

Oclusiones agudas del intestino delgado del adulto

C. Trésallet, B. Royer, F. Menegaux

La oclusión aguda del intestino delgado es frecuente. La rapidez en formular el diagnóstico y en instaurar el tratamiento condiciona el pronóstico vital inmediato y el pronóstico funcional digestivo a medio y largo plazo. Las manifestaciones clínicas y los antecedentes suelen orientar el diagnóstico, que se confirma con una radiografía simple de abdomen. En los casos dudosos o atípicos, la tomografía computarizada abdominopélvica ha permitido ganar en los últimos años un valioso tiempo en la formulación del diagnóstico. Aunque muchas oclusiones pueden recibir tratamiento médico, la indicación quirúrgica no debe retrasarse en los pacientes con una oclusión mecánica que no desaparece con dicho tratamiento o que presentan signos de agravamiento del trastorno digestivo.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Oclusión; Intestino delgado; Tratamiento no quirúrgico; Cirugía del intestino delgado

Plan

■ Introducción	1
■ Fisiopatología	1
■ Diagnóstico positivo de oclusión aguda del intestino delgado	2
Manifestaciones clínicas	2
Pruebas de laboratorio	2
Exploraciones radiológicas	3
■ Principios generales del tratamiento de las oclusiones agudas del intestino delgado	4
Tratamiento médico	4
Tratamiento quirúrgico	5
■ Tratamiento quirúrgico de las oclusiones agudas del intestino delgado según la causa: aspectos técnicos	10
Oclusiones por estrangulamiento	10
Oclusiones por obstrucción	14
Oclusiones por isquemia	17
Oclusiones mixtas, funcionales y orgánicas	17

■ Introducción

La oclusión aguda del intestino delgado es una afección frecuente. Es motivo de numerosas hospitalizaciones, con un impacto socioeconómico importante. Como indica el título de este artículo, sólo se estudiarán las oclusiones mecánicas o mixtas que requieren un tratamiento quirúrgico, con exclusión de las oclusiones paralíticas y funcionales, que sólo necesitan un tratamiento médico. La causa principal es la oclusión del intestino delgado por una brida, que en más del 90% de los casos se produce después de una laparotomía. En

esta situación, el cirujano debe enfrentar dos desafíos: uno es el diagnóstico, en el cual la exploración física y la tomografía computarizada (TC) son fundamentales, y otro la indicación quirúrgica: cuáles son los enfermos que hay que operar y cuándo hacerlo.

■ Fisiopatología

La oclusión intestinal aguda se define por la interrupción de la progresión del contenido intestinal, de aparición brusca o progresiva a lo largo de varios días. La cronología de las manifestaciones depende de la localización de la oclusión: vómitos más precoces e interrupción del tránsito más tardía si la oclusión es alta. La distensión intestinal pronto produce dolores abdominales y una acumulación de gas y de líquidos digestivos por encima de la oclusión, lo que lleva a una retención de líquidos (tercer espacio), a menudo considerable. Desde el punto de vista clínico y biológico, de forma casi constante se observan alteraciones hidroelectrolíticas a modo de deshidratación, que se incrementan a causa de los vómitos y que a veces se agravan por la edad avanzada y el contexto polipatológico de los pacientes.

Si el tratamiento no se instaura con rapidez, el síndrome oclusivo avanza de forma espontánea hacia un aumento de las alteraciones hidroelectrolíticas, a su vez responsables de una insuficiencia renal aguda (insuficiencia renal aguda oligoanúrica, necrosis tubular aguda), arritmias cardíacas o insuficiencia cardíaca aguda (hipovolemia, hiper o hipopotasemia), acidosis metabólica o incluso trastornos de la conciencia (relacionadas con una sepsis o con alteraciones iónicas). La dilatación del tubo digestivo puede conducir a la

perforación (peritonitis) y a la isquemia, a veces extendida, o a la translocación de gérmenes digestivos a través de la pared. En todos los casos, el cuadro clínico evoluciona hacia un síndrome séptico que se complica con una insuficiencia multivisceral.

■ Diagnóstico positivo de oclusión aguda del intestino delgado

La exploración física y la radiología permiten, por una parte, confirmar el diagnóstico de síndrome oclusivo y, por otra, determinar su causa.

Manifestaciones clínicas

Estado general

El estado general del paciente es un buen indicador de la evolución del síndrome oclusivo en cuanto a duración y gravedad. La tolerancia clínica de una oclusión por estrangulamiento, después de varias horas de evolución, es a menudo muy baja; puede desarrollarse taquicardia, hipotensión y deshidratación. La alteración del estado general, los trastornos del tránsito y una hemorragia digestiva (melena, rectorragias) que comenzó unas semanas antes (pérdida de peso, astenia, anorexia), orientan hacia una causa oncológica. La asociación de fiebre orienta hacia una causa infecciosa o una complicación de la propia oclusión.

Anamnesis

Una anamnesis bien conducida permite sospechar el diagnóstico y el mecanismo causal. Se recaban los antecedentes quirúrgicos (apendicectomía, neoplasia intestinal, etc.) y no quirúrgicos (tratamientos previos) del paciente. La inspección del abdomen permite detectar cicatrices parietales, eventraciones o hernias.

Deben detectarse cuatro manifestaciones principales: dolor, vómitos, falta de eliminación de gases y materia fecal y meteorismo (distensión) abdominal.

El dolor abdominal es el síntoma inaugural en más del 80% de los casos. De aparición repentina, al principio es intenso, a veces espasmódico y localizado, sin que el paciente encuentre una posición que lo alivie; conduce a pensar en un mecanismo de torsión con vólvulo de un segmento digestivo sobre sí mismo o sobre una brida. Localizado a modo de un abultamiento sensible al tacto por debajo de una cicatriz abdominal o de un orificio herniario (umbilical, inguinal, etc.), sugiere un estrangulamiento. Cuando es de aparición progresiva, a lo largo de varios días o semanas, hace pensar en la obstrucción del tubo digestivo por un tumor. Cuando se acompaña rápidamente de un estado de shock en un paciente de edad avanzada obliga a pensar en una isquemia mesentérica.

Los vómitos acompañan al dolor abdominal en más del 80% de los casos. Cuando lo hacen de forma precoz o concomitante con el dolor, probablemente indican una oclusión alta del intestino delgado, incluso del duodeno, rara vez del estómago. En este caso son incoercibles, alimentarios o biliosos, y calman el dolor inicialmente. Cuando aparecen de forma tardía (o incluso faltan y en su lugar se observa anorexia completa o náuseas) llevan a pensar más bien en una oclusión baja ileal o colorrectal. En este caso son malolientes y fecaloides.

La interrupción de la emisión de heces y sobre todo de gases, cuando es manifiesta, certifica el diagnóstico de oclusión. Sin embargo, no siempre es fácil confirmarlo en los pacientes que sufren estreñimiento crónico o alteraciones de las funciones superiores. La aparición

es tardía cuando la oclusión es alta y el segmento intestinal distal a la obstrucción sigue vaciándose a menudo durante varias horas, a veces con diarrea. Cuando la oclusión es baja, la interrupción total del tránsito intestinal suele ser la primera manifestación y el paciente tiene la sensación de que la evacuación de heces y gases le traería alivio.

El meteorismo expresa la distensión de las asas intestinales por encima del obstáculo. A menudo, los pacientes dicen sentir una hinchazón inhabitual que les impide cerrar el pantalón o ajustarse el cinturón («signo del cinturón»). La intensidad del meteorismo depende de la altura de la obstrucción: si falta o es moderada, certifica una oclusión alta; si es considerable, hace pensar en una oclusión ileal (o cólica).

Palpación

La palpación abdominal progresiva de todos los cuadrantes demuestra, la mayoría de las veces, una sensibilidad abdominal difusa. Se trata de encontrar la localización más dolorosa (sospecha de sufrimiento de asa) o la presencia de una masa (hernia, eventración, tumor, intestino distendido). El signo de defensa muscular, localizado o generalizado, es inconstante, pero confirma la presencia de un sufrimiento intestinal avanzado o de una peritonitis. Las cicatrices deben palparse en busca de un estrangulamiento por eventración. De igual modo, los orificios herniarios (umbilical, inguinal, crural) deben palparse regularmente en busca de una posible hernia estrangulada. En estos casos, se palpa una masa dolorosa, irreducible, no impulsada por la tos y, a veces, inflamatoria cuando el estrangulamiento lleva varias horas de evolución. La percusión revela, según el grado de meteorismo, un timpanismo abdominal localizado o generalizado. Una matidez en los flancos señala una acumulación de líquido intraperitoneal, con mucha frecuencia asociada a oclusiones avanzadas. Los tactos pélvicos (rectal y/o vaginal) deben hacerse en todos los casos en busca de una masa pélvica dura (tumor, carcinosis), renitente (absceso, derrame) o dolorosa.

Auscultación

La auscultación abdominal a veces permite determinar la gravedad de un síndrome oclusivo, en especial del intestino delgado. Es fundamental tener paciencia y auscultar durante al menos 1 minuto en busca de ruidos intestinales (borborigmos). La ausencia completa de éstos ensombrece el pronóstico, pues podría deberse a una isquemia mesentérica («silencio sepulcral»). Por el contrario, los ruidos repetidos e intensos estarían a favor de la lucha intestinal contra un obstáculo.

Pruebas de laboratorio

Ninguna prueba es específica, aunque permiten evaluar la repercusión y la gravedad del síndrome oclusivo sobre la homeostasia. En la valoración biológica también deben considerarse algunos parámetros que contribuyan al diagnóstico causal y permitan preparar al paciente para una posible cirugía.

Puede haber leucocitosis neutrófila (leucocitos superiores a 10.000/mm³, con una neutrofilia superior al 80%), proteína C reactiva (CRP) elevada, superior a 15 mg/l (N < 5) y velocidad de sedimentación globular (VSG) acelerada. Estos resultados serían un indicio claro de síndrome inflamatorio relacionado con un sufrimiento intestinal (isquemia) o una infección bacteriana (peritonitis, absceso, etc.). Sin embargo, en las publicaciones no hay ningún argumento que permita afirmar que el grado de leucocitosis o de CRP constituye criterios de gravedad de una oclusión. Al parecer, la procalcitonina es una proteína cuya secreción está específicamente relacionada con un síndrome inflamatorio de origen bacteriano. Falta determinar su utilidad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287194>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287194>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)