

Caso	(528) Obstrucción intestinal con perforación secundaria ocasionada por neoplasia de sigma metastásica localizada en hernia inguinoescrotal izquierda
Autores	Vicente Belloch Ripollés, Mónica Ballesta Moratalla, Pilar Estellés Lerga, Rosa Piqueras Olmeda, Sara Brugger Frigols, Miryam Atarés Huerta
Centro	Hospital Universitario Y Politécnico La Fe De Valencia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 83 años que acude a urgencias por cuadro de distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones de 3 días de evolución. Asocia anorexia y pérdida ponderal no cuantificada. A la exploración física destaca un abdomen distendido y timpánico con una gran hernia inguinoescrotal izquierda incoercible.

La radiografía de abdomen muestra una aireación intestinal patológica (Fig.A). Se completa el estudio con una TC abdomino-pélvica que confirma la dilatación de asas de intestino delgado y grueso con presencia de niveles hidroaéreos, neumoperitoneo (Fig.B) y leve cantidad de líquido libre. Se identifica el cambio de calibre en colon descendente/sigma localizado en el interior de la hernia inguinoescrotal izquierda (Fig.C) condicionado por un engrosamiento circunferencial focal de sigma de aspecto neoplásico (Fig. D). Distal a la estenosis se observa el sigma colapsado. Asocia dos lesiones hepáticas y una lesión nodular en el seno costofrénico posterior izquierdo, sospechosas de metástasis (no mostradas).

El paciente es intervenido de urgencia mediante colectomía total e ileostomía terminal, identificando punto de perforación en ciego. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de sigma.

DISCUSIÓN

Diagnóstico: Obstrucción intestinal perforada ocasionada por neoplasia de sigma metastásica localizada en hernia inguinoescrotal izquierda.

La obstrucción de intestino grueso (OIG) es una emergencia abdominal con una elevada morbimortalidad (1). Su incidencia es cinco veces menor que la obstrucción de delgado y su etiología difiere sustancialmente (2).

El cáncer colorrectal es la causa más frecuente de OIG, provoca el 60-80% de los casos y presenta una alta mortalidad si requiere cirugía emergente (2). Las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación del tumor y la competencia de la válvula ileocecal entre otros (1). Las localizaciones más frecuentes de obstrucción son sigma y ángulo esplénico, y el sitio más común de perforación no es el del tumor sino el ciego (2).

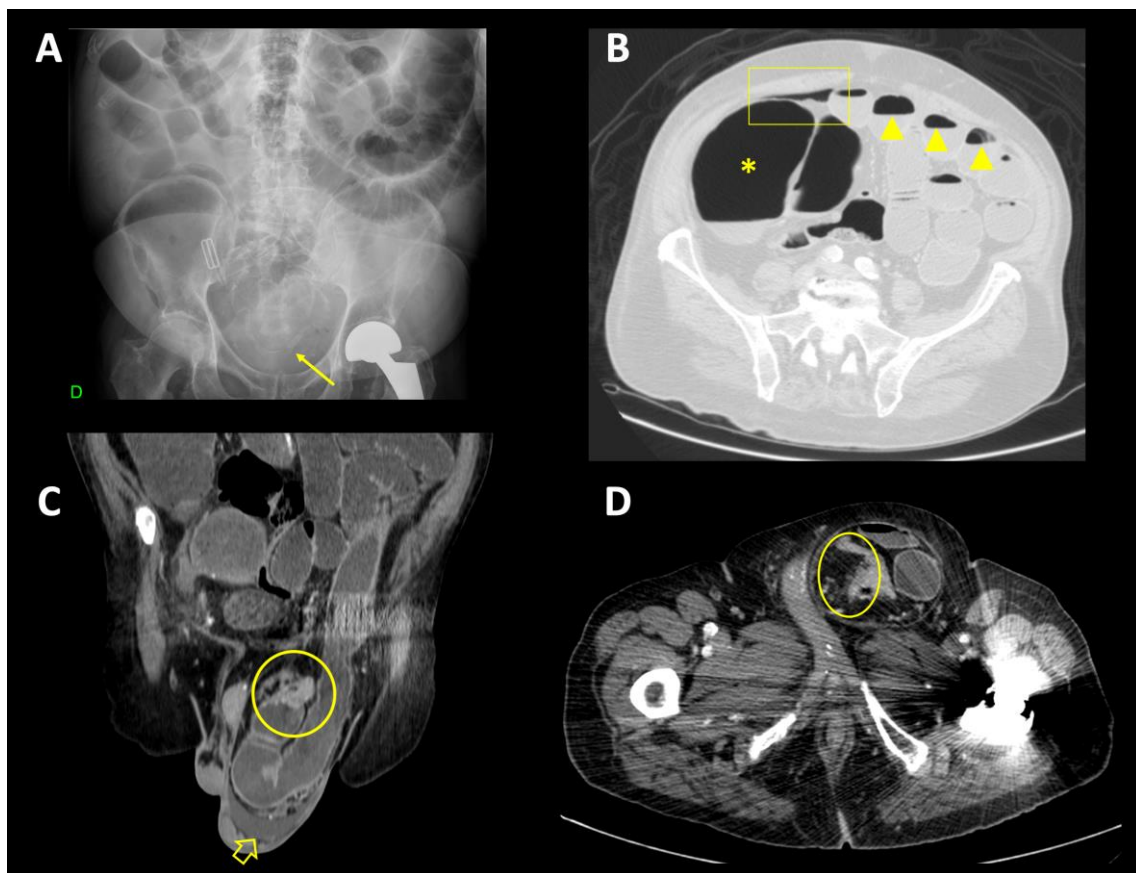
El diagnóstico de OIG se basa en la identificación de un cambio de calibre que condicione dilatación colónica proximal con colapso distal. Puede asociar dilatación de asas de intestino delgado si la válvula ileocecal es incompetente (25% de los casos) (2).

La radiografía de abdomen es la prueba inicial. Se considera que el colon está dilatado si mide > 6 cm, con riesgo de perforación si el diámetro cecal es > 9 cm (3). También permite detectar niveles hidroaéreos (indicativo de obstrucción aguda), neumoperitoneo, pneumatosis intestinal y gas venoso portal. Sin embargo, ante una dilatación generalizada del colon puede ser difícil de diferenciar de otras causas sin obstrucción mecánica como el síndrome de Ogilvie o el megacolon tóxico (2).

La TC es la técnica de imagen de elección ya que permite identificar la causa, posibles complicaciones e incluso metástasis en pacientes con OIG secundaria a malignidad. Las reconstrucciones multiplanares ayudan a identificar el punto de obstrucción y, si existen dudas, se puede administrar contraste rectal soluble en agua para documentarlo mejor (2). Es importante revisar todo el colon en busca de lesiones neoplásicas sincrónicas (2).

CONCLUSIÓN

La TC es la técnica de elección para el diagnóstico de la obstrucción de intestino grueso, ya que permite identificar el cambio de calibre, establecer la etiología, descartar complicaciones y diferenciarla de otras causas de dilatación del marco cólico no mecánicas.



A) Radiografía de abdomen anteroposterior en decúbito supino. Dilatación patológica de las asas intestinales con ausencia de aireación distal (flecha). B) TC abdominopélvica con contraste en ventana de pulmón. Asas intestinales dilatadas con niveles hidroaéreos (cabezas de flecha) y neumoperitoneo (rectángulo) en proximidad al ciego, que se encuentra dilatado (asterisco). C) TC abdominopélvica con contraste. Engrosamiento circunferencial de aspecto neoplásico en sigma (círculo), parcialmente alojado en una hernia inguinoscrotal izquierda, en la que también hay asas intestinales distendidas. D) Reconstrucción MPR sagital de la TC abdominopélvica. Dilatación colónica proximal a la neoplasia de sigma (círculo) y líquido libre (flecha hueca) en el interior de la hernia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sawai RS. Management of colonic obstruction: a review. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012;25(4):200-3. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1329533>
2. Jaffe T, Thompson WM. Large-Bowel Obstruction in the Adult: Classic Radiographic and CT Findings, Etiology, and Mimics. *Radiology.* 2015;275(3):651-63. <https://doi.org/10.1148/radiol.2015140916>
3. Del Cura Rodríguez JL, Gayete Cara A, Rovira Cañellas A, Pedraza Gutiérrez S. *Radiología Esencial* (2ª Edición). SERAM. 2019; Tomo 1: 669-80. ISBN: 9788491103493