

## Case Report

# SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO AN INTRALUMINAL BLOOD CLOT IN THE ENTEROTOMY SUTURE LINE

# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PROVOCADA POR UN COÁGULO DE SANGRE EN LA LÍNEA DE SUTURA DE UNA ENTEROTOMÍA

Julen Ramón Rodríguez\*, Isabel Gallarín Salamanca, Maria Jesús Mejuto Carril, Jose Luis Jiménez Redondo.

\*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz, España.

### Correspondence Author:

Julen Ramón Rodríguez

E-mail adress: [julentxu\\_92@hotmail.com](mailto:julentxu_92@hotmail.com)

Received: 2020-12-17 Approved: 2021-01-12 Published: 2021-04-28

### Resumen

**Introducción:** La obstrucción intestinal provocada por un coágulo de sangre o hemobezoar es un cuadro poco frecuente.

**Presentación del caso:** Mujer de 63 años que tras intervenirse de un íleo biliar mediante enterotomía tuvo un postoperatorio tórpido con clínica de obstrucción intestinal, siendo necesaria la reintervención donde se objetivó un coágulo de sangre en la sutura intestinal que estaba provocando el cuadro obstructivo.

**Conclusión:** El hemobezoar es una complicación postquirúrgica que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en el postoperatorio.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Coágulo. Hemobezoar. Ileo biliar.

### Abstract

**Introduction:** Intestinal obstruction due to a blood clot or hemobezoar is an unusual surgical complication.

**Presentation of the case:** We report a 63 woman's case who, after a gallstone ileus surgery through an enterotomy, had a complicated postoperative with a bowel obstruction clinic. Requiring reintervention in which we observed a blood clot in the previous intestinal suture that was causing the obstructive condition.

**Conclusion:** The hemobezoar is a postoperative complication that we must take into account when making the differential diagnosis of the postoperative bowel obstruction in the postoperative period.

**Keywords:** Small bowel obstruction. Blood clot. Hemobezoar. Gallstone ileus.

## Introducción

La obstrucción del intestino delgado por un coágulo de sangre, también llamado hemobezoar, es una entidad poco común con escasos casos reportados en la literatura. Se ha descrito en ocasiones debido a coágulos formados a nivel de la anastomosis yeyunoyeyunal del bypass gástrico (1–4), por sangrado de una úlcera duodenal (5) o por sangrado de un divertículo de Meckel (6). Sin embargo, no existen precedentes en la literatura de una obstrucción de intestino delgado por un coágulo en la línea de sutura de una enterotomía.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 63 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico y colelitiasis asintomática.

Acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal de 5 días de evolución, observándose en el TAC (Tomografía Axial Computerizada) una fistula colecistoduodenal y una litiasis intraluminal en yeyuno distal con dilatación retrógrada de las asas intestinales, todos estos hallazgos en relación con un íleo biliar.

Por todo ello, se somete a una intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media, en la cual se objetiva un cálculo de 2 cm en yeyuno distal con dilatación de las asas intestinales proximales al mismo. Se realiza una enterotomía, extracción del cálculo y una estricturoplastia.

La paciente ingresa en la planta de Cirugía General en dieta absoluta y con SNG (sonda nasogástrica). En el segundo día postoperatorio la paciente presenta buen estado general con tránsito intestinal a gases, por lo que se tapona la SNG y se inicia ingesta con

agua, sin embargo, la mujer no presenta buena tolerancia oral por lo que es necesario al día siguiente despinzar la SNG y dejarla de nuevo en dieta absoluta. Al quinto día postoperatorio la paciente presenta una buena situación clínica, un abdomen no patológico a la exploración y además refiere varias deposiciones abundantes, pero llama la atención la imposibilidad para retirar la SNG debido al débito elevado que presenta (600 cc biliar en las últimas 24 horas) y a la intolerancia a su taponamiento. Por ello, se solicita una radiografía de abdomen y analítica urgentes, las cuales no muestran hallazgos patológicos de interés

. En el sexto día postoperatorio la paciente presentó distensión y molestias abdominales, con un débito de 300 cc biliar en la SNG, por lo que se administra gastrografin oral y se solicita una radiografía de abdomen pasadas 6 horas. En dicha radiografía (Figura 1) se observa un stop del contraste oral a nivel de intestino delgado con una dilatación proximal de las asas intestinales.



Figura 1. Radiografía de abdomen tras administración de contraste oral (Gastrografin), se observa una dificultad de paso del mismo a nivel del intestino delgado con dilatación de las asas a nivel proximal.

Debido a la evolución tórpida que había presentado y a la imagen radiológica se decide reintervenir de urgencia a la paciente para resolver el cuadro obstructivo.

Se realiza una relaparotomía media evidenciando una dilatación de las asas de intestino delgado proximales a la enterotomía previa, palpando un bultoma intraluminal a dicho nivel. Tras la apertura de la enterotomía se observa un gran coágulo de sangre (Figura 2) que ocupa por completo la luz intestinal y que se encuentra parcialmente adherido a los puntos de la sutura intestinal. Se procede a la extracción del coágulo endoluminal y cierre de la enterotomía tras refrescar previamente los bordes.

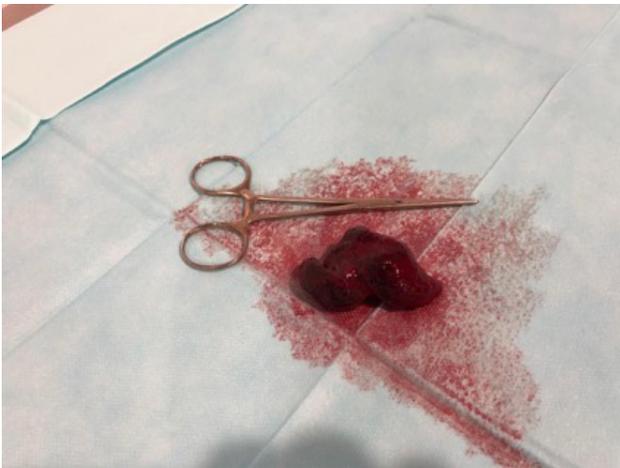


Figura 2. Coágulo de sangre intraluminal.

La paciente ingresa de nuevo en la planta de Cirugía General donde presenta una correcta evolución postoperatoria, con tránsito a gases y heces, buena tolerancia oral y retirada de SNG sin incidencias, siendo dada de alta al octavo día tras la reintervención.

## Discusión

La aparición de un cuadro de obstrucción intestinal como complicación tras una intervención quirúrgica, sobre todo en cirugía general, es una patología altamente frecuente. Por este motivo, debemos saber discernir los casos que son debidos a una pseudoobstrucción, como por ejemplo un íleo paralítico, frente a los causados por una obstrucción mecánica, siendo las causas más comunes de este último grupo las adherencias intrabdominales y las hernias internas (7).

La obstrucción intestinal mecánica precoz, la que se presenta en los primeros 30 días tras la intervención quirúrgica, presenta una incidencia del 0,69% y una mortalidad del 17,8%, siendo las intervenciones quirúrgicas realizadas por debajo del mesocolon transverso las que presentan mayor riesgo de sufrirlo (8).

Existen diversas causas que pueden provocar esta obstrucción temprana, siendo una de ellas el hemobezoar, la obstrucción secundaria a un coágulo de sangre intraluminal.

Los casos descritos en la literatura en relación al hemobezoar hacen referencia como causa del sangrado a la presencia de una úlcera duodenal (5) o un divertículo de Meckel (6). Dentro de un postoperatorio, donde más casos encontramos sobre este infrecuente tipo de obstrucción, es tras la cirugía bariátrica, principalmente a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyunal tras la realización de un bypass gástrico (9–12), con una incidencia del 0,59% en las series de cirugía bariátrica (13).

La sintomatología predominante en el hemobezoar suele ser la clásica de un cuadro de obstrucción intestinal, con aparición de náuseas, vómitos, intolerancia alimentaria y dolor abdominal (10).

En el algoritmo diagnóstico de la obstrucción intestinal postoperatoria temprana, siempre que la estabilidad clínica del paciente lo permita, se tiende a comenzar con la realización de una radiografía simple de abdomen en la que se observa dilatación y distensión de las asas intestinales. Posteriormente, se administra gastrografin oral, realizándose una radiografía de abdomen a las 6-8 horas. El gastrografin promueve el tránsito intestinal, acelera la resolución de cuadros adherenciales postoperatorios y ayuda a diferenciar una obstrucción mecánica de una pseudoobstrucción, ya que en esta última el contraste tiende a llegar hasta el colon, a diferencia de la etiología mecánica donde se observará un stop al paso del contraste junto con una dilatación anterógrada de las asas intestinales. Cuando se sospecha una causa séptica como causante de la clínica obstructiva se prefiere la realización de un TAC con contraste oral e intravenoso, el cual presenta una especificidad y sensibilidad cercana al 100% en cuanto al diagnóstico de la causa (7).

En los escasos casos reportados de hemobezoar, el tratamiento ha consistido en la realización de una enterotomía y extracción del coágulo causante

de la obstrucción, presentando este tipo de manejo excelentes resultados, al igual que en nuestro caso (1–4,9–12). En el tratamiento de causas obstructivas de distinta etiología, como las adherencias postoperatorias, puede intentar manejarse inicialmente de manera conservadora, sin embargo, no existen casos reportados de resolución clínica de un hemobezoar mediante tratamiento conservador.

Como conclusión, la obstrucción intestinal por un coágulo de sangre o hemobezoar, aunque infrecuente es una complicación postoperatoria que debemos tener siempre presente, sobre todo si se ha realizado una anastomosis o una incisión en el tubo digestivo, ya que su pronóstico depende principalmente de un diagnóstico y tratamiento precoces.

Va a cursar con clínica obstructiva, por lo que debemos saber diferenciarlo del ileo paralítico y de otras causas mecánicas, y su manejo es quirúrgico, con excelentes resultados tras la extracción del coágulo de sangre intraluminal.

## Bibliografía

- Green J, Ikuine T, Hacker S, Urrego H, Tuggle K. Acute small bowel obstruction due to a large intraluminal blood clot after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *J Surg Case Reports* [Internet]. 2016 Aug 23 [cited 2019 Jun 18];2016(8):rjw143. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27554828>
- Peeters G, Gys T, Lafullarde T. Small Bowel Obstruction after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Caused by an Intraluminal Blood Clot. *Obes Surg* [Internet]. 2009 Apr 6 [cited 2019 Jun 18];19(4):521–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18535865>
- Awais O, Raftopoulos I, Luketich JD, Courcoulas A. Acute, complete proximal small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass due to intraluminal blood clot formation. *Surg Obes Relat Dis* [Internet]. 2005 Jul [cited 2020 Mar 8];1(4):418–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925262>
- Pazouki A, Pakaneh M, Khalaj A, Tamannaie Z, Jangjoo A, Shapoori P, et al. Blood bezoar causing obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 8];5(4):183–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24632300>
- Siddiky A, Gupta P. Proximal small bowel obstruction caused by a massive intraluminal thrombus from a stress ulcer. *J Surg case reports* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2019 Jun 18];2012(1):6. Available from: <https://academic.oup.com/jscr/article-lookup/doi/10.1093/jscr/2012.1.6>
- Neuss MN, Garbutt JT, Leight GS, Moore JO. Intraluminal thrombus and bowel obstruction in acute leukemia due to bleeding Meckel's diverticulum. *Am J Med* [Internet]. 1986 Jun [cited 2019 Jun 18];80(6):1194–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3487978>
- Sajja SBS, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction [Internet]. Vol. 91, *British Journal of Surgery*. Br J Surg; 2004 [cited 2021 Jan 11]. p. 683–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15164435/>
- Stewart RM, Page CP, Brender J, Schwesinger W, Eisenhut D. The incidence and risk of early postoperative small bowel obstruction. A cohort study. *Am J Surg* [Internet]. 1987 [cited 2021 Jan 8];154(6):643–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3425811/>
- Soricelli E, Facchiano E, Quartararo G, Beltrame B, Leuratti L, Lucchese M. Large Hemobezoar Causing Acute Small Bowel Obstruction After Roux-en-Y Gastric Bypass: Laparoscopic Management. *Obes Surg* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2020 Apr 9];27(7):1906–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28474320>
- Ruiz-Tovar J, García A, Díaz G, González J, Ferrigni C, Durán M, et al. Hemobezoar causante de obstrucción intestinal a nivel del pie de asa durante el postoperatorio de un Bypass Gástrico en Y de Roux. [Internet]. Vol. 7. 2017 [cited 2020 Apr 9]. Available from: [www.bmi-journal.com](http://www.bmi-journal.com)
- Manuel Vázquez, A; Hernández Matías, A; León Ledesma, R; Ruiz de Adana, JC; Jover Navalón J. Bypass gástrico laparoscópico y hemobezoar: Una asociación poco frecuente | Manuel Vázquez | BMI-Journal [Internet]. Vol. 6.1.11. 2016 [cited 2020 Apr 9]. p. 937–9. Available from: <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/350/1134>

12. Khoraki J, Mazzini GS, Shah AS, Del Prado PAR, Wolfe LG, Campos GM. Early small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass: a surgical emergency. *Surg Obes Relat Dis* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2020 Apr 9];14(8):1118–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29945755>
13. AF F-Z, E Y, I G, C BL. Bowel Obstruction after Laparoscopic RNY Gastric Bypass. *Bariatrica Metab Ibero-americana*. 2012;2(2.8):34–8