

OCCLUSIÓN Y PSEUDOOCCLUSIÓN INTESTINAL

Sandra Peralta, Laura Sánchez

La detención completa del tránsito intestinal durante más de 24 horas define la oclusión intestinal.

Clasificación etiopatogénica

- **Mecánica:** intrínseco o extrínseco a la pared del tubo digestivo
 - > Simple: sin afectación vascular
 - > Estrangulada: afectación vascular
- **Funcional:** Puede estar causado por una parálisis (íleo paralítico o adinámico) o por un espasmo intestinal (íleo espástico)

ÍLEO MECÁNICO
Simple
Obstrucción de la luz intestinal: cálculos biliares, cuerpos extraños, parásitos, bezoares, fecaloma, meconio
Lesión intrínseca estenosante: <ul style="list-style-type: none"> • Congénita: divertículo de Meckel, enfermedad de Hirschsprug, atresia, estenosis y ano imperforado • Adquiridas: diverticulitis, enfermedad de Crohn, neoplasias
Lesión extrínseca estenosante
Bandas adhesivas: congénitas, inflamatorias, neoplásicas, adherencias posquirúrgicas
Masas o estructuras extraintestinales: abscesos, quistes, tumores, páncreas anular

Estrangulación
Interna: invaginación, hernia interna, brida, vólvulo
Externa: hernia estrangulada
ILEO FUNCIONAL
Paralítico
Neurógeno: postoperatorio de cirugía abdominal, distensión del uréter, lesión medular, hematoma retroperitoneal, pancreatitis, peritonitis
Desequilibrio electrolítico: hipopotasemia
Tóxico: neumonías, uremia, septicemia
Isquemia intestinal
Espástico
Intoxicación por plomo
Porfirias

La pseudooclusión intestinal, se produce cuando hay una enlentecimiento del tránsito sin ser una detención completa.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Anamnesis

Durante la anamnesis, debemos recoger la información relevante del cuadro clínico actual:

- **Dolor:** El dolor abdominal es de tipo cólico, generalizado por la distensión intestinal y es

proporcional al peristaltismo de lucha. Sospecharemos una estrangulación o perforación si se hace continuo, localizado y de gran intensidad.

- **Vómitos:** Cuanto más alto es el nivel de la obstrucción más abundantes y precoces son los vómitos. El contenido también depende del nivel y de la fase evolutiva.
- **Estreñimiento:** Averiguar el ritmo deposicional habitual, cuando fue la última deposición, productos patológicos y la presencia o ausencia de ventosidad.
- **Fiebre:** en casos de estrangulación o isquemia de asas intestinales.

Así mismo debemos investigar los antecedentes del paciente, tanto médicos (endocrinológicos, neurológicos, neoplasias, psiquiátricos) como quirúrgicos y los antecedentes familiares. Es necesario recoger la medicación actual, los cambios recientes en la misma y el consumo de tóxicos. Para finalizar, realizar una anamnesis por aparatos.

Hay que subrayar que el cuadro se puede mostrar de forma inespecífica, especialmente en ancianos y en polimedificados, especialmente opiáceos.

Exploración física

Se debe realizar una exploración física completa. En la exploración abdominal debemos evaluar:

1. **Inspección:** Buscar cicatrices, bultomas y distensión.
2. **Auscultación:** Los ruidos intestinales en una obstrucción mecánica, inicialmente están aumentados, disminuyendo progresivamente, apareciendo ruidos metálicos conforme progresa el cuadro. Si la causa de la obstrucción es funcional, los ruidos estarán disminuidos o ausentes desde el comienzo.
3. **Palpación:** Distensión abdominal, timpanismo, dolor a la palpación generalizada. Si objetivamos signos de irritación peritoneal, sospechar necrosis o perforación intestinal. Explorar posibles orificios herniarios (ingles, zona umbilical) y posibles masas abdominales.
4. **Tacto rectal:** buscar hemorroides, fisuras, fistulas, estado de la ampolla rectal (características de las heces, masas sospechosas) y tono del esfínter.

Pruebas complementarias

Laboratorio: Si el paciente presenta signos de alarma, se debe solicitar una analítica con hemograma (descartar anemia y datos de infección), coagulación (para valorar la función hepática, además de ser necesaria en caso de intervención quirúrgica) y bioquímica (función

renal e iones). La amilasa, LDH, el pH y el exceso de bases, nos informará sobre el sufrimiento intestinal.

Radiografía de abdomen: Valorar solicitar la radiografía en decúbito, en bipedestación, o decúbito lateral y rayo horizontal.

- **Obstrucción intestino delgado:** dilatación de asas de intestino delgado (patrón de pilas de moneda), niveles hidroaereos y ausencia de gas distal
- **Obstrucción a nivel del colon:** Si la válvula ileocecal es funcionante, la dilatación llegará hasta el punto de la obstrucción. (Si ciego está dilatado más de 10 cm, existe riesgo de perforación). Si la válvula es incompetente, la dilatación será leve-moderada con dilatación de asas de intestino delgado.
- **Imagen en grano de café:** sospechar vólvulo intestinal
- **Presencia de asa centinela:** sospechar pancreatitis aguda.
- **Triada de aerobilia, obstrucción de intestino delgado e imagen cálcica en FID:** sospechar íleo biliar.

Radiografía tórax: descartar neumoperitoneo

TAC abdominopélvico: cuando hay datos de sufrimiento intestinal sin poder determinar el origen de la obstrucción.

Otras pruebas a valorar: colonoscopia, enema de bario

TRATAMIENTO

Todo paciente con una obstrucción intestinal requiere ingreso hospitalario. Debe permanecer en dieta absoluta hasta la resolución del cuadro. Se debe colocar una sonda nasogástrica con aspiración leve e intermitente con el objetivo de descomprimir el estómago y aliviar las náuseas y los vómitos. Administración de fluidoterapia para reposición hídrica (alternar suero fisiológico y glucosado al 5% en torno a 2500 ml al día)

Cuando el episodio no se resuelve en 48-72 horas hay que plantear tratamiento quirúrgico, salvo en ciertas situaciones en las que la cirugía no se puede demorar:

- Hernia estrangulada y/o encarcerada
- Neumoperitoneo
- Obstrucción de asa cerrada
- Vólvulo en distinta localización a sigma

- Neoplasia de colon (según localización valorar colocar endoprótesis para realizar la intervención en mejores condiciones)

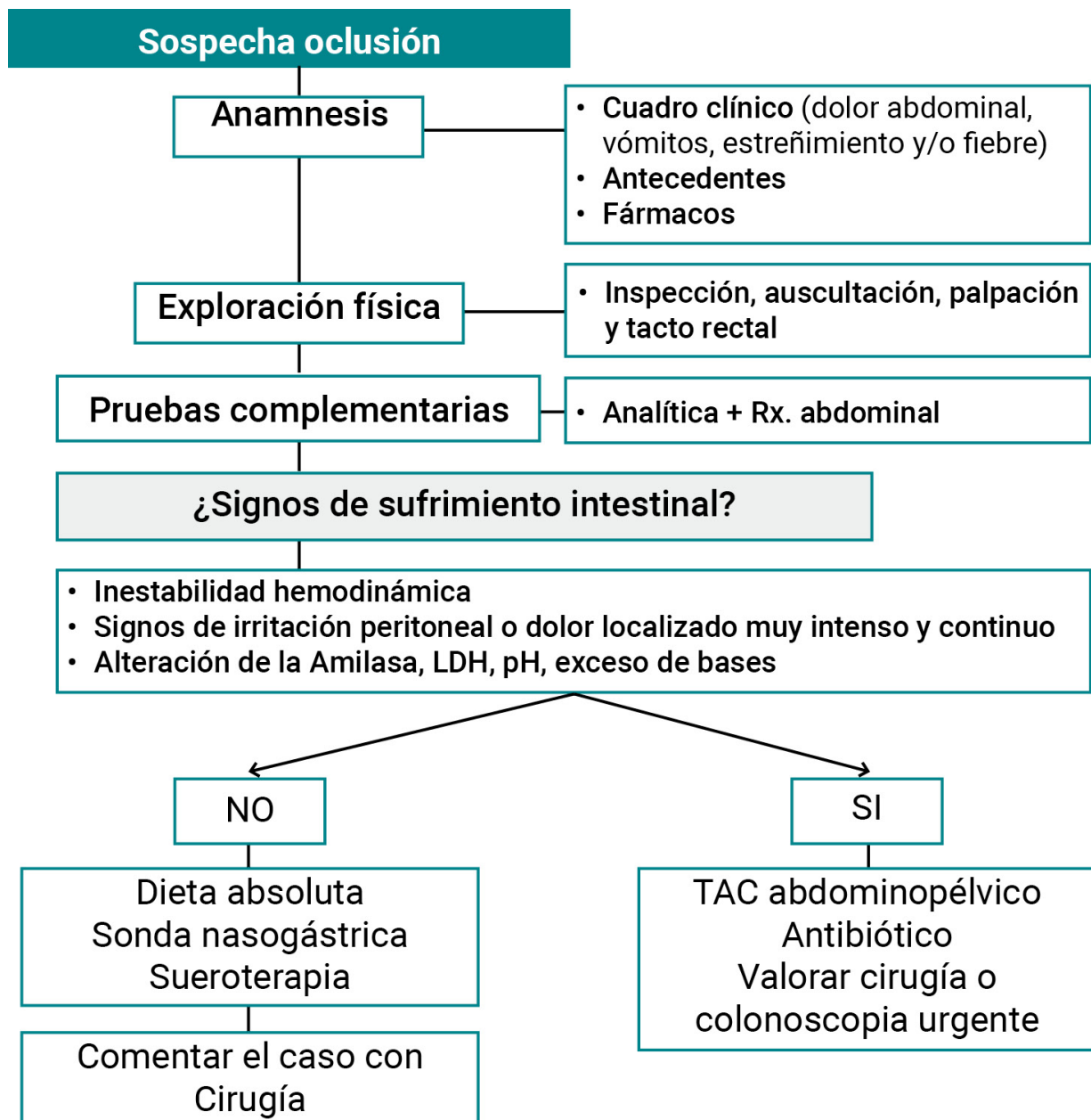
En pacientes con sospecha de isquemia o perforación debe administrarse antibióticos de amplio espectro.

- Ceftazidima 1g/8 horas
- Cefepima 2g/12 horas o 2g/8h en neutropénicos
- Piperacilina-Tazobactam 4+0,5 g/8horas
- Meropenem 1g/8 horas
- Ertapenem: 1g/24horas

**En caso de sospecha de anaerobios añadir a uno de los anteriores: Metronidazol 500 mg/8h*

En pacientes con pseudooclusión intestinal se recomienda mantener una dieta líquida o semilíquida, dado que es mejor tolerada. Si el paciente se encuentra estable y con buen estado general, se puede realizar observación domiciliaria y seguimiento ambulatorio. Se puede asociar algún fármaco procinético, valorando siempre los posibles efectos secundarios (principalmente arrítmicos). En caso de no mejoría en 24-48 horas el paciente debe ser valorado de nuevo.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



Antibióterapia:

- Ceftazidima 1g/8 horas
- Cefepima 2g/12 horas o 2g/8h en neutropénicos
- Piperacilina-Tazobactam 4+0,5 g/8horas
- Meropenem 1g/8 horas
- Ertapenem: 1g/24horas

* En caso de sospecha de anaerobios añadir a uno de los anteriores:
Metronidazol 500mg/8h

BIBLIOGRAFÍA

1. Fraile Alonso I, Aranzana Gómez A, Blanco Bravo A. Obstrucción intestinal. En: Julián Jimenez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª Edición. Lugar de publicación: Editorial; 2016. pp. 517-521
2. V. Palomar Alguacil, L. Jiménez Murillo, M .C. Palomar Muñoz, J. de Burgos Marín y FJ. Montero Pérez. Obstrucción intestinal. En: L. Jimenez Murillo, F.J. Montero Pérez directores. Medicina de urgencias y emergencias. Madrid. Elsevier. 2015. pp 321-323
3. A Salagre García, A Marchán López, C Cobo Vázquez. Obstrucción intestinal y estreñimiento. En : D Suárez Pita, JC Vargas Romero, J Salas Jarque et al. Editores. Manual de Diagnostico y Terapéutica Medica. 8ª Edición. Madrid. Editorial. 2016. pp 1057-1066