
Síndrome adherencial. Presentación de un caso, hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.

Adherence syndrome. Case study. “Luis Vernaza” hospital in Guayaquil”.

Reinaldo Ramírez Robinson *
Evelin Moreno Barrera **

RESUMEN

Las adherencias intraperitoneales, bandas fibróticas formadas a partir de una reacción cicatricial del peritoneo, ocurre frecuentemente después de cualquier cirugía abdominal o pélvica. Estas adherencias, también denominadas bridas, puede generar una amplia gama de síntomas y complicaciones clínicas o quirúrgicas. Las diversas alternativas tradicionales de tratamiento y prevención ha demostrado resultados deficientes que se reflejan en su alto costo de atención. En las últimas dos décadas se han descrito nuevas alternativas para la prevención de formación de bridas con diversos grados de éxito que ha generado gran expectativa en la comunidad quirúrgica. El presente trabajo reporta el caso de una paciente de 42 años de edad con antecedente de dolor abdominal generalizado acompañado de estreñimiento de 72 horas de evolución; al ingreso se encontraba pálida y diaforética.

Palabras clave: Síndrome adherencial. Dolor abdominal. Resección.

SUMMARY

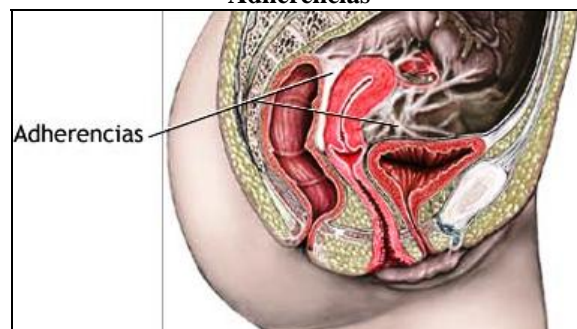
Intraperitoneal adhesences, fibrous bands whose formation is due to cicatricial peritoneal reaction, frequently occur after any abdominal or pelvic surgery. This adherence, also called bridles, may generate a variety of symptoms and surgical or clinical complications. The various traditional alternatives for treatment and prevention have proven inefficient due to their high cost. In the last two decades, new alternatives for preventing the formation of bridles have been described with different success levels that have generated great expectations among the surgical community. This research reports the case of a 42-year old patient with generalized abdominal pain accompanied by 72-hour evolution constipation. When she was admitted she was pale and diaphoretic.

Key words: Adherence syndrome. Abdominal pain. Removal

Introducción

Las bridas o adherencias intraperitoneales se definen como aquellas bandas fibróticas de diverso grado de rigidez que unen o conectan superficies de tejidos que normalmente se encuentran separados al interior de la cavidad abdominal. Las adherencias son la principal causa de oclusión mecánica a nivel de duodeno, yeyuno, ileon, colon o recto, seguido de hernias y cuerpos extraños. A una edad más avanzada, las adherencias producen oclusión del intestino delgado. Figura 1.

Figura 1
Adherencias



Fuente: Rev. European Journal Surgical, Alemania 36(4): 5-9 1997.

La estrangulación se produce en casi el 25% de los casos de oclusión de intestino delgado y puede progresar hacia una gangrena en sólo 6 horas²; se manifiesta por un dolor abdominal intenso y constante, ya sea desde su inicio o al cabo de unas pocas horas de la aparición de un dolor cólico.

La aparición de adherencias en la cavidad peritoneal requiere la coaptación de dos superficies de peritoneo dañadas (sea visceral o parietal) o de una superficie y el epiplón. El tipo de traumatismo que produce este daño puede ser de muy diversas características, pero para que aparezcan las adherencias ha de ocurrir una anormal persistencia del gel de fibrina propio del proceso de cicatrización peritoneal, durante 4-7 días a partir de la cirugía⁴.

Aparte de la magnitud del daño peritoneal, la presencia de cuerpos extraños, incluso sangre y otros fluidos orgánicos, puede condicionar tal persistencia. El caso es que la mayoría de intervenciones sobre el abdomen provoca adherencias de modo que algunos¹ creen que sólo las apendicectomías hechas con una mínima incisión y las cesáreas a través del segmento inferior, podrían constituir la excepción de la regla.

Se cree que un 1% de las laparotomías provocará adherencias sintomáticas, y si se siguen más de 10 años a los pacientes, esta cifra puede subir a un 3%⁸, por lo cual cabe suponer que un cirujano activo experimente este problema una vez por mes¹¹.

En definitiva, en la actualidad y en occidente se cree que son la causa del 40% de cuadros obstructivos intestinales en general, y del 60-80% de las obstrucciones de intestino delgado¹⁴. Además existe el problema de su tendencia a recidivar incluso tras los casos de adhesiolisis quirúrgica.

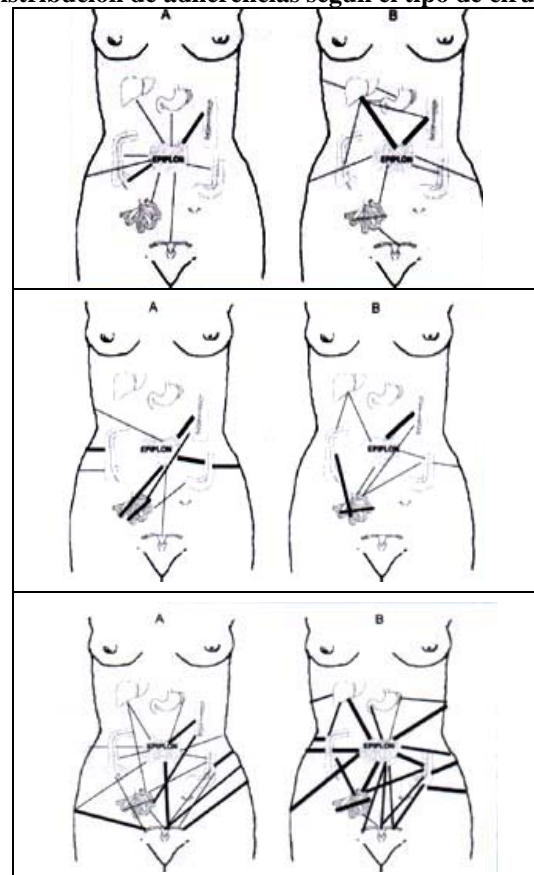
Se manifiesta una triada de síntomas: dolor abdominal cólico, centrado alrededor del ombligo o el epigastrio; si un dolor de inicio insidioso se vuelve intenso y constante, es probable que se haya producido una estrangulación; vómitos, que aparece tempranamente en la oclusión de intestino delgado y de forma más tardía en la de intestino grueso, y cierre intestinal cuando la oclusión es completa, aunque puede haber diarrea si es parcial.

Las bridas se clasifican según su origen (congénito, adquirido, espontáneo) y su localización anatómica (visceroparietales, visceroviscerales, visceroeplipoicas, epipliocoparietales).

Sin embargo, en términos de patogénesis, parecen existir dos tipos de adherencias: las que se forman después de un trauma simple y las que se desarrollan después de un evento inflamatorio o isquémico. Esta clasificación tiene valor clínico con miras a su prevención.

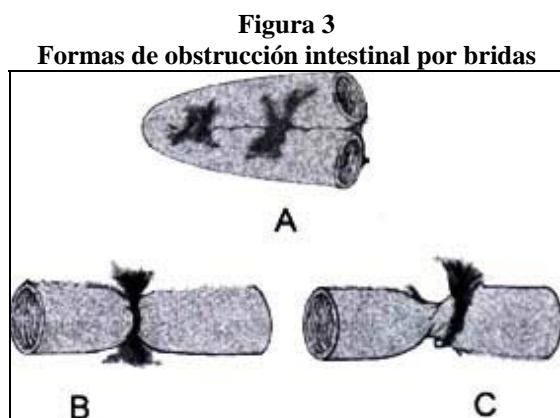
La mayoría de las adherencias que se forman después de una cirugía no están en relación con el sitio de la cirugía, pero sí involucran las asas del intestino delgado³. Estas adherencias entre asas son la principal causa de obstrucción intestinal y, probablemente, son producidas por trauma local simple que disminuye parcialmente los niveles de AP tisular en el momento de la cirugía. Figura 2.

Figura 2
Distribución de adherencias según el tipo de cirugía



Postapendicectomía, poscolecistectomía, poscolectomía, poscirugía aórtica, poscirugía ginecológica, adherencias en colitis ulcerosa. **Fuente:** Rev. European Journal Surgical, Alemania 36(4): 5-9 1997.

Por múltiples estudios publicados se estima que se presentan en 67 a 100% de las cirugías abdominales y en 97% de las cirugías pélvicas¹⁰. Con respecto a la distribución por sexo, es mucho más frecuente en mujeres¹² debido a las adherencias abdominopélvicas por las patologías y cirugías gineco-obstétricas. Las bridas pueden obstruir un asa intestinal por angulación, por torsión o, la más frecuente, por constricción. En la figura 3 se esquematizan los tres mecanismos de obstrucción del intestino por adherencias intraperitoneales. Figura 3.



(A) Angulación. (B) Constricción. (C) Torsión.

Fuente: Rev. European Journal Surgical, Alemania 36(4): 5-9 1997.

La raza también posee una relación estrecha con respecto a la incidencia en formación de bridas, sin lograr precisar la razón exacta de este fenómeno. La edad promedio de pacientes que consultan por bridas sintomáticas está entre 25 y 50 años¹³. La reaparición de adherencias intraperitoneales sintomáticas, posterior a un procedimiento de adhesiolisis se estima en 11 a 30%⁷. La mortalidad atribuida a las adherencias se correlaciona principalmente con la obstrucción intestinal y con el procedimiento de adhesiolisis, que corresponde entre 6 y 11%⁷.

Las ayudas diagnósticas están dirigidas a detectar la presencia de obstrucción intestinal, su nivel y severidad.

La radiografía simple de abdomen y el tránsito intestinal detectan la presencia de obstrucción aunque sin definir en forma exacta su causa. La TAC abdominal además de brindar la información sobre la presencia de obstrucción mecánica puede descartar las otras causas menos frecuentes de obstrucción, tales como tumores, hernias, etc¹⁵.

La laparoscopia es un procedimiento quirúrgico tanto diagnóstico como terapéutico para las adherencias intraperitoneales¹². Su eficacia diagnóstica no tiene discusión, pero como tratamiento tiene una alta tasa de recidiva.

Caso clínico

Paciente sexo femenino de 42 años de edad, mestiza; biotipo: normolineo; estado civil: casada; procedente de la provincia de Manabí y residente en Guayaquil, instrucción secundaria; ocupación: quehaceres domésticos.

Motivo de consulta: dolor abdominal generalizado, estreñimiento.

Enfermedad Actual: dolor abdominal generalizado acompañado de estreñimiento de 72 horas de evolución.

Examen físico: a la palpación dolor abdominal generalizado de característica intenso; se encontraba pálido y diaforético.

Antecedentes patológicos quirúrgicos: histerectomía con ooforectomía y apendicectomía intervenida hace 1 año y 7 meses, resección y anastomosis de íleo por obstrucción hace 4 meses.

Exámenes de laboratorio: dentro de los valores normales.

Ecografía abdominal: distensión del intestino delgado, peristalsis proximal aumentada, líquido libre intraabdominal.

Hallazgos quirúrgicos: se encontró adherencias de intestino delgado lo que causa obstrucción, se realiza laparotomía exploratoria, adhenolisis, resección, anastomosis T y T a este nivel.

Discusión

La única forma de combatir con eficacia este síndrome está exclusivamente en su profilaxis en el momento de realizar la cirugía que pueda crear las condiciones para que aparezca después. Es posiblemente por este motivo que las principales líneas de investigación actuales⁵ intuitivamente vayan en esta dirección.

Con ello, puede resultar bastante superfluo especular si la adhesiolisis favorece o previene la

recidiva una vez se ha presentado el problema, puesto que toda cirugía iterativa daña el peritoneo y puede producir todavía más adherencias⁹. La clave del problema estaría pues en su profilaxis y no en su tratamiento. En esta línea de pensamiento, aquí cobraría mucha importancia saber si realmente las nuevas técnicas laparoscópicas aportan beneficios claros, que de hacerlo serían muy superiores a la vez discreta ganancia en estancia del periodo postoperatorio inmediato.

Las adherencias en el sitio de la cirugía pueden ser beneficiosas al lograr mantener una anastomosis precaria suministrando una suplencia sanguínea extra al tejido isquémico y, además, separa las áreas infectadas para evitar su esparcimiento a toda la cavidad peritoneal. Estas adherencias son probablemente generadas por supresión completa de la función del AP por los inhibidores 1 y 2 (IAP1 y IAP2). Por lo tanto, puede ser posible inhibir selectivamente la formación de adherencias que producen obstrucción intestinal y permitir la formación de adherencias de efecto benéfico.

Recientemente se ha informado la utilización de la ecografía abdominal de alta resolución para la detección de bridas, método no invasor que permite la evaluación de las nuevas alternativas terapéuticas y de prevención, sin generar más adherencias intraperitoneales⁴. Este método en investigación, consiste en la detección del deslizamiento de un asa mayor de 2cm por movimiento diafragmático o por una pequeña compresión del asa con el transductor. Si la víscera presenta un deslizamiento menor de 1cm, es muy probable la presencia de adherencias visceroparietales. De igual forma, si la víscera se desliza espontáneamente más de 2cm, se concluye con seguridad la inexistencia de ellas³. Además existen informes de detección de obstrucción intestinal por ecografía de alta resolución. Los hallazgos ecográficos descritos son signos indirectos de obstrucción tales como distensión del intestino, colapso del segmento intestinal más allá de la estenosis, peristalsis proximal aumentada, y líquido libre intraabdominal. Sin embargo, no se logra identificar ecográficamente las bandas fibróticas que ocasionan la obstrucción. Otro método diagnóstico que se encuentra en fase experimental y con resultados alentadores es la predicción de formación de adherencias mediante

marcadores tisulares⁶. Experimentalmente se evidencia que la formación de adherencias intraperitoneales posquirúrgicas severas está en relación directa con niveles tisulares mayores de 60ng/g de Inhibidor tipo I del Activador de Plasminógeno (IAP1) y niveles mayores de 200 fmol/g del complejo activador de plasminógeno tipo tisular/inhibidor del activador de plasminógeno (complejo APT-IAP)⁶. Por consiguiente, la medición de componentes del sistema fibrinolítico podría ser usada en un futuro como predictor de alto riesgo para la formación de bridas posquirúrgicas.

Conclusiones

Uno de los retos que tiene actualmente el médico especialista es profundizar en el conocimiento epidemiológico de esta patología, sobre todo en el tipo de cirugía que lo provoca y en su comportamiento a través del tiempo, porque aquí puede radicar las claves que nos orienten hacia la investigación de medidas de tipo práctico para combatirla, que actualmente se centra casi exclusivamente a lo que se refiere a su profilaxis⁷, y también hacia el método de diseño de estudios que nos aporte evidencias claras sobre el resultado de tales medidas.

Referencias bibliográficas

1. Ellis H: The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *European Journal Surgical, Alemania* 36(4):5-9, 1997.
2. Risberg B: Adhesions: preventive strategies. *Euro J Surge, Alemania* 37 (4): 9-32 1998.
3. Holmdahl L: Adhesions: pathogenesis and prevention. *Euro J Surge, Alemania* 38(1): 56-62, 1998.
4. Menzies D: Postoperative adhesions: their treatment and relevance in clinical practice. *Coll Surge, England* 3(75): 53-82, 1999.
5. Ellis H, Moran BJ: Adhesion- related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *European Journal Surgical, Alemania* 34(12):353-400, 1999.

6. Menzies D, Ellis H: Intestinal obstruction from adhesions: how big is the problem? *Ann R Coll Surge, England* 72(60): 3-23, 1990.
7. Cox M: The operative an etiology and types of adhesions causing small bowel obstruction. *Aust N Z J Surg, Austria* 63(6): 52-84, 2004.
8. Matter I: Does the index operation influence the course and outcome of adhesive intestinal obstruction. *Euro J Surge, England* 3(4): 67-72, 2001.
9. Holmdahl L: Making and covering of surgical footprints. *Lancet, Ohio-United State* 7(9): 53-145, 2005.
10. Hanauer S: New Therapeutic approaches. *Gastroenterol Clin North Am, Canada* 70(8): 19-32, 2000.
11. Kum C: Randomized controlled trial comparing laparoscopic and open appendectomy. *Br J Surg, Australia* 2(5): 80-97, 2003.
12. Beck D: Current Therapy in colon and rectal surgery. *N England J Med, Toronto* 13(8): 339-343, 2004.
13. Brodin R: Partial small bowel obstruction. *Surgery, Toronto* 5(11): 145-165 2000.
14. Sarr M: Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction. *Am J Surg, Canada* 2(1): 145-176, 1999.
15. Wangenstein O: understanding the bowel obstruction problem. *Am J Surg, England* 3(7): 131-145, 2000.

Dra. Evelin Moreno Barrera

Teléfono: 593-04-2853718; 099433823

Correo electrónico: morenoevelin33@hotmail.com

Fecha de presentación: 08 de septiembre de 2008

Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2009

Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Sra. Diana Aldeán Luzón.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL