



Oclusión intestinal mecánica de pacientes atendidos en el Servicio de urgencias médicas del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio.

Eduardo Enrique Cecilia-Paredes¹ <https://orcid.org/0000-0002-0613-5075>

Angel Echevarria-Cruz² <https://orcid.org/0000-0001-7589-000x>

Elizabeth Cecilia-Paredes³ <https://orcid.org/0000-0001-8423-432X>

^{1, 2, 3} Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río. Cuba.

***Autor principal para la correspondencia:** Eduardo Enrique Cecilia Paredes.
eecp@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La obstrucción intestinal se define como el conjunto de síntomas y signos consecuencia de una interrupción o disminución del tránsito intestinal.

Objetivo: caracterizar clínico quirúrgicamente los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica atendidos en el Servicio de urgencias médicas del Hospital Dr. León Cuervo Rubio, en el período de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 252 pacientes con diagnóstico clínico de oclusión intestinal mecánica, atendidos en el Servicio de urgencias médicas del Hospital Dr. León Cuervo Rubio, en el período de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Resultado: existió un predominio del sexo femenino con 52.77 %, predominando las edades comprendidas entre 60 y 64 años de edad con un 26.98 %, predominó el dolor abdominal en un 88.88 % de los pacientes, siguiéndole la distensión abdominal para un 86.90 %, como causas más frecuentes hubo un predominio de las bridas y adherencias con 36.90 %, la técnica quirúrgica más frecuente en el estudio fue la lisis de brida con un 26.98 %, se observa un predominio de las complicaciones respiratorias y en el 43.25 % de la muestra estudiada la evolución de los pacientes fue favorable.

Conclusiones: Aunque se evidencia un predominio del sexo femenino la oclusión intestinal tiene una incidencia similar en ambos sexos, además presenta como causas más frecuentes los tumores, bridas y adherencias. Enfermedad que se manifiesta a través de dolor abdominal y vómitos como síntomas más comunes.

PALABRAS CLAVE: Oclusión Intestinal; Tránsito Intestinal; Dolor Abdominal.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es un cuadro de urgencia médica, caracterizado por síntomas y signos localizados en la cavidad abdominal, que hacen sospechar la existencia de una enfermedad severa que afecta a alguno de los órganos intraabdominales, y que posiblemente necesite resolución quirúrgica⁽¹⁾. Por lo general es debido a razones infecciosas o inflamatorias,



traumatismos, neoplasias y muy frecuente se encuentra la obstrucción intestinal, la cual puede definirse como el conjunto de síntomas y signos consecuencia de una interrupción o disminución del tránsito intestinal, siendo una de las causas más frecuentes, entre el grupo de las urgencias quirúrgicas que concurren a los servicios de urgencia de cualquier hospital a nivel mundial (segunda causa de ingreso hospitalario)^(2, 3).

La obstrucción intestinal fue descrita como entidad patológica antes de Cristo. Por esta época la causa más frecuente de las obstrucciones era la hernia estrangulada y por ello fue la más mencionada en la literatura médica de esa época. Praxágora, 300 años antes de Cristo (siglo III o IV a. C.) efectuaba ya una incisión en la región inguinal en casos de hernia estrangulada o una punción estableciendo una fístula colocutánea base de lo que hoy se conoce como colostomía⁽⁴⁾. La principal causa de una obstrucción intestinal –causando un 75 % de los casos– son adhesiones relacionadas a una previa cirugía abdominal. La evolución natural de esta enfermedad es considerada como una de las más peligrosas existentes, y su fisiopatología justifica la gravedad del proceso^(5, 6).

En la obstrucción intestinal, el hecho más relevante desde el punto de vista fisiológico, es la pérdida de líquidos y electrolitos⁽⁷⁾. Las secreciones gástricas, biliar, pancreática y de intestino alto (duodeno-íleon) suman unos ocho litros en 24 horas, los que al no circular en sentido del tránsito intestinal no serán absorbidos, incluyendo los electrolitos que contiene; si a esto se suman las pérdidas de ambos por los vómitos, se llegará rápidamente a la deshidratación y al desequilibrio hidroelectrolítico^(6, 8, 9).

Los síntomas de presentación más característicos son el dolor abdominal, junto con una marcada distensión abdominal, vómitos y estreñimiento⁽¹⁰⁾. El dolor es el síntoma que suele aparecer en primer lugar, estando casi siempre presente, este puede ser cólico, también llamado “de retortijón”, se debe al hiperperistaltismo de lucha de las asas situadas por encima del obstáculo. Es un dolor intermitente que surge de forma brusca, y que aumenta y disminuye sucesivamente^(11, 12).

Los síntomas y signos de shock en estadios tempranos de una obstrucción intestinal, habitualmente indican estrangulación o hemorragia⁽¹¹⁾. El shock por deshidratación o ante una perforación de intestino delgado o colon se presenta, por lo general, en etapa tardía⁽¹³⁾.

En los últimos años ha existido un incremento notable de adultos mayores con diagnóstico de oclusión intestinal y es precisamente porque el envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina^(14, 15). La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se le asocian sobre los sistemas de salud son evidentes⁽¹⁶⁾.

Actualmente, la oclusión intestinal representa entre el 20 y el 30% de los ingresos urgentes en Cirugía General, y constituye la causa más frecuente de abdomen agudo en el anciano⁽¹⁷⁾. Dicha circunstancia, adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que el envejecimiento de la población en los países occidentales constituye uno de los mayores focos de atención social en todos los órdenes⁽¹⁸⁾.

En el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” han ido aumentando los casos en los últimos 5 años. No existiendo estudios al respecto, constituyendo en estos momentos una necesidad asistencial al conocer que en nuestra provincia el índice de longevos aumenta y con ello las enfermedades presentes en este grupo etáreo.



OBJETIVO:

Caracterizar clínico quirúrgicamente los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica atendidos en el Servicio de urgencias médicas del Hospital Dr. León Cuervo Rubio, en el período de enero de 2017 a diciembre de 2019.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 252 pacientes con diagnóstico clínico de oclusión intestinal mecánica, atendidos en el Servicio de urgencias médicas de la Especialidad de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio, en el período de enero de 2017 a diciembre de 2019. El análisis de historias clínicas permitió la obtención de información que dio salida a las variables analizadas. El universo de trabajo estuvo constituido por los 306 pacientes ingresados en dicha unidad en el período analizado; la muestra estuvo formada por los 252 pacientes seleccionados mediante un muestreo simple aleatorio. Todos los datos obtenidos en el estudio, se almacenaron en una base de datos, y fueron procesados en el paquete estadístico Microsoft Office 2010. La realización del estudio fue aprobada por el Comité Científico de la Institución. En la investigación se respetaron los principios bioéticos a considerar en estos casos, se aseguró el total anonimato de los pacientes. Los resultados finales sólo se utilizarán para la preparación de artículos científicos o su presentación en eventos biomédicos de reconocido prestigio, se aplicaron los protocolos establecidos en la convención de Helsinki.

RESULTADOS

Tabla No. 1- Caracterización de la muestra de estudio según edad y sexo.

Grupo de Edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
60-64	35	13.88	33	13.09	68	26.98
65-69	32	12.69	30	11.90	62	24.60
70-74	25	9.92	23	9.12	48	19.04
75-79	21	8.33	17	6.74	38	15.07
80-84	11	4.36	9	3.57	20	7.93
85-89	8	3.17	6	2.38	14	5.55
90 y más	1	0.39	1	0.39	2	0.79
Total	133	52.77	119	47.22	252	100

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla #1 se aprecia un predominio del sexo femenino con 52.77 % del total de la muestra estudiada sobre el masculino, predominando las edades comprendidas entre 60 y 64 años de edad con un 26.98 %.



Tabla No. 2- Identificación de los síntomas y signos por los que acuden los pacientes a urgencias médicas.

Manifestaciones clínicas	No	%
Vómitos	218	86.50
Dolor abdominal	224	88.88
No expulsión de heces ni gases	218	86.50
Distensión abdominal	219	86.90
Ruidos hidroaéreos aumentados	209	82.93

Fuente: historias clínicas.

Se identifica en la tabla #2 la presencia de los síntomas y signos que se manifestaron en los pacientes a los cuales se les realiza el diagnóstico de Oclusión Intestinal Mecánica, observando que predomina el dolor abdominal en un 88.88 % de los pacientes, siguiéndole en orden de frecuencia la distensión abdominal para un 86.90 %.

Tabla No. 3- Identificación de las causas más frecuentes de oclusión intestinal mecánica.

Causas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Bridas y adherencias	48	19.04	45	17.85	93	36.90
Tumores	40	15.87	38	15.07	78	30.95
Fecalomas	12	4.76	10	3.96	22	8.73
Parásitos	1	0.39	-		1	0.39
Hernias internas o externas	23	9.12	20	7.93	43	17.06
Vólvulos	4	1.58	2	0.79	6	2.38
Otras	5	1.98	4	1.58	9	3.57
Total	133	52.77	119	47.22	252	100

Fuente: Historias clínicas.

En la identificación de las causas mostrada en la tabla #3 según la muestra estudiada, como causas más frecuentes de oclusión intestinal mecánica, hay un predominio de las bridas y adherencias con un 36.90 %, seguidos de los tumores con un 30.95 %.

Tabla No. 4- Caracterización de la técnica quirúrgica y la evolución mostrada.

Técnicas quirúrgicas empleadas	Evolución de los pacientes			
	Favorable		Desfavorable	
	No	%	No	%
Lisis de brida	68	26.98	26	10.31
Resección y anastomosis	18	7.14	5	1.98
Resección y colostomía	27	10.71	4	1.58
Colostomía sin resección	21	8.33	5	1.98



Reducción de hernias	32	12.69	10	3.96
Desvolvulaciòn, resección y colostomía	3	1.19	2	0.79
Desvolvulaciòn, pepsia	1	0.39	1	0.39
Otras	25	9.92	4	1.58

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla #4 se observa que en la evolución de los pacientes favorables la técnica quirúrgica más frecuente en el estudio fue la lisis de brida con un 26.98 %, mientras que en los pacientes de evolución desfavorable la técnica quirúrgica predominante fue igualmente la lisis de brida con un 10.36 %.

Tabla No. 5- Relación entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes y la evolución de los pacientes.

Complicaciones más frecuentes	Evolución de los pacientes			
	Favorable		Desfavorable	
	No	%	No	%
Infecciosas	28	11.11	11	4.36
Respiratorias	52	20.63	15	5.95
Cardiovascular	9	3.57	3	1.19
Urinarias	15	5.95	7	2.77
Sistema Nervioso	2	0.79	-	-
Otras	3	1.19	-	-
Total	109	43.25	36	14.28

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla #5 se observa un predominio de las complicaciones respiratorias en pacientes con evolución favorable y en pacientes con evolución desfavorable siendo la más frecuente en ambos grupos con un 20.63 % y 5.95 % respectivamente, en el 43.25 % de la muestra estudiada la evolución de los pacientes fue favorable.

DISCUSIÓN

La oclusión intestinal es una causa frecuente de hospitalización y de consulta en cirugía; representa el 20 % de las atenciones por dolor abdominal agudo , siendo según lo descrito por la literatura internacional la principal etiología, las adherencias postquirúrgicas representada (80 %)⁽¹⁴⁾.

Venegas ⁽¹⁸⁾, determinó en su estudio que la oclusión intestinal es algo más frecuente en el varón que en la mujer, no coincidiendo este resultado con el presente estudio. Sin embargo, Moya ⁽¹⁹⁾, observó la clásica pirámide poblacional invertida donde se muestra que hubo un predominio de los pacientes de la tercera edad, en pacientes de 65 años a 69 años de edad y con una distribución bastante uniforme, predominando el sexo femenino, debido a las diferentes enfermedades inflamatorias ginecológicas a las cuales pueden estar sometidas, además por los antecedentes quirúrgicos de haber sido cesareadas. Con el cual coinciden los autores.

En un estudio realizado por Arango ⁽¹³⁾, el síntoma predominante fue el dolor abdominal, 26 de los 33 pacientes (78,7 %), en forma de dolor abdominal agudo en 24 (72,7 %) y en 2 (0,6 %) se manifestó en forma de un dolor crónico o recurrente. Otros síntomas como náuseas o vómitos, se presentaron acompañando al dolor abdominal en 16 pacientes (48.4%). Datos estos que coinciden con lo expuesto en la tabla #2. Lo típico es la gran variabilidad del cuadro



clínico, ya que el inicio puede ser agudo o crónico. De todas las formas, el dolor es el síntoma que suele aparecer en primer lugar, por lo que esta enfermedad se engloba dentro de los cuadros del abdomen agudo⁽¹²⁾.

La literatura declara que los síntomas más frecuentes en presencia de una oclusión intestinal son dolor, que es la primera manifestación, el cólico y la constipación. El dolor se debe al aumento del peristaltismo intestinal para luchar contra el obstáculo y a la distensión de las asas proximales⁽¹⁷⁾. Por otra parte, Urrutia ⁽¹⁶⁾, reflejo en su estudio un predominio de la distensión abdominal debido a la acumulación de líquidos y gases por detrás del obstáculo.

La presentación clínica habitual de la obstrucción intestinal incluye dolor abdominal, náuseas y vómitos. Sin embargo, estos síntomas no son específicos pero sí sensibles, por lo que se ha logrado determinar que otros elementos diagnósticos de imágenes y laboratorio son necesarios para confirmar la obstrucción intestinal, como la tomografía computada en la que es frecuente observar dilatación patológica de asas, con niveles hidroaéreos, intestino distal colapsado y, a veces, un claro cambio de calibre; además de los exámenes de L-lactato, lactato deshidrogenasa y la creatinina⁽¹⁸⁾. Estos últimos se elevan ante cualquier situación de isquemia, siendo los niveles de L-lactato los más específicos, reportándose elevados hasta en el 100 % de los casos de isquemia⁽¹⁷⁾.

Según Venegas ⁽¹⁸⁾, las causas más frecuentes fueron: cáncer de colon, fecaloma y vólvulo sigmoideo. Las causas más frecuentes hasta hace pocos años eran las hernias estranguladas, pero desde hace pocos años el primer puesto ha sido ocupado, en los países desarrollados, por la obstrucción debida a bridas o adherencias⁽¹⁶⁾. Ello se debe a dos razones fundamentales: de una parte el tratamiento quirúrgico sistemático de las hernias no complicadas (con lo que se hace profilaxis de la estrangulación), y de otra el aumento de las intervenciones sobre la cavidad abdominal.

Las adherencias, hernias y neoplasias son las 3 causas más frecuentes de obstrucción intestinal según la literatura, dato este que coincide con la presente investigación. Se estima que cerca del 90% de los pacientes que fueron sujetos a alguna cirugía desarrollará adhesiones y bridas postoperatorias en algún grado, las cuales variarán según el tipo de cirugía y la existencia o no de complicaciones postoperatorias⁽¹⁶⁾

El vólvulo sigmoideo o del intestino delgado, poco frecuente en el mundo occidental, ocupa un lugar muy cualificado en algunos países africanos y asiáticos; otro tanto puede decirse de la tuberculosis e invaginación intestinales⁽¹⁶⁾. Por el contrario, la obstrucción debida a cáncer de colon es mucho más frecuente en los países occidentales que en los subdesarrollados, probablemente por la vida media más baja de éstos⁽¹⁹⁾. Los autores coinciden con un estudio de Arango ⁽¹³⁾, donde las bridas y adherencias representaron la primera causa del síndrome obstructivo.

Mosquera ⁽⁶⁾, declara que el vólvulo del sigmoide es más frecuente en el sexo masculino en las edades comprendidas entre 40 y 70 años de edad, con historia de constipación crónica y episodios de pseudooclusión resueltos de forma espontánea, sin llegar a sufrir una obstrucción completa. Según la literatura las causas más frecuentes de obstrucción intestinal son las bridas, los tumores intestinales y las hernias. También se observa que la morbilidad de oclusión por hernias ha disminuido⁽¹²⁾, esto pudiese estar en relación con la eficacia en la reparación electiva, al disminuir de este modo las urgencias quirúrgicas por esta enfermedad. La literatura anglosajona reciente muestra una reducción de las obstrucciones intestinales causadas por hernias, gracias a los mejores resultados de los tratamientos quirúrgicos actuales⁽¹⁴⁾.



Fuentes ⁽¹¹⁾, plantea en su estudio sobre dilemas en la oclusión intestinal que una vez establecido el diagnóstico, intervención quirúrgica es el pilar fundamental y definitivo, sin dejar de darle importancia al tratamiento médico previo a la intervención. Con el cual coinciden los autores.

La principal dificultad para el cirujano radica en la determinación de manejo quirúrgico versus manejo médico. El cuadro clínico de dolor constante, taquicardia, hipotensión y fiebre, además de ciertos signos en la tomografía computada, como la obstrucción en asa cerrada, neumatosis intestinal y la presencia de gas portal son muy orientadoras de la necesidad de resolución quirúrgica en la gran mayoría de los casos y como parte del enfrentamiento inicial de la obstrucción intestinal, minimizando así el riesgo de estrangulación intestinal, teniendo entre sus beneficios adicionales un mayor tiempo «libre de enfermedad» (nuevo episodio de obstrucción intestinal) y menor tasa de recurrencia⁽¹⁷⁾.

Según Venegas ⁽¹⁸⁾, en su estudio sobre oclusión intestinal por cáncer colorrectal, reporta que de todos los pacientes que ingresaron en el Servicio de Cirugía el 60 % fue intervenido de urgencia. Las más utilizadas fueron la resección y colostomía por técnica de Hartman (80 %) y la colostomía paliativa (20 %). Los procedimientos quirúrgicos más empleados cuando de obstrucción intestinal se trata son la lisis de bridas, la transversostomía; la resección intestinal más practicada es la de intestino delgado; la anastomosis más empleada es la término-terminal y la queilotomía y herniorrafia⁽¹⁷⁾.

Al enfrentarse a una obstrucción intestinal se debe poner especial énfasis en el efecto sistémico, en la repercusión hidroelectrolítica y el efecto mecánico que genera el aumento de presión en la perfusión intestinal, por lo que diferenciar la obstrucción mecánica del íleo médico, determinar la etiología de la obstrucción, discriminar si es parcial o completa, o incluso si está estrangulada o no, son pasos fundamentales en paralelo a la reanimación sistémica adecuada. Desde el punto de vista quirúrgico, junto con la condición clínica es perentorio discernir si nos enfrentamos a una obstrucción intestinal completa o parcial, dado que el tratamiento médico puede ser una alternativa al tratamiento quirúrgico, de inicio en todos los pacientes^(16, 19). Dentro del contexto de una urgencia medicoquirúrgica debe tratarse al paciente en función de la repercusión clínica que produzca, si bien la cirugía es el tratamiento de la mayor parte de los casos de oclusión intestinal, aunque existen varias pautas de tratamiento en función de la etiología del cuadro⁽¹⁵⁾

Según Arango ⁽¹³⁾, los factores que han contribuido a disminuir las complicaciones han sido muchos: mejoría de las técnicas anestésicas, manejo adecuado de la fluidoterapia y trasfusión de sangre, antibióticoterapia, perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y sobre todo el diagnóstico precoz y tratamiento urgente (especialmente en los casos de estrangulación) de este tipo de enfermos. Según Venegas G J, et al⁽¹⁸⁾, las complicaciones más frecuentes fueron por desequilibrio hidroelectrolítico y sepsis. Con el cual coinciden los autores.

La morbimortalidad asociada a la obstrucción intestinal ha disminuido; en la actualidad se referencia una mortalidad entre el 1,5 y 3,8 % según diversos artículos^(18,19), en el presente artículo no se reportan casos fallecidos.

CONCLUSIONES

Aunque se evidencia un predominio del sexo femenino la oclusión intestinal tiene una incidencia similar en ambos sexos, además presenta como causas más frecuentes los tumores, bridas y adherencias. Enfermedad que se manifiesta a través de dolor abdominal y



vómitos como síntomas más comunes, y aunque algunos casos no requieren tratamiento invasivo, una obstrucción intestinal se considera una emergencia quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Motta Ana Paula Gobbo, Rigobello Mayara Carvalho Godinho, Silveira Renata Cristina de Campos Pereira, Gimenes Fernanda Raphael Escobar. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 21] ; 29: e3400. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100601&lng=en
2. Vaillo-Martin Elvira, Millán-Paredes Laura, Márquez-Rodríguez Alberto, Costales-Sánchez Aitor, Gamarra Juan de Diego, Rossetti Andrea. Hemorragia digestiva masiva como manifestación de un divertículo yeyunal. Cir. parag. [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Feb 21] ; 44(3): 35-36. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202020000300035&lng=en
3. Díaz-Díaz Angela Milena, Ardila-Gutiérrez María Alejandra, Galvis-Méndez Melquisedec. FIBRINOLYTIC THERAPY IN NEWBORNS WITH SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME. CASE REPORT. Case reports [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Feb 21] ; 6(2): 118-127. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2462-85222020000200118&lng=en
4. Marcos S. Pablo, Bailón C. Martín, Toledano T. Miguel, Pacheco S. David. Resección laparoscópica de metástasis intestinales de melanoma maligno. Rev. cir. [Internet]. 2020 Oct [citado 2021 Feb 21] ; 72(5): 464-467. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500464&lng=es
5. Bueno-Cañones Alejandro D., Bailón-Cuadrado Martín, Asensio-Díaz Enrique, Pacheco-Sánchez David. Íleo biliar. Reporte de casos. Rev. cir. [Internet]. 2020 Oct [citado 2021 Feb 21] ; 72(5): 468-471. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500468&lng=es
6. Mosquera-Klinger Gabriel, Valencia-Maturana Julio, Pérez-Cadavid Juan Camilo, Ríaza Víctor Quintero. Diagnóstico diferencial de obstrucción del íleon distal en mujeres jóvenes. ¿Cuál es el rol de la enterorresonancia?. Acta Med Colomb [Internet]. 2020 Sep [cited 2021 Feb 21] ; 45(3): 70-74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300070&lng=en
7. Llorente Pelayo Sandra, Ramírez Berrios Jesús, Carabaño Aguado Iván, Liébana de Rojas Constanza, Fernández Cooke Elisa, Salcedo Lobato Enrique et al . Dilatación gástrica misteriosa. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2020 Mar [citado 2021 Feb 21] ; 22(85): 67-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100016&lng=es
8. Sisa César, Godoy Rosana, García Luz Leticia, Amarilla Rodrigo. Obstrucción intestinal secundaria a enteritis por radiación: reporte de un caso. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Feb 21] ; 53(2): 165-168. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000200165&lng=en
9. Mejías Trueba Marta, Rodríguez Ramallo Héctor, Seisdedos Elcuaz Rosa, Pérez Blanco José Luis, García Luna Pedro Pablo, Serrano Aguayo Pilar et al . Nuestra experiencia



- de ocho años en nutrición parenteral domiciliaria de pacientes adultos. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Feb 21] ; 37(4): 654-659. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000500003&lng=es
10. Cervantes Pérez Enrique, Martínez-SotoHolguín Martha C., Díaz Juárez Juan Pedro, Reyes Ramírez Ana Luz del C.. Síndrome de Wilkie secundario a hipertiroidismo exógeno en una paciente con hipotiroidismo primario autoinmune: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Feb 21] ; 40(3): 274-277. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300274&lng=es.
 11. Fuentes Merlos Álvaro, López-Bas Valero Rafael. Manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna. *Hosp. domic.* [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Feb 21] ; 4(2): 81-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152020000200004&lng=es
 12. Hennessey Diana Carolina, Ballesteros Óscar Andrés, Merchán Diego Javier, Guevara Freddy Orlando, Severiche-Bueno Diego Fernando. Ivermectina subcutánea en el tratamiento de un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*. *Biomed.* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Feb 21] ; 40(2): 228-232. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572020000200228&lng=en
 13. Arango Lázaro Antonio, Díaz Claudia Patricia, Londoño Mónica, Ortiz Pablo, Cano Laura María. Lipomatosis intestinal: reporte de dos casos. *Rev Col Gastroenterol* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Feb 21] ; 35(2): 212-215. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000200212&lng=en. <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.288>.
 14. Rodríguez-Paz Carlos Agustín, Herrera-Flores Héctor Tomás, Ramos-Martínez Paris, Carreón-Bringas Rosa María. Divertículo yeyunal, neumatosis intestinal segmentaria, íleo biliar y oclusión aórtica en silla de montar. Reporte de un caso. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Feb 21] ; 38(4): 203-206. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000400203&lng=es
 15. Rebollo-Román Ángel, Damas-Medina María de, Molina-Puerta M^a José, Calañas-Continente Alfonso, Manzano-García Gregorio. Abordaje nutricional en esclerodermia: a propósito de un caso. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Feb 21] ; 36(5): 1231-1234. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000500032&lng=es
 16. Urrutia Soto Hugo, Donoso Carrasco Carolina, Carvajal Flores Oscar. Divertículo de Meckel sintomático en pediatría. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. [citado 2021 Feb 21]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020005001904&lng=es
 17. Pérez-Ponce Yisvanth, Menjivar-Rivera Oscar Mauricio, Martínez-Coria Tatzari, Gómez-Alvarado Rocío Zeyla. Síndrome del capullo abdominal o peritonitis crónica esclerosante encapsulada primaria, una causa rara de obstrucción intestinal en el adulto. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Feb 21] ; 41(4): 307-313. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000400307&lng=es



18. Venegas G. Jesús, Fernández M. Gonzalo, Pedrosa A. Jimena, Palacios B. Johanna, de la Plaza. María. Infrecuente complicación de páncreas ectópico: obstrucción intestinal por pseudoquiste pancreático en píloro. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Feb 21] ; 25(4): 141-145. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082019000400141&lng=es
19. Moya Meneses Manuel, Castaño Díaz Marta, Sáez Moreno Miguel Ángel, López-Torres Hidalgo Jesús. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2019 [citado 2021 Feb 21] ; 12(3): 151-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300151&lng=es

Eduardo Enrique Cecilia Paredes: contribuyó de manera sustancial a la concepción de la investigación, analizó e interpretó los datos. Elizabeth Cecilia Paredes confeccionó el informe final, Ángel Echevarría Cruz: se responsabilizó de todos los aspectos del trabajo para garantizar que las interrogantes relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo se investiguen y resuelvan adecuadamente.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses