



Manejo del paciente con obstrucción intestinal en un Servicio de Urgencias

M. Rodríguez Cerrillo, L. Jiménez de Diego

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia de obstrucción intestinal, las características clínicas más frecuentes y el manejo de este síndrome diagnosticado en un Servicio de Urgencias.

Métodos: Estudio prospectivo durante 7 meses en el que se incluye a todos los pacientes diagnosticados de obstrucción intestinal. Se excluyen los pacientes con obstrucción por hernia estrangulada. **Resultados:** Se identifican 55 pacientes con obstrucción intestinal. Aparece dolor abdominal en el 100% de los casos y ausencia de deposición sólo en el 20%. El 69% de los pacientes tienen antecedentes de cirugía abdominal previa y el 18% había presentado algún episodio previo de obstrucción intestinal. Se inicia tratamiento conservador en todos los casos, precisándose cirugía en el 25% de los pacientes; la demora quirúrgica fue de 37±27 horas, presentando isquemia intestinal cuatro pacientes. Ninguna variable clínica se asocia significativamente a la necesidad de cirugía. Un 18% de pacientes son manejados en una unidad de corta estancia dependiente del Servicio de Urgencias; del resto de los pacientes, el 85% permanece entre 12-48 horas en urgencias hasta ingresar por lo que el manejo inicial de estos pacientes se realiza en el Servicio de Urgencias. **Conclusiones:** La incidencia de obstrucción intestinal en urgencias es de 0,18%. El 25% de los pacientes precisan cirugía. Ninguna variable clínica se relaciona significativamente con la necesidad de intervención quirúrgica. El 18% de los pacientes fueron tratados exclusivamente en una unidad dependiente del Servicio de Urgencias.

Palabras Clave: Obstrucción intestinal. Dolor abdominal. Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Son muy escasos los estudios prospectivos donde se analicen las características de los pacientes con obstrucción intestinal y, por otra parte, este síndrome ha sido estudiado fundamentalmente desde el punto de vista quirúrgico, a pesar de que en muchos pacientes el cuadro se resuelve con tratamiento conservador. El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia de obstrucción intestinal en un área médica de Urgen-

ABSTRACT

Management of patients with bowel obstruction at a hospital emergency service

Objectives: To determine the incidence of bowel obstruction, the more frequent clinical characteristics and the management at a emergency service. **Methods:** A prospective study was performed during a 7 months period including all patients diagnosed of bowel obstruction. The obstruction because of strangulated hernia was excluded. **Results:** A total of 55 patients were included. Abdominal pain was present in 100% of the patients and constipation just in 20%. Previous history of abdominal surgery existed in 69% of patients and a previous obstruction in 18%. Non operative treatment was initiated in all cases, being necessary an intervention in 25% of patients, with a delay of 37±27 hours. Four patients had intestinal ischemia. Any clinical feature was significant about the need of surgery. 18% of patients were treated at a ward dependant on emergency service, the rest stay at emergency service 12-48 hours before the admission, then the initial management is made at the emergency service. **Conclusions:** The incidence of bowel obstruction is 0.18% in this study. 25% of patients need surgery. Any clinical feature help us to decide the need of surgery. 18% of patients are managed in a unit dependant of emergency service.

Key Words: Bowel obstruction. Abdominal pain. Surgery

cias, el manejo realizado en estos pacientes, así como las variables clínicas más frecuentes en los pacientes con obstrucción intestinal y si éstas influyen en el tratamiento recibido.

MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo en el que se incluye a todos los pacientes que fueron diagnosticados de obstrucción intestinal durante un período de siete meses consecutivos en

el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. El diagnóstico se estableció por la existencia de una sintomatología clínica compatible junto con la presencia en la radiografía simple de abdomen de asas de intestino delgado dilatadas y niveles hidroaéreos. Se excluyen del estudio los pacientes que presentaban obstrucción intestinal secundaria a la presencia de una hernia inguinal o crural encarcerada ya que en este caso la causa de la obstrucción suele ser evidente y la intervención es de extrema urgencia.

Se analizan las variables de edad, sexo, síntomas, cifra de leucocitos, existencia de patología abdominal previa, tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la llegada a Urgencias, tratamiento recibido y el tiempo de demora quirúrgica.

Para analizar la influencia de las variables clínicas en el tratamiento efectuado se empleó la prueba de chi cuadrado en el análisis de las variables cualitativas y la prueba de Mann-Whitney en el de las variables cuantitativas. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se identifican 55 pacientes con obstrucción intestinal, 28 varones y 27 mujeres. Las características de los pacientes se exponen en la tabla 1. Puesto que los pacientes atendidos en el área médica de las urgencias de nuestro hospital en los siete meses de seguimiento fueron 29.437, la incidencia de obstrucción intestinal fue de un 0,18%.

La edad media fue de 70 ± 16 años (rango 27-98). El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y la llegada a Urgencias fue de 35 ± 29 horas (rango 4-120). Únicamente un paciente fue dado de alta la primera vez que acudió a Urgencias con dolor abdominal, dado que la radiología no evidenció signos de obstrucción, ingresando 24 horas después; el resto de pacientes ingresó en su primera visita a Urgencias.

TABLA 1. Características de los pacientes con obstrucción intestinal

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Edad (años; media \pm DE) | 70 \pm 16 |
| Varones | 28 (50,9%) |
| Mujeres | 27 (49,1%) |
| Cirugía abdominal previa | 38 (69%) |
| Obstrucción intestinal previa | 10 (18%) |
| Patología tumoral previa | 16 (29%) |
| DE: desviación estándar | |

Los síntomas más frecuentes se exponen en la tabla 2. El dolor abdominal está presente en todos los pacientes, los vómitos aparecen en el 69%, y la sensación de distensión abdominal en el 64%. La ausencia de deposición aparece sólo en el 20% de los casos. Existe leucocitosis en el 49% de los pacientes. La presencia de otras alteraciones analíticas (anemia, trombocitosis) se observa únicamente en algunos pacientes con patología tumoral.

El 69% de los pacientes tiene antecedentes de cirugía abdominal previa, y en el 42% de ellos la causa de la intervención fue patología tumoral abdominal, siendo la más frecuente el cáncer de colon, seguido del gástrico. El 19% de ellos habían presentado al menos un episodio previo de obstrucción intestinal.

Respecto al manejo llevado a cabo en los pacientes con obstrucción intestinal, en todos los pacientes se realizó interconsulta al equipo de Cirugía, estableciéndose inicialmente en todos los enfermos tratamiento conservador.

Diez pacientes (18%) fueron ingresados en una unidad de corta estancia dependiente del Servicio de Urgencias; de ellos, nueve fueron dados de alta en 48-72 horas y uno requirió tratamiento quirúrgico; éste paciente no tenía antecedentes de patología abdominal previa.

En el resto de los pacientes (82%) se indicó ingreso en un servicio hospitalario, aunque este ingreso se demoró en la práctica entre 12-48 horas en el 85% de estos pacientes.

El 25% de los pacientes precisó cirugía. El tiempo de demora quirúrgica fue de 37 ± 27 horas. Las características clínicas y los hallazgos quirúrgicos de estos pacientes se exponen en la tabla 3.

Ninguna variable clínica ni analítica influyó de forma estadísticamente significativa en la necesidad de tratamiento quirúrgico.

De los 16 pacientes con antecedentes de patología tumoral abdominal que llegan con obstrucción intestinal se operan cinco (31%), y el resto reciben tratamiento conservador. La cirugía en estos pacientes evidencia que en casi todos los casos la causa de la obstrucción intestinal son bridas y sólo en un caso implantes tumorales.

Algunos pacientes sin antecedentes de patología abdominal previa y con radiología abdominal al ingreso muy patológica (gran dilatación de asas intestinales, numerosos niveles hidroaéreos), lo cual sugeriría que precisarían tratamiento quirúrgico, tuvieron buena evolución clínica con tratamiento conservador. Ninguno de estos pacientes precisó reingreso tras ser dado de alta.

Se produjeron tres fallecimientos, todos en pacientes no intervenidos quirúrgicamente, dos de ellos por presentar patología tumoral terminal y otro paciente por desestimarse la ci-



rugía debido a graves enfermedades concomitantes y mala situación general.

DISCUSIÓN

En este estudio observamos que la obstrucción intestinal es un síndrome poco frecuente en la práctica clínica, pues sólo representa el 0,18% de los pacientes vistos en un área médica de Urgencias. Llama la atención la demora en la llegada de los pacientes al hospital, probablemente por las características cólicas del dolor, ya que muchos pacientes no acuden a Urgencias hasta que este dolor se intensifica o aparecen vómitos.

Respecto a la sintomatología aparecida, vemos cómo el dolor abdominal existe en todos los pacientes como se señala en los tratados de Medicina; sin embargo, destaca el que la ausencia de deposición sólo se aprecie en el 20% de los pacientes. Por lo tanto, mantener el tránsito intestinal no excluye la presencia de obstrucción intestinal.

Entre los antecedentes patológicos destaca la cirugía abdominal previa en el 69% de los pacientes, lo que indica que la presencia de bridas postquirúrgicas ha pasado a ser la causa más frecuente de obstrucción intestinal, como ya se ha observado en otros estudios¹.

En nuestro estudio fue necesaria la cirugía en el 25% de los pacientes, mientras que en un 75% de los casos el cuadro se solucionó con tratamiento conservador.

En los pacientes que precisan cirugía el tiempo medio de demora en realizar la intervención quirúrgica fue de 37 ± 27 horas, evidenciándose isquemia en cuatro pacientes, dos presentaban bridas, uno implantes carcinomatosos y en otro se encontró un tumor de colon en el acto quirúrgico. No se observó isquemia en ningún paciente con hernia intestinal interna, a pesar de que la presencia de isquemia es más frecuente en los pacientes con hernia, seguidos de los que presentan bridas, siendo infrecuente la isquemia en las obstrucciones por neoplasia¹. Probablemente estas diferencias se deban a que los pacientes que en nuestro estudio presentan isquemia son de edad muy avanzada, o bien a que presentan mayor tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta ser operados. Por lo tanto, estos dos factores podrían considerarse tan importantes como la propia etiología de la obstrucción a la hora de considerar la posibilidad de isquemia.

Ninguna característica clínica del paciente nos permite conocer si precisará cirugía o no, por lo tanto, la indicación quirúrgica viene marcada únicamente por la evolución del paciente.

El hecho de que muchos pacientes permaneciesen en Urgencias bastantes horas después de que se indicase el ingreso nos permitió observar que tras 24-48 horas se había producido

TABLA 2. Sintomatología de los pacientes con obstrucción intestinal

| | |
|----------------------------|-------------|
| Dolor abdominal | 55 (100%) |
| Vómitos | 38 (69%) |
| Distensión abdominal | 35 (64%) |
| Ausencia de deposición | 11 (20%) |
| Fiebre | 4 (7%) |
| Horas de evolución clínica | 35 ± 29 |

una evolución muy favorable de bastantes pacientes. Por ello decidimos realizar ingreso de algunos pacientes con esta patología en una unidad de corta estancia dependiente de Urgencias. En nuestro estudio se indicó el ingreso en dicha unidad en el 18% de los casos. Todos los pacientes fueron dados de alta en 48-72 horas, excepto uno que requirió cirugía posteriormente.

Los pacientes más adecuados para ingresar en este tipo de unidad serían aquéllos en los que es previsible que el cuadro obstructivo se resuelva de forma precoz, como es el caso de los pacientes con bridas.

Hemos comentado previamente que casi un tercio de los pacientes con obstrucción intestinal que son operados presentan isquemia intestinal. En la totalidad de los pacientes que requirieron cirugía esta decisión se tomó en base a la mala evolución clínica y radiológica. No es habitual que en estos pacientes se realicen pruebas radiológicas más sensibles que nos ayuden a decidir conjuntamente con el equipo quirúrgico una intervención más precoz.

TABLA 3. Características de los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Edad (años; media \pm DE) | 66 ± 18 |
| Varones | 7 (50%) |
| Mujeres | 7 (50%) |
| Cirugía abdominal previa | 10 (71%) |
| Patología tumoral previa | 5 (35%) |
| Isquemia intestinal* | 4 (28%) |
| Bridas postquirúrgicas* | 9 (64%) |
| Hernia intestinal interna* | 2 (14%) |
| Tumor estenosante de sigma* | 2 (14%) |
| Implantes carcinomatosos* | 1 (7%) |

DE: desviación estándar

* Hallazgos en la intervención quirúrgica

En muchos casos sería fundamental realizar precozmente pruebas radiológicas más sensibles y específicas que ayuden a decidir una intervención quirúrgica urgente, dado que basar esta decisión únicamente en la clínica y en la radiografía simple de abdomen no siempre es fácil. Se han realizado diversos estudios que evidencian la fiabilidad de la ecografía abdominal¹ y especialmente de la TC²⁻⁵ en el diagnóstico de obstrucción intestinal. La realización de una TC abdominal urgente permite diferenciar la obstrucción mecánica del íleo paralítico y detectar la causa de la obstrucción. En un estudio realizado a este respecto se evidencia que tras la realización de la TC se modifica el diagnóstico clínico previo en el 23% de los pacientes, indicándose la cirugía en pacientes en que previamente se había descartado⁶.

Estos estudios demuestran que se debe indicar la realización de una TC abdominal, al menos cuando el paciente no evoluciona de forma favorable en las primeras horas.

Un hecho que nos llamó la atención en este estudio fue la existencia de un grupo numeroso de pacientes que ingresan por obstrucción intestinal sin una causa evidente a la que atribuirle y la obstrucción se resuelve con tratamiento conservador. Nos planteamos si se habría producido un error diagnóstico inicial. En este sentido, algunos estudios han evidenciado que la radiografía simple de abdomen tiene falsos positivos y negativos en el diagnóstico de obstrucción intestinal^{7,8}. Sin embargo, pensamos que los pacientes que fueron ingresados si presentaban realmente un cuadro obstructivo dado que el diagnóstico al alta de otros servicios hospitalarios fue obstrucción intestinal, excepto en un caso que se diagnosticó pseudooclusión intestinal. Esto pone de relieve que no todos los casos de oclusión intestinal precisan cirugía urgente, pues incluso en

pacientes sin cirugía previa la obstrucción puede resolverse con tratamiento conservador, como se ha evidenciado también en otros trabajos en los que hasta el 25% de las obstrucciones consideradas completas pueden resolverse sin cirugía^{9,10}.

Por último, habría que considerar el tratamiento establecido en los pacientes con patología neoplásica abdominal y que llegan a Urgencias con obstrucción intestinal. Tradicionalmente se atribuye a implantes carcinomatosos la causa de la obstrucción, sin embargo, diversos estudios han mostrado que en la mayor parte de las ocasiones la obstrucción se debe a bridas postquirúrgicas^{11,12} y tras la cirugía los pacientes viven un número de meses no despreciable. En nuestro estudio, en cuatro de los cinco pacientes con antecedentes de patología tumoral abdominal que son operados se evidencia que la causa de la obstrucción son bridas, y sólo en uno implantes carcinomatosos. Además, de los tres pacientes fallecidos en este estudio, dos presentaban patología tumoral y en ellos se desestimó el tratamiento quirúrgico. Por ello la realización únicamente de tratamiento conservador debería revisarse.

En conclusión, en este estudio el 18% de los pacientes son ingresados en una unidad de corta estancia dependiente del Servicio de Urgencias, y el resto de los pacientes en una gran mayoría son manejados en el Servicio de Urgencias las primeras 12-48 horas. Por lo tanto, somos los médicos que trabajamos en un Servicio de Urgencias los que manejamos inicialmente a estos pacientes y debemos mantener un comportamiento muy activo solicitando en su caso otra exploración radiológica más sensible y específica, preferentemente una TC abdominal, que nos ayude a indicar la cirugía urgente, dado que prolongar la observación en un paciente que precisa cirugía aumenta la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Czechowsky J. Conventional radiography and ultrasonography in the diagnosis of small bowel obstruction and strangulation. *Acta Radiológica* 1996;37: 186-9.
- 2- Balthazar EJ, Liebeskind M, Macari M. Intestinal ischemia in patients in whom small bowel obstruction is suspected: evaluation of accuracy, limitations and clinical implications of CT in diagnosis. *Radiology* 1997;205:519-22.
- 3- Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho K, Medwid S, Birnbaum B, Noz M. Bowel obstruction: evaluation with CT. *Radiology* 1991;180:313-8.
- 4- Fukuya T, Hawes D, Chang P, barloon T. CT diagnosis of small bowel obstruction: efficacy in 60 patients. *AJR* 1992; 158:765-9.
- 5- Gazelle G, Goldberg M, Wittenberg J, Halpern E, Pinkney L, Mueller P. Efficacy of CT in distinguishing small bowel obstruction from other causes of small-bowel dilatation *AJR* 1994;162:43-7.
- 6- Taourel P, Fabre J, Pradel J, Sene-terre E, Megibow A, Bruel J. Value of CT in the diagnostic and management of patients with suspected acute small-bowel obstruction. *AJR* 1995;165: 1187-92.
- 7- Shrake P, Rex D, Lappas J, Maglin-te D. Radiographic evaluation of suspected small bowel obstruction. *Am J Gastroenterol* 1990;86:175-8.
- 8- Frager D, Medwid S, Baer J, Mollinelli B, Friedman M. CT of small bowel obstruction. Value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause. *AJR* 1994;162:37-41.
- 9- Peetz DJ, Gamelli RL, Pilcher DB. Intestinal intubation in acute, mechanical small bowel obstruction. *Arch Surg* 1982; 117:334-6.
- 10- Brolin RE. Partial small bowel obstruction. *Surgery* 1984;95:145-9.
- 11- Mucha P. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am* 1987;67:597-619.
- 12- Woolfson R, Jennings K, Whalen G. Management of bowel obstruction in patients with abdominal cancer. *Arch Surg* 1997;132:1093-7.