

CARTA AL DIRECTOR

Suboclusión intestinal secundaria a adherencias idiopáticas en paciente sin cirugía intraabdominal previa



Subacute bowel obstruction secondary to idiopathic adhesions in a patient without previous intra-abdominal surgery

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Martín-Lagos Maldonado A y cols¹, en el que se describe la enfermedad inflamatoria pélvica como una causa infrecuente de obstrucción intestinal por adherencias. Del mismo modo, queremos presentar otro caso infrecuente de obstrucción intestinal por adherencias, en este caso por adherencias de etiología idiopática.

Las adherencias intraabdominales pueden ser congénitas o adquiridas², pero en ocasiones puede no encontrarse la causa y se les atribuye un origen idiopático³. Debido a la infrecuencia de adherencias idiopáticas, ya que generalmente se diagnostica la causa de las mismas, se presenta el caso de un paciente con suboclusión intestinal por este tipo de adherencias.

Varón de 65 años, sin cirugía abdominal previa, que consultó en Urgencias por dolor abdominal. Entre sus antecedentes personales destacaba una escoliosis. El paciente refería dolor abdominal difuso y vómitos de 24 horas de evolución, con dificultad para ventosear y defecar. Era el tercer episodio en el último año. En la exploración física presentaba un abdomen distendido, doloroso de manera difusa, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban 17600 leucocitos y PCR de 6,7 mg/dl. Se realizaron una radiografía de abdomen y una tomografía computarizada donde se evidenciaron niveles hidroaéreos a nivel de intestino delgado, sin objetivar la causa del cuadro suboclusivo. Tras no obtener mejoría clínica con tratamiento conservador, se realizó una laparotomía exploradora, hallando únicamente múltiples adherencias firmes en un segmento de 50-60 cm de yeyuno medio, que producía varios acodamientos y una dificultad para el tránsito intestinal (fig. 1A). El resto de la cavidad abdominal era normal. Se realizó una resección intestinal incluyendo el segmento intestinal afectado (fig. 1B) y una anastomosis isoperistáltica latero-lateral mecánica. En el análisis histopatológico solamente se evidenciaron adherencias fibrosas, excluyendo otras causas subyacentes. Después de un año de seguimiento, el paciente está asintomático.

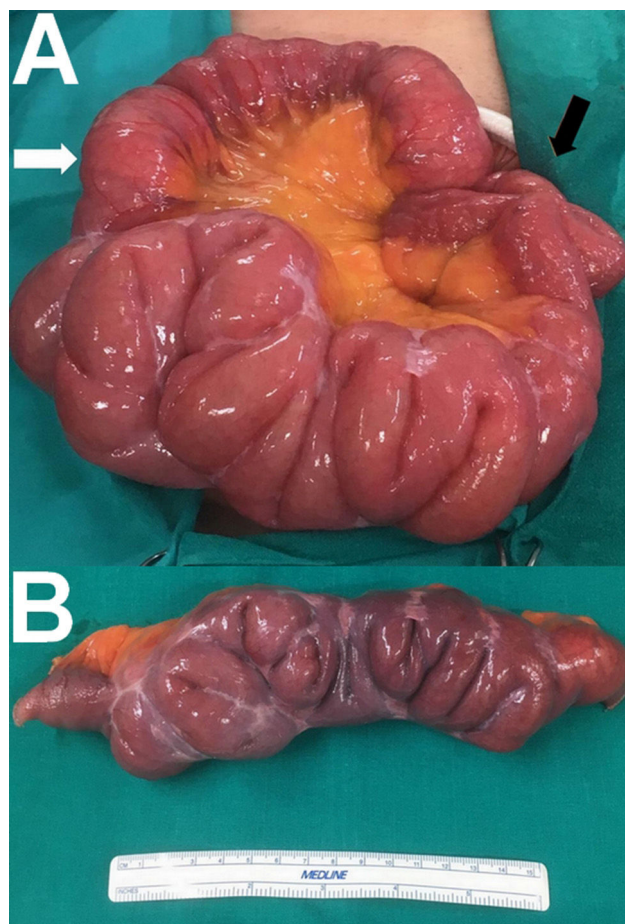


Figura 1 A. Segmento de 50-60 cm de yeyuno medio con múltiples adherencias firmes que ocasionan varios acodamientos y una dificultad para el tránsito. Se observa el asa aferente (flecha blanca) y el asa eferente (flecha negra). B. Pieza de resección intestinal del segmento afectado donde se aprecian múltiples adherencias fibrosas que ocasionan varios acodamientos.

Las adherencias intraabdominales adquiridas postquirúrgicas son las más frecuentes (90% de todas las adherencias)⁴. Se forman en el 50-100% de los pacientes sometidos a cirugía abdominopélvica², sobre todo en aquellos en los que se ha realizado una laparotomía⁴. Afortunadamente, la incidencia de adherencias ha disminuido considerablemente en la era de la cirugía laparoscópica⁴.

En ausencia de cirugía abdominal previa, las adherencias adquiridas pueden deberse a causas inflamatorias, infecciosas o a secuelas de la radioterapia. En cuanto a la

etiología inflamatoria-infecciosa se refiere, destacan la endometriosis y la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres^{1,4}, la enfermedad diverticular (particularmente de intestino delgado), la enfermedad de Crohn y la tuberculosis abdominal en zonas endémicas. La radioterapia abdominopélvica en el tratamiento de neoplasias ginecológicas, prostáticas, rectales o linfoproliferativas también puede generar adherencias, cuya severidad depende de la extensión del área tratada, el grado de fraccionamiento de la dosis y la dosis total de radiación⁴. Además, en autopsias de pacientes sin cirugía abdominal previa, se han detectado adherencias postinflamatorias hasta en el 28% de los casos². En el caso presentado se realizaron una colonoscopia y una gastroscopia para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, así como la prueba de la tuberculina para descartar exposición previa al bacilo de la tuberculosis, siendo los resultados negativos. Todas las demás causas fueron descartadas debido al sexo del paciente, a los antecedentes personales y al examen histopatológico del intestino reseado.

Por otro lado, las bridas congénitas se forman durante el desarrollo embrionario² y son una causa extremadamente infrecuente de obstrucción intestinal en adultos⁵. Se localizan con más frecuencia entre el íleon terminal o su mesenterio y el colon ascendente, el ligamento de Treitz, el lóbulo hepático derecho o la vejiga. En la mayoría de casos se componen de tejido conectivo que contiene vasos y nervios⁵. En el caso presentado, se excluyó la etiología congénita debido a la edad del paciente, a que las bridas eran múltiples, no contenían vasos sanguíneos ni nervios, y no se situaban en las localizaciones típicas descritas anteriormente.

Descartada cualquier etiología adquirida o congénita de las adherencias, se atribuyó un origen idiopático. En conclusión, la presencia de bridas idiopáticas debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en pacientes sin cirugía abdominal previa, sobre todo en los que no se demuestra ninguna lesión responsable en las pruebas radiológicas.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existen aspectos de financiación o de cualquier otro tipo que puedan llevar a un conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martín-Lagos Maldonado A, Gallart Aragón T, Porcel Marin MDC. Pelvic inflammatory disease: An unusual cause of acute intestinal obstruction. *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42:549–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.01.009>.
2. Brüggmann D, Tchartchian G, Wallwiener M, Münstedt K, Tinneberg HR, Hackethal A. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107:769–75, [10.3238/arztebl.2010.0769](http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2010.0769).
3. Elakkary EA, Dwivedi AJ, Elhorr A, Phan T. Bowel obstruction secondary to idiopathic adhesions. *Dig Dis Sci*. 2004;49:1687, <http://dx.doi.org/10.1023/b:ddas.0000043387.28977.9e>.
4. Tabibian N, Swehli E, Boyd A, Umbreen A, Tabibian JH. Abdominal adhesions: A practical review of an often overlooked entity. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017;15:9–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2017.01.021>.
5. Galván-Montaña A, Trejo-Ávila M, García-Moreno S, Pérez González A. Congenital anomaly band, a rare cause of intestinal obstruction in children. Case report. *Cir Cir*. 2017;85:164–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.10.011>.

José Ruiz Pardo*, Andrés García Marín,
Francisco Javier Ruescas García y Juan Valiente Carrillo

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital de Hellín, Hellín (Albacete), España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josrp@hotmail.es (J. Ruiz Pardo).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.12.003>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endoscopy activity in a covid-19 high-risk area (Barcelona): Moving forward (or backwards) according to the necessary resources available



Reinicio de la actividad endoscópica en un área de alto riesgo de covid-19 (Barcelona): progresión (o regresión) según los recursos necesarios disponibles endoscopy

Dear Editor:

Endoscopy activity has been dramatically reduced to minimum due to COVID-19 outbreak consequences. Endoscopy Units are experiencing shortages in staff, personal protective equipment (PPE), medical equipment as respiratory ventilators and monitors, beds or even physical space.

Moreover, cleaning rooms have gained a new role of PPE (i.e. goggles, or face shield) disinfection from different hospital areas. For this reason, it is convenient to be prepared on how to resume non-urgent and non-delayable endoscopy activity and adapt to the natural evolution of pandemic.

We recommend to progress to an adapted activity in a three-phase system.

For that, some minimum requirements are necessary to move forward on endoscopy activity, grouped in 3 basic needs: Workforce trained in endoscopic procedures, PPE availability and testing capacity for COVID-19 [Fig. 1]. The movement between the phases could be bidirectional depending on pandemic situation. So, the phases will be dynamic returning to a previous phase or progressing to an advanced phase.

With only one team available in the unit, it will be very risky planning to do semi-urgent endoscopy on a regular basis, considering the quarantine likelihood if health care workers get infected. On the other hand, to start assuming