

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS Y ADHERENCIAS. ANÁLISIS DE 135 CASOS EN EL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA, DURANTE EL PERÍODO 1994 – 2003.

* Karla Mujica, * Delmary Morillo, ** Samir Cumare.

PALABRAS CLAVE: Obstrucción Intestinal. Adherencia Intestinal.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva longitudinal retrospectiva de las historias clínicas del Hospital central Universitario Antonio María Pineda correspondientes al período 1994 – 2003, con el fin de analizar los casos de obstrucción intestinal por Bridas y Adherencias en este centro de salud, para lo cual se revisaron 135 historias con dicho diagnóstico. En esta revisión se encontró un predominio del sexo masculino como género afectado (72 casos) y el grupo etario predominante fue el comprendido entre los 35 y 44 años (33 casos). La principal causa de obstrucción fue bridas (50.37%) de las cuales 95,5% se ubicaron en intestino delgado y 4,4% en intestino grueso. El tipo de intervención previa más frecuente fue la laparotomía por trauma con 28.1%, en segundo lugar laparotomía por peritonitis (25.1%) y las intervenciones por neoplasias 17,0%. El intervalo de tiempo predominante transcurrido entre la intervención previa y la aparición de la obstrucción fue entre 11 a 15 años (37.7%), seguido por 6 a 10 años con 23.7%. EL dolor abdominal se presentó en 95,5% de los casos y la ausencia de evacuaciones en 92,5%. El tiempo de evolución clínica antes del ingreso hospitalario estuvo entre los 0 y 1 días (31.1%), seguido por 2 – 3 días (29.6). De los exámenes paraclínicos practicados hubo predominio en la cuenta blanca con valores entre los 10.000 y 14.999/mm³ (63.7%) y Hemoglobina entre 10 y 14.9 grs/dl (74.0%).

KEY WORDS: Intestinal Obstruction. Intestinal Adherences.

SUMMARY

It had been made a retrospective research of clinics histories of Hospital Central Antonio María Pineda – Barquisimeto, corresponding to the period 1994 – 2003 with the purpose to analyze 135 cases of intestinal obstruction caused by bridles and adherences, for which 135 histories were selected. It was found predominance in male patients (72 cases) between 35 – 44 (33 cases). The predominant obstruction type was caused by bridles (50,37%) with 95,5% in small intestine and 4,4% in large bowel intestine. The previous frequent surgical intervention was traumatic laparotomy following by peritonitis (25,1%) and neoplastic interventions (17,0%). The interval between previous surgery and obstruction was 11 to 15 years (37,7%), following by 6 to 10 years (23,7%). Abdominal pain was present in 95,5% of cases and absent of evacuations in 92,5%. Clinical evolution previous to hospitalization was between 0 – 1 days (31,1%), followed by 2 – 3 days (29,6%). Predominant white blood cells count was 10000 – 14999/mm³ (63,7%) and Hemoglobin was between 10 – 14,9 grs/dl (74,4%).

* Estudiante de pregrado de medicina. UCLA. Barquisimeto.

** Cirujano General (UCLA), Residente postgrado Urología HCUAMP

Autor responsable. Karla Mujica. Urb FUNDALARA calle Orinoco transversal 2 #154. E mail: kcmf82@hotmail.com.
Tlf : 02512558073.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una de las mayores causas de admisión a las emergencias alrededor del mundo (1) y representa aproximadamente el 20% de los ingresos de urgencias de origen quirúrgico (2).

La obstrucción intestinal es la detención del tránsito o de la progresión del contenido intestinal debido a una causa mecánica (3), o simplemente puede definirse como la dificultad mecánica o funcional para la progresión del contenido intestinal (4). Las bridas y las adherencias peritoneales son la primera causa de obstrucción del intestino delgado y las hernias la segunda (3), además de estas causas también se encuentran las compresiones externas y los tumores (4).

Reconocer la obstrucción, localizar el nivel de la misma, distinguir entre oclusión mecánica simple o estrangulación, establecer las condiciones generales del paciente y establecer las características anatómicas y patológicas de la lesión constituyen fases fundamentales para el diagnóstico de la obstrucción intestinal (2).

Clínicamente se manifiesta de acuerdo a la localización de la obstrucción, de allí que en obstrucción de intestino delgado se presenta dolor en la parte media del abdomen cuya aparición puede ser paroxística y el dolor puede disminuir ya sea por alivio de la oclusión o por agotamiento de la peristálsis. Si la obstrucción se ubicase en intestino grueso el dolor tipo cólico es de menor intensidad que el anterior, y pueden aparecer vómitos tardíos (5). También forma parte importante de la sintomatología la ausencia de expulsión de gases y heces por el ano así como náuseas, constipación, distensión abdominal, pueden existir signos de deshidratación como; taquicardia, hipotensión, sequedad de piel y mucosas (3). La palpación abdominal puede provocar cierto dolor pero la existencia de reacción peritoneal (Blumberg) o la defensa abdominal sugiere la posibilidad de estrangulación (2).

La importancia de poseer este conocimiento clínico se ve reflejada a la hora de realizar el diagnóstico oportuno, tomando en cuenta un adecuado interrogatorio y un examen físico exhaustivo para así establecer una conducta apropiada.

VARIABLES como la edad, sexo, tipo de obstrucción, nivel de la obstrucción, intervenciones quirúrgicas previas, el tiempo transcurrido entre estas y la aparición de la obstrucción, así como algunos datos de laboratorio son importantes herramientas accesibles que ayudan tanto a la evaluación inicial del paciente como también a su tratamiento y posterior evolución.

No se han encontrado a nivel de nuestro estado publicaciones relacionadas a esta patología mientras que existen múltiples trabajos al respecto a nivel internacional; en vista de ello se decide realizar esta investigación para dar a conocer el análisis de 135 casos de pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto, durante el período 1994 – 2003.

Con ello se espera aportar una estadística propia a este centro así como también al personal docente, estudiantes de pregrado y postgrado de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado un material útil y de provecho acerca de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal, atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, obteniendo un total de 135 historias. El período de estudio fue el comprendido entre 1994 - 2003

Se solicitó la autorización correspondiente para poder hacer uso del archivo de historias médicas y recolectar los datos.

Los resultados son mostrados en cuadros estadísticos y tablas analizados en base a frecuencias y porcentajes los cuales fueron tabulados en una hoja de registro.

RESULTADOS

La obstrucción intestinal por bridas y adherencias se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino (72 casos). El grupo etario

predominante en ambos sexos fue el comprendido entre los 35 y 44 años (33 casos).

La principal causa de obstrucción corresponde a las bridas con 50.37% de los casos y en segundo lugar se ubicaron las bridas y adherencias (mixtas) con 27,4%, ubicándose 95.5% de las mismas en el intestino delgado y 4.4% en el intestino grueso. Estos pacientes presentaron historia de intervenciones quirúrgicas previas siendo 28,1% laparotomías por trauma, 25.1% laparotomías por peritonitis y solo 10.3% apendicectomías. El intervalo de tiempo predominante transcurrido entre la intervención previa y la aparición de la obstrucción fue entre 11 a 15 años (37.7%), seguido por 6 a 10 años con 23.7%.

La manifestación clínica más frecuente en pacientes con obstrucción intestinal fue el dolor abdominal en 95,5% de pacientes, seguido por ausencia de evacuaciones en 92,5%, vómitos en 75,5% y distensión abdominal en 73,3%.

En los exámenes paraclínicos se observó 63.7% de los casos con cuenta blanca entre los 10.000 y 14.999/mm³ y 21.4 % >15.000/mm³, 74.0% tuvieron valores de Hemoglobina entre los 10 y 14.9 grs/dl.

Cuadro # 1

Distribución de los pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias según edad y sexo. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Edad (años) | Sexo | | | | Total | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 – 24 | 6 | 40 | 9 | 60 | 15 | 100 |
| 25 – 34 | 10 | 50 | 10 | 50 | 20 | 100 |
| 35 – 44 | 18 | 54,5 | 15 | 45,5 | 33 | 100 |
| 45 – 54 | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | 28 | 100 |
| 55 – 64 | 12 | 52,1 | 11 | 47,9 | 23 | 100 |
| >65 | 10 | 62,5 | 6 | 37,5 | 16 | 100 |
| Total | 72 | 53,3 | 63 | 46,7 | 135 | 100 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

El sexo predominante fue el masculino con 53,3% de casos. El grupo etario predominante estuvo entre 35 – 44 años (33 casos) y entre 45 – 54 años (28 casos).

Cuadro # 2

Causa de la obstrucción intestinal evidenciada durante el acto quirúrgico. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Causa | Nº | % |
|------------------|------------|------------|
| Brida | 68 | 50.3 |
| Adherencia+Brida | 37 | 27.4 |
| Adherencia | 30 | 22.2 |
| Total | 135 | 100 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP

La principal causa de obstrucción fue las bridas con 50.37%, seguido por adherencias y bridas con 27.4 %.

Cuadro # 3

Obstrucción intestinal por bridas y adherencias clasificada según el segmento intestinal afectado. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Segmento | Nº | % |
|-------------------|------------|--------------|
| Intestino delgado | 129 | 95.5 |
| Intestino grueso | 6 | 4.4 |
| Total | 135 | 100.0 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP

95,5% de las obstrucciones intestinales se ubicaron en intestino delgado, mientras que solo 4.4 % en intestino grueso.

Cuadro # 4

Tipo de intervención quirúrgica previa encontrada en pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Tipo de intervención previa | Nº | % |
|------------------------------|------------|--------------|
| Laparotomía por trauma | 38 | 28.1 |
| Laparotomía por peritonitis | 34 | 25.1 |
| Neoplasias | 23 | 17.0 |
| Intervenciones ginecológicas | 21 | 15.5 |
| Apendicectomía | 14 | 10.3 |
| Otras | 5 | 3.7 |
| Total | 135 | 100.0 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

El tipo de intervención previa más frecuente fue la laparotomía por trauma con 28.1%, en segundo lugar laparotomía por peritonitis (25.1%) y las intervenciones por neoplasias 17,0%.

Cuadro #5

Intervalo de tiempo entre la intervención previa y la aparición de obstrucción intestinal. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Intervalo | Nº | % |
|--------------|------------|--------------|
| < 1 año | 10 | 7.4 |
| 1 – 5 años | 25 | 18.5 |
| 6 – 10 años | 32 | 23.7 |
| 11 – 15 años | 51 | 37.7 |
| > 15 años | 17 | 12.5 |
| Total | 135 | 100.0 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

El intervalo de tiempo predominante transcurrido entre la intervención previa y la aparición de la obstrucción fue entre 11 a 15 años (37.7%), seguido por 6 a 10 años con 23.7%. En tercer lugar se encontró entre 1 a 5 años (18.5%).

Tabla # 1

Manifestaciones clínicas en pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Síntoma/signo | Nº | % |
|--------------------------|-----|------|
| Dolor abdominal | 129 | 95.5 |
| Ausencia de evacuaciones | 125 | 92.5 |
| Vómitos | 102 | 75.5 |
| Distensión abdominal | 99 | 73.3 |
| Irritación peritoneal | 15 | 11.1 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

* Porcentaje calculado en base al total de la muestra n=135.

EL dolor abdominal se presentó en 95,5% de los casos y la ausencia de evacuaciones en 92,5%.

Cuadro # 6

Tiempo de evolución clínica en los pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias previo al ingreso hospitalario. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| Nº Días | Nº | % |
|--------------|------------|--------------|
| 0 – 1 | 42 | 31.1 |
| 2 – 3 | 40 | 29.6 |
| 4 – 5 | 38 | 28.1 |
| >6 | 15 | 11.1 |
| Total | 135 | 100.0 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

El tiempo de evolución clínica antes del ingreso hospitalario estuvo entre los 0 y 1 días (31.1%),

seguido por de 2 – 3 días (29.6%) y 4 – 5 días (28.1%).

Cuadro # 7

Exámenes paraclínicos realizados en pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias. HCUAMP. Período 1994 – 2003.

| WBC/mm ³ | Nº | % | Hb (grs/dl) | Nº | % |
|---------------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| < 10.000 | 20 | 14.8 | < 10 | 13 | 9.6 |
| 10.000 – 14.999 | 86 | 63.7 | 10 – 14.9 | 100 | 74.0 |
| > 15.000 | 29 | 21.4 | > 15 | 22 | 16.2 |
| Total | 135 | 100.0 | Total | 135 | 100.0 |

Fuente: Archivo de historias médicas. HCUAMP.

De los exámenes paraclínicos realizados a pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal la mayoría presentaron una cuenta blanca (WBC) entre 10.000 y 14.999/mm³ (63.7%). 74% de los pacientes presentaron valores de Hemoglobina (Hb) entre 10 y 14.9 grs/dl.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal es una de las mayores causas de admisión a las guardias de emergencias alrededor del mundo (1), además de ser una de las causas más frecuentes de abdomen agudo y algunos la señalan como la segunda causa de las intervenciones quirúrgicas de urgencias (6).

Este tipo de patología se presenta predominantemente en el sexo femenino (55.3%) con un promedio de edad para ambos sexos de 54 años, así lo refiere De la Garza en su revisión “Etiology of intestinal occlusion” (1), mientras que otros autores refieren que la edad predominante es a los 61 años para el sexo femenino y a los 51 para el masculino (7), edades estas que indudablemente repercute en la severidad del cuadro, así como en la morbilidad del mismo (8). En nuestro estudio, encontramos que el sexo más frecuentemente afectado fue el sexo masculino (72 casos) que representa el 53,3% de la muestra por otro lado el grupo etario predominante se ubicó entre los 35 y 44 años, difiriendo de lo obtenido en la bibliografía.

La Gamma A señala que las patologías involucradas son: bridas (48%), bridas junto con adherencias (35%) y adherencias (17%) (7), coincidiendo con nuestro estudio donde se encontró que la principal causa de obstrucción fueron las bridas (50.3%), en segundo lugar bridas y adherencias (27.4%) seguidas por adherencias 22.2%,

sin embargo existen investigaciones como las de Stricker y De la Garza que señalan como principal alteración en la obstrucción a las adherencias con 59% (9), y 58,6% (1). La obstrucción se localiza en 86.9% de los casos en el intestino delgado (1) lo que también se observó en nuestra serie con 95.5%, mientras que 4,4% se localizó en el intestino grueso.

Gran parte de los casos los pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias tienen en su historia una intervención quirúrgica previa, la Apendicectomía se muestra como la más importante (10), reforzando esta afirmación con lo referido por La Gamma quien en su estudio encontró que la intervención quirúrgica previa más frecuente fue la Apendicectomía (33%), seguida por las intervenciones pélvicas con 25%. (7) de las cuales se ha determinado que es la Histerectomía la más común (9). En nuestra revisión existe un predominio de intervenciones quirúrgicas no reportadas en la bibliografía consultada como los son: laparotomía por trauma (28,1%), laparotomía por peritonitis (25,1%), intervenciones secundarias a procesos neoplásicos (17%), intervenciones de origen ginecológico (15%) y en último lugar en contraste con los referido por estos autores se ubica la Apendicectomía (10.3%), esto se debe a que en nuestros hospitales las urgencias quirúrgicas de origen traumático cada día son más frecuentes.

El período de latencia promedio entre la intervención quirúrgica y la aparición de la obstrucción es de 15 años y el intervalo preoperatorio es de 24 horas en su mayoría (7) observando correlación entre este dato y los obtenidos en nuestra serie donde el promedio se ubicó entre los 11 y 15 años (37.7%), y entre 0 a 1 día (31,1%) la evolución clínica preoperatoria.

La obstrucción intestinal se caracteriza clínicamente por presentar síntomas como dolor abdominal (96%), distensión abdominal (90%), falta de eliminación de heces y gases (84%), vómitos (72%) y al examen físico ruidos hidroaéreos aumentados (58%). (6) En esta sentido la sintomatología descrita coincide con la encontrada en nuestros resultados.

Los signos de irritación junto a un conteo de glóbulos blancos mayor a 16000 forman parte de los factores significativamente importantes de necrosis intestinal (7), por lo que la determinación de este dato de laboratorio es necesario para una evaluación integral, que además debe consistir en hemograma,

hematocrito, glucosa, creatinina, y electrolitos entre otros (6) en este sentido Biondo establece que datos como Hematocrito $< 0 = a 30\%$, hemoglobina $< 0 = a 10 \text{ grs./dl}$ y un conteo blanco $> a 15.000/\text{mm}^3$ se ubican dentro de un rango de factores que facilitan la estimación de mortalidad por obstrucción intestinal (11). Por ello en nuestro estudio se tomaron en cuenta estos datos donde se encontró leucocitos entre 10.000 y 14.999/ mm^3 en 63,7% de los pacientes, y en 74 % valores de hemoglobina entre 10 y 14,9 grs/dl.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. DE LA GARZA – VILLASEÑOR L., Etiology of intestinal occlusion. México. 2001 Oct – Dec; 66(4): 193 – 6.
2. FARRERAS, ROZMAN, Medicina Interna editorial Harcourt, decimocuarta edición, 2000. págs 197 – 200.
3. THOMSON J. S: Intestinal Obstruction ileus, and pseudoobstruction. En: Digestive Tract Surgery. Editores: R. H. Bell. Philadelphia, USA, 1996. pp 1119.
4. CAYCEDO, Ruben, Cirugía genera, Editorial Mc Graw Hill, 2002. pags 178 – 180.
5. HARRISON, Medicina Interna, decimocuarta edición (ingles) págs 1656 – 1657.
6. CABALA, Chiong J. Cirugía de emergencia. HNSA IPSS 1995. jornadas por el IV aniversario del HNSA 1995. Arequipa
7. LA GAMMA A, Letoquart JP. Obstruction of the small intestine caused by bridles and adherences. Analysis of 157 operated cases. Paris, 1994 Jun – Jul; 131 (6 – 7): 279 – 84.
8. STEWARDSON, Bombeck CT. Critical operative management of small bowel obstruction Ann Surg 187:189. 1978
9. STRICKER B, Blanco J. The gynecologic contribution to intestinal obstruction in females. Am Coll Surg.1994 Jun; 178 (6): 617 – 20.
10. FUZUN M, Kaymak E. Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in western Turkey. Br J surg. 1991 feb; 78(2): 202 – 3.
11. BIONDO S, Pares D. Large bowel obstructions: predictive factors for postoperative mortality. University of Barcelona. Barcelona. Spain.