



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-175 - RESULTADOS DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA NO ONCOLÓGICA

Alonso Batanero, Ester<sup>1</sup>; Rodicio Miravalles, Jose Luis<sup>1</sup>; Cifrián Canales, Isabel<sup>1</sup>; Fernández Arias, Sebastián<sup>1</sup>; Fernández Hevia, María<sup>1</sup>; Alonso Batanero, Sara<sup>2</sup>; Sanz Álvarez, Lourdes<sup>1</sup>; Granero Trancón, José Electo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; <sup>2</sup>Hospital el Bierzo, Ponferrada.

### Resumen

**Objetivos:** Pese a los resultados de diferentes estudios en cuando a la seguridad, la eficacia y los beneficios del abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal aguda, la laparotomía sigue siendo el abordaje más frecuente.

**Métodos:** Estudio retrospectivo desde el 1 de julio del 2012 hasta el 1 de julio del 2020 en el que se incluyeron 31 pacientes con obstrucción intestinal aguda de origen no oncológico en los que el abordaje inicial fue laparoscópico. A todos los pacientes se les realizó un TC abdómino-pélvico previo a la cirugía. Se consideró conversión cualquier laparotomía de asistencia.

**Resultados:** Se intervinieron 31 pacientes con una edad media de  $59,9 \pm 16,6$  años. Un 64,5% fueron mujeres. Un 67,7% habían sido intervenidos previamente de los que un 19,3% tenían 2 o más cirugías. La laparotomía media y el Pfannenstiel fueron los tipos de incisiones previas más frecuentes (6 casos en cada una de ellas) siendo el origen ginecológico la patología quirúrgica predisponente más frecuente. En un 64,5% de los casos el TC abdómino-pélvico describía una obstrucción intestinal por brida única con una distensión media de  $37,9 \pm 5,6$  mm. La media de duración de la cirugía, de estancia total y postoperatoria fue de  $82,1 \pm 47,6$  min,  $11 \pm 9,5$  días y  $8,2 \pm 9,2$  días. La conversión se produjo en 10 pacientes (tasa de conversión 32,3%) de los cuales 4 precisaron resección intestinal. Dos pacientes habían recibido radioterapia previamente condicionando en uno de ellos la conversión por este motivo. Diferenciamos a los pacientes en dos grupos: el grupo laparoscopia (GL) y grupo conversión (GC). La dilatación media descrita en el TC fue de  $39,9 \pm 4,6$  mm (mínimo 31 mm vs máximo 50 mm) vs  $33,8 \pm 5,7$  mm (mínimo 25 mm vs máximo 40 mm); el tiempo medio de duración de la cirugía fue de  $69,1 \pm 44,9$  min vs  $109,3 \pm 43,1$  min; la mediana de la estancia total y estancia postoperatoria en días fue de  $8 \pm 11,2$  vs  $9 \pm 4,9$  y  $6 \pm 11,1$  vs  $6 \pm 2,4$  respectivamente. En el GL se indicó la cirugía en las primeras 24h en un 52,4% frente al 40% en el GC. En ambos grupos se reinició la tolerancia oral en las primeras 48-72h en la mayoría de los casos. No existen claras diferencias entre grupos si bien el GL tiene ligeramente mejores resultados. Un 66,7% del GL no presentaron ninguna complicación postoperatoria (Clavien Dindo 0) frente al 30% del GC. Sólo hubo un paciente con infección de herida perteneciente al GL. Hubo una complicación grave (Clavien Dindo III) en el GL. Una paciente que precisó de reintervención por torsión del meso sin necesidad de resección. La mediana de seguimiento es de 491 días (16,2 meses) en el que no se produjo ningún reingreso por obstrucción intestinal.

**Conclusiones:** La dilatación de asas no fue un factor determinante de conversión en nuestra serie, por lo que no recomendamos esta medida para optar por un abordaje abierto. El abordaje laparoscópico en nuestro centro es seguro y eficaz sin presentar ningún caso nuevo de obstrucción en el seguimiento.