

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

AUTORES :

Dr. Manuel Felices Montes.

Residente de Cirugía. H. Universitario Virgen de la Victoria

Dra. Ana Cafarena.

Residente de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Dirección para correspondencia:

C/Don Diego de Miranda nº 21 2ºA.

MALAGA CP: 29017

Tlfno: 952 201774

Email: MANUEL.FELICES@terra.es

INDICE :

- I. DEFINICIÓN.
- II. ETIOLOGÍA
- III. FISIOPATOLOGÍA
- IV. CLINICA.
- V. DIAGNOSTICO.
- VI. TRATAMIENTO.

I. DEFINICIÓN.

La obstrucción intestinal es una entidad clínica conocida desde la antigüedad, que ya fue observada y tratada por Hipócrates. La primera intervención registrada, fue realizada por Praxágoras en el año 350 AC.

Constituye uno de los cuadros quirúrgicos urgentes que se observan con más frecuencia en la práctica clínica.

La **obstrucción** u **oclusión intestinal**, consiste en la **detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo.**

Si dicha detención no es completa y persistente, hablaremos de **suboclusión intestinal**.

Por otra parte conviene aclarar el término **seudoobstrucción intestinal** idiopática o Sd de Ogilvie. Esta se trata de una enfermedad crónica, caracterizada por *síntomas de obstrucción intestinal* recurrente, *sin datos radiológicos de oclusión mecánica*. Se asocia a cierta patología como enfermedades autoinmunes, infecciosas, endocrinas, psiquiátricas etc. En su patogenia, se barajan trastornos de la reacción intestinal a la distensión y anomalías en los plexos intramurales ó en el músculo liso del intestino. No es en principio una patología quirúrgica.

II. ETIOLOGÍA

Conviene diferenciar desde el comienzo, dos entidades clínicas bien distintas.

Por un lado el **íleo paralítico**, que es una alteración de la motilidad intestinal, debida a una parálisis del músculo liso y que muy raras veces requiere tratamiento quirúrgico. No obstante el acodamiento de las asas, puede añadir un factor de obstrucción mecánica.

Por otro lado, el **íleo mecánico** u obstrucción mecánica, y que supone un auténtica obstáculo mecánico que impide el paso del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo, ya sea por causa parietal, intraluminal ó extraluminal.

Cuando la obstrucción mecánica desencadena un compromiso vascular del segmento intestinal afecto, hablaremos de *obstrucción mecánica estrangulante*.

Denominamos *oclusión en asa cerrada*, cuando la luz está ocluida en dos puntos. Este tipo de oclusión tiene mayor tendencia a la isquemia y por lo tanto a la perforación.

En general la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de cirugía abdominal, son las adherencias ó bridas postoperatorias (35-40%). Tanto es así que debe ser considerada siempre como la causa en pacientes intervenidos, mientras no se demuestre lo contrario.

La segunda causa más frecuente son las hernias externas (20-25%), ya sean inguinales, crurales, umbilicales ó laparotómicas.

La causa más frecuente de obstrucción intestinal baja son las neoplasias de colon y recto.

En la siguiente tabla se recogen las causas más frecuentes de oclusión intestinal, ya sean de origen mecánico ó paralítico.

II.1 ILEO MECANICO

A/ Extraluminal

- Adherencias postquirúrgicas (Causa más frecuente 35-40%)
- Hernias externas (inguinales, crurales, umbilicales, laparotómicas, etc.)
- Hernias internas
- Torsiones
- Vólvulos
- Invaginaciones
- Efecto masa extraluminal (tumoración, masa inflamatoria ó absceso)

B/ Parietal

- Neoplasias

- Alteraciones congénitas (atresias, estenosis, duplicaciones, etc.)
- Procesos inflamatorios (Crohn, postradiación, etc.)

C/ Intraluminal

- Ileo biliar
- Bezoar
- Parasitosis
- Cuerpo extraño
- Impactación fecal
- Tumoraciones

II.2 ILEO PARALÍTICO

A/ Adinámico.

- Postquirúrgico
- Peritonitis
- Reflejo (Sd retroperitoneal ó reflejo entero-entérico a la distensión prolongada)
- Compromiso medular
- Hiperuricemia
- Hipokaliemia
- Coma diabético
- Mixedema
- Bloqueantes ganglionares
- Isquemia

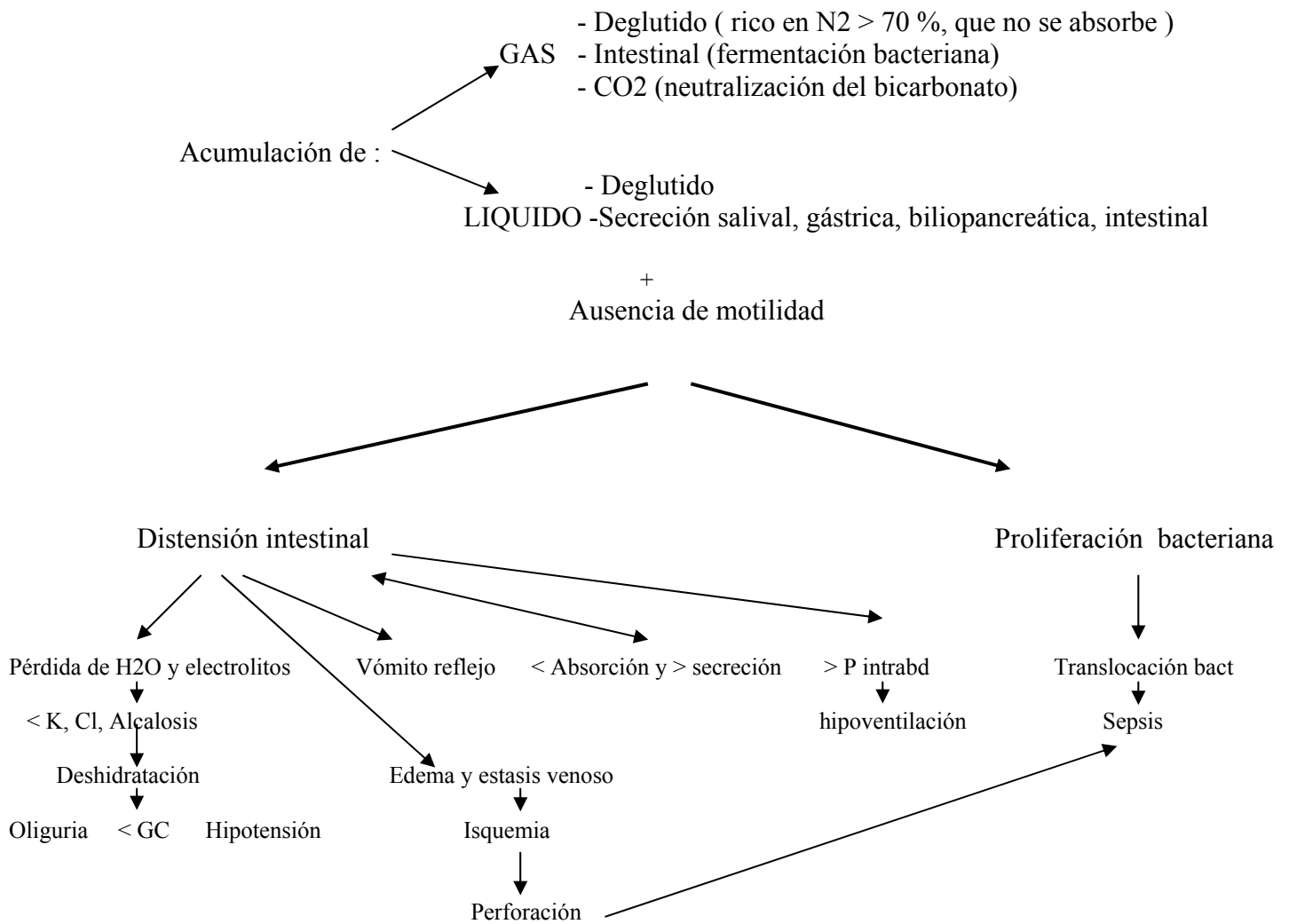
B/ Espástico.

- Intoxicación por metales pesados
- Porfirias

C/ Vascular

- Embolia arterial
- Trombo venoso

III. FISIOPATOLOGÍA



La obstrucción mecánica de intestino delgado, produce acumulación de líquidos y gases en la porción proximal de la obstrucción, lo que produce distensión del intestino, que es iniciada por el líquido ingerido, secreciones digestivas (entre 6 y 8 litros al día) y gas intestinal. El estómago tiene una capacidad muy pequeña para la absorción de líquidos, de modo que la mayor parte de ellos, se absorben en el intestino delgado.

El aire intestinal es impulsado en dirección contraria a la boca por la peristalsis, y es expelido por el recto. El gas que se acumula en el intestino proximal a una obstrucción se origina de:

- 1) Aire deglutido
- 2) CO₂ por neutralización del bicarbonato
- 3) Gases orgánicos de la fermentación bacteriana.

El aire deglutido es la fuente más importante de gas en la obstrucción intestinal, puesto que su contenido en nitrógeno es muy alto y este gas no se absorbe en la mucosa intestinal. A consecuencia de este hecho, el gas intestinal es sobre todo nitrógeno (70%). También se producen grandes cantidades de CO₂ en la luz intestinal, pero este gas se absorbe con facilidad, y por lo tanto contribuye más bien poco a la distensión de la obstrucción intestinal.

Uno de los acontecimientos más importantes durante la obstrucción mecánica simple de intestino delgado, es la pérdida de agua y electrólitos. En primer lugar ocurre vómito reflejo como resultado de la distensión intestinal. Esta distensión se perpetúa, como consecuencia del aumento de secreción intestinal que provoca y la disminución de la absorción. Estos fenómenos dan como resultado un acumulo de líquidos en el intestino proximal a la obstrucción que puede aumentar aún más la **deshidratación**.

Desde el punto de vista metabólico, los resultados dependerán del sitio y la duración de la obstrucción. La obstrucción proximal produce pérdida de agua, Na, Cl, H y K. Lo que causa deshidratación con **hipocloremia, hipokaliemia y alcalosis metabólica**.

Las obstrucciones distales se acompañan de pérdida de grandes cantidades de líquidos hacia el intestino, sin embargo, los trastornos electrolíticos pueden ser menos espectaculares, fundamentalmente porque las pérdidas de ácido clorhídrico son menores.

Además de la deshidratación antes mencionada, ocurren **oliguria, hiperazoemia y hemoconcentración.**

Si persiste la deshidratación, los cambios hemodinámicos que origina(**taquicardia, disminución de la PVC y del GC**), desencadenarán **hipotensión y shock hipovolémico.**

Otras consecuencias de la distensión son el **aumento de la presión intraabdominal, disminución del retorno venoso** de las piernas e **hipoventilación.**

También ocurre proliferación rápida de las bacterias intestinales, durante la obstrucción intestinal. Normalmente, el intestino delgado contiene cantidades pequeñas de bacterias y a veces está casi estéril. Una de las causas que provocan la escasez de la proliferación bacteriana en el intestino delgado es la importante peristalsis en condiciones normales. Pero durante la estasis del intestino, las bacterias proliferan con rapidez, pudiendo producir **translocación bacteriana y sepsis.** Su contenido, por tanto, se torna fecaloide.

Cuando en el curso de un proceso obstructivo, se altera la circulación normal hacia el intestino, hablamos de estrangulación. En este tipo de obstrucción, además de la pérdida de sangre y plasma, debemos tener en cuenta el material tóxico del asa estrangulada. Este, está formado por bacterias, material necrótico y líquido retenido en el asa intestinal y puede pasar a través de la pared lesionada por la distensión y los trastornos vasculares, ingresando en el torrente sanguíneo y provocando un cuadro de sepsis y toxemia generalizados.

En el caso concreto de la obstrucción en asa cerrada, el aumento de la presión intraluminal del segmento afecto, puede superar la presión de los vasos submucosos y producir isquemia, perforación y peritonitis generalizada.

En las obstrucciones de colon, en general, se producen menos y más lentos trastornos de líquidos y electrolitos, pero si la válvula ileocecal es competente, el colon se comporta como un asa cerrada y por tanto el riesgo de perforación es mayor. El sitio más probable para ello, es el ciego, por su forma y diámetro mayor. Sin embargo, si la válvula es incompetente, la obstrucción se comporta como de intestino delgado.

IV. CLINICA.

Siempre que nos enfrentamos a un paciente en el que sospechemos un cuadro oclusivo, debemos plantearnos de forma sistemática las siguientes cuestiones:

- 1) ¿Tiene el paciente una obstrucción intestinal?
- 2) ¿Dónde está la causa de la obstrucción?
- 3) ¿Cual es la naturaleza anatómica y patológica de las lesiones que la provocan?
- 4) ¿Existe estrangulación?
- 5) ¿Cual es el estado general del paciente?

Desde el punto de vista clínico, los cuatro síntomas cardinales del íleo son: **Dolor**, **distensión abdominal**, **vómitos** y **ausencia de emisión de gases y heces**.

DOLOR

Es el síntoma más frecuente en las obstrucciones intestinales.

Es un dolor de *comienzo gradual*, habitualmente *mal localizado* y de carácter *cólico* en las obstrucciones de etiología mecánica ó *continuo* en el íleo paralítico y la isquemia. Los “picos” de dolor suelen estar separados por intervalos de 4-5 minutos. Estos intervalos se relacionan con la distancia de la obstrucción. Así, la frecuencia de picos de dolor será menor en las obstrucciones bajas y mayor en las altas.

Conviene resaltar, que en los casos tardíos, el dolor desaparece porque la propia distensión del asa inhibe su propio movimiento.

DISTENSIÓN ABDOMINAL.

A la exploración, el abdomen aparece *distendido y timpanizado*. Es consecuencia de la distensión de las asas intestinales que se encuentran llenas de aire y líquido, lo que provoca un aumento en el volumen del contenido de la cavidad abdominal y en el diámetro de la misma, con las correspondientes repercusiones fisiopatológicas.

VOMITOS.

Los vómitos son de origen reflejo al principio del cuadro, como consecuencia del dolor y la distensión, pero conforme la obstrucción va evolucionando, son debidos a la regurgitación del contenido de las asas. En un principio serán alimenticios, después biliosos ó de contenido intestinal y más tardíamente fecaloideos.

Los vómitos serán tanto más abundantes y frecuentes, cuanto más alta sea la obstrucción.

AUSENCIA DE EMISIÓN DE GASES Y HECES.

Es importante llamar la atención de que éste *no es un síntoma constante*. Así, puede haber estreñimiento sin obstrucción de la misma forma que puede haber obstrucción con emisión de heces como en las altas y en el carcinoma colorrectal.

En el siguiente cuadro se resumen las principales diferencias en la clínica de la obstrucción según su etiología:

	DETENCIÓN DEL TRANSITO	DOLOR COLICO	PERITONISMO
PARALÍTICO	SI	NO	NO
PERITONITICO	SI	NO	SI
ESPASMÓDICO	SI	SI	NO
MECANICO	SI	SI	NO
ESTRANGULACION	SI	SI	SI

V. DIAGNOSTICO.

V.1 EXPLORACIÓN FÍSICA.

La obstrucción intestinal aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física.

Esta indicada la exploración física completa, dedicando especial atención a ciertos puntos.

Taquicardia e hipotensión indican deshidratación grave, peritonitis ó ambas.

En cuanto a la exploración abdominal, a la **inspección**, suele estar distendido, no obstante, el examinador debe distinguir si se debe a obstrucción intestinal o a ascitis. Esta última se caracteriza por onda líquida y matidez cambiante. El grado de distensión depende de la localización y tiempo de evolución. A veces, es posible ver ondas peristálticas a través de la pared en pacientes delgados. Se deben descubrir cicatrices quirúrgicas previas dada la implicación etiológica de la cirugía previa.

A la **palpación**, el abdomen suele ser doloroso de forma difusa. La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis y/o estrangulación. En algunos casos, se podrán detectar masas abdominales como neoplasias, abscesos, invaginación, etc. Nunca debe faltar en este tipo de pacientes la exploración

sistemática y metódica de los orificios herniarios en busca de hernias incarceradas. Asimismo, debe hacerse exploración rectal en busca de masas extraluminales, fecalomas, restos hemáticos, neoplasias, etc.

La auscultación abdominal en los pacientes con obstrucción intestinal revela un peristaltismo aumentado de intensidad en una primera fase, y una ausencia del mismo según progresa el cuadro. La calidad de los sonidos se caracteriza por un tono alto o características musicales.

V.2 DATOS ANALÍTICOS.

Debe solicitarse hemograma completo, coagulación y bioquímica completa, incluyendo función renal. No existen datos específicos de obstrucción intestinal.

Habitualmente, en las primeras etapas del proceso, no hay alteraciones, más adelante, la deshidratación producirá hemoconcentración y también puede existir leucocitosis, bien como consecuencia de la propia hemoconcentración, o bien indicando sufrimiento del asa intestinal.

V.3 DATOS RADIOLÓGICOS.

La radiología del abdomen es esencial para confirmar el diagnóstico y puede brindar datos acerca de la altura de la obstrucción. Se solicitará radiografía simple de abdomen y en bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal. Intentaremos incluir el diafragma para descartar perforación de víscera hueca.

En la exploración radiológica, suelen descubrirse cantidades anormalmente grandes de **gas en intestino y la aparición de niveles hidroaéreos** en la placa en bipedestación, producido por el acúmulo de gas y líquido en asas distendidas.

Es importante determinar si está distendido el intestino delgado, el colon, o ambos. Las asas de intestino delgado ocupan la porción más central del abdomen, y se disponen

transversalmente a modo de peldaños. La imagen de las válvulas conniventes ocupan todo el diámetro del asa (en pila de moneda).

Las asas de intestino grueso, se disponen en la periferia, mostrando los pliegues de las austras que no atraviesan completamente el asa.

Los pacientes con obstrucción mecánica de intestino delgado no suelen tener gas en colon, y, si existe, es muy escaso. Cuando se observa una dilatación intestinal generalizada de todo el tubo digestivo y heces en ampolla y/o gas distal, debemos sospechar un ileo paralítico y dudar del diagnóstico de obstrucción mecánica.

En los casos de obstrucción de colon, con *válvula ileocecal competente*, tendrán distensión de colon, pero poco gas en intestino delgado, cuando la *válvula es incompetente*, observaremos un patrón radiológico de distensión de intestino delgado y colon.

Existen algunas situaciones concretas con imágenes radiológicas características, que pueden orientarnos hacia la etiología de la obstrucción: aerobilia en el caso de ileo biliar o signo del grano de grano de café en el vólvulo.

El enema opaco en urgencias es muy útil en caso de obstrucción intestinal de intestino grueso.

VI. TRATAMIENTO.

En la mayoría de los casos, **el tratamiento de la obstrucción intestinal es quirúrgico**, la excepción a esta regla la constituyen las **oclusiones debidas a adherencias y las incompletas o suboclusiones**.

La **pseudoobstrucción intestinal y los ileos de etiología funcional** *no son, en principio, subsidiarios de tratamiento quirúrgico*, en estos casos, se debe instaurar un tratamiento médico con especial atención a la hidratación del paciente y al equilibrio hidroelectrolítico.

Cuando la causa de la obstrucción se debe a **adherencias** se debe intentar tratamiento conservador en la sala de cirugía con sonda nasogástrica, dieta absoluta, control de iones

diario y reposición hidroelectrolítica adecuada. El paciente será valorado a diario prestando atención al grado de distensión, grado de dolor, presencia o no de ruidos peristálticos, cantidad de aspiración nasogástrica y estado general, asimismo, se efectuarán controles radiológicos. Si el cuadro no mejora en un plazo de 24-48 horas, está indicada la intervención quirúrgica urgente.

En las **obstrucciones incompletas de intestino grueso**, siempre y cuando el estado general del paciente lo permita, se puede intentar tratamiento conservador para evitar cirugía de urgencia y la posterior realización de cirugía electiva.

La **hernia incarcerada** que consiga ser reducida manualmente, deberá ser observada en las horas siguientes a la reducción por el potencial riesgo de perforación intraabdominal.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) R. Scott Jones M.D. Obstrucción intestinal. En Sabiston, DC: Tratado de Patología Quirúrgica. Méjico DF, Editorial Interamericana, S.A., 1991, pp 936-945.
- 2) McLatchie GR. Oxford. Manual de Cirugía Clínica. Madrid, Ediciones Médicas Folium. 1995.
- 3) Nyhus LL, Condon RE, Vitello JM. Dolor abdominal. Buenos Aires. Editorial Panamericana S.A. 1995.
- 4) Perera S, García H. Cirugía de Urgencias. Buenos Aires. Editorial Panamericana S.A. 1997.
- 5) Pickleman J. Obstrucción del Intestino Delgado. En Schwartz, E: Operaciones Abdominales. Maingot. Buenos Aires, Editorial Panamericana, S.A. 1998, pp 1077-1090.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1) ¿Cuál es la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado?
 - a) Neoplásica
 - b) Hernias
 - c) Bridas
 - d) Procesos inflamatorios
 - e) Trastornos neurológicos

- 2) ¿Cuál es la causa más frecuente de obstrucción de intestino grueso?
 - a) neoplásica
 - b) hernias
 - c) bridas
 - d) procesos inflamatorios
 - e) trastornos neurológicos

- 3) ¿Cuál de las siguientes NO es causa de ileo paralítico?
 - a) Coma diabético
 - b) Hiperkaliemia
 - c) Mixedema
 - d) Síndrome retroperitoneal
 - e) Uremia

- 4) La fuente de gas intestinal que más importancia tiene en la distensión abdominal en la oclusión intestinal es:
 - a) CO₂ por neutralización del bicarbonato
 - b) Gases orgánicos de la fermentación bacteriana
 - c) Aire deglutido
 - d) O₂ procedente de la vía aérea
 - e) Metano

- 5) Señala una posible causa de Ileo funcional espástico:
 - a) Bezoar
 - b) Obstrucción arterial
 - c) Neoplasias
 - d) Uremia
 - e) Vólvulo

- 6) ¿Cuál es el dato radiológico que hace poner en duda el diagnóstico de obstrucción mecánica?
 - a) Neumoperitoneo
 - b) Niveles hidroaéreos
 - c) Gas en ampolla rectal
 - d) Dilatación de intestino delgado
 - e) Dilatación de intestino grueso

- 7) Si tenemos un paciente con datos clínicos de oclusión mecánica intestinal pero ausencia de datos radiológicos de obstrucción, sospecharemos:
- Suboclusión intestinal
 - Oclusión intestinal mecánica por causa extraluminal
 - Ileo espástico
 - Pseudoobstrucción intestinal idiopática
 - Oclusión en asa cerrada
- 8) ¿Cuál es la sintomatología más frecuente del enfermo obstruido?
- Dolor, neumoperitoneo y vómitos
 - Vómitos, astenia y anemia
 - Aumento de ruidos intestinales, dolor y anorexia
 - Dolor, distensión abdominal y aerobilia
 - Dolor, distensión abdominal y vómitos
- 9) ¿Cuál de los siguientes síntomas PUEDE NO ESTAR presente en la oclusión intestinal?
- Náuseas y vómitos
 - Distensión abdominal
 - Dolor abdominal
 - Todas son correctas
 - Emisión de heces
- 10) Paciente de 70 años con astenia y pérdida de peso en los últimos 4 meses, que acude a Urgencias por distensión abdominal, dolor cólico, náuseas y ausencia de emisión de heces. En la Rx aparece dilatación del marco cólico y algunas imágenes en peldaños de escalera. Sospecharemos:
- Oclusión intestinal por adherencias
 - Oclusión intestinal por neoplasia de colon y válvula ileocecal competente
 - Pseudoobstrucción intestinal
 - Ileo biliar
 - Ninguna es cierta
- 11) ¿Qué cuadro se presenta como una urgencia quirúrgica?
- Ileo paralítico
 - Obstrucción en asa cerrada
 - Obstrucción con estrangulación
 - Obstrucción mecánica simple
 - Ileo vascular
- 12) ¿Cuál es el tratamiento de una oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas?
- Intervención quirúrgica urgente, sin demora
 - Reposición hidroelectrolítica e intervención programada
 - Intervención quirúrgica sólo si aspirado > 2000 ml/día
 - Aspiración nasogástrica y fluidoterapia las primeras 24-48 horas
 - Dependerá del estado general y edad del paciente

- 13) La presencia de aerobilia hace sospechar (señalar la falsa):
- Cirugía previa de vía biliar
 - Ileo biliar
 - Obstrucción funcional
 - Fístula colecistoduodenal
 - Colecistitis enfisematosa
- 14) La triada de Riegler consiste en:
- Aerobilia, patrón en miga de pan en colon y niveles hidroaéreos
 - Aerobilia, neumoperitoneo y línea de psoas visible
 - Aerobilia, niveles hidroaéreos y cálculos visibles en vesícula
 - Aire en ampolla rectal, aerobilia e imagen intestinal en U invertida
 - Aerobilia, dilatación gástrica y cuerpo extraño en válvula ileocecal
- 15) ¿cuál es la prueba complementaria MENOS útil en el diagnóstico de la obstrucción intestinal, de las citadas?
- Rx de tórax
 - Rx de abdomen en bipedestación
 - Rx simple de abdomen
 - Eco abdominal
 - Enema opaco
- 16) El enema opaco permite diagnosticar los siguientes cuadros, menos:
- Una invaginación
 - Una impactación fecal
 - Un vólvulo
 - Una neoplasia obstructiva
 - Un tumor estenosante
- 17) Los criterios a los que suele recurrirse para determinar la viabilidad de un segmento del intestino delgado son:
- Color, motilidad, ausencia de leucocitos.
 - Color, peristalsis, fibrina en la serosa
 - Peristaltismo espontáneo, coloración
 - Color, motilidad, pulso arterial
 - Peristaltismo a la estimulación mecánica, color, grado de distensión
- 18) Paciente de 70 años con hernia inguinal derecha de varios años de evolución. Acude al Servicio de Urgencias por: brusco aumento del volumen herniario, dolor intenso abdominal, náuseas y vómitos y ausencia de emisión de heces. Exploración: tumoración dolorosa y dura en la región inguinal derecha que no se puede reducir, abdomen distendido y con ruidos aumentados. Leucocitos: 15.000. Actitud terapéutica:
- Analgesia, relajantes e intentar reducir la hernia
 - Cirugía urgente
 - Analgesia, antibióticos y reposo
 - Intervención diferida a las 72 horas
 - Reducción herniaria y alta domiciliaria

- 19) Ante la sospecha de un cuadro oclusivo, inmediatamente después de la anamnesis debemos:
- Auscultación abdominal
 - SNG y reposición hidroelectrolítica
 - Rx simple abdominal y en bipedestación
 - Inspección abdominal
 - Palpación abdominal
- 20) ¿Qué datos nos ayudan a sentar una indicación de cirugía de urgencias en una obstrucción intestinal? (Señalar la falsa)
- Vientre en tabla
 - Fiebre
 - Vómitos
 - Leucocitosis
 - Hipotensión y mal estado general
- 21) El tratamiento inicial en caso de obstrucción intestinal no complicada será:
- Sonda enteral larga
 - Cirugía de urgencias
 - Sonda rectal
 - Hidratación con reposición electrolítica y sonda nasogástrica
 - Limonada alcalina
- 22) Varón de 67 años con dolor abdominal súbito, continuo y localizado en hipogastrio con náuseas y vómitos biliosos. Distensión abdominal sin emisión de gases ni heces, dolor a la palpación con defensa abdominal y ausencia de ruidos intestinales. Rx: asa única dilatada. T^a: 38.5°C, TA: 100/65. Ht^o: 40%, Hb: 10, Leucocitos: 26.000. ¿Qué actitud tomaremos?
- Dieta absoluta + sueroterapia + antibióticos + cirugía urgente
 - SNG + dieta absoluta y observación 24 horas
 - TAC urgente + estabilización hemodinámica
 - ECO urgente, independientemente del estado general del paciente
 - Dieta absoluta + sueroterapia + SNG + observación 24 horas
- 23) ¿Cuál de los siguientes NO es útil en el ileo paralítico?
- Parasimpacomiméticos
 - Neostigmina
 - Eritromicina
 - Diuréticos ahorradores de potasio
 - Furosemida
- 24) ¿Qué características tiene el ileo paralítico?
- Dolor más intenso y ausencia de ruidos intestinales
 - Dolor inconstante y ruidos escasos
 - Ruidos escasos con dolor constante
 - Aumento de ruidos y distensión abdominal
 - Más vómitos y deshidratación

25) Paciente de 54 años de edad con antecedentes de HTA en tratamiento con diuréticos, DMII controlada con dieta y ulcus gastroduodenal operado hace 15 años. Acude a Urgencias por cuadro iniciado hace 15 horas y que consiste en dolor abdominal difuso de tipo cólico más intenso en zonas inferiores del abdomen, el dolor no se irradia y no varía con la postura. Hace 7 horas aparecen vómitos abundantes, al inicio biliosos, siendo ahora de características fecaloideas. Refiere cese de la emisión de gases y heces desde horas antes de aparecer el cuadro. La exploración física nos muestra un abdomen distendido difusamente, doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, con ruidos aumentados de intensidad, sin hernias. La TA es de 120/80, el pulso 90 lpm y la Tª de 37°C. No hay heces en ampolla (tacto rectal). Analítica: Hb: 15gr, Htº: 42%, leucocitos: 8950 (fórmula: 75% segmentados, 15% linfocitos, 1% eosinófilos), glucosa 100 mgr/100ml, urea 80 mgr/100ml, sodio, potasio y cloro normales. Amilasa 90 U/L. ¿Cuál de los siguientes cuadros le sugiere la clínica del paciente?

- a) Ileo paralítico
- b) Colecistitis aguda
- c) Obstrucción intestinal mecánica
- d) Pancreatitis aguda
- e) Obstrucción intestinal estrangulada

SOLUCIONES:

1-C	11-C	21-D
2-A	12-D	22-A
3-B	13-C	23-E
4-C	14-C	24-C
5-B	15-D	25-C
6-C	16-B	
7-D	17-D	
8-E	18-B	
9-E	19-D	
10-E	20-C	