

11209²³

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

TITULO: ANALISIS RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS EN LA
OBSTRUCCION INTESTINAL, EN EL HOSPITAL RE-
GIONAL " PRIMERO DE OCTUBRE ".

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

DR. FRANCISCO DE JESUS CRUZ CANSECO.

FEBRERO, 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I.-	TEMA	1
II.-	RESUMEN - SUMMARY	2
III.-	INTRODUCCION	3
IV.-	MATERIAL Y METODO	5
V.-	RESULTADOS	6
VI.-	COMENTARIO	13
VII.-	REFERENCIAS	15

I.- TITULO

O B S T R U C C I O N

I N T E S T I N A L

II.- RESUMEN

Se revisó una serie de 82 casos de obstrucción intestinal mecánica presentados en el Hospital Regional "Primer de Octubre" del I.S.S.S.T.E durante cinco años. 76 casos se localizaron en el intestino delgado y 6 en colon. Las bridas o adherencias fueron la causa más frecuente de obstrucción en 22 casos, en segundo lugar las hernias con 10 casos. La mayoría de los pacientes tenían 60 a 70 años de edad. Hubo un predominio en la incidencia del sexo femenino sobre el masculino 1.2: 1. No hubo defunciones en 53 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente. Hubo 6 complicaciones postoperatorias y el promedio de días de estancia en el hospital fue de 8.6 días.

Palabras clave: Obstrucción intestinal.

II.- SUMMARY

Eighty two cases of mechanical intestinal obstruction - treated within five years at the Hospital Regional "Primer de Octubre" del I.S.S.S.T.E. were studied. Seventy six had small bowel obstruction and six had large - bowel obstruction. Adhesions were the most frequent cause of intestinal obstruction and found in twenty two cases, and less frequent hernia, in ten cases. Most the patients were sixty decade. There was a higher incidence in over males females.

The ratio was 1.2 to 1. Operation was performed in fifty three patients, without postoperative mortality - none caso. There were six postoperative complications - and the average hospital stay was 8.6 days those undergoing operation.

Key words: intestinal obstruction.

III.- INTRODUCCION

La obstrucción intestinal es la dificultad para el paso del contenido intestinal a través del tubo digestivo, -- siendo una de las causas más serias y frecuentes que requieren laparotomía exploradora de urgencia. El tratamiento de este padecimiento ha variado en diferentes -- épocas. Así tenemos que Fitz en el siglo pasado recomendó fundamentalmente sólo tratamiento médico, dejando a la cirugía como último recurso. (1) Wangesteen en 1931 recomendó la descompresión intestinal primaria como un procedimiento con buenos resultados. (2)

Stewardson reportó en 1978 que las adherencias o bridas continúan siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal cuando se combinan todos los grupos de edad. Las hernias inguinales estranguladas que antes eran la causa más común, ocupan ahora el segundo lugar y las -- neoplasias del intestino el tercero. A estos tres agentes etiológicos les corresponde más del 80% de todas -- las obstrucciones intestinales. (3) Ostericher y Kevin en 1991 publicaron dos casos de obstrucción intestinal después de anastomosis por engrapadoras. (4)

En una revisión de Raf de 1477 casos de obstrucción intestinal por adherencias encontró que el 86% estuvieron relacionados con cirugía intraabdominal previa, más comúnmente procedimientos ginecológicos, apendicectomía e intestino delgado. (5)

Brolin en 1983 encontró que solamente 12% de 91 pacientes con obstrucción parcial tratados con sonda nasogástrica o nasointestinal requirieron tratamiento quirúrgico. (6) Hay estudios de Peetz y Gannell que demuestran que un pequeño porcentaje de pacientes (17 a 25%) con imagen radiográfica de obstrucción completa respondieron a la entubación intestinal y no requirieron tratamiento quirúrgico. (7)

Con la cirugía para la obstrucción intestinal usada más frecuentemente en el siglo XIX, ha ocasionado una consiguiente disminución de la mortalidad en un 60% para 1908 y 20% para 1940. En la actualidad la mortalidad es tan por debajo del 10%. La disminución en el porcentaje de la mortalidad está relacionado a los adelantos de -- las técnicas quirúrgicas y anestésicas pero principal--

mente a un mejor entendimiento del intercambio de líquidos y electrólitos que se presenta en el intestino delgado y la capacidad para corregir las pérdidas intravagulares con la administración de soluciones. (8) La mortalidad quirúrgica para la obstrucción mecánica simple que requiere cirugía es del 1%.

Bizer y Cola. han sugerido que el tratamiento médico debe ser iniciado y mantenido si el alivio es visto de 12 a 24 horas. (9) Estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado la incapacidad para diagnosticar exactamente la obstrucción con estrangulación. Como resultado, algunos cirujanos han demostrado la cirugía temprana en todos los casos de obstrucción intestinal. (10)

El objetivo de este estudio retrospectivo es el de efectuar una evaluación del tratamiento de la obstrucción intestinal en nuestro hospital en los últimos cinco años de trabajo y conocer los resultados obtenidos.

IV.- MATERIAL Y METODO

Se revisaron todos los casos de obstrucción intestinal mecánica hospitalizados en el servicio de cirugía general, en el Hospital Regional " Primero de Octubre "., - del 16 de Febrero de 1987 al 11 de Septiembre de 1992. El total de pacientes estudiados fue de 141, de los cuales se excluyeron 59 por no encontrarse el expediente, enteritis por radiación, carcinomatosis, obstrucción -- parcial, enfermedad vascular mesenterica o hernias que fueron reducidas inmediatamente. Los restantes 82 casos son la base del estudio.

El diagnóstico de obstrucción completa fue hecho de --- acuerdo a los siguientes criterios: historia de dolor - abdominal, náusea o vómito y obstipación, los hallazgos físicos de distensión abdominal y alteración de la pe-- ristalsis así como la evidencia radiológica de obstruc-- ción.

La infección de la herida fue definida como la presen-- cia de material purulento por la herida quirúrgica.

La laparotomía fue llevada a cabo a través de inscio-- nes previas o en la línea media, el intestino estrangulado o lesionado durante la enterólisis fue reseca y la continuidad se restauró por anastomosis primaria. En todos los pacientes operados se comprobó el diagnóstico de obstrucción.

V.- RESULTADOS

- 1.- ETIOLOGIA De los 82 casos estudiados de obstrucción intestinal 76 se localizaron en el intestino delgado y los 6 casos restantes se localizaron en colon. La causa más frecuente de obstrucción fueron las --bridas o adherencias, siguiendo en orden de frecuencia las hernias externas y los trastornos del colon. (Tabla I).

TABLA I. ETIOLOGIA EN 82 CASOS DE
OBSTRUCCION INTESTINAL

ETIOLOGIA	n
Adherencias o bridas	22
Hernias externas	10
Trastornos del colon	6
Apendicitis	4
Hernia interna	3
Perforación intestinal	2
Otros	6
	82

La causa más frecuente de obstrucción mecánica del colon fue el vólvulo de sigmoides, seguido de otras cuatro causas diversas. (Tabla II)

TABLA II. ETIOLOGIA EN 6 CASOS DE
OBSTRUCCION DE COLON

ETIOLOGIA	n
Vólvulo del sigmoides	2
Vólvulo del ciego	1
Divertículo perforado	1
Fístula colecistocolónica	1
Traumatismo de mesocolon	1
	6

Los tipos de cirugías que precedieron a la obstrucción intestinal, la causa más común fue la apendicectomía, seguida de procedimientos ginecológicos y hernias. (Tabla III).

TABLA III. CIRUGIAS PREVIAS EN 82 PACIENTES CON OBSTRUCCION INT. ESTIVAL

CIRUGIAS	n
Apendicectomía	15
Obstetricia y ginecología	13
Hernias	8
Resección intestinal	4
Colecistectomía	2
Otras	7

2.- EDAD. El rango de edad varió de 16 a 93 años, con una media de 43.3 años. (Tabla IV).

TABLA IV. DISTRIBUCION DE EDAD EN 82 CASOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL.

EDAD	n
16 - 19 años	2
20 - 29	10
30 - 39	12
40 - 49	10
50 - 59	7
60 - 69	15
70 - 79	13
80 - 89	9
90 ó más	4
	<u>82</u>

- 3.- SEXO: Hubo una diferencia muy pequeña en la relación de hombres con mujeres, habiendo 45 del sexo femenino y 37 del sexo masculino. La incidencia mayor en mujeres fue explicable por el tipo frecuente de operaciones abdominales como colecistectomía, cesárea e histerectomía. (Tabla V).

TABLA V. LA DISTRIBUCION POR SEXO EN 82 CASOS DE OBSTRUCCION INTESSTINAL

SEXO	n
Masculino	37
Femenino	45
	<u>82</u>

- 4.- CUADRO CLINICO: El promedio de duración de los síntomas desde el inicio de la enfermedad hasta el ingreso fue de 3.5 días. El retardo del ingreso de los pacientes con obstrucción del intestino delgado fue de 2.5 días. En general, el síntoma más frecuente en pacientes con obstrucción de intestino delgado fue el dolor abdominal y en pocas ocasiones acompañado de vomito. En los casos de obstrucción del colon, el dato más frecuente fue la obstipación acompañada de dolor y su signo más frecuente la distensión.

TABLA VI. SINTOMAS EN 82 CASOS DE OBSTRUCCION DE INTESTINO DELGADO Y GRUESO.

SINTOMAS	INT. DELGADO	COLON	n
Dolor abdominal	60	4	64
Dolor abdominal y vomito	12	-	12
Obstipacion y dolor abd.	-	-	6
			<u>82</u>

- 5.- RADIOLOGIA Y LABORATORIO. La placa simple de abdomen fue el estudio más solicitado en los casos de obstrucción intestinal por ser de gran valor y se realizó en todos los pacientes. Los hallazgos radiológicos de imágenes con niveles hidroaéreos típicos de la obstrucción intestinal se presentaron en la mayoría de los casos. Como era de esperarse, los estudios de laboratorio no fueron de gran valor diagnóstico. (Tabla VII).

TABLA VII. RAYOS X PLACA SIMPLE DE ABDOMEN.

SIGNOS	n
Niveles hidroaéreos	77
Aire libre subdiafragmático	1
Imagen de Vólvulos	3
Aire en la vía biliar	1
	<u>82</u>

- 6.- TRATAMIENTO. El tratamiento inicial en todos nuestros pacientes consistió en la administración de líquidos y electrolitos. Además en todos los casos usamos sonda nasogástrica tipo Levin para descompresión gástrica. En ningún caso se usaron sondas largas tipo Miller-Abbot o Cantor, incluso en todos los pacientes, el tratamiento de la obstrucción fue exclusivamente conservador. A su ingreso, 20 pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico de urgencia por datos de abdomen agudo. (Tabla VIII).

TABLA VIII. TRATAMIENTO INSTITUIDO A SU INGRESO A PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL

TRATAMIENTO	n
Médico y quirúrgico inmediato	28
Exclusivamente médico	54
	<u>82</u>

El total de pacientes con obstrucción mecánica que ameritaron tratamiento quirúrgico temprano o tardío fueron 53 pacientes y 29 pacientes respondieron al tratamiento médico. (Tabla IX).

TABLA IX. TIPO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL.

TRATAMIENTO	n
Médico	29
Quirúrgico	53
	<u>82</u>

De los 53 casos que ameritaron tratamiento quirúrgico - en pacientes con obstrucción intestinal mecánica, 28 se realizaron a su ingreso por presentar datos de abdomen agudo y los 25 casos restantes fueron pacientes que no mejoraron con el tratamiento conservador. El intervalo de su ingreso a la laparotomía promedio en 5.3 días, - con rango de 2 a 14 días. (Tabla X).

TABLA X. TRATAMIENTO QUIRURGICO APLICADO A PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL

TIEMPO	n
Inmediato	28
Tardío	25
	<u>53</u>

La causa más frecuente de estrangulación fueron las bridas, lo cual ameritó resección intestinal y anastomosis primaria. (Tabla XI).

**TABLA XI. CAUSAS DE ESTRANGULACION
POR OBSTRUCCION DE INTESTINO DELGADO.**

CAUSAS	n
Bridas	5
Hernias externas	4
Vólvulos	3
	<hr/> 12

El procedimiento quirúrgico que se efectuó con más frecuencia fue la lisis de adherencias en 20 pacientes y - fue seguido de hernioplastía en 6 casos. (Tabla XII).

**TABLA XII. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
EN 53 PACIENTES DE OBSTRUCCION INTESTINAL**

CIRUGIA REALIZADA	n
Lisis de adherencias	20
Lisis de adherencias y resec.intest.	5
Resección de colon	6
Hernioplastía	6
Hernioplastía y resección intestinal	4
Apendicectomía	4
Otros	6
	<hr/> 53

7.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. La causa más frecuente fueron las infecciones de la herida quirúrgica que se presentaron en 3 casos. (Tabla XIII).

**TABLA XIII. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
 EN 6 CASOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL**

COMPLICACION	n
Infección de la herida	3
Cetoacidosis	1
Hematemesis por ulcera de estrés	1
Obstrucción intestinal	1
	<u>6</u>

- 8.- ESTANCIA HOSPITALARIA. Los 82 pacientes tuvieron una estancia hospitalaria global de 710 días, lo -- que dió un promedio de 8.6 días de estancia por pa- ciente, con un rango de 3 a 45 días. Los pacientes operados tuvieron una estancia promedio de 10.1 -- días, mayor que los no operados que fue de 5.8 di. s.

VI.- COMENTARIO

La obstrucción intestinal sigue siendo una de las causas que con mayor frecuencia requieren cirugía abdominal de urgencia. En general las bridas o adherencias son la principal causa de obstrucción intestinal. (2)

En una serie grande de 238 pacientes, Stewardson y Bombeck reportan que las adherencias postoperatorias son la causa más común de obstrucción intestinal, en segundo lugar las hernias y carcinomas en tercer lugar. (3)

Ellis y Greene reportan que en países subdesarrollados las hernias continúan siendo la causa más frecuente de obstrucción debido a que en esos lugares la cirugía electiva es menos frecuente. (8,11)

En nuestra casuística, las adherencias fueron la principal causa de obstrucción y el segundo lugar correspondió a las hernias externas.

Como lo reportado por otros autores con una incidencia del 60% en mujeres, en nuestra casuística fue predominantemente el predominio en pacientes del sexo femenino, ya que éste se presentó en 45 casos, por 37 del sexo masculino. (12)

La placa simple de abdomen fue de gran valor como medio auxiliar de diagnóstico, siendo en 77 de ellos positivas las imágenes de niveles hidroaéreos, tres pacientes presentaron imagen clásica de vólvulos, en un caso aire libre subdiafragmático y en otro caso aire en la vía biliar.

El tratamiento establecido en general fue la administración de líquidos y electrolitos, descompresión gástrica con sonda de Levin y laparotomía exploradora en pacientes que a su ingreso presentaron datos de abdomen agudo o durante o durante su estancia hospitalaria no presentaron mejoría. En ninguno de nuestros casos usamos sondas largas tipo Miller Abbott o Cantor.

El grado de infección de heridas en nuestra serie fue menor que las reportadas por otros autores en que comunican un 14%, ya que solamente hubo tres infecciones de

herida en 53 pacientes operados. (8, 13)
Otros autores como Greene reportan un 20% de heridas infectadas en obstrucción del intestino delgado. (8) En nuestros pacientes infectados hubo relación con la enterotomía en caso de resección intestinal como tratamiento de la obstrucción.

Es recomendable el tratamiento quirúrgico temprano de la obstrucción intestinal, sin embargo es justificable la espera de 24 hrs o un poco más para la intervención en algunos casos especiales como las obstrucciones recurrentes por múltiples adherencias o carcinomatosis en donde en ocasiones la sola succión gástrica puede mejorar al paciente.

Finalmente hay que agregar que nuestros resultados de casuística es semejante a lo reportado en la literatura mundial.

Por lo anteriormente analizado concluimos que:

- La incidencia de mortalidad por obstrucción intestinal en el Hospital Regional " Primero de Octubre " es baja.
- La exploración física cuidadosa continua siendo el principal método de diagnóstico en pacientes con obstrucción intestinal.
- Actualmente ya no se usan las sondas largas intestinales.
- Es recomendable el tratamiento quirúrgico temprano de la obstrucción con estrangulación.
- En casos en que aún persista la duda diagnóstica después de haber estudiado integralmente al paciente, o no haya mejoría de su obstrucción, no dudar en realizar una laparotomía exploradora.

VII.- REFERENCIAS

- 1.- Eitz : The Diagnosis and Medical Treatment of Acute Intestinal Obstruction. Trans Cong Am Phys Surg 1888: 1; 1.
- 2.- Wangesteen OH: Historical Aspects of the Management of Acute Intestinal. Surgery 1988:65:363-383.
- 3.- Stewardson RH, Bombeck CT, and Nyhus LM.: Critical Operative Management in Small Bowel Obstruction. Ann Surg 1978: 74: 187-189.
- 4.- Robert Ostericher, Kevin P.Lally, David M.Barret, and Michael L. Ritchey.: Anastomotic Obstruction - After Stapled Enteroanastomosis. Surgery 1991:109; 799-801.
- 5.- Raf, L.E.: Causes of Abdominal Adhesions in Cases of Intestinal Obstruction. Acta Chir Scand 1969: - 135; 73-75.
- 6.- Brolin R.B.: The Role of Gastrointestinal Tube Decompression in the Treatment of Mechanical Intestinal Obstruction. Am Surg 1983: 49; 130-132.
- 7.- Peetz, D.J.; Gannell, R.S; and Pilcher, D.B.: Intestinal Intubation in Acute Mechanical Small Bowel Obstruction. Arch Surg 1987: 117; 332-334.
- 8.- Greene WW: Bowel Obstruction in the Aged Patient: A Review of 302 cases. Am J Surg 1969: 118; 541 - 544.
- 9.- Bizer L.,Liebling R.,Dolany H., and Gliedman.: -- Small Bowel Obstruction: The Role of Nonoperative Treatment in Simple Intestinal Obstruction and -- Predictive Criteria for Strangulation Obstruction Am J Surg 1987: 154; 283-287.
- 10.- Sarr M, Bulkley G., Zuidema G.: Preoperative Recognition of Intestinal Strangulation: Prospective Evaluation of Diagnostic Capability. Am J Surg 1983: 145; 176-182.
- 11.- Ellis H.: Collective View: The Cause and Prevention of Postoperative Intraoperative Adhesions. Surg Gynecol Obst 1971:133; 497-499.

- 12.- Gill SS., Eggleston FC.: Acute Intestinal Obstruction. Am Surg 1965: 91: 589-592.
- 13.- Moses WR: Acute Obstruction of Small Intestine. Am J Surg 1939: 111; 884-890.