



Revisión de Tema en Cirugía General

OBSTRUCCION INTESTINAL

Definición

La obstrucción intestinal es la dificultad mecánica o funcional para la progresión del contenido intestinal.

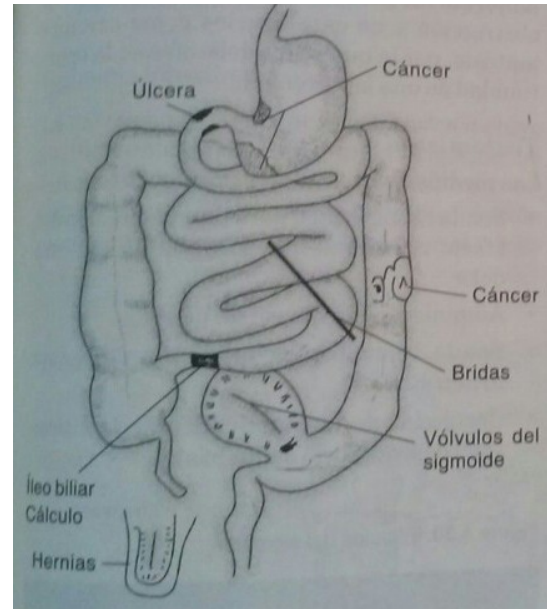
Etiología

Las adherencias intraabdominales causadas por intervenciones quirúrgicas previas representan 75% de los casos de obstrucción del intestino delgado. Se calcula que en Estados Unidos más de 300 000 pacientes se someten a una operación cada año para corregir la obstrucción del intestino delgado causada por adherencias. En nuestro medio, la principal causa de obstrucción son las adherencias y bridas pos-operatorias, seguidas de las hernias, las compresiones externas y los tumores, otras causas incluyen intususcepción (más frecuente en niños), estenosis post-radiación, cuerpos extraños, hematomas y anomalías congénitas (duplicaciones, mal rotación).

Clasificación

Se clasifica en alta, cuando sucede en el intestino delgado, y baja cuando sucede en el colon, sin embargo puede ocurrir

oclusiones bajas en el intestino delgado. La obstrucción también puede ser en asa abierta o cerrada ocasionando vólvulos, que representa una lesión más grave por el riesgo de necrosis.



MECANICA

ALTA (estómago, duodeno, intestino delgado proximal)

- Asa abierta
- Asa cerrada

BAJA (intestino delgado distal, colon)

- Asa abierta
- Asa cerrada

PSEUDO OBSTRUCCION: alta o baja



Fisiopatología

Fisiopatológicamente, la obstrucción intestinal implica desequilibrio hidroelectrolítico por la formación de un tercer espacio con acumulación de líquidos y electrolitos en las asas intestinales, proliferación bacteriana después de ocurrida la obstrucción, deshidratación, mayor en las obstrucciones bajas con dilatación intestinal masiva. En la obstrucción en asa cerrada hay torsión con producción de isquemia del segmento que hace vólvulo, gangrena y perforación. La perforación también sucede en el caso de la obstrucción en asa abierta por distensión que sobrepasa la presión crítica de perfusión capilar. Se producen también alteraciones ácido –básicas que pueden poner en peligro la vida del paciente.

También puede haber una semiobstrucción del intestino y esta se asocia con varias enfermedades, como las que comprometen el musculo liso (enfermedades del colágeno, escleroderma, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiositis, polimiositis, LES, amiloidosis); alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipoparatiroidismo, feocromocitoma); alteraciones neurológicas(enfermedad de Hirshsprung, Chagas, sección medular); efectos secundarios de los medicamentos como las fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, bloqueadores ganglionares;

alteraciones electrolíticas(hipocalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, uremia).

Otras causas de íleo son: sepsis, abscesos intraabdominales, peritonitis, neumonía, anticolinérgicos, opiáceos, bloqueadores de los canales de calcio, cólico ureteral, hemorragia retroperitoneal, trauma medular, infarto de miocardio e isquemia mesentérica. El íleo biliar es una forma especial de obstrucción debido a un gran cálculo biliar que pasa al duodeno a través de una fistula bilioenterica y se aloja en la válvula ileocecal.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de obstrucción del intestino delgado son dolor abdominal tipo cólico, náusea, vómito y estreñimiento. El vómito es un síntoma más prominente en las obstrucciones proximales que en las distales. El carácter del vómito es importante, ya que con crecimiento bacteriano excesivo, el vómito es más fecaloide, o que sugiere una obstrucción más establecida. La expulsión continua de flatos y/o heces más de 6 a 12 hr después del inicio de los síntomas es característica de la obstrucción parcial, más que completa. Los signos de obstrucción del intestino delgado incluyen distensión abdominal que es más pronunciada si el sitio de obstrucción está en el íleon distal, y que puede estar ausente si la obstrucción está en la parte proximal del intestino delgado. Es probable que los ruidos intestinales sean hiperactivos al principio, pero en etapas avanzadas de la



obstrucción se escuchan ruidos mínimos. Las manifestaciones de la obstrucción estrangulada incluyen dolor abdominal, a menudo desproporcionado con los hallazgos abdominales, lo cual sugiere isquemia intestinal. A menudo hay taquicardia, dolor localizado a la palpación abdominal, fiebre, leucocitosis marcada y acidosis. Cualquiera de estos hallazgos debe alertar al médico sobre la posibilidad de estrangulación y la necesidad de intervención quirúrgica.

Diagnostico

Los hallazgos de laboratorio reflejan deficiencia de volumen intravascular y consisten en hemoconcentración por pérdida de líquidos y anomalías electrolíticas. Es frecuente la leucocitosis leve. En la placa simple de abdomen se pueden observar niveles hidroaéreos escalonados, disminución del aire en el colon, cuando la obstrucción es del intestino delgado, y elevación del diafragma por las asas, la sensibilidad varía entre el 70-80%, la especificidad es baja. Los estudios con medios baritados son útiles para distinguir un íleo adinámico de una obstrucción mecánica; en el íleo, el tránsito se demora de 4-6 horas, mientras que en la obstrucción mecánica, solo 1 hora para llegar al sitio de la obstrucción. La TAC tiene una sensibilidad del 80-90% y una especificidad entre el 70 a 90% en obstrucción del intestino delgado.

La pseudoobstrucción intestinal se puede estudiar por medios radiológicos como una

enteroclisia, usando una sonda avanzada al duodeno, la evaluación manométrica y los estudios con radionúclidos sirven para ver el tiempo del tránsito intestinal.

La obstrucción del intestino grueso es causada por un cáncer o por procesos inflamatorios como la diverticulitis, el vólvulo del sigmoide o del ciego. El sitio más frecuente del vólvulo es el sigmoide, seguido por el ciego, con la presencia de una enorme distensión colónica. El sigmoide muestra una imagen en grano de café cuando hay estrangulación e imagen de un gran riñón transparente en el vólvulo el ciego. El vólvulo del sigmoide se presenta como dos asas paralelas del sigmoide en posición vertical, lado con lado en la parte medial del abdomen, con las porciones ascendente y descendente del colon ubicadas lateralmente.

En la obstrucción maligna, sin inminencia de perforación, está indicado el colon por enema en una forma diferida. La colonoscopia está indicada cuando no hay signos de perforación o inminencia de la misma. Es importante recalcar que entre el 25 a 33 % de los pacientes con historia de cáncer pueden tener adherencias posoperatorias como causas de la obstrucción y no catalogarlos como carcinomatosis, por lo que se les debe ofrecer la oportunidad de una laparotomía.

Tratamiento

Las medidas básicas del tratamiento son:



- ✓ Sonda nasogástrica para descompresión del tracto comprometido y alivio parcial del dolor
- ✓ Administración liberal de líquidos
- ✓ Sonda vesical para medición del gasto urinario
- ✓ Corrección de anomalías electrolíticas y del desequilibrio ácido-básico
- ✓ Manejo del dolor con antiespasmódicos (buscapina, butilbromuro de hioscina)
- ✓ Valoración y manejo rápido de las enfermedades concomitantes (diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, etc)
- ✓ Endoscopia, rectosigmoidoscopia o colonoscopia en obstrucciones colonicas, principalmente en el vólvulo del sigmoide cuando no hay signos de gangrena o perforación

El tratamiento quirúrgico está indicado en:

- ✓ Pacientes con abdomen agudo francamente quirúrgico (perforación)
- ✓ Pacientes con signos de gangrena intestinal
- ✓ Pacientes a quienes se les ha proporcionado un tratamiento médico adecuado por un tiempo no mayor de 24 horas y no han mejorado
- ✓ Obstrucción colónica no resuelta por métodos endoscópicos

Bibliografía

- Cirugía general de Caicedo 2 ed celsus. Ruben E, Caicedo B
- Schwartz principios de cirugía 9 ed