



REPORTE DE CASO

MANEJO QUIRÚRGICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL COMPLICADA POR BRIDAS EN UNA PACIENTE GERIÁTRICA CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE HARTMANN: UN REPORTE DE CASO.

Diego Manuel Candia Román, Noelia Mabel Campuzano Acosta
Hospital del Trauma Prof. Dr. Manuel Giagni

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una patología quirúrgica frecuente y potencialmente grave, que afecta a una importante cantidad de pacientes por año en países desarrollados (1). Su etiología es diversa, incluyendo causas mecánicas como bridas, hernias y neoplasias (2,3). En pacientes geriátricos, la incidencia de obstrucción intestinal puede ser mayor debido a la acumulación de comorbilidades y antecedentes quirúrgicos (4,5).

Las bridas postoperatorias, formadas por tejido fibroso que conecta el intestino a estructuras adyacentes, son responsables de una proporción significativa de las obstrucciones intestinales, con una prevalencia estimada de 10-30% en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales (6). Estas adherencias pueden llevar a una estrangulación o torsión del intestino, causando is-

Autor de correspondencia:

Dr. Diego Manuel Candia
candiaromandiegomanuel@gmail.com

Recibido: 02/08/2024

Aceptado: 19/09/2024

quemia, perforación y, en última instancia, shock séptico, si no se abordan adecuadamente (7).

En el contexto geriátrico, el manejo de la obstrucción intestinal se complica por factores como la fragilidad del paciente, la presencia de múltiples comorbilidades y el riesgo elevado de complicaciones postoperatorias (8,9). Los pacientes con antecedentes de cirugía abdominal, como una resección de colon con colostomía, presentan un riesgo adicional de desarrollo de bridas y adherencias (10).

Este reporte de caso presenta la evaluación y el manejo quirúrgico de una paciente de 73 años con oclusión intestinal secundaria a bridas postoperatorias, en el contexto de un historial médico complejo que incluye una cirugía de Hartmann previa. La comprensión de las complicaciones asociadas y la implementación de estrategias quirúrgicas efectivas son cruciales para mejorar los resultados en esta población de alto riesgo.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 73 años de edad, procedente de Piribebuy, consulta en el servicio de urgencias debido a episodios recurrentes de vómitos. En sus antecedentes patológicos personales, la paciente presenta hipertensión arterial desde hace 10 años, tratada con losartán 50 mg cada 24 horas. La paciente presenta Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 30 años, en tratamiento con metformina 850 mg cada 24 horas e insulina glargina 30 UI. Además, padece hipotiroidismo desde hace 6 años, manejado con levotiroxina 50 mcg diarios. Fue sometida a una tiroidectomía hace 7 años y a una cirugía de Hartmann por oclusión intestinal secundaria a diverticulitis perforada hace 8 meses, con la consiguiente colostomía terminal.

El cuadro clínico actual se inició 24 horas antes del ingreso, con dolor abdominal de apa-

rición insidiosa y progresiva, localizado en el epigastrio, de carácter punzante y de intensidad moderada. Cuatro horas antes del ingreso hospitalario, el dolor se intensificó y se irradió a ambos flancos, acompañado de vómitos en seis ocasiones, con contenido fecaloide, motivo por el cual fue trasladada a nuestro centro asistencial. La paciente negó otros síntomas acompañantes.

Al ingreso, se observó un abdomen distendido, depresible y doloroso a la palpación profunda en el epigastrio y en ambas fosas ilíacas, sin evidencia de defensa muscular ni signos de irritación peritoneal. Los ruidos hidroaéreos estaban presentes. La paciente portaba una bolsa de colostomía en la fosa ilíaca izquierda, con un débito de 200 ml de contenido verdoso. Se le canalizó una vía venosa periférica y se le administró metoclopramida 10 mg por vía endovenosa, junto con hidratación y una cánula nasal a 2 litros por minuto.

Los signos vitales al ingreso revelaron una presión arterial de 80/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto y temperatura de 36°C. Los estudios de laboratorio mostraron una hemoglobina de 14.9 g/dL, hematocrito de 45%, leucocitosis con 50,300/ μ L y neutrofilia del 87%, plaquetas de 470,000/ μ L, urea de 106 mg/dL, creatinina de 2 mg/dL, ácido úrico de 6.3 mg/dL, bilirrubina total de 0.47 mg/dL (directa de 0.05 mg/dL e indirecta de 0.42 mg/dL), aspartato aminotransferasa (AST) de 16 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) de 9 U/L, fosfatasa alcalina de 77 U/L, amilasa de 67 U/L y lipasa de 47 U/L.

Se decidió proceder a una laparotomía exploradora, durante la cual se constató la presencia de asas delgadas firmemente adheridas a la pared abdominal, múltiples bridas en las asas delgadas extendiéndose hasta la válvula ileocecal, y adherencias entre el útero, vejiga y ovarios, todas las cuales fueron liberadas durante el procedimiento.

Es ingresada a la unidad de terapia intensiva para monitoreo hemodinámico y respirato-

rio continuo en el periodo postoperatorio de una laparotomía exploradora. El diagnóstico al ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue de shock séptico de origen abdominal, postoperatorio de laparotomía exploradora, oclusión intestinal por bridas, insuficiencia renal aguda, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo, exposición a biomasas, diverticulitis colónica y portadora de colostomía terminal.

En el segundo día postquirúrgico, se realizó una colonoscopia de control que evidenció diverticulosis del colon remanente y un pólipó sésil en el recto inferior. La paciente fue dada de alta posteriormente sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias es una complicación reconocida en la cirugía abdominal, con una prevalencia significativa en pacientes con antecedentes quirúrgicos. Este caso de una paciente de 73 años con una oclusión intestinal compleja resalta varios puntos clave en el manejo de estas situaciones.

Las bridas postoperatorias, que se desarrollan como una respuesta cicatricial a la cirugía abdominal, son una causa bien establecida de obstrucción intestinal. Estudios indican que aproximadamente el 10% de los pacientes que han tenido cirugía abdominal desarrollan bridas que pueden llevar a obstrucción intestinal en el futuro (11). En el caso presentado, la paciente tenía antecedentes de cirugía de Hartmann, lo que aumentó su riesgo de desarrollar bridas. Este hallazgo es consistente con la literatura, que documenta que la cirugía previa en el abdomen aumenta significativamente el riesgo de obstrucción por bridas (12).

El manejo quirúrgico temprano es crucial para prevenir complicaciones graves. La paciente en este caso fue sometida a una laparotomía exploradora, una estrategia recomendada para la resolución de obstruc-

ciones intestinales complicadas por bridas. La literatura sugiere que la laparotomía sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento de obstrucciones intestinales en pacientes con bridas, ya que permite la liberación directa de las adherencias y la evaluación de posibles complicaciones adicionales (13,14).

En comparación con otros estudios, este caso destaca la importancia de considerar las comorbilidades del paciente en el manejo de la obstrucción intestinal. Pacientes geriátricos con múltiples comorbilidades, como diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, tienen un riesgo mayor de complicaciones postoperatorias y un pronóstico menos favorable (15).

El seguimiento postoperatorio en este caso, que incluyó una colonoscopia para evaluar la diverticulosis del colon remanente y un pólipó sésil, es un componente esencial en la gestión integral de la paciente. Este enfoque es respaldado por la literatura, que enfatiza la importancia de una vigilancia continua para identificar y tratar problemas gastrointestinales adicionales que puedan surgir tras la intervención quirúrgica (16).

Este caso subraya la relevancia del manejo quirúrgico inmediato en pacientes con obstrucción intestinal secundaria a bridas, especialmente en la población geriátrica con antecedentes quirúrgicos complejos. La integración de una evaluación exhaustiva y el manejo de comorbilidades son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y minimizar las complicaciones.

CONCLUSIÓN

La obstrucción intestinal secundaria a bridas es una complicación común en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales. La rápida intervención quirúrgica es esencial para prevenir complicaciones graves. Este caso resalta la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario en el manejo de pacientes ancianos con múltiples comorbilidades y antecedentes quirúrgicos com-

plejos. La monitorización postoperatoria y la evaluación continua son fundamentales para asegurar una recuperación sin complicaciones.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen PJ, Wang L, Peng YF, Chen N, Wu AW. Surgical intervention for malignant bowel obstruction caused by gastrointestinal malignancies. *World J Gastrointest Oncol*. 15 de marzo de 2020;12(3):323-31.
2. Li H, Sun D, Sun D, Xiao Z, Zhuang J, Yuan C. The Diagnostic Value of Coagulation Indicators and Inflammatory Markers in Distinguishing Between Strangulated and Simple Intestinal Obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. diciembre de 2021;31(6):750.
3. Scaglione M, Galluzzo M, Santucci D, Trinci M, Messina L, Laccetti E, et al. Small bowel obstruction and intestinal ischemia: emphasizing the role of MDCT in the management decision process. *Abdom Radiol*. 1 de mayo de 2022;47(5):1541-55.
4. Detz DJ, Podrat JL, Muniz Castro JC, Lee YK, Zheng F, Purnell S, et al. Small bowel obstruction. *Curr Probl Surg*. 1 de julio de 2021;58(7):100893.
5. Gachabayov M, Bergamaschi R. Colorectal Surgery in the Elderly. En: Latifi R, editor. *Surgical Decision Making in Geriatrics: A Comprehensive Multidisciplinary Approach* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 20 de julio de 2024]. p. 259-82. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-47963-3_21
6. Nightingale JMD. Insertion, Types and Care of Enteral Feeding Tubes. En: Nightingale JMD, editor. *Intestinal Failure* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 20 de julio de 2024]. p. 489-512. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-22265-8_32
7. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surg Oxf*. 1 de enero de 2023;41(1):47-54.
8. Quero G, Covino M, Laterza V, Fiorillo C, Rosa F, Menghi R, et al. Adhesive small bowel obstruction in elderly patients: a single-center analysis of treatment strategies and clinical outcomes. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 3 de julio de 2021 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00365521.2021.1921256>
9. Li R, Quintana MT, Lee J, Sarani B, Kartiko S. Timing to surgery in elderly patients with small bowel obstruction: an insight on frailty. *J Trauma Acute Care Surg*. 11 de enero de 2023;10.1097/TA.0000000000004410.
10. Lim T, Tham HY, Yaow CYL, Tan IJW, Chan DKH, Farouk R, et al. Early surgery after bridge-to-surgery stenting for malignant bowel obstruction is associated with better oncological outcomes. *Surg Endosc*. 1 de diciembre de 2021;35(12):7120-30.
11. Aboelezz AF, Othman MO. Endoscopic Management of Colonic Obstruction. *Gastrointest Endosc Clin*. 1 de enero de 2024;34(1):141-53.
12. Lavoie J, Smith A, Stelter A, Uhing M, Blom K, Goday PS. Reining in Nasogastric Tubes: Implementation of a Pediatric Bridle Program. *J Pediatr Nurs*. 1 de noviembre de 2021;61:1-6.
13. Liaqat R, Majeed AI, Liaqat B, Shafi A, Riaz R, Akhtar S. Diagnostic Accuracy of Ultrasound for Small Bowel Obstruction in Paediatric Population Undergoing Laparotomy Keeping Surgical Findings as the Gold Standard. *Pak Armed Forces Med J*. 6 de septiembre de 2022;72(4):1351-4.
14. Tong JWV, Lingam P, Shelat VG. Adhesive small bowel obstruction – an update. *Acute Med Surg*. 2020;7(1):e587.
15. Singh M, Spertus JA, Gharacholou SM, Arora RC, Widmer RJ, Kanwar A, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in the Management of Older Patients With Cardiovascular Disease. *Mayo Clin Proc*. 1 de junio de 2020;95(6):1231-52.
16. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, et al. Consensus Guidelines for Perioperative Care in Neonatal Intestinal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg*. 1 de agosto de 2020;44(8):2482-92.