

# Obstrucción intestinal por bridas en paciente pediátrico. La importancia de preguntar por los antecedentes personales

Gallego Calvo, Belén; Gallardo Padilla, Miguel; Romero García, Carlos; Romo Rosado, María; Ramos Carrillo, Clara; La Orden Izquierdo, Enrique  
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infanta Elena

## INTRODUCCIÓN

- ✓ La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso.
- ✓ Las adherencias son una de las causas más habituales de obstrucción aguda, llegando a constituir el 70 al 75% de todos los casos.

## CONCLUSIÓN

- ✓ Es muy importante preguntar por los **antecedentes personales** ya que, en muchos casos, nos ayudan a orientar el caso del paciente.
- ✓ Ante cirugías previas siempre debemos tener en cuenta la presencia de **bridas**, aunque haya sido muchos años atrás.
- ✓ La clínica de **vómitos** sumado a la **ausencia de deposición** y con el **antecedente quirúrgico** abdominal nos obliga a realizar una **radiografía de abdomen en bipedestación** y en decúbito supino para descartar la sospecha de obstrucción intestinal mecánica.

## CASO CLÍNICO

Adolescente de 12 años, con AP de colecistectomía por quiste del colédoco al año de vida, acude a urgencias por vómitos de contenido alimenticio de 24 horas de evolución. Última deposición previo al comienzo del cuadro. Afebril. No otros síntomas de interés. No ambiente epidémico familiar.

En urgencias, TEP estable, constantes estables y EF: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada sin defensa ni signos de irritación peritoneal.

### ¿Vómitos sin signos de alarma?

Adecuada tolerancia oral y alta con signos de alarma

### ¿Obstrucción intestinal?

Persistencia de **vómitos** y reacude a urgencias. TEP **inestable por apariencia**. A la EF, abdomen blando, dolor más intenso a la palpación en hipogastrio



Ausencia de gas distal con niveles hidroaéreos. Imagen en "pila de monedas" Heces en marco cólico derecho

- ✓ **Tratamiento:** Sonda nasogástrica abierta y se deja a **dieta absoluta** durante 72 horas con sueroterapia intravenosa a necesidades basales.
- ✓ **Evolución:** La paciente evoluciona favorablemente iniciando tolerancia oral sin vómitos y realizando deposiciones. Se mantiene durante su ingreso afebril y hemodinámicamente estable.