



## OR-290 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ADHERENCIAL, ¿EMPEZAMOS POR LAPAROSCOPIA?

Hidalgo Pinilla, María; Calvo Fernández, Marta; Ortega, Natalia; Etxabe Gurrutxaga, Josune; Fernández Pablos, Francisco Javier; Vicente Rodríguez, Irune; del Pozo Andrés, Eneko; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

### Resumen

**Introducción:** El papel de la laparoscopia en la obstrucción intestinal aún resulta controvertido. No obstante, podría ofrecer beneficios tales como la disminución de complicaciones inherentes a la cirugía abierta (íleo paralítico, infección de herida, eventración...), disminución del tiempo hasta la restauración del tránsito intestinal y disminución de la estancia hospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de las adhesiolisis laparoscópicas realizadas en nuestro centro desde enero de 2014 a enero de 2022. Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de obstrucción intestinal aguda adherencial (TAC) y con abordaje laparoscópico inicial. Nuestro objetivo: evaluar los resultados en nuestro centro.

**Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes (H 52,11%: M 47,89%), con una edad media de 67,88 años. El 35,21% sin antecedentes de cirugía abdominal previa. El tiempo medio hasta la cirugía fue de 0,95 días. Las indicaciones de cirugía fueron: signos radiológicos de sufrimiento intestinal (54,93%) y fracaso del tratamiento conservador (43,67%). La tasa de conversión a cirugía abierta fue de 33,8%, siendo las principales causas por orden: dificultad técnica, hallazgo intraoperatorio de perforación, necesidad de resección intestinal y perforación yatrógena. La tasa de resección intestinal en pacientes con conversión a cirugía abierta fue del 50%. Ninguna resección fue realizada por abordaje laparoscópico. El tiempo medio hasta recuperación del tránsito intestinal fue de 2,61 días para las adhesiolisis laparoscópicas y 4,08 días para las convertidas. La estancia hospitalaria posoperatoria media fue 3,89 días para las laparoscópicas y 9,08 días para las convertidas. En cuanto a la tasa de complicaciones, 5 pacientes sufrieron una complicación Clavien-Dindo ? 3, todos en el grupo de cirugía convertida. 1 paciente falleció por isquemia masiva. Ningún paciente con cirugía laparoscópica desarrolló eventración o evisceración durante el posoperatorio y seguimiento posterior. En el grupo con cirugía reconvertida: 3 pacientes desarrollaron eventración y 1 evisceración contenida que precisó reintervención. 4 pacientes presentaron infección de herida quirúrgica (3 del grupo de cirugía reconvertida).

Abordaje	N (%)	Recuperación tránsito(días)*	Estancia media (días)
Laparoscópico	47 (66,2)	2,61	3,89

Conversión	24 (33,8)	4,08	9,08
Con resección intestinal	12 (50)	4,67	5,08
Sin resección intestinal	12 (50)	3,45	13,08
Dificultad técnica	11 (45,83)		
Isquemia/necesidad resección	3 (12,5)		
Hallazgo i.o. de perforación	7 (29,17)		
Perforación iatrogénica	2 (8,33)		
No especificado	1 (4,17)		
Total	71	2,96	5,65
Clavien-Dindo		N (%)	
3a-3b		3 (4,23)	
4a-4b		1 (1,4)	
5		1 (1,4)	
Total		5 (7,04%)	

**Conclusiones:** En nuestra revisión, los pacientes sometidos a adhesiolisis laparoscópica tuvieron una recuperación del tránsito intestinal más rápida, menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones en comparación con los pacientes con cirugía convertida. Los pacientes con hallazgo intraoperatorio de perforación y la perforación yatrogénica tuvieron peor curso posoperatorio. Resulta imprescindible realizar una adecuada selección preoperatoria de los mismos, valorar un abordaje abierto inicial en caso de sospechar una perforación intestinal y no dudar en convertir a cirugía abierto en caso de dificultad técnica con riesgo de lesión yatrógena. Podemos concluir que la adhesiolisis laparoscópica, en manos expertas, parece una opción segura en el manejo de las obstrucciones intestinales agudas.