

Autores: Orozco Carratalá Beatriz;
Hernandez Ros Maria Ines; Lopez Molina
Jose; Garcia Teruel Mari Paz; Moreno
Sanchez Cristina

Caso clínico:

Mujer de 32 años ingresada por embarazo en vías de prolongación se realiza inducción mecánica y posteriormente inducción directa con Oxitocina. Finalmente, se decide cesárea por fallo de inducción.

Antecedentes:

- G2C1 Cesárea por Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Tratamiento actual: Yodocefol

Durante cirugía presenta síndrome adherencial moderado que requiere movilización de asas intestinales y se produce laceración vesical que requiere sondaje urinario por hematuria franca.

Durante el postoperatorio presenta dolor abdominal intenso, distensión y timpanismo. Precisa del uso de mórficos. No tolerancia oral, nauseas y ausencia de defecación.

Pruebas complementarias:

- Rx Abdomen: Niveles Hidroaéreos
- Uro TAC: No se visualiza fuga vesical. Dilatación intestino delgado compatible con íleo adinámico.

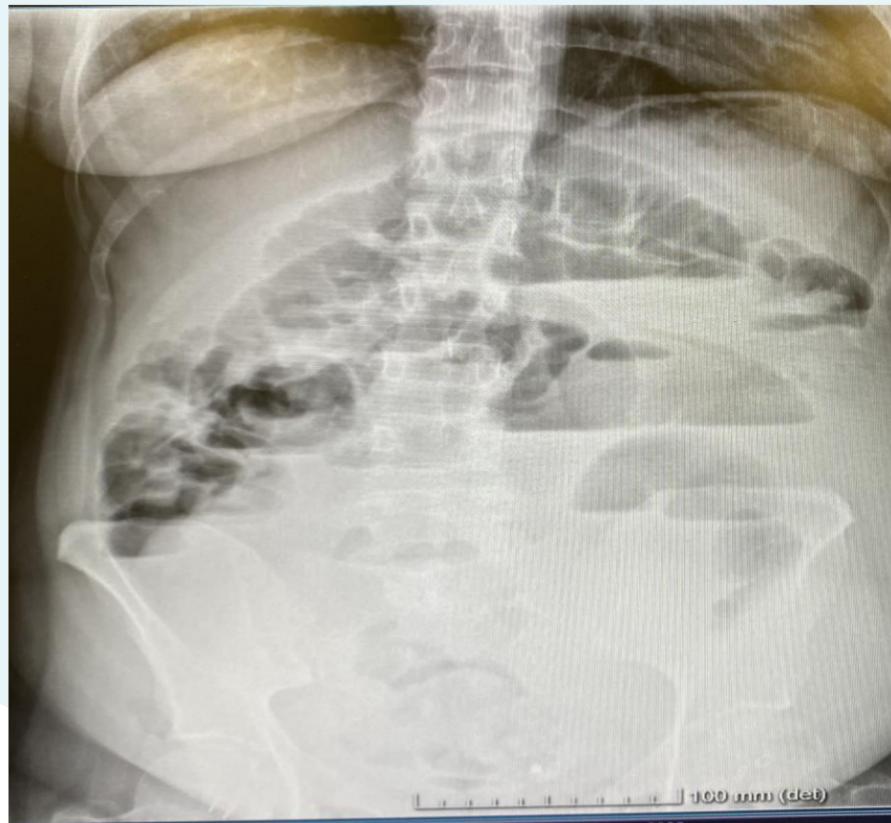
Juicio Clínico:

Íleo adinámico postquirúrgico (IPP)

Discusión:

El IPP ocurre con frecuencia en las 24 a 72 horas posteriores a una cirugía abdominal, especialmente cuando los intestinos han sido manipulados. Algunos factores de riesgo son el uso de fármacos (mórficos), hematomas, peritonitis o trombosis entre otros. Es un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal del tubo digestivo. Es una complicación frecuente, habitualmente no es grave y revierte espontáneamente. En algunos casos puede complicarse comprometiendo la vida del paciente. Es importante mantenerse alerta para realizar diagnóstico y tratamiento precoz. Los fármacos más usados en la actualidad para intentar revertir el IPP son los procinéticos. Destaca sobre todo el uso de metoclopramida.

Íleo Adinámico Postquirúrgico



Evolución:

Se modifica tratamiento añadiendo primperam y eritromicina para estimular el tránsito intestinal. Posteriormente buena evolución, buena tolerancia a dieta, deposición espontánea y ausencia de dolor con resolución del cuadro.

Bibliografía:

1. D. García-Olmo^a, F. Lima Profesor titular de Cirugía, Médico residente. Universidad Autónoma de Madrid. Servicio de Cirugía General
2. Guía OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Bassy N; Esteban I. Tratado de Geriatria para residen Capitulo 56.
3. Guías de actuación en Urgencias. Clinica Universidad de Navarra. Septiembre 2018