

# OCLUSIÓ INTESTINAL

## URGÈNCIES CIRURGIA

Eli García Moriana  
R4 de cirurgia HJT  
4/02/2016

# CAS CLÍNIC

- ⦿ Home de 63 anys sense AMC. Exfumador
- ⦿ Antecedents:
  - HTA
  - Gastrectomia subtotal fa 20 anys
  - Apendicectomia fa 25 anys
- ⦿ Medicació habitual: enalapril

○ **Malaltia actual**

- Vòmits de 3 dies d'evolució
- Absència de deposicions des de fa 2 dies
- Dolor abdominal difús còlic

○ **A l'arribada a urgències:**

TA 80/45 FC120 T<sup>a</sup> 36'5°C



**E.FÍSICA:** Sequetat de mucoses. Mal estat general. Vòmits de retenció. Abdomen distès i timpànic. Dolorós de manera difusa, sense signes de peritonisme. No eventracions ni hèrnies.

**MOLT IMPORTANT DESCARTAR EVENTRACIONS I HÈRNIES COMPLICADES.  
SEMPRE EXPLORAR**

# Què fem?

**A** Realitzaria proves complementàries  
**No** administraria analgesia fins que fos valorat per l'especialista.

**B** Realitzaria proves complementàries  
Administraria analgesia, sueroteràpia i antiemètics

**C** **No** faria cap prova complementària.  
Avisaria a cirurgiaà directament. És una urgència!  
**No** administraria analgesia per no enmascarar.

Recordeu.....

¡Glub!  
No lo recordaba...



SUEROTERÀPIA



ANALGESIA



# Proves complementàries?

⊙ **Analítica**: Hb 12; hto 38%; **Leucocits 19.000** amb **4% caiats**; **PCR 27**; **Acidosi metabòlica** amb un Ph 7.2 i un HCO<sub>3</sub> de 9.

❖ **Rx abdomen i tòrax**

An abdominal X-ray showing the skeletal structure of the spine and ribs, with some soft tissue shadows visible. The text is overlaid on the image.

**ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA?**

**I.....ARA QUÈ FEM?**

**AVISEM A CIRURGIA?**

# Més proves complementàries ?

## ◎ TAC ABDOMINAL ?

**A** Davant d'una sospita d'oclusió intestinal sempre faria un TAC abdominal independentment de l'etiologia.

**B** Amb la informació que tenim ja és suficient per saber que es tracta d'una oclusió per brides. No faria TAC ABD . Faria protocol gastrografin.

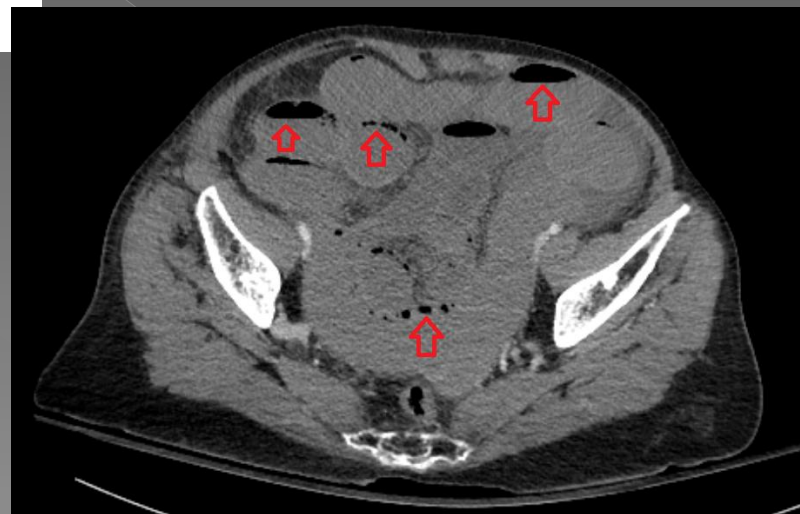
**C** Realitzaria un TAC ABD ja que es tracta d'una oclusió amb presència de signes d'alarma.



# Signes d'alarma

- ⦿ Inestabilitat hemodinàmica (Hipotensió i taquicàrdia)
- ⦿ Alteració analítica: Acidosis metabòlica i augment de paràmetres septic

# TAC ABDOMINAL



OCCLUSIÓ INTESTINAL + SIGNES D'ALARMA DE  
PATIMENT INTESTINAL

**CIRURGIA URGENT**



# CAS CLÍNIC 2

- Home de 64 anys, sense AMC ni hàbits tòxics.
- Antecedents:
  - IQ ulcus gàstric perforat fa 17 anys
  - IQ hèrnia hiat gegant (funduplicatura de Nissen) fa 15 anys
  - Colectomia oberta fa 10 anys
  - 2 episodis d'oclusió intestinal per brides, ultim fa 2 mesos

Medicació habitual: Omeprazol 20mg 1 comprimit cada 24h

- Malaltia actual:
  - Vòmits de repetició des de fa 24h
  - Distensió abdominal
  - No deposicions des de fa 24h

- A urgències:

TA 130/70 FC 85 Afebril SatO2 98%

Bon estat general. NH i NC. Eupneic

EF: Abdomen distès, no dolorós a la palpació. No signes de peritonisme.

No hèrnies ni eventracions.

# Proves complementàries

- Analítica: Hb 15; Hto 45%; No leucocitosi; PCR negativa; No acidosi metabòlica; Coagulació correcte; No alteració de la funció hepàtica ni renal.
- Rx abdomen



**ORIENTACIÓ  
DIAGNÒSTICA?**

# Què fem?

**A** Necessito més proves complementàries. Crec necessari sol·licitar un TAC ABD

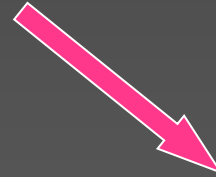
**B** Crec que aquest pacient seria candidat de tractament quirúrgic, truco al cirurgià de guàrdia.

**C** Penso que pot ser candidat a tractament conservador amb gastrografin. Comento amb el cirurgià de guàrdia.





# Oclusió intestinal



**ABDOMEN AGUT QUIRÚRGIC**

- INFLAMATORI
- **OBSTRUCTIU**
- PERFORATIU
- HEMORRÀGIC
- VASCULAR



# Etiologia. Oclusió intestinal mecànica

## Intestí prim

- No IQ prèvia: Hèrnies
- IQ prèvia: Brides

## Intestí gros

- Tumors
- Diverticulitis
- Vòlvuls



# Brides/Sd. Adherencial

- Són bandes fibròtiques formades a partir d'una reacció cicatricial del peritoneu.
- Uneixen teixits i òrgans interns que normalment es troben separats dintre de la cavitat abdominal.
- Després de cirurgia abdominal o pèlvica
- Produeixen quadres d'oclusió intestinal

# Etiologia

- **Cirurgia** (70-95%)
- Malaltia inflamatoria intestinal (8-12%)
- Congènites (5%)
- Espontànies o idiopàtiques (<1%)

Les cirurgies més freqüents involucrades en l'aparició de brides son:

- Cirurgies abdominals majors
- Laparotomies per peritonitis generalitzada
- Traumatismes intestinals

# TRACTAMENT

● Conservador



PROTOCOL GASTROGRAFIN



● Quirúrgic



# Tractament Conservador (Gastrografin)

- Contrast hidrosoluble més utilitzat
- Utilitat:
  - **Diagnòstica:** oclusió parcial/oclusió completa
  - **Terapèutica:**
    1. Activa el moviment de l'aigua en la llum intestinal
    2. Redueix l'edema de paret intestinal
    3. Millora la contractilitat del múscul llis



Peristaltisme efectiu



Superar l'obstrucció

# Protocol Gastrografin

- Dieta absoluta
- Sueroteràpia i analgèsia ev
- Descompressió intestinal (SNG)
- Administrar Gastrografin SNG
- Pinçar SNG durant 3h
- Despinçar SNG
- Rx abdomen a les 24h





# Indicacions de cirurgia directa

- Febre
- Hipotensió o taquicàrdia
- Dolor abdominal; signes de peritonisme
- Acidosi
- Alta sospita d'isquèmia o patiment intestinal
- Perforació intestinal (pneumoperitoni)

# Algoritme terapèutic



Oclusió intestinal  
+  
IQ prèvia

- Constants
- E. Física (sempre descartar altres causes)
- Analítica i RX
  - Hemograma
  - Bioquímica
  - Equilibri àcid - base

Oclusió intestinal per  
brides

Acidosi  
hTA/ febre/taquicàrdia  
EF: signes de peritonisme

TAC ABD

## PROTOCOL GASTROGRAFIN

24h Rx

Contrast a colon → Alta

No contrast a colon

→  
Cirurgia

→  
Cirurgia

# CONCLUSIONS

- Oclusió intestinal suposa un 25% dels quadres de dolor abdominal a urgències
- La causa més freqüent són les brides
- La taxa d'adherències postoperatòries es d'un 94-95% després d'una laparotomia
- El tto conservador és efectiu en un 70% dels casos

# CONCLUSIONS

- Gastrografin útil en el diagnòstic /terapèutic
- Cirurgia directa en casos d'alta sospita d'isquèmia o patiment intestinal

