


## Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. León Cuervo Rubio”

### Characterization of patients over 60 years old with intestinal occlusion attended in Clinical Surgical Teaching Hospital “Dr. León Cuervo Rubio”

Eduardo Enrique Cecilia-Paredes<sup>1</sup> , Ángel Echevarría-Cruz<sup>1</sup> , Elizabeth Cecilia-Paredes<sup>1</sup> , Yudisleidy Quintana-González<sup>2</sup> , Gustavo Hernández-Días<sup>2</sup> , Fidel Cala-Delgado<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario “Pedro Borrás Artorga”. Pinar del Río, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Regional “Augusto César Sandino”. Pinar del Río, Cuba.

Recibido: 08 de mayo de 2021 | Aceptado: 02 de julio de 2021 | Publicado: 31 de agosto de 2021

**Citar como:** Cecilia-Paredes EE, Echevarría-Cruz A, Cecilia-Paredes E, Quintana-González Y, Hernández-Días G, Cala-Delgado F. Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. León Cuervo Rubio”. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 17(2):e739. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/739>

## RESUMEN

**Introducción:** la obstrucción intestinal se define como el conjunto de síntomas y signos a consecuencia de una interrupción del tránsito intestinal.

**Objetivo:** caracterizar quirúrgicamente a los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”, entre 2017 y 2019.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”, entre 2017 y 2019. La muestra estuvo formada por 252 pacientes.

**Resultado:** se encontró predominio del sexo masculino (52,77 %) y del grupo de edades entre 60 y 64 años (26,98 %); el 21 % de los pacientes presentaron dolor abdominal. Como principales causas de oclusión intestinal se encontraron las bridas y adherencias (36,9 %) y tumores (30,9 %). El 37,3 % de los pacientes fueron tratados mediante la lisis de bridas; el 77,38 % presentó una evolución favorable. Como principales complicaciones se presentaron afecciones respiratorias (20,63 %), y la sepsis (11,11 %).

**Conclusiones:** los adultos mayores de 60 años, principalmente del sexo masculino, fueron propensos al desarrollo de la oclusión intestinal; donde el dolor fue el principal motivo de asistencia a los servicios de salud. Las bridas y adherencias constituyeron las principales causas de oclusión, necesiéndose como intervención la lisis de bridas. Pese al alto porcentaje de pacientes con evolución favorable, se reportaron complicaciones respiratorias y la sepsis.

**Palabras Clave:** Obstrucción intestinal; Enfermedades Intestinales; Anciano.

## ABSTRACT

**Introduction:** intestinal obstruction is defined as the set of symptoms and signs resulting from an interruption of intestinal transit.

**Objective:** to surgically characterize patients over 60 years old with a diagnosis of intestinal occlusion attended Dr. León Cuervo Rubio Clinical Surgical Teaching Hospital between 2017 and 2019.

**Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted in patients with a diagnosis of mechanical intestinal occlusion, attended the Emergency Department at Dr. León Cuervo Rubio Clinical Surgical Teaching Hospital, between 2017 and 2019. The sample consisted of 252 patients.

**Results:** male sex (52,77 %) and the age group between 60 and 64 years (26,98 %) predominated; 21 % of the patients presented abdominal pain. The main causes of intestinal occlusion were flanges and adhesions (36,9 %) and tumors (30,9 %). A total of 37,3 % of the patients were treated by lysis of flanges; 77,38 % showed a favorable evolution. The main complications were respiratory disorders (20,63 %) and sepsis (11,11 %).

**Conclusions:** adults over 60 years old, mainly male, were prone to the development of intestinal occlusion; where pain was the main reason for attending health services. Flanges and adhesions were the main causes of occlusion, requiring lysis of the flanges as an intervention. Despite the high percentage of patients with favorable evolution, respiratory complications and sepsis were reported.

**Key Words:** Intestinal Obstruction; Intestinal Diseases; Aged.

## 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, (del tubo digestivo) y que posiblemente necesite resolución quirúrgica.<sup>(1)</sup> Por lo general es debido a razones mecánicas, infecciosas o inflamatorias, traumatismos y neoplasias.<sup>(2)</sup>

La obstrucción intestinal fue descrita antes de Cristo, donde la causa más frecuente era la hernia estrangulada y por ello, fue la más mencionada en la literatura médica. 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 colcutánea base de lo que hoy se conoce como colostomía.<sup>(3)</sup> La principal causa de una obstrucción intestinal son las adhesiones relacionadas a una cirugía abdominal previa, en cerca del 75 % de los casos; su evolución es considerada como una de las más peligrosas existentes, y su fisiopatología justifica la gravedad del proceso.<sup>(4,5)</sup>

En la obstrucción intestinal, el hecho más relevante desde el punto de vista fisiopatológico es la pérdida de líquidos y electrolitos.<sup>(6)</sup> 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.<sup>(7,8,9)</sup>

Los síntomas característicos de esta entidad son el dolor abdominal, marcada distensión abdominal, vómitos y estreñimiento.<sup>(10)</sup> El dolor suele aparecer en primer lugar, en forma de cólico, también llamado “de retortijón”; es un dolor intermitente que surge de forma brusca, y que aumenta y disminuye sucesivamente.<sup>(11,12)</sup> Los síntomas y signos de shock en estadios tempranos de una obstrucción intestinal, habitualmente indican estrangulación o hemorragia.<sup>(11)</sup> El shock por deshidratación o ante una perforación de intestino delgado o colon se presenta, por lo general, en etapa tardía.<sup>(13)</sup>

En los últimos años ha existido un incremento notable de adultos mayores con diagnóstico de oclusión intestinal.<sup>(14,15)</sup> La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se le asocian sobre los sistemas de salud son evidentes.<sup>(16)</sup> 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.<sup>(14)</sup> 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.<sup>(15)</sup>

En el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio” son escasas las investigaciones sobre la temática; a pesar de que este centro cuenta con los servicios de geriatría de la provincia. Por ello, resulta necesaria la presente investigación, la cual tuvo como objetivo caracterizar a los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”, entre 2017 y 2019.

## MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”, entre 2017 y 2019. El universo estuvo constituido por los 306 pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal ingresados en dicha unidad; la muestra estuvo formada por 252 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de oclusión intestinal.

Para la recolección de la información se empleó un formulario de recolección de datos. Se empleó como fuente primaria las historias clínicas individuales. Se estudiaron variables como edad, sexo, signos y síntomas, causas de oclusión intestinal, técnica quirúrgica, evolución y complicaciones.

Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos, y fueron procesados en el paquete estadístico Microsoft Office 2010. Para el procesamiento de la información se empleó estadística descriptiva mediante frecuencia absoluta y relativa porcentual.

La realización del estudio fue aprobada por el Comité de Ética y el Consejo 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

Se encontró predominio del sexo masculino (52,77 %) y del grupo de edades entre 60 y 64 años (26,98 %) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”, 2017 - 2019

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	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

Con respecto a los síntomas y signos por los cuales los pacientes acudieron a los servicios médicos, el 21 % asistió por presentar dolor abdominal (figura 1).

Como principales causas de oclusión intestinal se encontraron las bridas y adherencias con una representación del 36,9 %, seguidos de los tumores (30,9 %) (figura 2).

El 77,38 % de los pacientes presentó una evolución favorable; el 37,3 % de los pacientes fueron tratados mediante la lisis de bridas (tabla 2).

Se encontró que el 20,63 % de los pacientes presentaron complicaciones respiratorias, y el 11,11 % sepsis (figura 3).

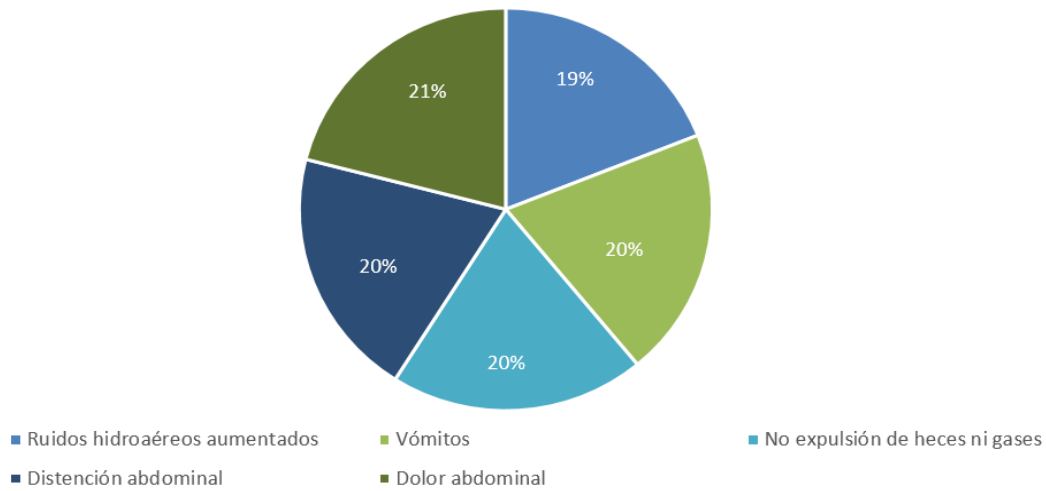


Figura 1. Distribución de pacientes según síntomas y signos por los que acuden los pacientes a urgencias médicas

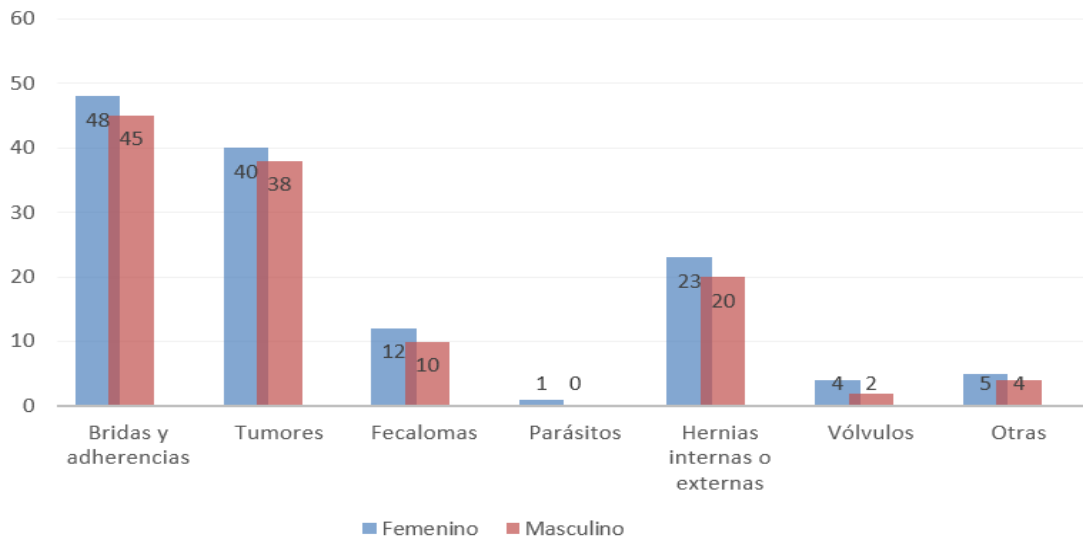


Figura 2. Distribución de pacientes según causas más frecuentes de oclusión intestinal mecánica

Técnicas quirúrgicas empleadas	Evolución favorable		Evolución desfavorable		Total	
	No	%	No	%	No.	%
Lisis de brida	68	72,34	26	27,66	94	37,3
Resección y anastomosis	18	78,26	5	21,74	23	9,13
Resección y colostomía	27	87,1	4	12,9	31	12,3
Colostomía sin resección	21	80,77	5	19,23	26	10,32
Reducción de hernias	32	76,19	10	23,81	42	16,67
Desvolvulación, resección y colostomía	3	60	2	40	5	1,98
Desvolvulación, pepsia	1	50	1	50	2	0,79
Otras	25	86,21	4	13,79	29	11,51
Total	195	77,38	57	22,62	252	100

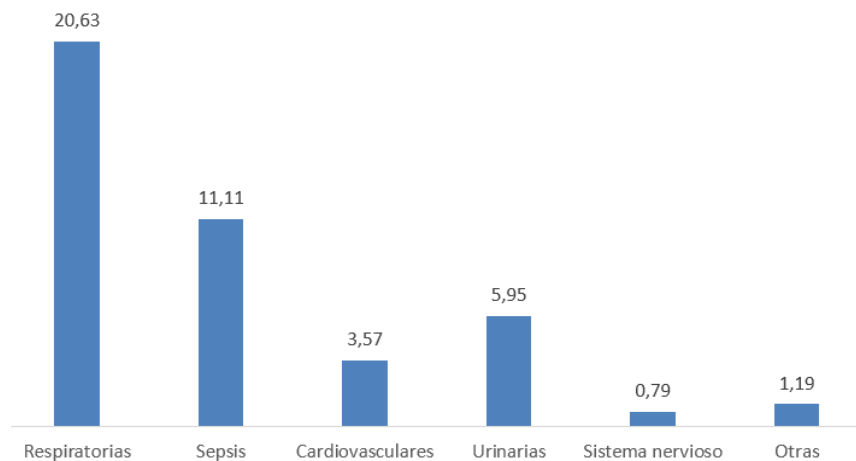


Figura 3. Distribución de pacientes según presencia de complicaciones

## DISCUSIÓN

La oclusión intestinal es una causa frecuente de hospitalización y de consulta en cirugía, representa el 20 % de las acciones por dolor abdominal agudo.<sup>(11)</sup> Venegas y col.<sup>(15)</sup>, determinó en su estudio que la oclusión intestinal fue más frecuente en hombres, lo cual difiere de los resultados de la presente.

Moya y col.<sup>(16)</sup>, observó una pirámide poblacional invertida, con predominio de los pacientes de la tercera edad, principalmente en edades entre 65 y 69 años de edad y predominio del sexo femenino, donde las féminas presentaron enfermedades inflamatorias ginecológicas y antecedentes quirúrgicos de cesáreas; similares resultados se identificaron en la presente.

En un estudio realizado por Arango y col.<sup>(10)</sup>, el síntoma predominante fue el dolor abdominal, (78,7 %), siendo agudo en el 72,7 %; otros síntomas como náuseas o vómitos, se presentaron acompañando al dolor abdominal en el 48,4 %. El dolor se debe al aumento del peristaltismo intestinal para luchar contra el obstáculo y a la distensión de las asas proximales.<sup>(14)</sup> Por otra parte, Urrutia y col.<sup>(13)</sup>, reflejo en su estudio un predominio de la distensión abdominal debido a la acumulación de líquidos y gases por detrás del obstáculo. Estos resultados coinciden en gran medida con lo reportado en la presente investigación.

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, la radiografía de abdomen simple (sin contraste) de pie tiene un alto rendimiento diagnóstico, además de ser mucho más barata que la tomografía. Tiene un patrón clásico de oclusión mecánica (niveles hidroaéreos, su distribución, etc), debemos tener en cuenta que la tomografía axial computarizada nos permite observar una 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.<sup>(15)</sup> 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.<sup>(14)</sup>

Según Venegas y col.<sup>(15)</sup> las causas más frecuentes de obstrucción intestinal fueron el cáncer de colon, fecaloma y vólvulo sigmoideo. Hasta hace poco, las hernias estranguladas constituían la principal causa de obstrucción intestinal, pero desde hace pocos ha sido ocupado por la obstrucción debida a bridas o adherencias.<sup>(13)</sup> 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 y procedimientos quirúrgicos sobre la cavidad abdominal.<sup>(14)</sup>

Fuentes y col.<sup>(8)</sup> plantean que una vez establecido el diagnóstico, la intervención quirúrgica es el pilar fundamental y definitivo, sin dejar de darle importancia al tratamiento médico previo a la intervención; postulado con el cual coinciden los autores. La principal dificultad para el cirujano radica en la determinación del manejo quirúrgico. El cuadro clínico, ciertos signos en la tomografía axial computarizada, como la obstrucción en asa cerrada, neumatosis intestinal y la presencia de gas portal son indicadores de la necesidad de resolución quirúrgica en la gran mayoría de los casos.<sup>(14)</sup>

En el estudio de Venegas y col.<sup>(15)</sup> las técnicas más utilizadas fueron la resección y colostomía por técnica de Hartman (80 %) y la colostomía paliativa (20 %). Estos resultados difieren de lo reportado en la presente investigación, y está condicionada por las causas de la obstrucción intestinal.<sup>(14)</sup>

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, determinar la etiología de la obstrucción, discriminar si es parcia lo completa, o incluso si está estrangulada o no, son pasos fundamentales en paralelo a la reanimación sistémica adecuada.<sup>(13,16)</sup>

Según Arango y col.<sup>(10)</sup>, 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, antibiótico terapia, 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 y col.<sup>(15)</sup>, las complicaciones más frecuentes fueron por desequilibrio hidroelectrolítico y sepsis, resultados que coinciden con la presente investigación.

Se concluye que los adultos mayores de 60 años, principalmente del sexo masculino, fueron propensos al desarrollo de la oclusión intestinal; donde el dolor fue el principal motivo de asistencia a los servicios de salud. Las bridas y adherencias constituyeron las principales causas de oclusión, necesitándose como intervención la lisis de bridas. Pese al alto porcentaje de pacientes con evolución favorable, se reportaron complicaciones respiratorias y la sepsis.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

EECP contribuyó en la conceptualización y administración. EECP, AEC y ECP se encargaron de la investigación. EECP, YQG, GHD y FCD participaron en el análisis formal. EECP, AEC, ECP y YQG participaron en la redacción - borrador inicial. EECP, GHD y FCD se encargaron de la redacción - revisión y edición.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

## MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/rt/suppFiles/739>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Motta Gobbo AP, Rigobello Godinho MC, Silveira de Campos Pereira RC, Gimenes Escobar FR. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2021 [citado 21/02/2021]; 29: e3400. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692021000100601&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100601&lng=en)



2. Marcos P, Bailón M, Toledano M, Pacheco D. Resección laparoscópica de metástasis intestinales de melanoma maligno. *Rev. cir.* [Internet]. 2020 Oct [citado 21/02/2021]; 72(5): 464-467. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492020000500464&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500464&lng=es)
3. Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, Asensio-Díaz E, Pacheco-Sánchez D. Íleo biliar. Reporte de casos. *Rev. cir.* [Internet]. 2020 Oct [citado 21/02/2021]; 72(5): 468-471. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492020000500468&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500468&lng=es)
4. Mosquera-Klinger G, Valencia-Maturana J, Pérez-Cadavid JC, Rianza VQ. Diagnóstico diferencial de obstrucción del íleon distal en mujeres jóvenes. ¿Cuál es el rol de la enterorresonancia? *Acta Med Colomb* [Internet]. 2020 Sep [citado 21/02/2021]; 45(3): 70-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482020000300070&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300070&lng=en)
5. Sisa C, Godoy R, García Luz L, Amarilla R. Obstrucción intestinal secundaria a enteritis por radiación: reporte de un caso. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* [Internet]. 2020 Aug [citado 21/02/2021]; 53(2): 165-168. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492020000200165&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000200165&lng=en)
6. Mejías Trueba M, Rodríguez Ramallo H, Seisdedos Elcuaz R, Pérez Blanco JL, 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 21/02/2021]; 37(4): 654-659. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112020000500003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000500003&lng=es)
7. Cervantes Pérez E, Martínez-Soto MC., Díaz Juárez JP, Reyes Ramírez AL. 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 21/02/2021]; 40(3): 274-277. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292020000300274&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300274&lng=es)
8. Fuentes Merlos A, López-Bas Valero R. Manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna. *Hosp. domic.* [Internet]. 2020 Jun [citado 21/02/2021]; 4(2): 81-87. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2530-51152020000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152020000200004&lng=es)
9. Hennessey DC, Ballesteros OA, Merchán DJ, Guevara FO, Severiche-Bueno DF. Ivermectina subcutánea en el tratamiento de un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*. *Biomed.* [Internet]. 2020 June [citado 21/02/2021]; 40(2): 228-232. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572020000200228&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572020000200228&lng=en)
10. Arango LA, Díaz CP, Londoño M, Ortiz P, Cano LM. Lipomatosis intestinal: reporte de dos casos. *Rev Col Gastroenterol* [Internet]. 2020 [citado 21/02/2021]; 35(2): 212-215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.288>
11. Rodríguez-Paz CA, Herrera-Flores HT, Ramos-Martínez P, Carreón-Bringas RM. Divertículo yeyunal, neumatosis intestinal segmentaria, íleo biliar y oclusión aórtica en silla de montar. Reporte de un caso. *Cir. gen* [Internet]. 2016 Dic [citado 21/02/2021]; 38(4): 203-206. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992016000400203&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000400203&lng=es)
12. Rebollo-Román A, Damas-Medina M, Molina-Puerta MJ, Calañas-Continente A, Manzano-García G. Abordaje nutricional en esclerodermia: a propósito de un caso. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Oct [citado 21/02/2021]; 36(5): 1231-1234. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112019000500032&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000500032&lng=es)

13. Urrutia Soto H, Donoso Carrasco C, Carvajal Flores O. Divertículo de Meckel sintomático en pediatría. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 [citado 21/02/2021]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020005001904&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020005001904&lng=es)
14. Pérez-Ponce Y, Menjivar-Rivera OM, Martínez-Coria T, Gómez-Alvarado RZ. 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 21/02/2021]; 41(4): 307-313. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000400307&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000400307&lng=es)
15. Venegas GJ, Fernández MG, Pedrosa AJ, Palacios BJ, Plaza M. Infrecuente complicación de páncreas ectópico: obstrucción intestinal por pseudoquistes pancreáticos en píloro. *Rev. chil. radiol.* [Internet]. 2019 Dic [citado 21/02/2021]; 25(4): 141-145. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082019000400141&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082019000400141&lng=es)
16. Moya Meneses M, Castaño Díaz M, Sáez Moreno MA, López-Torres HJ. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2019 [citado 21/02/2021]; 12(3): 151-154. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2019000300151&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300151&lng=es)