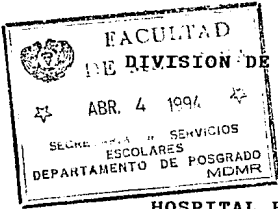


11209
21
209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



FACULTAD DE DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

OCLUSION INTESTINAL

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL:

DR. ALBERTO CORDOVA LUNA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL

DR. RAUL VIZZUETT MARTINEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION
Y DESARROLLO E INVESTIGACION

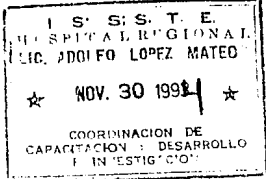
DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DE
CIRUGIA GENERAL

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
COORDINADOR DE CIRUGIA

1994



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

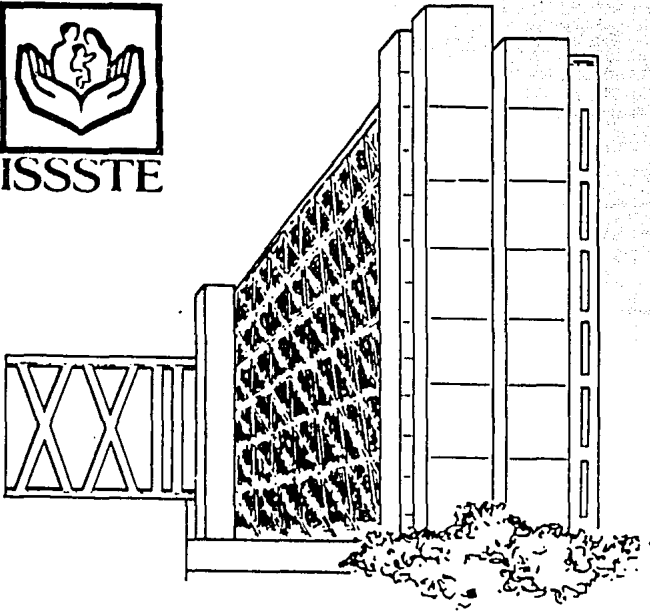
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



ISSSTE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

OCLUSION INTESITAL

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO

AUTOR: DR. ALBERTO CORDOVA LUNA

DOMICILIO: NAPOLEON #50-13

COL. MODERNA

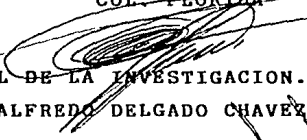
C.P. 03510

TEL. 6 37.16.24


ASESOR: DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA


DOMICILIO: AV. UNIVERSIDAD # 1321

~~COL. FLORIDA~~


VOCAL DE LA INVESTIGACION.

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ


DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION


DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO
JEFE DE CAPACITACION Y.
DESARROLLO

MEXICO D.F. NOVIEMBRE DE 1993.

I N D I C E

	PAGINAS
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODO.....	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSION.....	8
CONCLUSIONES.....	10
GRAFICAS Y TABLAS.....	11
BIBLIOGRAFIA.....	21

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo durante un lapso de 16 meses, de marzo de 1992 a julio de 1993, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE. El estudio comprendió 61 pacientes en total con oclusión intestinal que requirieron cirugía. Dentro de los factores etiológicos se incluyó: Adherencias en 28 pacientes (45.9%); Hernias estranguladas en 14 pacientes (22.9%); Trombosis mesentérica en 12 pacientes (19.6%); Enfermedades malignas en 4 pacientes (6.5%); Vólvulos en 2 pacientes (3.2%); Ileo biliar en 1 pacientes (1.6%).

En cuanto al sexo no hubo un predominio importante, los sujetos más afectados fueron en la séptima y octava décadas de vida.

El diagnóstico preoperatorio de certeza se hizo en 50 pacientes (81.9%) y en 11 pacientes (18.1%) se diagnóstico otro proceso intraabdominal.

En 37 pacientes (60.6%) se realizó cirugía urgente temprana y en 24 pacientes (39.4%) se realizó cirugía urgente tardía. El porcentaje de resección intestinal en es tos pacientes fué de (32.7%).

La mortalidad total fué en 12 pacientes (19.6%). La causa más frecuente fué falla organica multiple y más frecuentemente en pacientes que se operaron después de 24 horas a su ingreso debido a un diagnóstico dudoso y que posteriormente requirieron resección intestinal.

Los principales factores que contribuyeron a la mortalidad fueron: La presencia de intestino estrangulado. Tipo de oclusión encontrada. Falta de apoyo de un diagnóstico preciso. Tiempo de tardanza para la intervención quirúrgica del paciente.

Palabras clave: Oclusión, factores etiológicos, cirugía y mortalidad

ABSTRACT

We realized a prospective study in 16 month, between march 1992 and july 1993, was carried out at "The Lic. Adolfo López Mateos hospital", the cohort comprised 61 patients with bowel obstruction a required surgery. The Aetiological factors included: Adhesions 28 (45.9%), Strangulated hernias 14 (22.9%), Mesenteric vascular insufficiency 12 (19.6%), malignant disease 4 (6.5%), Volvulus 2 (3.2%), Gallstone ileus 1 (1.6%).

In accordance with the sex distribution was similar for males and female. Patients in their seventies and eighties decade were the most affected.

Accuracy of preoperative diagnosis. 50 patients (81.9%) were referred with a correct diagnosis of bowel obstruction and 11 patients (18.1%) were diagnosed as having some other intra-abdominal pathology. Required urgent surgery within 24 h. of admission in 37 patients (60.6%), 24 patients (39.4%) required urgent surgery after 24 h. The bowel resection rate in this group. Was (32.7%), the overall mortality was (19.6%) 12 deaths, The commonest cause organic failure multiple and of all cases underwent surgery after 24 h. The main Factors which contributed to the mortality was: Presence of strangulated bowel, type of bowel obstructed, failure detection of the clinical evidence the diagnosis bowel obstruction.

Key words: bowell obstruction, aetiological factors, surgery and mortality.

INTRODUCCION

El 20% de los internamientos hospitalarios por abdomen agudo se relaciona con oclusiones intestinales, la oclusión por adherencias intestinales se ha convertido en la principal causa, las hernias constituyen el segundo lugar; anteriormente ocupaban el primer lugar, pero debido al aumento en la reparación electiva han disminuido; las oclusiones por enfermedad maligna ocupan el tercer lugar. (1,2,3,4,).

El éxito en el tratamiento de una oclusión intestinal aguda depende ampliamente en un diagnóstico temprano, un manejo habilidoso y una apreciación de la importancia del tratamiento, de los efectos patológicos, así como de la propia causa. (5,6,7,8,9).

Cuando una oclusión intestinal es reconocida y tratada eficazmente en sus estadios más tempranos, los resultados inmediatos y mediatos son muy gratificantes en la mayoría de los pacientes, desafortunadamente ha menudo hay demoras y como resultado de esto el intestino distendido o estrangulado se lesiona en forma seria o irreparable y el cuadro cambia a uno de extremo peligro; de modo que el alivio de la oclusión puede no ser suficiente para prevenir un desenlace fatal. (2,3,4,7,10,11,12).

El análisis de éstos datos revisados ha motivado un trabajo de investigación, en el que el objetivo es; la oclusión intestinal, factores etiologicos y tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio prospectivo de pacientes adultos, que ingresaron o que una vez internados por otro padecimiento se les diagnosticó oclusión intestinal en el Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE.

El estudio comprendió 16 meses, de marzo de 1992 a julio de 1993. Se incluyeron pacientes derechohabientes adultos de ambos sexos, el diagnóstico fue establecido basado en la clínica; reforzado por la evidencia radiológica y confirmado por la propia operación; se excluyeron los pacientes que no se confirmó el diagnóstico, a los pacientes que se les resolvió mediante tratamiento médico conservador o que mediante la cirugía fue descartado el diagnóstico. O los que no se encontró el expediente completo.

La falta de alivio de los síntomas durante un diagnóstico de oclusión intestinal manejado con tratamiento médico conservador durante un lapso de 12-24 horas o el empeoramiento de los síntomas bajo observación continua fue indicación de cirugía.

A todos se les analizó: Sexo, edad, diagnóstico preoperatorio, antecedentes de cirugías previas, estudios radiológicos placa simple de abdomen de pie y decubito, tiempo transcurrido para la cirugía (la cirugía urgente temprana fue definida dentro de las 24 horas de admisión y la cirugía urgente tardía después de las 24 horas de admisión); causa y sitio de la oclusión, la mortalidad y se hizo análisis estadístico en porcentajes; se presentan resultados: Gráficas y tablas.

RESULTADOS

Durante un periodo de 16 meses, de marzo de 1992 a julio de 1993, 61 pacientes fueron ingresados y requirieron cirugía por oclusión intestinal. de acuerdo al sexo fueron 34 mujeres y 27 hombres, sin haber un predominio importante. En cuanto a la distribución por rangos de edad se tuvo una mediana de: (60 años) de entre (32-90 años); la incidencia para pacientes con oclusión ocurrió entre la séptima y octava década de vida; operándose a 36 pacientes (59.0%). GRAFICA 1.

El diagnóstico preoperatorio de certeza se hizo en 50 pacientes (81.9%). Esta valoración se realizó en base a la historia clínica; Exámen físico y a la evidencia radiológica. en pacientes que no se realizó un diagnóstico preoperatorio acertado fué en 11 casos (18.1%). diagnosticandose otro proceso intraabdominal. GRAFICA 2.

Las causas de oclusión intestinal incluyeron: Adherencias intestinales 28 casos (45.9%); Hernias estranguladas de todos tipos 14 casos (22.9%); Trombosis mesentérica 12 casos (19.6%); enfermedades malignas 4 casos (6.5%); Vólvulos 2 casos (3.2%); Ileo biliar 1 caso (1.6%). GRAFICA 3.

El antecedente de un procedimiento operatorio previo en oclusión intestinal por adherencias fueron; 28 pacientes, 23 pacientes (82.2%) con un procedimiento previo y 5 pacientes (17.8%) con mas de un procedimiento previo.

Apendicectomía 10 pacientes (35.7%); histerectomía 5 pacientes (17.8%), histerectomía mas salpingooforectomía 4 pacientes (14.2%), salpingooforectomía 3 pacientes (10.7%), colecistectomía 3 pacientes (10.7%), gastrectomía parcial 1 paciente (3.5%), apendicectomía mas colecistectomía 1 paciente (3.5%) y esplenectomía 1 paciente (3.5%). GRAFICA 4.

La oclusión por hernias estranguladas ocurrió en 14 pacientes; el sitio de las hernias fué: Hernias inguinales lado derecho en 6 pacientes (42.8%), hernias umbilicales 3 pacientes (21.4%), hernias femorales lado derecho 2 pacientes (14.2%), hernias internas 2 pacientes (14.2%) de este tipo de hernias una fué diafragmática y en la otra se encontró un defecto en el epiplon mayor con un asa de intestino delgado estrangulada, y hernia postincisional en 1 paciente (7.14%) secundaria a un procedimiento ginecológico. GRAFICA 5.

La oclusión por trombosis mesentérica ocurrió en 12 pacientes, en 8 pacientes (66.6%) fué en territorio de la arteria mesentérica y en 4 pacientes (33.3%) fué segmentaria o venosa.

La oclusión por enfermedad maligna ocurrió en 4 pacientes, en 2 pacientes (50%) se diagnosticó ca. ovario, 1 paciente (25%) ca. colon sigmoides y 1 paciente (25%) carcinomatosis.

La oclusión por vólvulos ocurrió en 2 pacientes, 1 paciente (50%) el sitio de lesión fué el ciego y en 1 paciente (50%) el sitio de lesión fué el colon sigmoides.

En 1 paciente la oclusión fué por un ileo biliar se encontró un lito en fleon terminal presentando una fistula colecistoduodenal. GRAFICA 6.

Se realizó cirugía urgente temprana a 37 pacientes (60.6%) y en 24 pacientes (39.4%) se realizó cirugía urgente tardía.

El sitio de oclusión fué: En 46 pacientes (75.4%) el intestino delgado, de los cuales 10 pacientes requirieron resección intestinal y 36 pacientes no requirieron en 7 pacientes (11.4%) el sitio de la oclusión ocurrió en el intestino grueso, de los cuales 2 pacientes requirieron resección intestinal y 5 pacientes no requirieron. En los pacientes cuyo sitio de oclusión fué simultáneo (en intestino delgado e intestino grueso), fueron 8 pacientes (13.2%), requiriendo todos resección.

Se realizaron un total de 20 resecciones intestinales. GRAFICA 7.

La mortalidad total ocurrió en 12 pacientes (19.6%); en 10 pacientes la causa fué falla organica multiple, 1 paciente la causa fué, tromboembolia pulmonar y 1 paciente falleció por insuficiencia renal.

La mortalidad fué en 8 pacientes con trombosis mesentérica en los que se les realizó una cirugía urgente tardia, 1 paciente con hernia estrangulada el cual tambien se le realizo cirugía urgente tardia tambien falleció, 1 paciente de hernia interna, 1 paciente con oclusión por adherencias y 1 paciente con carcinomatosis.

11 de estos pacientes fallecidos requirieron resección intestinal y a los 12 su cirugía fué urgente tardia. GRAFICA 8. ..

DISCUSION

En nuestro estudio de oclusión intestinal, encontramos que no hubo un predominio importante en cuanto al sexo, fueron 34 mujeres y 27 hombres. la incidencia por edad se presentó más frecuentemente entre la séptima y octava década de la vida.

El diagnóstico preoperatorio de certeza se hizo en 50 pacientes (81.9%), en otros estudios se reporta el (70%). (1,4).

Encontramos que las principales causas de oclusión intestinal correspondio a Las adherencias intestinales (45.9%), hernias estranguladas (22.5%), trombosis mesentérica (19.6%); las adherencias ocupan el primer lugar y esto se debe a que actualmente se realiza mas cirugía electiva. en series publicadas recientemente se mencionan como principales causas tambien a las adherencias, las enfermedades malignas y hernias estranguladas. (1,3,4).

El principal procedimiento quirúrgico previo a la oclusión intestinal por adherencias fué: Apendicectomía, aunque en algunos estudios se reportan a los procedimientos ginecoobstétricos (24.5%). (4).

En lo que se refiere a las hernias estranguladas, encontramos las hernias inguinales del lado derecho como las más comunes (42.8%); cabe mencionar que se operaron 2 pacientes con hernias internas, en el que el diagnóstico preoperatorio se realizó durante la cirugía; en la literatura también se encontraron a las hernias inguinales como las más frecuentes.

En cuanto a las enfermedades malignas se encontró que la oclusión ocurrió en 4 pacientes (6.5%), de estos 2 pacientes presentaron oclusión por compresión extrínseca por cancer de ovario, en estudios recientes se mencionan a los pacientes con ca. colon como principal causa de oclusión por enfermedades malignas y el sitio más frecuente el colon sigmoide. (1,13,14,15).

Encontramos 2 pacientes (3.2%) con vólvulos, en cuanto al sitio de torción, 1 correspondió al ciego y el otro en sigmoides. El vólvulo correspondió a la quinta causa de oclusión en nuestra serie; aunque en otras series se reporta como segunda y tercer causa y más frecuentemente en colon sigmoides. (1,3,4,16).

encontramos 1 paciente (1.6%) con oclusión por un lito impactado en íleon terminal. En bibliografía reciente se encontró que representa el (1.7%), de 2193 pacientes admitidos con diagnóstico de oclusión intestinal. (17).

En cuanto al tiempo que se dejó evolucionar al paciente para la realizar cirugía; 37 paciente (60.6%) se les realizó cirugía urgente temprana y 24 pacientes (39.4%) se les realizó cirugía urgente tardía. se realizaron un total de 20 resecciones intestinales (32.7%), de todos los pacientes operados en nuestro estudio. en series recientes se reportan rangos del (5-35%), de resecciones en pacientes con oclusión intestinal. (1,3,4,10,11).

La mortalidad ocurrió en 12 pacientes, la mayoría de estos pacientes se operaron - después de las 24 horas; por un diagnóstico dudoso; de estos pacientes fallecidos 8 fueron diagnosticados con trombosis mesentérica; la mortalidad total fue de (19.6%), e en otros estudios se reporta una mortalidad del (11.6 -27%). (1.6).

CONCLUSIONES

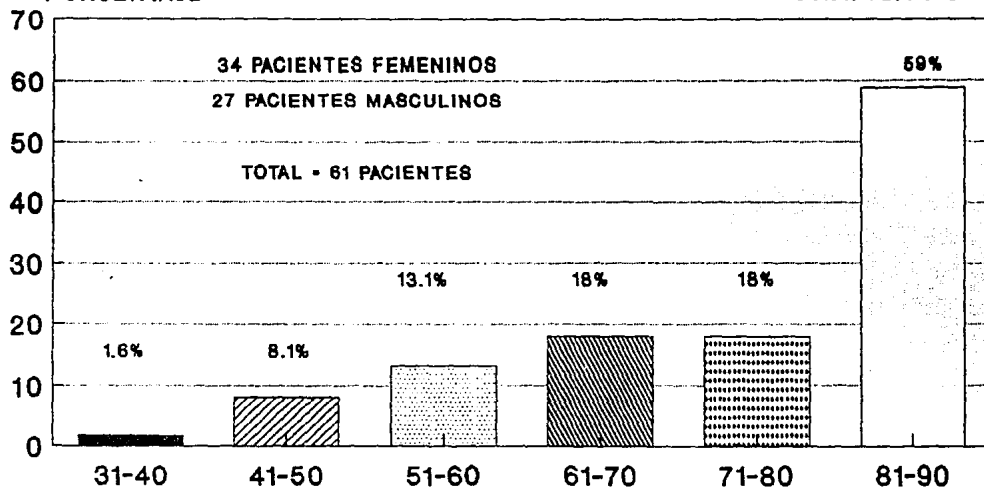
- 1.- Las principales causas de oclusión intestinal fueron: Adherencias intestinales, hernias estranguladas y trombosis mesentérica.
- 2.- Los más frecuentes procedimientos quirúrgicos previos en oclusión por adherencias son: Apendicectomía, histerectomía y salpingooforectomía.
- 3.- Las más frecuente de las hernias estranguladas son las inguinales y el lado derecho es más común.
- 4.- Las hernias internas se diagnosticaron por laparatomía.
- 5.- La edad de presentación fué más frecuente en la séptima y octava década de la vida.
- 6.- El diagnóstico preoperatorio de certeza y el tratamiento quirúrgico dentro de las primeras 24 horas mejora el pronóstico de los pacientes.
- 7.- La mortalidad ocurrió en pacientes que se diagnosticaron y operaron después de las 24 horas.
- 8.- Los pacientes con trombosis mesentérica tienen alta mortalidad.

OCLUSION INTESITAL

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

PORCENTAJE

GRAFICA No. 1



1 PAC. MASC.

4 FEM. 1 MASC.

4 FEM. 4 MASC.

4 FEM. 6 MASC.

4 FEM. 6 MASC.

18 FEM. 9 MASC.

RANGO DE EDAD: 32 A 90 Años

MEDIA 60 Años

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

**OCCLUSION INTESTINAL
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO**

GRAFICA No. 2

	No. DE PACIENTES TOTAL 61	HISTORIA CLINICA	EXAMEN FISICO	RAYOS "X"	%
DIAGNOSTICO DE CERTEZA	50 PACIENTES	50	50	48	81.9%
OTROS DIAGNOSTICOS	11 PACIENTES				18.1%

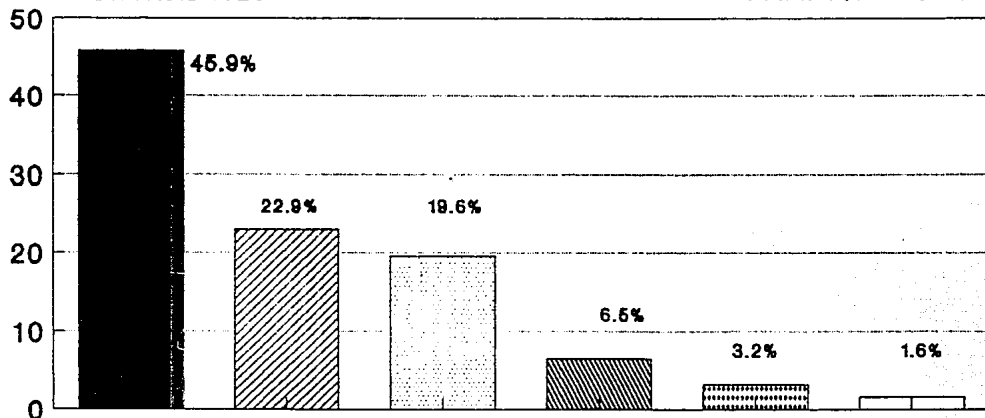
FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCLUSION INTESITINAL

FACTORES ETIOLOGICOS

No. DE PACIENTES

GRAFICA No. 3



CAUSAS

ADHERENCIAS

HERNIAS E.

TROMB. MESENERICA

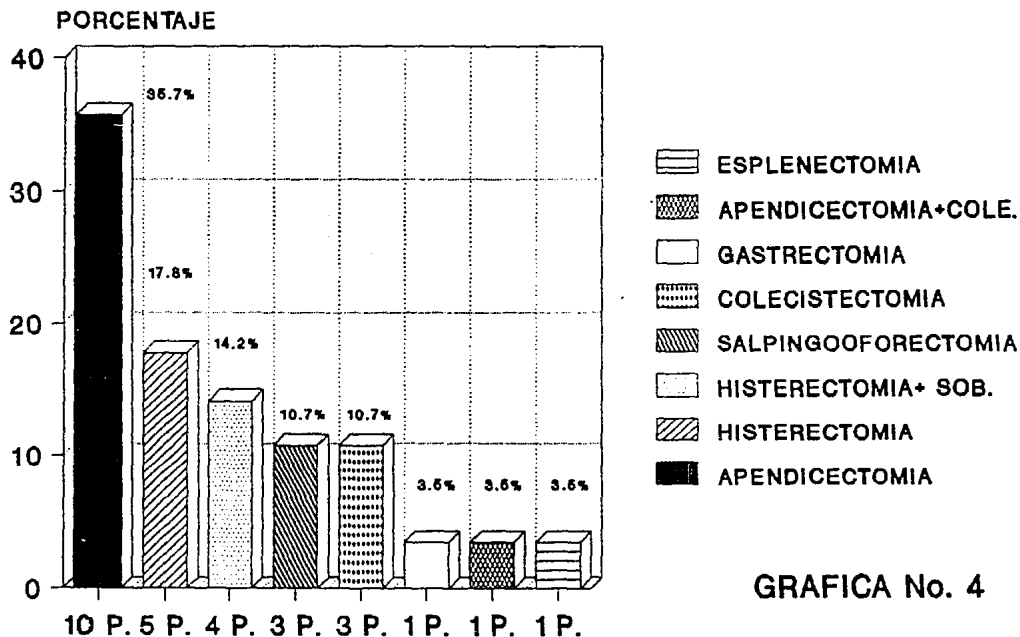
ENF. MALIGNAS.

VOLVULOS

ILEO BILIAR

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCLUSION INTESITAL PROCEDIMIENTOS QX PREVIOS

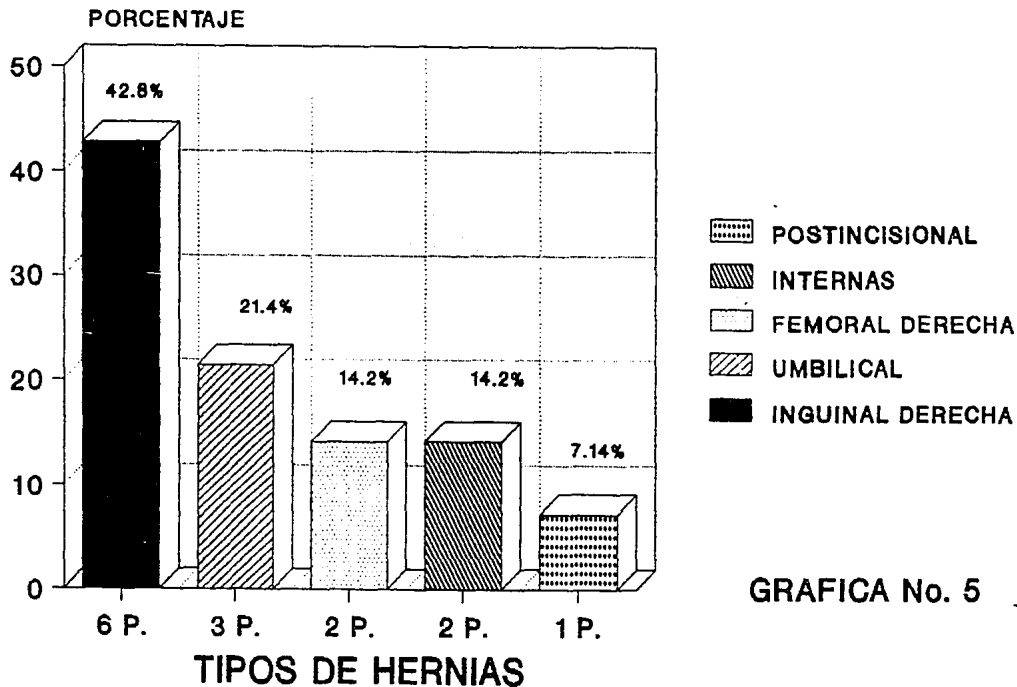


GRAFICA No. 4

ADHERENCIAS POR CIRUGIAS PREVIAS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

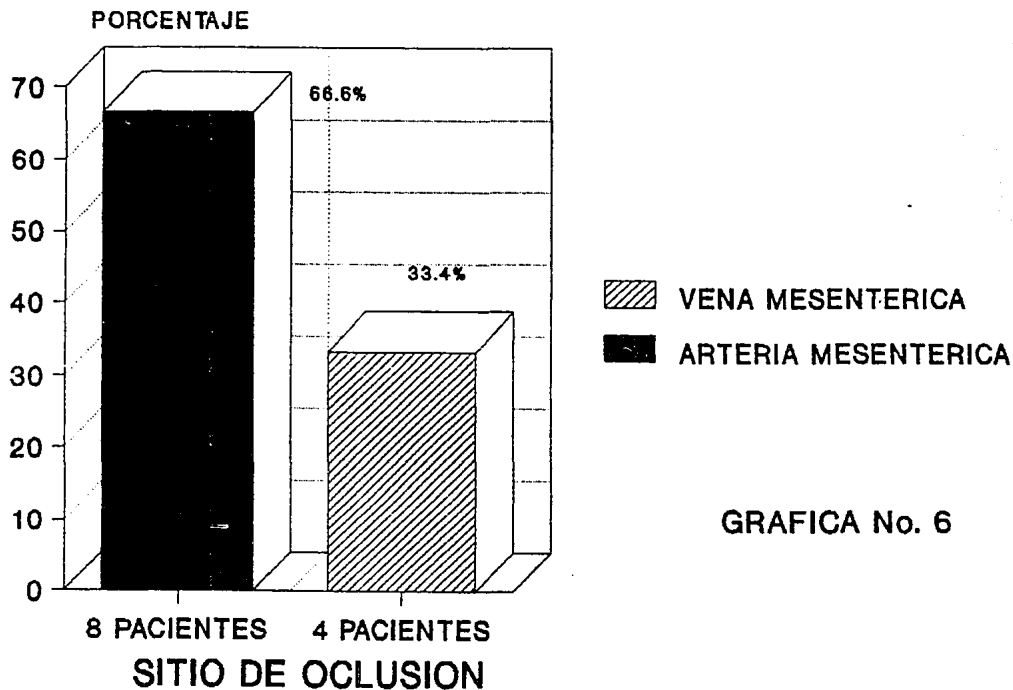
OCLUSION INTESITINAL HERNIAS ESTRANGULADAS



GRAFICA No. 5

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCCLUSION INTESTINAL TROMBOSIS MESENTERICA

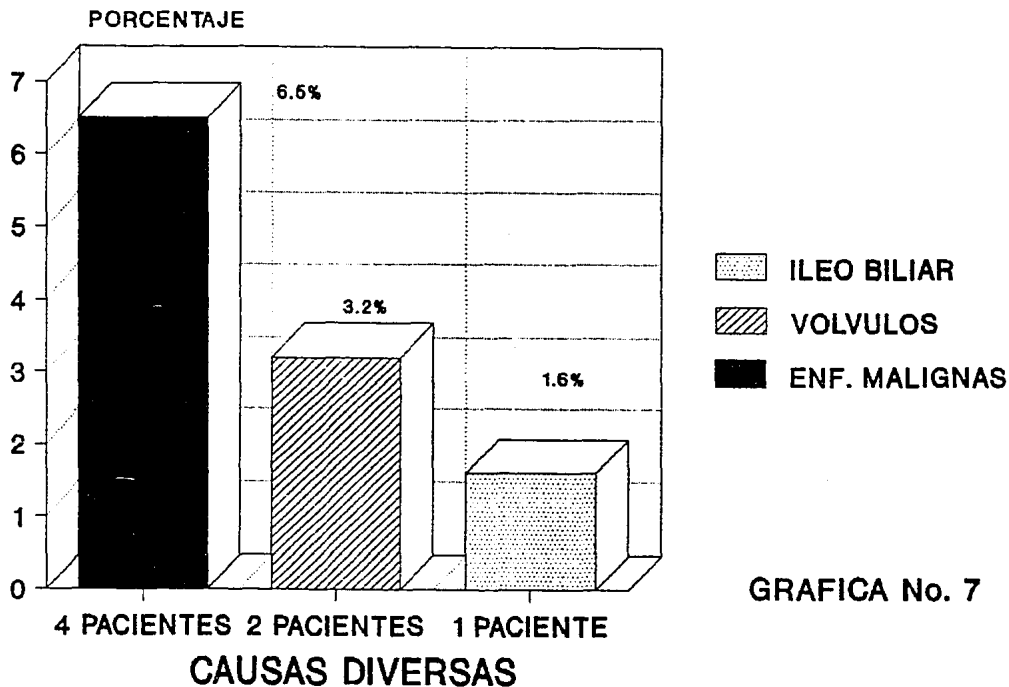


GRAFICA No. 6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCLUSION INTESITAL

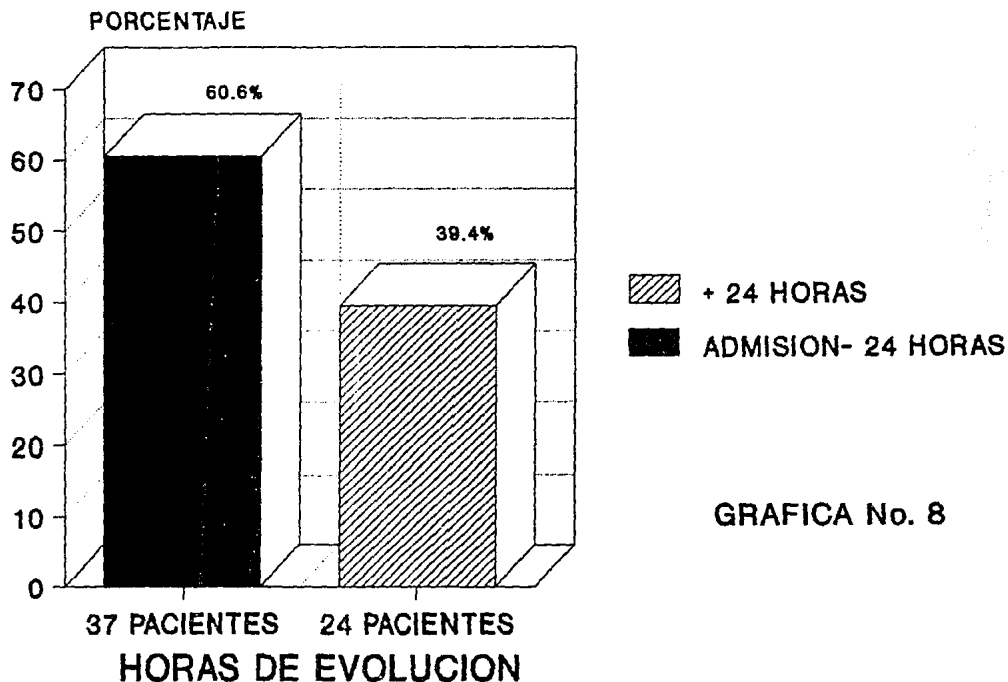
ENF. MALIGNAS, VOLVULO E ILEO BILIAR



GRAFICA No. 7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCCLUSION INTESITAL CIRUGIA DE URGENCIAS



GRAFICA No. 8

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

OCLUSION INTESTINAL
SITIO Y NUMERO
DE RESECCIONES

GRAFICA No. 9

SITIO	No. DE PACIENTES	No. DE RESECCIONES	
		REQUERIDAS	NO REQUERIDAS
INTESTINO DELGADO	46 (75.4%)	18	36
INTESTINO GRUESO	7 (11.4%)	2	5
SIMULTANEO	8 (13.2%)	8	8
TOTAL	61 (100%)	28 (32.7%)	41 (67.3%)

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

**OCLUSION INTESITINAL
MORTALIDAD**

GRAFICA No. 10

No. DE PACIENTES	CAUSA DE OCLUSION INTESITINAL	CIRUGIA DE URGENCIAS	CAUSA DE MUERTE
8	TROMBOSIS MESENTERICA	TARDIA	FALLA ORGANICA MULTIPLE
1	HERNIA INTERNA DIAFRAGMATICA	TARDIA	FALLA ORGANICA MULTIPLE
1	ENFERMEDAD MALIGNA	TARDIA	FALLA ORGANICA MULTIPLE
1	HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA	TARDIA	INSUFICIENCIA RENAL
1	ADHERENCIAS	TARDIA	EMBOLIA PULMONAR
12 (19.6%)			

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

BIBLIOGRAFIA

- 1.- G. McEntee, D. Pender, D. Mulvin. Current spectrum of intestinal obstruction
Br. J. Surg. 1987. Vol. 74 November 970/980.
- 2.- S.H. Lee and E. T. L. Ong. Changing pattern of intestinal obstruction in malaysia.
Br. J. Surg. 1991, Vol. 78, February 181/182.
- 3.- M. Fuzun, E. Kaymak, O. Harmancioglu and K. Astarcioglu. Principal causes of
mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey.
Br. J. Surg. 1991, Vol. 78, February 202/203.
- 4.- William G. Cheadle MD. E. Earl Garr MD. J. David Richardson MD. FACS. The Importance
of early Diagnosis of Small bowel Obstruction. The American Surg. Vol. 54.
September 1988 565/569.
- 5.- P.A. Clavien. J. Richon, S. Burgan and A. Rohner. Ileus Gallstone. Br. J. Surg.
1990, Vol. 77, July. 737/742.
- 6.- Edwin A. Deitch, MD, William M. Bridges, Jing Wen Ma, MD. Obstructed intestine
as reservoir for systemic infection. The American J. of. Surg. 1990, Vol. 159
April, 394/401.
- 7.- Jack Pickleman MD. and Robert M. Lee B.A. The management of with suspected
early postoperative small bowell obstruction. Ann. Surg. 1989, Vol. 210. #2 aug 216/9
- 8.- J. A. Pain D. St.J. Collier and R. Hankat. Small bowel obstruction. Br. J.
Surg. 1987, Vol. 74 november, 981/983.
- 9.- Jun-ichi Shikata, MD. Facs. Ken-ichi Kohno, MD. Takuo Shida PhD. The causes
and value of hyperphosphatemia in experimental strangulation obstruction
surgery, 1989, Vol. 106 #5, nov. 879/883.

- 10.- Senofsky and stabile. Gallstone ileus associated with Crohns disease.
Surgery 1990, Vol.108 #1, july. 114/117
- 11.- Kent Jonsson, MD. et al. Healing of anastomose after obstruction of small intestine. Surgery Gynecology and Obstrectics. 1988 vol. 167, oct. 324/330.
- 12.- Dean D.T. Maglinte, MD. et al. Radiologic Features of closep loop obstruction.
Radiologic 1991. Vol. 179, May. 383/387.
- 13.- N. S. Rukel et al. Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. Br. J. Surg. 1991. Vol. 78 feb. 183/188.
- 14.- B. M. Stephenson et al. Maling left-sided large bowell obstruction managed by subtotal/total colectomy. Br. J. Surg. 1990 vol.77 oct. 1098/1102.
- 15.- J.W. serperll et al. Obstructing carcinomas of de colon. Br. J. Surg. 1989
Vol. 76 #9, sept. 965/969.
- 16.- Peter J. Fabri MD. and alexander Rosemary MD. Reoperation for small intestinal obstruction. Surgycal clinics of north America 1991, Vol. 71 #1, Feb. 131/146.