



# Cirugía Española

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



## V-104 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NO ONCOLÓGICA. INDICACIONES Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Alonso Batanero, Ester<sup>1</sup>; Rodicio Miravalles, Jose Luis<sup>1</sup>; Cifrián Canales, Isabel<sup>1</sup>; Fernández Hevia, María<sup>1</sup>; Fernández Arias, Sebastián<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 amplios beneficios conocidos de la cirugía laparoscópica su uso en el manejo de la obstrucción intestinal sigue sin estar extendido. Con este vídeo describimos la técnica quirúrgica con el fin de facilitar su implementación.

**Métodos:** Mostramos una serie de vídeos que reflejan la estandarización de la técnica a seguir en nuestro centro para el abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal no oncológica. Diferenciamos dos grupos: pacientes seleccionados y pacientes con indicación relativa para el manejo inicial laparoscópico. En el primer grupo incluimos pacientes que presentan dilatación de asas 4 cm, los que han recibido radioterapia pélvica previamente o con más de 2 cirugías previas. La contraindicación absoluta sería la inestabilidad hemodinámica siendo la sospecha de peritonitis difusa y las adherencias densas contraindicaciones relativas.

**Resultados:** Con el fin de estandarizar la técnica describimos las siguientes recomendaciones. 1. TC abdomino-pélvico previo a la cirugía. 2. Paciente en posición americana o francesa en función del lugar de la obstrucción. 3. Neumoperitoneo con aguja de Veress evitando zonas con dilatación de asas. 4. Óptica de 30°. 5. Preferiblemente trócares en posición de apendicectomía laparoscópica (a nivel periumbilical 12 mm, fosa iliaca izquierda 12 mm e hipogastrio 5 mm). Primer trocar evitando zona de cicatriz previa. 6. Exploración de la cavidad abdominal en busca de adherencias, asas de intestino dilatadas, signos de isquemia y/o líquido de sufrimiento. 7. Identificación de la válvula ileocecal, manipulación de asas no dilatadas en dirección proximal hasta llegar al punto de obstrucción. 8. Uso de pinzas atraumáticas evitando manipular asas dilatadas y preferiblemente traccionando del meso. 9. Liberación de adherencias/bridas con tijera evitando los dispositivos eléctricos. 10. Revisión de la cavidad abdominal. Destacamos como factores de conversión la presencia de adherencias densas y/o difusas, la necesidad de resección intestinal y el riesgo de iatrogenia.

**Conclusiones:** La cirugía laparoscópica en el tratamiento de la obstrucción intestinal en pacientes seleccionados es una opción quirúrgica que debemos conocer y el estandarizar la técnica facilita su implementación.