

ADHESIOLISIS LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA PASO A PASO

Autores: RODERO ASTABURUAGA C**, RODERO RODERO D*

* Servicio de Cirugía Digestivo y Laparoscópica. Hospital "La Fe". Valencia (Gandia)

** Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Francés de Borja. (Valencia)

Exponemos la técnica quirúrgica paso a paso:

INTRODUCCIÓN

El tratamiento laparoscópico de las adherencias intraperitoneales no es una técnica nueva, ya que se utilizó hace más de 60 años por ginecólogos para la liberación de los anexos en el tratamiento de la infertilidad. Realizada por Semm y otros cirujanos, en la mayoría de los casos quedaba reducida a la lisis de adherencias de epiplón a peritoneo parietal. No siendo hasta en los últimos años cuando el avance de la tecnología y la expansión de las técnicas quirúrgicas laparoscópicas han permitido el tratamiento de las mismas en el contexto de una oclusión intestinal.

Más que de indicaciones y contraindicaciones, deberíamos hablar, en este campo aún en expansión, de pacientes idóneos. Los candidatos ideales serían los cuadros de etiología adherencial, con escasa o moderada distensión abdominal (oclusión de intestino delgado más proximal). No parece existir relación entre el número de laparotomías previas y el tipo de éstas y la tasa de conversión. Estaría desaconsejada, en cambio, en pacientes con una distensión masiva, lesiones post-radioterapia, carcinomatosis peritoneal, o en los que se palpe una masa abdominal.

Las bridas y adherencias postoperatorias suponen actualmente la primera causa de oclusión de intestino delgado, en torno al 70% de los casos. Las intervenciones más frecuentemente

encontradas como antecedentes son la apendicectomía y la cirugía ginecológica. Clínicamente la existencia de tales adherencias se manifiesta en forma de cuadros de oclusión intestinal aguda o como suboclusión crónica de carácter intermitente.

Por último, ante una oclusión en la que sospechemos un componente de estrangulación, se habrá de valorar el incremento de la posibilidad de conversión (a laparotomía o mini laparotomía asistida) ante la necesidad de resección intestinal, aún no susceptible de realización por todos los equipos por vía totalmente laparoscópica.

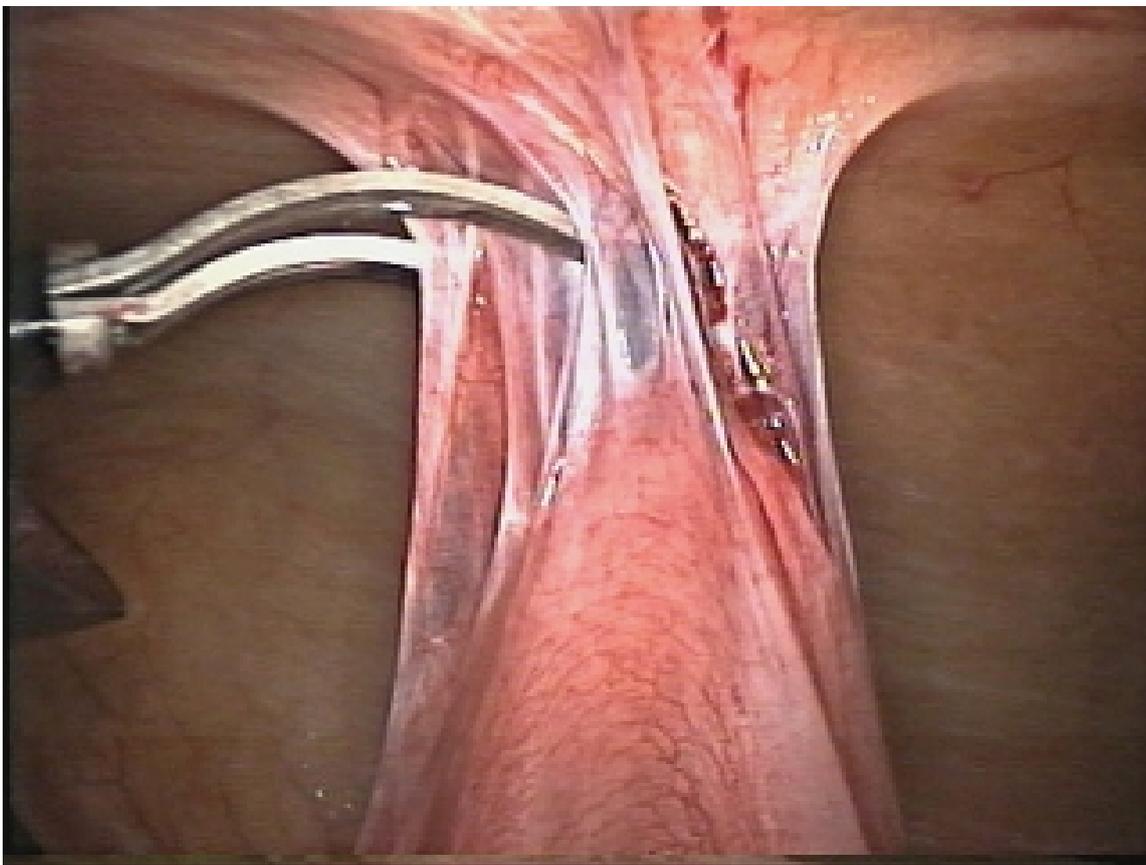


Fig.1.

La elevación de la pared abdominal por la introducción del neumoperitoneo,

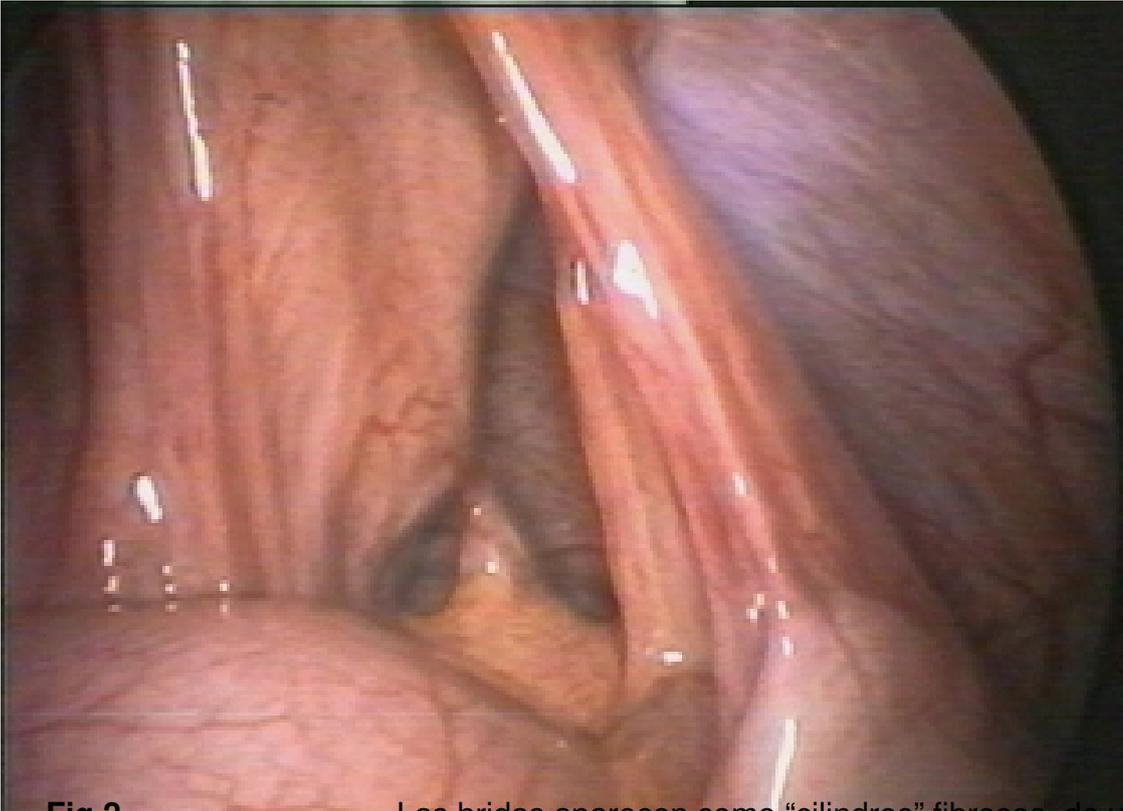


Fig. 2

Las bridas aparecen como “cilindros” fibrosos de varios milímetros de grosor.

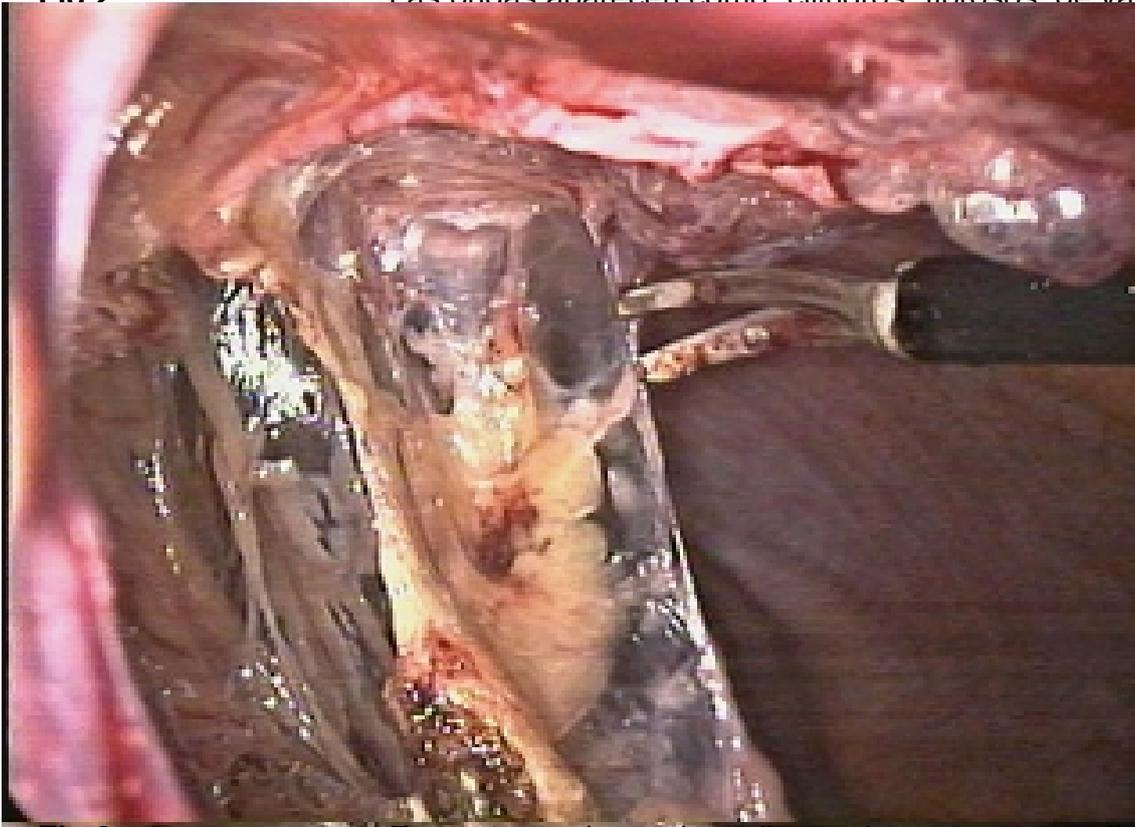


Fig.3.

En otras ocasiones, las adherencias son más amplias y difusas, aparecen como una gran masa amarillenta.

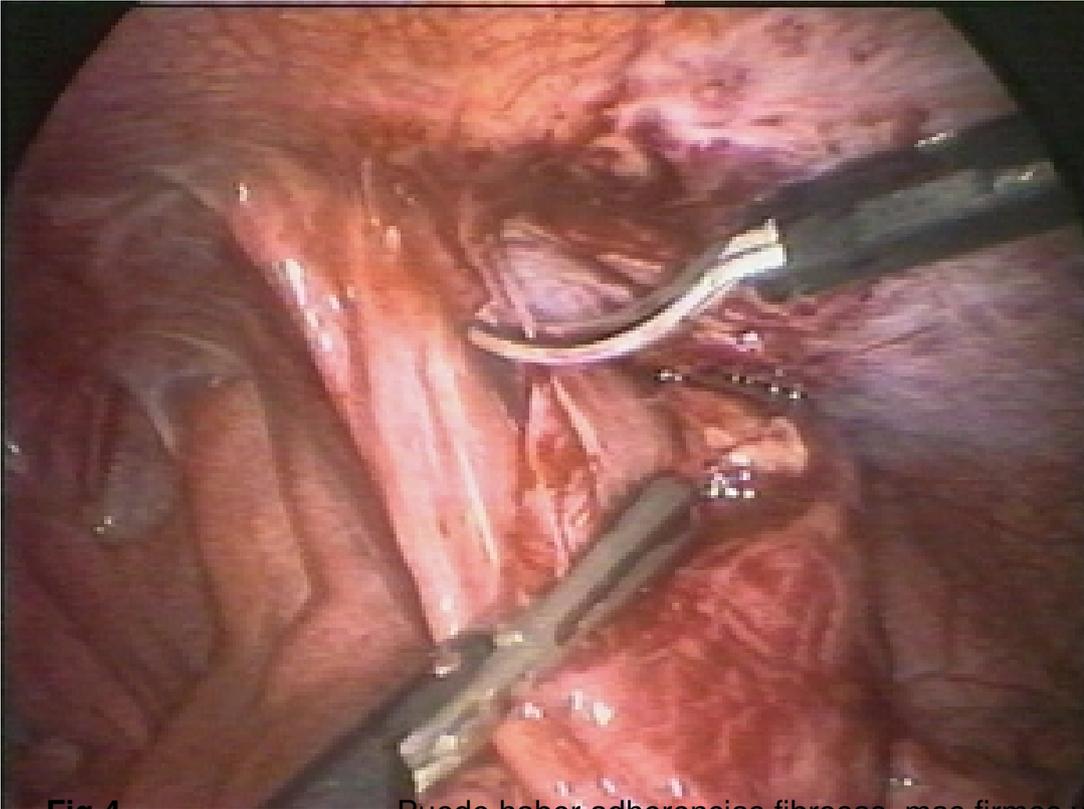


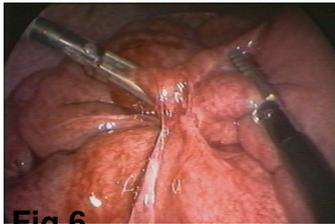
Fig.4

Puede haber adherencias fibrosas más firmes y de más larga evolución, que



Fig.5.

Conocemos diversos tipos de adherencias, desde bandas únicas a reaccion



Una banda única puede "atrapar" un asa intestinal y producir una obstrucción.



Adherencias fibrosas "interasas" que producen estrangulación, con clara identificación.



Bridas laxas que aparecen durante el postoperatorio inmediato, con poco tiempo de evolución.

Números anteriores

[T. Paso a paso N°38 Amputación abdominoperineal laparoscópica asistida por da vinci.A](#)

[T. Paso a paso N°37 Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de endometrio vía robótica da vinci.](#)

[T. Paso a paso N°36 Rostatectomia radical asistida por robot con linfadenectomia y preservacion de bandeletas neurovasculares: tecnica del Dr Gaston para mejorar la continencia y la funcion erectil.](#)

[T. Paso a paso N° 35 Prostatectomía radical asistida por robot con linfadenectomía y preservación de bandeletas neurovasculares: Técnica del Dr. Gastón para mejorar la continencia y la función eréctil.](#)

[T. Paso a paso N° 35 Pieloplastia Laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 34 Histerectomía Subtotal Laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 33 Nissen Laparoscópico](#)

[T. Paso a paso N° 32 Hiatoplastia Diafragmática y cirugía Antirreflujo por laparoscopia con asistencia robótica](#)

[T. Paso a paso N° 31a Apendicectomía laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 31b Apendicectomía laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 30 Diverticulectomía transperitoneal extravesical asistida por robot](#)

[T. Paso a paso N° 29 Nefrectomía Laparoscópica derecha paso a paso](#)

[T. Paso a paso N° 28 Sigmoidectomía laparoscópica asistida por Da Vinci](#)

[T. Paso a paso N° 27 Nefrectomía radical laparoscópica izquierda](#)

[T. Paso a paso N° 26 Bypass gástrico laparoscópico](#)

[T. Paso a paso N° 25 Histerectomía laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 24 Hemicolectomía derecha laparoscópica](#)

[T. Paso a paso N° 23 Gastrectomía laparoscópica en manga](#)

[T. Paso a paso Nº 22 Nissen laparoscópico con asistencia robótica](#)

[T. Paso a paso Nº 21 Hemicolecotomía izquierda laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 20 Colposacropexia laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 19 Técnica laparoscópica TAPP en el tratamiento de las hernias inguinales](#)

[T. Paso a paso Nº 18 Colectomía laparoscópica con asistencia robótica](#)

[T. Paso a paso Nº 17 Coledocotomía laparoscópica, extracción de cálculos y colocación de Kehr](#)

[T. Paso a paso Nº 16 Prostatectomía radical laparoscópica con preservación de nervios erectores](#)

[T. Paso a paso Nº 15 Apendicectomía laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 14 Simpatectomía torácica](#)

[T. Paso a paso Nº 13 Técnica de sutura intracorpórea seclan13/pasoapaso/pasoapaso.htm](#)

[T. Paso a paso Nº 12 Técnica de reparación laparoscópica de hernia inguinal TEP](#)

[T. Paso a paso Nº 11 Adrenalectomía laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 10 Miotomía Heller junto a funduplicatura anterior de dor por achalasia](#)

[T. Paso a paso Nº 9 Cistectomía parcial laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 7 Funduplicatura Nissen Rosseti laparoscópica](#)

[T. Paso a paso Nº 4 Tratamiento laparoscópico del ulcus péptico perforado](#)

[T. Paso a paso Nº 3 Colectomía laparoscópica](#)