



Diagnostico y Tratamiento de la Obstrucción Intestinal Baja

INTERNO: ARMIN RÍOS HENRÍQUEZ

PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ

DEPTO. CIRUGÍA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

La obstrucción intestinal se define como la detención del paso, o del normal flujo del contenido intestinal, hacia distal por una causa mecánica. Se puede dividir en 2 categorías alta y baja teniendo como límite anatómico la válvula ileocecal (1). La obstrucción intestinal baja (OIB) es mucho menos común representando entre el 15-25% de todas las obstrucciones, sin embargo, constituye entre 2-4% de las admisiones quirúrgicas (1,2).

La OIB se presenta principalmente en adultos mayores y se origina por una gran variedad de etiologías desde idiopáticas, malignas o secundarias a trauma, por lo que es muy importante realizar un buen diagnóstico para determinar el mejor tratamiento. La causa más común en el mundo occidental es el adenocarcinoma colorrectal representando entre 50-60% de la OIB, le sigue la enfermedad diverticular y el vólvulo de sigmoides ambos representando entre 10-20% de los casos (2) siendo el resto de causas menos frecuentes como la enfermedad inflamatoria intestinal, hernia, adhesiones entre otras.

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo recabar información actualizada sobre los procesos diagnósticos y el tratamiento de las principales causas de OIB.

Material y Métodos

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la base de datos PUBMED, SCIELO y Epistemonikos seleccionando publicaciones de los últimos 10 años. Las palabras clave que se utilizaron según términos MeSH son: "largebowelobstruction", "largebowelobstructionAND diagnosis", "largebowelobstructionAND diagnosticimaging", "largebowelobstructionAND treatment".

Se revisaron 7 publicaciones en total publicadas entre los años 2017 y 2023. La revisión se realizó de forma individual de manera virtual por el presente autor.

Resultados

Diagnóstico

Los principales síntomas de toda obstrucción intestinal son dolor abdominal, distensión, falta de eliminación de deposiciones y gases por ano, y vómitos, aunque estos últimos pueden no estar presentes dependiendo de la competencia de la válvula ileocecal (2). Se acompaña de un examen físico variable con distintos grados de repercusión hemodinámica y signos al examen abdominal poco específicos como ruidos hidroaéreos metálicos, bazuqueo y distensión abdominal (3).

Una vez establecida la sospecha de OIB se debe indagar en la anamnesis: datos que pudieran sugerir alguna etiología como: rectorragia, hematoquecia y baja de peso para pensar en cáncer colorrectal. Historia de diverticulitis que sugiera estenosis diverticular o antecedentes de hospitalización y rápida distensión abdominal por sospecha de vólvulo. Además, se debe tener énfasis en la repercusión sistémica del cuadro teniendo en cuenta los signos vitales, macro y micro perfusión y la presencia de fiebre. Se deben solicitar exámenes de laboratorio en busca de falla renal, alteraciones hidroelectrolíticas y signos de isquemia o inflamación (3,4).

Imágenes

La radiografía abdominal simple es la primera aproximación diagnóstica con una sensibilidad del 84% y especificidad del 72% para el diagnóstico de OIB (4). Se debe solicitar en bipedestación y decúbito supino pudiendo observar dilatación de ciego mayor a 9 cm y del resto del colon mayor a 6 cm, niveles hidroaéreos y ausencia de gas rectal, aunque este último es poco específico ya que se puede encontrar en íleocolónico, también se puede observar signos indirectos de complicaciones como neumoperitoneo indicativo de perforación(2).

La tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste (TC AP) presenta un sensibilidad y especificidad de 96% y 93%, respectivamente. Facilita la diferenciación entre obstrucción intestinal alta y baja, además entrega información sobre la etiología de la OIB observando compromiso luminal, mural o extramural de las distintas patologías, así como la detección temprana de complicaciones como isquemia, infarto necrosis y perforación (1).

Actualmente el enema baritado no se usa habitualmente: sirve como estudio complementario en el diagnóstico de vólvulo y para diferenciar causas mecánicas de obstrucciones. (1). En caso de solicitarlo es preferible realizarlo con contraste soluble en agua, ya que se absorbe por el peritoneo en caso de perforación y no dificulta la visualización de tomografía computadas posteriores (2).

Tratamiento

El enfrentamiento de OIB se inicia con la resucitación con fluidos, idealmente cristaloides, y la corrección de alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas (4). El uso de antibióticos debe ser reservado para pacientes con sepsis, isquemia o signos de perforación (4,2). El uso de sonda nasogástrica (SNG) para la descompresión gástrica debe ser evaluada caso a caso, pacientes con válvula ileocecal competente tienden a tener menos vómitos, indicaciones de SNG son distensión de la cámara gástrica o asas de intestino delgado y para control de vómitos (4).

1)Cáncer colorrectal:

El tratamiento de OIB por malignidad depende de la ubicación del tumor, siendo más del 75% distal al ángulo esplénico, considerar también comorbilidades del paciente y de la experiencia del cirujano, sin embargo, todo procedimiento debe seguir los siguiente 3 principios: Control de daños, resección primaria con criterios oncológicos y reconstitución del tránsito (3).

La resección y anastomosis primaria se ha asociado con una menor estadía hospitalaria y se evita la morbilidad de la ostomía (3). Sin embargo, se debe seleccionar en urgencias aquellos pacientes con bajo riesgo de filtración de la anastomosis, y para ello han surgido distintos parámetros a tomar en cuenta como falla renal, ASA score III-IV, malnutrición, inmunosupresión, anemia severa (5) y también la ubicación del tumor prefiriendo esta técnica en tumores derechos debido a su menor morbilidad en anastomosis ileocólicas (3).

La operación de Hartmann permite la resección del segmento patológico evitando la morbilidad por filtración de la anastomosis. Cirugía de elección en paciente de alto riesgo de

filtración, sin embargo, menos del 30-40% de los pacientes en Estados Unidos se le reconstituye el tránsito (3).

El uso de stent metálico autoexpansible (SEMS) instalado vía endoscópica se puede utilizar como alternativa a la colostomía en paciente en cuidados paliativos. Presenta una eficacia entre 70-80%, sin embargo, no está exenta de riesgo como perforación (5%), hemorragia, migración de la prótesis y reobstrucción (4). También se planteado usar SEMS como terapia puente a la cirugía definitiva, sin embargo, las guías internacionales no llegan a un consenso sobre su utilidad (3).

2) Vólvulo de sigmoides

Según la sociedad americana de cirujanos de colon y recto, a los pacientes hemodinamicamente estables y sin signos de complicación se les debe realizar una destorsión vía endoscópica presentando una eficacia entre un 60-95%, además de considerar una sigmoidectomía posterior en la misma hospitalización debido a la alta tasa de recurrencia después del tratamiento endoscópico 43-75% (6,3).

No se recomienda la sigmoidectomía de urgencia porque presenta una mayor tasa de mortalidad en comparación a la sigmoidectomía electiva 13-62% vs 3.3-32%, respectivamente (6).

En pacientes hemodinamicamente inestable o con signos de complicación se debe realizar sigmoidectomía de urgencia ya que presenta menor mortalidad la anastomosis primaria en comparación con la cirugía de Hartmann 5-7% vs 3.4% (7).

3) Estenosis diverticular

El principal desafío de la OIB por estenosis diverticular es el diagnóstico diferencial con el cáncer colorrectal, en caso de duda diagnóstica se recomienda proseguir la cirugía con criterios oncológicos (2). Para el manejo propiamente tal de la estenosis diverticular se debe resear distal en el recto superior y proximal al segmento comprometido con enfermedad diverticular para prevenir la recidiva (3,4).

El uso de SEMS en esta patología no ha dado buenos resultados ya que la estenosis tiende a ser más larga y tortuosa, lo que supone una dificultad técnica que puede repercutir en mayor tasa de complicaciones (2).

Discusión

La OIB es una patología común en el servicio de urgencia producida por espectro de patologías con diferente complejidad, por lo que los pacientes se pueden presentar con síntomas graves o subagudos (3). Siendo las más comunes el cáncer colorrectal, el vólvulo de sigmoides y la estenosis diverticular.

El primer abordaje es común a toda OIB requiriendo una reanimación inicial y teniendo en cuenta tanto el estado metabólico, nutricional e hidroelectrolítico del paciente, por lo que se deben solicitar los exámenes correspondientes y corregir según los resultados. Sin embargo, para el manejo definitivo es necesario contar con la etiología de la OIB y para ello la imagen de

elección es el TC AP que nos entrega tanto la causa, como las posibles complicaciones y nos permite planificar la cirugía.

El tratamiento definitivo también depende de cada patología, de los objetivos que se tenga de la cirugía, de las comorbilidades del paciente y de los recursos que se cuente en el momento. Y para el adecuado manejo de estas condiciones se requiere múltiples habilidades quirúrgicas y endoscópicas, teniendo en cuenta también los resultados a largo plazo.

Bibliografía

1. Ramanathan S, Ojili V, Vassa R, Nagar A. LargeBowelObstruction in theEmergencyDepartment: ImagingSpectrumofCommon and Uncommon Causes. J Clin ImagingSci. 2017 Apr5; 7:15. doi: 10.4103/jcis.JCIS_6_17. PMID: 28480123; PMCID: PMC5404618.
2. Johnson WR, Hawkins AT. LargeBowelObstruction. Clin Colon Rectal Surg. 2021 Jul; 34(4):233-241. doi: 10.1055/s-0041-1729927. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34305472; PMCID: PMC8292000
3. Rajan R, Clark D.Currentmanagmentoflargebowelobstruction: a narrative review. Annalsoflaparoscopic and endoscopicsurgery. 2022. doi:10.21037/ales-21-45
4. Chen K, Kapadia M. LargeBowelObstruction: Etiologies, Diagnosis and Managment. Clin Colon Rectal Surg. 2023. p376-379.doi: 10.1055/s-0043-1777452.
5. Huisman DE, Reudink M, van Rooijen SJ, et al. LekCheck: A Prospective StudytoIdentifyPerioperativeModifiableRiskFactorsforAnastomoticLeakage in ColorectalSurgery. Ann Surg 2022;275:e189-9doi: 10.1097/SLA.0000000000003853
6. Alavi, K, Poylin, V, Davids J, Patel S, Felder S, Valente M,Paquette I, Feingold D. The American Societyof Colon and Rectal SurgeonsClinicalPracticeGuidelinesforthe Management ofColonicVolvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. Diseasesofthe Colon &Rectum. 2021 64(9):p 1046-1057. doi: 10.1097/DCR.0000000000002159
7. Fagan PV, Stanfield B, Nur T, Henderson N, El-Haddawi F, Kyle S. Management of acute sigmoidvolvulus in a provincial centre-a 20-year experience. N Z Med J. 2019 Apr 12;132(1493):38-43. PMID: 30973858.