

Perfil de la obstrucción intestinal en el Hospital General de Jaén (años 1978-1990)

M. del Olmo Escribano / L. González Olid / S. García Marcos / J. L. Martínez Muro

Introducción

La obstrucción intestinal constituye un bloque de diagnóstico y tratamiento de manejo diario en el área quirúrgica. Nuestro objetivo es analizar los patrones de obstrucción intestinal atendidos en nuestro medio al tiempo que establecemos referencia a otras series.

Material y métodos

Se han revisado las historias de pacientes con diagnósticos de obstrucción intestinal correspondiente al período 1978-1990. Las historias seleccionadas cumplían el requisito de diagnóstico tras la intervención quirúrgica. Se detallaron las causas de obstrucción, así como edad y sexo de los paciente.

Resultados

Del período 1978-1990 se recogieron 1.162 historias de pacientes que efectuaron consulta en el área de urgencias recibiendo tratamiento quirúrgico por cuadro de obstrucción intestinal. Las causas de obstrucción se detallan en las tablas I y II.

La distribución de los casos de oclusión intestinal a lo largo del período analizado se especifican en la figura 1 y el porcentaje que alcanzaron las tres primeras causas, en el total de casos

Se han revisado las historias de 1.162 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por obstrucción intestinal durante el período 1978-1990. Las principales causas de obstrucción fueron hernias con el 64,9%, procesos oncológicos con el 14,5% y adherencias con el 10,7%. Estos datos no son coincidentes con otras series donde la principal causa de obstrucción son las adherencias postlaparotomía. El hecho común a todas las series lo constituyen el hecho de que con variación en sus proporciones, el 90% de los cuadros oclusivos se deben a hernias, procesos oncológicos y adherencias. Existe una mayoría incidencia del cuadro obstructivo en la mujer relación 1,1. Respecto a la edad el cuadro de oclusión corresponde al adulto y con máxima incidencia en edad geriátrica.

anuales, se describen en la figura 2. La proporción mujer/hombre fue de 1,1, detallándose la incidencia por grupos de patología en la tabla III.

La edad de los pacientes se distribuye según la figura 3. Para los procesos de mayor incidencia la edad de los pacientes se refleja en las figuras 4, 5 y 6.

Discusión

En la literatura nacional existen escasas referencias a revisiones de conjunto sobre la frecuencia de las distintas causas de obstrucción intestinal. Las series consultadas, y que analizan trescientos veintisiete casos, muestran resultados distintos a los obtenidos en nuestra revisión (1). En nuestro medio la principal causa de obstrucción se debe a la patología herniaria con el 64,9%, seguido de procesos oncológicos con el 14,5% y de oclusión por adherencias con el 10,7% (tabla I). Los datos de la serie nacional consultada muestran como primera causa las bridas y adherencias con el 29%, acompañado de obstrucción de origen oncológico con el 28% y patología herniaria con el 18% (1).

A nivel de literatura internacional existe coincidencia en presentar las adherencias como primera causa de obstrucción con porcentajes

Tabla I
Causas generales de obstrucción

Grupo de Obstrucción	N.º casos	%
Hernias	254	64,9
Oncológico	168	14,5
Adherencial	125	10,7
Bezoares	39	3,3
Vólvulos	23	2,0
Íleo biliar	23	2,0
Fecalomas	16	1,4
Invaginaciones	8	0,7
Miscelánea	6	0,5

Tabla II
Causas pormenorizadas de obstrucción

Grupo de Obstrucción	N.º casos	%
HERNIAS		
H. Crural	292	38,8
H. Inguinal	238	31,5
H. Umbilical	120	16,0
H. Laparotómica	79	10,4
H. varias	25	3,3
ONCOLÓGICO		
Adenocarcinoma colon	121	72,0
Metástasis	33	20,6
Ginecológico	5	3,0
No filiado	4	2,4
ADHERENCIAL		
Bridas postquirúrgicas	94	75,2
Adherencias postquirúrgicas	31	24,8
BEZOARES		
Gástricos	30	76,9
Intestino Delgado	9	23,1
VÓLVULOS		
Sigma	11	47,9
Intestino Delgado	8	34,8
Ciego	3	13,0
Transverso	1	4,3
ÍLEO BILIAR		
Obstrucción Intestino Delgado	20	87,0
Obstrucción Intestino Grueso	3	13,0

Grupo de Obstrucción	N.º casos	%
FECALOMAS		
Rectosigma	16	100,0
INVAGINACIONES		
Íleo-cecal	4	50,0
Íleo-ileal	3	40,0
Yeyuno-ileal	1	10,0
MISCELÁNEO		
Absceso apendicular	1	
Diverticulitis Meckel	1	
Diverticulitis Colon	1	
Epiplitis	1	
Hematoma Intestino Delgado	1	
Malrotación	1	

que oscilan del 32% al 44% (2, 3, 4, 5 y 6). El hecho común a todas las series, incluida la de los autores, es que hernias, adherencias y procesos oncológicos (fundamentalmente adenocarcinoma de colon, tabla II) ocupan entre el 80% y 90% de los cuadros obstructivos. Esta proporción se mantiene a lo largo de los períodos analizados pese a la incidencia distinta en el número total de obstrucciones anuales (figura 1).

Se cita a la patología herniaria como la principal causa de obstrucción intestinal hasta tiempos recientes (2). El descenso en su incidencia se valora como un aumento en el número de laparotomías y un ascenso en los procedimientos electivos sobre hernias (2 y 3). En nuestra serie, que integra la frecuencia de un período de 13 años, la patología herniaria permanece constantemente como la primera causa de obstrucción (figura 2) pese al incremento lógico en

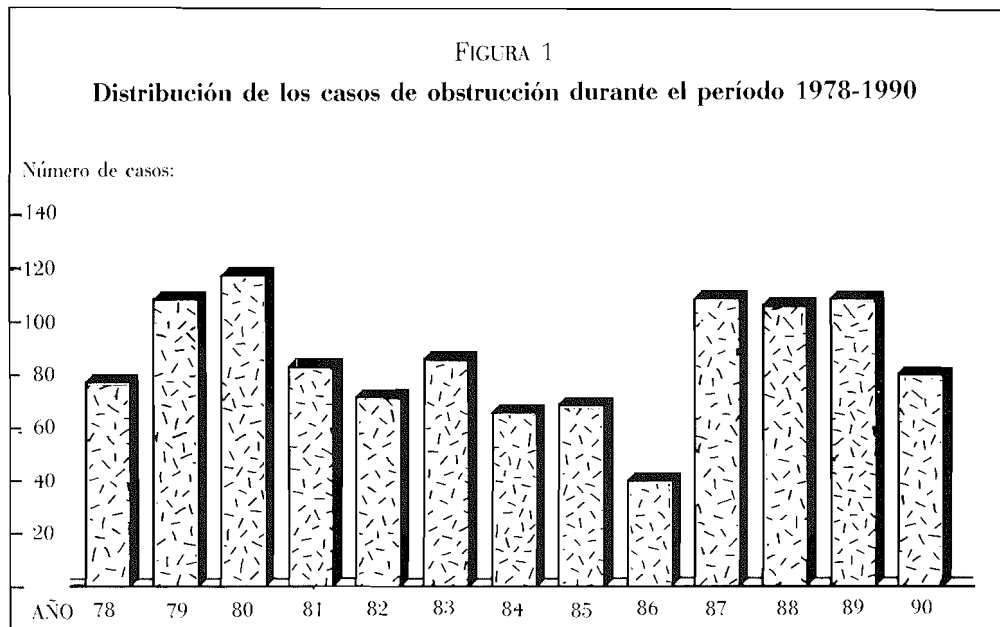
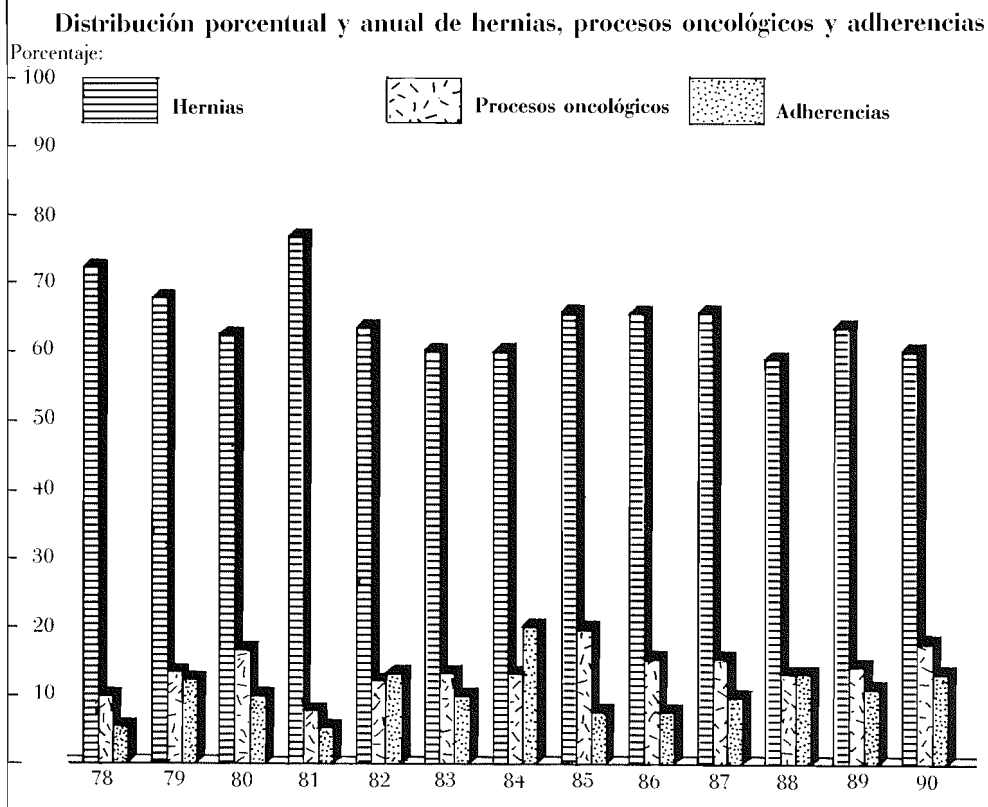


FIGURA 2



el número de laparotomías y procedimientos electivos sobre hernias. Pensamos que estos datos pueden tener justificación en las características ocupacionales de nuestra población.

El 10% de la patología que resta tras excluir hernias, procesos oncológicos y adherencias (tabla II) corresponde a causas cuya incidencia de unas series a otras pueden estar motivadas por

TABLA III

Distribución por sexos

Grupo obstrucción	N.º mujeres	%	N.º hombres	%
Hernias	437	58,0	317	42,0
Oncológico	103	61,3	65	38,7
Adherencial	46	36,8	79	63,2
Bezoares	6	15,4	33	84,6
Vólvulos	8	34,8	15	65,2
Íleo biliar	17	74,0	6	26,0
Fecalomas	6	37,5	10	62,5
Invaginaciones	2	25,0	6	75,0
Misceláneo	1	16,6	5	83,4

cuestiones de hábito alimentario en distintos países (6 y 7), como es el caso de vólvulos, bezoares y fecalomas.

En los resultados obtenidos, y referidos al sexo de los pacientes, existe significativamente una mayor proporción de hembras sobre varones en la patología herniaria, procesos oncológicos e íleo biliar (tabla III). La mayor proporción en hernias es debido a la incidencia de la hernia crural (tabla II) en la mujer y de más fácil estrangulación (8). De igual manera cabe pensar para el íleo biliar (9). Respecto al adenocarcinoma de colon, la mayor proporción de mujeres con cuadro oclusivo se repite en otras series (10) sin que se expliquen los motivos de esta circunstancia.

Considerando la edad de los pacientes que constituyen nuestra serie (figuras 3, 4, 5 y 6) nuestros resultados coinciden con otras publicaciones, pudiéndose definir la obstrucción intestinal, en función de la edad, como un cuadro fundamentalmente del adulto y cuyo pico de máxima incidencia se sitúa en edad geriátrica.

M. del Olmo Escribano, L. González Olid, S. García Marcos y J. L. Martínez Muro, Servicio de Cirugía General del Hospital General de Jaén (SAS).

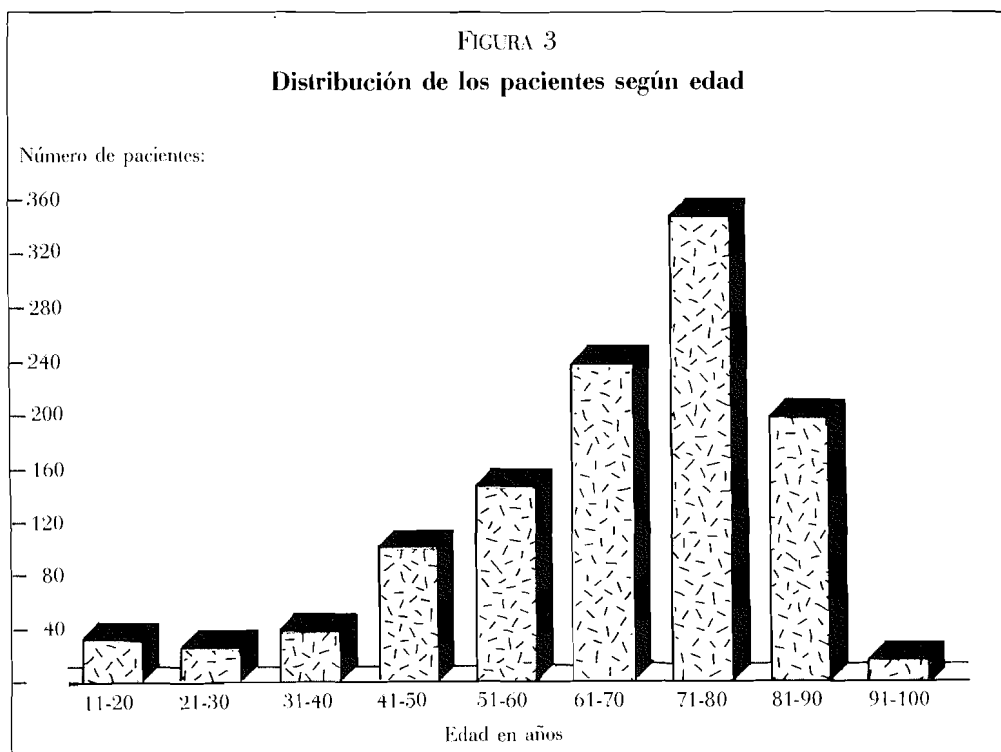
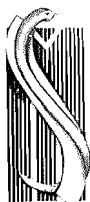


FIGURA 4

Distribución de los casos de obstrucción por hernias según edad

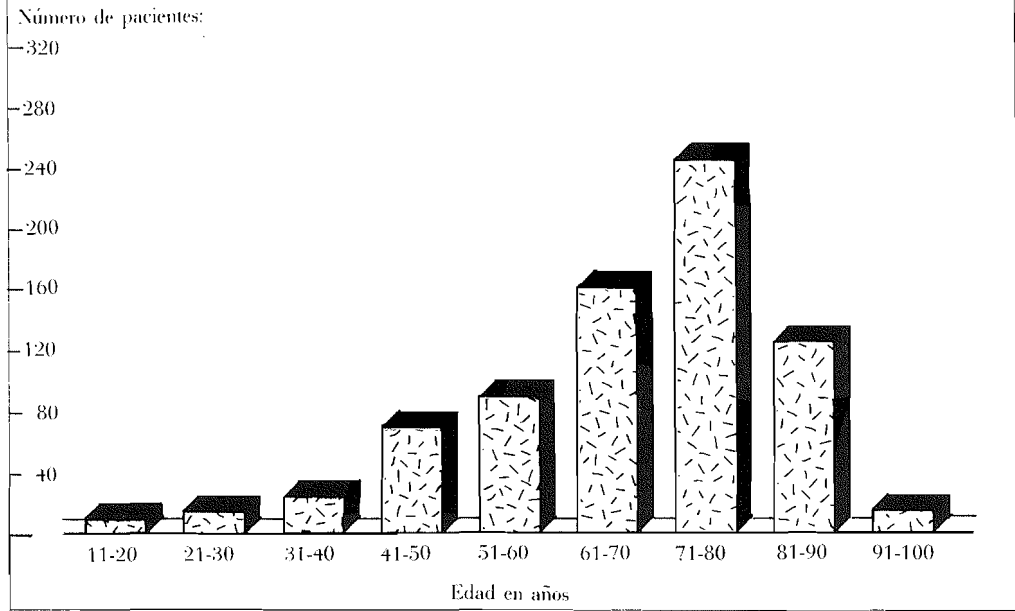


FIGURA 5

Distribución de los casos de obstrucción por procesos oncológicos según edad

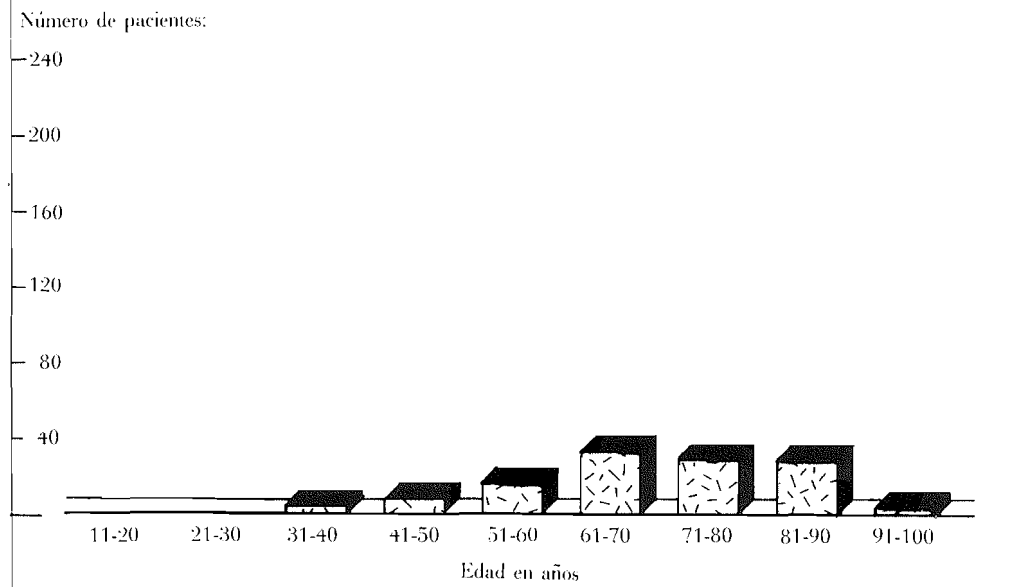
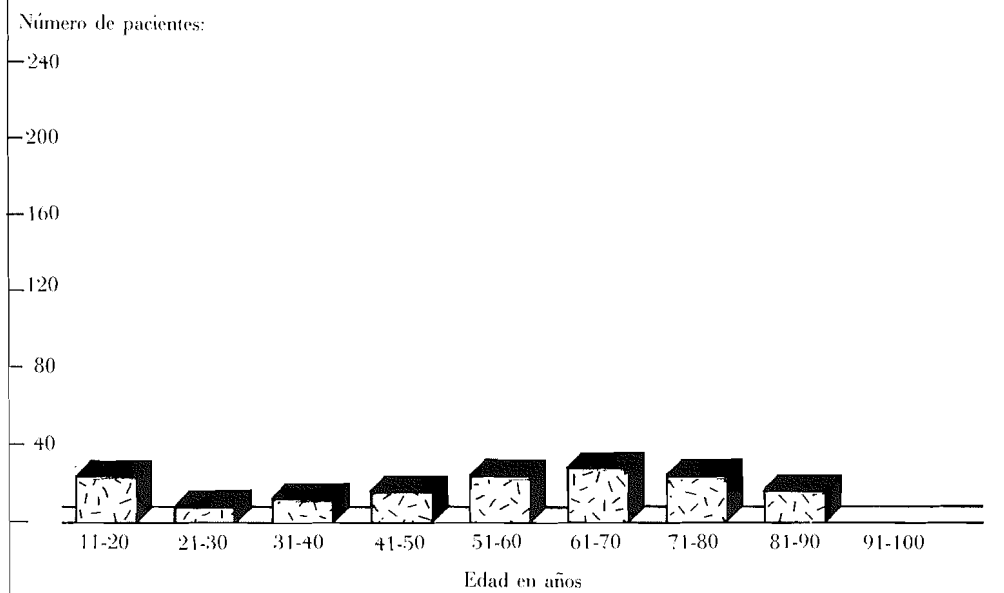


FIGURA 6

Distribución de los casos de obstrucción por adherencias según la edad



Bibliografía

1. FIGUEROA, J. M.; HIDALGO, M.; MORENO, E., y cols.: «Obstrucción intestinal», en *Actualización en Cirugía del Aparato Digestivo*. Ed. E. Moreno González. Jarpyo Editores, S. A., Madrid. 1990. págs. 133-149.
2. MC ENTEE, G.; PENDER, D.; MULVIN, D., y cols.: «Current spectrum of intestinal obstruction». *Br. J. Surg.*, 74: 976-980, 1987.
3. WILLIAM, O. R.; LESTER, F. W.: «Obstrucción de intestino grueso y delgado». *Surg. Clín. North Am.* (Ed. Española) 2: 387-410, 1988.
4. MUCHA, P. Jr.: «Obstrucción del intestino delgado». *Surg. Clín. North Am.* (Ed. Española) 3: 615-636, 1987.
5. LEE, S. H.; ONG, E. T. L.: «Changing pattern of intestinal obstruction in Malaysia: a review of 100 consecutive cases». *Br. J. Surg.*, 78: 181-182, 1991.
6. FÜZÜN, M.; KAYMAK; HARMANCIÖGLÜ, Ö.: «Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey». *Br. J. Surg.*, 78: 202-203, 1991.
7. HINES, J. R.; GUERNKING, R. E.; GORDON, R. T. y cols.: «Phyto bezoar: a recurring abdominal problem». *Am. J. Surg.*, 133: 672-674, 1977.
8. WELCH, J. P.: «External Hernias». en *Bowel Obstruction*. Ed. Welch, J. P.; W. B. Saunders. Philadelphia. 1990. págs. 242-290.
9. WELCH, J. P.: «Obturation Obstruction». en *Bowel Obstruction*. Ed. Welch, J. P.; W. B. Saunders. Philadelphia. 1990. págs. 378-393.
10. SERPELL, J. W.; DERMOY, F. T.; KATRIVESSIS, H. y cols.: «Obstructing carcinomas of the colon». *Br. J. Surg.*, 76: 965-969, 1989.