



Diagnóstico y Valoración para el Manejo Quirúrgico en Pacientes con Oclusión Intestinal

Diagnosis and Assessment for Surgical Management in Patients with Intestinal Occlusion

Diagnóstico e Avaliação para Manejo Cirúrgico em Pacientes com Oclusão Intestinal

Rodolfo José de Jesús Castilla-Romero ^I
rodolfocastillaromero@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3830-4563>

Julián Vicente Cuesta-Sarmiento ^{II}
julian_cuesta.s@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1701-425X>

Oriana Marcela Gallego-Ramírez ^{III}
Orianag83@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7588-7676>

Josías Salvador Armijos-Guevara ^{IV}
drarmijosguevara@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0240-5082>

Correspondencia: rodolfocastillaromero@hotmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Revisión

* **Recibido:** 27 de marzo de 2022 ***Aceptado:** 17 de abril de 2022 * **Publicado:** 13 de mayo de 2022

- I. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.

Resumen

Una obstrucción intestinal es un bloqueo parcial o total del intestino, en el cual, el contenido de este no puede pasar. El tejido cicatricial derivado de una intervención quirúrgica abdominal previa, las hernias, y los tumores, son las causas más frecuentes en adultos. Los síntomas que se presentan son el dolor, la hinchazón y la falta de apetito. La obstrucción intestinal puede ser parcial o completa y se puede dar en el intestino grueso o delgado, donde al llenarse de alimentos, líquido y demás secreciones digestivas y gases se colapsa dilatándose e inflamando el revestimiento intestinal. Si no se trata a tiempo la oclusión, el intestino puede perforarse, liberando su contenido y causando inflamación e infección de la cavidad abdominal. El diagnóstico se fundamenta en los resultados de la exploración física radiológica. En la mayoría de los casos amerita una cirugía para liberar la obstrucción.

Palabras claves: Obstrucción intestinal; tejido cicatricial; hernias; revestimiento intestinal.

Resume

An intestinal obstruction is a partial or total blockage of the intestine, in which its contents cannot pass through. Scar tissue from previous abdominal surgery, hernias, and tumors are the most common causes in adults. The symptoms that occur are pain, swelling and lack of appetite. Intestinal obstruction can be partial or complete and can occur in the large or small intestine, where when filled with food, liquid and other digestive secretions and gases, it collapses, dilating and inflaming the intestinal lining. If the occlusion is not treated in time, the intestine can perforate, releasing its contents and causing inflammation and infection of the abdominal cavity. The diagnosis is based on the results of the radiological physical examination. In most cases, surgery is required to release the obstruction.

Keywords: Intestinal obstruction; scar tissue; hernias; gut lining.

Retomar

Uma obstrução intestinal é um bloqueio parcial ou total do intestino, no qual seu conteúdo não pode passar. Tecido cicatricial de cirurgia abdominal anterior, hérnias e tumores são as causas mais comuns em adultos. Os sintomas que ocorrem são dor, inchaço e falta de apetite. A obstrução intestinal pode ser parcial ou completa e pode ocorrer no intestino grosso ou delgado, onde quando preenchido com alimentos, líquidos e outras secreções e gases digestivos, colapsa, dilatando e

inflamando o revestimiento intestinal. Se a oclusão não for tratada a tempo, o intestino pode perfurar, liberando seu conteúdo e causando inflamação e infecção da cavidade abdominal. O diagnóstico é baseado nos resultados do exame físico radiológico. Na maioria dos casos, a cirurgia é necessária para liberar a obstrução.

Palavras-chave: Obstrução intestinal; tecido cicatricial; hérnias; revestimento do intestino.

Introducción

La obstrucción intestinal se produce cuando los alimentos ingeridos o las heces no pueden ser eliminados del intestino. La obstrucción puede ser completa o parcial. Hay muchas causas. Siendo las más frecuentes las adherencias, hernias, cánceres y algunas tratamientos. La forma de prevenir o disminuir el riesgo de una obstrucción intestinal es una prioridad para disminuir los riesgos mayores que pongan en peligro la vida del paciente y reduzca los costos relacionados a la misma, aplicando los criterios diagnósticos que definan la posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo sea el caso. Al establecer un tiempo de observación seguro todavía es una controversia, ya que quienes laboran en servicios de urgencia deben tener en cuenta los riesgos de una cirugía temprana ante la posibilidad de tratamiento médico, que incluye reposo intestinal, reposición con fluidos, reposición electrolítica y descompresión intestinal.

El presente artículo tiene por objetivo Diagnóstico y Valoración para el Manejo Quirúrgico en Pacientes con Oclusión Intestinal, valorando los procesos diagnósticos por imágenes radiológicas, para decidir el tratamiento médico o la cirugía temprana y la morbimortalidad de los casos.

Desarrollo

La Oclusión intestinal

Es un bloqueo que no permite que pase comida ni líquido a través del intestino delgado o intestino grueso (colon). Las causas de la obstrucción intestinal pueden incluir franjas fibrosas de tejido (adherencias) en el abdomen que se forman después de cirugías, hernias, cáncer de colon, determinados medicamentos o constricción de un intestino inflamado causada por ciertas afecciones, como la enfermedad de Crohn o la diverticulitis.

Sin tratamiento, las partes obstruidas del intestino pueden morir, lo que provocaría problemas graves. Pero con una atención médica inmediata, la obstrucción intestinal con frecuencia se puede tratar con éxito.

Síntomas

Los signos y síntomas de la obstrucción intestinal incluyen:

- Dolor abdominal tipo cólico intermitente
- Pérdida del apetito
- Estreñimiento
- Vómitos
- Incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases
- Inflamación del abdomen

Los síntomas de la obstrucción intestinal suelen incluir dolor abdominal de tipo cólico, acompañado de hinchazón y pérdida del apetito. El dolor tiende a venir en oleadas y finalmente se vuelve continuo. Los vómitos son frecuentes en las obstrucciones del intestino delgado, pero son menos frecuentes y empiezan más tarde en las obstrucciones del intestino grueso.

La obstrucción completa provoca estreñimiento grave, mientras que la obstrucción parcial puede causar diarrea.

Si se produce estrangulación, el dolor se vuelve intenso y constante. La fiebre es frecuente y particularmente probable si se perfora la pared intestinal.

En el vólvulo, el dolor comienza a menudo de forma abrupta. El dolor es continuo y puede presentarse en oleadas.

Causas

Las causas más comunes de obstrucción intestinal en adultos son las siguientes:

- Adherencias intestinales: bandas de tejido fibroso en la cavidad abdominal que pueden formarse después de una cirugía abdominal o pélvica
- Hernias: partes del intestino que sobresalen en otra parte de tu cuerpo
- Cáncer de colon

En los niños, la causa más común de obstrucción intestinal es la acción telescópica del intestino (intususcepción).

Otras causas posibles de obstrucción intestinal incluyen:

- Enfermedades intestinales inflamatorias, como la enfermedad de Crohn

- Diverticulitis: una afección en la que bolsas abultadas y pequeñas (divertículos) del sistema digestivo se inflaman o infectan
- Retorcimiento del colon (vólvulo)
- Heces retenidas

Una pseudoobstrucción intestinal (íleo paralítico) puede causar signos y síntomas de obstrucción intestinal pero no implica un bloqueo físico. En el íleo paralítico, los problemas en los músculos o nervios interrumpen las contracciones musculares coordinadas normales de los intestinos, lo que disminuye o detiene el recorrido de los alimentos y líquidos por el aparato digestivo.

El íleo paralítico puede afectar cualquier parte del intestino. Entre las causas se incluyen las siguientes:

- Cirugía abdominal o pélvica.
- Infección.
- Ciertos medicamentos que afectan a los músculos y los nervios, como antidepresivos y opioides.
- Trastornos musculares y del sistema nervioso, como la enfermedad de Parkinson.

Las causas de la obstrucción intestinal difieren según la edad de la persona y la localización de la obstrucción.

En recién nacidos y niños pequeños, la obstrucción intestinal suele estar causada por un defecto congénito, una masa dura de contenido intestinal (síndrome del tapón de meconio), una torsión de un asa intestinal (vólvulo), el estrechamiento o la ausencia de una parte del intestino (atresia intestinal) o la invaginación de un segmento de intestino dentro de otro (invaginación intestinal o intususcepción).

En los adultos, las causas más frecuentes son bandas de tejido cicatricial derivado de cirugías abdominales previas (adherencias), partes del intestino que protruyen por una abertura anómala (hernia) y tumores. La probabilidad de cada causa particular varía dependiendo de la parte del intestino afectada.

La obstrucción del primer segmento del intestino delgado (duodeno) puede ser causada por un cáncer de páncreas, la cicatrización patológica derivada de una úlcera o la enfermedad de Crohn. En raras ocasiones, otras partes del intestino se obstruyen por un cálculo biliar, una masa de alimentos sin digerir o la presencia de gusanos parasitarios.

La obstrucción del intestino grueso suele estar causada por cáncer, diverticulitis o una masa dura de materia fecal (impactación fecal). Las adherencias y los vólvulos son causas menos frecuentes de obstrucción del intestino grueso.

Estrangulación

La interrupción del aporte de sangre al intestino a causa de una obstrucción se denomina estrangulación; dicha afección ocurre en cerca del 25% de las personas con obstrucción del intestino delgado. Por lo general, la estrangulación se produce cuando parte del intestino queda atrapada en una abertura anómala (hernia estrangulada), vólvulo o invaginación intestinal (intususcepción). Puede desarrollarse gangrena en tan solo 6 horas. Con la gangrena, la pared intestinal muere, generalmente ocasionando una perforación, la cual conduce a peritonitis y choque (shock); en caso de no recibir tratamiento, causa la muerte.

Clasificación

Las causas de oclusión intestinal son múltiples, si bien permiten realizar una clasificación general, que comprende tres variedades

Íleo mecánico

Es el más típico y sirve de ejemplo para el estudio clínico de este síndrome. En función de la afección del mesenterio se puede analizar con más detalle esta enfermedad.

Sin implicación del mesenterio

Es el llamado íleo mecánico simple, que se produce por una alteración del tránsito intestinal. La etiología de este cuadro es variable y puede ser provocada por alteraciones parietales (tumores, atresias congénitas, enfermedades inflamatorias, úlceras, etc.), alteraciones extraluminales (bridas, tumores abdominales, etc.), alteraciones intraparietales (íleo biliar, etc.).

Con participación del mesenterio

En este caso existe un compromiso vascular y nervioso sobreañadido, por lo que tenemos 3 procesos, lo cual hace que el cuadro se agrave, y que la solución pase habitualmente por el quirófano. En estos casos, la estrangulación es la complicación de una hernia más importante, más frecuente y más grave, así como la más temida. La causa más frecuente de oclusión mecánica en nuestro medio es el vólvulo, que es la torsión intestinal sobre su eje o sobre el mesenterio y para el que generalmente existen causas predisponentes (como bridas, tumores, etc.) y la invaginación o introducción de un asa intestinal, con su meso, en el asa adyacente. Es típica en niños y casi siempre es ileocólico.

Íleo funcional

Ocurre por alteración motora y es menos frecuente que el anterior. En general produce dilatación de asas intestinales con acumulación de líquidos y gases que hacen que las asas, por su excesivo peso, produzcan una alteración del drenaje venoso, con edema de la pared intestinal que puede condicionar un posterior íleo mecánico. Este tipo de oclusión se subdivide en dos tipos: íleo paralítico por abolición del peristaltismo (postoperatorio, peritonitis, etc.) e íleo espástico, muy raro, con contractura permanente o intermitente de la pared intestinal.

Íleo vascular

Ocurre en el contexto del síndrome de isquemia/trombosis mesentérica, y se produce por alteraciones arteriales o venosas de los vasos que irrigan el intestino

Fisiopatología

Las alteraciones que se producen en el transcurso de una oclusión intestinal como consecuencia del obstáculo existente provocarán una acumulación de líquidos, gases y alteraciones de la secreción-absorción por encima de la lesión oclusiva, dando lugar a toda una cascada de acontecimientos que se pueden agrupar en 3 tipos de repercusiones fisiopatológicas:

Consecuencias

En principio se establece por vía refleja un peristaltismo de lucha que se acompaña de dolor cólico. En una fase posterior, la regla son los vómitos, fundamentalmente si se trata de oclusiones altas o de intestino delgado, esto hace que pueda distinguirse del íleo mecánico de intestino grueso, que en función de la válvula de Bauhin, que es competente en un 75% de los casos, produce distensión sobre todo cecal, con gran distensión, llegando a producir perforación diastásica por mecanismo de asa cerrada, sin llegar a producir vómitos salvo en casos muy tardíos. Si la válvula es incompetente la situación es similar al íleo mecánico simple del intestino delgado.

Repercusiones locorregionales

En la circulación parietointestinal se comprimen los vasos y se produce isquemia y necrosis en estados avanzados. El peristaltismo intestinal en un inicio está aumentado de manera importante, para luego pasar a una parálisis intestinal, favorecida por la isquemia con hipoxia parietal. Se produce inversión de la flora bacteriana, predominando los gramnegativos sobre los Gram positivos con aumento de la permeabilidad para las bacterias como para las toxinas. El incremento de la presión intraabdominal produce disnea, hipoxia, hipercapnia, acidosis y shock, además de

dificultad del retorno venoso por compresión de la cava con encharcamiento del territorio esplácnico.

Repercusiones generales

Sobre el metabolismo hidromineral se produce una alteración con deshidratación y pérdida al tercer espacio, ocurre de forma más temprana o intensa cuanto más prolongada es la evolución. En el metabolismo proteico existe déficit por plasmaféresis, alteraciones de la absorción, hemorragias y falta de ingestión oral. Pueden ocurrir úlceras de estrés acompañadas de un cuadro de shock, consecuencia de la hipovolemia, sepsis o el estado tóxico que presenta el paciente.

Clínica

Lo típico es la gran variabilidad del cuadro clínico, ya que el inicio puede ser agudo o crónico. De todas las formas, el dolor es el síntoma que suele aparecer en primer lugar, por lo que esta enfermedad se engloba dentro de los cuadros del abdomen agudo. El dolor puede tener características cólicas (por hiperperistaltismo, característico del íleo mecánico simple), o bien de constricción (en las estrangulaciones), de distensión (típico del íleo paralítico), inflamatorio (cuando aparece peritonitis).

Los vómitos al principio son reflejos al dolor y de contenido alimentario. Si la oclusión es en intestino delgado suelen ser de características biliares, y si la afección se localiza en tramos finales del intestino son más copiosos y fecaloideos.

Otra característica clínica es la ausencia de eliminación de heces y gases, que sirve para discernir de forma elemental si se trata inicialmente de una oclusión completa o una sub oclusión, si bien existen casos en que hay cuadros obstructivos que cursan sin ausencia de emisión de heces y de gases, como son cuadros obstructivos bajos con contenido fecal distal a la obstrucción.

La distensión intestinal es la regla cuando la evolución del cuadro es prolongada, ya que los tramos proximales a la oclusión se encuentran repletos de aire y líquido.

La repercusión sobre el estado general en los casos avanzados pone de manifiesto un paciente que puede encontrarse en situación crítica y shock de diferentes orígenes

Factores de riesgo

Algunas enfermedades y afecciones que pueden aumentar el riesgo de tener obstrucción intestinal comprenden las siguientes:

- Cirugía abdominal o pélvica que con frecuencia causa adherencias, una obstrucción intestinal común.

- La enfermedad de Crohn que provoca que se engrosen las paredes del intestino, lo que estrecha el pasaje.
- Cáncer de abdomen.

Algunas afecciones y eventos incrementan el riesgo de una obstrucción intestinal. Si los intestinos de una persona no se han desarrollado adecuadamente, serán más propensas a las obstrucciones.

Otros factores de riesgo de desarrollar una obstrucción intestinal incluyen:

- cáncer, especialmente en el abdomen
- enfermedad de Crohn u otras EII, que pueden engrosar las paredes de los intestinos
- una cirugía abdominal o pélvica previa, que puede incrementar el riesgo de adhesiones
- radioterapia

Diagnóstico

Las pruebas y los procedimientos que se utilizan para diagnosticar la obstrucción intestinal incluyen lo siguiente:

- Examen físico. El médico probablemente te preguntará sobre tus antecedentes médicos y tus síntomas. También realizará un examen físico para evaluar tu caso. El médico puede sospechar que tienes una obstrucción intestinal si tienes el abdomen hinchado o te duele cuando palpa, o si hay un bulto en el abdomen. Es posible que escuche los sonidos de los intestinos mediante un estetoscopio.
- Radiografía. Para confirmar un diagnóstico de obstrucción intestinal, es posible que tu médico recomiende realizar una radiografía del abdomen. Sin embargo, algunas obstrucciones intestinales no se pueden detectar con las radiografías estándar.
- Tomografía computarizada (TAC). Una TAC combina una serie de imágenes de rayos X tomadas desde diferentes ángulos para obtener imágenes transversales. Estas imágenes son más detalladas que una radiografía estándar y es más probable que muestren una obstrucción intestinal.
- Ecografía. Cuando la obstrucción intestinal se produce en niños, se suelen preferir las ecografías. En los niños con intususcepción, una ecografía normalmente muestra un "ojo de buey", que es el intestino enrollado dentro del intestino.
- Enema baritado o con aire. Un enema baritado o con aire permite obtener una mejor imagen del colon. Esto se puede realizar si se sospecha de determinadas causas de

obstrucción. Durante el procedimiento, el médico introducirá aire o bario líquido en el colon a través del recto. En el caso de intususcepción en un niño, un enema baritado o con aire puede solucionar el problema en la mayoría de los casos, sin necesidad de otro tratamiento.

Tratamiento

- Succión a través de sonda nasogástrica
- Líquidos de administración intravenosa
- Cirugía, en caso de estrangulación
- En ocasiones, colostomía

Si se sospecha que una persona tiene una obstrucción intestinal, se la hospitaliza. Por lo general, se introduce una sonda larga y fina a través de la nariz hasta alcanzar el estómago (sonda nasogástrica) o el intestino. Se aplica succión a la sonda para aspirar el material acumulado por encima de la obstrucción. Se administran por vía intravenosa líquidos y electrolitos (sodio, cloruro y potasio) con el fin de reponer el agua y las sales perdidas por los vómitos o la diarrea.

A veces, la obstrucción se resuelve sin otro tratamiento, especialmente si está causada por cicatrices o adherencias. Ocasionalmente, para tratar algunos trastornos como la torsión de un segmento de la parte baja del colon, se puede emplear un endoscopio (un tubo flexible de visualización) insertado a través del ano, o un enema de bario que infla el intestino grueso. Más a menudo, sin embargo, la cirugía se lleva a cabo lo antes posible si los médicos temen una estrangulación.

La causa de la obstrucción y el aspecto del intestino determinan si el cirujano puede aliviar la obstrucción sin extirpar un segmento intestinal. Algunas veces, pueden cortarse las adherencias para liberar el segmento atrapado del intestino, pero pueden formarse de nuevo, en cuyo caso puede volver a producirse una obstrucción. En algunos casos, para resolver la obstrucción puede ser necesario practicar una ileostomía (un procedimiento en el que un extremo de corte del intestino delgado se une permanentemente a una abertura quirúrgica en la pared abdominal) o una colostomía (una abertura creada quirúrgicamente entre el intestino grueso y la pared abdominal).

La mayoría de las personas que tienen una obstrucción intestinal requieren hospitalización. El mejor tratamiento para la obstrucción intestinal depende de lo que la haya causado. Los siguientes son algunos de los métodos para tratar o controlar una obstrucción intestinal: Recibir líquidos a través de una sonda intravenosa (i.v.) que se introduce en una vena del brazo. No comer ni beber durante unos días puede ayudar a restablecer y revertir la torsión del intestino. Si el bloqueo no mejora después de unos días, es posible que también necesite nutrición por vía intravenosa.

Enemas o medicamentos para aflojar o ablandar las heces duras que causan un bloqueo.

Usar una sonda para extraer el aire y el líquido que se encuentren en el estómago y evitar mayor dolor. Esta sonda, llamada sonda nasogástrica, entra por la nariz y baja hasta llegar al estómago.

Tomar los medicamentos que le recomiende su médico para aliviar las náuseas y los vómitos, la diarrea, la hinchazón o el dolor.

Si estas opciones no funcionan, su médico puede sugerirle lo siguiente:

Una cirugía para resolver el bloqueo y despejar un paso para que los alimentos puedan desplazarse por el tubo GI.

Un tubo expandible llamado endoprótesis. Este mantiene abierta el área bloqueada del tubo GI de forma temporal.

Una ileostomía. Esta cirugía puede ayudar a que el intestino grueso y el recto se curen después de un bloqueo. Durante una ileostomía, se realiza un orificio (estoma) temporal o permanente desde la parte inferior del intestino delgado hasta el exterior del abdomen. Los excrementos se recogen en una bolsa que se lleva en el exterior del cuerpo y no es necesario que pasen por el intestino grueso o el colon.

Una colostomía. Esta cirugía puede ayudar a que partes del intestino grueso y el recto se curen después de un bloqueo. Durante una colostomía, se realiza un orificio (estoma) temporal o permanente desde el intestino grueso hasta el exterior del abdomen. El excremento se recolecta en una bolsa que se lleva en la parte exterior del cuerpo y no pasa por el recto.

El tratamiento para una obstrucción intestinal depende de la causa del trastorno, pero generalmente requiere la internación en el hospital.

Hospitalización para estabilizar tu estado

Cuando llegas al hospital, los médicos te estabilizan para que puedas recibir tratamiento. Este proceso incluye lo siguiente:

- Colocar una vía intravenosa en una vena del brazo para que se puedan administrar líquidos
- Colocar una sonda por la nariz hasta el estómago (sonda nasogástrica) para succionar el aire y los líquidos, y aliviar la hinchazón abdominal
- Colocar un tubo delgado y flexible (catéter) en la vejiga para extraer orina y recolectarla para analizarla

Tratamiento de la intususcepción

Un enema con aire o bario (medio de contraste) se utiliza como procedimiento de diagnóstico y tratamiento para niños con intususcepción (invaginación intestinal). Si el enema funciona, por lo general no hace falta continuar con el tratamiento.

Tratamiento para la obstrucción parcial

Si tienes una obstrucción, pero, aun así, algo de alimentos y líquidos puede pasar (obstrucción parcial), es posible que no necesites otro tratamiento después de que te hayan estabilizado. Tu médico te puede recomendar una dieta especial con baja cantidad de fibras para que el intestino parcialmente obstruido pueda procesar con mayor facilidad. Si la obstrucción no desaparece, puede necesitar cirugía para liberarla.

Tratamiento de una obstrucción total

Por lo general, si no puede pasar nada por el intestino, necesitarás cirugía para eliminar la obstrucción. El procedimiento dependerá de la causa de la obstrucción y de qué parte del intestino esté afectada. Normalmente, la cirugía implica eliminar la obstrucción, así como cualquier sección de tu intestino que esté muerta o dañada.

Como una alternativa, tu médico puede recomendar tratar la obstrucción con un estent metálico autoexpandible. La sonda de malla metálica se inserta en el intestino con un endoscopio a través de la boca o del colon. Esto abre el colon de manera que la obstrucción se pueda despejar.

Los estents generalmente se usan para tratar el cáncer de colon o para proporcionar alivio temporario a las personas para quienes la cirugía de urgencia es demasiado riesgosa. Una vez que tu afección esté estabilizada, es posible que aún necesites cirugía.

Tratamiento de la seudoobstrucción

Si el médico determina que la causa de los signos y síntomas es una pseudoobstrucción (íleo paralítico), es posible que supervise la afección durante uno o dos días en el hospital y se haga un tratamiento para la causa, si se conoce. El íleo paralítico puede mejorar por sí solo. Mientras tanto, probablemente recibirás alimentos a través de un tubo nasogástrico o una vía intravenosa para evitar la malnutrición.

Si el íleo paralítico no mejora por sí solo, el médico puede recetarte medicamentos que provocan contracciones musculares, lo que puede ayudar a trasladar los alimentos y líquidos por los intestinos. Si la causa del íleo paralítico es una enfermedad o un medicamento, el médico tratará la enfermedad subyacente, o suspenderá el medicamento. Raramente la cirugía puede ser necesaria.

En los casos en que el colon se ha agrandado, existe un tratamiento denominado descompresión, que puede proporcionar alivio. La descompresión se puede realizar mediante una colonoscopia, un procedimiento en el que se coloca un tubo fino por el ano y se lo guía por el colon. La descompresión también puede realizarse con cirugía.

Complicaciones

La obstrucción intestinal sin tratamiento puede causar complicaciones graves y potencialmente mortales, que incluyen:

- Muerte del tejido. La obstrucción intestinal puede cortar el suministro de sangre a una parte de su intestino. La falta de sangre hace que la pared intestinal muera. La muerte del tejido puede provocar un desgarro (perforación) en la pared intestinal, lo que puede provocar una infección.
- Infección. Peritonitis es el término médico para la infección en la cavidad abdominal. Es una afección potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata y, a menudo, quirúrgica.

Cambios en la dieta y el estilo de vida

Los cambios simples en la dieta y estilo de vida pueden ayudar a reducir el riesgo de obstrucciones intestinales. También ayudarán con la recuperación después de un episodio de obstrucción.

La edad hace que el sistema digestivo se vuelva lento. Como resultado, es recomendable hacer cambios en la dieta en las etapas más tardías de la vida para compensarlo.

Los cambios sugeridos para la dieta incluyen:

- comer porciones pequeñas con más frecuencia
- masticar bien los alimentos
- evitar grandes cantidades de alimentos con alto contenido de fibra como los cereales integrales y nueces
- eliminar la cafeína, que puede irritar el intestino
- evitar alimentos duros o viscosos, como el apio o carne seca
- pelar las frutas y verduras para que sea más fácil digerirlas
- cocinar los alimentos hasta que se ablanden
- enfocarse en comer alimentos húmedos como los que tienen salsas

Varios cambios en el estilo de vida pueden ayudar a mejorar la salud digestiva. Los pasos a considerar incluyen:

- hacer más ejercicio

- mantenerse hidratado
- tratar de limitar el estrés
- evitar o dejar de fumar
- beber menos alcohol

Si una persona tiene problemas con las deposiciones, los ablandadores de heces pueden ayudar. Estos están disponibles para compra directa en muchas tiendas o en línea.

Una obstrucción intestinal puede causar otros problemas, como:

- deshidratación
- desequilibrio de electrolitos
- tejidos muertos en los intestinos
- abscesos dentro del abdomen
- insuficiencia renal
- un agujero en el intestino, que podría causar una infección
- aspiración pulmonar, cuando una persona inhala sólidos como el vómito
- sepsis, una infección sanguínea potencialmente mortal

Las personas que se sometieron a una cirugía para obstrucciones también están en riesgo de otras complicaciones, que incluyen:

- adhesiones
- parálisis intestinal
- daño neurológico
- síndrome de intestino corto, una afección en la que parte del intestino se pierde o no funciona adecuadamente
- que se vuelva a abrir una herida

Una obstrucción intestinal puede interrumpir el flujo sanguíneo en el área. Esto puede causar algunas de las complicaciones indicadas anteriormente.

En el peor de los casos, puede causar la falla de múltiples órganos o la muerte. Por eso es importante tratar una obstrucción intestinal lo más pronto posible.

Prevención

Llevar un estilo de vida saludable es una muy buena forma de reducir los riesgos de obstrucción intestinal. Incluso hacer niveles bajos de ejercicio ayudará a mantener los intestinos saludables.

Existen muchos productos disponibles para ayudar a mantener las deposiciones regulares, incluyendo los laxantes y los ablandadores de heces. Asegúrate de tener algo en el botiquín para tratar el estreñimiento ocasional. Las frutas blandas, como higos y melocotones, son buenas alternativas naturales.

Actúa de inmediato si se te dificulta defecar o expulsar gases. Mientras más rápido empiece el tratamiento, mejor será el riesgo de que ocurra una obstrucción intestinal.

Conclusión

La obstrucción intestinal es un impedimento involuntario específico o completo del de contenido mediante el intestino. Las obstrucciones pueden ser obstrucción del intestino delgado u obstrucción del intestino grueso, las cuales pueden ser parciales o completas, donde las parciales en su mayoría pueden ser tratadas con medicamentos orales o parenterales mientras que las obstrucciones completas requieren cirugía lo antes posible para evitar complicaciones mayores. Se dice que cuando se origina una obstrucción intestinal, hay una interrupción en el flujo del contenido intestinal, pudiendo ocurrir en cualquier espacio en el trayecto de la amplitud del tracto gastrointestinal. Los síntomas en su mayoría pueden ser de acuerdo al nivel de obstrucción, distensión abdominal, llenura abdominal por gases, dolor abdominal y cólico, mal aliento estreñimiento, diarrea, incapacidad para evacuar los gases y vómitos.

La obstrucción intestinal es generalmente originada por adherencias intraabdominales, malignidad o hernia intestinal que ocurre cuando parte del intestino delgado o grueso se bloquea pudiendo causar algunas complicaciones graves es por ello que se debe acudir a un centro de salud rápidamente para buscar atención médica inmediata, por lo que si no se trata a tiempo puede ser mortal. Las medidas para prevenir una obstrucción u oclusión tenemos; comer bien, mantenerse activa y permanecer hidratada entre otras. El pronóstico va a depender del cual sea la causa, teniendo muchas opciones de tratamiento disponibles.

Referencias

1. González González M. Oclusión intestinal. En: Balibrea Cantero JC, editores. Tratado de cirugía. Madrid: Marban, 1994; 2154-2172.

2. Jones RS. Obstrucción intestinal. En: Sabiston, Lyerly, editores. Manual del tratado de patología quirúrgica. Madrid: Interamericana, 1994; 434-437.
3. Morales S, Sánchez F, Barbar A, Jiménez A. Obstrucción intestinal. En: Capitán L, Cano A, editores. Guía práctica de urgencias quirúrgicas. Sevilla: Ediciones Marsay, 2000; 277-285.
4. Muro Castillo I. Protocolo diagnóstico terapéutico de la obstrucción intestinal. *Medicine (Madrid)* 2000; 8 (14): 767-769.
5. P. Jackson, M. Raiji. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Phys.*, 3 (2011), pp. 159-161
6. M.T. Dayton, D.T. Dempsey, G.M. Larson, A.R. Posner. New paradigms in the treatment of small bowel obstruction. *Curr Probl Surg.*, 49 (2012), pp. 642-717 <http://dx.doi.org/10.1067/j.cpsurg.2012.06.005> | Medline
7. D. O'Connor, C. Winter. The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: A review of over 2000 cases. *Surg Endosc.*, 26 (2012), pp. 12-17 <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-011-1885-9> | Medline
8. T.T. Irvin. Abdominal pain: A surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg.*, 76 (1989), pp. 1121-1125 Medline
9. M. Zielinski, M. Bannon. Current management of small bowel obstruction. *Adv Surg.*, 45 (2011), pp. 1-29 Medline
11. T. Van Oudheusden, B. Aerts. Challenges in diagnosing adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol.*, 19 (2013), pp. 7489-7493 <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v19.i43.7489> | Medline
12. J. Attard, A. MacLean. Adhesive small bowel obstruction: Epidemiology, biology and prevention. *Can J Surg.*, 50 (2007), pp. 291-300 Medline
13. J.J. Diaz, F. Bokhari. Guidelines for management of small bowel obstruction. *J Trauma*, 64 (2008), pp. 1651-1664 <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e31816f709e> | Medline
14. X. Chen, F. Ji. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol.*, 18 (2012), pp. 1968-1974 <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i16.1968> | Medline
15. P. Kumar, L. Kaman. Therapeutic role of oral water soluble iodinated contrast agent in postoperative small bowel obstruction. *Singapore Med J.*, 50 (2009), pp. 360-364 Medline

16. S. Chen, Z. Yen. Nonsurgical management of partial adhesive small-bowel obstruction with oral therapy: A randomized controlled trial. *CMAJ*, 173 (2005), pp. 1165-1169 <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1041315> | Medline
17. M. Parada, G. Piwonka, J. Lemus, A. Lara. Obstrucción aguda del intestino delgado. *Arch Soc Cir Chile*, 14 (1962), pp. 230-236
18. M. Orriols. Obstrucción intestinal. Consideraciones sobre 440 casos. *Rev Chil Cir.*, 28 (1976), pp. 13-27 J. Micheli, J. Feldman, P. Rodriguez, R. Rojas. Obstrucción de intestino delgado. *Rev Chil Cir.*, 28 (1976), pp. 45-50
19. G. Cacciuttolo, V. Villar, L. Castillo, I. Puelma. Obstrucción intestinal. *Rev Chil Cir.*, 32 (1980), pp. 300-303
20. R. Martinez, E. Valenzuela, P. Cornejo, P. del Real, Ch. Beals. Ileo mecánico de intestino delgado. *Rev Chil Cir.*, 33 (1981), pp. 336-338
21. S. Guzman, I. Ibañez, A. Raddatz, M.C. Reñasti. Ileo mecánico. *Rev Chil Cir.*, 37 (1985), pp. 39-44
22. R. Mertens, M. Ocqueteau, S. Guzman, A. Rahmer, O. Llanos, L. Ibañez, et al. Tratamiento médico de la obstrucción intestinal por bridas y adherencias. *Rev Med Chile*, 118 (1990), pp. 1085-1089 Medline
23. C. Manterola, A. Lopez, L. Asencio. Obstrucción intestinal: A propósito de un estudio de 773 casos. *Rev Chil Cir.*, 48 (1996), pp. 429-439
24. G. Bocic, R. Azolas, C. Azolas, O. Korn, M. Abedrapo, A. Cohen. Obstrucción intestinal: 12 años de experiencia clínica. *Bol Hosp Clin U Chile*, 9 (1998), pp. 217-221
25. G. Bocic, C. Azolas, A. Cohen, J. Silva, P. Troncoso, D. Valdivia, et al. Cirugía de urgencia en obstrucción de intestino delgado: factores pronósticos que inciden en la mortalidad. *Rev Chil Cir.*, 51 (1999), pp. 184-190
26. N. Quezada, F. León, J. de la Llera, R. Funke, M. Gabrielli, F. Chavari, et al. Tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por bridas. *Rev Chil Cir.*, 66 (2014), pp. 437-442