

Morbilidad asociada a la adhesiolisis en cirugía abdominal

Autor: Belén Martín Salamanca.

Servicio de Ginecología.
Hospital Universitario de Getafe

Revista original: Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery. Annals of Surgery. Vol 258, N 1, July 2013 Autor (es): ten Broek R.P.G., Strik C. Issa Y., Bleichrodt R.P., van Goor H. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23013804/>

ABSTRACT

El presente artículo es un estudio prospectivo de cohortes en un mismo centro de Países Bajos, cuyo autor principal tiene una larga trayectoria en la investigación de la prevención y efectos a corto y largo plazo de las adherencias abdominales postoperatorias. Analiza las complicaciones mediante observación directa en cirugía abdominal electiva, comparando cirugía con y sin adhesiolisis para analizar la incidencia de lesiones intestinales inadvertidas como objetivo primario. Como objetivos secundarios, el efecto de la adhesiolisis sobre diferentes complicaciones postoperatorias y costes.

Se demostró que la adhesiolisis y la lesión intestinal inadvertida tienen un importante efecto negativo en la convalecencia tras la cirugía abdominal. Debe haber una mayor concienciación de la morbilidad en relación con las adherencias y más investigación de esta condición.

This is a monocentric prospective cohort study in the Netherlands, whose principal investigator has a long research career in prevention and short and long effects of postoperative abdominal adhesences.

It analyses complications by direct observation in elective abdominal surgery. Comparison was made between surgical procedures with and without adhesiolysis on the incidence of inadvertent bowel defects. Secondary outcomes were the effect of adhesiolysis and bowel injury on surgical complications, other morbidity, and costs. Adhesiolysis and inadvertent bowel injury was shown to have a large negative effect on the convalescence after abdominal surgery. There must be a major awareness of adhesion-related morbidity during reoperation and the prevention of postsurgical adhesion deserve priority in research.

ARTÍCULO

Las adherencias peritoneales se forman en más del 90% de las cirugías de la cavidad abdominal en los procedimientos habitualmente realizados por cirujanos generales, ginecólogos, cirujanos vasculares y urólogos. Estas adherencias provocan obstrucción intestinal, infertilidad, dolor abdominal, prolongación de tiempo quirúrgico, afectando a millones de pacientes en todo el mundo. Sin embargo, es una condición que tienen poca atención en la investigación y práctica clínica diarias. Es de gran importancia que exista

Especialidades

Cirugía General
Aparato Digestivo.

PALABRAS CLAVE:

Adherencias
intraabdominales,
Obstrucción intestinal,
Productos antiadherencias.

KEYWORDS:

Adhesiolysis,
Enterotomy,
Health care costs,
Postoperative complications,
Postoperative morbidity

información fiable sobre las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias del cuadro adherencial con el objetivo de mejorar la atención quirúrgica y postoperatoria y ajustar los costes del sistema sanitario a esta patología.

En este estudio prospectivo se realizó una valoración y análisis de la adhesiolisis, complicaciones postoperatorias y factores socioeconómicos de una gran cohorte de cirugía electiva abdominal.

Todos los adultos que se programaron para cirugía electiva abdominal en el Departamento de Cirugía del Centro Médico Universitario Radboud Nijmegen entre junio de 2008 y junio de 2010 fueron cribados para inclusión. Se excluyeron pacientes con cirugía mayor ambulatoria. Los criterios de inclusión fueron cirugía electiva tanto laparoscópica como laparotómica. Los criterios de exclusión fueron pacientes menores de 18 años y pacientes con enfermedad mental.

Durante la cirugía, dos investigadores adecuadamente entrenados que no formaban parte del equipo quirúrgico recogieron información sobre adherencias, adhesiolisis, y lesión a algún órgano durante la cirugía.

Los objetivos primarios del estudio fueron la incidencia de adherencias, tiempo de adhesiolisis, incidencia de lesiones de intestino, lesión seromuscular, lesiones a otros órganos o estructuras, incidencia de complicaciones quirúrgicas mayores.

Los objetivos secundarios fueron: tiempo total operatorio, pérdida sanguínea, días de ingreso, estancia no planeada o prolongada en unidad de cuidados intensivos, nutrición enteral o parenteral, incidencia de reintervenciones de urgencia, incidencia de reingreso en los primeros 30 días tras el alta.

Un total de 755 cirugías en 715 pacientes fueron incluidos. En el estudio se demostró que la incidencia de adherencias y necesidad de adhesiolisis fue del 65,8% y 62,9% respectivamente. La etiología más frecuente fue cirugía abdominal previa y peritonitis. La media de tiempo para adhesiolisis fue de 20 minutos (rango 1-177 minutos). En el 80,3% de las cirugías las adherencias se encontraban en la pared abdominal en línea media, en el 83,7% en la zona a operar y en el 63,6% en otras partes del abdomen. Los pacientes sin cirugías previas raramente presentaban adherencias o eran leves, en relación con reacción local inflamatoria o presencia de lesión tumoral.

En cuanto a lesiones intraoperatorias, 24 cirugías requirieron resección de intestino o anastomosis. El diagnóstico tardío de perforación intestinal ocurrió en 10 cirugías.

Hubo 142 lesiones seromusculares y 43 enterotomías durante las cirugías, de las que el 5,6% y 7% respectivamente resultaron en perforación intestinal en el postoperatorio. En dos pacientes con perforación intestinal en postoperatorio no se advirtió lesión seromuscular ni enterotomía durante la cirugía.

El 8,6% de los pacientes tuvieron lesión en otros órganos en el grupo de adhesiolisis, frente al 2,5% en el grupo que no precisó adhesiolisis. La mayoría de las lesiones fueron hepáticas (n=14), vasculares (n=11), urogenitales (n=8), esplénicas (n=4) y de conducto biliar (n=3).

No hubo enterotomía en ningún paciente sin cirugía previa. Sin embargo, la incidencia de enterotomía fue del 2,5% tras una cirugía, 8,7% tras 2 cirugías y del 15,5% tras 3 o más cirugías previas.

Se demostró de forma significativa un mayor riesgo de sepsis, infección de herida quirúrgica y complicaciones abdominales en el grupo de adhesiolisis, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a muerte, infección de tracto urinario, neumonía o hemorragia.

La adhesiolisis se relacionó con un aumento significativo del tiempo operatorio, recuperación y estancia hospitalaria. Hubo un 29% más de pérdida sanguínea en el grupo de adhesiolisis y mayor incidencia de nutrición parenteral postoperatoria.

Los gastos hospitalarios fueron significativamente mayores en el grupo de adhesiolisis.

La tasa de reingresos en los primeros 30 días tras el alta fue también significativamente mayor en el grupo de adhesiolisis, (69 reingresos) de los que el 70% de dichos reingresos fueron por complicaciones probablemente relacionadas con la cirugía previa (abscesos intraabdominales, infección de herida quirúrgica, obstrucción de intestino delgado, sepsis, neumonía, infección de tracto urinario). En el grupo de no adhesiolisis (20 reingresos), reingresaron por abscesos, neumonía, dehiscencia de herida quirúrgica, infección de tracto urinario.

La mortalidad intrahospitalaria aumentó del 1,6% al 8% en caso de lesión de intestino, además también aumentó el riesgo de reintervenciones, hubo una mayor estancia hospitalaria, y por tanto, mayores costes hospitalarios.

COMENTARIO

La adhesiolisis es considerada en la práctica clínica diaria por la mayor parte de cirujanos como una parte molesta e inevitable de la cirugía, pero no existe una verdadera concienciación de la morbi-mortalidad asociada y de las variadas consecuencias de dicha patología.

Existe bastante literatura que evalúa la infertilidad y la obstrucción intestinal en los cuadros adherenciales por cirugías previas, pero hay poco publicado en relación a los costes clínicos y sociales de las adherencias postoperatorias. Este estudio es muy relevante porque recoge una gran cantidad de variables y fue evaluado de forma prospectiva por dos investigadores que no estuvieron implicados en las cirugías, lo que no sucede en otros estudios, que suelen ser retrospectivos o se recogen de fuentes que no siempre tienen por qué ser fiables u objetivas.

La prolongación del tiempo quirúrgico refleja el riesgo de complicaciones: cuando la adhesiolisis se prolonga más de 1 hora, el riesgo de lesión intestinal es del 40%.

Como crítica al estudio, el que se necesitara adhesiolisis en el 60% de las cirugías y el número bajo de laparoscopias en este grupo podría limitar la generalización de estos datos. Estos

datos son el resultado de la exclusión de las cirugías de hospital de día, donde hay mayor proporción de laparoscopias y pacientes sin cirugías previas.

Este artículo es el primero que muestra claramente de forma prospectiva que la adhesiolisis es un factor de riesgo para complicaciones postoperatorias, mayor estancia hospitalaria, más reingresos y mayores costes. Las lesiones viscerales inadvertidas aumentaron aún más la morbilidad y los costes y provocaron mortalidad significativa, lo que coincide con otros estudios.

Este estudio puede ser utilizado para obtener conclusiones de las complicaciones a corto plazo de los cuadros adherenciales, con el objeto de reorganizar los costes hospitalarios y plantear el uso rutinario de estrategias para prevenir adherencias postoperatorias y valorar el empleo de agentes antiadherencias. Con el aumento de esperanza de vida y la previsión de una población con cada vez más cirugías abdominales, la prevención de cuadros adherenciales será cada vez más costo-efectiva.

Es muy importante que los cirujanos se mentalicen de las consecuencias de las cirugías previas para que informen y aconsejen a los pacientes, así como de las consecuencias a largo plazo de realizar una cirugía en cuanto al desarrollo de cuadro adherencial y sus complicaciones relacionadas. En un estudio tipo encuesta de Schereinmacher et al., se demostró que menos del 10% de los cirujanos informan a sus pacientes sobre los riesgos de las adherencias. Dicha información debe formar parte del consentimiento informado. En un análisis de demandas por complicaciones por adhesiolisis, la lesión inadvertida de intestino delgado constituyó una fuente importante de demandas ganadas por los pacientes (Ellis et al.)

Este estudio, además de relevante, publicado en la revista *Annals of Surgery* con factor de impacto 12.99, es innovador por abordar muy variados aspectos que preocupan a los cirujanos y gestores sanitarios. Dentro del campo de los cuadros adherenciales abdominales, es un estudio novedoso y riguroso, con dos investigadores independientes del equipo quirúrgico, de manera que se evitaron sesgos a la hora de recoger los datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Schereinmacher M.H., ten Broek R.P., Bakkum L.A. et al. Adhesion awareness: a national survey of surgeons. *World J Surg.* 2010; 34; 2805-2812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20814678/>
- Coleman M.G., McLain A.D. Moran B.J. Impact of previous surgery on time taken for incision and division of adhesions during laparotomy. *Dis Colon Rectum.* 2000; 43: 1297-1299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11005501/>
- Ellis H. Medicolegal consequences of adhesions. *Hosp Med.* 2004; 65: 348-350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15222210/>

AUTOEVALUACIÓN

Señale la respuesta correcta. En el presente estudio:

- a) La incidencia de enterotomía en pacientes con tres cirugías previas o más fue en torno al 15%.
- b) Si la adhesiolisis se prolonga durante más de una hora, el riesgo de lesión intestinal sucede en torno al 20%.
- c) El 20% de los pacientes del grupo de adhesiolisis tuvo lesión en otros órganos, frente el 5% del grupo de no adhesiolisis.
- d) El estudio incluyó población pediátrica.

Señale la respuesta correcta.

- a) Existe amplia literatura científica y concienciación de los cirujanos en relación con la morbi-mortalidad generada por las adherencias postoperatorias.
- b) Los costes asociados a las adherencias postoperatorias no tienen un gran impacto en el sistema sanitario.
- c) Se ha publicado que menos del 10% de los cirujanos informan a sus pacientes sobre los riesgos de las adherencias postoperatorias.
- d) La prevención de los cuadros adherenciales no es ni en un futuro será costo-efectiva dado el bajo impacto de esta patología y el elevado coste de las estrategias de prevención.