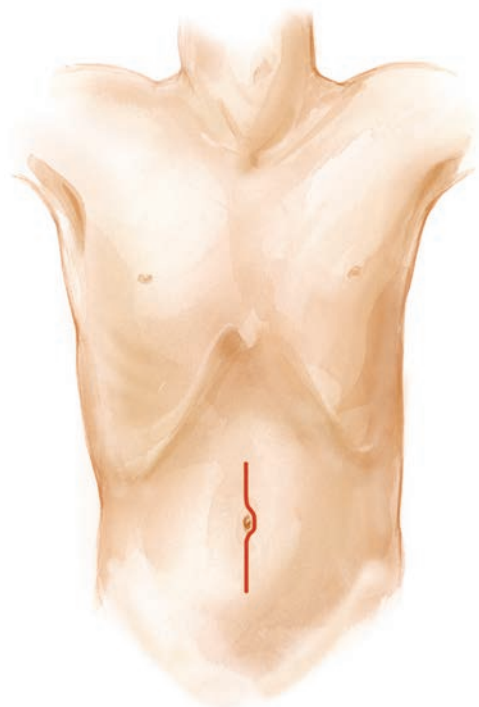


Laparotomía por obstrucción del intestino delgado

Indicaciones quirúrgicas

La laparotomía por obstrucción del intestino delgado sigue siendo uno de los procedimientos más comunes realizados por los cirujanos generales. Aunque algunos cirujanos defienden un abordaje laparoscópico, la mayoría de los pacientes con obstrucción del intestino delgado son abordados a través de una laparotomía mediana. En la actualidad, aproximadamente tres cuartos de todas las obstrucciones del intestino delgado son causadas por adherencias (bridas). Este es un cambio sustancial respecto de lo que ocurría a principios del siglo XX, cuando la etiología principal eran las hernias inguinales incarceradas (encarceladas). Otras causas de obstrucción del intestino delgado incluyen tumores de delgado, tumores metastásicos (en general por cáncer colorrectal), intususcepción (invaginación intestinal), bezoares, enfermedad de Crohn e íleo biliar. Casi el 50% de los pacientes con obstrucción del intestino delgado debida a adherencias requieren una laparotomía exploratoria. El resto se resuelven con una sonda nasogástrica y líquidos intravenosos. Si el paciente puede ser tratado apropiadamente mediante terapia no quirúrgica o no es una decisión que se basa en la experiencia. Los factores que juegan un papel importante en esta decisión incluyen la etiología sospechada de la obstrucción intestinal, la presencia de operaciones previas, si es una obstrucción completa o parcial, si

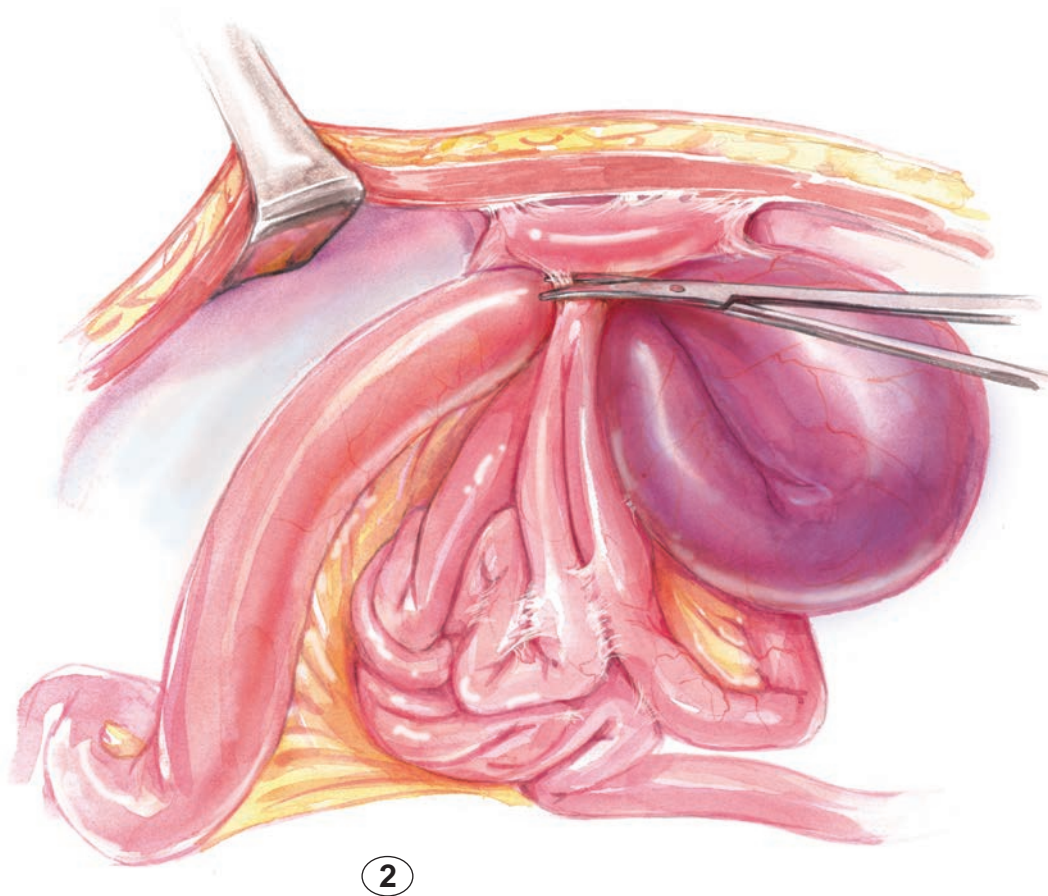
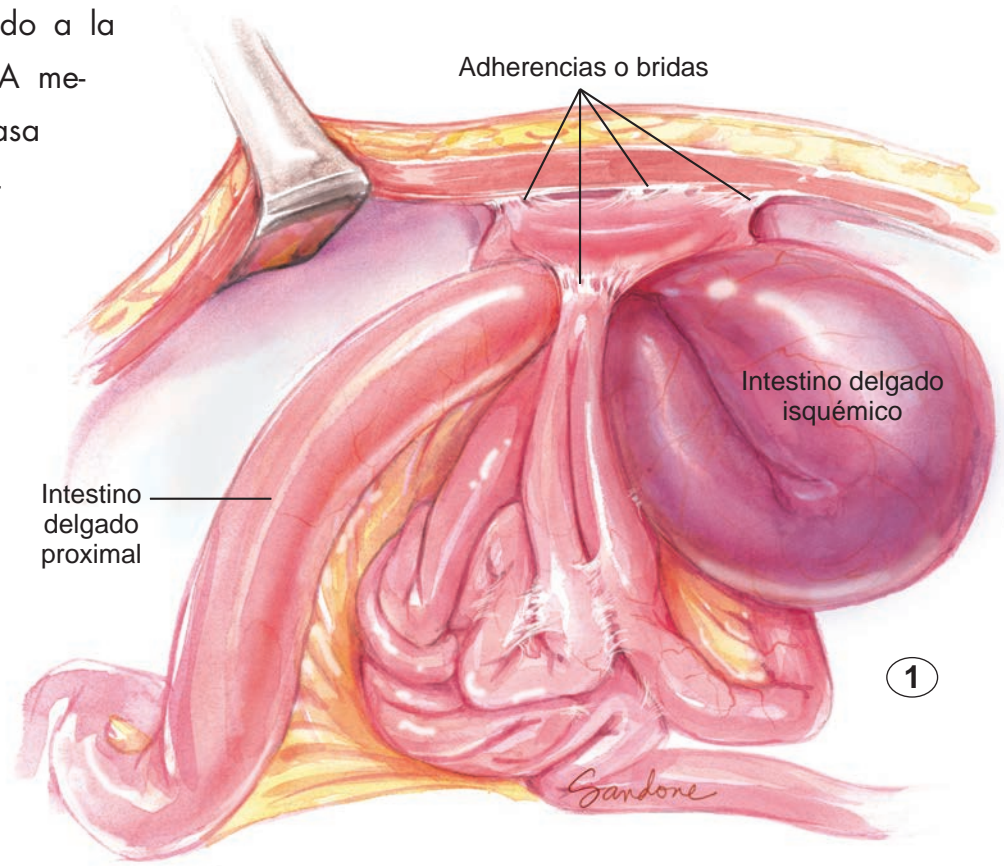
es la primera vez que ocurre o es una obstrucción recurrente y, más importante, la condición física del paciente. Si el paciente está afebril, con un abdomen blando sin dolor a la palpación y con un recuento de leucocitos normal, el tratamiento médico (no quirúrgico) puede ser apropiado. Sin embargo, la postergación inapropiada de la exploración de un paciente con una obstrucción del intestino delgado puede resultar en una estrangulación intestinal.



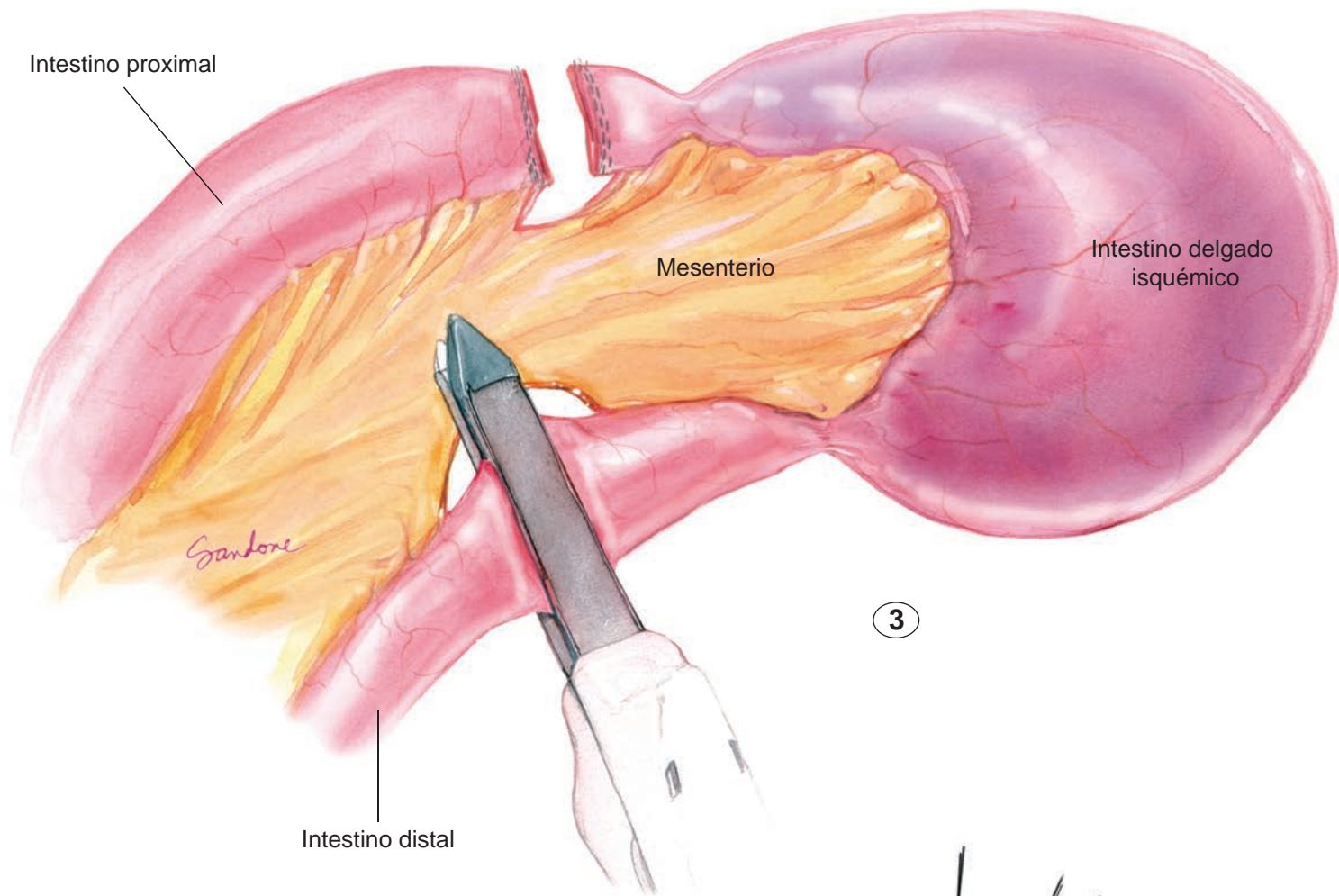
Técnica quirúrgica

Los pacientes con una obstrucción del intestino delgado se pueden explorar mejor a través de una incisión mediana. En general hay una incisión quirúrgica, y si se ingresa nuevamente a través de esa incisión mediana, se debe tener mucho cuidado de no lesionar el

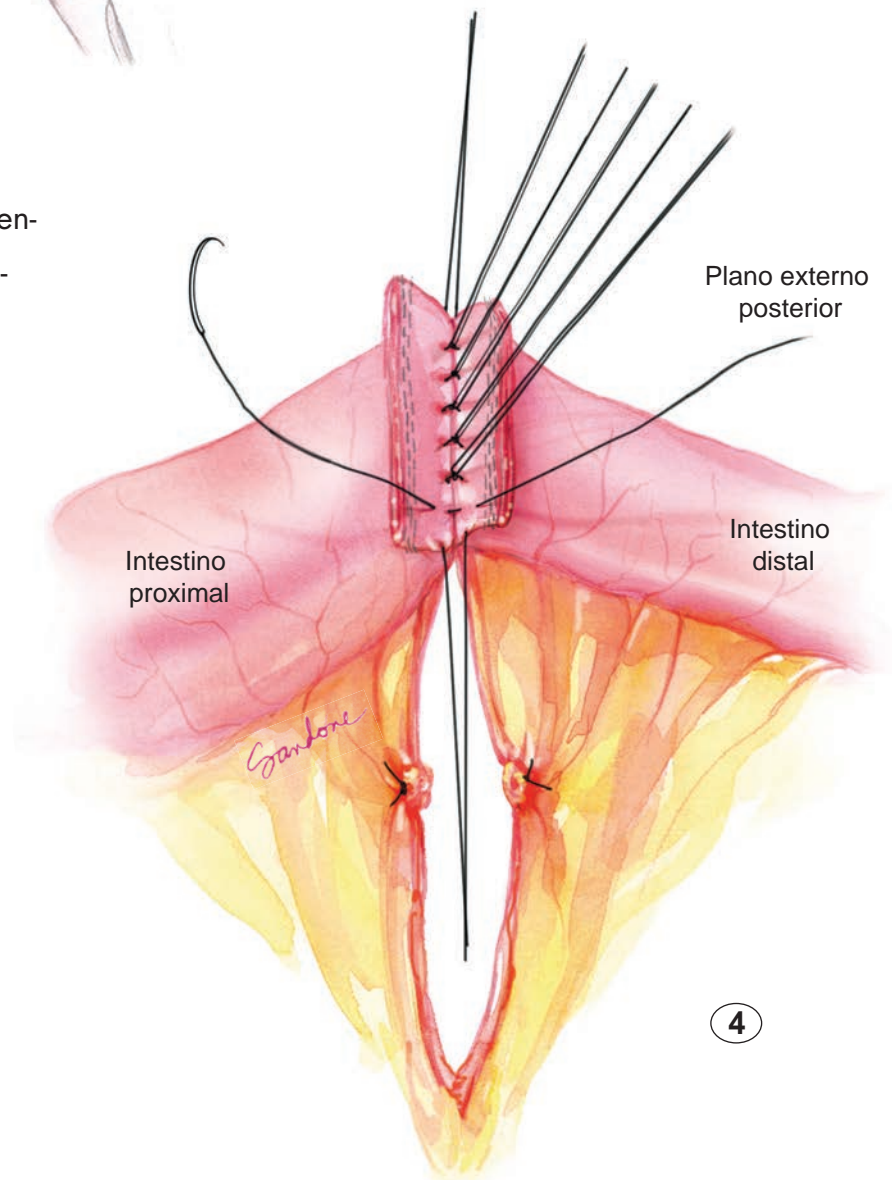
intestino que se encuentre adherido a la superficie interna del peritoneo. A menudo, como en la ilustración, un asa se encuentra adherida a la superficie interna de la incisión. Las adherencias (bridas) a esta asa intestinal pueden producir pequeñas ventanas a través de la cual otra asa intestinal se hernia, se estrangula, se produce isquemia o hasta necrosis (1).

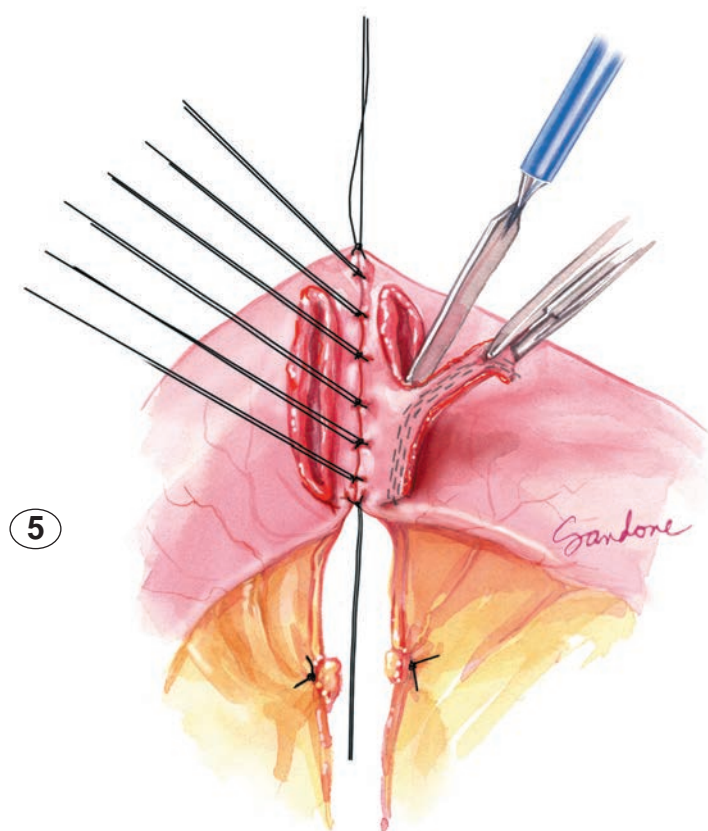


La lisis de tales adherencias debe realizarse con tijera o bisturí, y cuidando de no producir una enterotomía accidental (2). Se disecan las adherencias y se libera el intestino.

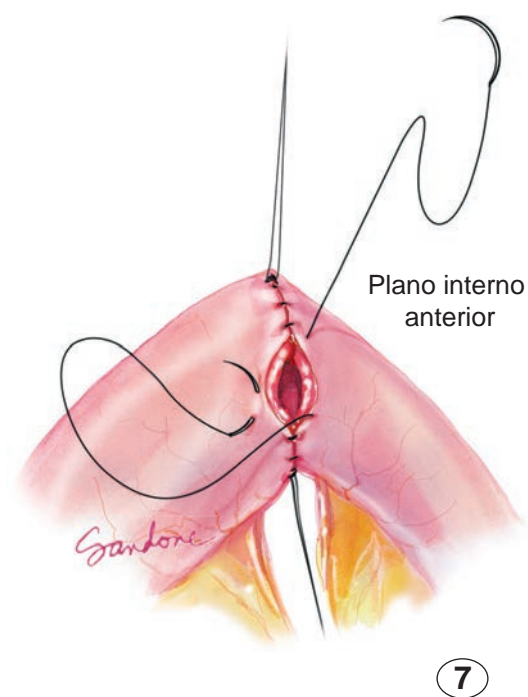
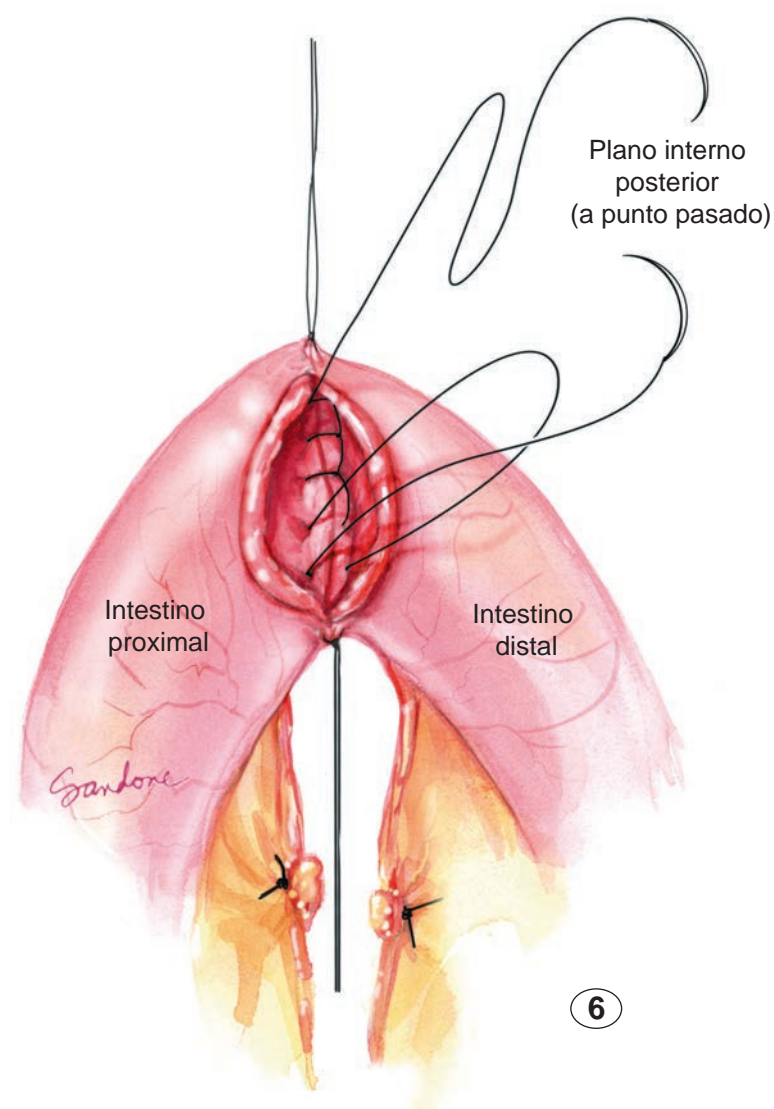


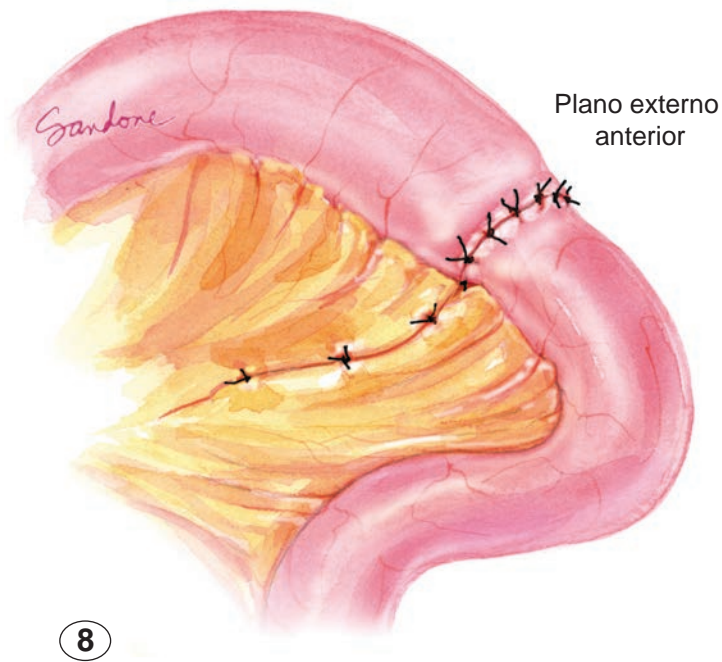
El intestino isquémico se reseca con una engrapadora lineal en las áreas proximal y distal al asa demarcada (3). En general un margen de 3 o 4 cm de intestino normal alcanza. Una vez seccionado el mesenterio del intestino necrótico entre pinzas de Kelly y ligado con seda 2-0, se realiza una anastomosis terminoterminal. Se confecciona una hilera externa de puntos separados de tipo Lembert con seda 3-0 (4).





Las líneas de grapas se resecan con electrocauterio (5). El plano interno posterior se confecciona con una sutura continua a punto pasado con material sintético reabsorbible (6), que pasa hacia adelante con técnica de Connell (7).





Luego se confecciona una hilera externa con puntos separados de tipo Lembert con seda 3-0. La brecha en el mesenterio se cierra con puntos separados o continuos (8). El abdomen se irriga con una solución con antibióticos y se cierra.

Es algo controvertido si lisar o no todas las adherencias en el abdomen, cuando son abundantes. La mayoría de los cirujanos creen que si las adherencias no provocan obstrucción no deben lisarse. En teoría, por cada adherencia lisada se forman dos más. Por lo tanto, se recomienda lisar solo las adherencias que provocan una obstrucción parcial o total.