



Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico

José Alfredo López Rangel,* Jorge Audifred Salomón,* Heidy Ortiz Reyes,* Pablo Joaquín Cervantes Mondragón**

RESUMEN

En los últimos años la cirugía de mínima invasión se ha hecho más frecuente en el tratamiento de ciertas enfermedades ginecológicas. A pesar de sus ventajas sobre la técnica abierta, la cirugía laparoscópica tiene complicaciones. Se reporta un caso de oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal debida a la formación de adherencias diez días después de la histerectomía total laparoscópica, sin complicaciones aparentes. La oclusión parcial del intestino delgado es una complicación poco frecuente asociada con la cirugía laparoscópica ginecológica y con incidencia de 0.036% en el mes posterior al procedimiento quirúrgico. Una adecuada técnica quirúrgica limpia, con mínima manipulación de órganos internos, disminuye el riesgo de formación de adherencias y de oclusión parcial del intestino delgado.

Palabras clave: histerectomía total laparoscópica, oclusión parcial del intestino delgado, fenómeno adherencial.

ABSTRACT

A minimally invasive approach for gynecologic procedures has become popular in recent years. Despite the advantages of this kind of surgery over open technique, laparoscopic hysterectomy is not free of complications. A case of small bowel obstruction secondary to incomplete torsion of proximal ileum ten days after an uneventful total laparoscopic hysterectomy is reported. Partial small bowel obstruction (PSBO) is a rare complication after gynecologic laparoscopy; its post-operative incidence is 0.036% within a month after. A clean, adequate surgical technique, with minimal manipulation of internal organs, reduces the risk of adhesive process and PSBO.

Keywords: total laparoscopic hysterectomy, partial small bowel obstruction, adhesive process.

RÉSUMÉ

Ces dernières années, la chirurgie mini-invasive est devenue plus courante dans le traitement des maladies gynécologiques. En dépit de ses avantages par rapport à la chirurgie ouverte, la chirurgie laparoscopique a des complications. Nous rapportons un cas d'obstruction incomplète iléon torsion intestinale proximale due à des adhérences dix jours après hystérectomie totale laparoscopique sans complications apparentes. Occlusion partielle de l'intestin grêle est une complication rare associée à la chirurgie gynécologique par laparoscopie et l'incidence de 0,036% dans le mois suivant la chirurgie. Adéquate technique chirurgicale propre, avec un minimum de manipulation des organes internes, réduit le risque d'adhérences et l'obstruction intestinale partielle.

Mots-clés: laparoscopique hystérectomie totale, partielle obstruction de l'intestin grêle, phénomène adhérences.

RESUMO

Nos últimos anos, a cirurgia minimamente invasiva passou a ser mais comum no tratamento de doenças ginecológicas. Apesar de suas vantagens sobre a cirurgia aberta, a cirurgia laparoscópica tem complicações. Nós relatamos um caso de torção íleo obstrução intestinal incompleta proximal devido a aderências dez dias após histerectomia total laparoscópica sem complicações aparentes. A oclusão parcial do intestino delgado é uma complicação rara associada à cirurgia laparoscópica ginecológica e incidência de 0,036% no mês após a cirurgia. Técnica limpa cirúrgico adequado, com o mínimo manuseamento dos órgãos internos, reduz o risco de aderências e obstrução intestinal parcial.

Palavras-chave: histerectomia total laparoscópica, obstrução intestinal parcial pequena, fenômeno de adesões.

En los últimos años la cirugía de mínima invasión se ha vuelto más frecuente en el tratamiento de ciertas enfermedades ginecológicas. En Estados Unidos se practican histerectomías laparoscópicas hasta 11% más que en años previos.¹ A pesar de las ventajas de la cirugía de mínima invasión sobre la técnica abierta (menor pérdida sanguínea, menor tiempo de hospitalización y de recuperación postquirúrgica, entre otras), los procedimientos laparoscópicos tienen complicaciones; en ciertos casos, es necesaria una segunda intervención quirúrgica.

Se reporta un caso de oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal debido al fenómeno adherencial, diez días después de la histerectomía total laparoscópica sin complicaciones aparentes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años, un embarazo, primípara, sin antecedentes patológicos de importancia y con diagnóstico previo de miomatosis uterina y hemorragia uterina anormal. Se le practicó histerectomía total laparoscópica; no hubo complicaciones. Reingresó al servicio de Urgencias diez días después. Refería evacuaciones diarreicas (diez al día), náuseas, vómito, meteorismo, dolor abdominal tipo cólico difuso, distensión abdominal y anorexia. Durante la exploración física mostró signos vitales estables, deshidratación de mucosas, sistema cardiopulmonar sin afectación aparente, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación media y profunda en marco cólico, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal al momento de su ingreso, sitios de punción laparoscópica con adecuada cicatrización sin datos de sangrado activo o infección. Durante el tacto

vaginal: cúpula íntegra, mínima secreción serosa no fétida, anexos no palpables. No se identificaron alteraciones en el resto de la exploración física. Se le internó para valoración y tratamiento.

Los estudios de laboratorio (biometría hemática, electrolitos séricos, examen general de orina y química sanguínea) al momento de su ingreso no arrojaban evidencia de enfermedad.

El primer día de internamiento mostró deterioro clínico progresivo, por lo que se solicitó interconsulta con los médicos del servicio de Cirugía General. La tomografía computada simple de abdomen mostró dilatación de las asas del intestino delgado con abundante residuo; no se observó zona de transición: el intestino grueso había disminuido en tamaño y no permitía el paso de material. Se le colocó una sonda nasogástrica y se inició la nutrición parenteral. No hubo mejoría. Durante el tránsito intestinal se identificó oclusión intestinal mecánica a nivel de íleon. Se decidió ingresarla al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora. Se observó oclusión intestinal parcial secundaria a la torsión incompleta del íleon y dilatación de las asas proximales debida a la formación de una adherencia firme (Figuras 1 y 2). Se resecó la adherencia, se realizó distorsión de las asas intestinales y recolocación con maniobra de Noble. El procedimiento no tuvo complicaciones. La paciente evolucionó favorablemente en el postquirúrgico, con tolerancia a la vía oral y canalización de gases. La mejoría clínica fue evidente; se le dio de alta cuatro días después del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Se ha estudiado ampliamente la repercusión de la oclusión parcial del intestino delgado posterior a una laparotomía en la morbilidad y mortalidad y en el incremento de los costos intrahospitalarios.^{2,3} Sin embargo, no hay un estudio de la repercusión de la oclusión parcial del intestino delgado asociada con cirugía ginecológica laparoscópica.²

La incidencia de oclusión parcial del intestino delgado posterior a laparoscopia ginecológica (sin especificar tipo de procedimiento) reportada en la bibliografía es de 0.036%. Milad y colaboradores reportan que hasta 50% de estas pacientes requerirán segunda intervención quirúrgica en caso de evidencia de herniación intestinal, lesión o torsión intestinal y urinoma.^{1,2}

* Endoscopia ginecológica. Servicio de Ginecología y Obstetricia.
 ** Servicio de Ginecología y Obstetricia.
 Hospital Médica Sur Tlalpan. México, DF.

Correspondencia: Dra. Heidy Ortiz Reyes. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Médica Sur. Av. Puente de Piedra 150. México 14050, DF. Correo electrónico: heidyort@hotmail.co
 Recibido: 25 de julio 2012. Aceptado: 26 de julio 2012.

Este artículo debe citarse como: López-Rangel JA, Audifred-Salomon J, Ortiz-Reyes H, Cervantes-Mondragón PJ. Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):650-653.

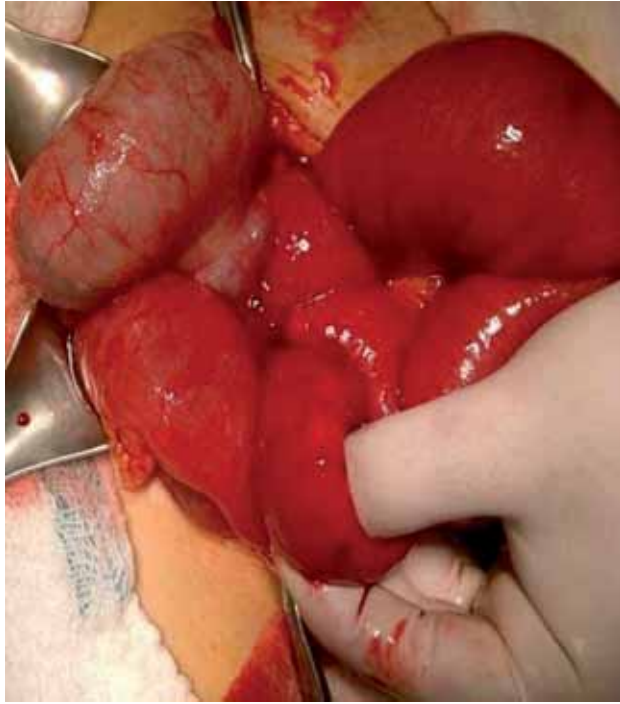


Figura 1. Adherencia firme en íleon proximal.

En Estados Unidos se estima que la oclusión parcial de intestino delgado llega a representar 20% del total de pacientes admitidas en el servicio de Urgencias. Se conoce bien la alta mortalidad que implica esta afectación.^{1,2,4} En el Reino Unido se reportaron 12,000 a 14,400 casos de oclusión intestinal en un año.⁵ La oclusión parcial del intestino delgado, con subsecuentes isquemia y estrangulación del asa intestinal, puede ser fatal si no se diagnostica y trata a tiempo.^{2,3}

La bibliografía indica que la causa más frecuente de oclusión parcial del intestino delgado es el fenómeno adherencial postquirúrgico (60-70%);⁵ más de la mitad de estos casos se asocia con cirugías ginecológicas u obstétricas previas.² La prevalencia estimada de adherencias intraabdominales posteriores a una laparotomía es de 95%. Las cirugías de colon, recto, apéndice y ginecológicas guardan la mayor relación con la oclusión parcial del intestino delgado.^{6,7} Entre las cirugías ginecológicas, la histerectomía abierta es la que guarda mayor relación con la oclusión intestinal secundaria a las adherencias.^{5,6,8} No hay datos concluyentes de la incidencia de la oclusión parcial del intestino delgado posterior a histerectomía laparoscópica.^{6,9} Al-Sunaidi y Tulandi no reportaron en su

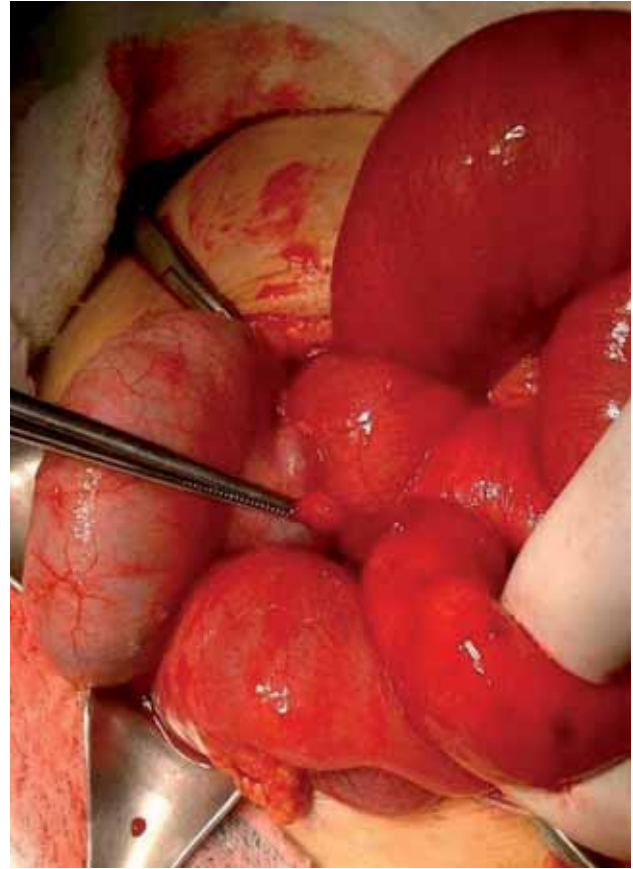


Figura 2. Zona de intestino afectada.

casuística ninguna oclusión parcial del intestino delgado posterior a histerectomía laparoscópica supracervical. Sin embargo, sus resultados se ven limitados por un número de casos reportados que no es estadísticamente significativo.⁶ De cualquier forma, es poco probable que lo reportado por Al-Sunaidi y Tulandi se relacione con histerectomía supracervical. La explicación más probable es que la cirugía laparoscópica *per se* se asocia con menor lesión peritoneal y, por consiguiente, menor riesgo de formación de adherencias comparada con la laparotomía, gracias a la mínima manipulación de los tejidos y órganos internos.¹⁰ Sin embargo, aún en caso de lograr una técnica quirúrgica adecuada con mínima manipulación tisular y de órganos, la cirugía laparoscópica ginecológica no elimina el riesgo de formación adherencial, como en el caso reportado.^{5,10,11}

Algunos autores han reportado el tratamiento expectante con reposo intestinal y sonda nasogástrica por un

máximo de cinco días. De no encontrarse mejoría clínica, se deberá realizar la segunda intervención quirúrgica, por vía laparoscópica o por laparotomía.^{2,12} Sin embargo, debe tomarse en cuenta el estado hemodinámico de la paciente. Si el deterioro es rápido y progresivo no se indica tratamiento expectante. En estos casos se deberá reintervenir quirúrgicamente.^{2,7,12}

En virtud de la alta incidencia de herniación, torsión y lesión intestinal durante las reintervenciones quirúrgicas, la tomografía computada abdominal es el estudio diagnóstico de elección.²

CONCLUSIONES

La oclusión parcial del intestino delgado es una complicación poco frecuente asociada con la cirugía laparoscópica ginecológica. Se necesitan estudios de mayor peso estadístico para valorar la frecuencia e implicaciones de la oclusión intestinal posterior a la cirugía ginecológica laparoscópica y, en particular, a la histerectomía laparoscópica.

Debe seguirse la recomendación de expertos de una adecuada técnica quirúrgica limpia, con mínima manipulación de órganos internos, para disminuir el riesgo de formación de adherencias.

Por último, los estudios de gabinete ayudan a un diagnóstico certero antes de tomar la decisión de la segunda intervención quirúrgica. Según la bibliografía acerca del tema, la tomografía computada de abdomen es el estudio de elección para apoyar el diagnóstico de oclusión parcial de intestino delgado.

REFERENCIAS

1. Donnellan Nicole M, Mansuria Suketu M. Small Bowel Obstruction Resulting from Laparoscopic Vaginal Cuff Closure with a Barbed Suture. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:528-530.
2. Milad Magdy P, Escobar Julian C, Sanders W. Partial small bowel obstruction and ileus following gynecologic laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:64-67.
3. Maglinte DDT, Kelvin FM, Rowe MG, Bender GN, Rouch DM. Small-bowel obstruction: optimizing radiologic investigation and nonsurgical management. *Radiology* 2001;218:39-46.
4. Neff M, Schmidt B. Laparoscopic treatment of a postoperative small bowel obstruction. *JSLs*. 2010;1:133-136.
5. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg Suppl* 1997;577:5-9.
6. Al-Sunaidi M, Tulandi T. Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions. *Obstet Gynecol* 2006;108:1162-1166.
7. Duron Jean-Jacques, Jourdan-Da Silva N, Tezenas du Montcel S, Berger A, Muscari F, et al. Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence After Surgical Treatment. A Multicenter Prospective Study. *Ann Surg* 2006;244:750-757.
8. Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2 Pt 1):313-315.
9. Judd John P, Byrd Kenneth, Jiang Mark. Postoperative Readmissions Following Laparoscopic and Abdominal Hysterectomy: A Comparison. *Ochsner J*. 2007;7:114-120.
10. Robertson D, Lefebvre G, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, et al. Adhesion prevention in gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:598-608.
11. Al-Jaroudi D, Tulandi T. Adhesion prevention in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Surv*. 2004;59:360-367.
12. Velasco JM, Vallina VL, Bonomo SR, Hieken TJ. Postlaparoscopic small bowel obstruction: Rethinking its management. *Surg Endosc* 1998;12:1043-1045.