

Tratamiento laparoscópico del dolor abdominal de origen adherencial

J.C. Ruiz de Adana, J. López Herrero, M. Moya, M.A. Delgado, M. Martínez Prieto, J. García Septiem, A. Hernández Oaknin y M. Moreno Azcoita

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Resumen

Objetivo. Analizar la eficacia a medio-largo plazo de la adhesiolisis laparoscópica en el tratamiento del dolor abdominal de origen adherencial.

Pacientes y métodos. Estudio experimental sin asignación aleatoria antes-después. Se incluyeron aquellos pacientes con antecedentes de una laparotomía que referían dolor abdominal crónico durante más de 6 meses, sin evidencia de una enfermedad orgánica de origen ginecológico, urológico o digestivo. Se excluyeron los pacientes con episodios de suboclusión intestinal o cuando el seguimiento fue inferior a 6 meses. La evaluación del dolor se realizó según la Escala Verbal Analógica de la Organización Mundial del Dolor.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes. La intensidad de dolor preoperatorio fue de 8,3 (rango, 6-10), y tras la adhesiolisis de 3,9 (rango, 0-10), con un decremento medio de la intensidad del dolor de 4,7 (IC del 95%, 3-6); ($p < 0,0001$). Un 64% estaban muy satisfechos con el procedimiento. El seguimiento ambulatorio medio fue de 32 meses.

Conclusión. Dos de cada tres pacientes con dolor abdominal crónico y con antecedentes de laparotomía mejoran clínicamente tras la adhesiolisis laparoscópica. Esta técnica disminuye la intensidad del dolor y reduce la tasa de recurrencias a medio-largo plazo, aunque sólo se debe indicar tras una exhaustiva evaluación preoperatoria.

Palabras clave: Lisis. Adherencias. Bridas. Laparoscopia.

(Cir Esp 2001; 70: 13-15)

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ABDOMINAL PAIN DUE TO ADHESIONS

Aim. To analyze the medium-term efficacy of laparoscopic adhesiolysis in the treatment of abdominal pain due to adhesions.

Patients and methods. Experimental study without before-and-after randomization. Patients with laparoscopic antecedents and chronic abdominal pain of 6 months' duration and no evidence of gynecologic, urologic or gastrointestinal disease were included in the study. Patients presenting episodes of intestinal subocclusion and those followed up for less than 6 months were excluded. Pain evaluation was carried out according to the World Health Organization's Verbal Analog Scale.

Results. Thirty patients were included. Pain intensity was 8.3 (6-10) prior to adhesiolysis and was 3.9 (0-10) after adhesiolysis. The mean decrease in pain intensity was 4.7 (95% CI: 3-6) ($p < 0.0001$). Sixty-four percent of the patients were highly satisfied with the procedure. Mean outpatient follow-up was 32 months.

Conclusions. Two out of three patients with chronic abdominal pain and laparoscopic antecedents showed clinical improvement after laparoscopic adhesiolysis. This technique reduces pain intensity and recurrence rate in the medium-to-long term but is only indicated after exhaustive preoperative evaluation.

Key words: Lysis. Adhesions. Bridles. Laparoscopy.

Introducción

Las adherencias postoperatorias son causa de dolor abdominal cronicorrecurrente que motiva múltiples pruebas complementarias y repetidos ingresos hospitalarios. En algunas series representan el 1% de los ingresos y el 3,3% de las laparotomías realizadas por los servicios de cirugía¹.

Correspondencia: Dr. J.C. Ruiz de Adana.
Avda. Europa, 4. 28224 Pozuelo. Madrid.

Aceptado para su publicación en enero de 2001.

Algunos autores han utilizado la laparoscopia para el tratamiento de estos pacientes con buenos resultados y baja morbilidad postoperatoria²⁻⁶. El objetivo de este estudio prospectivo es analizar la eficacia a largo plazo de la adhesiolisis laparoscópica (AL) en el tratamiento del dolor abdominal de origen adherencial.

Pacientes y métodos

El diseño del estudio fue experimental, sin asignación aleatoria antes-después. El estudio se inició en 1995 y finalizó en 1999.

Se incluyeron aquellos pacientes con antecedentes de una laparotomía que referían dolor abdominal crónico durante un período superior a 6 meses. Esta sintomatología también podía presentarse en forma de episodios subagudos que tenían una duración inferior a 48 h y que cedían con dieta líquida, analgésicos y espasmolíticos. En la fase intercurrente o paucisintomática, los pacientes se remitían al servicio de aparato digestivo para descartar la presencia de una enfermedad orgánica de origen ginecológico, urológico o digestivo.

El protocolo diagnóstico está coordinado por una especialista en gastroenterología (M.M.), e incluye: evaluación clínica, analítica, radiología simple y ecografía abdominal. Según la localización y las características del dolor se valoraba la realización de una endoscopia digestiva alta o un estudio baritado intestinal (tránsito y/o enema opaco). La ecografía abdominal permitió visualizar, además de los órganos digestivos, el riñón, el aparato excretor, la vejiga y, en su caso, anejos y útero. Según los hallazgos, los pacientes fueron evaluados por el urólogo y el ginecólogo.

Cuando no se observaron signos patológicos, la especialista de aparato digestivo programó una laparoscopia con anestesia local mediante un trocar único infraumbilical para la introducción de la óptica. Cuando la exploración revelaba la existencia de bridas firmes que al traccionarlas o movilizarlas se desencadenaba o reproducía el episodio doloroso, se establecía el diagnóstico de síndrome adherencial. El paciente se enviaba al servicio de cirugía general para programar una AL. Todos aceptaron por escrito su inclusión en el estudio.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con episodios de suboclusión intestinal con evidencia de bridas que estenosaban o englobaban asas de intestino delgado durante la laparoscopia o el estudio baritado. También se excluyeron los pacientes tratados mediante AL, con un seguimiento ambulatorio postoperatorio inferior a 6 meses.

La AL se realizó en quirófano abordando la cavidad peritoneal por minilaparotomía periumbilical o por aguja de Veress, en el cuadrante más alejado de la cicatriz de la laparotomía previa; se accedió a la cavidad peritoneal mediante un trocar óptico (Visiport-Autosuture®). Tras la exploración de la cavidad, se introdujeron uno o 2 trocates accesorios para practicar la AL mediante tracción y corte con tijera o bisturí eléctrico. La tolerancia oral comenzó a las 6 h de la intervención.

El seguimiento postoperatorio se realizó mediante revisiones clínicas ambulatorias cada trimestre durante el primer año, cada semestre durante el segundo año y después mediante entrevistas telefónicas anuales.

La evaluación del dolor se realizó según la Escala Verbal Analógica (EVA)⁷ de la Organización Mundial del Dolor (IASP) que varía entre 0 (mínimo dolor) y 10 (máximo dolor). Se consideró como el "valor preoperatorio" el previo a la intervención. Como "valor postoperatorio" se consideró el referido por el paciente en la última revisión ambulatoria o telefónica. En esa revisión también se valoró el grado de satisfacción preguntando si repetirían o aconsejarían este procedimiento para alivio de sus síntomas.

Se realizó un test de la t para muestras apareadas mediante el programa estadístico SPSS. Se calculó el intervalo de confianza IC del 95%. Se consideró significativo un valor de p inferior a 0,05%.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes con una edad media de 47 años (rango, 18-78). El 87% eran mujeres. Todos, excepto en un caso, tenían antecedentes de laparotomía, 20 en el hemiabdomen inferior y 9 en el superior. La sintomatología asociada más frecuente fueron los vómitos

(14%) y las alteraciones del tránsito intestinal (10%).

La AL se realizó con anestesia general en el 97% de los casos. El abordaje de la cavidad se hizo mediante minilaparotomía con trocar de Hasson (73%). En los restantes, operados durante el último año del estudio, se utilizó la aguja de Veress (27%) y a continuación un trocar óptico. Todos los pacientes, excepto uno, tenían bridas desde la pared abdominal hasta las asas o el epiplón. Las bridas fueron traccionadas, disecadas y cortadas mediante bisturí eléctrico o tijeras. Además, una paciente tenía un quiste de ovario, que fue defenestrado, y otra un varicocele. Ningún caso fue reconvertido. La duración media de la cirugía fue de 50 min (rango, 15-100).

La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 1,5 días (rango, 0-14). No hubo mortalidad. La complicación más frecuente fue el dolor abdominal persistente (16%) durante 12-24 h que cedió con analgesia convencional. Hubo una perforación intestinal que se diagnosticó a las 48 h de la AL y se trató con resección intestinal.

Según la EVA, la intensidad del dolor preoperatorio fue de 8,3 (rango, 6-10), y tras la AL de 3,9 (rango, 0-10) con un decremento medio de la intensidad del dolor de 4,7 (IC del 95%, 3-6). Esta diferencia alcanzó significación estadística ($p < 0,0001$). Un 64% de los pacientes (19 casos) estaban muy satisfechos con el procedimiento. En este subgrupo de pacientes, la intensidad del dolor preoperatorio fue de 8,3 y el postoperatorio de 1,5, con un decremento medio de 7 (IC del 95%, 6-8). Esta diferencia alcanzó significación estadística ($p < 0,0001$). El seguimiento ambulatorio medio fue de 32 meses (rango, 6-84).

Discusión

En este estudio prospectivo hemos comprobado que la AL a medio-largo plazo, reduce significativamente el dolor abdominal crónico y/o recurrente en dos de cada 3 pacientes con antecedentes de una laparotomía y sin evidencia de otra enfermedad orgánica.

Los autores quieren destacar los criterios estrictos de selección, ya que en todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica abierta se puede observar algún proceso adherencial. Por este motivo, sólo se han incluido aquellos pacientes con dolor persistente durante un período superior a 6 meses, con negatividad en las pruebas complementarias endoscópicas y radiológicas y con confirmación previa de un proceso adherencial "doloroso". En este sentido hay que destacar la colaboración del servicio de aparato digestivo en la detección de otras enfermedades orgánicas y en la exploración laparoscópica previa que, llevada a cabo con anestesia local, permite comprobar la asociación o el desencadenamiento del dolor con la manipulación de las bridas. Este estricto protocolo diagnóstico asegura que el tratamiento laparoscópico se aplique sólo cuando se establece una fuerte asociación entre el proceso adherencial y el cuadro doloroso. Sólo en dos pacientes se encontraron otros hallazgos asociados al proceso adherencial que no fueron diagnosticados en el estudio preoperatorio.

Las adherencias postoperatorias son la causa principal de obstrucción intestinal en el mundo occidental. El trata-

miento conservador o la cirugía abierta provocan la recurrencia del cuadro obstructivo en un 8-32% de los casos¹. En este estudio experimental se excluyeron los pacientes con episodios de suboclusión intestinal por bridas. En estos casos, la AL está indicada, ya que consigue la liberación de las asas englobadas y la resolución de la sintomatología obstructiva con escasa morbilidad y baja tasa de recurrencia²⁻⁴.

La evaluación del dolor se realizó según la EVA de la IASP. Para comprobar la eficacia de la AL a medio-largo plazo sólo se incluyeron los pacientes tratados que tenían un seguimiento ambulatorio superior a 6 meses. Los autores también quieren destacar la duración del seguimiento medio que fue, aproximadamente, de 3 años y que se ha evaluado la intensidad del dolor postoperatorio referida en la última revisión clínica.

Hay algunas series publicadas en la literatura médica sobre el tratamiento laparoscópico del dolor abdominal crónico de origen adherencial. Hallfeldt et al⁵ refieren una mejoría en el 87% de los pacientes. Mueller et al³, en una serie de 45 pacientes, señalan también que en el 81% de los casos la técnica había sido beneficiosa y que el 97% repetirían o aconsejarían el procedimiento. Por último, Freys et al⁶ tratan a 58 pacientes, consiguiendo una remisión completa de los síntomas en el 45% de los casos y una mejoría importante en el 35%. En nuestra serie, el alivio sintomático fue inferior probablemente por los criterios estrictos de selección y la exclusión de pacientes con un seguimiento postoperatorio corto.

El abordaje del abdomen debe realizarse con una técnica abierta para evitar el riesgo de perforación intestinal que Bailey et al⁴ cifran en el 3,7%. En nuestra serie hemos utilizado más frecuentemente el trocar de Hasson, pero a medida que la experiencia ha sido mayor hemos utilizado, con excelentes resultados, la aguja de Veress para el neumoperitoneo y, a continuación, un trocar con visión directa de la pared abdominal por el cuadrante más alejado a la cicatriz laparotómica previa, ya que la mayoría de las bridas están en relación con el cuadrante afectado.

La AL debe ser meticulosa evitando la manipulación in-

necesaria de las asas intestinales y la formación de nuevas adherencias⁴. Las bridas deben traccionarse adecuadamente antes de ser cortadas comprobando siempre la integridad de la pared intestinal. En casos dudosos hay que exteriorizar el segmento afectado por uno de los orificios de los trocares o por la minilaparotomía de acceso, para comprobar o reparar el defecto provocado.

Durante la AL hay que extirpar, cuando las adherencias son firmes o las asas están íntimamente adheridas a la pared, una pastilla o parche del peritoneo parietal para liberar el asa adherida. Creemos que esta maniobra o la quemadura excesiva del peritoneo por el electrocauterio pueden explicar el intenso dolor observado en las primeras 48 h del postoperatorio en algunos pacientes. En estos casos el seguimiento debe ser muy intenso para descartar la existencia de una perforación asociada que, en su caso, debe ser tratada de forma inmediata.

En conclusión, dos de cada tres pacientes con dolor abdominal crónico y con antecedentes de laparotomía mejoran clínicamente tras la AL. Esta técnica disminuye la intensidad del dolor y reduce la tasa de recurrencias a medio-largo plazo. Sin embargo, sólo se debe indicar tras una exhaustiva y prolongada evaluación preoperatoria.

Bibliografía

1. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg* 1997; 163: 5-9.
2. Ramia JM, Pardo R, Padilla D, López A, Cubo T, Hernández Calvo J. Adhesiolisis laparoscópica. *Cir Esp* 1999; 66: 546-548.
3. Mueller MD, Tschudi J, Hermann U, Klaiber C. An evaluation of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain. *Surg Endoscop* 1995; 9: 802-804.
4. Bailey IS, Rhodes M, O'Rourke N, Nathanson L, Fielding G. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. *Br J Surg* 1998; 85: 84-87.
5. Hallfeldt KK, Kantelhardt T, Waldner H, Schweiberer L. Laparoscopic adhesiolysis in therapy of chronic abdominal pain. *Zentrabl Chir* 1995; 120: 387-391.
6. Freys SM, Fuchs KH, Heimbucher J, Thiede A. Laparoscopic adhe-