



Laparoscopia vs Laparotomía abierta en íleo mecánico por adherencias

**INTERNA: NORMA TAPIA VARGAS
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGÍA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

1. Introducción

La obstrucción intestinal es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencia y corresponde a una emergencia quirúrgica común, requiriendo manejo quirúrgico en un 20-30% de los casos. Las bridas o adherencias son la causa más frecuente de íleo mecánico, y dan cuenta del 70-75% de todos los ingresos por esta causa (Irarrázaval et al.).

La primera adherenciólisis laparoscópica fue reportada en 1991 por Bastug et al., siendo inicialmente prohibida debido a su mayor dificultad, especialmente para cirujanos sin formación, y a la sospecha de un mayor riesgo de lesión iatrogénica en comparación con la laparotomía convencional. Sin embargo, a medida que se ha extendido su uso se ha utilizado con mayor frecuencia para cirugías complejas y por cirujanos con experiencia.

El objetivo de esta revisión es comparar las diferencias entre la adhesiolisis laparoscópica y la adhesiolisis por laparotomía abierta en pacientes que presentan íleo mecánico secundario a adherencias.

2. Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica en las bases de datos de Pubmed y páginas científicas desde el año 2015 hasta Mayo de 2025. Se utilizaron términos “laparoscopía”, “íleo mecánico”, “obstrucción intestinal”, “adhesiolisis”. También se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los artículos obtenidos para identificar citas relevantes adicionales.

Se incluyeron publicaciones que eran resultados de estudios comparativos o controlados de casos en que los pacientes se sometieron a adhesiolisis laparoscópica o cirugía abierta para la obstrucción aguda por adherencias del intestino delgado.

En total se revisaron siete estudios publicados entre los años 2018 y 2025. La revisión se realizó de forma individual de manera virtual por la presente autora.

3. Resultados

La búsqueda bibliográfica identificó 7 estudios comparativos que se incluyeron para el análisis. De los estudios incluidos, seis fueron retrospectivos y uno aleatorio randomizado.

La mayoría de los estudios indicaron que la asignación a un tipo de cirugía u otra se basó en los antecedentes personales del paciente (incluyendo el número de laparotomías previas) y su estado previo clínico, así como en la experiencia del cirujano con el procedimiento laparoscópico. Los criterios de exclusión fueron similares en todos los estudios, siendo en la mayoría de los casos, pacientes con obstrucción no adherente (secundario a tumores, hernias o volvulos).

Esta revisión divide los resultados en siete partes y los presenta de forma narrativa.

Características clínicas

Los estudios incluídos en la revisión analizaron un total de 990 pacientes con diagnóstico de íleo mecánico producido por adherencias, manejados quirúrgicamente a través de técnica laparoscópica o laparotomía abierta. La **edad media** de los pacientes varió entre 46 y 67 años, siendo consistentemente más jóvenes los pacientes del grupo laparoscópico en varios estudios (Kim et al. y Sallinen et al. reportaron diferencias significativas de hasta 15 años entre grupos). En cuanto al **sexo**, la mayoría de los estudios mostraron una distribución balanceada, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos laparoscópico y abierto. El **índice de masa corporal (IMC)** promedio fue similar entre ambos grupos, con valores cercanos a 27-28 kg/m², y no se encontró asociación con el tipo de abordaje quirúrgico.

La **puntuación ASA** (American Society of Anesthesiologists) se distribuyó principalmente entre clases II y III, sin diferencias importantes entre los grupos quirúrgicos. Sin embargo, algunos estudios, como Chin et al., reportaron una mayor proporción de pacientes ASA III y IV en el grupo abierto. En cuanto a antecedentes quirúrgicos, la **proporción de pacientes con cirugías abdominales previas** fue alta en todos los estudios, siendo significativamente mayor en los grupos intervenidos por cirugía abierta. Además, el número de cirugías abdominales previas también fue mayor en el grupo abierto.

Mortalidad

La mortalidad fue reportada por 4 estudios (3, 4, 5, 6). La cirugía laparoscópica se asoció a una disminución de la mortalidad, oscilando entre 0% y 1%, en comparación con la cirugía abierta que posee un rango de 2% a 7,8%.

Lesión iatrogénica intestinal

En tres estudios (3, 5, 6) se informó la incidencia de lesión intestinal durante la cirugía, la cual fue menos frecuente en el grupo de pacientes intervenidos por técnica laparoscópica, siendo de un 0%-4%, mientras que por laparotomía abierta este porcentaje aumenta a 5,9%-12%, aunque en algunos estudios esta diferencia no fue significativa.

Tiempo operatorio

Cuatro estudios (2, 3, 5, 7) informaron el tiempo operatorio de ambas técnicas quirúrgicas, que fue generalmente más corto en el abordaje laparoscópico (en promedio 71 minutos), aunque algunos estudios lo reportaron similar.

Duración de hospitalización

Seis estudios (2, 3, 4, 5, 6, 7) incluyeron la duración promedio de la hospitalización tanto para los grupos intervenidos por vía laparoscópica como para cirugía abierta. El manejo laparoscópico del íleo mecánico se asoció a una reducción significativa de los días de hospitalización, correspondiendo a una mediana de 2,4 a 10 días, en comparación al grupo operado por cirugía abierta, quienes permanecieron una media de 3,8 a 16 días en hospitalización.

Tiempo de recuperación intestinal

En cuatro de los estudios (3, 4, 6, 7) se reportaron diferencias en el tiempo que demoraba la recuperación de la función intestinal. Coincidieron en que pacientes

intervenidos con técnica laparoscópica tuvieron una recuperación más rápida, con un retorno del tránsito en una mediana de 3 a 5,5 días, frente a 5-7 días en cirugía abierta.

Complicaciones

Los siete estudios evalúan la existencia de complicaciones en ambos procedimientos quirúrgicos. Las complicaciones graves (Clavien-Dindo > grado 3) fue significativamente menor en laparoscopía, correspondiendo a un 6-16%, en comparación con la cirugía abierta que representó un 24-39%.

Conversión de laparoscópica a cirugía abierta

Seis estudios (1, 2, 3, 4, 6, 7) incluyen dentro de sus factores a evaluar la tasa de conversión de laparoscopía a cirugía abierta, la cual osciló entre el 2% y el 35%, siendo más alta en hospitales o centros con menor experiencia o ante adherencias complejas.

Dolor postoperatorio

Un estudio (3) informa sobre dolor postoperatorio y recuperación funcional. Se describe que la intensidad del dolor postoperatorio fue menor en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica, utilizando en menor porcentaje catéter epidural (10% en laparoscopía vs 57% en cirugía abierta). Además, la baja laboral fue, en promedio, 12 días menor en el grupo de laparoscopía.

4. Discusión

Este análisis que involucra a 990 pacientes sugiere que la intervención a través de un abordaje laparoscópico para el tratamiento quirúrgico del íleo mecánico secundario a adherencias es seguro y eficaz. La mayoría de los estudios analizados concuerdan en que la laparoscopía se asocia con una disminución significativa en la mortalidad y complicaciones postoperatorias; además de incidir en una reducción sustancial en el tiempo operatorio y menor duración de los días totales de hospitalización. Además, se evidencia un aumento en el uso del abordaje laparoscópico, lo que podría explicarse por el aumento de la experiencia quirúrgica de los cirujanos, la disponibilidad y la viabilidad del laparoscopia y los posibles mejores resultados que ha sido reportado en algunos estudios (5).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que dentro de los estudios retrospectivos no aleatorizados, se reconoce un alto riesgo de sesgo secundario a la selección de casos con menor gravedad para ser tratados con laparoscopía, asociando a la cirugía abierta pacientes que ingresan con inestabilidad hemodinámica, con un mayor número de cirugías abdominales previas y mayor frecuencia de adherencias múltiples o difusas.

Es por lo anterior que dentro de esta revisión se incluye el **ensayo LASSO**, un estudio internacional, abierto, de grupos paralelos y aleatorizado que comparó la adhesiolisis laparoscópica con la adhesiolisis abierta en pacientes con obstrucción aguda del intestino delgado por adherencias. Se realizó entre los años 2013 y 2018, con una muestra de 104 pacientes provenientes de Centros de Salud de los países de Finlandia e Italia.

Del total de la muestra se asignó aleatoriamente el grupo de cirugía abierta (n=51) o al grupo de laparoscopía (n=53). Además, cabe destacar que todos los cirujanos involucrados en el estudio contaban con experiencia y habilidades similares para procedimientos laparoscópicos y debían haber realizado al menos dos cirugías de adhesiolisis laparoscópicas antes de operar a los pacientes en el ensayo.

Este estudio no encontró diferencias con respecto a la morbilidad, mortalidad o infecciones de heridas operatorias. Por otra parte, la duración de la hospitalización se acortó en aproximadamente 1 día, mientras que en los demás estudios se muestra una diferencia de al menos 3 a 4 días a favor de la laparoscopía; lo que podría deberse a lo anteriormente abordado, que para la técnica laparoscópica se suelen seleccionar casos menos graves, generando un sesgo que no se puede eliminar por medios estadísticos.

También, se evidenció una duración de hospitalización más corta, asociado a una recuperación de la función intestinal más rápida y un menor uso de catéteres epidurales en el grupo de laparoscopía que el en grupo de cirugía abierta.

Además, otro hallazgo a destacar de este estudio, es que a pesar de la alta selectividad de la población incluida, la conversión a cirugía abierta se produjo en el 25% de los casos que inicialmente correspondían al grupo de laparoscopía.

5. Conclusión

El enfrentamiento de la obstrucción intestinal representa un dilema para el cirujano, puesto que la cirugía puede causar nuevas adherencias que finalmente es lo que se está intentando resolver. El análisis de los estudios seleccionados en esta revisión lograron demostrar que la laparoscopía, además de ser una técnica segura y eficaz, podría ser la elección ideal para el manejo del íleo mecánico por adherencias. Comparada con la cirugía abierta, la técnica laparoscópica ha demostrado, en la mayoría de los estudios analizados, beneficios significativos como una menor tasa de complicaciones postoperatorias, menor mortalidad, reducción del tiempo operatorio, recuperación intestinal más rápida y una menor duración de la hospitalización. No obstante, es importante considerar que muchos de los estudios disponibles son retrospectivos y presentan un riesgo de sesgo por selección, ya que tienden a asignar casos menos complejos al abordaje laparoscópico, reservando la cirugía abierta para pacientes con mayor número de cirugías previas, adherencias complejas o condiciones clínicas más graves.

El ensayo clínico aleatorizado LASSO, incluido en esta revisión, refuerza la seguridad del abordaje laparoscópico y muestra algunas ventajas en cuanto a recuperación funcional y uso de analgésicos, aunque no reporta diferencias significativas en complicaciones mayores o mortalidad entre ambas técnicas.

En conjunto, estos hallazgos apoyan de manera sólida el uso de la laparoscopía como una alternativa válida y potencialmente superior en el tratamiento quirúrgico del íleo mecánico adhesivo, siempre que se disponga de los recursos técnicos y la experiencia adecuada.

6. Bibliografía

1. Irarrázaval, M. J., Riveros, S., Quezada, N., Rebollo, R., Brañes, A., & Achurra, P. (2025). *Enfrentamiento de la obstrucción intestinal mediante cirugía laparoscópica: Resultados a largo plazo*. Revista Chilena de Cirugía, 77(2), 149–153. <https://doi.org/10.35687/s2452-454920250022457>
2. Kim SM, Park JH, Kim BC, Kang BM, Kim JW, Kim JY. Safety and Feasibility of Laparoscopic Surgery for Small Bowel Obstruction. J Minim Invasive Surg 2018; 21:75-81.
3. Sallinen, Ville et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (LASSO): an international, multicentre, randomised, open-label trial. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, Volume 4, Issue 4, 278 – 286
4. Chin, R.L., Lima, D.L., Pereira, X. et al. Assessing outcomes in laparoscopic vs open surgical management of adhesive small bowel obstruction. *Surg Endosc* 37, 1376–1383 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09314-7>
5. Elkomos, Beshoy Effat; Fahmy, Karim; Kamel, Kareem Ahmed .Laparoscopic adhesiolysis versus open adhesiolysis in acute adhesive small bowel obstruction. *Journal of Minimal Access Surgery* 19(4): págs. 511-517, oct.-dic. 2023. | DOI: 10.4103/jmas.jmas_43_23
6. Gojayev, Afig MD a,* ; Erkent, Murathan MDa ; Aydin, Hüseyin Onur MD a ; Karakaya, Emre MDa ; Yildirim, Sedat MD ; Moray, Gökhan MD. Is laparoscopic surgery safe and feasible in acute adhesive ileus?. *Medicine* 102(34):p e34894, August 25, 2023. | DOI: 10.1097/MD.00000000000034894
7. Mazzetti, CH, Serinaldi, F., Lebrun, E. et al. Adhesiónlisis laparoscópica temprana para la obstrucción del intestino delgado: estudio retrospectivo de las principales ventajas. *Surg Endosc* 32 , 2781–2792 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5979-x>