

Oclusión intestinal . Clasificación, diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. CLASIFICACIÓN

1.1. Clasificación etiológica.

1.1.1. Oclusión mecánica.

1.1.1.1. Estrechamiento del calibre: Se trata de estenosis por engrosamiento de la pared intestinal de origen:

- a. Inflamatorio.
- b. Traumático.
- c. Vascular
- d. Tumoral.

1.1.1.2. Obstrucción de la luz intestinal: puede ser causada por:

- a. Parásitos.
- b. Cálculos biliares
- c. Fecalomas y otros cuerpos extraños.

1.1.1.3. Obstrucción intestinal por adherencias y bridas.

- a. Congénitas.
- b. Inflamatorias
- c. Traumáticas
- d. Neoplásicas.

1.1.1.4. Hernia Externa o interna

1.1.1.5. Vólvulos

1.1.1.6. Invaginación

1.1.1.7. Anomalías del desarrollo.

1.1.1.8. Compresiones extrínsecas causadas por neoplasias.

1.1.2. Por desequilibrio nervioso. (oclusión neurógena)

1.1.2.1. Ileo por inhibición. (paralítico o adinámico)

1.1.2.2. Ileo espasmódico dinámico.

1.1.3. Por obstrucción vascular.

1.1.3.1. Embolia o trombosis mesentérica

1.2. Clasificación Topográfica. Aplicable fundamentalmente en las oclusiones mecánicas.

1.2.1 Del intestino Delgado.

1.2.1.1. Alta: desde duodeno hasta la 1ª asa yeyunal

1.2.1.2. Baja: desde la 1ª asa yeyunal hasta la válvula ileocecal.

1.2.2. Del intestino Grueso.

2. DIAGNÓSTICO

Se precisará el tipo de oclusión, determinando en caso de ser mecánica, el diagnóstico de localización y la presencia o no de compromiso vascular. Este diagnóstico se basará en:

2.1. Antecedentes..

2.2. Cuadro clínico

2.3. Síntomas y Signos:

Presencia de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y no expulsión de heces ni gases. Esto puede variar en orden de aparición e intensidad en dependencia del nivel de la oclusión. Se deberá precisar la presencia de cicatrices quirúrgicas abdominales y examinar los orificios herniarios.

La auscultación abdominal es de gran importancia. Puede encontrarse aumento de los ruidos hidroaéreos en las oclusiones mecánicas, que son susceptibles de estar disminuidos o ausentes en el íleo-paralítico adinámico y en las fases terminales o de adinamia del íleo-mecánico. El tacto rectal es obligatorio.

2.4. Exámenes de diagnóstico.

2.4.2. Imagenología:

2.4.2.1. Rx de abdomen simple en posición de pie o de decúbito frontal o lateral, con el rayo horizontal (Pancoast).

2.4.2.2. Ultrasonido (Doppler) con gran valor en la trombosis mesentérica).

2.4.2.3 TAC de abdomen (simple o con contraste oral o I.V.).

2.4.2.4. Colon por enema, si se sospecha de oclusión de éste, nunca se debe de practicar si hay signos de peritonitis.

2.4.3. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma y hematocrito.
- Ionograma y Gasometría.

2.4.4. Rectosigmoidoscopia: Tiene valor en pacientes con oclusión causada por afección del rectosigmoides.

2.4.5. Punción abdominal: tiene utilidad para el diagnóstico de compromiso vascular.

3. TRATAMIENTO

3.1. Oclusión mecánica.

3.1.1. Periodo preoperatorio: terapéutica sustitutiva, descompresión por sonda, antibioticoterapia y oxigenoterapia.

3.1.1.1. Oclusión mecánica sin compromiso vascular:

- a. De pocas horas de evolución: se hidratará al enfermo durante aproximadamente 3 h. para lograr una diuresis de 40 – 50 ml /h.
- b. De largo tiempo de evolución o si se observa mal estado general: el enfermo requiere de 8-24 h. para poder reponer las pérdidas de acuerdo con el hematocrito, el grado de la deshidratación y la PVC.
- c. Antibióticos (ver el presente manual).
- d. Oxigenoterapia.
- e. Descompresión con sonda nasogástrica, de Miller-Abbot o similar.
- f. Mantener una estrecha vigilancia del paciente.

3.1.1.2. Oclusión intestinal con válvula ileocecal competente: Debe intervenir rápidamente (en un periodo de 2-4 h.) para evitar el riesgo de una perforación.

3.1.1.3. Oclusión con compromiso vascular: Debe abreviarse al máximo la terapia sustitutiva, sin prolongarse más allá de 4 hrs.

- a. Descompresión con sonda nasogástrica.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Antibióticoterapia (ver el presente manual).

3.1.1.4. Oclusión con compromiso vascular y shock.

Se tratará como un shock séptico y, si el paciente no se recupera en el termino de 2 h., se operará en estas condiciones.

3.1.2. Tratamiento Quirúrgico. Se suprimirá el obstáculo y se restituirá, de ser posible, el transito normal.

3.1.2.1. Oclusión de asas delgadas:

Se resuelven seccionando, en unos pacientes, el o los anillos herniarios o bridas y en otros, realizando resecciones intestinales y anastomosis primarias.

En ocasiones se practicará enterostomías, extracción de cuerpos extraños y enterorragias. En los tumores irresecables se puede realizar una derivación interna.

3.1.2.2. Oclusión de Intestino Grueso:

a. Sección de los anillos herniarios o bridas.

b. Vólvulos del Sigmoides (ver el presente manual).

c. Oclusión del colon derecho: Se debe realizar hemicolectomía con ileotrasversostomía término-terminal en 1 o 2 planos; al finalizar la operación y bajo anestesia se hará dilatación anal forzada. d. Oclusión de la mitad izquierda del colon transversal, el colon descendente o el rectosigmoides: se descomprimirá por una transversostomía distal al ángulo hepático, que constituirá la finalidad de la intervención, y, en algunos casos, colostomía tipo Hartman. (Ver en este manual: colostomía).

c. En los procesos obstructivos con perforación el ciego se realizará, preferiblemente, colectomía ampliada con sección intestinal ileal y distal a la obstrucción e íleocolostomía término-terminal en 1 ó 2 planos, con dilatación anal forzada al finalizar la operación. En pacientes que presenten mal estado general se realizará cecostomía asegurando la viabilidad del remanente cecal. (ver en el presente manual: colostomía) o excepcionalmente leostomía derivativa temporal.

3.1.3. Descompresión:

3.1.3.1. En las oclusiones de asas delgadas: sin resección intestinal, la descompresión se efectuará por sonda nasogástrica, haciéndola progresar, en caso de ser posible, hasta el intestino delgado para facilitar su aspiración.

Debe evitarse en lo posible la enterotomía descompresiva.

3.1.3.2. En las oclusiones de colon (resueltas por sección de las bridas, quelotomías o destorsión de vólvulos): se realizará la descompresión en el acto quirúrgico, mediante una sonda colocada en el recto.

3.1.3.3. En las oclusiones resueltas por resección y anastomosis primaria, se llevará a cabo la descompresión antes de la anastomosis.

3.1.3.4. En las oclusiones descomprimidas por colostomías (ver en este manual: colostomía) .

3.1.4. Periodo postoperatorio:

3.1.4.1. Se sustituirá, progresivamente el déficit, tanto hidromineral como ácido base, existente, de acuerdo con el hematocrito, el hemograma y la

gasometría.

3.1.4.2. Se suprimirá la aspiración por sonda y se reiniciará la alimentación oral una vez establecido el peristaltismo intestinal y desaparecida la distensión abdominal.

3.1.4.3. Antibióticoterapia (ver el presente manual).

3.2. Ileo paralítico.

3.2.1. Profilaxis del íleo postoperatorio:

3.2.1.1. Técnica quirúrgica cuidadosa y depurada.

3.2.1.2. Aspiración gástrica en las operaciones abdominales.

3.2.1.3. Evitar los desequilibrios hidro-electrolíticos.

3.2.1.4. Evitar el uso excesivo de sedantes y narcóticos en el postoperatorio.

3.2.1.5. Movilizar precozmente al paciente.

3.2.1.6. Evitar las retenciones urinarias y dilataciones agudas gástricas.

3.2.1.7. En caso de suturas de colon se debe realizar dilatación anal, al terminar el acto quirúrgico.

3.2.1.8. En casos de gran manipulación intestinal, o actos quirúrgicos prolongados, se pueden usar colinérgicos como la prostigmina.

3.2.2. Tratamiento.

3.2.2.1. Tratar la causa.

3.2.2.2. Descompresión con sonda nasogástrica.

3.2.2.3. Hidratación y prevenir los trastornos electrolíticos.

3.2.2.4. Uso de parasimpáticomiméticos (colinérgicos), simpaticolíticos y procinéticos (Metoclopramida).