

FÍSTULA ENTEROENTÉRICA SECUNDARIA A UN OBLITO

Autores: Ovando Marian*; Mendoza Karen*; Rivera Victor**; Murillo Everth**.

TCba-FJR.

*Especialista en diagnóstico por imágenes.

** Residente de diagnóstico por imágenes Tcba-FJR.

Email: victorrs_12@hotmail.com

CABA, Argentina

El presente trabajo no posee conflicto de intereses.

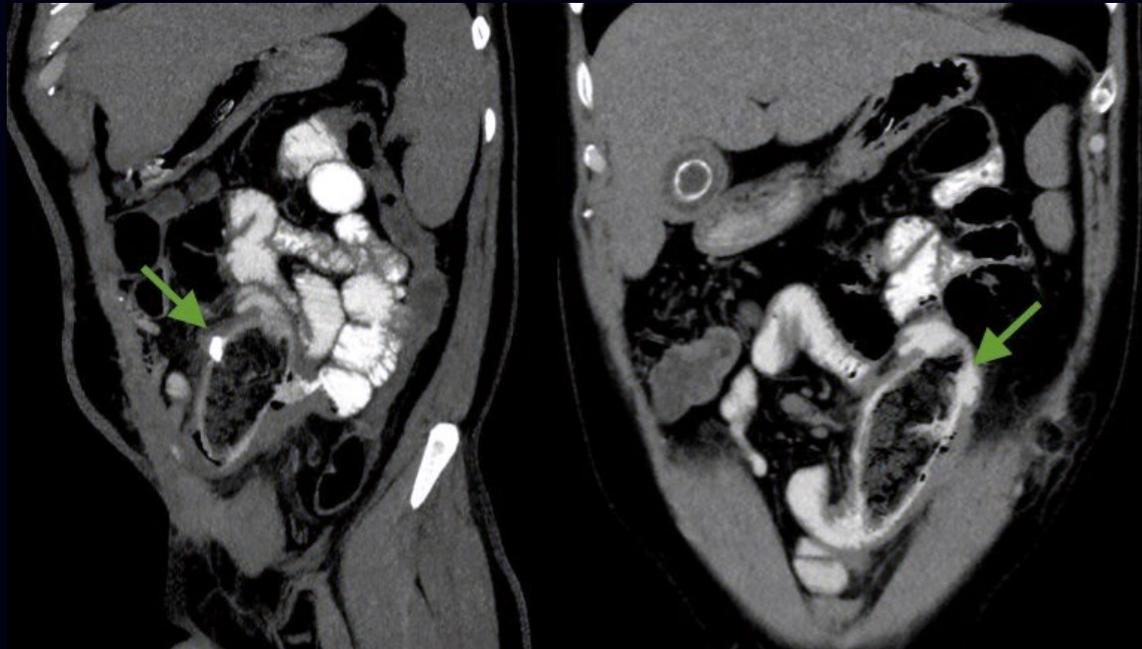


Presentación del caso:

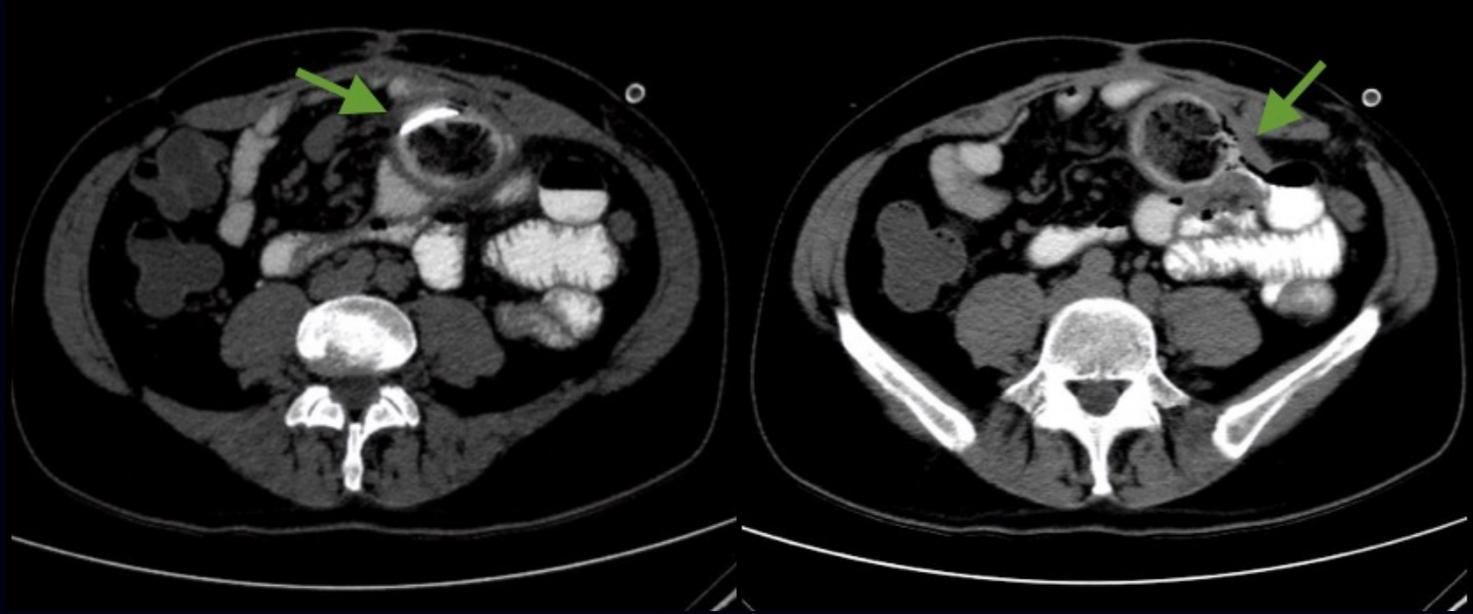
Paciente masculino de 49 años, con antecedente quirúrgico de una eventroplastia de hace varios años, consulta por cuadro clínico de ausencia de flatos, dolor y distensión abdominal. Con sospecha de suboclusión intestinal secundaria a complicación tardía posoperatoria, por lo que se indica tomografía computada(TC).

En la TC se puede evidencia, distensión de asas intestinales, con un segmento del intestino que muestra un engrosamiento asimétrico de sus paredes, pequeñas burbujas aéreas.

Flecha verde: Muestra oblitto en asa intestinal, con patrón en “miga de pan”.



Tomografía de Abdomen:



Con las **flechas verdes** se señala se identifica paso de contraste oral entre dos segmentos intestinales en topografía de asa yeyunales, que se interpreta como una fístula enteroentérica.

En el interior de esta asas se observa una imagen heterogénea, con patrón en “miga de pan” y elemento lineal de alta densidad, lo que se interpreta como un oclito.

Discusión:

- ❖ La sintomatología del oblitio es inespecífica y variada, puede ser asintomática, así como también presentarse como un síndrome pseudotumoral, oclusivo o séptico.
 - ❖ Los síntomas, pueden generarse inmediatos a la cirugía, ó como en nuestro caso, aparecer años posteriores al procedimiento quirúrgico.
 - ❖ En las etapas tardías los hallazgos habituales son, la obstrucción mecánica y las fístulas, estas últimas pueden estar abocadas o no a los planos cutáneos.
 - ❖ En nuestro caso, en la TC se pudo demostrar la existencia de un oblitio, pero más allá del hallazgo descrito, se detectó una fístula enteroentérica dada por el paso de contraste entre las asas intestinales, esto obligó a cambiar la conducta operatoria, consistió en la extracción del cuerpo extraño y cierre del trayecto fistuloso.
-

Conclusión:

- ❖ La presencia de un oblito es un diagnóstico que se debe sospechar en cuadros suboclusivos y en pacientes con antecedentes quirúrgicos. La TC es el estudio de elección, debido a que, además de localizar el cuerpo extraño, puede detectar complicaciones secundarias, tales como la presencia de fístulas. Las mismas deben ser reportadas, ya que ayuda en la planeación quirúrgica del paciente y evita complicaciones futuras.

Bibliografía:

- ❖ Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, Farias F, Kaercher J. *Imaging of gossypibomas: pictorial review. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2009;193(6_supplement):S94–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.07.7132>*
- ❖ Balcázar-Rincón LE, Gordillo Gómez EA, Ramírez-Alcántara YL. *Oclusión intestinal secundaria a oblito quirúrgico. Cir Cir [Internet]. 2016;84(6):503–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115002510>*
- ❖ Alejandro G. Lovecchio, María S. Briden and Laura P. Villaruel. *Oblito como causa de fístula enteroentérica. Rev. argent. cir.. 2023. Vol. 115(2):183-187. DOI: 10.25132/raac.v115.n2.1628*