

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"OBSTRUCCION INTESTINAL EN ADULTOS"

(Estudio Prospectivo-Retrospectivo de las causas más
Frecuentes de Obstrucción Intestinal, Revisión de 5
años de 1,978 a 1,983; En el Hospital Roosevelt).-

GUSTAVO ADOLFO SAMAYOA ALVAREZ

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. JUSTIFICACIONES
- IV. OBJETIVOS
- V. METODOLOGIA
- VI. GENERALIDADES
REVISION BIBLIOGRAFICA
- VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. RESUMEN
- XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

Se puede definir la Obstrucción Intestinal como la falta de tránsito o progresión normal del contenido intes inal ya sea por obstáculo patológico y/o actividad mecá ica o muscular insuficiente del intestino. (15-3)

En éste estudio nos propusimos efectuar la revisión y análisis Prospectivo y Retrospectivo de cinco años sobre Obstrucción Intestinal en Adultos, y de esta forma, determinar cuales son las causas más frecuentes de Obstrucción Intestinal en el "Hospital Roosevelt". Del primero de mayo de 1, 978 al treinta de abril de 1, 983. -

La Obstrucción Intestinal es una entidad patológica frecuente en nuestro medio, que hace consultar a la Emergencia del Hospital a los pacientes por los signos y síntomas que lo aquejan. Por lo tanto la Obstrucción Intestinal ha sido causa de varios estudios a nivel Nacional e Internacional, analizándolos desde diferentes puntos de vista, en diferentes épocas y lugares.

El reconocimiento de una Obstrucción Intestinal, requiere tanto de los conocimientos del Internista como del Cirujano, así como de métodos de Diagnóstico para determinar y/o conocer la de la misma.

La etiopatología de la Obstrucción Intestinal es muy variada, el objeto de éste estudio es determinar cual es la causa más frecuente de Obstrucción Intestinal en el Adulto.

ANTECEDENTES

El primer trabajo que se encuentra en la Literatura Nacional es la del Dr. Desiderio Pallais S.H. "Oclusión Intestinal", trabajo de Tesis de 1,904.

Posteriormente el Dr. Ramiro García Guillioli 1,954 efectuó otro trabajo que versaba sobre "Breves Consideraciones sobre el Síndrome de Oclusión Intestinal", en el cual se estudiaron 60 pacientes encontrando con mayor frecuencia como causa de Obstrucción Intestinal las Hernias en un 65% y Adherencias en 30% (7). En 1,966 el trabajo del Dr. José de Jesús Mendoza Gálvez "Obstrucción Intestinal" análisis de 142 casos en el Hospital General San Juan de Dios demostró que la Hernia era responsable del 60.56% de casos de Obstrucción Intestinal. (9).

Recientemente el Dr. Tito Saúl Pérez Marroquín 1,977 estudió 100 casos de los años 1,970, 1971, 1972 dando por resultado Hernias con 53% y Adherencias 19%. (10).

En 1,980 está la Tesis del Dr. Jorge Enrique Pérez Rodríguez que versó sobre Obstrucción Intestinal en el Hospital de Escuintla revisando 4 años encontrando Las Hernias Inguinales como la causa más frecuente (11).

Dentro de la Literatura Nacional Hay varios estudios encaminados a diferentes entidades capaces de producir Obstrucción Intestinal, pero que no se mencionan porque están considerados dentro de la generalidad de los estudios anteriormente mencionados.

INTRODUCCIÓN

Por lo tanto se investigaron los casos de Obstrucción Intestinal tratados en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, encontrándose 224 Registros Médicos completos que permiten llegar al Diagnóstico Definitivo de Obstrucción Intestinal y por consiguiente al tratamiento Quirúrgico para resolver el problema obstructivo.

JUSTIFICACIONES

OBJETIVOS

- 1.- Determinar cuál es la causa más frecuente de Obstrucción Intestinal en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Determinar cuál es el Sexo y el Grupo Etáreo más afectado.
- 3.- Conocer la Morbi-mortalidad de ésta Patología.

METODOLOGIA

El presente estudio se efectuó a través de la revisión de los casos que se presentaron en el Hospital Roosevelt durante el período comprendido de mayo de 1978, para abril de 1983 a través de análisis Retrospectivo-Prospectivo en pacientes mayores de 12 años, y para el efecto se efectuó una revisión de los Registros Médicos de los pacientes que ingresaron con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal al Departamento de Cirugía del mencionado centro Hospitalario, indagándose primero en los libros de Sala de Operaciones, para poder posteriormente localizar cada uno de los Registros Médicos en el Departamento de Estadística y extraer de los mismos la información necesaria que sirvió de base a la investigación.

Se procedió en cada uno de los Registros Clínicos con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal a obtener: Nombre, Edad, Sexo Antecedentes, Diagnóstico Pre-Operatorio y Diagnóstico Post-Operatorio, Operación Efectuada, Hallazgos Operatorios, Morbilidad Complicaciones y Mortalidad etc.

El análisis estadístico se efectuó con la recopilación de los datos que aportó la revisión de los Registros Clínicos; tabulándose los mismos para poder efectuar una correlación clínica quirúrgica.

El total de pacientes que fueron sometidos a intervención Quirúrgica por causa de Obstrucción Intestinal fué de 224.

JUSTIFICACIONES

- 1.- Es sabido que la Obstrucción Intestinal es una entidad patológica frecuente, que hace que el paciente busque la Emergencia del Hospital tempranamente, de ahí la importancia de conocer la Patología de la misma, para poder hacer el Diagnóstico exacto en el momento preciso, y poder indicar la conducta a seguir con el paciente. -
- 2.- También considero importante éste estudio para determinar la causa más frecuente de Obstrucción Intestinal en el Hospital Roosevelt, y, de ésta forma contribuir a fortalecer la Literatura Nacional al respecto. -

REVISION BIBLIOGRAFICA

GENERALIDADES

OBSTRUCCION INTESTINAL:

Existen varias definiciones, pero en general se acepta que hay Obstrucción Intestinal cuando existe un - obstáculo patológico que impide el normal tránsito del contenido intestinal en dirección del ano. Dicho obstáculo puede ser por "Obstrucción Mecánica" o por "Parálisis del músculo Intestinal", lo cual se ha llamado "Ileo Paralítico" (15-10).

Las obstrucciones del tubo digestivo pueden ser a cualquier nivel, variedad Alta y Baja, pero por el diámetro de la luz intestinal son más frecuentes en el intestino delgado. En el colon son menos frecuentes y la causa más común de obstrucción en el intestino grueso son las neoplasias (dependiendo de la edad) pudiendo dar obstrucciones parciales o completas. (3)

Las causas de Obstrucción Intestinal se pueden clasificar de una forma general así: (2).

TIPOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL:

I. - Obstrucción Intestinal Simple:

- a. - Obstrucción Alta del Intestino Delgado
- b. - Obstrucción Baja del Intestino Delgado.
- c. - Obstrucción Colónica.

II.- Obstrucción de Asa Cerrada.

III.- Obstrucción por Estrangulación.

MECANISMOS DE OBSTRUCCION:

1.- Obstrucción Mecánica:

A.- Estrechamiento de la luz, Lesiones Intrínsecas:

I.- Congénito

a) Atresia

b) Estenosis

c) Ano Imperforado, Malformaciones de ano y Recto.

d) Malrotaciones

e) Quistes y Reduplicaciones

f) Divertículo de Meckel

2.- Adquirido:

a) Inflamatorio

- Enteritis

- Enfermedad Granulomatosa, específica e inespecífica.

- Diverticulitis

b) Traumático

c) Vascular

d) Neoplásico

- Tumores Benignos, Intestino delgado o grueso

- Tumores Malignos, Intestino delgado o grueso

- Endometriosis

B.- Bandas Adhesivas

1.- Congénitas

2.- Inflamatorias

3.- Traumáticas

4.- Neoplásicas

C.- Hernia

1.- Externa

2.- Interna

D.- Masas o Estructuras Extraintestinales

1.- Absceso

2.- Tumor

3.- Embarazo

4.- Páncreas Anular

5.- Arteria Mesentérica Superior

E.- Obstrucción Estomal o Anastomótica

1.- Edema

2.- Constricción

F.- Vólvulus

G.- Intususcepción

H. - Obturación

1. - Cálculos Biliares
2. - Cuerpos Extraños
3. - Gusanos
4. - Bezoares
5. - Meconio
6. - Impacción Fecal

I. - Defectos Congénitos, Enfermedad de Hirschsprung

J. - Estenosis por Radiación

II. - Obstrucción por Desequilibrio Fisiológico, Neurógeno, Tóxico, Químico:

A. - Ileo Paralítico o Adinámico

1. - Peritonitis
2. - Tóxico
 - Neumonía
 - Uremia
 - Infección Generalizada
3. - Desequilibrio Hidroelectrolítico
4. - Neurógeno
 - Lesión de la Médula Espinal
 - Fractura de Columna Vertebral, Pelvis, Fémur Etc.
 - Saturnismo
 - Hematoma u Operación Retroperitoneal

B. - Ileo Espástico o Dinámico

C. - Megacolon

III. - Obstrucción Vascular:

A. - Trombosis de Vasos Mesentéricos

B. - Embolia de Vasos Mesentéricos

Además de las clasificaciones anteriores, hay autores que tradicionalmente las han subdividido de la siguiente manera: (15-3)

A. - FACTORES EXTRAMURALES:

Son considerados las causas más frecuentes de Obstrucción Intestinal, encontrándose subdividida en 3 grupos a saber así: Hernias Externas, entre las cuales se pueden mencionar las Hernias Inguinales (directa e indirecta) Crurales, Umbilicales, Insicionales, Adherencias peritoneales secundarias a intervenciones quirúrgicas previas. (3).

Procesos inflamatorios locales y vólvulus: que es la torción completa de un asa Intestinal alrededor de la base de inserción mesentérica. (21)

B. - FACTORES INTRAMURALES: (Oclusión de la luz Intestinal)

Han sido señaladas como las causas menos frecuentes de producir Obstrucción Intestinal, entre ellas tenemos: Impactación Fecal, Meconio, Invaginaciones intestinales especialmente en niños, aunque su presentación en el adulto no se puede excluir del todo (21) Bezoares,

que es una masa de material extraño (generalmente ca-
bello y/o fibra vegetal) que se observa más frecuente
mente en niños y en retrasados mentales; Cuerpos ex-
traños o infestación masiva por Ascaris que en un mo-
mento dado pueden apelonarse y Obstruir la luz intesti
nal (21).

C.- FACTORES INTRINSECOS: (Engrosamiento Parie- tal)

Entre éste grupo de causas se encuentran las Neo
formaciones (Tumores, benignos y malignos) estenosis
inflamatorias como consecuencia de diverticulitis enteri
tis regional o anastomosis operatorias previas, ano im-
perforado congénito (18). Se han señalado así mismo
causas Yatrogénicas como la irradiación o la adminis-
tración de tabletas de potasio Potyk (12) reporta además
obstrucción intestinal secundaria a impactación de table
tas de antiácido (Hidroxido de Aluminio). (12)

PATOGENIA:

Sea cual fuere el mecanismo causal de Obstruc
ción Intestinal el efecto inmediato es interrumpir el trán
sito intestinal y los procesos de absorción de líquidos y
gas. Se sabe que aunque no exista ingestión, ingresan -
al tubo digestivo diariamente 8 a 10 litros de agua y so-
lutos, gran parte de lo cual es absorbido a niveles infe-
riores. (3-6-15)

Uno de los fenómenos más significativos en los pro
cesos de Obstrucción Mecánica de intestino delgado, es

la pérdida de agua y Electrolitos del cuerpo, secunda
rios al proceso de distención.

Por éste mecanismo hay secuestro de líquidos de
los compartimientos corporales para quedar en la luz in
testinal, como consecuencia de ésto se produce deshidra
tación y pérdida de Sodio y Cloruro del líquido extrace
lular. (3)

Para compensar la pérdida de potasio por el intes
tino, hay desplazamiento de éste electrolito desde el lí-
quido intracelular al extracelular, la hipopotasemia que
se produce así inhibe aun más el peristaltismo.

La hipovolemia y la hipopotasemia, pueden origi-
nar insuficiencia renal aguda incluso en ausencia de hi-
potensión arterial.

Puede también ocurrir vómito reflejo secundario
a la distención abdominal. Se sabe que la Obstrucción -
proximal de intestino delgado produce vómitos relativa-
mente mayores y menos distención que la obstrucción -
distal. (3)

La éstasis dentro del intestino es causa de multi-
plicación de gas y producido por acción bacteriana, difu-
sión desde el torrente vascular y deglución de aire. (15)

En éste aspecto hay un poco de diversidad de opi-
niones entre los diversos autores (15-16-21), porque
mientras algunos opinan que las bacterias y sus toxinas
atraviezan la pared del intestino hasta el peritoneo y el
torrente circulatorio, otras señalan que las bacterias
no desempeñan ningún papel en los efectos dañinos, de

la obstrucción mecánica simple del intestino delgado, cualquiera que sea la causa, las bacterias proliferan con rapidez, y éste fenómeno es notable sobre todo en la obstrucción intestinal. El contenido del intestino delgado, por lo tanto se hará Fecaloides durante la obstrucción, debido a las grandes cantidades de bacterias. (21)

A nivel de Asa intestinal comprometida en el proceso obstructivo, los cambios que ocurren son en primer lugar: Edema de la Pared Intestinal, consecuentemente compromiso vascular consistente que dificulta para la irrigación y el retorno venoso, todo lo cual produce isquemia y posteriormente perforación con salida del contenido intestinal hacia la cavidad peritoneal. Estos casos podran evolucionar hacia peritonitis y Shock Séptico con desmejoramiento del cuadro general. (3)

ATRESIA Y ESTENOSIS:

Las atresias y estenosis congénitas del tracto gastrointestinal poseen escaso interés, para el clínico que atiende adultos. Como son padecimientos relativamente raros, el clínico debe saber tan solo que como en la mayor parte de estenosis del aparato digestivo, existen tres tipos: 1) Dos extremos ciegos ampliamente separados; 2) Segmentos separados unidos por un cordón fibroso; 3) Oclusión simple de la luz por una membrana o diafragma. (16)

MALFORMACIONES ANORRECTALES:

Las malformaciones del ano y recto se cuentan en

tre las anomalías congénitas graves más comunes. Incluyen un amplio espectro de defectos que se extienden desde aberraciones menores del ano a anomalías más complejas y graves del recto, a menudo asociadas a otras alteraciones congénitas mayores. La descripción detallada de varias anomalías está fuera de lugar. Basta decir que el factor crucial, desde los puntos de vista terapéuticos y de pronóstico, y en cierta manera también desde los aspectos anatómico y embriológico, es la relación del intestino terminal al músculo elevador del ano, y, en particular, al componente puborrectal de éste músculo. (2)

MALROTACIONES:

El término malrotación se refiere a todas las anomalías restantes que no pueden clasificarse en las categorías anteriores (Onfalocele, falta de rotación rotación invertida) e incluye la rotación incompleta anormal. Los dos peligros más importantes de la malrotación son sin duda el vólvulus y la incarceration de parte del intestino en una Hernia Interna. (16)

QUISTES:

Los quistes del mediastino que están adheridos al esófago suelen clasificarse como esofagénicos, y se consideran de origen congénito. Sus paredes contienen fibras musculares y lisas y cierto tejido areolar. El epitelio puede ser gástrico, entérico o respiratorio. Los quistes esofágicos son relativamente inofensivos y no tienen tendencia a crecer, ulcerarse o sangrar. (2)

Los quistes gástricos son extremadamente raros, pueden hacerse evidentes en la primera infancia y aparecen en dos formas Quistes Enteroides (duplicación gástrica), que son los más frecuentes, se desarrollan selectivamente a lo largo de la curvatura mayor; forman un foco grande alargado en contacto con el estómago pero por fuera de la pared gástrica. Su contenido es a menudo lechoso; la célula de revestimiento es de tipo gástrico o intestinal. (2)

Los quistes gaseosos intestinales (Neumatosis Intestinal Quística) se trata de un padecimiento caracterizado por la presencia de quistes repletos de gas que pueden interesar la serosa o la mucosa del intestino. Aunque sumamente raros, todavía se observan éstos con frecuencia, más en el hombre. (16)

DIVERTICULO DE MECKEL:

El fallo de la completa obliteración del tallo vitelino (conducto vitelino u Onfalomesentérico) puede ser responsable de varias condiciones anómalas, de las cuales el divertículo de Meckel es con mucho más común y significativa. El divertículo crece desde el borde antimesentérico del Ileon, y en los adultos generalmente está situado alrededor de 60 cm. aunque a veces más de 130 cm. de la unión ileocecal. Las principales complicaciones son Obstrucción Intestinal, Ulceración Péptica e Inflamación Aguda. (2)

DIVERTICULITIS O DIVERTICULOSIS:

Es uno de los padecimientos gastrointestinales más

frecuentes caracterizado por la formación de pequeñas Hernias en la mucosa, sin participación de las capas musculares, que hacen protrusión en la pared del colon. La Diverticulitis es la consecuencia clínica de la inflamación y perforación subsiguiente de uno o más de éstos divertículos. Debido a anomalías musculares de debilidad general estructural acompañante del envejecimiento (Capas musculares adelgazadas atrofiadas o debilitadas por la edad. (16)

TUMORES:

Del intestino delgado son tan raros que constituyen el 5% del aparato digestivo y se dividen en proporción casi igual en variedades Benignas y Malignas. En muchos de los tumores del intestino delgado el pronóstico es en absoluto favorable a pesar de la presencia de metástasis. (17)

TUMORES BENIGNOS:

LA FRECUENCIA en autopsias es de 0.2 a 0.3%. - Los carcinomas son sumamente raros en el intestino delgado, pero una cuarta parte de todos los tumores intestinales benignos tienen su origen en el intestino delgado 2/3 partes de todos los tumores del intestino delgado son mesodérmicos o de origen no epitelial. El carcinoma es el más frecuente de los tumores benignos y suele asentar su preferencia en el Ileon. Los tumores pueden ser Polipoides, anulares o en forma de placas, su tamaño fluctúa desde muy pequeños hasta 6 Kg. y medio.

Casi todos los tumores son asintomáticos debido en parte a la consistencia líquida del contenido intestinal y en parte a que el intestino delgado es muy distensible. En general los tumores que al crecer se alejan de la luz del intestino producen menos síntomas que aquellos que aumentan de volumen en el interior de los mismos y que alcanzan rápidamente enorme tamaño. Con frecuencia la hemorragia y la obstrucción son la sospecha. (16)

TUMORES NEUROGENOS: Neurofibromas Ganglioneuromas

Los Neurofibromas se originan a partir de la vaina de los nervios localizados en las capas musculares y es clara su tendencia a crecer hacia afuera, hacia la serosa y como producen pocos síntomas alcanzan con frecuencia tamaño considerable y experimentan necrosis central y forman estructuras Pseudoquisticas. (17)

Los Ganglioneuromas ocurren en muchas partes del organismo y aunque sumamente raros en el tubo gastrointestinal. Se ha informado de su presencia en todos los segmentos del mismo.

LIOMIOMA LEIOMIOSARCOMA:

Son muy frecuentes los tumores del músculo liso del intestino delgado y como grupo pueden incluso exceder por su frecuencia al carcinoide. (16)

Los Leiomiomas se hallan diseminados uniforme

mente por todo el intestino delgado y los de pequeño tamaño son casi siempre lisos característica que los distingue del adenoma, generalmente lobulado. Con frecuencia cubre la superficie de estos tumores una red de vasos sanguíneos que probablemente explique la frecuencia en estos enfermos de hemorragias gastrointestinales profusas. (16)

El Leiomiosarcoma la diferencia del leiomioma por su crecimiento más lento.

TUMORES VASCULARES:

Las lesiones vasculares del intestino delgado son subestimados a menudo como fuente de hemorragia gastrointestinal recidivante; en ocasiones pasan inadvertidos durante años hemorragias procedentes de pequeños angiomas. Las lesiones vasculares del intestino delgado pueden ser malignos o benignos discretas o difusas. La mayor parte hereditarios y relacionados, existen o no lesiones cutáneas con el síndrome de Osler Weber Rendu. Entre estos tipos tenemos: Hemangiomas Papilares: Pólipos encapsulados discretos que son en esencia proyecciones del sexo capilar submucosos y que pueden adquirir volumen suficiente para causar obstrucción.

Hemangiomas Cavernosos: Deriva de arterias y venas de gran calibre se forman de neoplasias vasculares a partir de senos o espacios repletos de sangre revestidos por una o más capas de células endoteliales y provistos de muy pequeñas cantidades de estroma (pequeños, grandes solitarios o múltiples). (16)

TUMORES VASCULARES MALIGNOS:

Se diferencian de las otras variedades tan solo -- por su tendencia a producir metástasis. El más interesante es el llamado Sarcoma de Kaposi, Neoplasia de bajo grado. (16)

OTROS TUMORES:

Lipoma sumamente raro, se localizan en el colon y los del intestino delgado en el ileon terminal, las lesiones son casi siempre submucosas, rara vez pediculadas.

HEMARTOMA:

Tumor de las Glándulas de Brunner no son nada raros, se combina con tejido adiposo, de ahí su nombre. (16)

MESOTELIOMA:

Así como los tumores vasculares y linfáticos pueden afectar el intestino, las células cerosas del exterior pueden dar origen a tumores que se proyectan en el peritoneo pudiendo causar obstrucción o Vólvulus, en ocasiones no es fácil diferenciarlos de metástasis en el intestino delgado. (17)

ADENOMA VELLOSO:

Extraordinariamente raro con aspecto idéntico al que se presenta cuando se localiza en el colon. (16)

TUMORES MALIGNOS:

Adenocarcinoma del Duodeno, Neoplasia sumamente rara, muy rara vez se localizan en el vulvo duodenal ya que la mayoría se asienta en la segunda o tercera porción del órgano. (17)

VOLVULUS:

Es una forma de Obstrucción Intestinal resultado de un retorcimiento del intestino sobre si mismo. La acción de retorcer causa un bloqueo del tracto intestinal que origina una obstrucción de asa cerrada dentro de los límites del intestino retorcido y una obstrucción de asa abierta proximal al retorcimiento. (2). Vólvulus solo puede presentarse en un segmento de intestino que tiene un mesenterio suficientemente largo para permitir que se retuerza de esta forma y, por consiguiente, las localizaciones usuales del vólvulus son altamente predecibles. El sigmoides es el área más comúnmente afectado en el vólvulus, debido a su mesenterio normalmente más largo. Otras áreas afectadas son el ciego, intestino delgado particularmente cuando hay adherencias, el estómago e incluso en circunstancias muy extraordinarias el colon transversal. (2)

El vólvulus suele depender de: 1) Predisposición

anatômica en el sentido de la presencia de una raíz mesentérica corta o de un mesenterio largo que propicia la torción. 2) Existencia de Hernias Congénitas, como por ejemplo Hernia Paraduodenal en la que puede introducirse el intestino delgado. 3) Obstrucción Intestinal preexistente que por alguna razón predispone a vólvulus secundario. Y por último aparte de éstas anomalías de rotación, puede producirse también vólvulus del intestino delgado en pacientes con cualquier lesión orgánica como por ejemplo Divertículo de Meckel o tumor. (16)

INVAGINACION:

Es el Telescopaje de una parte del conducto intestinal en otra. (2). Dicese de la introducción a modo de los tubos de telescopio de un segmento de intestino en la porción distal adyacente. (16). Sus síntomas son los de Obstrucción Intestinal completa aguda u obstrucción parcial recidivante. Puede afectar exclusivamente el intestino delgado o el grueso, o ambos en el mismo paciente (2).

CALCULOS BILIARES:

Se ha sabido que la Obstrucción por cálculos es de 0.3 al 5.3% de todos los casos de obstrucción (17). Es una obstrucción intraluminal del intestino, situada casi siempre inmediatamente por encima de la válvula ileocecal como consecuencia de la impactación de un cálculo que ha creado una fístula biliar interna y por lo regular tiene que ser mayor de 3 cm. de diámetro. (17)

La patogenia aceptada de ileo por cálculos biliares supone una serie de episodios de inflamación en una vesícula biliar y el intestino (más a menudo duodeno) y la erosión de un gran cálculo al atravesar la pared de la vesícula hacia el duodeno. La formación de fístula en el duodeno es el antecedente usual ileo por cálculos biliares, porque una fístula en el colon depositará la piedra en un segmento de intestino cuya luz es demasiado grande para ser obstruida por un cálculo. Este más a menudo causa obstrucción en el Ileon distal, pero no en la válvula ileocecal. (2)

CUERPOS EXTRAÑOS:

Los cuerpos extraños, las masas voluminosas y los conglomerados de tamaño forma, composición y estructuras variables ha sido descritos en el estómago. Estos materiales anormales pueden ser ordenados o clasificados en cuatro categorías: a) Objetos Deglutidos, b) Bezoares, c) Conglomerados formados por sustancias retenidas en el estómago con llenado retrasado, y d) Cuerpos Extraños que hayan penetrado a través de la pared del estómago. (2)

Una vez rebasado el esófago, casi todos los cuerpos extraños progresan sin dificultad a lo largo del resto del tubo digestivo, y desde un punto de vista terapéutico pueden ser ignorados una vez superado éste órgano. Si bien el clínico desea identificarlos por Rx en ocasiones. Sin embargo a veces se detiene un cuerpo extraño en la región ileocecal, y si es puntiagudo o posee bordes cortantes puede producir perforación (palillos, espinas, huesos, agujas etc.), el apéndice y el divertículo de Meckel como asiento más frecuente de perforación. Es -

más probable la deglución de este tipo de cuerpos extraños por parte de los individuos cuyo paladar se haya protegido por dispositivos protesicos (placas parciales o totales) (16). También es frecuente encontrar todo tipo de objetos en Costureras, Zapateros, Charlatanes y Fajadores profesionales, así como de los tragadores de objetos y en Retrazados Mentales. (2)

BEZOARES:

Una función importante del estómago es de triturar o moler los alimentos con objeto de prepararlos para la digestión en el intestino delgado. Después de Gastrectomía parcial, pasa a veces directamente al intestino delgado un gran bolo alimenticio no digerido que si es muy voluminoso y contiene muchas fibras puede producir obstrucción intestinal. (16)

DEFINICION:

Cualquiera de los varios conglomerados encontrados principalmente en los órganos digestivos de ciertos rumiantes. En medicina el término Bezoar se usa para designar grandes conglomerados situados en el estómago humano. Estos se componen de pelos, fibras vegetales, determinados minerales o goma de laca, y he ahí los diferentes nombres según el material encontrado: - Tricobezoar, Fitobezoar, etc. (2)

ILEO PARALITICO O ADINAMICO:

Una buena parte de los casos de Obstrucción Intes-

tinal se explica por éste grupo de causas. (1)

El ileo paralítico depende de una insuficiencia del peristaltismo general o regional, ocurre con cierta frecuencia en el Post-Operatorio de pacientes que se han sometido a cirugía abdominal, como consecuencia de la manipulación de las asas intestinales.

Los trastornos de tipo electrolítico, especialmente Hipopotasemia son capaces de producir también Ileo Paralítico. En pacientes con distensión abdominal prolongada por mecanismos reflejos está inhibida la motilidad intestinal esto es lo que se conoce como "Reflejo Enteroentérico", que es mucho más grave en presencia de peritonitis.

En forma menos grave el ileo puede ocurrir en enfermedades agudas como la Neumonía y el Infarto de Miocardio o acompañar a diversos procesos dolorosos como cólico Biliar y Renal, Hematoma Retroperitoneal y lesiones de columna vertebral.

Algunos autores también han señalado como causa de ileo paralítico, la distensión de otros órganos, como los Uréteres. (16)

ILEO ESPASTICO O DINAMICO:

Es una forma de obstrucción que se supone debida a intensa y prolongada contracción de la musculatura intestinal hasta tal grado que el contenido intestinal no puede pasar del punto del espasmo. Esta es una afección muy rara y muchos gastroenterólogos y cirujanos a ta-

reados nunca han presenciado un caso puro que no pudiera explicarse por alguna otra base etiológica. (2)

MEGACOLON:

El megacolon congénito es un padecimiento caracterizado por ausencia de las células ganglionares de los plexos mientéricos del recto y a veces del colon inferior que conduce a obstrucción funcional del colon por encima del segmento ganglionar estrecho. (17)

OBSTRUCCION DEL COLON:

En general, la obstrucción del colon produce menos trastornos de líquidos y electrolitos que la obstrucción mecánica del intestino delgado. Si el paciente tiene una válvula ileocecal "Competente", habrá muy poca distensión de intestino delgado o no la habrá, pero, en este caso, el colon actuará como asa cerrada. Cuando el colon está distendido por gas en forma masiva, puede perforarse, y, en éste caso, por su forma esférica y diámetro mayor, el sitio más probable de perforación es el ciego. En pacientes con válvulas ileocecales "Incompetentes", la obstrucción del colon se puede acompañar de distensión de Intestino Delgado. El colon, desde luego, también está expuesto a estrangulación cuando la obstrucción compromete el riego sanguíneo. (2)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Las manifestaciones fundamentales de la Obstruc-

ción Intestinal aguda son: Dolor Abdominal, Vómitos, Estreñimiento y Distensión. (14)

Uno de los primeros síntomas de Obstrucción mecánica aguda es el dolor abdominal, el cual es de tipo Cólico, referido casi siempre a la zona periumbilical, y con paroxismos a intervalos de tres a cuatro minutos. Este dolor no se presenta en el Ileo Adinámico. (14)

El orden de aparecimiento y la intensidad de éstos síntomas es útil para establecer el sitio del problema. - En general los procesos obstructivos de localización alta (intestino delgado) producen síntomas más graves, en éstos, el vómito ocurre más pronto que en obstrucción del colon en la que incluso a veces no se presentan. (14)

Al inicio los vómitos son de material alimenticio, finalmente es posible que aparezcan de color verdoso debido a la bilis, o que tengan olor y aspecto fecal debido a la proliferación de bacterias intestinales.

El estreñimiento ocurre en todos los casos, pero el aparecimiento generalmente es tardío por evacuarse el contenido intestinal que se encuentra por debajo de la Obstrucción. El aparecimiento de sangre en las heces se debe a lesión de mucosa digestiva, que puede ocurrir en cáncer, invaginación o infarto. (9)

El paciente debe evaluarse en forma completa, poniendo especial atención en ciertos aspectos, como signos de Dehidratación y/o peritonitis (taquicardia o hipotensión).

En la estrangulación existe la posibilidad de que haya fiebre. (3)

Se deben buscar cicatrices quirúrgicas, para la asociación de cirugía previa con procesos obstructivos por bridas. (5)

En pacientes obesos suele ser difícil descubrir las Hernias incarceradas, se deben buscar también masas abdominales que podrían sugerir neoplasias o invaginaciones. A la auscultación del abdomen, al inicio del proceso obstructivo serán netos los borborigmos de tono metálico en casos de obstrucción mecánica, y no existen en el íleo adinámico. (17)

El tacto rectal es obligatorio como parte del examen físico para descubrir masas de la luz intestinal, y la ausencia o presencia de heces. (2)

Generalmente la obstrucción intestinal aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física pero las radiografías son esencialmente importantes para confirmar el diagnóstico clínico y para definir con más precisión el sitio obstruido. (2)

Se descubren así cantidades anormalmente grandes de gas en el intestino. En obstrucción mecánica del intestino delgado no existe gas en el colon o es muy escaso.

En ocasiones las radiografías no serán satisfactorias por lo que algunos autores han empleado estudios con medios de contraste (enema de bario o trago de material Radioopaco) para efectuar el diagnóstico.

Será difícil frecuentemente diferenciar radiológicamente un caso de íleo paralítico de una obstrucción

mecánica. Puede ayudar que en el íleo hay distensión gaseosa en el estómago, intestino delgado y colon, de manera más uniforme. (2)

LABORATORIOS:

Estos se relacionan con la magnitud de la necrosis, la presencia de peritonitis y otras enfermedades crónicas subyacentes. Por lo general la Leucocitosis es de grado moderado, el Hematocrito puede estar elevado, los trastornos del líquido se manifiestan por disminución de la diuresis del cloruro y el potasio en la sangre con aumento de Ph y nitrógeno ureico en la misma. Los niveles de Deshidrogenasa Láctica en el suero son muy altos en el infarto intestinal. Puede haber sangre macroscópica en las heces si se ha infartado una zona extensa de intestino delgado. (16)

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la Obstrucción Intestinal consiste en dos fases:

La primera fase, tratamiento puramente médico, y si éste no cede o mejora se procede a la segunda fase que es el tratamiento quirúrgico, y éste dependerá de la causa que se encuentre. Se refiere a tratamiento médico el hecho de darle soporte preoperatorio a éste tipo de paciente, aún cuando al existir descompresión y una mejor hidratación puede cambiar presiones intraluminales y en circunstancias reacomodarse las asas intestinales y así resolverse parcialmente el cuadro obs-

tractivo. Usualmente en pacientes con obstrucción intestinal por bridas Post-Operatorias es una medida que debe de intentarse si no existe compromiso severo intestinal. A continuación damos ciertos lineamientos del tratamiento médico (14)

TRATAMIENTO MEDICO:

- a.- Corrección del desequilibrio Hidroelectrolítico.
- b.- Calmar el vómito y distensión por medio de Sonda Nasogástrica.
- c.- Controlar la Peritonitis si existe (Antibióticos).
- d.- Controles Leucocitarios cada 6 horas.
- e.- Radiografías de abdomen de control dependiendo de evolución del cuadro. (cada 6 o 12 horas).

Se ha señalado que cuando la operación se hace -- dentro de las primeras 24 horas, (dependiendo del tipo de obstrucción) la mortalidad es muy baja. Mientras que aumenta cuando más se retrase el procedimiento Quirúrgico. (3)

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA OBSTRUCCION - INTESTINAL:

El tratamiento operatorio de la Obstrucción Intestinal depende en si de la naturaleza del problema, incorpora Hernias Incarceradas, bastará con la reducción -- herniaria, o la simple liberación de bridas y adherencias peritoneales en casos de Obstrucción por Bridas.

En algunos casos en que hay compromiso vascu-

lar, deberá practicarse resección intestinal.

Sin duda alguna será la habilidad y experiencia del cirujano así como los hallazgos patológicos durante el acto quirúrgico los que decidiran la técnica operatoria a seguir.

Antes de decidir resecar una porción intestinal, el cirujano deberá comprobar su viabilidad por medio de la coloración, la motilidad y la pulsación arterial. Si hay duda, se podrá aplicar compresas tibias y húmedas durante 15 a 20 minutos. Si recupera el color y peristalsis, se conservará, pero si persisten las dudas deberá resecarse.

Las técnicas a nivel del colon son diferentes y requieren más cuidados, pero se dijo anteriormente quedará a criterio del cirujano, durante el acto quirúrgico elegir la conducta adecuada, ya que no se pretende hacer una larga exposición de técnicas quirúrgicas. (3)

TRATAMIENTO DEL ILEO PARALITICO:

Lo básico en el tratamiento del Ileo Paralítico es la corrección del desequilibrio Hidroelectrolítico, en especial las Hipopotasemias que es sumamente importante en el tratamiento de éste trastorno.

La otra medida es la succión nasogástrica por medio de una sonda de Levin.

Con frecuencia ocurre ileo después de cirugía abdominal, el cual suele ser transitorio con duración de

dos o tres días, cuando persiste éste u ocurra sin etiología manifiesta, se debe luchar por eliminar la Sepsis y la Obstrucción Mecánica quizás por medio de Laparatomía Exploradora. En muchas oportunidades la distensión abdominal secundaria al ileo, puede comprometer la irrigación intestinal. (2)

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

OBSTRUCCION INTESTINAL SEGUN
GRUPO ETAREO Y SEXO:
CUADRO No. 1

Intervalo de Edad en Años		Sexo		M	%	F	%	Total	%
11	20			19	8.48	4	1.78	23	10.26
21	30			20	8.92	18	8.03	38	16.96
31	40			16	7.14	17	7.58	33	14.73
41	50			24	10.71	14	6.25	38	16.96
51	60			15	6.69	17	7.58	32	14.28
61	70			11	4.91	22	9.82	33	14.73
71	80			11	4.91	10	4.46	21	9.37
81	90			00	0.00	5	2.23	5	2.23
90	y más			00	0.00	1	0.44	1	0.44
Total				116	51.78	108	48.21	224	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt. Mayo 1978 Abril 1983.

M= Masculino

F = Femenino

La edad estipulada para ingresar a la sección de adultos en el Hospital Roosevelt es de 12 años, es por ésto que el paciente de menor edad fué de 12 años. Este paciente ingreso por cuadro de Obstrucción Intestinal, siendo la causa Absceso en el Angulo Esplénico y Acodadura de Asa Intestinal secundario a perforación de intestino delgado (Ileon Terminal) por Fiebre Tifoidea.

La paciente de mayor edad fué de 96 años, con Diagnóstico de Hernia Crural Incarcerada.

Con respecto al sexo como se puede apreciar en el cuadro anterior, que la diferencia que existe entre el masculino y femenino el porcentaje relativamente no es cuantitativo. Pero si tomamos en cuenta estudios efectuados sobre hernias si es significativo ya que éstas predominan en el sexo femenino, no así en nuestro estudio en donde el sexo más afectado fué el masculino.

Del cuadro anterior se puede decir que el grupo etáreo más afectado esta entre los 21 y 50 años de edad, el cual difiere por los datos obtenidos por los estudios de los Drs. Pérez Marroquín con 26% en el decenio de 41 a 50 años y del Dr. Pérez Rodríguez que encontró 23% para la década de 61 a 70 años de edad.

Además haciendo comparación con estudios preliminares la incidencia a aumentado, lo que cuantitativamente nos indica que hay un factor predisponente que repercute cada vez en el aumento de ésta patología (Obstrucción Intestinal).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS PREVIOS

EN OBSTRUCCION INTESTINAL

CUADRO NO.2

Frecuencia Operación	No. de Casos M	No. de Casos F	TOTAL	%	% Global
Laparatomías Exploradoras	33	11	44	19.64	38.84
Hernioplastias	2	1	3	1.33	
Cistostomías	2	0	2	0.89	
Apendicectomías	9	5	14	6.25	
Histerectomías	0	7	7	3.12	
Cesareas Anteriores	0	7	7	3.12	
Exploraciones Pelvicas	0	2	2	0.89	
Eleostomías	1	0	1	0.44	
Gastrectomías	3	0	3	1.33	
Lobectomías	1	0	1	0.44	
Hemicolectomías	1	0	1	0.44	
Colostomías	2	0	2	0.89	
Sin Cirugía Previa	62	75	137	61.16	61.16
TOTAL	116	108	224	100.00	100.00

FUENTE: Archivo del Hospital Roosevelt. Mayo 1978 Abril 1983.

M= Masculino

F= Femenino

Este cuadro nos demuestra que el 61.16% de los pacientes de nuestro estudio, no tenían antecedentes de cirugía previa, más sin embargo la suma de todas las patologías mencionadas le corresponde el 38.84% si lo presentaban, ésto indudablemente influyó notablemente en los resultados obtenidos como se demostrara en los cuadros tres y cuatro.

Asi mismo se puede observar que en el sexo masculino existe el mayor número de casos con Cirugía Previa, Laparatomía Exploradora como antecedentes importante.

Según los resultados obtenidos en el cuadro anterior podemos deducir que el antecedente de Cirugía Previa Abdominal juega un papel importante, el cual puede influir en los resultados obtenidos, ya que aumentará la incidencia de obstrucción intestinal.

CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:
CUADRO No. 3

Diagnostico	No. de Casos	%
Obstrucción Intestinal por Bidas y Adherencias	75	33.47
Obstrucción Intestinal por Hernia Inguinal Incarcerada	18	8.03
Obstrucción Intestinal por Hernia Inguinal Estrangulada	10	4.46
Obstrucción Intestinal por Hernia Crural Incarcerada	32	14.29
Obstrucción Intestinal por Hernia Crural Estrangulada	19	8.48
Obstrucción Intestinal por Hernia Incisional Incarcerada	10	4.46
Obstrucción Intestinal por Hernia Umbilical Incarcerada	2	0.89
Obstrucción Intestinal por Adenocarcinoma de Intestino Grueso en Angulo Esplénico	13	5.80
Obstrucción Intestinal por Abscesos en ángulo esplénico y acodadura de intestino mas peritonitis se. a perforación intestinal.	10	4.46
Obstrucción Intestinal por Vólvulus en sigmoide	6	2.67
Obstrucción Intestinal por Vólvulus en Ciego	3	1.33
Obstrucción Intestinal por Plastron Apendicular	6	2.67
Obstrucción Intestinal por Necrosis de intestino sec. a Rotación de Mesenterio	4	1.78
Obstrucción Intestinal por Ascaris	3	1.33
Obstrucción Intestinal por Masa en Píloro (Adenocarcinoma)	5	2.23
Obstrucción Intestinal por Cálculo Biliar en Ileon	2	0.89
Obstrucción Intestinal por Trombosis Mesenterica	1	0.44
Obstrucción Intestinal por Hematomas Intestinales secundario a trauma cerrado de Abd.	2	0.89
Obstrucción Intestinal por Tuberculosis Peritoneal	1	0.44
Obstrucción Intestinal por Abscesos secundarios a Pelviperitonitis	2	0.89
Total	224	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:

CUADRO No. 4

Diagnóstico	No. de Casos	%
Obstrucción Intestinal por Hernias. *	91	40.62
Obstrucción Intestinal por Bidas y Adherencias	75	33.47
Obstrucción Intestinal por Adenocarcinoma de Intestino Grueso en ángulo esplénico	13	5.80
Obstrucción Intestinal por Abscesos y Peritonitis secundaria a perforación intestinal.	10	4.46
Obstrucción Intestinal por Vólvulus en sigmoide	6	2.67
Causas Diversas **	29	12.98
Total	224	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

* = Incluye todo tipo de Hernias como se podrá observar en una forma más desglosada en el cuadro anterior. (No. 3).

**= Incluye varios tipos de Obstrucción Intestinal que se pueden observar cada una de las causas en una forma más detallada en el cuadro número tres.

En este cuadro se demuestra que la mayor incidencia de casos de Obstrucción Intestinal fué secundario a Hernias, Inguinales y Crurales, y en una menor proporción de Hernias Incisionales y Hernias Umbilicales; correspondiéndoles un total de 40.62%.

En el Hospital Roosevelt estudios efectuados de - Hernias demuestran que aún sigue siendo una patología de alta incidencia de las operaciones de Urgencia; aumentando la Morbilidad y Mortalidad en ésta patología.

La segunda causa más frecuente de Obstrucción Intestinal correspondió a Bridas y Adherencias, siendo un total de 33.47%. Explicando ésto la importancia del antecedente de Cirugía Previa Abdominal, ya que todos los pacientes que presentaron como causa de Obstrucción Bridas y Adherencias tenían Cirugía Previa. Como se podrá observar en el cuadro número dos y que le correspondió el 38.84% con dicho antecedente.

Haciendo comparaciones con estudios reportados por autores extranjeros y nacionales encontramos que - en nuestro medio aún siguen siendo las Hernias de pared anterior del abdomen la causa número uno de Obstrucción Intestinal, lo que no es compatible con estudios extranjeros donde el mayor porcentaje lo atribuyen a Bridas y Adherencias Post-Operatorias. Pero que debemos tomar en cuenta que, en nuestro estudio, el número de casos de Obstrucción Intestinal por bridas y adherencias en nuestro medio ha aumentado en relación a estudios efectuados anteriormente, y que podría llegar a ocupar el primer lugar con el transcurso del tiempo.

Esto justifica aún más la divulgación a todo el gremio Médico de que en la actualidad no se justifica el Tra

tamiento Médico para el problema de las Hernias, sino que toda Hernia debe de prepararse para su operación en forma Electiva.

Complicación	No. de Casos	% Particular	% Global
Intestinales de urgencia	8	2.2	
Intestinales de urgencia	5	1.4	
Intestinales de urgencia	1	0.3	
Intestinales de urgencia	1	0.3	
Intestinales de urgencia	22	6.0	
TOTAL	37	100.00	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt, Mayo 1978 April 1983.

MORBILIDAD POST-OPERATORIA EN OBSTRUCCION INTESTINAL

CUADRO No. 5

Complicación	No. de Casos	% Particular	% Global
Infección de Herida Operatoria	8	3.57	5.36
Dehiscencia de Herida Operatoria	2	0.89	
Ileo Paralítico	1	0.44	
Peritonitis	1	0.44	94.64
Sin Complicación Operatoria	212	94.64	
TOTAL	224	100.00	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt. Mayo 1978 Abril 1983.

La morbilidad de nuestro estudio es relativamente baja, correspondiéndole 5.36% como lo demuestra el cuadro anterior; donde se detallan las causas de ésta.

Decimos que es una Morbilidad relativamente baja, ya que, si analizamos los pacientes de éste estudio, todos fueron operados de Urgencia, y encontrándose en circunstancias compromiso intestinal y/o factores pre-disponentes de riesgo de sepsis.

Asi mismo puede apreciarse que prevaleció Infección de Herida Operatoria como la causa de Morbilidad más frecuente con el 3.57%.

Si comparamos los resultados obtenidos en nuestro estudio con los estudios efectuados en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt, y Escuintla, fueron complicaciones operatorias 40% de un total de 142 casos, 36% de un total de 100 casos y 42.52% para un total de 87 casos lo que viene a demostrar que el manejo de pacientes en nuestro estudio ha mejorado en el Post-Operatorio, en el Hospital Roosevelt.

MORTALIDAD:

CUADRO No. 6

Causas de Muerte	M	%	F	%	Total de Casos	%
Septicemia Sec. a Abscesos Intraperitoneales más Infec. Herida Operatoria.	5	2.23	5	2.23	10	4.46
Insuficiencia Renal Aguda.	1	0.44	0	0.00	1	0.44
Edema Agudo del Pulmon Sec. Aumento de Líquidos.	2	0.89	1	0.44	3	1.33
Bronconeumonía por Aspiración	0	0.00	2	0.89	2	0.89
Bronconeumonía Infecciosa	2	0.89	1	0.44	3	1.33
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	1	0.44	1	0.44	2	0.89
Infarto Agudo de Miocardio.	1	0.44	1	0.44	2	0.89
Total	12	5.35	11	4.91	23	10.26

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

M= Masculino

F= Femenino

Con respecto a la Mortalidad correspondió el 10.26% siendo la mayoría de esas causas problema séptico. Esto se explica por el alto riesgo a Sepsis y descompensación metabólica que presentaban estos pacientes al momento de ser intervenidos quirúrgicamente.

En si podemos apreciar que la Mortalidad en nuestro estudio como consecuencia de Cirugía, es relativamente baja, ya que si analizamos el cuadro anterior las causas de ésta, fueron desencadenadas por otros procesos patológicos.

Y es así que la mortalidad encontrada en nuestro estudio de Obstrucción Intestinal, no se debió a la causa desencadenante de ésta; si bien es cierto que fué la causa básica; ya que la causa directa fué en todos los casos como consecuencia de alguna complicación sobregregada al proceso de obstrucción asociada en muchos casos a problemas de mal estado general y/o nutricional, agregándoles el tiempo que generalmente se ha dejado evolucionar la enfermedad. (obstrucción).

CONCLUSIONES

- 1.- No existió diferencia entre ambos sexos, a pesar de que si observamos que la mayor causa de Obstrucción Intestinal fue por Hernias (ver cuadro número cuatro), esperaríamos encontrar un aumento en la prevalencia en el sexo Femenino, ya que el sexo femenino prevalece en las Hernias Operadas de Urgencia como lo demuestran estudios de este tipo efectuados en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Las Hernias siguen siendo una Patología importante en nuestro medio ya que fué la primera causa predisponente a la Obstrucción Intestinal en nuestro estudio.
- 3.- El grupo etáreo más afectado está comprendido entre la segunda y quinta década de la vida.
- 4.- En nuestro estudio se demostró que la segunda causa mayor de Obstrucción Intestinal correspondió a Bidas y Adherencias, teniendo como antecedente Cirugía Previa, siendo ésta un antecedente muy importante que debe tenerse en cuenta para el Diagnóstico de Obstrucción Intestinal.
- 5.- La Morbilidad en nuestro estudio fué relativamente baja, considerando que los pacientes fueron operados de Urgencia con bastantes factores predisponentes de riesgo de Sepsis y/o fallo múltiple de sistemas.
- 6.- La Mortalidad es Alta en nuestro estudio, lo cual

justifica aún más la intervención Quirúrgica temprana en ésta patología.

- 7.- Las estadísticas del total de Operaciones efectuadas en el tiempo de éste estudio alcanzó la suma de 11,645 pacientes de los cuales 4,533 casos correspondió a Operaciones de Urgencia, y de dicho número el cuadro de Obstrucción Intestinal, fué de 224 casos, por lo que podemos deducir en ésta casuística que le correspondió el 4.92 de todas las operaciones de Urgencia efectuadas en el Hospital Roosevelt.

RECOMENDACIONES

- 1.- La Historia Clínica del Paciente debe de llenarse con toda la información correcta y completa, así como escribirse en una forma legible, ya que de hecho juega un papel importante para el Diagnóstico Definitivo y sobre todo para la obtención de datos que se quisieran tener en la elaboración de trabajos futuros.
- 2.- Que se efectue una anotación minuciosa en la hoja de evolución de cada expediente clínico de los hallazgos e interpretación radiológica ya que en la mayoría de dichas fichas clínicas no se encontró anotación alguna previo al acto Quirúrgico.
- 3.- En el examen Físico deben de insistirse o Recalcarse el TACTO RECTAL y el GINECOLOGICO (en la mujer), ya que en determinadas circunstancias nos puede dar o descartar el Diagnóstico de Masas Intra abdominales, Pélvicas o Rectales que puedan ser la causa de Obstrucción Intestinal.
- 4.- Se deberá insistir en que se efectue Técnica Quirúrgica Adecuada, ya que en circunstancias se podría disminuir la incidencia de Bidas, aún cuando éste tema, su Etiología sigue siendo muy discutido.
- 5.- Que el Cirujano efectue el Record Operatorio para describir detalladamente los hallazgos encontrados y así obtener datos Fidedignos en estudios futuros.
- 6.- Insistir en el Gremio Médico que el tratamiento y la curación de las Hernias es Eminentemente Qui-

rúrgico. El hecho está totalmente comprobado que contemplar una Hernia Potencialmente es estar - propiciando una Operación de Urgencia que conlleva aumento de Morbilidad y Mortalidad.

RESUMEN

La Obstrucción Intestinal es una entidad Patológica en nuestro medio, que hace que el paciente busque temprano la Emergencia del Hospital, es así como en éste estudio Prospectivo Retrospectivo se revisaron los Registros Médicos de 224 pacientes que ingresaron por Emergencia al Hospital Roosevelt con el Diagnóstico de Obstrucción Intestinal. Fueron manejados por el Departamento de Cirugía, y todos fueron sometidos a Intervención Quirúrgica de Urgencia. En dicho estudio se encontró que la causa más frecuente de Obstrucción Intestinal es la Hernia de la Pared Anterior del Abdomen, seguido por Bridas y Adherencias Post-Operatorias y el grupo Etéreo más afectado está entre 21 a 50 años de edad. No hubo diferencia significativa estadística en relación al sexo. La Morbilidad encontrada fué del 5.36% y la Mortalidad del 10.26%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Caballeros Estrada, Julio Abner. **Obstrucción intestinal por ascaris**; revisión de 13 casos del Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974. 31p.
2. Cohn, I. Obstrucción intestinal. En: Bockus, -- H.L. **Gastroenterología**. 3a. ed. Barcelona, Salvat, 1980. t.2 1212p. (pp. 451-469, 496-523)
3. Cohn, I. Lesiones mecánicas inflamatorias y vasculares y cuadros benignos diversos. En: Sabiston, D.C. **Tratado de patología quirúrgica de Davis Christopher**. 11a.ed. México, Interamericana, 1980. 2509p. (pp. 838. 1061-1070, 1358-1370)
4. Delp, M.H. y R.T. Manning. **Propedeutica médica de Major**. 7a.ed. México, Interamericana, 1976. 355p. (pp. 30-31, 247-265)
5. Figueroa, Héctor Arturo. **Obstrucción intestinal por bridas y adherencias post-operatorias**. - Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1979. 20p.
6. Ganong, W.I. Motricidad y secreciones gastrointestinales. En su: **Manual de fisiología médica**

dica, 3a.ed. México, Manual Moderno, 1979. 666p. (pp. 403-418)

7. Garcia Guilliolli, Ramiro. **Breves consideraciones sobre el síndrome de oclusión intestinal**; análisis de 60 casos en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1954. 59p.
8. Gutiérrez Alvarez, Goleat. **Obstrucción intestinal por vólvulus**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 33pp.
9. Mendoza Gálvez, José de Jesús. **Obstrucción Intestinal**; análisis de 142 casos presentados - en el Hospital General San Juan de Dios del - 1o. de junio 1964 al 31 de junio de 1966. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1966. 112p.
10. Pérez Marroquín, Tito Saúl. **Análisis de 100 casos de obstrucción intestinal en el Hospital Roosevelt**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. 29p.
11. Pérez Rodríguez, Jorge Enrique. **Obstrucción intestinal**; revisión de 4 años en el Hospital Nacional de Escuintla, enero 1976 diciembre - 1979. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 47p.

12. Potyk, D. et al. Brief recordings: intestinal obstruction from impacted antacid tablets. *N Eng J Med* 1970 jul 16; 283(3): 134-135
13. Quiros Gutiérrez, F. et al. **Tratado de anatomía humana**. 8a.ed. México, Porrúa, 1971. t.3 (pp. 128-181)
14. Silen, William. Acute intestinal obstruction. En: **Isselbacher, K.J. Harrison's, principles of internal medicine**. 9a.ed. New York, McGraw Hill 1980. 2073p. (pp. 1437-1439)
15. Sleisenger, Marvin H. Gastrointestinal diseases. En: **Wyngarden J.B. Text book of medicine**. 16a.ed. Philadelphia, Saunders, 1982. 2354p. (pp. 655-668, 723-733)
16. Spiro, Howard M. **Obstrucción intestinal**. En su: **Gastroenterología clínica** 2a.ed. México, Interamericana, 1980. t.2 2035p. (pp. 1971-1984)
17. Stanley, L.R. Aparato gastrointestinal. En su: **Patología estructural y funcional**. 10a.ed. - México, Interamericana; 1975. 1516p. (pp. 912-913, 947-948)
18. Sufian, S. et al. Intestinal obstruction. *Am J Surg* 1975. Jul; 130(1):9-14
19. Suros, J. Aparato digestivo. En su: **Semiología médica**. 6a.ed. Barcelona Salvat, 1978. 1071p (pp. 341-526)

20. Weibel, M.A. **et al.** Peritoneal adhesions and their relation to abdominal surgery a postmortem - study. **Am J Surg** 1971 Sep; 126(3):345

21. Weilbaecher, D. **et al.** Intussusception in adultos. **Am J Surg** 1971 May; 121(5): 531-535

Lo Bo

Esquivel

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

INFORME:

[Signature]
Dr. Julio E. Guzman Ovario

ASESOR.

[Signature]
Dr. Julio E. Guzman Ovario

MLR. Y. J. JANO
COTECNARIO No. 3106

SATISFECHO:

[Signature]
Dr. Rodolfo Macdonald Kanter
REVISOR.

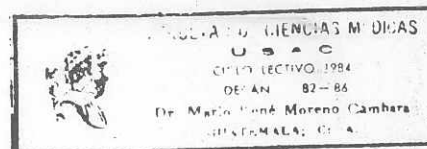
ROBADO:

[Signature]
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

[Signature]
Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 6 de *Julio* de 1984 -



conceptos expresados en este trabajo
responsabilidad únicamente del Autor.