



Clínica cotidiana

Obstrucción intestinal como complicación tardía de una cirugía abdominal

María Inmaculada Rincón Ricote^a, Ana Isabel Rincón Ricote^{b,*},
 Manuel de Jesús García Miranda^c, María del Carmen Morante Navarro^c,
 Luz Celeste Lora Rojas^c, Julissa Escarlen Ramírez Ferreira^c

^aHospital Clínico San Carlos. Madrid. ^bCentro de Salud Ávila sureste. Ávila. ^cCentro de Salud Ávila Estación. Ávila.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 31 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Hernia complicada

Estrangulación intestinal

Isquemia intestinal

R E S U M E N

La cirugía abdominal puede presentar complicaciones postquirúrgicas tanto de forma inmediata como tardía¹. La obstrucción intestinal secundaria a una hernia incisional encarcerada, es una de las complicaciones a largo plazo más frecuentes que puede aparecer en estos pacientes. Su diagnóstico puede ser complicado si no se tiene en cuenta el antecedente quirúrgico por haber tenido lugar hace muchos años, y porque los síntomas pueden aparecer de forma súbita e inespecífica².

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Intestinal obstruction as a late complication of abdominal surgery

A B S T R A C T

Abdominal surgery can have postoperative complications both immediately and in the long term. Intestinal obstruction secondary to an incarcerated incisional hernia is one of the most common long-term complications that can occur in these patients. Its diagnosis can be challenging if the surgical history is not considered, since it may have taken place many years ago, and because the symptoms can appear suddenly and nonspecifically.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Keywords:

Complicated hernia

Intestinal strangulation

Intestinal ischemia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana2rincon@gmail.com (A.I. Rincón Ricote).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.126>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Varón de 60 años que acude a consulta de atención primaria por cuadro de dolor abdominal de inicio agudo, intenso y de carácter progresivo, con una evolución aproximada de 12 horas. El dolor se localiza en el hemiabdomen derecho, es continuo y no presenta irradiación. Se acompaña de malestar general, episodios eméticos, distensión abdominal progresiva y estreñimiento de cuatro días de evolución.

Entre los antecedentes personales relevantes constan diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad renal crónica terminal secundaria a nefropatía diabética, portador de trasplante renal de donante cadáver.

En la exploración física el paciente presenta mal estado general, palidez cutaneomucosa y taquipnea. A nivel abdominal se objetiva distensión con timpanismo, disminución de los ruidos hidroaéreos y dolor a la palpación, sin signos clínicos de irritación peritoneal. Se identifica una tumoración no reducible localizada sobre la cicatriz quirúrgica en fosa ilíaca derecha.

Ante la sospecha de complicación herniaria, es derivado de forma urgente al hospital, al servicio de Cirugía General, donde se diagnostica una hernia incisional encarcerada, indicándose ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico urgente mediante eventroplastia.

El estudio analítico evidencia deterioro de la función renal y elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía simple de abdomen en bipedestación muestra dilatación de asas de intestino delgado asociada a niveles hidroaéreos, compatible con cuadro de obstrucción intestinal. En la [figura 1](#) se muestra la radiografía de abdomen.

Comentario

La obstrucción intestinal se define como la interrupción completa y mantenida del tránsito del contenido intestinal. Entre sus etiologías más prevalentes se incluyen las bridas adherenciales, las hernias de la pared abdominal y la presencia de masas o cuerpos extraños intraluminales. El cuadro clínico típico se caracteriza por dolor abdominal, náuseas y/o vómitos, ausencia de deposiciones durante un periodo de 24 a 48 horas, así como distensión abdominal y alteración del patrón de eliminación de gases.

La valoración inicial debe incluir una exploración física exhaustiva, con monitorización continua de las constantes vitales, inspección minuciosa de cicatrices quirúrgicas previas, búsqueda activa de defectos herniarios abdominales y detección precoz de signos de inestabilidad hemodinámica o shock. La radiografía simple de abdomen, realizada en bipedestación o en decúbito lateral izquierdo, constituye una prueba de primera línea y suele aportar hallazgos diagnósticos sugestivos. La TAC abdominal con contraste intravenoso y oral permite confirmar el diagnóstico y detectar posibles complicaciones asociadas.

Desde el punto de vista analítico, son frecuentes las alteraciones del ionograma, la presencia de leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda como la proteína C



Figura 1 – Radiografía de abdomen en bipedestación: presenta niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado, sugestiva de obstrucción intestinal.

reactiva y la procalcitonina, así como datos metabólicos compatibles con shock, incluyendo acidosis metabólica y aumento de los niveles de lactato. Puede coexistir insuficiencia renal aguda secundaria a deshidratación.

El diagnóstico precoz resulta esencial para prevenir complicaciones graves, como la isquemia intestinal y la perforación. En ausencia de criterios de gravedad, el abordaje terapéutico inicial durante las primeras 72 horas suele ser conservador, basado en la reposición hidroelectrolítica y la colocación precoz de una sonda nasogástrica de grueso calibre, con una tasa de éxito descrita del 70-90 %. La indicación de tratamiento quirúrgico debe individualizarse en función del estado clínico del paciente y de la viabilidad del segmento intestinal afectado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Ansari P. Hernias de la pared abdominal [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/her-nias-de-la-pared-abdominal>
2. Laiz Díez B, González J, Ruiz Tovar J, Cea Soriano M, Durán Poveda M. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir. 2017;70(1):75-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.01.007>