



P-681 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ASA CERRADA POR BANDA FIBRÓTICA ENTRE MIOMA UTERINO Y DIVERTÍCULO DE MECKEL

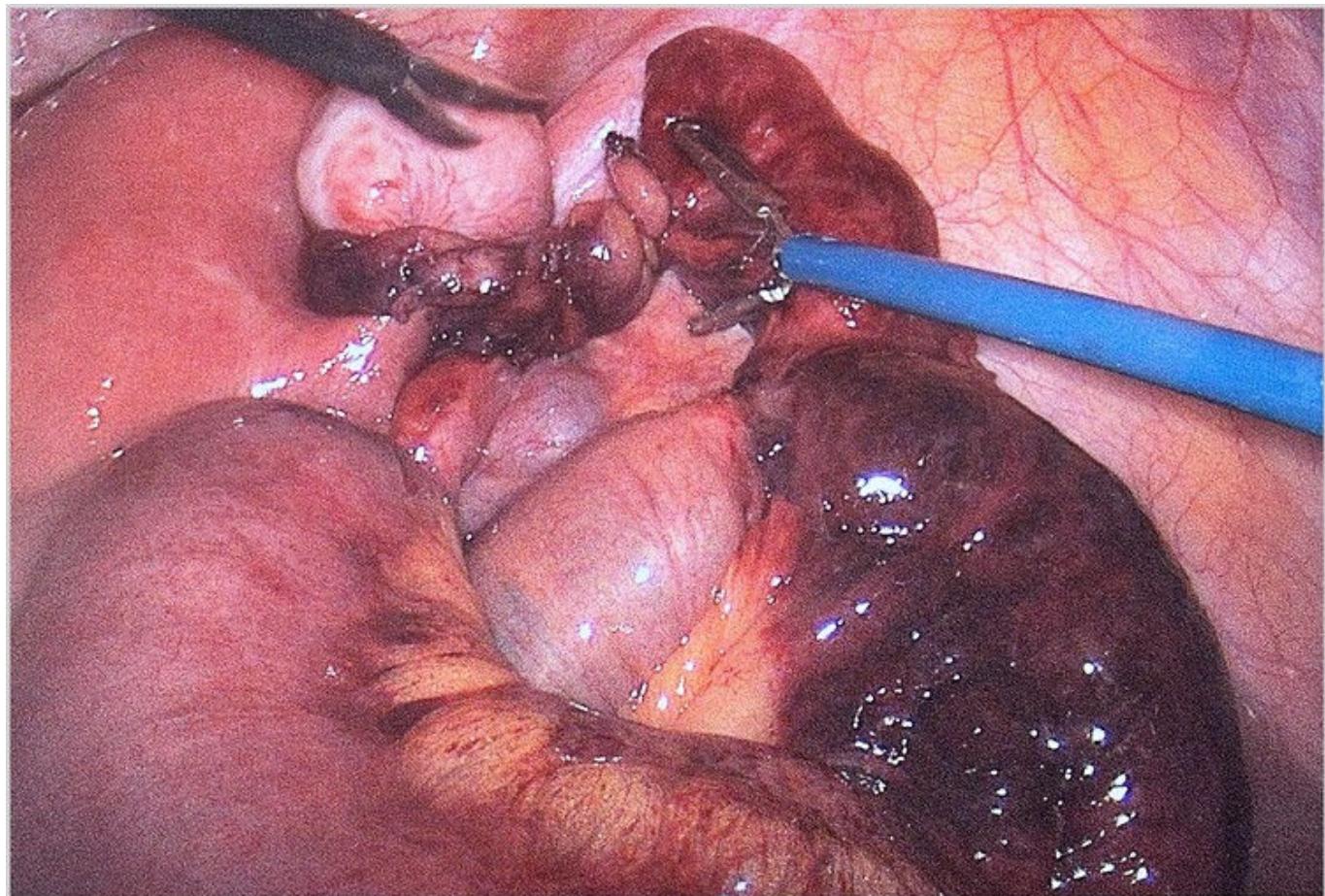
Candil-Valero, Luis; García-Redondo, Manuel; Cabaño Muñoz, Daniel; González-Sánchez, Daniel; Fernández-Muñoz, Ricardo; Fuentes-Zaplana, Ana; González-Garrido, Laura; Reina-Duarte, Ángel

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal es una patología urgente a la que el cirujano se enfrenta frecuentemente. Dentro de su amplia etiología, destacan las adherencias intestinales y las hernias como causas más frecuentes. Sin embargo, debemos tener en cuenta otras etiologías menos frecuentes. Si bien, la obstrucción intestinal por divertículo de Meckel o por mioma es infrecuente de forma aislada, más aún lo es, de forma conjunta. Debido a ello, presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 49 años que acude a urgencias de nuestro centro por dolor abdominal de 4 días de evolución que se intensifica en las últimas 24 horas, asociado a vómitos aislados. A la exploración física la paciente se encontraba estable hemodinámicamente y presentaba dolor abdominal a nivel periumbilical e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Entre sus antecedentes personales destaca: colecistectomía laparoscópica e histeroscopia por pólipos uterinos. Además de antecedentes familiares de 1^{er} grado de neoplasia de mama, útero y ovarios. Analíticamente no presentaba alteraciones destacables salvo ligera elevación de RFA. Ante la no mejoría sintomática pese analgesia pautada se solicitó una TAC abdominal desde el servicio de urgencias. El TAC evidenció a nivel pélvico múltiples asas de íleon distendidas, con un segmento de unos 10 cm engrosado e hipocaptante que sugería sufrimiento intestinal. Identificando varios cambios de calibre en asa de íleon a nivel pélvico. Ante estos hallazgos se decidió laparoscopia exploradora urgente. Intraoperatoriamente, se visualizó un mioma uterino pediculado subseroso, englobado por una banda fibrótica que se adhería a un divertículo de Meckel y a través de la cual se estrangulaba un asa de íleon, lo que condicionaba la obstrucción intestinal. El segmento intestinal afectado era de unos 10 cm y presentaba signos de congestión e isquemia. Se resecó la banda fibrótica y unos 20 cm de íleon, incluyendo divertículo de Meckel y el segmento afecto. Además, se realizó la exéresis del mioma. Se concluyó con una anastomosis ileoileal laterolateral isoperistáltica.



Discusión: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto digestivo, presente en el 1-3% de la población. Deriva del cierre del conducto onfalomesentérico durante la embriogénesis. Suele ser asintomático, diagnosticado como hallazgo casual durante otros procesos quirúrgicos o en pruebas de imagen. Si presenta síntomas, suele manifestarse como un cuadro de sangrado digestivo indoloro como forma más presente. Es infrecuente que los miomas causen una obstrucción intestinal, si ocurre suele ser por compresión de forma extrínseca un asa intestinal, ya sea por aumento de su tamaño o bien durante el embarazo y los cambios anatómicos que conlleva. Dados los antecedentes de intervención quirúrgica de nuestra paciente, habría que pensar en adherencias posquirúrgicas como primera posibilidad. Sin embargo, intraoperatoriamente, se halló la presencia de una banda fibrótica entre un mioma uterino e íleon, la cual causaba un asa cerrada incluyendo un divertículo de Meckel (fig.).