Artículo Original

OCLUSIÓN INTESTINAL: FRECUENCIA Y CAUSAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

INTESTINAL OCCLUSION: FREQUENCY AND CAUSES IN THE DEPARTMENT OF SURGERY

Limpia Ojeda Oviedo[1], Gabriela Maidana Zorrilla[1], Enrique Medina Bello[1], Karen Ruiz Díaz[1], Alejandro Urbieta[1], Rodolfo Méreles[1], Carlos Arce Aranda[2], Cynthia Rodríguez[3], Castor Samaniego Ayala[4]

RESUMEN

Introducción: La oclusión intestinal, incluida entre los cuadros del *Abdomen Agudo Quirúrgico*, constituye cerca del 3% de los ingresos en cirugía y debe ser diagnosticada precozmente para un tratamiento exitoso.

Objetivo: Conocer la frecuencia y las causas de la Oclusión Intestinal mecánica, en un Servicio de Cirugía.

Material y método: Observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transverso de pacientes hospitalizados y tratados quirúrgicamente por Oclusión Intestinal mecánica durante el período de enero del 2008 a diciembre del 2010,

Resultados: La oclusión intestinal tuvo una frecuencia de 2%; el mayor porcentaje en el rango de 50-59 años; entre las causas comunes las bridas y hernias estranguladas ocupan el primer lugar, seguidas por los tumores.

Conclusión: Los resultados son similares a estudios previos; se resalta que los tumores son la 3º causa en un porcentaje importante.

Palabras claves: Oclusión intestinal, frecuencia, causas.

SUMMARY

Introduction: intestinal obstruction, including between the tables acute abdomen, is about 3% of revenue in surgery and should be diagnosed early for successful treatment.

Objective: To determine the frequency and causes of mechanical intestinal obstruction in a Department of Surgery.

Methods: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional, inpatient and surgically treated for mechanical intestinal obstruction during the period January 2008 to December 2010.

Results: The intestinal occlusion had a frequency of 2%, the highest percentage in the range of 50-59 years; Common causes strangulated hernias flanges and rank first, followed by tumors.

Conclusion: The results are similar to previous studies, it is emphasized that the tumors are the 3rd cause a significant percentage.

Keywords: Intestinal obstruction, frequency, causes.

INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal se define como la dificultad del tránsito intestinal hacia tramos digestivos distales, lo cual desencadena una interferencia al flujo intestinal de gases, líquidos y sólidos. La oclusión alta se localiza sobre el intestino delgado hasta la válvula ileocecal y la baja, comprende todo el colon. Para diferenciar las nomenclaturas, íleo equivale a oclusión funcional, en general paralítica; *obstrucción* a taponamiento de la luz sin trastorno de la vascularización y *oclusión* se reserva para los casos con comprometimiento vascular del intestino [1-5]

La oclusión intestinal es uno de los cuadros más frecuentes de la urgencia quirúrgica, representando aproximadamente el 3% de los ingresos según la literatura nacional[1]. La primera operación registrada de oclusión intestinal probablemente fue realizada por Praxágoras (350 a.C.)[3]; no obstante el tratamiento conservador fue la regla por mucho tiempo, hasta que en el siglo XIX luego de grandes discusiones la cirugía surgió como método de preferencia para tratar esta afección. Recién en el siglo XX con los adelantos en las técnicas radiológicas, de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, se pudo reducir en forma importante el índice de mortalidad, aunque todavía en nuestros días representa un serio desafío para el cirujano [5-8].

OBJETIVOS

- Conocer la frecuencia de la Oclusión Intestinal mecánica, en el Servicio de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica desde enero del 2008 a diciembre del 2010.
- Determinar las características demográficas: edad y sexo.
- Clasificar la Oclusión Intestinal según su locali-

1. *Estudiantes*
2. *Auxiliar de la Enseñanza 3 Residente 4 Jefe de Servicio*

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Facultad de Ciencias Médicas - UNA.

zación anatómica (altas o bajas) y determinar las causas.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del trabajo: Observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transverso.

Sujetos en estudio:

✓ **Universo:**

- Pacientes hospitalizados y tratados quirúrgicamente cuyos datos se encuentran en las fichas de historias clínicas en la sección archivo del Servicio de Cirugía (Sala X) del Hospital de Clínicas en el período de enero del 2008 hasta diciembre del 2010.

✓ **Población en estudio:**

- Pacientes hospitalizados y tratados quirúrgicamente por Oclusión Intestinal mecánica durante el período de tiempo mencionado, cuyos datos se encuentran en las fichas de historias clínicas en la sección archivo del mencionado Servicio.

✓ **Criterio de Inclusión:**

- Pacientes de ambos sexos, mayores de 16 años, con historias clínicas completas cuyo diagnóstico final en la hoja de Técnica Quirúrgica sea Oclusión Intestinal, en sus diferentes localizaciones anatómicas.

✓ **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes cuyo diagnóstico final indicado en la Hoja de Técnica Quirúrgica no incluya el de Oclusión Intestinal o sea tipo dinámica.
- Pacientes cuyas Historias clínicas sean ilegibles y con datos insuficientes.
- Pacientes que no requirieron tratamiento quirúrgico.

Variables:

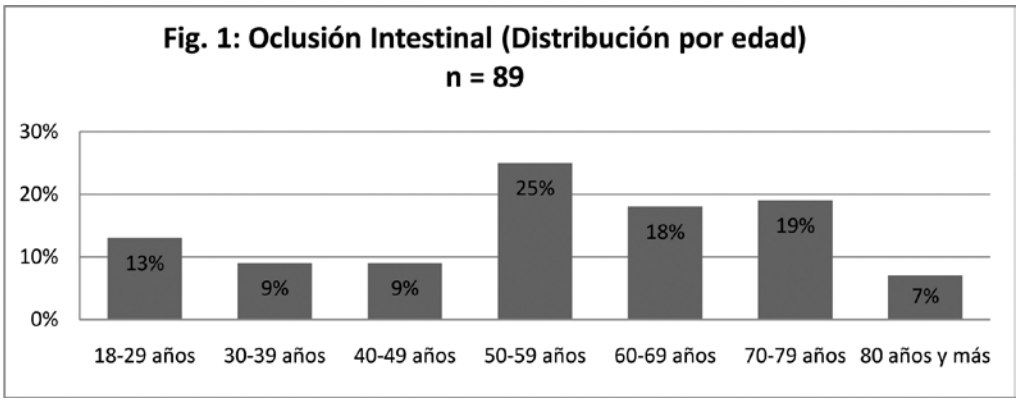
- Características demográficas (edad y sexo).
- Localización anatómica de la oclusión intestinal (alta y baja)
- Factores causales: Bridas, Adherencias, Vólvulos, Cuerpo extraño, Estenosis, Invaginaciones, Hernia interna estrangulada, Hernia externa estrangulada: (inguinal o crural), Eventraciones estranguladas, Tumores (malignos y benigno, de pared intestinal o de otro órgano).

RESULTADOS

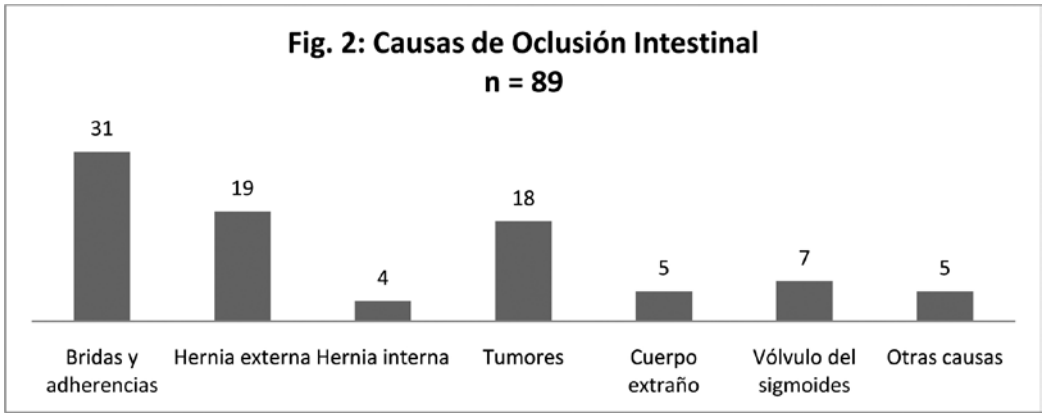
De un total de 4517 pacientes internados en ese período, hemos encontrado 89 pacientes con oclusión intestinal mecánica, lo cual representa una frecuencia de 2%. El 65% de los casos eran del sexo masculino. La distribución del número de casos según la edad se describe en la ***Figura 1***. La mayoría de los pacientes han consultado por oclusión intestinal de localización alta (63%).

Las principales causas encontradas fueron bridas y adherencias en primer lugar seguido de las hernias estranguladas ***(Fig. 2)***. Si tomamos en conjunto estas dos entidades, llevan a casi un 60% de los casos.

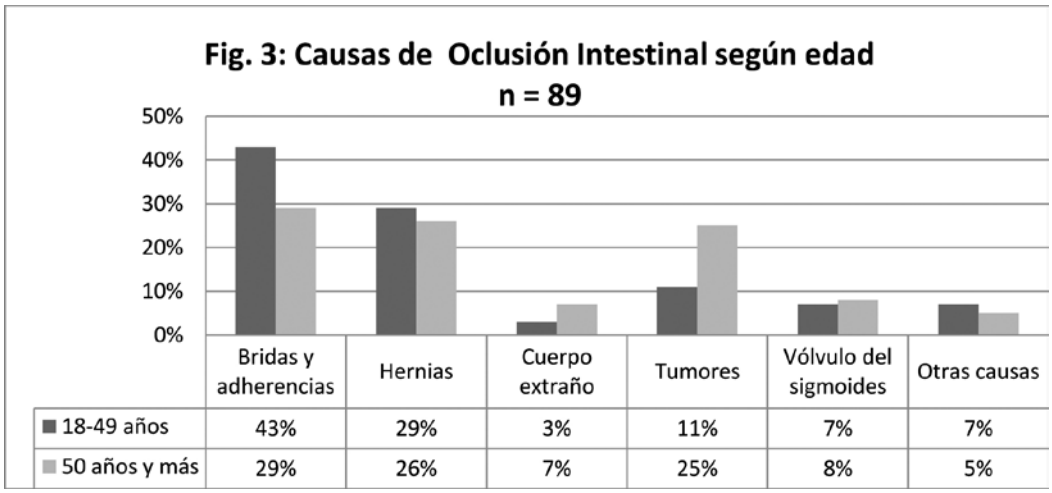
Si realizamos un análisis tomando las edades dividi-



Fuente: Archivo- 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica (2008-2010)



Fuente: Archivo- 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica (2008-2010)



Fuente: Archivo- 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica (2008-2010)

das en 2 rangos (menores de 50 años y mayores de 50) y evaluamos las causas, notamos que en las personas jóvenes las bridas y adherencias junto con las hernias estranguladas son las más frecuentes, apareciendo los tumores en edades más avanzadas. ***(Fig. 3)***

DISCUSIÓN

La oclusión intestinal por bridas, una emergencia entre las urgencias abdominales, adquiere un carácter «perentorio» por la afectación circulatoria de entrada de la pared intestinal, por lo que la mayoría de los autores la considera el mejor ejemplo de oclusión intestinal por estrangulación [1].

En un estudio sobre 156 enfermos mayores de 65 años, con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, operados en el Hospital Clínico-quirúrgico «Manuel Fajardo», entre 1995 y 1998, las causas más frecuentes fueron la oclusión intestinal (58,9%), la colecistitis aguda (13,5%) y la úlcera péptica perforada (10,9%). La mortalidad aumentó con el avance de la edad y alcanzó el 70,4% en los mayores de 85 años [1-3].

La frecuencia de Oclusión Intestinal hallada en esta serie como causa de internación en un servicio de cirugía es comparable a datos nacionales, alrededor del 2% [1-4].

La oclusión intestinal ocasiona serias alteraciones locales y generales, de ahí la importancia de la consulta rápida, diagnóstico certero y tratamiento precoz y adecuado. Según algunos autores nacionales las bridas y adherencias fueron las causas más frecuentes de esta afección siendo el dolor abdominal, detención de heces y gases, náuseas y vómitos las características dominantes en este síndrome [2,4].

Según algunos estudios, la oclusión intestinal de localización alta es la más frecuente, siendo más afectada el intestino delgado en 86% de los casos 6-8; otro estudio demuestra que predominaron las adherencias con 58%, seguidas de las hernias 16% y las neoplasias en un 13% (tanto en su variedad primaria como carcinomatosis); la frecuencia de otras causas fue menor a 4.5% [10-14].

En cuanto a las causas de oclusión intestinal es preciso señalar que en casi todas las series nacionales precedentes las hernias fueron siempre las más frecuentes, pero con el tiempo fueron cediendo lugar a las bridas postoperatorias como principal causa, hecho relatado en casi todas las series europeas y de Norteamérica. Las otras causas corresponden fundamentalmente a las hernias estranguladas -26% - y a los vólvulos del intestino delgado -11% [3].

Los resultados obtenidos al analizar esta muestra en cuanto a la distribución de las causas de oclusión intestinal mecánica, son muy parecidos a los referidos en la literatura anglosajona a cada lado del Atlántico y algún hospital de tercer nivel de nuestro país, pero aún existen grandes hospitales generales como el comparado en este informe, en que las causas son similares a las señaladas en trabajos de hace casi un siglo, de países que actualmente se consideran desarrollados, lo que demuestra que las condiciones socioeconómicas de las poblaciones deben ser similares, en las respectivas épocas [7].

En el estudio de Daoud que trata 96 casos de oclusión intestinal de un grupo de 480 pacientes ingresados y operados, entre 1998-2002, la media de edad fue de 50 años y sexo femenino (60%) [11]. En nuestro estudio fue más frecuente en el sexo masculino y mayores de 50 años, aunque sorprende un importante frecuencia en el rango comprendido de 18 a 49 años [8].

CONCLUSIÓN

1. La frecuencia de la Oclusión Intestinal mecánica es baja (2%).
2. Las personas más frecuentemente afectadas fueron los varones y con un promedio de la cuarta década de la vida.
3. Entre las causas más frecuentes se encontraron las bridas y adherencias y hernias complicadas en casi un 60% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samaniego C: Oclusión intestinal. En: Samaniego C: Pautas de la conducta médica. EFACIM 2º Ed. 2000: 60-7.
2. Aldana C, Samaniego C, Paredes O, Caballero G, Ramírez L. Bragim R: Oclusión intestinal por vólvulo agudo del delgado. Cir. Paraguaya 2001; 24 (1): 13-17.
3. Samaniego C, Paredes O, Saguier G, Aldana C, Bragim R, Ramírez L. Oclusión intestinal por adherencias postoperatorias. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas Vol XXXIII 2000; (1-2): 185-194.
4. Aucejo M, Villalba J, Rodas J, Semidei C. Oclusión Intestinal: experiencia de un servicio. En Villalba J, Rodas JH. Oclusión Intestinal. El lector 2002; 155-162.
5. González A, Morales R, Acosta R, Chaparro A. Íleo o Íleus. En: Ortíz JO, Acosta RM, Bogado LA. Manual práctico de Patología Quirúrgica. EFACIM. 2001; 359-367.
6. Ferraína P, Oría A. Cirugía de Michans. 5a Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1999: 1077-1089.
7. Colturi E. Oclusión Intestinal. En Díaz Escobar S. Cirugía. EFACIM 1990. 344-373.
8. Villalba J. Oclusión aguda del colon. En Samaniego C. Pautas de la conducta médica. 2a Ed. EFACIM-EDUNA 2000; 89-100.
9. Villalba J, Morales R, Rodas J. Oclusiones intestinales. En: Villalba J, Morales R. Cirugía. EFACIM-EDUNA. Asunción 2001; 425-431.
10. De la Garza Villaseñor, Lorenzo. Etiología de la oclusión intestinal. Rev Gastroenterol Mex; 2001; 66(4): 193-196.
11. Daoud M; Gâdea V; Radulescu E. Considerations about neoplastic intestinal occlusion. Chirurgia (Bucur); 2006;101(3): 319-23.
12. Lázaro Quevedo Guanche . Oclusión intestinal . Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2007;46: 3-6
13. Valdés Jiménez J, Mederos Curbelo O, Barrera Ortega JC, Cantero A, Pedroso Y, Bekele B. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. Rev Cubana Cir 2002; 41:11-15.
14. Jiménez-Pérez J; Casellas J; García-Cano J; Vandervoort J; et al. Colonic stenting as a bridge to surgery in malignant large-bowel obstruction: a report from two large multinational registries.Am J Gastroenterol 2011; 106(12): 2174-80.

AUTOR CORRESPONDIENTE
Limpia Ojeda Oviedo
Dirección: Dr. Montero 658 y Dr. Mazzei
Teléfono: 420982 int 156-
Email: matuja19@hotmail.com