

23
2ej.

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA.
HOSPITAL GENERAL TACUBA.
I.S.S.S.T.E.

DECISION QUIRURGICA EN LA OCLUSION INTESTINAL.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL.

P R E S E N T A :
DR. JOSE LUIS CHAVEZ RAMOS.

DIRECTOR DE TESIS:
DR. DARIO MEZA MARTINEZ.

MEXICO D.F. 1992

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

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
II.- HIPOTESIS	2
III.- JUSTIFICACION	3
IV.- MARCO TEORICO	5
-ASPECTOS HISTORICOS	5
-DEFINICION	5
-FRECUENCIA	5
-ETIOLOGIA	6
-FISIOPATOLOGIA	6
-BACTERIOLOGIA	7
-MANIFESTACIONES CLINICAS	7
-DATOS DE LABORATORIO	8
-DATOS RADIOLOGICOS	9
-TRATAMIENTO	9
-MORTALIDAD	11
V.- MATERIAL Y METODOS	12
VI.- RESULTADOS	13
VII.- CONCLUSIONES	25
VIII.- BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION

La obstrucción intestinal es un padecimiento de instalación aguda, de etiología multifactorial que debe ser reconocida y tratada oportunamente para evitar un desenlace fatal.

El diagnóstico clínico de la entidad no representa dificultad y que se corrobora con los hallazgos radiológicos. Debe sospecharse en todo paciente que manifieste dolor abdominal, náuseas y vómito, ausencia de evacuaciones o de canalización de flatos y distensión abdominal. Los antecedentes quirúrgicos o de procesos herniarios son de suma importancia.

La proliferación bacteriana y la absorción de toxinas producidas durante la evolución del padecimiento y la pérdida de líquidos y electrolitos pueden ser letales, si no reciben tratamiento oportuno y adecuado, ya sea de tipo médico o quirúrgico.

Es prioritaria la reanimación del paciente con líquidos y electrolitos intravenosos, descompresión gastrointestinal, el inicio de la antibioticoterapia y monitorización de los signos vitales y de alarmas abdominales.

Tomar la decisión quirúrgica oportuna no es fácil, por regla general a todo paciente con obstrucción intestinal estrangulada debe ser sometido a tratamiento quirúrgico de urgencia, pero; en los con oclusión simple sin datos de alarma abdominal son los que plantean el dilema quirúrgico.

HIPOTESIS

En muchos pacientes con obstrucción intestinal que no tenían un cuadro franco de dolor abdominal y en quienes durante la operación se encontraron asas intestinales gangrenadas y desintegradas.

Se puede suponer que los pacientes pueden ser sometidos a exploración quirúrgica temprana en base a los hallazgos clínicos, de laboratorio y gabinete a pesar de la ausencia de dolor abdominal o datos de irritación peritoneal.

JUSTIFICACION.

Mejorar con esto la capacidad del diagnóstico clínico repercutiendo en una mejor atención para el paciente y esto a su vez disminuyendo las complicaciones del paciente con sufrimiento de asa intestinal.

NO HAY PAG.

4

3.

MARCO TEORICO

ASPECTOS HISTORICOS.

La obstrucción intestinal fué reconocida y tratada por Hipócrates. Praxágoras (350aC) fue el primero en tratar quirúrgicamente la entidad. Sin embargo el manejo médico siguió siendo la regla general. En el siglo XIX la intervención quirúrgica fue la más utilizada. En 1912 Hartwell y Houge observaron que la sobrevivencia de los pacientes se prolongaba con la administración de líquidos y electrolitos. En 1930 se introduce el uso de la sonda nasogástrica para la descompresión gastrointestinal. (19).

DEFINICION.

Se define como oclusión intestinal a la interrupción del tránsito intestinal con la imposibilidad de expulsar gases y heces por recto en un tiempo con siderable (7,12,17 y 18).

La obstrucción mecánica es cuando existe una barrera física real que bloquea la luz intestinal. El término de íleo intestinal suele emplearse para referirse a un trastorno de la acción propulsora del intestino y puede ser de tipo adinámico o paralítico mediada por mecanismos neurohumorales, de tipo reflejo - en el postoperatorio inmediato. (11).

En la obstrucción intestinal simple no existe compromiso de su irrigación a diferencia de la obstrucción con estrangulamiento donde sí la hay. La obstrucción en asa cerrada se produce cuando ambos extremos se ocluyen. Se especifica mejor el fenómeno si se clasifica como parcial o completa, alta o baja, de colón o de intestino delgado. (7,11, 12,17 y 18).

FRECUENCIA

No existen estadísticas exactas y es probable que cerca de un 20% de los ingresos de pacientes con trastornos abdominales agudos correspondían a obstrucción intestinal. Afecta por igual a ambos sexos, el 80% de los casos ocurren en el intestino delgado y el 20% restante en el colon. (12,14 y 18).

ETIOLOGIA

Las adherencias postoperatorias son la causa más frecuente de obstrucción intestinal, la segunda causa la ocupan las hernias inguinales estranguladas y - el tercero los procesos neoplásicos (1,7, y 16).

En algunas series el segundo lugar es ocupado por los procesos neoplásicos (14). Estos tres agentes ocupan el 80% de los procesos obstructivos.

El orden de frecuencia etiológica difiere de acuerdo a los diferentes grupos de edad, los estudios de Gill, Mc. Adam, White, Chiedozi y Cole demuestran amplias variaciones entre las causas comunes de obstrucción entre las diferentes razas y comunidades. (12 y 18).

FISIOPATOLOGIA

La acumulación de grandes volúmenes de líquidos y gas intraluminal por -- arriba de la obstrucción es notable y progresivo y se debe a que en el segmento de intestino afectado, la capacidad de secreción de líquidos y electrolitos se encuentra aumentada superando a la capacidad de absorción que está disminuida.(18).

Se piensa que la liberación de prostaglandinas en respuesta a la distensión abdominal es el causante del aumento de la secreción intestinal. La producción bacteriana de gas y el deglutido contribuyen a la distensión abdominal. (7).

Quando existe estrangulación del segmento intestinal afectado, se liberan sustancias tóxicas hacia la cavidad peritoneal donde se absorben hacia la -

circulación general. Según Murphy-Brooks y Cols, las tóxicas producidas no - atraviezan la mucosa intestinal normal y que la absorción es más importante que la producción; sin embargo se ha demostrado que existe absorción de toxinas aún con la mucosa intestinal intacta. Cinco horas después de ocurrida la estrangulación se libera lecitinasa a la luz intestinal que produce choque y muerte - - (2,7,12,17,18, y 19).

Los efectos obstructivos en el colon son menos espectaculares a excepción del vólvulo generalmente no existe estrangulación pero, la distensión progresiva es la consecuencia más peligrosa de la obstrucción colónica por el riesgo de perforación que comunmente ocurre en el ciego por ser el de mayor diámetro sin embargo, en el caso de cáncer de colon oclusivo ocurre en el tumor o en sus cercanías por el proceso inflamatorio agregado. (6,13,18,20).

En estudios experimentales se ha demostrado que las anastomosis realizadas posterior a una obstrucción sufren de mayor complicaciones estenosantes y que se deben a una mayor síntesis de colágena como respuesta a la dilatación intestinal de etiología no bien establecida. (10).

BACTERIOLOGIA

Bishop-Allock (1960) en su estudio demuestra que existe proliferación - bacteriana por encima de la oclusión del intestino delgado y que es directamente proporcional al tiempo de evolución. El tiempo mínimo necesario para la proliferación bacteriana es de 24 horas y provienen de su ingesta. Los principales gérmenes aislados en la obstrucción intestinal con estrangulamiento son los coliformes y el Clostridium Wellchi. (7-12).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los principales signos y síntomas de la oclusión intestinal son el dolor abdominal, náuseas y vómito, dificultad para evacuar o canalizar gases y dis-

tensión abdominal. El dolor abdominal generalmente es de tipo cólico, de intensidad variable y es sincrónico con la peristalsis, al progresar al padecimiento el dolor suele ser continuo, intenso y generalizado que nos indica estrangulación. Inicialmente los vómitos son de tipo reflejo, copiosos y constantes en la obstrucción intestinal alta y pueden estar ausentes en obstrucción colónica sobre todo si existe una válvula ileocecal competente. (14,16 y 18).

La incidencia de la constipación es variable y depende de la etiología por ejemplo: en la oclusión por adherencias es del 77% y en la de tipo neoplásico del 49%, esta aparente discrepancia es debida que pueden expulsarse gases y materia fecal que se encuentre más allá de la obstrucción. (14).

La distensión abdominal puede ser tardía o estar ausente en la obstrucción alta (14, y 16). A la exploración física se debe poner atención particular a la presencia de taquicardia, hipotensión que suelen indicar deshidratación grave, peritonitis o ambas. La presencia de hipertermia mayor de 38°C conjuntamente con los hallazgos de irritación peritoneal sugieren la posibilidad de estrangulación. Debe realizarse siempre tacto rectal y la presencia de materia fecal sanguinolenta hacen sospechar sufrimiento de asa intestinal. La peristalsis puede ser de tonalidad metálica o estar ausente sugiriendo estrangulación o bien la presencia de un flico adinámico. (6,11,17,18 y 19).

DATOS DE LABORATORIO

El recuento leucocitario puede ser útil para la diferenciación de los diferentes tipos de obstrucción; en la de tipo simple existe una leucocitosis discreta no mayor de 15,000 mm³ o bien ser normal, si se encuentra entre 15,000 a 25,000 mm³ con predominio de neutrófilos y formas jóvenes sugieren fuertemente la posibilidad de estrangulación. Existen además alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base. Para Sarr y Coles, los análisis químicos sanguíneos no tuvieron utilidad para confirmar o descartar la obstrucción ni para

definir la necesidad de operar. (14, y 18).

DATOS RADIOLOGICOS.

Deben llevarse a cabo lo antes posible los estudios radiológicos, por lo general durante la primera hora siempre que el estado general del paciente lo permita. Se deben realizar Rx simples de abdomen en decúbito supino y de pie o bien en decúbito lateral derecho si el paciente está imposibilitado para adoptar la posición de pie, debe incluirse también la Rx de tórax. Los niveles hidroaéreos y la distensión de asas intestinales es uno de los signos importantes para el diagnóstico radiológico así como la ausencia de aire en ampulla rectal. (18).

El 15% de los pacientes con obstrucción intestinal tienen Rx abdomen dentro de la normalidad. Nadrowski considera que las Rx simples de abdomen no son de ayuda para diferenciar entre una oclusión intestinal simple de una estrangulada. La presencia de aire libre subdiafragmático en la Tele de Tórax sugiere la presencia de perforación intestinal. (12 y 14).

Los estudios baritados se están haciendo cada vez más útil para el diagnóstico, existe controversia en utilizar medio de contraste hidrosoluble o bario tomando en cuenta riesgo y beneficio y se ha concluido que se puede utilizar una mezcla de ambos por partes iguales. (14,16, y 21).

La indicación más precisa para el tránsito intestinal es en el postoperatorio inmediato para diferenciar el íleo de una obstrucción mecánica, el colon por enema tiene utilidad diagnóstica y terapéutica. (17, y 18).

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la obstrucción intestinal puede ser de tipo médico o quirúrgico. Es prioritario el iniciar la reanimación del paciente con la adm

nistración intravenosa de líquidos y electrolitos y para valorar la velocidad - de administración es obligado el contar con una PVC y la aplicación de sonda Foley para la cuantificación de diuresis. Es muy importante la descompresión del tubo digestivo a través de la sonda nasogástrica. (12,17, y 18).

La decisión que hay que tomar es "cuando operar", es decir, seleccionar el mejor momento para cada paciente. El momento de operar depende de tres factores; 1.- duración de la obstrucción, 2.- mejoramiento del funcionamiento orgánico, 3.- peligro de estrangulación según More. (18, y 19).

Stewardson y cols (1978) sugiere que la falta de fiebre, taquicardia, hipersensibilidad local y leucocitosis indica que el manejo conservador puede ser seguro, sin embargo si se presenta durante la vigilancia del paciente uno - más de estos parámetros se debe operar Wolfson agrega a estos datos el hallazgo radiológico de necrosis (asa fija con pérdida de las marcas de la mucosa) sin embargo otros estudios no garantizan en base a estos parámetros la presencia de estrangulación y mucho menos predecirla. (14, y 19).

Existen diferentes soluciones quirúrgicas de la obstrucción intestinal; los que no requieren de enterotomía por ejemplo lisis de adherencias, los que - requieren de enterotomía por ejemplo ileo biliar, resecciones intestinales, derivación intestinal y la formación de estomas. (12).

En ocasiones durante la intervención quirúrgica se plantea el dilema de la viabilidad intestinal en base a los criterios conocidos como son: coloración, el peristaltismo, la presencia de pulsaciones sin embargo no son infalibles, - el doppler, el nivel de umbral del estímulo y la inyección intraperitoneal de - Xenon-133 demuestran ser confiables para asegurar la viabilidad intestinal cuando se tienen disponibles. (4, y 5).

A menudo los pacientes con pseudoobstrucción son operados con el diagnóstico de obstrucción mecánica, lo indicado es tomar biopsia de espesor completo

del segmento afectado. (16).

El tratamiento quirúrgico para la obstrucción recurrente por adherencias es diversa y de resultados variables, así pues tenemos la ferulización intestinal con sonda de Baker, la plicatura de serosa intestinal propuesta por Noble y la transmesentérica descrita por Childs-Phillips en 1960 (7,14, y 17).

MORTALIDAD.

La mortalidad ha disminuido en forma progresiva, de un 26% en 1925 a un 6% en 1980 (Ellis). La presencia de estrangulación aumenta la tasa de mortalidad hasta un 30%, la edad es un factor determinante de incremento en la mortalidad. (5, y 12).

La incidencia de la mortalidad esta sujeta a variaciones dependiendo del segmento de intestino comprometido; en una serie de 22 casos de vólvulos de colon es la mortalidad global fue de un 18.8% siendo mayor los de localización de sigmoides en comparación con el vólvulo de ciego. (14, y 15).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron de manera retrospectiva un total de 31 pacientes que ingresaron al Hospital General Tacuba ISSSTE, con el diagnóstico de obstrucción intestinal en un periodo comprendido entre el primero de Enero de 1990 al 30 de Junio de 1991. De estos 31 pacientes once se manejaron medicamente y se excluyen del estudio, en los 20 pacientes restantes se realizaron 24 procedimientos quirúrgicos (64.5%) como manejo de la obstrucción intestinal.

Los parámetros a evaluar fueron los siguientes; dolor abdominal, datos de irritación peritoneal, presencia de peristalsis y sus características, la presencia de hipertermia, taquicardia, náuseas, vómito, leucocitosis, bandas y alteraciones electrolíticas. Las alteraciones radiológicas se interpretaron como anormales la presencia de asas de intestino delgado dilatadas, de niveles hidroaéreos o la ausencia de gas en ampulla rectal.

También se analizaron los antecedentes quirúrgicos o de hernias en nueve pacientes, el tiempo de evolución, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, edad, sexo, ausencia de canalización de gases y por último sus causas.

RESULTADOS

Se estudiarón 20 pacientes en un período de 18 meses que fuerón sometidos a tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de oclusión intestinal. Se realizaron un total de 24 intervenciones quirúrgicas. El rango de edad fue de 5 a 90 años con una media de 47.5 años, hubieron 9 mujeres (45%) y 11 hombres (55%). - La mayor incidencia se presentó en pacientes mayores de 60 años 12 casos (60%); de 20 a 60 años hubieron 5 pacientes (25%) y 3 pacientes menores de 10 años (15%).

El dolor abdominal se presentó, en todos los pacientes. Los datos de irritación peritoneal se presentaron en 12 (50%), taquicardia en 11 (45.8%); aumento de la temperatura en un 25%; náuseas en 17 pacientes (70.8%) y el vómito en 14 (58.3%). La peristalsis de "lucha" o de tonalidad metálica estuvo presente en 15 pacientes (62.5%), disminuida o abolida en 7 (20.9%) un 79.1% manifestó ausencia de evacuaciones. El tacto rectal reveló ampolla ocupada en 8 casos - (33.3%) en 5 no se reportó y vacía en 11 pacientes (45.8%).

Se realizaron un total de 19 fórmulas blancas encontrándose 10 (52.6%) como normales y; leucocitosis en 9 (47.5%) y bandemia en 4 (21.0%). Los electrocardiogramas se practicaron en 14 pacientes (58%) con un 71.4% de anomalías y un 28.5% normales. Los hallazgos radiológicos anormales se presentaron en 23 casos (95.8%).

Las causas más comunes fueron por adherencias 7 pacientes (29%) hernia encarcelada 7 (29%); vólvulos de sigmoides en 5 casos (20%) y un vólvulo de ciego, una neoplasia maligna de colon correspondiendo a un 4.1% respectivamente.

16 pacientes con antecedentes de cirugía abdominal (66.6%) y 6 pacientes con hernias (25%). EL tiempo de evolución mínimo fue de 9 horas y el máximo de 168 horas con un promedio de 88.5 horas. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la operación fue el mínimo de 01:30 horas y el máximo de 264 horas.

Los procedimientos quirúrgicos que se realizaron fueron; tres --
destrucciones de vólvulo, liberación de adherencias en siete pacientes (29.1%); -
dos resecciones de sigmoides (8.3%) con colostomía terminal, más procedimiento -
de Hartmann una resección de sigmoides (4.1%) más colostomía terminal y fistula
mucosa; en un 25% (6 pacientes) se practicó resección de intestino delgado con -
enteroenteroanastomosis terminoterminal primaria; los reportes histopatológicos
fueron: un adenocarcinoma de colon bien diferenciado de ciego, un paciente con
ileitis aguda y crónica inespecífica, cuatro casos en que el segmento de intesti
no delgado con datos de necrosis, hemorragia y peritonitis. Con respecto a los
casos de resección de sigmoides en uno de ellos reportan atrofia parietal y di-
latación pseudoquistica de vasos linfáticos, en un caso no se reportó y el terce-
ro con datos de necrosis-hemorragia.

La mortalidad que se obtuvo en este estudio fue de 8.3% ambos mu-
yores de 70 años; las causas del fallecimiento fue en uno de ellos insuficiencia
respiratoria en el postoperatorio inmediato; en otro falla orgánica múltiple se-
cundaria a sepsis abdominal por deshicencia de la anastomosis. La morbilidad -
fue de un 12.5% predominando el absceso de pared en dos casos y una deshicencia
de anastomosis.

CUADRO No. 1
OCCLUSION INTESITAL.
INCIDENCIA POR SEXO.
ENERO 1990--JUNIO 1991.
HOSPITAL GENERAL TACUBA.

SEXO	No.	%
F	9	45
M	11	55

CUADRO No. 2

INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD
EN LA OCLUSION INTESTINAL.

ENERO 1990-JUNIO 1991.

<u>HOSPITAL</u>		<u>GENERAL</u>		<u>TACUBA,</u>	
EDAD		No.		%	
+60	AÑOS	12		60	
÷20Y60	AÑOS	5		25	
-10	AÑOS	3		15	

CUADRO No. 3

CAUSAS DE OCLUSION INTESTINAL.
ENERO 1990-JUNIO 1991.
HOSPITAL GENERAL TACUBA.

	No.	%
ADHERENCIAS	7	29.1
HERNIAS	7	29.1
VÓLVULO SIGMOIDES	5	20
VÓLVULO DE CIEGO	1	4.1
NEOPLASIA DE COLON	1	4.1
ASCARIS	1	4.1
ESTENOSIS ILEON	1	4.1

CUADRO No. 4

OCLUSION INTESTINAL.
SIGNOS Y SINTOMAS.

ENERO 1990-JUNIO 1991
HOSPITAL GENERAL TACUBA.

DOLOR ABDOMINAL	83.3%
CONSTIPACIÓN	79.1%
NÁUSEAS	70.8%
VÓMITO	58.3%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 5

OCLUSION INTESTINAL
DATOS DE LABORATORIO
ENERO 1990-JUNIO-1991
HOSPITAL GENERAL TACUBA

	No.	%
Fórmula Blanca	19	79.1
No realizados	5	20.8
Normales	10	52.6
Leucocitosis	9	47.3
Menos 15,000 mm ³	3	15.7
15-20,000 mm ³	3	15.7
más 20,000 mm ³	3	15.7
Electrolitos	11	52.3
Normales	4	28.5
Anormales	10	71.3
Hipopotasemia	6	42.8
Hiponatremia	3	21.4
Hipernatremia	1	7.1

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 6

ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINALES
EN 16 PACIENTES DE OCLUSION INTESTI-
NAL OPERADOS.

ENERO 1990-JUNIO 1991

HOSPITAL GENERAL TACUBA.

LAPAROTOMIA POR ADHERENCIAS.	5
LAPAROTOMIA NO ESPECIFICADA.	5
APENDICECTOMIA	4
COLECISTECTOMIA	4
CESÁREA	1
HISTERECTOMIA	1

CUADRO No. 7

TIPOS DE HERNIAS EN PACIENTES
CON OCLUSION INTESTINAL.
ENERO 1990-JUNIO 1991
HOSPITAL GENERAL TACUBA.

INGUINAL DERECHA	2
INGUINAL IZQUIERDA	2
INCISIONAL	1
UMBILICAL	1

CUADRO No. 8

CORRELACION DE DEMORA EN LA OPERACION
CON LA MORBIMORTALIDAD EN LA OBSTRUCCION
INTESTINAL.

ENERO 1990-JUNIO 1991.

HOSPITAL GENERAL TACUBA.

	Lapso para operar		
	INMEDIATA - 4 HRS.	MISMO DIA ENTRE 4-24	TARDIA. + 24.
Mortalidad	4.1%	4.1%	
Morbilidad			12.5%

CUADRO No. 9
CORRELACION CLINICO-CIRURGICO Y DE LABORATORIO EN OCLUSION
ENERO 1990 JUNIO 1991

No.	HALLAZGOS	EDAD	HOSPITAL GENERAL TACUBA,		T	LEUCOCITOS mm ³ .
			IRRITACION PERITONEAL	FC		
1	Adherencias oclusivas	90	Presente	116X'	37.5	17,800
2	Líquido ascitis. Sin evidencia de oclusión.	90	Presente	110X'	37.0	19,000
3	Hernia inguinal encar- celada.	83	Presente	80X'	36.0	NR.
4	Adherencias.	46	Negativo	100X'	37.0	8,000
5	Vólvulo de sigroides.	35	Positivo	96X'	36.5	6,400
6	Ca. colon	69	Negativo	80X'	36.8	6,000
7	Adherencias	68	Negativo	82X'	36.8	7,400
8	Adherencias	68	Negativo	80X'	36.5	NR.
9	Hernia inguinal estran- gulada.	71	Presente	80X'	37.0	NR.
10	Adherencias	74	Presente	100X'	37.3	NR.
11	Vólvulo de ciego	31	Negativo	80X'	36.5	NR.
12	Adherencias	10	Presente	120X'	37.5	9,800
13	Adherencias	5	Negativo	100X'	36.5	24,600
14	Ascaris, Necrosis de - asa.	6	Presente	120X'	38.0	24,000

CONTINUA CUADRO No. 9

No.	HALLAZGOS	EDAD	IRRITACIÓN PERITONEAL	FC	T	LEUCOCITOS mm ³
15	Vólvulo de sigmoides	80	Negativo	130X ¹	37.9	12,200
16	Vólvulo de sigmoides	52	Negativo	113X ¹	37.0	9,300
17	Vólvulo de sigmoides	52	Presente	100X ¹	37.0	6,000
18	Vólvulo de sigmoides	80	Negativo	80X ¹	37.0	6,000
19	Hernia umbilical es- trangulada.	66	Presente	160X ¹	37.8	21,500
20	Hernia incisional es- trangulada.	39	Negativo	70X ¹	37.0	6,300
21	Hernia inguinal es- trangulada.	75	Positivo	84X ¹	37.0	13,250
22	Hernia inguinal encar- celada.	66	Negativo	84X ¹	37.0	4,500
23	Estenosis de íleon	72	Positivo	88X ¹	36.5	11,800
24	Hernia inguinal encar- celada.	79	NR.	84X ¹	37.0	7,400

Los pacientes No. 4, 6, 7, y 8 se operaron en forma electiva.

CONCLUSIONES.

En el estudio realizado encontramos que las hernias y las adherencias ocupan el primer lugar de las causas de obstrucción intestinal, en segundo lugar tenemos el vólvulo tanto de sigmoideas como de ciego y en cuarto lo ocupa el cáncer de colon.

El estudio difiere a nivel de las estadísticas mundiales ya que en estas las hernias se encuentran ocupando el segundo lugar.

En los pacientes que se les dio tratamiento médico y que por los cual se excluyeron del estudio se encontró un desorden en prioridades del manejo, y se remarca en este estudio el protocolo de manejo médico en pacientes con oclusión que debe iniciarse en la sala de urgencias:

- 1.- Ayuno
- 2.- Aplicación de sonda nasogástrica.
- 3.- Control estricto de líquidos.
 - a) Línea central.
 - b) Colocación de sonda Foley
- 4.- Toma de laboratorio.
 - a) H.C.
 - b) QS.
 - c) Electrolitos séricos (Na, Cl, K)
 - d) Gasometría.
- 5.- Toma de Rx. de abdomen agudo.
 - a) Tele de tórax.
 - b) Simple de abdomen en decúbito dorsal y de pie con control a los cinco minutos.

De acuerdo a la patología causante de la oclusión, la decisión se modifica en forma considerable ya que en pacientes con vólvulos o con sufrimiento de asa -

intestinal por procesos herniarios deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico de urgencia y no así en pacientes con oclusión intestinal mecánica por adherencias, ya que estos pacientes es más factible su manejo conservador.

Un alto porcentaje de pacientes con vólvulos o oclusión intestinal estrangulada no presentarán datos clínicos de irritación peritoneal y los estudios de laboratorio no son concluyentes en la decisión quirúrgica.

La morbimortalidad de este estudio es baja y consideramos que deben ser sometidos a un tratamiento quirúrgico en forma temprana, en virtud de que no existen parámetros clínicos, radiológicos o de laboratorio que puedan definir con exactitud el momento en el cual un paciente con oclusión intestinal mecánica debe ser sometido a la laparotomía exploradora de urgencias; la excepción lo representan el vólvulo y la oclusión estrangulada.

Todo paciente con proceso herniario debe ser sometido a tratamiento quirúrgico en forma electiva lo más pronto posible ya que esta se relaciona con una alta incidencia como agente causal de oclusión intestinal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anbun HJ; Pempinello C; Halasz NA. Small bowel obstruction and its management Int Surg 1989 Jan-Mar; 74 (1): 23-7
- 2.- Bizer LS.; Liehring RW; Debney HM and Gliedman ML. Small bowell obstruction. The role of none operative tretment in simple intestinal obstruction and pro ductive criteria for strangulation. Surgery 89:409; 1981.
- 3.- Brolin RE. Partial small bowell obstruction Surgery 95:145-149; 1984.
- 4.- Brukley GB., Gharagozloo F., Anderson PO et al. Use of Intraperitoneal Xenon 133 for imagin of intestinal strangulation in small obstruction. Am J Surg. 141:128-135; 1981.
- 5.- Brolin RE., Semmlow JL., Sehonanda D et al. Comparison of five methods of - assessment of intestinal viability. Surg Gynecol Obst 168:6-11; 1989.
- 6.- Buechter KJ., BOustany Ch., Caillouette R. Surgical Management of the acutely obstructed colon. Am J. Surg. 156:163-168;1988.
- 7.- Gutiérrez C. Fisiopatología quirúrgica del Aparato Digestivo. Manual Moderno.
- 8.- Holder WD. Intestinal Obstruction. Gastroenterol Clin North Am 1988 Jun; 17 (2):317-40.
- 9.- Jonsson K. Jiborn H. Zederfeldt B. Healing of anastomoses after obstruction of small intestine. Surg Gynecol Obst 167:342-329;1988.
- 10.- Jones It, Fazio VW. Colonic volvulus. Etiology and management. Dig dis 1989; 7 (4): 203-209.
- 11.- Livingston EH., Passaro EP. Postoperative ileus. Dig Dis Sci 1990 Jan; 35 (1) 121-132.
- 12.- Maingot R. Operaciones abdominales 6a. Edición Panamericana;1128-1190
- 13.- Matheson NA. Management of obstructed and perforated large bowell carcinoma. Bulletin Clin Gastroentero 1989 Jul (3); 671-57.
- 14.- Mucha P. Small bowell obstruction. Surg Clin North Am 1987 (30):615-636.
- 15.- Porro Novo; Flores Miranda E. et al. Volvulus of the colon. Rev Esp. Enferm Apar Dig 1989 Jun;75 (6): 583-588.
- 16.- Richards WO, Williams LF. Obstruction of the large and small intestine Surg Clin North Am 1988 Apr;68 (2): 355-376.
- 17.- Romero Torres. Tratado de Cirugía; Interamericana 1988;2:1687-1704
- 18.- Schawartz. Principios de Cirugía 4a. Edición Mc. Graw Hill
- 19.- Sabiston C. tratado de patología quirúrgica. Llava Edición Interamericana.
- 20.- Strodel WE; Brothers T. Colonoscopic descompresión of pseudo-obstruccion - and volvulus. Surg Clin North Am 1989 Dec.;69 (6): 1327-1335.
- 21.- Stordahl A. Water-Soluble contrast media in obstructed in ischemic small -- intestine. A clinical and experimental study. J Oslo City Hosp 1989 Jun-Feb; 39:3-22.