



*Nombre del Alumno MARIO DE JESUS SANTOS HERRERA*

*Nombre del tema SUPER NOTA OCLUSION INTESTINAL*

*Parcial 3*

*Nombre de la Materia CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS*

*Nombre del profesor JULIO ANDRES*

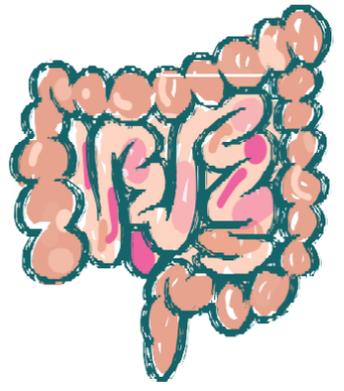
*BALLINAS GOMEZ*

*Nombre de la Licenciatura MEDICINA HUMANA*

*SEMESTRE 7*

21 DE NOVIEMBRE DEL 2023, SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS

# Oclusión intestinal



## Introducción:

La oclusión intestinal es la incapacidad del intestino para permitir, con sus movimientos, el paso regular de alimentos y contenido intestinal en sentido caudal, lo que origina cambios locales y generales.

## Cuadro clínico

**Náusea, vómito, obstipación:** de acuerdo al nivel de la obstrucción se dan las características del vómito. En la obstrucción a nivel ileal, el tipo de vómito será fecaloide y en la obstrucción pilórica, será de tipo gástrico y con o sin contenido alimentario.

**Dolor:** el dolor que se presenta es generalmente de tipo cólico, que se localiza en un principio en el centro del abdomen y en el área del órgano afectado y posteriormente se hace generalizado por la inflamación del peritoneo visceral y parietal.

**Distensión abdominal:** es un dato característico de la obstrucción que se produce gradual y progresivamente.

## Etiología



Tabla 1. Causas de obstrucción intestinal [2, 4]

Mecánica	Ileo paralítico
<ul style="list-style-type: none"><li>Extraluminal:<ul style="list-style-type: none"><li>Hernia.</li><li>Bridas adhesivas.</li><li>Torsión.</li><li>Vólvulo.</li><li>Invaginación.</li><li>Compresión extrínseca.</li></ul></li><li>Parietal:<ul style="list-style-type: none"><li>Neoplasia.</li><li>Diverticulitis.</li><li>Hematomas parietal.</li><li>Proceso inflamatorio.</li></ul></li><li>Intraluminal:<ul style="list-style-type: none"><li>Impactación fecal.</li><li>Cuerpo extraño.</li><li>Bezoar.</li><li>Parasitosis (anisakis...).</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Adinámico:<ul style="list-style-type: none"><li>Postquirúrgico.</li><li>Peritonitis.</li><li>Alteraciones metabólicas: uremia, coma diabético, mixedema, hipocalcemia.</li><li>Traumatismos, procesos abdominales inflamatorios (apendicitis, pancreatitis...).</li><li>Compromiso medular.</li><li>Fármacos.</li><li>RAO.</li><li>Proceso retroperitoneal (pielonefritis, litiasis ureteral, hematomas).</li><li>Enfermedades torácicas (neumonía basal, Fx costales, IAM).</li></ul></li><li>Espástico:<ul style="list-style-type: none"><li>Intoxicación por metales pesados.</li><li>Porfirias.</li></ul></li><li>Vascular:<ul style="list-style-type: none"><li>Embolia arterial.</li><li>Trombosis venosa.</li></ul></li></ul>

**Pronóstico:** El pronóstico va a ser variables según el tipo de obstrucción.

**Epidemiología:** Los pacientes con episodios de oclusión intestinal, operados en el Instituto ocupan entre 0.94 y 1.2% de todas las intervenciones realizadas, dependiendo del año revisado y oscilan entre 12.5 y 16% de las operaciones de urgencia efectuadas en forma anual. De acuerdo con el género predominaron discretamente las mujeres, lo cual se observa en muchas de las series.

## DIAGNÓSTICO



**Leucocitos:** puede haber una cuenta normal si no hay complicaciones.

Usualmente el nivel es menor de 12.000/mm<sup>3</sup> en una obstrucción simple; mayores de 20.000/mm<sup>3</sup> sugieren una enfermedad vascular mesentérica aguda.

**Hematocrito:** elevado en los estados como deshidratación, pero disminuidos en hemorragias subclínicas, como en el adenocarcinoma de colon izquierdo.

**Alteraciones en los electrolitos:** particularmente en la hipocalcemia.

**Alcalosis:** en la obstrucción pilórica secundaria a vómitos de contenido ácido.

**Acidosis:** secundaria a sepsis como en el caso de un estrangulamiento de asa con infarto intestinal.

## ESTUDIOS DE GABINETE

**Rx de tórax:** se deberá de tomar de pie para detectar aire libre subdiafragmático que hable de perforación de víscera hueca o de una hernia diafragmática. **Rx de abdomen:** para observar las características clásicas de la obstrucción intestinal con niveles hidroaéreos, borramiento de estructuras o líquido libre en cavidad e imágenes densas como litos, así como ausencia de aire en el ámpula rectal.



## Tratamiento

**Rehidratación:** Se debe restituir el volumen con solución salina 0.9% hasta que haya una adecuada diuresis, al menos de 0.5 ml por kg de peso por hora.

**Intubación del intestino delgado:** con tubo de Miller Abbott o de cantor

Sonda de Foley

Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico

Sonda nasogástrica

## Tratamiento quirúrgico

Laparotomía exploradora y manejo de la etiología con extirpación, puenteo, resección intestinal, angioplastia, corte y ligadura, dependiendo de los hallazgos y finalmente, lavado y drenaje de cavidad.