No RAM. HTA. DM. Tratamiento: enalapril, metformina. Varón, 80 años, consulta por cansancio y astenia desde hace semanas, con estreñimiento de 4 días y dolor abdominal, continuo, sin irradiación. Pérdida de peso no cuantificada.

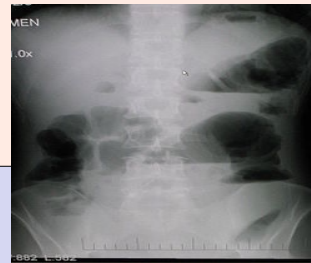
Exploración: REG. Abdomen: distendido, doloroso a palpación, con defensa generalizada, timpanismo. Tacto rectal: no heces en ampolla.

Exploraciones complementarias:

Rx abdomen (simple y bipedestación): signos de oclusión intestinal.

Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, hemoglobina 6.8, hematocrito 22.8%, hierro 12, ferritina 4.

TC abdominopélvico: lesión estenosante en sigma, pneumoperitoneo, líquido libre intraperitoneal.



Diagnóstico:
**Obstrucción intestinal
secundaria a
Adenocarcinoma de
sigma (pT4a, pN0).**

Se realizó tratamiento quirúrgico: colectomía subtotal, anastomosis mecánica circular, con drenajes.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Ogilvie, íleo paralítico.

Estrategia práctica de actuación:

En pacientes con obstrucción intestinal completa, el tratamiento de elección es el quirúrgico, mientras que en las obstrucciones incompletas, se puede diferir hasta concluir la etiología con pruebas complementarias.

Una buena anamnesis y exploración son fundamentales para priorizar el tratamiento y actuar rápido en beneficio de la morbimortalidad del paciente.