

Obstrucción Intestinal: Guía Clínica Completa

La obstrucción mecánica del intestino delgado representa la causa quirúrgica más frecuente en este segmento anatómico, constituyendo una emergencia médica que requiere diagnóstico y manejo oportunos. Esta condición afecta a más de 300,000 pacientes anualmente solo en Estados Unidos, generando un impacto significativo en los sistemas de salud a nivel mundial.

La comprensión integral de esta patología abarca desde su epidemiología y fisiopatología hasta las estrategias terapéuticas más actuales. Las adherencias posquirúrgicas explican hasta el 75% de los casos, seguidas por hernias, neoplasias y enfermedad de Crohn. El reconocimiento temprano de los signos de estrangulación intestinal puede marcar la diferencia entre un resultado favorable y complicaciones potencialmente mortales.

Esta guía clínica proporciona un enfoque sistemático para el diagnóstico diferencial, evaluación radiológica y toma de decisiones terapéuticas, integrando la evidencia más reciente con la experiencia clínica práctica para optimizar los resultados en el paciente.

Epidemiología y Clasificación

Intraluminal

Cuerpos extraños, cálculos biliares, meconio y otras obstrucciones dentro de la luz intestinal

Intramural

Tumores primarios del intestino, estenosis inflamatorias como en la enfermedad de Crohn

Extrínsecas

Adherencias posquirúrgicas, hernias, carcinomatosis peritoneal y compresión externa

Las adherencias posquirúrgicas constituyen la causa predominante, representando hasta el 75% de todos los casos de obstrucción intestinal. Esta alta prevalencia refleja el aumento en el número de procedimientos quirúrgicos abdominales realizados globalmente. Más de 300,000 cirugías anuales en Estados Unidos se realizan específicamente por esta causa, generando costos significativos en el sistema de salud.

Las hernias representan la segunda causa más frecuente, especialmente en pacientes sin antecedentes quirúrgicos previos. Las neoplasias, tanto primarias como metastásicas, y la enfermedad de Crohn constituyen causas menos frecuentes pero clínicamente relevantes. Existen también causas raras pero importantes como el vólvulo del intestino medio, malrotación intestinal y el síndrome de la arteria mesentérica superior.

La distribución epidemiológica varía según la edad del paciente. En adultos mayores con constipación progresiva y dolor cólico, las adherencias y neoplasias representan las causas más probables, mientras que en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, las hernias y causas congénitas deben considerarse prioritariamente.

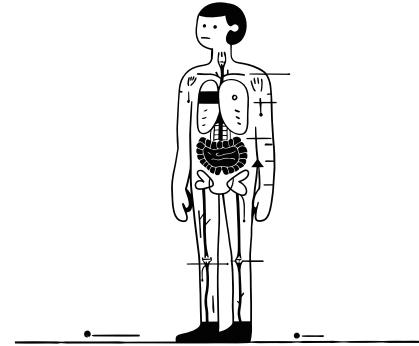
Fisiopatología y Presentación Clínica

Mecanismo Fisiopatológico

El proceso fisiopatológico se inicia con la acumulación de gas (principalmente aire deglutido) y líquidos proximales al sitio de obstrucción. Esta acumulación genera distensión intestinal que estimula la hiperperistalsis compensatoria, manifestándose clínicamente como dolor abdominal tipo cólico característico.

El aumento progresivo de la presión intramural compromete la perfusión de la pared intestinal, reduciendo el flujo sanguíneo y favoreciendo la translocación bacteriana. Cuando la presión alcanza niveles críticos que comprometen definitivamente la irrigación, se produce isquemia y posterior necrosis intestinal, condición conocida como obstrucción estrangulante.

La obstrucción en asa cerrada, ejemplificada por el vólvulo, representa la forma más grave debido a su rápida progresión hacia la estrangulación. En contraste, la obstrucción parcial progresa lentamente y raramente evoluciona hacia estrangulación.



01

Síntomas Iniciales

Dolor abdominal cólico, náuseas y vómitos (más intensos en obstrucciones proximales, fecaloides en casos avanzados)

02

Progresión Clínica

Distensión abdominal progresiva, estreñimiento absoluto, ruidos intestinales inicialmente aumentados

03

Signos de Estrangulación

Dolor intenso desproporcionado, taquicardia, fiebre, leucocitosis marcada y acidosis metabólica

La presentación clínica varía según el nivel y grado de obstrucción. Los vómitos son más prominentes en obstrucciones proximales, mientras que la distensión abdominal es más marcada en obstrucciones distales. La sospecha de estrangulación requiere evaluación urgente, ya que representa una emergencia quirúrgica inmediata.

Diagnóstico y Evaluación Radiológica

El diagnóstico de obstrucción intestinal requiere un enfoque sistemático que permita diferenciar la obstrucción mecánica del íleo, determinar la causa subyacente, evaluar la extensión (parcial versus completa) y detectar la presencia de estrangulación. Los antecedentes de cirugías abdominales previas sugieren fuertemente adherencias como causa, mientras que el examen físico debe incluir una búsqueda exhaustiva de hernias.

1	2	3
Radiografía Simple	Tomografía Computada	Contraste Hidrosoluble
Método inicial de elección. Muestra asas dilatadas >3 cm, niveles hidroaéreos y escasez de aire en colon. Sensibilidad 70-80%	Sensibilidad 80-90%. Localiza zona de transición, descarta asa cerrada, detecta signos de estrangulación	Diagnóstico y pronóstico. Paso al colon en 24h predice resolución no quirúrgica

La radiografía simple de abdomen en posición de pie constituye el método de elección inicial, mostrando asas intestinales dilatadas superiores a 3 cm, niveles hidroaéreos característicos y escasez de aire en el colon. Aunque su sensibilidad alcanza el 70-80%, su especificidad es relativamente baja, requiriendo frecuentemente estudios complementarios.

La tomografía computada representa el estándar de oro diagnóstico, con sensibilidad del 80-90%. Permite localizar precisamente la zona de transición, descartar obstrucción en asa cerrada y detectar signos tempranos de estrangulación como engrosamiento de la pared intestinal, neumatosis, gas portal y falta de captación del contraste. El contraste hidrosoluble oral no solo tiene valor diagnóstico sino también pronóstico, ya que su paso al colon dentro de las primeras 24 horas predice una alta probabilidad de resolución no quirúrgica.

Tratamiento y Pronóstico

Medidas Iniciales

1

Reanimación con líquidos isotónicos, control estricto de diuresis, antibióticos de amplio espectro, descompresión gástrica con sonda nasogástrica

2

Obstrucción Completa

Resolución quirúrgica temprana obligatoria. Regla clínica: "nunca debe pasar el sol sobre una obstrucción completa sin resolverse"

Obstrucción Parcial

3

Tratamiento conservador inicial. Resolución no quirúrgica en 65-81% de casos. Cirugía si no mejora en 48 horas

Situaciones Especiales

- **Enfermedad de Crohn:** Se intenta siempre tratamiento conservador inicial
- **Carcinomatosis:** Decisión según pronóstico, posible derivación paliativa
- **Postoperatoria temprana:** Manejo con reposo intestinal y nutrición parenteral hasta 2-3 semanas



Prevención

La técnica quirúrgica cuidadosa con mínima manipulación reduce la formación de adherencias. La laparoscopia presenta menor riesgo a largo plazo comparada con cirugía abierta.

≤5%

Mortalidad sin Estrangulación

Mortalidad perioperatoria en

8-25%

Mortalidad con Estrangulación

Mortalidad significativamente

≤20%

Reingreso a 5 Años

Pacientes con obstrucción por
bridas manejada