

Complicación abdominal tras lipoabdominoplastia: obstrucción intestinal secundaria a bridas pélvicas. Reporte de caso

Abdominal complication after lipoabdominoplasty: intestinal obstruction secondary to pelvic bridles. Case report

Dr. Jorge Andrés Hernández Navas¹, Dr. Luis Andrés Dulcey Sarmiento², Dr. Juan Sebastián Therán León³, Dr. Jaime Alberto Gómez Ayala⁴, Dr. Jaime Andrés Gómez González⁵, Dra. Kelie Emperatriz Higueta Angulo⁶, Dra. Yeimi Natalia Hernández⁷

RESUMEN

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias es una complicación quirúrgica relevante, cuya incidencia se incrementa en pacientes intervenidos de cirugías abdominales estéticas múltiples. El reconocimiento temprano es crucial para evitar desenlaces adversos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años, previamente sana, consultó por dolor abdominal difuso, distensión, vómitos y ausencia de tránsito intestinal, con antecedente de lipoescultura, abdominoplastia, gluteoplastia y mamoplastia de aumento realizada 15 días antes. La tomografía contrastada evidenció asas de intestino delgado distendidas con punto de transición en pelvis, sin signos de isquemia ni perforación.

Intervención: Se realizó laparotomía exploratoria urgente, identificando brida fibrosa densa pélvica que ocasiona angulación y obstrucción yeyunal. Se practicó lisis adhesional sin resección intestinal ni ostomía. Se empleó cierre por planos y sistema de presión negativa tipo VAC para control avanzado del sitio quirúrgico.

Evolución: La paciente presentó recuperación satisfactoria con restitución del tránsito intestinal, adecuada tolerancia oral y parámetros inflamatorios en descenso. Fue dada de alta al quinto día posoperatorio, con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la obstrucción intestinal por bridas como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con antecedente de cirugía estética reciente. La intervención quirúrgica oportuna y el uso de sistemas avanzados de cierre como el VAC contribuyen significativamente a la recuperación favorable y a la prevención de complicaciones infecciosas.

Palabras clave: obstrucción intestinal, bridas, abdominoplastia, laparotomía.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative adhesive small bowel obstruction is a significant surgical complication, with increased incidence in patients undergoing multiple aesthetic abdominal procedures. Early recognition is crucial to prevent adverse outcomes. Case presentation: A previously healthy 31-year-old female presented with diffuse abdominal pain, distension, vomiting, and absence of bowel movements. She had undergone multiple cosmetic surgeries (liposculpture, abdominoplasty, gluteoplasty, and breast augmentation) 15 days prior. A contrast-enhanced CT scan revealed distended small bowel loops with a transition point in the pelvis, without signs of ischemia or perforation. Intervention: An urgent exploratory laparotomy was performed, identifying a dense pelvic fibrous band causing angulation and obstruction of the distal jejunum. Adhesiolysis was carried out without the need for bowel resection or stoma. The abdominal wall was closed in layers, and a vacuum-assisted closure (VAC) system was employed for advanced wound management. Outcome: The patient had a favorable postoperative course with early return of bowel function, progressive oral tolerance, and decreasing inflammatory markers. She was discharged on postoperative day five with outpatient follow-up.

Conclusion: This case highlights the importance of including adhesive small bowel obstruction in the differential diagnosis of young patients with recent cosmetic abdominal surgery. Timely surgical intervention and the use of advanced wound management systems such as VAC contribute significantly to favorable recovery and infection prevention.

Keywords: intestinal obstruction, adhesions, abdominoplasty, laparotomy.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):033-036. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0033-0036](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0033-0036)

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal secundaria a bridas postoperatorias representa una de las principales causas de síndrome oclusivo en pacientes previamente intervenidos quirúrgicamente. Se estima que hasta el 60-70% de los casos de obstrucción intestinal del intestino delgado en adultos jóvenes se deben a adherencias, y de estos, un porcentaje considerable ocurre tras cirugías abdominales electivas aparentemente no complicadas. Las bridas constituyen formaciones fibrosas que resultan de un proceso inflamatorio peritoneal, generando como respuesta fisiopatológica a la manipulación quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, coágulos o procesos inflamatorios locales, y cuya evolución puede derivar en acodamientos, torsiones y estrechamientos del lumen intestinal con riesgo progresivo de isquemia y necrosis intestinal si no se aborda de manera oportuna^{1,2}.

1. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>
2. Universidad de los Andes, Facultad de medicina interna. Mérida, Venezuela. <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>
3. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>
4. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>
5. Universidad de Santander, Facultad de medicina interna. Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-0530-6642>
6. Servicio de cirugía general. Fundación Cardiovascular, Floridablanca, Colombia. <https://orcid.org/0009-0004-2444-4092>
7. Servicio de instrumentación quirúrgica. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0003-2477-1854>

✉ **Correspondencia:** Jorge Andrés Hernández Navas. Jorgeandreshernandez2017@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 05/11/2025 | Aceptado: 18/12/2025



Figura 1. Corte coronal de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, en fase portal, donde se identifica nivel de transición abrupto en el intestino delgado (círculo rojo), con asa intestinal colapsada distal y asas dilatadas proximales, hallazgo compatible con obstrucción mecánica de intestino delgado por brida fibrosa.

En los últimos años, el número de cirugías estéticas combinadas ha aumentado exponencialmente, particularmente en mujeres jóvenes sanas, quienes se someten a procedimientos múltiples en un solo acto quirúrgico como lipoescultura, abdominoplastia, mamoplastia de aumento y gluteoplastia con el fin de lograr resultados armónicos en el contorno corporal. A pesar de la percepción generalizada de seguridad, estas intervenciones no están exentas de complicaciones tempranas y tardías, algunas de las cuales pueden comprometer la vida. Si bien las complicaciones más frecuentemente descritas en cirugía plástica incluyen sangrado, infección, seromas, necrosis de tejidos blandos y tromboembolismo venoso, existen reportes cada vez más frecuentes de complicaciones viscerales incluyendo obstrucciones intestinales, íleo prolongado y perforaciones, en muchos casos subdiagnosticadas o atribuidas a procesos funcionales postoperatorios^{3,4}.

La identificación temprana de una obstrucción intestinal en el contexto de una paciente joven, previamente sana y en postoperatorio reciente de cirugía estética abdominal, constituye un desafío clínico considerable. La superposición de síntomas esperables en el postoperatorio (dolor, distensión, íleo transitorio) con signos sutiles de obstrucción funcional o mecánica puede retrasar el diagnóstico. Este retraso puede traducirse en complicaciones graves como estrangulación intestinal, sepsis abdominal o falla multiorgánica. El abordaje diagnóstico debe incluir una alta sospecha clínica, estudios de imágenes oportunos (tomografía computarizada con contraste) y una rápida valoración quirúrgica ante signos de obstrucción de alto grado o compromiso vascular intestinal⁵.

El presente caso expone la evolución clínica de una paciente femenina de 31 años con antecedente reciente



Figura 2. Corte coronal de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso. Se observan asas de intestino delgado dilatadas en disposición central con nivel de transición en pelvis, sugestivo de obstrucción intestinal por bridas. No se evidencian signos de isquemia, neumoperitoneo ni alteraciones murales al momento del estudio.

de cirugía estética combinada, quien presentó un cuadro de obstrucción intestinal secundaria a bridas pélvicas, confirmada por tomografía y manejada mediante laparotomía exploratoria. A través de este reporte, se busca discutir la fisiopatología, diagnóstico diferencial y abordaje quirúrgico de esta complicación infrecuente pero potencialmente letal en el contexto de procedimientos estéticos múltiples, así como reflexionar sobre la necesidad de establecer protocolos de vigilancia postoperatoria más rigurosos en esta población.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 31 años, previamente sana, sin antecedentes personales patológicos relevantes, quien ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de 36 a 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, intermitente inicialmente, que progresó a continuo, de intensidad moderada a severa, con localización predominante en hipogastrio. El dolor se asoció a distensión abdominal progresiva, náuseas persistentes, vómito alimentario y ausencia total de deposiciones y flatos. Como antecedente de relevancia, la paciente refirió haberse sometido a una cirugía estética múltiple (lipoescultura, abdominoplastia, gluteoplastia con transferencia grasa y mamoplastia de aumento) el 10 de mayo de 2025, en un centro privado, sin aportes de informes quirúrgicos ni detalles sobre técnica empleada.

Al examen clínico inicial se encontraba alerta, afebril, normotensa (TA 112/68 mmHg), con frecuencia cardíaca de 88 lpm y signos de deshidratación moderada. El examen abdominal reveló distensión marcada, do-



Figura 3. Imagen postoperatoria inmediata que muestra la región abdominal y pélvica de la paciente, con aplicación de sistema de cierre asistido por vacío (VAC) sobre la herida quirúrgica de laparotomía media infraumbilical extendida.

lor a la palpación profunda en mesogastrio e hipogastrio, timpanismo generalizado y disminución de ruidos hidroaéreos, sin datos de irritación peritoneal. La exploración ginecológica y rectal no evidenció hallazgos patológicos. En estudios de laboratorio se documentó leucocitosis ($14.700/\mu\text{l}$) con neutrofilia, proteína C reactiva elevada (21 mg/l), función renal y electrolitos conservados, y lactato sérico normal. Una radiografía simple de abdomen mostró múltiples niveles hidroaéreos en intestino delgado, patrón en pila de monedas y ausencia de gas distal. Dada la alta sospecha de obstrucción intestinal mecánica, se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste dual, que evidenció asas dilatadas de yeyuno e íleon proximal ($>3 \text{ cm}$), con nivel de transición abrupto en cavidad pélvica, sin signos de neumatosi, engrosamiento parietal, neumoperitoneo ni adenomegalias. Se identificó imagen sugestiva de brida fibrosa pélvica generando angulación y colapso distal, sin compromiso vascular evidente.

Ante el diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica secundaria a bridas postoperatorias, se instauró manejo conservador con reposo intestinal, fluidoterapia intensiva, corrección hidroelectrolítica, analgesia intravenosa y descompresión con sonda nasogástrica. Sin embargo, ante la persistencia de síntomas, aumento de la distensión y falta de tránsito intestinal a las 24 horas, se indicó laparotomía exploratoria urgente. Bajo anestesia general se realizó abordaje infraumbilical, encontrándose una banda fibrosa firme adherida al peritoneo pélvico posterior y traccionando un asa de yeyuno distal, generando angulación crítica y oclusión completa

del lumen. No se evidenció necrosis, isquemia ni perforación intestinal. Se realizó lisis adhesional cuidadosa, revisión sistemática de la cavidad peritoneal y lavado con solución salina. Dado el antecedente de cirugía estética extensa, compromiso de tejidos subcutáneos y riesgo de dehiscencia o infección de sitio quirúrgico, se indicó el uso de sistema de cierre asistido por vacío (VAC), con el fin de favorecer el cierre por segunda intención, evitar formación de seromas y facilitar el monitoreo postoperatorio.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente presentó reaparición de peristaltismo a las 48 horas, tolerancia progresiva a vía oral al tercer día y descenso progresivo de marcadores inflamatorios. No se presentaron complicaciones infecciosas ni signos de sepsis abdominal. El sistema VAC fue retirado al cuarto día con adecuada formación de tejido de granulación y sin colecciones. Se otorgó egreso hospitalario al quinto día posquirúrgico, con seguimiento ambulatorio por cirugía general y recomendaciones de restricción física, vigilancia nutricional y asesoría ginecoestética.

Este caso subraya la necesidad de una evaluación diagnóstica expedita en pacientes jóvenes con antecedentes de cirugía estética reciente, que presenten signos de obstrucción intestinal. Las bridas postquirúrgicas deben considerarse una causa potencial de oclusión intestinal, incluso en ausencia de laparotomías previas extensas. La integración del manejo quirúrgico oportuno con tecnologías de cierre avanzado como el sistema VAC puede optimizar el pronóstico y reducir complicaciones locales en contextos de alto riesgo de dehiscencia.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal por bridas postoperatorias constituye una causa relevante de morbilidad quirúrgica, particularmente en pacientes jóvenes con antecedentes de intervenciones abdominales recientes, como ocurre con el auge de los procedimientos estéticos combinados. En la literatura, se estima que hasta el 75% de las obstrucciones del intestino delgado de origen no neoplásico son secundarias a adherencias peritoneales, de las cuales una proporción significativa se desarrolla tras cirugías no viscerales, como la abdominoplastia y la lipoescultura, debido a la manipulación del plano fascial profundo y la inflamación serosa reactiva. Esta paciente de 31 años, previamente sana, representa un paradigma emergente en el contexto quirúrgico contemporáneo: individuos jóvenes, sin comorbilidades, que desarrollan complicaciones graves tras procedimientos considerados electivos y mínimamente invasivos^{6,7}.

Desde un enfoque clínico, el retraso en la consulta por el carácter inicialmente insidioso del dolor, sumado a la ausencia de signos peritoneales francos, exige un alto

índice de sospecha. La tomografía axial computarizada con contraste oral e intravenoso sigue siendo la herramienta diagnóstica más sensible para la identificación de los sitios de transición, signos de compromiso vascular y diferenciación entre etiologías obstructivas mecánicas versus funcionales. En este caso, el hallazgo de una brida única con punto fijo de angulación yeyunal en la pelvis permitió una rápida decisión quirúrgica, evitando así complicaciones mayores como necrosis, perforación o peritonitis⁸.

Durante la laparotomía, la identificación de una banda fibrosa aislada responsable de la obstrucción permitió una resolución anatómica precisa mediante lisis adhesional sin requerir resección intestinal. Sin embargo, dada la distensión significativa de las asas y la posibilidad de contaminación peritoneal secundaria a estasis prolongada del contenido intestinal, se decidió emplear el sistema de cierre asistido por vacío (VAC) como parte de la estrategia de control del sitio operatorio. El sistema VAC, basado en la aplicación de presión negativa continua o intermitente, ha demostrado en múltiples estudios su capacidad para modular la respuesta inflamatoria local, reducir la colonización bacteriana, estimular la perfusión tisular y acelerar la cicatrización por

segunda intención. Su uso profiláctico en cirugía abierta de abdomen ha sido especialmente útil en pacientes con riesgo de dehiscencia, sobre todo cuando coexisten factores como edema tisular, campo contaminado o necesidad de monitoreo del lecho quirúrgico^{9,10}.

CONCLUSIÓN

El presente caso resalta la importancia de reconocer tempranamente la obstrucción intestinal como una complicación posoperatoria potencial en cirugías estéticas, subrayando el valor del abordaje quirúrgico oportuno y de tecnologías adyuvantes como el VAC para mejorar el pronóstico posquirúrgico. Asimismo, destaca la necesidad de mayor vigilancia médica en el posoperatorio de procedimientos estéticos mayores, especialmente cuando estos son realizados en centros no institucionales sin continuidad de la atención perioperatoria⁸⁻¹⁰.

Consentimiento informado: Para la elaboración del presente caso clínico se contó con el consentimiento informado del paciente con fines académicos.

Financiación: Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

- Mu J-F, Wang Q, Wang S-D, Wang C, Song J-X, Jiang J, et al. Clinical factors associated with intestinal strangulating obstruction and recurrence in adhesive small bowel obstruction: A retrospective study of 288 cases: A retrospective study of 288 cases. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;97(34):e12011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000012011>.
- Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal obstruction: Evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2018;98(6):362-7.
- Moris D, Chakedis J, Rahnamai-Azar AA, Wilson A, Hennessy MM, Athanasiou A, et al. Postoperative abdominal adhesions: Clinical significance and advances in prevention and management. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2017;21(10):1713-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-017-3488-9>.
- Strik C, Stommel MWJ, Schipper LJ, van Goor H, Ten Broek RPG. Long-term impact of adhesions on bowel obstruction. *Surgery* [Internet]. 2016;159(5):1351-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2015.11.016>.
- Gumán-Valdivia-Gómez G, Tena-Betancourt E, de Alva-Coria PM. Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. *Cir Cir* [Internet]. 2019 [citado el 4 de julio de 2025];87(6):698-703. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2019000600698
- tenBroek RPG, Issa Y, van Santbrink EJP, Bouvy ND, Kruitwagen RFFM, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ* [Internet]. 2013;347(oct031):f5588. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5588>.
- Batacchi S, Matano S, Nella A, Zagli G, Bonizzoli M, Pasquini A, et al. Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Crit Care* [Internet]. 2009;13(6):R194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/cc8193>.
- Heller L, Levin SL, Butler CE. Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. *Am J Surg* [Internet]. 2006;191(2):165-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.09.003>.
- Subramonia S, Pankhurst S, Rowlands BJ, Lobo DN. Vacuum-assisted closure of postoperative abdominal wounds: a prospective study. *World J Surg* [Internet]. 2009;33(5):931-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-009-9947-z>.
- Pauniah S-L, Costa J, Boken C, Turnock R, Baillie CT. Vacuum drainage in the management of complicated abdominal wound dehiscence in children. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2009;44(9):1736-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2009.01.009>.