

Bridas congénitas como causa infrecuente de obstrucción intestinal en adultos: serie de tres casos

Amanda Wosiack Menin¹, Sofía Pinedo Rubio¹, Carolina Rivas Flores¹

Congenital bands as an uncommon cause of intestinal obstruction in adults: a three-case series

Objective: To present a case series of three patients with intestinal obstruction (IO) caused by congenital adhesions (CA) in adult patients without surgical history, highlighting their clinical characteristics, management, and outcomes. **Materials and Methods:** Descriptive case series study. Three male patients (55, 59, and 76 years old) with similar clinical presentations compatible with IO due to CA were analyzed, evaluating their clinical presentation, imaging and intraoperative findings, as well as their post-operative evolution. **Results:** Three adult male patients without previous surgical history were admitted with characteristic clinical presentation of IO. CT scan suggested IO in all cases. Surgical approach was laparoscopic in two cases and via laparotomy in one, with intraoperative confirmation of CA in different locations: proximal jejunum, ileum associated with Meckel's diverticulum, and right iliac fossa. All patients evolved favorably, without complications at one-month follow-up. **Discussion:** IO due to CA represents a diagnostic challenge due to the non-specificity of complementary examinations. Definitive diagnosis is established intraoperatively, making it essential to consider this etiology in patients without surgical history presenting with IO.

Key words: congenital bands; intestinal obstruction; surgical emergency.

Resumen

Objetivo: Presentar una serie de tres casos de obstrucción intestinal (OI) causada por bridas congénitas (BC) en pacientes adultos sin antecedentes quirúrgicos, destacando sus características clínicas, manejo y evolución. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de serie de casos. Se analizaron tres pacientes masculinos (55, 59 y 76 años) con cuadros clínicos similares y compatibles con OI por BC, evaluando la presentación clínica, hallazgos imagenológicos e intraoperatorios, así como su evolución postoperatoria. **Resultados:** Los tres pacientes hombres adultos, sin antecedentes quirúrgicos previos ingresaron con un cuadro clínico característico de OI. El scanner sugirió OI en todos los casos. El abordaje quirúrgico fue laparoscópico en dos casos y vía laparotomía en uno, confirmándose intraoperatoriamente la presencia de BC en diferentes localizaciones: yeyuno proximal, íleon asociado a divertículo de Meckel y fosa iliaca derecha. Todos evolucionaron favorablemente, sin complicaciones en el seguimiento al mes. **Discusión:** La OI por BC representa un desafío diagnóstico debido a la inespecificidad de los exámenes complementarios. El diagnóstico definitivo se establece intraoperatoriamente, siendo fundamental considerar esta etiología en pacientes sin antecedentes quirúrgicos que presentan OI.

Palabras clave: bridas congénitas; obstrucción intestinal; urgencia quirúrgica.

¹Hospital El Carmen. Santiago, Chile.

Recibido el 2024-10-28 y aceptado para publicación el 2024-12-03

Correspondencia a:

Dra. Amanda Wosiack Menin
amandawosiackmenin@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La obstrucción intestinal (OI) representa una causa importante de abdomen agudo quirúrgico, con una incidencia estimada entre 2% y 8% de todas las consultas en los servicios de urgencias¹. La etiología es diversa, donde las adherencias postquirúrgicas son la causa más frecuente (> 70%), seguidas por hernias, neoplasias, vólvulos y otras menos comunes². Su ubicación más común es el intestino delgado, representando el 80% de los casos de obstrucción intestinal mecánica³.

Las bridas o adherencias son bandas de tejido fibroso que pueden clasificarse en congénitas o adquiridas, estas últimas son mayormente de origen postquirúrgico. Por su parte, las bridas congénitas (BC) son una causa infrecuente de OI en adultos, con una incidencia reportada del 5,9% de todos los casos de obstrucción intestinal⁴.

Estas estructuras pueden permanecer asintomáticas durante décadas y manifestarse en la edad adulta, lo que representa un desafío diagnóstico importante, especialmente en pacientes sin antecedentes quirúrgicos⁴.

La presentación clínica de la OI por BC es similar a la de otras causas de obstrucción intestinal, incluyendo dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos y alteración del tránsito (ausencia de eliminación de heces o gases por el ano)⁵. La Tomografía Computarizada (TC) con contraste es el estudio más indicado para estudiar pacientes con sospecha de OI ya que presenta una sensibilidad y especificidad del 95% para el diagnóstico de OI de alto grado, mientras que es más bajo para OI parcial. Sin embargo, las adherencias en sí generalmente no son identificables y solo se puede observar un cambio de calibre abrupto desde una asa dilatada a una colapsada sin una causa identificable en la zona de transición⁶.

El diagnóstico definitivo por lo tanto, generalmente se realiza durante la exploración quirúrgica, que además constituye el tratamiento definitivo mediante la liberación de la brida⁴.

Presentación de la serie de casos

Presentamos una serie de tres casos de OI por BC. Todos corresponden a pacientes adultos, del sexo masculino, con edades de 55, 59 y 76 años. Ninguno de los pacientes presentaba comorbilidades médicas importantes, y no tenían cirugías previas intraabdominales. Ingresaron al Servicio de Urgencia con un cuadro clínico similar, caracterizado por dolor abdominal de un promedio de cuatro días de

evolución, asociado a vómitos inicialmente alimentarios, mientras que uno de los pacientes evolucionó con vómitos fecaloideos. Todos presentaron ausencia de deposiciones en las últimas 48 horas, así como ausencia de tránsito a gases. Ninguno de los pacientes había presentado fiebre u otros síntomas. Al examen físico destacaban distensión abdominal y timpanismo, dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia y ausentes en un caso. Al tacto rectal se describe ampolla rectal vacía.

Se realizaron exámenes de laboratorio que destacaron una alteración de la función renal con componente prerrenal, alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de parámetros inflamatorios. En los tres casos se realizó una TC de abdomen y pelvis con contraste, en las que se informó como hallazgo común: "Signos de obstrucción intestinal ¿bridas?".

En relación al tratamiento, en dos casos se realizó laparoscopia exploradora. En el primer caso, se evidenció una brida laxa en la cara antimesentérica del yeyuno proximal, que se liberó de forma roma (Figura 1). En el segundo caso, se identificó una brida conformada por un divertículo de Meckel, a nivel del íleon contiguo a la válvula ileocecal, liberándose de manera roma. En el último caso, se realizó una laparotomía exploradora donde se identificó una brida en intestino delgado en fosa iliaca derecha, con revitalización del asa luego de liberación de dicha brida de manera roma. Los tres casos evolucionaron favorablemente, con buena tolerancia oral y tránsito intestinal. Fueron dados de alta sin complicaciones y al control al mes, mantenían una evolución favorable.



Figura 1. Laparoscopia exploradora. Se puede observar brida laxa resecada de forma roma en la cara antimesentérica del yeyuno proximal.

Discusión

Se presentaron tres casos con características clínicas similares, compatibles con obstrucción intestinal, sin antecedentes quirúrgicos. Se identificaron BC como etiología, que fueron sospechadas en la TC y confirmadas de manera intraoperatoria. El diagnóstico de OI secundaria a BC sigue siendo un desafío diagnóstico, ya que los exámenes de imágenes no son específicos y el diagnóstico se confirma en el intraoperatorio.

La importancia de reconocer las BC como causa de OI radica en que, a diferencia de las adherencias postquirúrgicas, estas tienden a ser únicas, bien definidas y su liberación quirúrgica suele ser curativa de la OI. Además, el reconocimiento temprano de esta entidad puede evitar retrasos innecesarios en el tratamiento quirúrgico, especialmente en pacientes sin antecedentes quirúrgicos previos que desarrollan un cuadro de OI.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno

Este estudio fue debidamente autorizado por el comité de ética local institucional.

Cada uno de los pacientes entregó su consentimiento informado verbal y firmado para la realización de este trabajo.

Declaración de Autoría

Administración del proyecto: Sofia Pinedo Rubio
Investigación: Carolina Rivas Flores
Redacción, revisión y edición: Amanda Wosiack Menin

Bibliografía

1. Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2018;98(6):362-367. PMID: 30215917.

2. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luyimbazi DT, Bowe CE. Small Bowel Obstruction. Surgical Clinics of North America. 2018;98(5):945-71. doi:10.1016/j.suc.2018.05.007

3. Schick MA, Kashyap S, Meseha M. Small Bowel Obstruction. [Updated 2023 Apr 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.

4. Yang KH, Lee TB, Lee SH, Kim SH, Cho YH, Kim HY. Congenital adhesion band causing small bowel obstruction: What's the difference in various age groups, pediatric and adult patients? BMC Surg. 2016;16(1):79. doi: 10.1186/s12893-016-0196-4. PMID: 27927245; PMCID: PMC5142405.

5. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzemelis D, Giannopoulos P et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. World J Gastroenterol. 2007;13(3):432-7. doi: 10.3748/wjg.v13.i3.432. PMID: 17230614; PMCID: PMC4065900.

6. Paulson EK, Thompson WM. Review of Small-Bowel Obstruction: The Diagnosis and When to Worry. Radiology 2015;275(2):332-42. doi:10.1148/radiol.15131519