

Adherencias intraabdominales: práctica clínica

Autores:

Nuria Torregrosa Pérez. Cirugía General. Hospital de Cartagena.

Miguel Ángel Delgado Millán Cirugía general. Hospital Universitario de Getafe.

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

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

Revista original: Intra-abdominal Adhesions Definition, Origin, Significance in Surgical Practice, and Treatment Options

Dörthe Brüggmann, Dr. med.,¹ Garri Tchartchian, Dr. med.,² Markus Wallwiener, Dr. med.,³ Karsten Münstedt, Prof. Dr. med.,¹ Hans-Rudolf Tinneberg, Prof. Dr. med. Dr. h.c.,¹ and Andreas Hackethal, Dr. med.,^{*} CARE Group (Clinical Adhesion Research and Evaluation Group), Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Justus-Liebig-Universität Gießen, Germany, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21116396/>

ABSTRACT

Es un artículo publicado en una revista por ginecólogos alemanes en 2010, en el Deutsches Aezteblatt, órgano oficial de la Asociación Médica Alemana por un grupo médico interdisciplinario dedicado al estudio de las adherencias (Care Group) en el que se hace una revisión del tema.

It's a summary made by german gynecologists published in a German journal, official journal of the German Medical Association in which a review is made.

ARTÍCULO

Es un artículo basado en la búsqueda bibliográfica en la base de datos de este grupo alemán, base de datos que comprende artículos publicados en PubMed/Medline desde 1960, actualizado mensualmente añadiendo todos los artículos encontrados utilizando los términos de búsqueda "adherencias", "adherencias intraperitoneales", "adherencias intraabdominales", "reducción de la adhesión", "profilaxis de la adhesión" y "formación de la adhesión". Se tomó en consideración la posición de consenso de expertos de la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica.

El resumen es:

Las adherencias intraabdominales pueden ser congénitas o adquiridas; las congénitas aparecen durante la embriogénesis entre la sigma y la pared abdominal; suelen ser asintomáticas y se diagnostican incidentalmente.

Las adherencias post inflamatorias suponen un 28% de casos, y pueden ser debidos a endometriosis, peritonitis, radioterapia o diálisis peritoneal.

Las adherencias postoperatorias aparecen en el 50-100% de las cirugías abdominales, estando afectado casi el 80% de veces el epiplón mayor, y el 50% el intestino delgado. Las adherencias

ESPECIALIDADES

Ginecología

Cirugía General

PALABRAS CLAVE:

Adherencias

Revisión

Opciones de tratamiento

KEYWORDS:

Adhesions

Surgical practice

Treatment options

ováricas aparecen en casi el 90% de pacientes intervenidas quirúrgicamente tras cirugía de ovario.

Las principales pruebas diagnósticas pueden ser la ecografía de alta resolución o la RNM funcional. La sintomatología puede aparecer años más tarde, produciendo casi el 40% de todos los casos de obstrucción intestinal, y el 20% de infertilidad secundaria.

El dolor abdominal crónico es la causa de casi el 30% de las indicaciones de laparoscopia exploradora y el 5% de histerectomías.

Las reoperaciones producen un 20% de enterotomías y un 85% de posibilidad de nueva formación de adherencias.

Habida cuenta que el origen de las adherencias se debe sobre todo a una disminución de la capacidad fibrinolítica del peritoneo, las recomendaciones de este grupo en cuanto a estrategias para reducir las adherencias son:

1. Preferencia por técnicas quirúrgicas menos invasivas.
2. Minimización del tiempo de cirugía y del "calor" y de la luz operatoria.
3. Disminución de la agresión peritoneal, evitando en lo posible la disección y el sangrado.
4. Limitar los cuerpos extraños intraabdominales como parches, mallas y material de sutura.
5. Uso de compresas e hisopos abdominales humedecidos y aplicación de solución salina para minimizar la deshidratación de las superficies mesoteliales.
6. Irrigación de la cavidad abdominal para eliminar los coágulos residuales.
7. Reducción del riesgo de infección mediante el uso adecuado de las técnicas de asepsia y antisepsia.
8. En las laparotomías hay que tener un uso preferente de guantes sin látex y sin polvo.
9. En la laparoscopia se propone el uso de gases humidificados a una presión de insuflación apropiadamente baja.
10. En los pacientes de alto riesgo hay que priorizar el uso de técnicas de barrera o instilados peritoneales.

Entre los fármacos que se han usado están los antiinflamatorios locales o sistémicos, fibrinolíticos o soluciones antibióticas, soluciones cristaloides (Ringer, salino) o coloides con o sin heparinas o corticoides. No hay estudios clínicos que demuestren su eficacia.

Se han utilizado distintos productos como el 4% glucosa polímero icodextrin que, por su capacidad osmótica, retiene líquido entre 3 y 4 días y mantiene los órganos separados del peritoneo hasta que es eliminado por los riñones. Parece que la instilación de este producto disminuye la incidencia (52% vs 32%), extensión (52% vs 47%) y gravedad (65% vs 37%) si lo comparamos con la instilación de suero salino solo. Se han descrito complicaciones sépticas e inflamatorias, y de dehiscencias anastomóticas.

Los ésteres del ácido hialurónico forman un gel viscoso en el que se ha demostrado que disminuye el número de adherencias tras cirugía laparoscópica de miomas, e incluso hay un estudio que refieren tras su aplicación el aumento de embarazos en mujeres previamente infértiles tras la enucleación de miomas por vía laparoscópica.

La CMC (carboximetilcelulosa) y el óxido polietileno (PEO) también forman una barrera gelatinosa que previene adherencias futuras con una disminución del índice de fertilidad de $8,4 \pm 3$ puntos a $6,2 \pm 2$ puntos. Una barrera formada por el ácido hialurónico y la carboximetilcelulosa puede separar las superficies peritoneales alrededor de 7 días, demostrando su eficacia tras cirugía colorrectal disminuyendo el % de adherencias (51% no presentaron adherencias mientras que en el grupo control solo había un 6% sin adherencias) . Es el único producto en que se ha demostrado que disminuye el número de obstrucciones intestinales producidos por adherencias (una disminución absoluta de 1,6% y una disminución relativa de 47%)

Hay otros tipos de productos de barrera aplicados como spray formado por polietilenglicoles, pero no se ha demostrado su eficacia clínica.

También se ha utilizado la celulosa regenerada oxidada, pero en un análisis Cochrane se recomienda que se interprete con cautela sus resultados sobre la reducción de adherencias pélvicas tras cirugía ginecológica.

COMENTARIO

Es un artículo publicado en una revista por ginecólogos alemanes en 2010, en el Deutsches Aezteblatt, órgano oficial de la Asociación Médica Alemana por un grupo medico interdisciplinar dedicado al estudio de las adherencias (Care Group).

Esta revisión proporciona abundantes datos de la literatura sobre frecuencia de adherencias, clínica, diagnóstico y manejo práctico para su profilaxis, siendo muy útil el resumen de estrategias para disminuir el número de adherencias. Quizá, aunque se revisan diferentes agentes barrera o farmacológicos, queda menos claro su utilidad en cada caso, probablemente por la limitada información disponible en algunos casos.

Bibliografía

- Intraabdominal 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34217331/>

AUTOEVALUACIÓN

Cuál de los siguientes métodos para prevenir las adherencias no se recomienda:

- a.- esteres de ácido hialurónico
- b.-carboximetilcelulosa
- c.- métodos de asepsia y antisepsia
- d.- La laparoscopia a alto flujo