
OBSTRUCCION INTESTINAL

Garde Lecumberri, Carlos (MIR Cirugía HVC); Artajona Rosino, Alicia (MIR Cirugía HVC); Cobo Huici, Francisco (Cirugía HVC)

CONSIDERACIONES INICIALES

La obstrucción intestinal es la interrupción completa y persistente del tránsito intestinal por un obstáculo físico. La clasificación etiológica es:

- Causa intraluminal: neoplasias, pólipos, bezoares, cálculos
- Causa intrínseca: atresia, estenosis, enfermedad inflamatoria intestinal
- Causa extraluminal: adherencias, tumores, hernias...

La etiología mas frecuente es la adherencial posquirúrgica, la segunda las hernias complicadas y en tercer lugar las neoplasias

La fisiopatología del cuadro viene determinada por el acúmulo de gas y líquido proximal al punto de oclusión. Aumenta la presión intraluminal y el intestino lucha para empujar el contenido. Si la presión sigue aumentando puede llegarse a compromiso de la irrigación vascular de la pared intestinal, pierde sus funciones y puede llegar a la necrosis.

EVALUACION DIAGNÓSTICA

Los antecedentes son importantes y hay que preguntar acerca de intervenciones previas, neoplasias, radiaciones...La clínica se caracteriza por dolor que es el síntoma más frecuente. Es de tipo cólico y si se hace continuo y aumenta de intensidad sugiere fases avanzadas con compromiso vascular. El vómito es otro signo presente. Dependiendo de sus características nos podrá orientar acerca del nivel de obstrucción: bilioso, oscuro, fecaloideo. La ausencia de emisión de gases y heces por ano debe ser investigada con minuciosidad. Puede haber obstrucción con deposición.

Exploración física

Puede haber signos de deshidratación, sobre todo en fases avanzadas. La distensión abdominal con aumento de perímetro es frecuente pero no es excluyente. Hay que buscar cicatrices quirúrgicas y hernias en todos los orificios herniarios. Si la palpación es dolorosa sobre todo en forma localizada y hay signos de peritonismo hay que sospechar que estamos ante un cuadro avanzado. Se pueden palpar masas. La auscultación no debe faltar y podemos encontrar desde normalidad, peristaltismo aumentado, de lucha, ruidos metálicos o silencio abdominal dependiendo de la fase en que se encuentre el paciente. El tacto rectal es mandatorio para descartar masas obstructivas, sangre u otros.

Pruebas complementarias

La radiología de tórax y abdomen en 2 proyecciones (decúbito y ortostático) proporcionan mucha información. La obstrucción de intestino delgado se caracteriza por dilatación de asas proximales a la obstrucción que adoptan imágenes en pilas de monedas y no se ve aire en colon. Son típicos también los niveles hidroaéreos. Deben investigarse signos de edema de la pared intestinal y aerobilia que orientan hacia el íleo biliar como causa específica. La oclusión de colon da una imagen de dilatación del marco cólico hasta el punto de obstrucción. Si la válvula ileocecal es incompetente puede haber también dilatación de delgado. En el caso de colon pueden presentarse signos como el grano de café que sugiere vólvulo intestinal.

En la analítica de sangre podemos encontrar signos de deshidratación, hemoconcentración y en fases más avanzadas leucocitosis con desviación izquierda. Puede haber alteraciones de los iones de la sangre si el paciente ha vomitado o han pasado muchas horas desde el inicio del cuadro.

Otras pruebas de imagen pueden ser útiles como el TAC para investigar causas ocultas. La ecografía frecuentemente no es valorable por la presencia de gas intestinal. El enema opaco está justificado si se sospecha obstrucción del colon pero hay que planificarlo para no entorpecer otras pruebas posteriores

Diagnóstico diferencial

Ileo adinámico. Es la detención del tránsito intestinal sin obstáculo físico. La etiología puede ser metabólica, farmacológica, vascular, secundaria a dolor abdominal, peritonitis, encamamiento u otros. Normalmente cursa sin dolor abdominal, el paciente presenta antecedentes relacionados con alguna de las causas. La radiografía de abdomen puede tener varios patrones aunque frecuentemente demuestra una distribución de gas por el intestino delgado y grueso sin patrón definido.

TRATAMIENTO

Los pacientes con sospecha de oclusión intestinal deben ser valorados por el cirujano. El tratamiento inicial será habitualmente conservador y debe incluir la reposición hidroelectrolítica adecuada, analgesia si es necesaria y la reevaluación periódica. El paciente estará en dieta absoluta. La colocación de sondas de descompresión tanto gástricas como rectales deben ser analizadas en cada caso. Hay causas como la hernia complicada que requiere de tratamiento quirúrgico inmediato

1. Gordon P, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. 2ª ed. St. Louis Quality Medical Publishing. 1999
2. Perera S, García H. Cirugía de Urgencia. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1997