Alicia	Nombre:
Matilla Muñoz	Apellido:
Reyes Petruzzella Lacave, Elena Núñez Miguel, Esther Gómez San Martín, María Pina Pallín, Ana Gil Guerra	Otros Autores:
alizia87@gmail.com	E-mail:
Hospital Clínico Universitario de Valladolid	Hospital:
Valladolid	Ciudad:
Obstrucción intestinal en asa cerrada. A propósito de un caso.	Título:
Paciente varón de 45 años, sin antecedentes de interés ni cirugías previas, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de inicio súbito de 2 horas de evolución, de localización en mesogastrio. La analítica muestra marcada leucocitosis con desviación izquierda. Se nos solicita TC abdominopélvico con contraste intravenoso. Observamos dilatación de asas de intestino delgado con signos de sufrimiento y vasos mesentéricos que convergen en un punto común, identificando cambio brusco de calibre proximal y distal, todo ello sugestivo de obstrucción intestinal en asa cerrada, sin visualizarse clara causa, y que presentaba signos de isquemia intestinal. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, comprobándose congestión venosa y obstrucción en asa cerrada debida a adherencias internas de origen no quirúrgico (posiblemente inflamatorio), con recuperación completa del flujo tras la resección adherencial.	Presentación:
La obstrucción intestinal en asa cerrada es un tipo de obstrucción en el que un asa se obstruye en dos puntos a lo largo de su longitud por una única lesión constrictiva, formando un circuito cerrado y produciendo compresión tanto de intestino como de estructuras mesentéricas. Generalmente está producido por adherencias o bridas, siendo menos frecuentes las hernias internas. Es importante diagnosticarlo con rapidez, ya que tiene alto riesgo de estrangulación e isquemia intestinal por compromiso vascular, con una tasa de mortalidad del 10-35%. La TC es la técnica diagnóstica de elección. Identificaremos dilatación de las asas herniadas, signo del pico que indica el punto de obstrucción proximal y distal, y distribución radial de los vasos mesentéricos convergiendo al punto de obstrucción. Cuando está más evolucionada nos podemos encontrar signos de isquemia intestinal.	Discusión :
La obstrucción intestinal en asa cerrada es una patología que requiere cirugía urgente por el compromiso vascular que supone, por lo que debemos saber reconocerla y diagnosticarla correctamente.	Conclusión:
A. Mbengue, A. Ndiaye, T.O. Soko, M. Sahnoun, A. Fall, C.T. Diouf, D. Régent, I.C. Diakhaté. Closed loop obstruction: Pictorial essay. Diagnostic and Interventional Imaging. 2015; 96(2); 213–220. E. Delabrousse, J. Lubrano, J. Jehl, P. Morati, C. Rouge, G.A. Mantion, B.A. Kastler. Small-Bowel Obstruction from Adhesive Bands and Matted Adhesions: CT Differentiation. American Journal of Roentgenology. 2009;192: 693-697. S. Pothiawala, A. Gogna. Early diagnosis of bowel obstruction and strangulation by computed tomography in emergency department. World Journal of Emergency Medicine. 2012;3(3):227-231. W. Wiesner, B. Khurana, H. Ji. CT of acute bowel ischemia. Radiology. 2003; 226: 635-	Bibliografía:

650.	
TC abdominopélvico con contraste. A: Corte coronal en el que se visualiza dilatación de asas intestinales con signo del pico (flechas naranjas) y convergencia de vasos mesentéricos en un punto central, sugestivo de obstrucción intestinal en asa cerrada. B y C: Cortes axiales en los que se visualizan signos de isquemia intestinal incipientes, como congestión y edema mesentérico (flecha amarilla), ascitis (flecha blanca) y signo de la diana por edema en la capa submucosa intestinal (flecha roja).	Pie de foto: