

Guías de Bolonia de 2017 sobre el manejo de la obstrucción intestinal por adherencias (Sociedad mundial de las emergencias)

Autores:

Jose Manuel Rodríguez González. Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Paloma Sanz Muñoz. Cirugía General. Hospital Universitario de Getafe.

Nuria Torregrosa Pérez. Cirugía General. Hospital de Cartagena.

Revista original: Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. Autor (es): Richard P G Ten Broek, Pepijn Krielen, Salomone Di Saverio, Federico Coccolini, Walter L Biffi, Luca Ansaloni, George C Velmahos, Massimo Sartelli, Gustavo P Fraga, Michael D Kelly, Frederick A Moore, Andrew B Peitzman, Ari Leppaniemi, Ernest E Moore, Johannes Jeekel, Yoram Kluger, Michael Sugrue, Zsolt J Balogh, Cino Bendinelli, Ian Civil, Raul Coimbra, Mark De Moya, Paula Ferrada, Kenji Inaba, Rao Ivatury, Rifat Latifi, Jeffrey L Kashuk, Andrew W Kirkpatrick, Ron Maier, Sandro Rizoli, Boris Sakakushev, Thomas Scalea, Kjetil Søreide, Dieter Weber, Imtiaz Wani, Fikri M Abu-Zidan, Nicola De'Angelis, Frank Piscioneri, Joseph M Galante, Fausto Catena, Harry van Goor¹
World J Emerg Surg 2018 Jun 19; 13:24. Enlace revista original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946347/>

ABSTRACT

Este artículo presenta un resumen de las guías de Bolonia en cuanto al diagnóstico y al tratamiento basado en la evidencia de ASBO. (2018).

This article is a resume of Bologna Guidelines of Adhesive small bowel obstruction (ASBO).

ARTÍCULO

La guía fue escrita bajo los auspicios de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WJES) por el grupo de trabajo de ASBO. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura antes de la actualización de las guías para identificar nuevos artículos relevantes en epidemiología, diagnóstico, y tratamiento de ASBO. La literatura fue evaluada críticamente siguiendo los estándares de la medicina basada en la evidencia. Las recomendaciones finales fueron aprobadas por el grupo de trabajo, teniendo en cuenta el nivel de evidencia de las conclusiones.

Resumen de consensos:

El riesgo de SBO es más alto después de la cirugía colorrectal, ginecológica o pediátrica.

Uno de cada diez pacientes desarrolla al menos un episodio de SBO dentro de los 3 años posteriores a la colectomía.

Las reoperaciones para ASBO ocurren en entre 4.2 y 12,6% de pacientes después de pacientes de cirugía pediátrica, y 3,2% de pacientes colorrectales; El 12% de pacientes tratados de manera conservadora reingresan en el plazo de 1 año, subiendo al 20% después de 5 años.

El riesgo de recurrencia es ligeramente menor después del tratamiento quirúrgico: 8% después de 1 año y 16% después de 5 años.

ESPECIALIDADES:

Cirugía general

PALABRAS

CLAVES:

Adhesiones
Laparoscopia
Laparotomía
Obstrucción intestino delgado
Cirugía

KEYWORDS:

Adhesions
Laparoscopy
Laparotomy
Small bowel obstruction
Surgery

La clasificación de adherencias más utilizada en cirugía general es la puntuación de adhesión según Zühlke et al.

El sistema de clasificación más utilizado en cirugía ginecológica es la puntuación de la American Fertility Society (AFS).

Cirugía abierta vs laparoscópica: Hay algunas pruebas de que la incidencia de ASBO es menor después de la cirugía laparoscópica. Sin embargo, el efecto parece modesto al corregir el tipo y la indicación de la cirugía. Por lo tanto, la realización de cirugía (colorrectal) por laparoscopia no es una solución completa para prevenir el SBO adhesivo.

Barreras antiadherencias: Las barreras de adhesión se producen en varias formas: membranas sólidas, geles y líquidos y su eficacia se basa en que no interfieren activamente con la inflamación y la cicatrización de las heridas. Más bien, actúan como un espaciador que separa las superficies lesionadas del peritoneo, permitiendo que estas superficies se curen sin formar accesorios fibrinosos que eventualmente conducen a adherencias. Para lograr esta tarea, tales barreras deben ser idealmente inertes al sistema inmune humano y ser lentamente degradables. Las barreras de la adherencia pudieron también ser útiles para prevenir la recurrencia después del tratamiento quirúrgico de ASBO.

En la Tabla se ofrece una visión general de las barreras de adhesión de uso común y su eficacia.

Tabla 4. Métodos antibarrera

Producto	Marca comercial	Comentarios
Hialuronato de carboximetilcelulosa	Seprafilm®	Barrera solida más útil para cirugía abierta, aunque también descrito en cirugía laparoscópica. Hay estudios tanto en cirugía general como en ginecología. Disminuye la formación de adherencias, así como el riesgo de reoperacion por obstrucción de intestino delgado por adherencias. (riesgo relativo 0.49, 95% CI 0.28–0.88)
Celulosa oxidada regenerada	Interceed®	Barrera solida más útil para cirugía abierta. Estudiado solo en procedimientos ginecológicos. Disminuye la incidencia de formación de adherencias (riesgo relativo 0.51, 95% CI 0.31–0.865%). No hay estudios sobre el riesgo subsiguiente de ASBO. No recomienda usar este producto para prevenir ASBO en cirugía general.
Icodextrin	Adept®	Barrera antiadherente liquida, fácil de aplicar tanto en cirugía abierta como laparoscópica. Probada de forma segura tanto en cirugía general como ginecología. Disminuye la recurrencia de ASBO tras la cirugía (riesgo relativo 0.20, 95% CI 0.04–0.88)
Polietilenglicol	Sprayshield®/Spraygel®	Barrera en forma de gel fácil de aplicar tanto en cirugía abierta como laparoscópica Disminuye la tasa de adherencia tanto en estudios en cirugía general como ginecológica. Hay pocos estudios y pequeños que demuestren beneficios en complicaciones a largo plazo.

Manejo: La formación de adherencia podría reducirse mediante técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y el uso de barreras de antiadherentes. El tratamiento no quirúrgico es

eficaz en la mayoría de los pacientes con ASBO. Las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico incluyen peritonitis, estrangulamiento e isquemia. Cuando la etiología adhesiva de la obstrucción no es clara, o cuando existen contraindicaciones para el tratamiento conservador, el CT es la técnica de elección. Los principios del tratamiento conservador son dieta absoluta, sonda nasogástrica o descompresión naso enteral y suplementación intravenosa con los líquidos y los electrolitos.

Tratamiento quirúrgico: cuando se requiere el tratamiento quirúrgico, un abordaje laparoscópico puede ser útil en casos seleccionados de ASBO simple. Los pacientes más jóvenes tienen un riesgo más alto de ASBO recurrente y pudieron por lo tanto beneficiarse del uso de las barreras de la adherencia como prevención primaria y secundaria.

Recomendaciones:

Nivel A	La obstrucción por adherencias del intestino delgado es la causa principal de morbilidad, mortalidad, y de los gastos del sistema en cirugía de urgencias.
Nivel B	La pequeña obstrucción adhesiva del intestino causa una alta morbilidad, con una estancia media de 8 días y una mortalidad del 3% por episodio.
Nivel IB	La cirugía laparoscópica puede reducir la formación de adherencias y por tanto la incidencia de ASBO.
Nivel IA	La barrera de Hialuronato y carboximetilcelulosa reduce la formación de adherencias y el riesgo de reoperaciones por SBO. El uso de estas barreras parece que son coste efectivas en cirugía colorrectal abierta.
Nivel IIC	El tratamiento conservador es el tratamiento de elección en ausencia de signos que nos indiquen la necesidad de una cirugía de urgencia (peritonitis, estrangulación, o isquemia intestinal).
Nivel IIB	El manejo conservador se puede prolongar de manera segura 72 horas.
Nivel IID	La evaluación inicial se debería complementar con estudio nutricional y analítica de electrolitos., coagulación, lactato o uremia.
Nivel IIC	No se recomienda las radiografías simples de abdomen como prueba de diagnóstico.
Nivel IB	La prueba de elección para el diagnóstico es un CT con contraste oral e intravenoso. La repetición de una rx simple a las 24 horas nos mostrase si ha pasado o no el contraste al colon.
Nivel IIC	Las sondas nasoenterales largas son más eficaces que las sondas nasogástricas
Nivel IIC	La adhesiolisis laparoscópica puede reducir morbilidad en casos seleccionados, pero no hay estudios que lo demuestren.
Nivel IIB	Las barreras de prevención de adherencias pueden reducir el riesgo de recurrencia de ASBO tras el tratamiento operatorio.
Nivel IIC	Los pacientes jóvenes y pediátricos tienen más posibilidades de sufrir ASBO y por tanto pueden que sean los que más se puedan beneficiar de las barreras antiadherencias.
Nivel C	Se requiere más estudios en el manejo de esta patología en pacientes ancianos y posiblemente en pacientes diabéticos habría que ser más agresivos en cuanto al tratamiento.

COMENTARIO

Es un artículo muy completo, basado en la revisión sistemática de la literatura, dando unas guías en cuanto al manejo de las adherencias postoperatorias.

Es muy útil las definiciones de los distintos conceptos de adherencias, los scores utilizados para clasificarlos, y las medidas de prevención para evitarlos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946347/>
- Intra-abdominal adhesions: Anatomy, physiology, pathophysiology, and treatment. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26258583/>

- Postoperative peritoneal adhesions in adults and their prevention.
- <https://www.uptodate.com/contents/postoperative-peritoneal-adhesions-in-adults-and-their-prevention>
- Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. <https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-021-00379-8>

AUTOEVALUACIÓN

1.- El riesgo de SBO es menos frecuente en:

- a.- cirugía colorrectal.
- b.- cirugía ginecológica.
- c.- cirugía pediátrica.
- d.- cirugía gástrica.

2.- De las siguientes pruebas complementarias diga cual no recomienda de inicio la guías de Bologna:

- a.- la analítica de electrolitos.
- b.- la analítica nutricional.
- c.- el ct.
- d.- la RNM (resonancia magnética)

3.-De los siguientes métodos antiadherentes cual se presenta en forma líquida (no solida ni gel):

- a.- celulosa oxidada regenerada
- b.- hialuronato de carboximetilcelulosa
- c.- Icodextrin
- d.- Polietilenglicol