



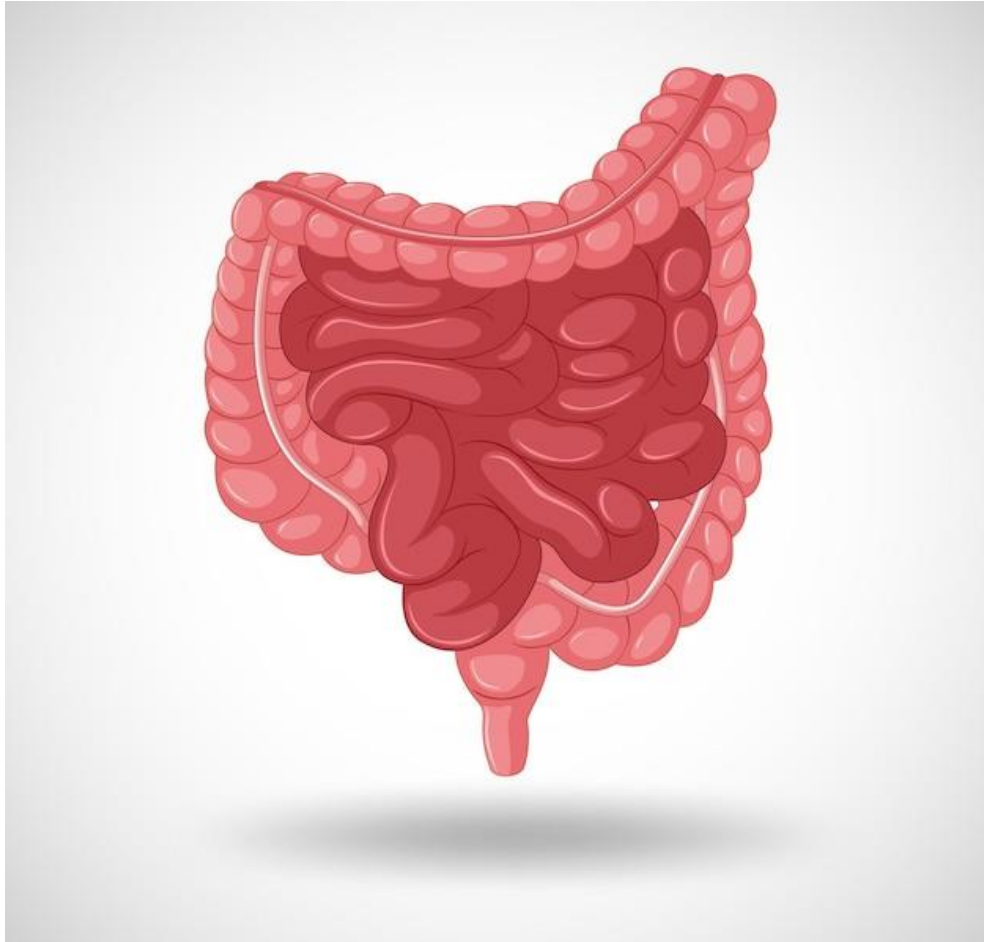
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN URGENCIAS

CARMEN BEATRIZ BULNES LABRADOR

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

HOSPITAL GENERAL RÍO CARRIÓN

COMPLEJO ASISTENCIAL PUNTA



Conceptos generales



Definición

Interrupción del flujo normal del contenido intraluminal en el intestino.



Relevancia Clínica

Causa frecuente y significativa de dolor abdominal agudo en urgencias.

Ingreso hospitalario



15-20%

Obstrucción mecánica

Bloqueo del paso intestinal.

70-80%

Obstrucción funcional

Fallo del peristaltismo normal (Íleo).

20-30%

Clasificación según extensión y patogenia

Obstrucción simple

- Compromiso del tránsito intestinal en **un solo punto**, sin afectación vascular inicial.
- **Riesgo:** Compromiso del riego sanguíneo del asa intestinal afectada.

Obstrucción en asa cerrada

- Afectación en **dos puntos** del intestino, lo que crea una **cavidad cerrada**.
- **Riesgo:** Aumento de presión intraluminal → perforación.

Obstrucción Estrangulada

- Implica una **afectación vascular** desde el inicio del cuadro clínico.
- **Riesgo:** Isquemia intestinal, con un alto riesgo de necrosis y perforación.

Fisiopatología del tránsito gastrointestinal



Mecanismos Clave en la Obstrucción

- Interrupción del flujo intraluminal normal.
- Acumulación de gases y líquidos proximales a la oclusión.



Alteraciones de Motilidad y Perfusión

- **Motilidad:** Evoluciona de **hiperperistalsis** a **íleo paralítico**.
- **Perfusión:** La distensión eleva la presión y compromete el flujo sanguíneo.
- Conduce a edema de la pared intestinal y un alto riesgo de isquemia.



Consecuencias de la Distensión

- Edema y secuestro de líquido hacia el "tercer espacio".
- Aumento de permeabilidad y riesgo de translocación bacteriana.
- Progresión a isquemia, necrosis, y posible perforación.
- Desequilibrio sistémico severo que puede culminar en shock.

Anamnesis

Historia clínica detallada



- Antecedentes médicos y quirúrgicos.
- Enfermedades sistémicas (EII, neurológicas, neoplasias).
- Tratamientos previos como radioterapia.

Cambios en medicación



- Cambios en la medicación habitual.
- Fármacos que alteran la motilidad intestinal (opiáceos/anticolinérgicos).

Consumo de tóxicos



- Consumo de drogas o exposición a toxinas.
- El alcohol y otras sustancias pueden ser un factor contribuyente.

Ingesta de cuerpos extraños



- Ingesta voluntaria o accidental de objetos.
- Población psiquiátrica y pediátrica.

Clínica y exploración

☰ Cuadro Clínico Típico

Dolor abdominal
Náuseas/Vómitos
Distensión abdominal
Ausencia de ventoseo
y/o deposición



🏠 Signos de Gravedad



Fiebre



Hipotensión



Taquicardia



Dolor continuo



Defensa abdominal

Inspección y exploración abdominal

Evaluación visual de la pared abdominal en busca de **cicatrices**, **hernias**, **masas visibles** o **asimetrías** que puedan indicar la causa de la obstrucción.

Exploración Anorrectal

Imprescindible para evaluar el **tono del esfínter**, detectar **masas rectales**, **impactación fecal**, **sangre** u otras patologías locales.

Orientación diagnóstica inicial

	En función del nivel de la obstrucción	
	Obstrucción del intestino delgado	Obstrucción del intestino grueso*
Cronología de la sintomatología	Brusca, deterioro del estado general más precoz	Deterioro tardío
Características de los vómitos	Profusos, pueden ser biliosos	Menos marcados, pueden ser fecaloideos
Distensión abdominal	Poco llamativa	Marcada
Ausencia de evacuación del contenido fecal	Tardía	Más temprana

	En función de la etiología	
	Obstrucción intestinal mecánica	Íleo o pseudoobstrucción
Dolor abdominal	Cólico al inicio	Suele ser continuo
Náuseas/vómitos	Presentes	Pueden estar ausentes
Ruidos hidroaéreos intestinales	Predomina hiperperistaltismo de lucha (tonos metálicos)	Predominio de ruidos hipoactivos

Estudios de laboratorio clave



Marcadores Bioquímicos

- ▶ **Electrolitos:** Alteraciones (hiponatremia, hipocaliemia) y desequilibrios ácido-base indican hipovolemia o causas de íleo.
- ▶ **Gasometría venosa y lactato**

- ▶ **Amilasa y LDH**



Hemograma y Coagulación

- ▶ **Hemograma:** Valora hemoconcentración, anemia y leucocitosis (signo de infección).
- ▶ **Coagulación**



Hallazgos sugestivos de gravedad

- ✓ Leucocitosis marcada
- ✓ Lactato elevado
- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Hemoconcentración

Pruebas de imagen

🎯 Radiografía simple de abdomen

- ✓ Decúbito supino y bipedestación
- ✓ Decúbito lateral con rayo horizontal

🎯 Ecografía intestinal

🎯 Radiografía con contraste hidrosoluble

🎯 Radiografía de tórax

🎯 Enema opaco

🎯 TC abdominopélvico con contraste

🛡️ Ventajas

- ✓ Amplia disponibilidad
- ✓ Rapidez y bajo costo
- ✓ Útil para cribado inicial

⚠️ Limitaciones

- ✗ Baja sensibilidad para la causa
- ✗ Menor especificidad que la TC



Criterio Gold Standard

Es la prueba de imagen de elección para **confirmar la obstrucción** gracias a su **alta sensibilidad y especificidad**, permitiendo una evaluación rápida y completa del abdomen y la pelvis.

Hallazgos radiológicos según etiología

Obstrucción intestinal mecánica de intestino delgado

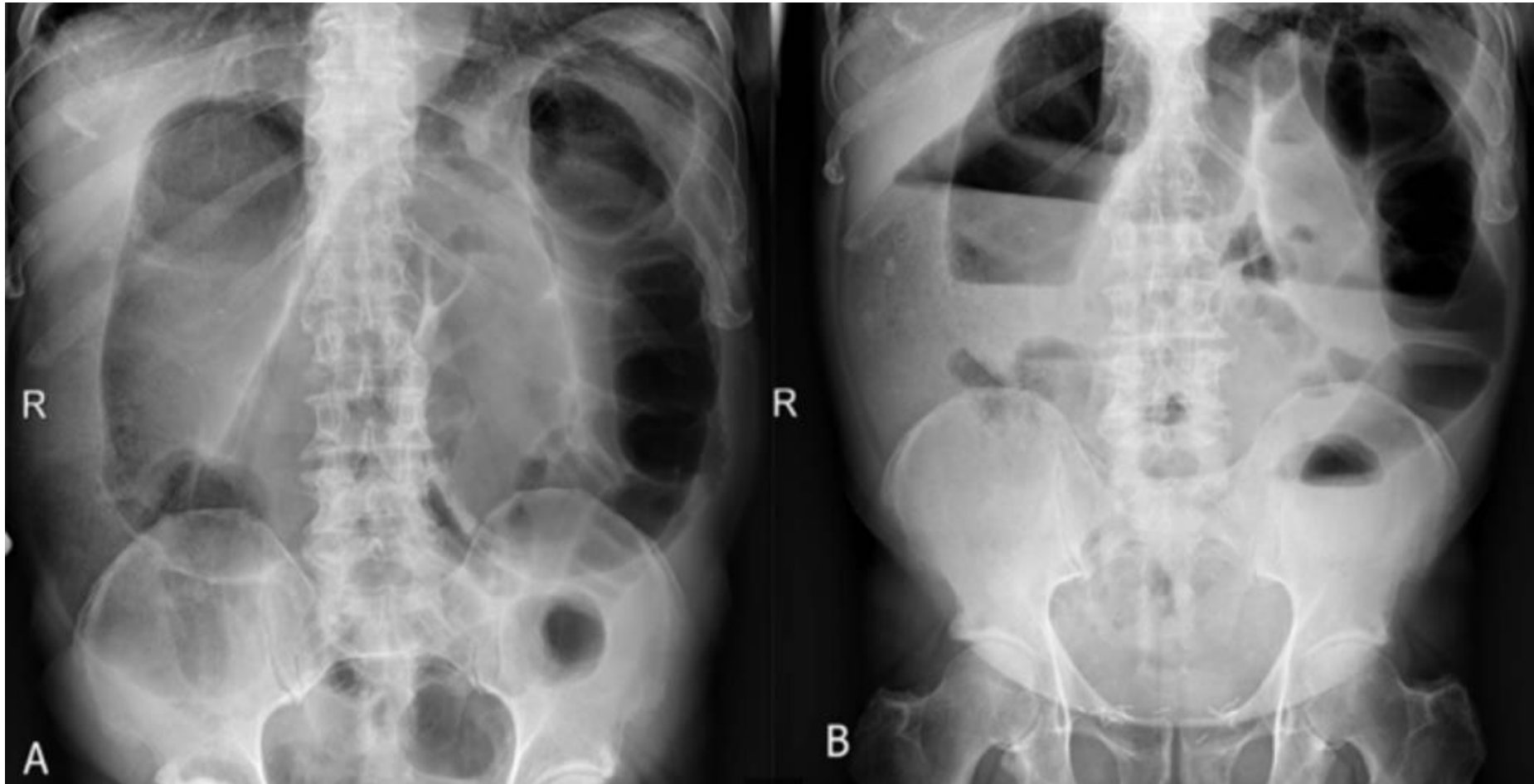
- **Asas dilatadas (>3 cm) con colapso distal**
- Distribución central.
- Niveles hidroaéreos **“en escalera”**, numerosos y desiguales.
- Signo de **“pilas de moneda”** o **“collar de perlas”**
- Ausencia de gas distal.

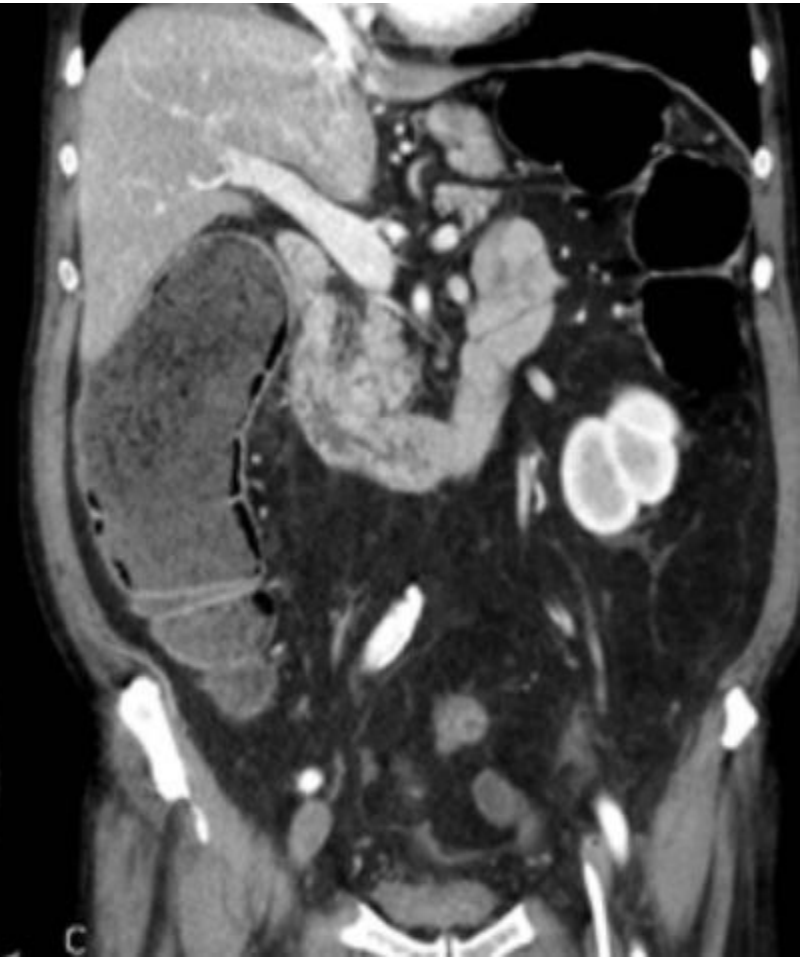
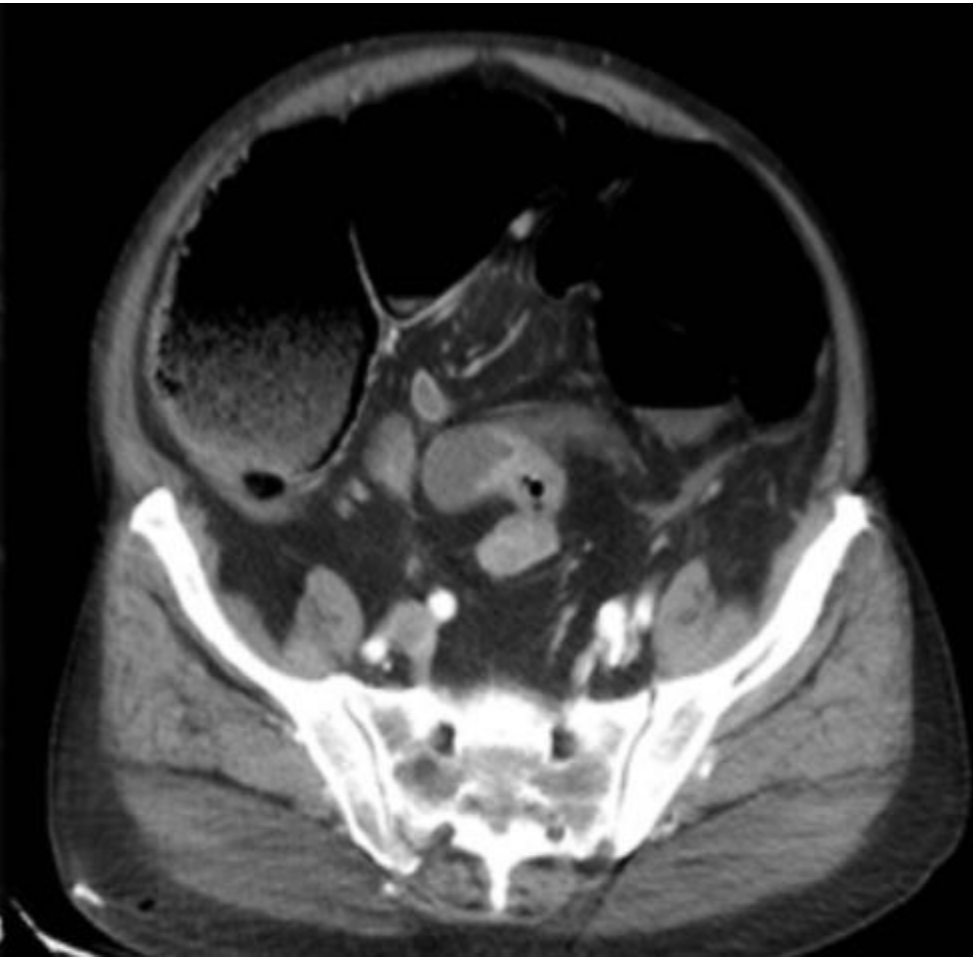
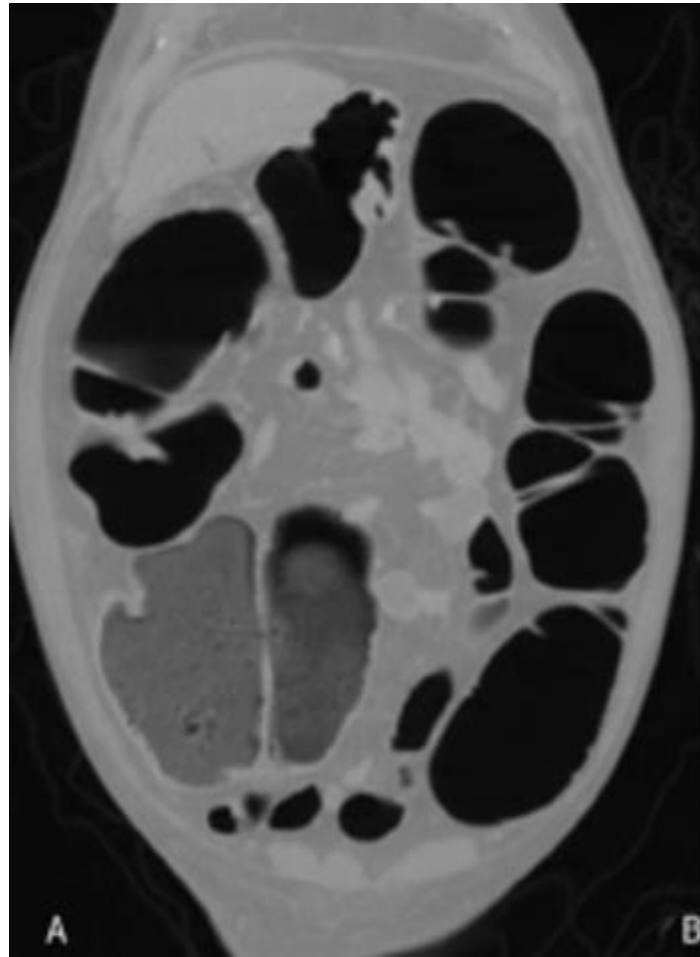
En caso de obstrucción imcopleta o completa de poco tiempo de evolución, puede haber gas distal.



Obstrucción intestinal mecánica de intestino grueso

- Dilatación cólica con haustras y ausencia de gas distal.





Íleo paralítico o adinámico

- Dilatación de asas con **distribución** de gas de forma **difusa**.
- Presencia de **gas distal**.
- **Niveles hidroaéreos múltiples**, no “en escalera”.
- **Ausencia de punto de corte**.

- **Asa centinela** → Íleo paralítico localizado: asa de intestino delgado dilatada, secundaria a pancreatitis aguda.

Pseudoobstrucción intestinal aguda (Sdme. Ogilvie)

- **Dilatación marcada de colon**.
- Ausencia de punto de corte.



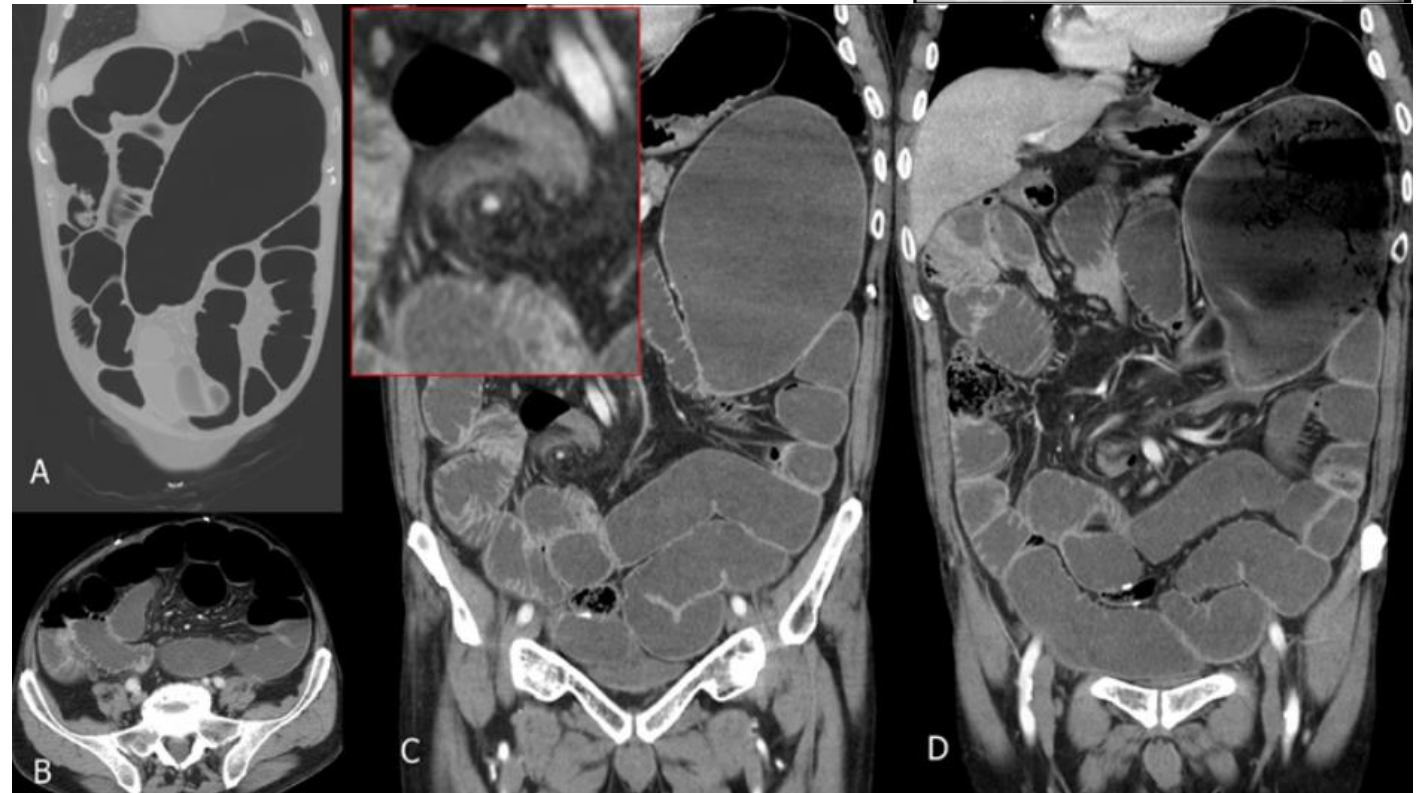
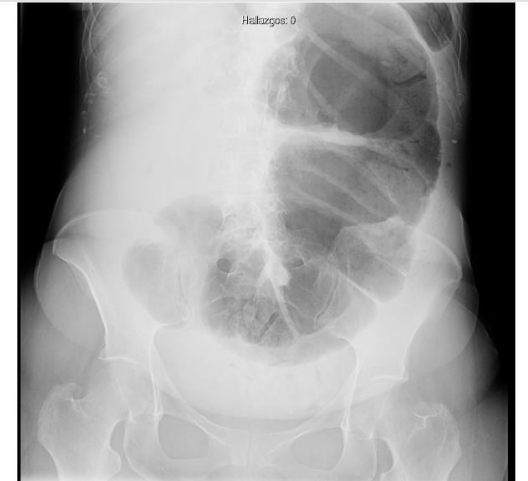
Vólvulo de sigma

- Imagen en “grano de café”.



Vólvulo de ciego

- Imagen dilatada del ciego, a menudo en el hipocondrio izquierdo.
- TC confirma el "signo del remolino" alrededor de rama mesentérica ileocólica.



Íleo biliar

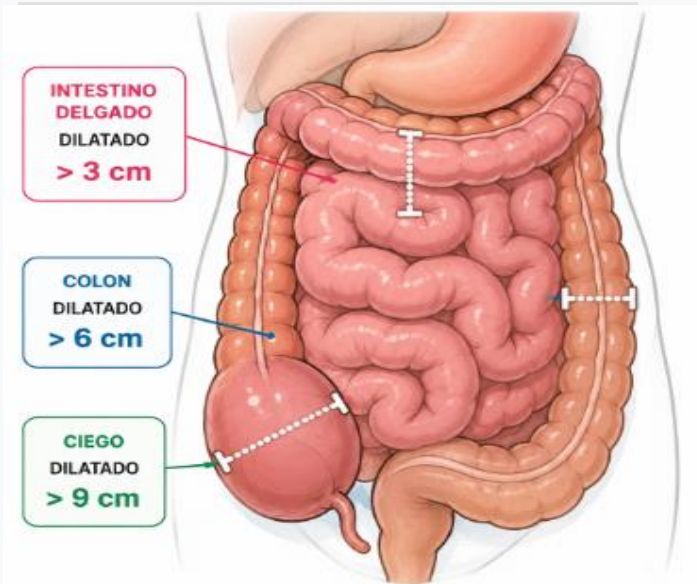
- Aerobilia
- Obstrucción de intestino delgado
- Cálculo ectópico (FID)



Criterios de gravedad radiológica



Dilatación de alto riesgo



⚠ Ciego > 12 cm: Alto riesgo de perforación.



Signos de sufrimiento intestinal

- Engrosamiento de pared (>3-5 mm en intestino delgado y colon)
- Neumatosis intestinal
- Líquido libre intraperitoneal
- Gas portal
- Neumoperitoneo (perforación)



Indicador de cirugía urgente

La presencia de estos signos radiológicos de alarma sugiere sufrimiento intestinal, isquemia, necrosis o perforación, lo que **exige una valoración quirúrgica inmediata**.

Obstrucción de intestino delgado



Epidemiología y Etiologías

- Representa el **70-80%** de las obstrucciones intestinales.
- En pacientes operados → **adherencias postquirúrgicas**; no operados → **hernias**.
- Etiología funcional: **Íleo paralítico**

Etiología mecánica →

Lesión	Etiología	Factores de riesgo
Extraluminales	Adherencias (60%)	Cirugía previa, diverticulitis, enfermedad de Crohn y otros procesos inflamatorios
	Hernias (10%)	Inguinal, crural, paraestomal, etc.
	Vólvulo	Estreñimiento crónico y período neonatal
	Carcinomatosis peritoneal	Cánceres de colon, ovario, páncreas y estómago
	Endometriosis (< 0,7%)	Intestino delgado (2-16%)
Intrínsecas	Tumores	Primarios (leiomioma y linfoma) o metástasis (melanoma, pulmón, mama y sarcoma)
	Enfermedades inflamatorias	Enfermedad de Crohn (5%), enfermedad diverticular, enteritis por radiación y tuberculosis
Intraluminales	Íleo biliar	Colecistitis
	Cuerpo extraño	Trastorno psiquiátrico, migración de dispositivos de gastrostomía endoscópica percutánea y yeyunostomía
	Bezoar	Trastornos de motilidad intestinal

Manejo de obstrucción de intestino delgado según etiología

Manejo inicial

- Dieta absoluta**
- Reposición de fluidos IV** y corrección de desequilibrios electrolíticos.
- Sonda nasogástrica** para descompresión, en caso de distensión, náuseas o vómitos.
- Antibiótico**

Indicación de cirugía urgente

- Signos de **isquemia, necrosis o perforación** intestinal.
- Causas que requieren cirugía: hernia incarcerada, obstrucción en asa cerrada, tumores, íleo biliar, etc.
- Valorar en caso de fracaso del manejo conservador**

Etiología por adherencias

Protocolo de manejo con gastrografin



Manejo conservador: Sonda nasogástrica (SNG) para descompresión gástrica.



Administración: Si el débito de la SNG disminuye, administrar 100 ml de Gastrografin → Efecto osmótico.



Reevaluación: Radiografía de abdomen en 24-36 horas para seguir el contraste.



Éxito: Contraste en colon indica resolución. Se puede progresar la dieta.

Indicadores de Fracaso Terapéutico



Obstrucción persistente > 72 horas.



Débito de SNG > 500 ml a las 72 horas.



Signos de perforación o isquemia.

Reevaluación Quirúrgica

Ante cualquiera de estos indicadores, se indica una valoración quirúrgica urgente.

Hernias complicadas



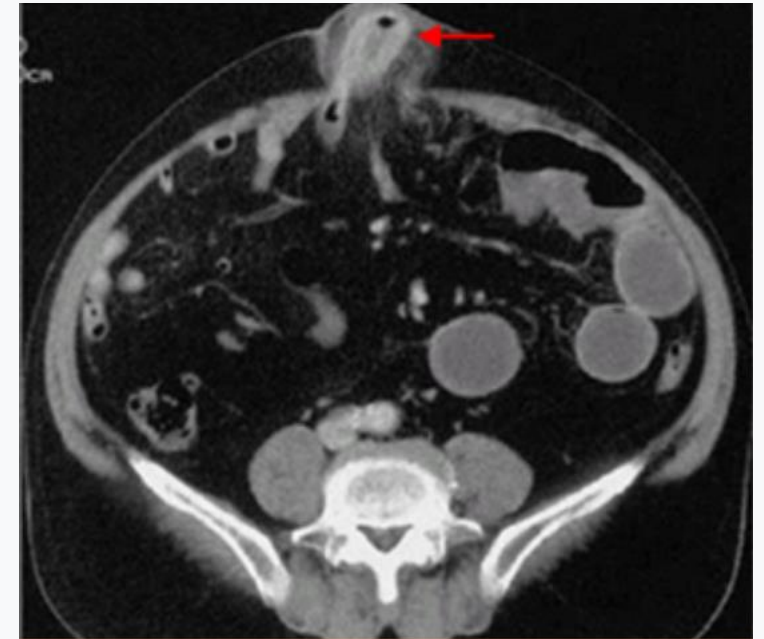
Manejo conservador

- ▶ Intentar reducción si el tiempo de evolución es **inferior a 6 horas**.
- ▶ Proceder solo en **ausencia de signos** de complicación evidentes.



Enfoque quirúrgico (Decisión Rápida)

- ▶ Intervención quirúrgica si la **reducción manual fracasa**.
- ▶ **Cirugía urgente** ante cualquier indicio de compromiso vascular.
- ▶ Manejo quirúrgico **prioritario** para hernias crurales complicadas.



Carcinomatosis peritoneal



Manejo conservador

- ▶ **SNG** si náuseas o vómitos, **dieta absoluta**.
- ▶ Fármacos: **Dexametasona 6-16 mg/día** durante 5-7 días.

Íleo paralítico

Manejo conservador

- ▶ Resolución en **3-5 días**
- ▶ **Nutrición enteral temprana**
- ▶ **Movilización precoz**
- ▶ Fármacos (cetrovertido):
Procinéticos
 - **Eritromicina:** 1-2 gr oral / 24 horas o 15-20 mg/kg IV/ 24 horas.
 - **Metroclorpramida:** 10 mg / 8 horas, máximo 5 días.


Impactación fecal


Manejo

Enemas + extracción manual

Obstrucción de intestino grueso

Epidemiología y etiología

 La obstrucción de intestino grueso supone el 20-25% de los casos.

 **Neoplasia colorrectal:** Causa más frecuente (50-60%).

Etiología mecánica

Lesión	Etiología	Factores de riesgo
Extraluminales	Vólvulo	Sigma (75%): dolicosigma, anciano y estreñimiento crónico Cecal: hiperlaxitud y jóvenes
Intrínsecas	Cáncer colorrectal Tumores	Antecedentes familiares, obesidad, tabaco y edad Metástasis (melanoma, pulmón, mama y sarcoma)
Intraluminal	Fecaloma	Estreñimiento crónico, edad y encamamiento

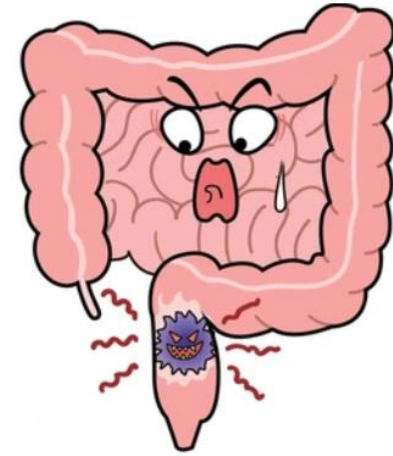
Etiología funcional: Pseudoobstrucción intestinal aguda o Síndrome de Ogilvie.

Neoplasias

- Etiología más frecuente de obstrucción de intestino grueso (**izquierdo y sigma**).
- Edad > 60 años.
- Primera manifestación clínica.


Manejo:


- La ESGE recomienda **prótesis de colon autoexpandible** como tratamiento de elección en pacientes con **obstrucción maligna de colon no curable o paliativa**.
- **No se recomienda como puente previo a cirugía** (riesgo de perforación, diseminación tumoral). Solo en pacientes con alto riesgo quirúrgico.
- En el resto de situaciones → **Indicada cirugía urgente**.




Vólvulo de sigma

Descompresión endoscópica

 **Objetivo:** Reducir la distensión y resolución de la torsión.



 **Procedimiento:**
Rectosigmoidoscopia descompresiva.

 **Consideraciones:** Se puede dejar un sondaje rectal para prevenir recurrencias.



Eficacia: 60-90% de los casos.

Indicaciones quirúrgicas



Cirugía Urgente

-  Signos de necrosis o perforación intestinal.
-  Fallo en la descompresión endoscópica.

Opciones Quirúrgicas

-  **Sigmoidectomía con anastomosis o Hartmann.**
-  **Sigmoidopexia:** Fijación del sigma a la pared abdominal lateral o mesocolon.

Manejo de Alto Riesgo

-  **Jóvenes recurrentes:** Cirugía recomendada tras descompresión.
-  **Alto riesgo/Comorbilidades:** Considerar colostomía endoscópica percutánea.

Tasa de Recurrencia: 43-75%

Vólvulo de ciego → Cirugía urgente.

Síndrome de Ogilvie



Perfil y Factores Precipitantes

- **Pacientes > 60 años**, comúnmente **institucionalizados u hospitalizados**.
- **Cirugías, enfermedades graves, trastornos metabólicos y fármacos** que alteran motilidad.
- Fisiopatología: Desequilibrio en la regulación autonómica (simpática – parasimpática) que causa atonía y dilatación colónica.



Uso de neostigmina

- ✓ Inhibidor de acetilcolinesterasa que **restaura la motilidad colónica**.
- ✓ **Dosis:** Bolo de **2 mg IV** → **MONITORIZACIÓN CONTÍNUA**

✗ Efectos adversos

- Miosis
- Hipotensión < 90 mmHg
- Bradicardia < 60 lpm
- Náuseas y vómitos
- Sudoración
- Diarrea

✗ Contraindicaciones

- **Obstrucción mecánica** GI o urinaria.
- Perforación intestinal
- **Bradicardia**
- **Infarto agudo de miocardio** reciente
- Broncoespasmo
- Tratamiento con **betabloqueantes**.
- Embarazadas



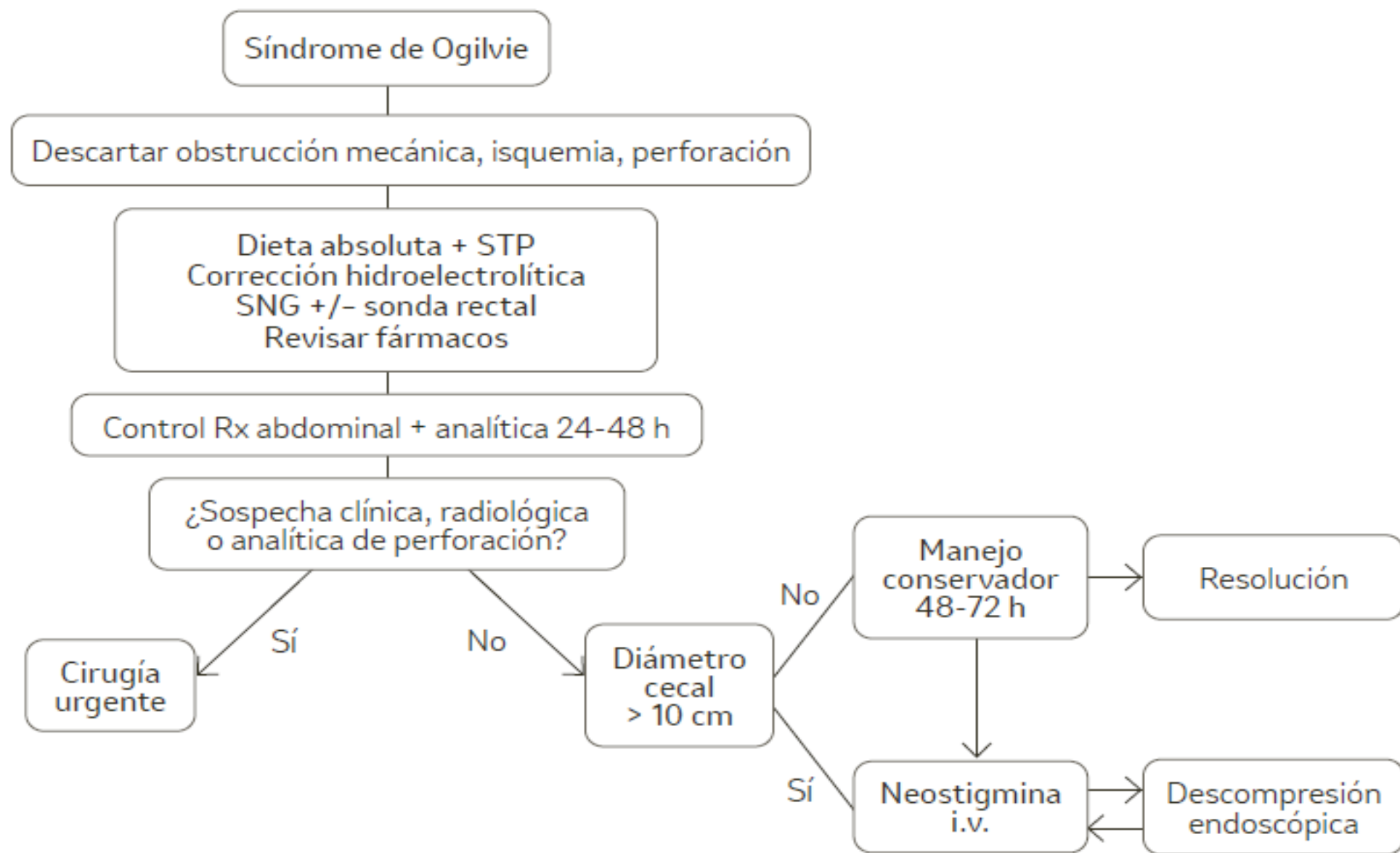
Alternativas Refractarias

Considerar cuando **fallan el manejo conservador, farmacológico y la descompresión endoscópica**.

Cecostomía percutánea

- Procedimiento de descompresión mínimamente invasivo.
- Indicado en pacientes seleccionados con alto riesgo quirúrgico.

Descartar C. Difficile → **Megacolon tóxico**



Rx: radiografía; SNG: sonda nasogástrica; STP: sueroterapia.

Algoritmos de actuación

🔍 Valoración Inicial

📈 Clínica

- ▶ Dolor continuo y fiebre
- ▶ Defensa abdominal
- ▶ Taquicardia, hipotensión

🧪 Laboratorio

- ▶ Leucocitosis, acidosis
- ▶ Lactato elevado
- ▶ Hemoconcentración

📺 Radiología

- ▶ Dilatación crítica de asas
- ▶ Líquido libre, engrosamiento mural
- ▶ Neumatosis, gas portal
- ▶ Neumoperitoneo (signo de perforación)

🔗 Resumen

🛡️ 1. Estabilización general

- ▶ Dieta absoluta y Fluidos IV
- ▶ Corrección electrolítica
- ▶ Sonda nasogástrica (si indicado)

🎯 2. Manejo Específico

- ▶ **Paso Clave:** TC abdominal con contraste
- ▶ **Decisión:** Valoración quirúrgica sistemática

Según Etiología:

- 🌀 **Adherencias:** Conservador inicial. Cirugía si fracaso >72h.
- ↔️ **Hernias:** Cirugía urgente si hay estrangulación.
- 🕒 **Vólvulo:** Ciego (cirugía). Sigma (descompresión endoscópica).
- 🔗 **Íleo/Ogilvie:** Manejo médico (Descompresión

➡ Derivación

✂️ Cirugía General

Valoración obligatoria ante obstrucción mecánica y siempre que existan los siguientes:

- ⚠️ Signos de gravedad
- 🚫 Fracaso de manejo conservador
- 📄 Complicaciones (isquemia, perforación)

🌀 Gastroenterología

Intervención para procedimientos específicos:

- 🕒 Descompresión endoscópica (ej. Vólvulo de sigma).

**Muchas gracias por
su atención**