



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

**ETIOLOGIA
DE LA
OBSTRUCCION INTESTINAL**

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD
EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA
DR DAVID MONTOYA TORRES



ASESOR
DR. MODESTO AYALA AGULAR.

262AAT

11209
69



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 esta 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.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

DRA. MARIA LOURDES ROMERO HERNANDEZ.
JEFA DE INVESTIGACION

DR ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DESARROLLO.

DR FERNANDO PALACIO VELEZ
COORDINADOR Y PROFESOR DEL
CURSO DE POSGRADO
DE CIRUGIA GENERAL.

DR ARGENIO VARGAS AVILA
JEFE DE ENSEÑANZA.
DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

DR MODESTO AYALA AGUILAR.
ASESOR DE TESIS.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
FEB 10 1980
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

RECIBIDO
AGD. 28 2000
Unidad de Investigacion y Desarrollo
BIOLOGIA

INDICE :

RESUMEN :	1
ABSTRACT :	2
INTRODUCCION :	3
METODOLOGIA :	5
RESULTADOS :	6
DISCUSION :	13
CONCLUSION :	14
BIBLIOGRAFIA :	15

RESUMEN.

Se presenta la experiencia posquirúrgicas de cuatro años en pacientes operados con diagnóstico de obstrucción intestinal, mediante el estudio retrospectivo de abril de 1995 a octubre de 1998.

Se realizaron 111 operaciones con diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal, con un predominio del sexo femenino de 1.5:1 con un rango de edad de 12 a 94 años y una media de 52 años.

Los diagnósticos posquirúrgicos fueron adherencias en 39 pacientes (35.1%), hernias 21 (18.9%), tumores 17 (15.3%), estenosis pilórica 10 (9%), y misceláneos 24 (21%).

Con este estudio determinamos que la causa principal de obstrucción intestinal sigue siendo las adherencias con un franco incremento en los tumores como causa de obstrucción intestinal.

Palabra claves: Etiología, obstrucción intestinal.

Abstract

Showed is the four-year experience in patients operated with an initial diagnosis of intestinal obstruction, in a retrospective study from April 1995 to October 1998

One hundred and one operations took place with a preoperative diagnosis of intestinal obstruction; the patients presented a female tendency of 1.5: 1 with ages raging from 12 to 94 and a medial of 52 years.

The postoperative diagnosis where adhesions in 39 patients (35.1%), 21 hernias (18.9%), 17 tumors (15.3%), 10 pyloric estenosis (9%), and 24 miscellanies (21%).

With this study, it was determined that the main cause for intestinal obstruction is still adhesions with a marked increase in tumors as a cause of intestinal obstruction.

Key words: Etiology, intestinal obstruction

INTRODUCCION.

La obstrucción intestinal se define como un estado en el cual existe un impedimento para el paso del contenido intestinal (gases, líquidos y sólidos) a lo largo de la luz del mismo. Debe hacerse resaltar que la obstrucción intestinal es, simplemente ante todo, un síndrome, consecuencia de una gran diversidad de causas. Por lo tanto las manifestaciones clínicas de la obstrucción intestinal pueden variar mucho; tales variaciones dependen del mecanismo productor de la misma y de la porción de intestino que se encuentra afectado, así como de las complicaciones que puede originar (1).

Así por ejemplo; las características clínicas más frecuentes de la obstrucción intestinal son: constipación, dolor abdominal, distensión abdominal y vómito, el cual ocurre en forma tardía en el desarrollo de obstrucción de intestino grueso, así como cambios en los hábitos intestinales. El tiempo de evolución es muy variada y depende de la etiología de la obstrucción intestinal. (2,3).

Las causas de obstrucción intestinal han variado en las últimas décadas. En 1932, Vick revisó 6892 pacientes con obstrucción aguda tratados entre 1925 y 1930 en 21 hospitales en Gran Bretaña. En 49% se debieron a hernias externas estranguladas; las adherencias fueron responsables del 7%. (1).

En otra serie realizada por Ellis de 1962 a 1980 de 253 pacientes, reporto como causa a los tumores en un 30%, adherencias en 26% y hernias 21%. (1).

Obstrucción intestinal, D. Montoya pagina 4

En 1987 de las causas más frecuentes en E.U. de obstrucción intestinal eran adherencias en 49%, seguidas de neoplasias 16.2 % y hernias con 15% en un estudio realizado en la universidad de Rochester (2,4,5).

A mediados de los 90's se aprecia un franco incremento en las neoplasias como causa productoras de obstrucción intestinal (4,6,7,8,9)

El objetivo de este estudio es determinar la etiología mas frecuente en los pacientes tratados quirúrgicamente por diagnóstico de obstrucción intestinal en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

METODOLOGIA

Se llevo a cabo de abril de 1995 a octubre de 1998 registrándose 111 pacientes que fueron tratados quirúrgicamente con diagnóstico de obstrucción intestinal en el servicio de cirugía general del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. De estos 68 fueron del sexo femenino y 43 del sexo masculino, con un rango de edad de 12 años a 94 años.

Los datos fueron obtenidos de los registros de quirófano, de los expedientes y de las hojas quirúrgicas. Dividiéndose en grupos conforme a los diagnósticos más frecuentes; se obtuvo la media, rango de edades, así como la relación de sexo de cada uno de los mismos.

Se registraron antecedentes quirúrgicos previos comparándose con registros previos encontrados en la literatura.

RESULTADOS

En nuestro grupo de 111 pacientes se encontró un predominio del sexo femenino con una relación de 1.5:1 con el sexo masculino, con una media de edad de 52 y un rango de 12 a 94 años .

Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal fueron adherencias en 39 pacientes (35.1%), hernias en 21 pacientes (18.9%), neoplasias 17 (15.3%) estenosis pilórica 10 (9%) y misceláneos 24 (21.6%) (figura 1).

En los pacientes con diagnóstico posquirúrgico de adherencias se observó una media de edad de 49 años con un predominio del sexo femenino al masculino de 2.2:1 (Cuadro 1).

Como antecedentes quirúrgicos se encontraron que los procedimientos en colon fueron los más frecuentes (28.2%), seguidos de los procedimientos ginecológicos (23%), cirugías oncológicas y gastrectomías en 15.4% cada uno. (Cuadro 2).

En el grupo de hernias con 21 pacientes y una media de edad de 57.4 años, con predominio del sexo femenino de 1.1:1 con relación del sexo masculino. Encontrándose que en el 52.3% la causa fue por hernias umbilicales. (Cuadro 3).

En el grupo de neoplasias con 17 pacientes y una media de edad de 61 años con predominio del sexo femenino.

Los tumores más frecuentes como causa de obstrucción intestinal fueron colon 64.7%, ginecológicos 17.6%, seguido de páncreas, estómago y próstata con un 5.9% cada uno de ellos. (Cuadro 6).

En el grupo de estenosis pilórica se encontró una media de edad de 53.7 años con predominio del sexo femenino de 1.5:1 con respecto al sexo masculino.

En el grupo de misceláneos las causas fueron volvulos, piocolocisto, diverticulitis, pancreatitis, quistes de ovario, trombosis mesentéricas, CUCI, y apendicitis (Cuadro 7).

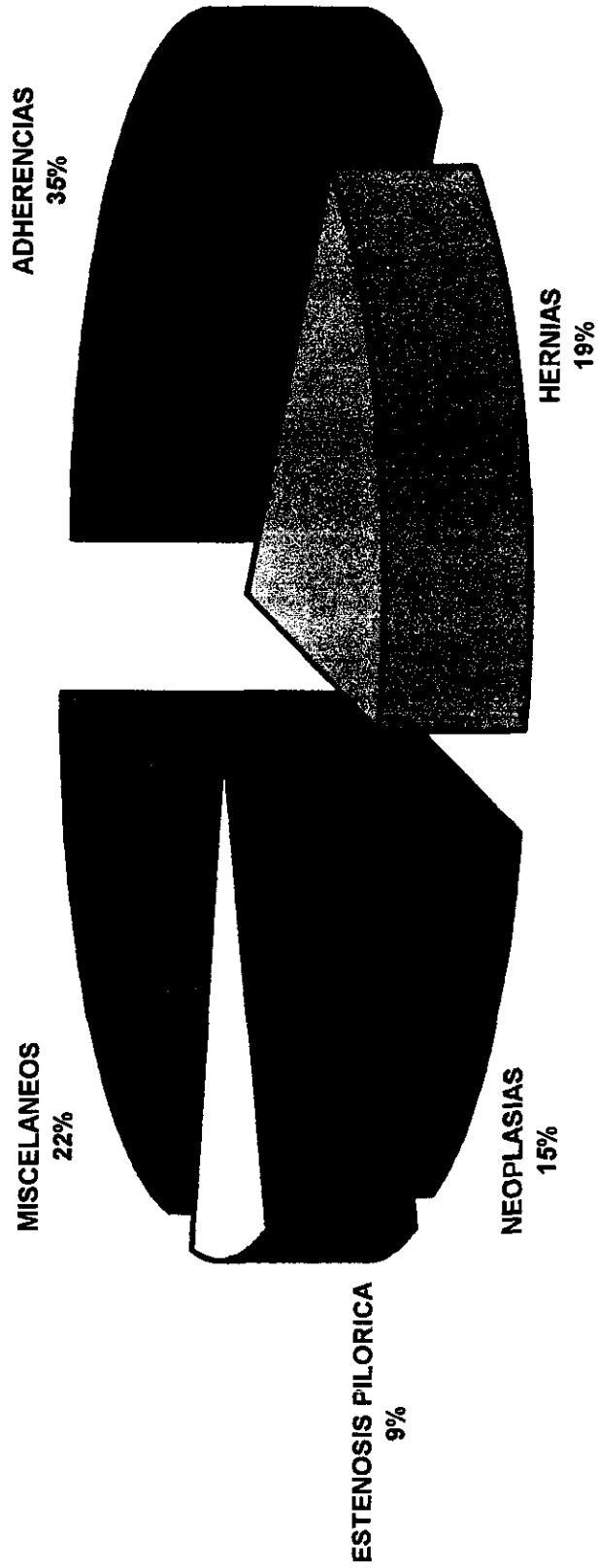
En este grupo se encontraron 24 pacientes con una media de edad de 51.3 años, con un predominio del sexo masculino 1.3:1 con relación al femenino.

CUADRO 1
 ANALISIS COMPARATIVO DE LAS ETIOLOGIAS MAS FRECUENTES
 EN OBSTRUCCION INTESTINAL
 HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

	ADHERENCIAS	HERNIAS	NEOPLASIAS	ESTENOSIS PILORICA	MISCELANEOS
No. PACIENTES	39	21	17	10	24
EDAD MEDIA	48	57.4	61	53.7	51.3
EDAD RANGO	12-94	27-91	22-82	31-82	27-81
SEXO FEMENINO	27	11	9	6	6
SEXO MASCULINO	12	10	8	4	8
M:F	1:2.2	1:1.1	1:1.1	1:1.5	1:3:1

TOTAL DE PACIENTES: 111

FIGURA 1 Causas más frecuentes de obstrucción intestinal



CUADRO 2.

CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS
EN PACIENTES OPERADOS CON
DIAGNOSTICO DE ADHERENCIAS
CON OBSTRUCCION INTESTINAL

CAUSAS	PORCENTAJE
COLON	28.2%
GINECOLOGICOS	23%
GASTRECTOMIA	15.5%
NEOPLASIAS	15.4%
COLECISTECTOMIA	12.8%
RESECCION INTESTINAL	5.1

CUADRO 3.

TIPOS ESPECIFICOS DE HERNIAS
ENCONTRADAS EN 21 PACIENTES
TRATADOS QUIRURGICAMENTE
CON DIAGNOSTICO DE
OBSTRUCCION INTESTINAL

HERNIAS	No. PACIENTES	%
UMBILICAL	11	52.3%
INGUINAL	10	47.7%
DERECHA	7	33.4%
IZQUIERDA	3	14.3%

CUADRO 4

TUMORES MAS FRECUENTES QUE CAUSAN
OBSTRUCCION INTESTINAL

TUMOR	No. PACIENTES	%
COLON	11	64.7
GINECOLOGICO	3	17.6
PANCREAS	1	5.9
ESTOMAGO	1	5.9
PROSTATA	1	5.9

DISCUSION

Este estudio muestra que las adherencias continúan siendo la causa principal de obstrucción intestinal, seguido de las hernias y neoplasias. Comparándose con los datos encontrados en la literatura encontramos que las adherencias siguen siendo la causa principal de obstrucción intestinal. De las cirugías que con mayor frecuencia producen adherencias no se encontró diferencia con lo que la literatura marca (2,4,10,11,12,13,14).

La segunda causa de obstrucción en nuestro estudio fueron las hernias, encontrando variaciones con respecto a lo que marca la literatura, en donde se reporta la neoplasias como segunda causa. (4).

La literatura marca como mas frecuente a las hernias internas, seguida de las hernias inguinocrural y las umbilicales (5,15,16). La hernia umbilical la encontramos en nuestro estudio como la primera causa, a diferencia de la literatura donde es reportada como ultima causa.

En nuestro estudio, la tercer causa lo constituye las neoplasias, siendo la segunda causa en otros estudios (2,4), coincidimos con lo que refiere la literatura en cuanto a cuales son los tumores más frecuentes que causan obstrucción intestinal.

El resto de causas productoras de obstrucción intestinal en nuestro estudio es muy semejante en porcentajes a lo reportado en la literatura (17,18,19).

CONCLUSION

Las adherencias siguen siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal en nuestro medio. Conociendo las cirugías que más producen adherencias en nuestros pacientes, sería necesario tener los cuidados adecuados con el manejo de la cirugía para evitar al máximo su aparición. Una opción actual es la cirugía laparoscópica la cual disminuiría la aparición de adherencias según lo referido en la literatura.

Las hernias comienzan a disminuir como causa de obstrucción intestinal ya que se operan en forma electiva; sin embargo, las neoplasias comienzan a aparecer en series en segundo lugar y en nuestro estudio empiezan a incrementarse por lo que es necesario un diagnóstico temprano y evitar así las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ellis H Obstrucción intestinal aguda; en Schwartz S, Ellis H. Maingot-Operaciones Abdominal. Tomo II. Editorial panamericana 8ª. Ed. Buenos Aires, 1978: 112-1153
- 2.- Mucha P. Small Intestinal Obstruction. Surg Clin North Am. 1987; 67 (3): 597-620
- 3.- Tumen H Obstrucción intestinal; en Bockus H Gastroenterología. Editorial Salvat, 2ª Edición. Barcelona, 1979: 351-414.
- 4.- Lopez-Kostner F, Hool G.,Lavery I. Management and Cause of Acute Large-Bowel Obstruction. Surg Clin North Am. 1997;77(6) 1265-1290.
- 5.- Chamary V.L. Femoral hernia; intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity an mortality BrJ.Surg. 1993; 80: 230-232.
- 6.- Koperna T, Kisser M, Schulz F. Emergency Surgery for colon cancer in the aged. Arch Surg, 1997; 132: 1032-1037.
- 7.- Stewart J, Diament R, Brennan T. Management of obstructing lesion of the left colon by resection, on table lavage, and primary anastomosis. Surgery 1993; 114 (3) 502-505.
- 8.- Arnell T ,et al. Colonic Stents in Colorectal Obstruction. Am Surg 1998; 986-988.
- 9.- Butler J, o'Dwyer J. THE SURGICAL MANAGEMENT OF OBSTRUCTION AND PERFORATION OF THE LEFT COLON. Surg Gynecolo Obstet 1993; 177:203-208.
- 10.- Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Contributions of History-Taking, Physical Examination, and Computer Assistance to Diagnosis of Acute Abdominal Pain. Scand J. Gastroenterol 1994; 29:715-721.
- 11.- Barkan H, Webster S, Ozeran S. Factors Predicting the Recurrence of Adhesir Small-Bowel Obstruction. Am J Surg 1995; 170:361-365.
- 12.- Seror D,et al. How Conservatively Can Postoperate Small Bowel Obstruction Be Trated. Am J Surg 1993; 165:121-126.

Obstrucción intestinal, D. Montoya pagina 16

13.- Fleshner P, et. al. A prospective, randomized Trial of short Versus Long tubes in adhesive Small-Bowel obstruction Am J Surg 1995;170:366-370.

14.- Fegin E, et al. Water-soluble Contrast Material Has No Therapeutic Effect on Postoperative small -Bowel obstruction: results of a Postoperative, Randomized Clinical trial. Am J Surg 1996; 171 227-22

15.- Cruz C, Minagi H Large-Bowel Obstruction resulting from traumatic Diaphragmatic Hernia: Imaging Findings in four Case. AJR 1994;162:843-845.

16.- Lo Ch, Lorentz T, Lau P. Obturator Hernia Presenting as Small Bowel Obstruction. Am J Surg 1994; 67 : 396-398.

17.- McCullagh M, Garvie D, Dykes E. E. A New Method of Intestinal Salvage for severe Small Bowel Ischemia. J Pediatr Surg 1994; 29 (9):1231-133.

18.- McGregor J, O'Dwyer J, THE SURGICAL MANAGEMENT OF OBSTRUCTION OF THE LEFT COLON. Surg Gynecol Obstet 1993; 177:203-208.

19.-Arnold J, Pellicane J. Meckel's Diverticulum: A ten year Experience. Br J Surg. 1996; Feb (4) 354-355.

20.- Bailey I, Rhodes N, O'Rourke N, Nathanson L, Fielding G. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. Br. J Surg. 1998; 85: 84-87.