

Nombre:	Carlos
Apellido:	Borrega Harinero
Otros Autores:	Silvana María Fernández Lara, Eva María García Gámez, Macarena García Marín, Victoria De Lara Bendahan, Pablo Francisco Navarro Vergara
E-mail:	<a href="mailto:carlos_boha90@yahoo.es">carlos_boha90@yahoo.es</a>
Hospital:	Hospital Universitario de Puerto Real
Ciudad:	Puerto Real (Cádiz)
Título:	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO ENDOLUMINAL
Presentación:	<p>Datos clínicos: Varón de 78 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar intenso dolor abdominal en mesogastrio de cuatro días de evolución, con vómitos biliosos y estreñimiento. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC de abdomen urgente con contraste intravenoso en fase venosa, en el que se aprecia una leve dilatación de asas de íleon con un segmento de íleon terminal que presenta marcado engrosamiento difuso de su pared. Coincidiendo con la zona de mayor engrosamiento, se aprecia una imagen endoluminal de alta densidad y morfología en semiluna. Se acompaña de discretos cambios inflamatorios en la grasa adyacente y pequeña cantidad de líquido libre en gotiera paracólica derecha. Se informó como cuadro suboclusivo de asas de intestino delgado secundario a edema de pared de íleon terminal con cuerpo extraño endoluminal.</p>
Discusión :	<p>Diagnóstico:  Cirugía: Laparotomía exploradora urgente en la que se evidencia un plastrón inflamatorio a nivel de íleon terminal, por lo que decide realizar resección ileocecal con anastomosis ileocólica.  Biopsia: Pieza intestinal con cuerpo extraño (concha de almeja, no fragmentada, de 2 x 1,5 cm) y con alteraciones histológicas en íleon terminal altamente sugestivas de enfermedad inflamatoria tipo enfermedad de Crohn.  Reflexión docente:  La obstrucción intestinal es una entidad clínica relativamente frecuente que afecta hasta el 20% de los pacientes con abdomen agudo. La TC es la técnica de elección para el estudio de la localización, causa y posibles complicaciones.  La obstrucción intestinal por cuerpos extraños es rara, siendo el intestino delgado el lugar menos frecuente (3%). La ingestión accidental es más frecuente y suele verse fundamentalmente en niños y ancianos.  La mayoría de cuerpos extraños pasan sin problemas por el tracto gastrointestinal, pero algunos pueden detenerse en alguna parte del mismo debido a angulaciones fisiológicas. No obstante, en edades avanzadas se debe sospechar una estenosis debida a una patología subyacente, principalmente de etiología inflamatoria o neoplásica.</p>
Conclusión:	En los casos de obstrucción intestinal por cuerpo extraño en la edad adulta debemos sospechar una patología de base (principalmente inflamatoria o neoplásica) que justifique una estenosis en la luz intestinal y, de forma secundaria, la impactación del cuerpo extraño.
Bibliografía:	- Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. SERAM. Editorial

	<p>Panamericana. 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: What to look for. RadioGraphics 2009; 29:423-439.</li> <li>- Gabriela Gayer, MD, Ivan Petrovitch, MD, and R. Brooke Jeffrey, MD. Foreign Objects Encountered in the Abdominal Cavity at CT. RadioGraphics 2011; 31:409–428.</li> <li>- René Francisco Candia-de la Rosa, Raúl Candia-García, Mary Carmen Pérez-Martínez. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con adenocarcinoma de colon. Informe de un caso. Cir Ciruj. 2010; 78:87-91.</li> </ul>
Pie de foto:	<p>A, B, C: Imágenes de TC de abdomen con contraste iv. A) Corte coronal donde se aprecia un segmento de íleon terminal de aproximadamente 10 cm de longitud (flecha amarilla) con marcado engrosamiento difuso de su pared. B, C) Cortes axial y coronal, respectivamente, donde se aprecia cuerpo extraño endoluminal de morfología semilunar (flechas rojas). D) Pieza quirúrgica donde podemos comprobar que el cuerpo extraño se corresponde con una concha de almeja impactada en la luz intestinal (flecha azul).</p>