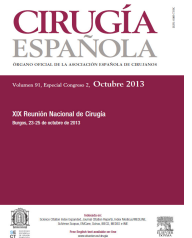




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-076 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

E. Romera Barba, S. Gálvez Pastor, I. Navarro García, F.J. Espinosa López, A. Sánchez Pérez, J. Castañer Ramón-Llín, A. García López, N. Torregrosa Pérez, M. Carrasco Prats, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La obstrucción de intestino delgado (OID) es una de las emergencias quirúrgicas más comunes, siendo las adherencias postoperatorias la etiología más frecuente (65%). Tradicionalmente se ha considerado una contraindicación para el abordaje laparoscópico, ya que la propia distensión de las asas limita el campo de trabajo y su fragilidad aumenta el riesgo de lesión intestinal. Sin embargo, la mejora de las técnicas laparoscópicas ha motivado que se plantee este abordaje debido a las ventajas observadas en casos seleccionados.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes mujeres de 45 y 48 años que consultaron en urgencias por dolor abdominal de tipo cólico de 24 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos. El primer caso no presentaba antecedentes de interés mientras que la segunda había sido intervenida por piosalpinx derecho, realizándose salpinguectomía por laparoscopia. La radiografía mostraba distensión de asas de intestino delgado, y el TC abdominal informó de dilatación de intestino delgado con transición de calibre y ?signo de remolino? por torsión de vasos mesentéricos. Se realizó laparoscopia con trócar de Hasson umbilical y 2 trócares de 5 mm en ambos hipocondrios, hallando obstrucción intestinal por brida a nivel de íleon terminal en ambos casos. Tras seccionar la brida y comprobar la viabilidad de las asas, se revisó el resto de la cavidad sin apreciar hallazgos patológicos. Las pacientes iniciaron tolerancia a las 48h, siendo alta al 4º día postoperatorio.

Discusión: La causa más frecuente de OID son las bridas y adherencias postoperatorias. El tratamiento quirúrgico se basa en la laparotomía, cuyo objetivo es resolver la obstrucción y prevenir la recurrencia. Aunque tradicionalmente la laparoscopia se ha contraindicado en estos casos, los buenos resultados de diferentes series, con éxitos de hasta el 87%, apoyan esta indicación, especialmente en casos seleccionados. El abordaje laparoscópico aporta algunas ventajas: diagnostica el origen de la oclusión y permite decidir el mejor tratamiento, reduce las complicaciones de la herida quirúrgica y el tiempo de hospitalización. Además, la laparoscopia supone una menor agresión quirúrgica, sobre todo por el menor tamaño de la herida, lo que podría reducir la tasa de formación de adherencias y, por tanto, el índice de recurrencia de la oclusión a largo plazo. Sin embargo, la propia distensión de las asas intestinales limita la visión laparoscópica, reduce el campo de trabajo, dificulta la movilización de éstas y aumenta la posibilidad de lesión intestinal durante el acceso y las maniobras de disección. Por este motivo no se puede efectuar una recomendación sistemática. Se debe realizar una adecuada selección de los pacientes y el cirujano debe poseer capacitación y experiencia en técnica laparoscópica y disponer de tecnología e instrumentos apropiados. Pacientes sin antecedentes quirúrgicos que presentan una oclusión aguda sin diagnóstico etiológico claro, bridas aisladas o adherencias

laxas, serían los candidatos ideales para este tipo de abordaje. El abordaje laparoscópico es una alternativa eficaz para tratar una oclusión de intestino delgado en pacientes seleccionados, dados sus buenos resultados terapéuticos y su baja morbilidad. No obstante, la complejidad técnica del procedimiento en determinados casos de oclusión impide su recomendación sistemática.