

# Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Jorge Grimaldo Torres Coronado<sup>1</sup>, Omel Zevallos Bedregal<sup>2</sup>, Ronald Goicochea Arévalo<sup>2</sup>

1. Médico Residente 1° Año del HNERM

2. Médico Asistente del HNERM

Correspondencia: j.orge.med@gmail.com

## RESUMEN

El presente caso clínico expone una paciente mujer de 63 años con antecedentes de apendicectomía abierta y colecistectomía laparoscópica que cursó con obstrucción intestinal por bridas y adherencias la cual fue atendida en primera instancia en otros establecimientos de salud sin identificar la causa exacta del cuadro clínico y, consecuentemente, sin recibir un manejo adecuado. Fue referida a nuestro nosocomio donde fue hospitalizada y recibió manejo médico durante 72 horas. Ante la falta de mejoría clínica y según lo evaluado en los estudios de imágenes se decide manejo quirúrgico laparoscópico para liberación de bridas y adherencias. La paciente presentó una recuperación completa del cuadro obstructivo y fue dada de alta al tercer día post operatorio sin complicaciones. El presente caso busca enfatizar el diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico mínimamente invasivo para la resolución de cuadros obstructivos por bridas y adherencias.

**Palabras clave:** obstrucción intestinal, bridas y adherencias

## ABSTRACT

This clinical case presents a 63-year-old female patient with past medical history of open appendectomy and laparoscopic cholecystectomy that presented intestinal obstruction due to bands and adhesions; she was treated in first instance in other health facilities without identifying the exact cause of the clinical picture and, consequently, without receiving adequate management. She was referred to our hospital where she was admitted and received medical management for 72 hours. Given the lack of clinical improvement and according to what was evaluated in the imaging studies, laparoscopic surgical management was decided to release the bands and adhesions. The patient presented a complete recovery from the obstructive condition and was discharged on the third postoperative day without complications. This case seeks to emphasize timely diagnosis and minimally invasive surgical management for the resolution of obstructive symptoms due to bands and adhesions.

**Keywords:** Intestinal obstruction, bands and adhesions

## INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal por bridas y adherencias (OIBA) es una emergencia quirúrgica común, puede causar una alta morbilidad y mortalidad que depende mucho del tiempo de diagnóstico, identificación de signos de alarma y el manejo quirúrgico oportuno. Generalmente esta enfermedad es consecuencia de procedimientos quirúrgicos abdominales previos, generalmente abiertos.

Actualmente las guías internacionales sugieren en primera instancia manejo médico durante las primeras 72 horas, ya que sólo con el manejo médico

se obtiene una tasa de éxito entre 70 a 90% de los casos, y en caso de no mejoría clínica, realizar manejo quirúrgico (idealmente laparoscópico).

Hay una línea estrecha entre la decisión de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico; por lo cual, para optar por un manejo quirúrgico se necesita la identificación de signos de alarma que nos orienten a ello. En el presente caso clínico nos hemos basado en la guía de la "World Journal of Emergency Surgery – Guía de Bologna 2017" para el diagnóstico y manejo de la obstrucción de intestino delgado por bridas y adherencias".

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 63 años con antecedentes médicos de lupus eritematosos sistémico (LES) e hipertensión arterial (HTA), antecedentes quirúrgicos de apendicetomía abierta hace 30 años por apendicitis aguda complicada y colecistectomía laparoscópica hace 8 años.

Cuatro días antes del ingreso la paciente acudió a 3 establecimientos de salud por el mismo cuadro de dolor abdominal tipo cólico asociado a vómitos de contenido alimentario, en donde fue tratada con analgésico y antieméticos; disminuyó los síntomas y fue dada de alta.

Debido a la no mejoría del cuadro clínico acude a nuestro nosocomio y es ingresada por medicina de emergencia del HNERM con los mismos síntomas. Se le realiza una ecografía abdominal encontrando líquido libre escaso de 20 ml y una radiografía de abdomen de pie frontal y lateral en donde se evidencia dilatación de asa delgada y niveles hidroaéreos. El hemograma muestra leucocitosis de 17 000 a predominio de neutrófilos y abastados 3%. Debido a la aparente mejoría clínica se inicia tolerancia oral el mismo día de la admisión y fue dada de alta con antibióticos. Paciente refiere que cedió parcialmente las náuseas y dolor por lo que permaneció en casa.

Dos días después la paciente acude nuevamente al HNERM por nuevo episodio de vómitos (4 a 5 veces) de contenido bilioso, malestar general, mareos, dolor abdominal tipo cólico en epigastrio y ausencia de deposiciones en los 4 días previos, es ingresada y hospitalizada en cirugía de emergencia.

### Exploración física

- Paciente en regular estado general, mucosa oral seca, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, no ingurgitación yugular.
- Abdomen: Se evidencia cicatriz de cirugía previa (incisión de Rockey-Davis), abdomen globuloso, leve distensión abdominal, blando depresible, dolor a la palpación difusa, no signos peritoneales, ruidos hidroaéreos con timbre metálico aumentados en cantidad e intensidad.
- Sistema nervioso: Orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

### Pruebas complementarias

- Exámenes laboratorio: Leucocitos de 9 040 (VN: 4000 – 11000), Abastados 3% (VN: <5%), proteína C reactiva de 1,3 (VN: <0.4).

- Tomografía del ingreso: Dilatación de asa delgada con niveles hidroaéreos, a nivel de hipogastrio zona de transición entre dilatación a colapso de asa delgada que impresiona brida/adherencia que condiciona obstrucción, líquido libre en fondo de saco, no neumoperitoneo.

### Diagnóstico

Obstrucción intestinal parcial por bridas y adherencias

### Tratamiento y Evolución

El día del ingreso, se le indica nada por vía oral con sonda nasogástrica a gravedad (NPO + SNG), hidratación, analgésicos y antieméticos.

El primer día de hospitalización se le realiza radiografía de abdomen simple de pie en donde se evidencia imagen en pila de monedas y dilatación de asa intestinal delgada. Se continúa con manejo médico. El segundo día de hospitalización la paciente persiste con los síntomas, en radiografía de abdomen simple de pie se evidencia niveles hidroaéreos y dilatación de asa delgada. Al tercer día de hospitalización debido a la no mejoría de los síntomas se programa para sala de operaciones. Se realiza una laparoscopia exploradora y liberación de bridas/adherencias laparoscópica.

En los hallazgos intraoperatorios se evidenció múltiples adherencias de epiplón a peritoneo parietal las cuales se liberaron con tijera y electrocauterio, además de asas intestinales dilatadas con edema de pared, con disección roma se separó dichas asas intestinales hasta que se identificó un asa intestinal colapsada, la cual fue punto de referencia para identificar la adherencia causante de la obstrucción, se liberó con aspiración roma. El tiempo de cirugía aproximado fue de 30 minutos.

En el primer día post operatorio la paciente persistió con distensión abdominal. Al segundo día post operatorio la paciente elimina abundantes flatos y deposiciones por lo que se inicia vía oral con rápida progresión hacia alimentos semisólidos. Finalmente, en el tercer día post operatorio, paciente tolera dieta blanda quirúrgica y es dada de alta.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico temprano de la OIBA es de suma importancia y es la causa en un 70% de problemas médico legales. El objetivo principal es diferenciar entre una OIBA y otras causas de obstrucción intestinal además de sus complicaciones. El manejo médico en estos casos incluye NPO más colocación de sonda nasogástrica a gravedad asociado con un adecuado manejo hidroelectrolítico. En el presente caso un manejo médico fue la primera opción la cual se asoció

a hidratación adecuada y sintomáticos, se le realizó controles radiográficos diarios no evidenciando mejoría y persistencia de niveles hidroaéreos sin mejoría clínica asociado a un gasto alto por la SNG, se continuó manejo médico durante 72 horas hasta la decisión de manejo quirúrgico. El primer problema en el presente caso fue la falta de conocimiento del personal de salud para identificar un cuadro de OIBA; esto se podría haber evitado haciendo un buen uso de la anamnesis y examen físico, y con ello derivar al paciente a un centro hospitalario de mayor complejidad<sup>1</sup>.

Tanto el tiempo de manejo médico como la decisión de manejo quirúrgico fueron pertinentes en este caso, el manejo laparoscópico fue de elección en esta paciente, ya que cumplía los criterios establecidos en la guía de Bologna 2017 los cuales incluyen la suficiente

experiencia del cirujano, menos de 2 laparotomías en su historia y la expectativa de encontrar solo una adherencia causante de la obstrucción. Todo en conjunto dio como resultado una cirugía exitosa sin complicaciones que debe alentar a muchos cirujanos a elegir el abordaje mínimamente invasivo para la resolución de los cuadros de OIBA; evitando así abordajes abiertos y la persistencia de ciclos viciosos de laparotomías y OIBA. El presente video detalla paso a paso la manera correcta de realizar dicho abordaje y liberación de adherencias<sup>1</sup>.

La paciente fue dada de alta en su tercer día post operatorio con resolución completa de los síntomas, esto confirma que el abordaje mínimamente invasivo acorta el tiempo de estancia hospitalaria, reduce los costos de hospitalización, además evita formación de cuadros adherenciales a futuro.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. ten Broek RPG, Krielen P, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 19 de junio de 2018;13:24.
2. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions—how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990;72(1):60---3.
3. Zbar RI, Crede WB, McKhann CF, Jekel JF. The postoperative incidence of small bowel obstruction following standard, open appendectomy and cholecystectomy: a six-year retrospective cohort study at Yale-New Haven Hospital. *Conn Med.* 1993;57(3):123---7.
4. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Wilson MS, Menzies D, et al. Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 Patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(6):822---9.