



Capítulo 38

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A. Mira Vázquez - A. Blanco Bravo

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS

- ▲ Es un cuadro clínico consecuencia de la detención completa y persistente del tránsito de gases y contenido intestinal en algún punto del tubo digestivo. Es uno de los cuadros más frecuentes en la urgencia quirúrgica. Desde el primer momento es importante diferenciar dos cuadros: **ileo paralítico** y **obstrucción mecánica**.

1.- ILEO PARALÍTICO

- ▲ Supone una alteración en la motilidad intestinal sin que exista un obstáculo real al tránsito intestinal.
 - **Etiología:** postquirúrgico; reflejo por traumatismos pélvicos o de columna; secundario a procesos infecciosos intraabdominales o retroperitoneales; metabólico (uremia, hipokaliemia, coma diabético).
 - **Clinica:** cursa con náuseas y vómitos, dolor abdominal generalizado de intensidad leve y cese en la emisión de heces y gases con distensión abdominal.
 - **Exploración:** abdomen distendido y timpánico generalizadamente; a la auscultación ausencia de ruidos peristálticos. No cursa con reacción peritoneal ni con defensa abdominal.
 - **Diagnóstico:** Rx abdominal en decúbito y bipedestación que demostrará dilatación de intestino delgado y grueso con gas en ampolla rectal. Solicitar analítica: Hemograma, estudio de coagulación, glucosa, urea e iones, gases venosos y amilaseemia.
 - **Tratamiento:** Además de tratar la causa subyacente consiste en dieta absoluta, SNG con aspiración continua y sueroterapia con reposición hidroelectrolítica.

2.- OBSTRUCCIÓN MECÁNICA

- ▲ Es importante distinguir dos entidades diferentes: Obstrucción de intestino delgado y de intestino grueso, ya que tanto la etiología como el manejo son distintos en una y otra.

ETIOLOGÍA

- ▲ La causa más frecuente de obstrucción de delgado son las bridas o adherencias en los pacientes operados (35-40%); y la segunda más frecuente son las hernias incarceradas (20-25%).
- ▲ La causa más frecuente de obstrucción de colon es la neoplasia de recto-sigma.
- ▲ En los menores de dos años lo más frecuente es la invaginación intestinal.
- ▲ Otras posibles causas son los vólvulos (de delgado en niños y de sigma en adultos) y la diverticulitis aguda.

FISIOPATOLOGÍA

- ▲ Los dos hechos más importantes son la distensión intestinal proximal a la obstrucción y la pérdida de líquidos y electrolitos debida al tercer espacio que se produce en la luz intestinal.

- ▲ Además se produce un sobrecrecimiento bacteriano que puede originar sepsis.
- ▲ Cuando la distensión abdominal es importante hay interferencia con la circulación intestinal lo que puede producir isquemia con necrosis y perforación, provocando un cuadro de peritonitis aguda.

CLÍNICA

- ▲ El síntoma más frecuente es el *dolor abdominal de tipo cólico y difuso*. Cuando se produce isquemia y gangrena intestinal se torna continuo e intenso.
- ▲ Náuseas y vómitos; sus características están en relación con el nivel de la obstrucción; así serán *claros* en casos de estenosis pilórica, biliosos en obstrucciones de delgado alto y *fecaloideos* en obstrucciones bajas. En la obstrucción de colon son tardíos y fecaloideos.
- ▲ Ausencia de emisión de heces y gases.
- ▲ Deshidratación por las alteraciones hidroelectrolíticas que se producen por el tercer espacio que se crea en la luz intestinal.

EXPLORACIÓN

- ▲ Determinar el estado general del paciente, signos vitales y signos de deshidratación así como la existencia de fiebre.
- ▲ Inspección abdominal: encontraremos un grado variable de distensión abdominal. Ante la sospecha de una obstrucción intestinal es fundamental una inspección rigurosa del abdomen, buscando cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas y EXPLORACIÓN SIEMPRE DE TODOS LOS ORIFICIOS HERNIARIOS, BUSCANDO HERNIAS INCARCERADAS.
- ▲ Palpación: el abdomen es generalmente doloroso de forma difusa a la palpación profunda. Pueden existir signos de irritación peritoneal y defensa muscular que deben alertarnos de la posibilidad de necrosis y/o perforación intestinal.
- ▲ A la auscultación lo característico son ruidos intestinales aumentados, de lucha, con tono metálico.
- ▲ Percusión: timpanismo.
- ▲ Tacto rectal: puede evidenciar fecalomas, neoplasias rectales, masas abdominales, restos hemáticos en heces, etc. "Mejor meter el dedo que meter la pata".

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▲ Analítica básica: *Hemograma y estudio de coagulación, glucosa, urea, iones, gases venosos, gasometría arterial basal si disnea y amilasemia*. Generalmente se detecta deshidratación con pérdida de todos los electrolitos y cierta tendencia a la acidosis metabólica por disminución de bicarbonato. La leucocitosis suele ser leve o moderada a no ser que haya necrosis intestinal.
- ▲ *Rx de tórax PA y lateral*.
- ▲ *Rx abdomen en decúbito y bipedestación*. Es la prueba diagnóstica más útil.
 - En obstrucciones de delgado se observan asas dilatadas y niveles hidroaéreos, producidos por acúmulo de gas y líquido en las asas proximales a la obstrucción. Las asas generalmente adoptan una posición central y la imagen de las válvulas conniventes atraviesa toda la sección del asa mostrando la típica imagen "*en pila de monedas*".
 - En obstrucciones de colon se objetiva dilatación del marco cólico hasta el nivel de la obstrucción; y los pliegues de las haustras no atraviesan completamente



el asa. Cuando el ciego está dilatado más de 10 cm hay alto riesgo de perforación. Puede coexistir una dilatación del delgado si la válvula ileocecal es incompetente lo que reduce las posibilidades de perforación.

- Hay situaciones que cursan con imágenes Rx características; por ejemplo en los vólvulos se produce "*imagen en grano de café*"; la tríada del *ileo biliar* consiste en aerobilia más obstrucción de delgado más imagen del cálculo emigrado generalmente en fosa ilíaca derecha.
- Si el paciente no tolera la bipedestación, se hará en decúbito lateral con rayo horizontal.
- ▲ Cuando se sospecha una obstrucción de colon está indicada la realización de enema opaco que puede evidenciar estenosis neoplásicas. En casos de vólvulo intestinal puede ser diagnóstico y terapéutico. En casos de vólvulo de sigma la colonoscopia también puede resolver el cuadro.

TRATAMIENTO

- ▲ Depende en gran medida de la causa de la obstrucción.
- ▲ Ante cualquier obstrucción intestinal las medidas básicas iniciales incluyen: dieta absoluta, aspiración nasogástrica, rehidratación y reposición hidroelectrolítica. Si hay datos de sepsis se deben asociar antibióticos, por ejemplo *Gentamicina* (5 mg / kg peso vía intravenosa cada 24 horas) + *Metronidazol* (500 mg intravenosos cada 8 horas) ó *Metronidazol* (dosis descritas) + *Cefotaxima* (1 gr i.v cada 8 horas) (ver capítulo 54).
- ▲ En los casos de obstrucción por bridas se intenta inicialmente tratamiento conservador ya que un importante porcentaje de estos casos se resuelven con estas medidas. Debe hacerse valoración continuada del paciente y si el cuadro no se resuelve en 48-72 horas, o existe un empeoramiento clínico, analítico o radiológico, está indicada la cirugía urgente.
- ▲ Una hernia encarcerada es siempre indicación de cirugía urgente.
- ▲ En los casos de neoplasias obstructivas de recto-sigma lo ideal es, si la obstrucción no es completa, preparar al paciente para cirugía electiva. Si la dilatación del marco cólico es importante (ciego de 10 cm) o existen signos de necrosis intestinal, hay indicación de cirugía urgente.
- ▲ En casos de vólvulo sigmoide debe intentarse la desvolvulación mediante sonda rectal, enema opaco o rectosigmoidoscopia.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Torres Moreno C, Hernanz Hernández MI. Obstrucción intestinal. En: Lobo Martínez E, editor. Manual de Urgencias Quirúrgicas. Madrid: IM&C; 2000. p.155-161.
- ▲ Lozano Salvá L, Guadarrama González FJ, Benavides Buleje JA, Sánchez de Pedro F, Calvo Córdoba A, López López A. Obstrucción intestinal. En: Benavides Buleje JA., García Borda FJ, Guadarrama González FJ, Lozano Salvá LA, García Carranza A., Martín Esteban ML et al., editores. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid:SmithKline Beecham; 1998. p. 233-238.
- ▲ Ellis H. Acute Intestinal Obstruction. En: Schwartz SI, Ellis H, Husser WC editors. Maingot's Abdominal Operations. 9th. ed. New York: Appleton & Lange; 1990. p. 887-903.