

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Tecnicas Quirurgicas Basicas.

Trabajo:

Obstruccion intestinal e isquemia mesenterica.

Docente:

Dr. Zebadua Guillen Eduardo.

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

6° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 02 de Septiembre del 2021.

Debido a que el síndrome de oclusión intestinal (SOI) está entre los padecimientos abdominales médico-quirúrgicos atendidos con más frecuencia en los servicios de urgencias a nivel mundial

El SOI se define como la interrupción del tránsito intestinal por causas funcionales, mecánicas o ambas, lo que impide el adecuado tránsito del contenido intestinal. De no resolverse, estos cambios condicionan alteraciones hidroelectrolíticas y de perfusión tisular que pueden comprometer la viabilidad intestinal y la vida del paciente.

La obstrucción suele corresponder a un porcentaje no despreciable (16%) de cirugías de urgencia. Aunque en México no se tiene idea del impacto económico que este problema genera, en otros países el gasto suele ser mayor al generado por la atención de dos de los tipos de cáncer de tubo digestivo más frecuentes (estómago y colon).

El SOI es la patología quirúrgica más frecuente encontrada del intestino. Afecta a uno y otro sexo, y se observa en casi todos los grupos de edad.

En México el SOI por adherencias representa de 23 a 53% de los cuadros oclusivos. En el Sistema Nacional de Información en Salud el informe por egresos de SOI por adherencias en 2010 en el Sector Salud fue de 311 casos

La localización más frecuente del SOI es a nivel del intestino delgado, donde las adherencias intestinales son la causa en 75% de los casos,12 incluso en el “abdomen virgen” (no operado).

ETIOLOGIA

A diferencia de lo que ocurre en el intestino delgado, las adherencias rara vez ocluyen al intestino grueso.

Otras causas de obstrucción incluyen: hernias de pared, cáncer, enfermedad inflamatoria, intususcepción, radiación, endometriosis, infección y cuerpos extraños. En pacientes con abdomen virgen la causa más común suele ser una hernia (inguinal, femoral, ventral o umbilical).

FISIOPATOLOGIA

La obstrucción afecta el balance hídrico y electrolítico del organismo, creándose un tercer espacio intraluminal, lo que provoca hipovolemia con descompensación hemodinámica. La acumulación de líquido y gas en el intestino obstruido incrementa de manera importante la presión intraluminal, lo que trastorna la perfusión microvascular provocando isquemia y por último necrosis del asa afectada. Estos cambios son más rápidos en aquellos casos en los que la oclusión intestinal es en asa cerrada.

La fisiopatología puede dividirse en tres fases: acumulación, bacteriémica y de compromiso vascular.

FASE DE ACUMULACION

Los elementos que participan son: gas intestinal y trastornos hidroelectrolíticos.

Gas intestinal. La mayor parte del gas que se observa en una radiografía simple de abdomen, es aire que se deglute.

Otras fuentes de gas intestinal son:

- 1) bióxido de carbono derivado de la neutralización de bicarbonato en el duodeno por la interacción química entre el ácido clorhídrico y los carbonatos de las secreciones biliares y pancreáticas;
- 2) fermentación bacteriana que genera gases orgánicos como metano y sulfuro de hidrógeno; y
- 3) gases sanguíneos que por difusión alcanzan la luz intestinal.

Trastornos hidroelectrolíticos. En el intestino delgado circulan al día en promedio alrededor de 10 000 mL de líquido entre secreciones salival, gástrica, biliar e intestinal. A este contenido hay que agregar el líquido que se bebe a diario y el que entra con los alimentos.

El desequilibrio hidroelectrolítico que se genera en un paciente con obstrucción intestinal es un evento crítico por varias razones. Primero, el paciente con distensión puede tener de forma refleja náusea y vómito lo que aumenta la pérdida de líquidos y electrolitos, en especial cloro y potasio.

Alteraciones en la motilidad intestinal. Cuando el asa proximal a la oclusión se distiende, el intestino responde con episodios intensos y periódicos de actividad neuromuscular que provocan contracciones graves que explican el dolor cólico intenso de los pacientes.

FASE BACTERIÉMICA

Alteraciones en la microbiota. El intestino delgado comparado con el colon tiene concentraciones menores de bacterias. En el yeyuno proximal se encuentran de 10³ a 10⁴ microorganismos por mL comparado con 10⁷ por mL en íleon terminal.

La composición de la flora bacteriana en el tubo digestivo superior es de manera predominante bacterias facultativas grampositivas, como estreptococo y estafilococo, mientras que en íleon terminal y el colon predominan las especies de bacterias coliformes aeróbicas y anaeróbicas.

FASE DE COMPROMISO VASCULAR

Alteraciones en el flujo sanguíneo intestinal. Al acumularse el líquido y el gas en el intestino ocluido, la presión intraluminal aumenta, lo que produce una disminución en la perfusión. Si no se corrige el problema obstructivo, la hipoperfusión termina condicionando isquemia, necrosis, gangrena y por último perforación con peritonitis secundaria.

CUADRO CLÍNICO

El dolor suele ser difuso, tipo cólico, de intensidad variable, en especial cuando el cuadro oclusivo ha iniciado. Al paso del tiempo y conforme el intestino proximal al sitio de la oclusión se va paralizando, el dolor es provocado más por la distensión del asa, cambiando así sus características. La distensión abdominal suele ser progresiva y de intensidad variable. Un paciente con una oclusión alta tendrá dolor y poca distensión abdominal. En cambio, aquel con una oclusión baja tendrá ambos datos.

Náusea y vómito ocurren como un reflejo por la distensión e irritación peritoneal. Sin embargo, el vómito puede ser provocado también por la acumulación excesiva de líquido y aire en el asa proximal. Las características del vómito dependerán de la altura y tiempo de evolución del cuadro. A la exploración física, además de los datos propios de la alteración hemodinámica y electrolítica, el paciente se encuentra distendido, con dolor a la palpación y con datos de irritación peritoneal.

Diagnósticos clínicos diferenciales

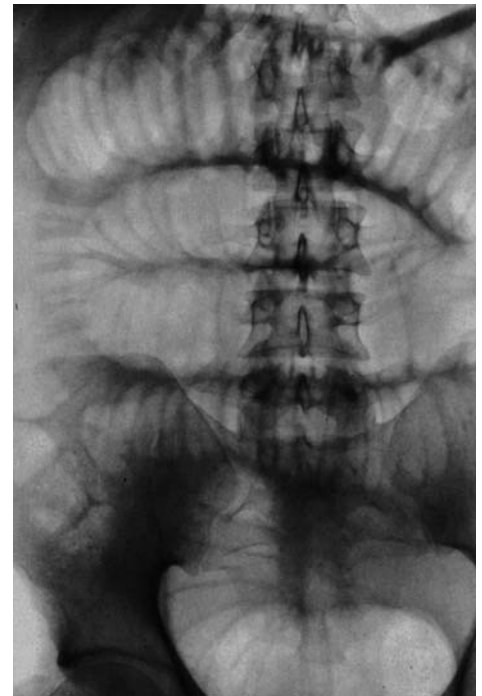
Íleo contra obstrucción mecánica. Hay pacientes que pueden presentar parálisis intestinal por otras causas no mecánicas, como por ejemplo: en un posoperatorio de cirugía abdominal, en pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico y aquellos que reciben ciertos medicamentos (opiáceos, bloqueadores de canales de calcio, fármacos psicotrópicos). Se debe recordar también que las infecciones intraabdominales pueden ser causa de esta parálisis.

Obstrucción de intestino delgado contra obstrucción de intestino grueso. Los síntomas referidos antes se pueden identificar en un paciente ocluido con independencia del nivel de obstrucción. Sin embargo, existen algunas diferencias que no se presentan de forma constante y que permiten desde el punto de vista clínico distinguir si la obstrucción está a nivel del intestino delgado o del grueso.

DIAGNÓSTICO

Laboratorio. La deshidratación que se desarrolla en estos pacientes se asocia con hemoconcentración, por lo que en la biometría hemática se pueden encontrar alterados los valores de hematócrito y hemoglobina, siempre y cuando el paciente no tenga una pérdida sanguínea por otra vía. Aunque puede esperarse leucocitosis por la deshidratación, toda elevación de leucocitos debe alertar sobre la posibilidad de que exista compromiso en la irrigación y viabilidad intestinal, por lo que sus valores pueden ser de cierta utilidad para el seguimiento de pacientes con manejo conservador.

Estudios de imagen. La serie de radiografías simples ha sido por muchos años el estudio de gabinete inicial en un paciente obstruido. El estudio en dos proyecciones: decúbito dorsal y en bipedestación o decúbito lateral en pacientes que no pueden pararse, muestran dilatación de asas del intestino delgado, con niveles hidroaéreos y dependiendo la altura, ausencia de gas en colon



Sin duda la tomografía axial computarizada con doble contraste (TAC) se ha convertido en el método de elección para el estudio de un paciente con oclusión intestinal con sensibilidad de 83% y especificidad de 92% para identificar pacientes con isquemia intestinal, con obstrucción completa o ambas.

TRATAMIENTO

Todo paciente con oclusión intestinal tiene en mayor o menor grado alteración hemodinámica, desequilibrio hidroelectrolítico y en casos ya avanzados cuadro séptico secundario. Es por ello que debe reanimarse de manera enérgica, tratando al mismo tiempo los problemas concomitantes y sobre todo, vigilarse para que ante la mínima sospecha de compromiso vascular intestinal el paciente debe llevarse a quirófano

Tratamiento inicial. Antes de hacer cualquier estudio diagnóstico el paciente con oclusión intestinal debe someterse a resucitación hídrica inmediata. Debido a la pérdida de líquidos y por el vómito, de cloro y potasio, se recomienda iniciar con soluciones isotónicas.

Se debe colocar sonda nasogástrica (SN) para descomprimir el estómago y evitar que siga entrando aire al tubo digestivo. Esta maniobra suele aliviar un poco las molestias. El uso de tubos largos no ofrece ninguna ventaja. El uso de antibióticos no es sistemático y queda a criterio del cirujano el utilizarlos más allá de la antibioticoterapia profiláctica en caso de que se decida la cirugía.

Manejo quirúrgico. Es esencial considerar que si un paciente con OI y manejo conservador va a requerir cirugía, esta decisión debe tomarse a la brevedad.

Consideraciones técnicas. Para la incisión se deben preferir los abordajes longitudinales en heridas previas, pero extendiéndose al abdomen virgen, un área no operada suele ser el sitio más sencillo para abordar.

PREVENCIÓN Y PRONÓSTICO

El SOI por adherencias puede desarrollarse hasta más de 10 años después del procedimiento quirúrgico que las originó; sin embargo, la mayor parte de los estudios sugieren que 20% ocurrirán al mes del posoperatorio, otro 30% al año y otro 20% en los siguientes uno a cinco años

En su revisión sobre adherencias, Ellis sugirió que la mejor manera de prevenir éstas era disminuyendo el traumatismo durante la cirugía al: 1) evitar dejar material extraño (talco, entre otros); 2) desecación de

serosas humidificando de forma constante; 3) cubrir las áreas lesionadas con tejido viable como omento; 4) poner al epiplón por detrás de la incisión de la pared abdominal; 5) disecar de forma meticulosa y cuidadosa los tejidos.

Pronóstico. La incidencia de adherencias recurrentes que requieren operación oscila de 11 a 21%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatología(9a edición ed). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Argente, H., & Alvarez, M. Semiología Medica (Fisiopatología, Semiología y Propedeutica) CD MX, Mexico.
- AMCG-2018. Tratado de cirugía general. 3ra Edición. Manual moderno.