



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

410/75 - MANEJO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Llopis Guardiola

Médico Adjunto de Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorios auxiliares Agres/Alfajara. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años, HTA, IRC, hemicolectomía por cáncer de colon en 2006. Suboclusión intestinal por brida en FID tras caída accidental con politraumatismo que ha precisado ingreso hace unos días. Tras valoración colonoscópica y quirúrgica se decide manejo conservador por el alto riesgo quirúrgico. En tratamiento con casenlax diario. Avisan una semana después por cuadro de mal estado general, dolor abdominal, ausencia de deposición desde el alta, aunque ventosidades mantenidas, e intolerancia a sólidos. Asocia náuseas los días previos, que evolucionan a vómitos fecaloideos.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, deshidratada, palidez cutánea. Glasgow 15. Eupneica en reposo. Abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación general difusa, timpánico a la percusión, con ruidos metálicos y múltiples masas palpables. TR normal. En la Rx del ingreso ya se objetivaban asas distendidas sugestivas de oclusión.

Juicio clínico: Cuadro suboclusivo por bridas de cirugía previa.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal: 1. Enfermedad oncológica: Compresión extrínseca, obstrucción intramural/endoluminal, alteración de la motilidad intestinal. 2. Tratamiento oncológico: cirugía (adherencias), fibrosis isquémica posradioterapia. 3. Fármacos: opioides, anticolinérgicos. 4. Debilidad: impactación fecal. 5. No relacionado con el cáncer: Hernias, adherencias, trombosis mesentérica, estreñimiento, uremia, edema intersticial inflamatorio...

Comentario final: Dado la fragilidad de la paciente y el deseo de la misma y del familiar, se decide manejo conservador y paliativo con un infusor subcutáneo con 16 mg de dexametasona, 60 mg de Primperan y 50 mg de buscapina durante 24 horas. Tras el tratamiento, presenta importante mejoría, con deposición profusa, remisión del dolor, las náuseas y los vómitos y con correcta tolerancia a líquidos. La suboclusión intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma incompleta o no persistente en algún punto del intestino delgado o grueso. Las adherencias suponen el 75% de las causas. La clínica suele ser progresiva y es muy variable según localización y causa. Típicamente se presenta como dolor abdominal cólico, vómitos, y ausencia de deposición y ventoseo o diarreas en caso de pseudoobstrucciones. A la exploración física se detecta distensión abdominal, variaciones de los ruidos abdominales (desde ausencia hasta ruidos metálicos), timpanismo y dolor. La radiografía simple de abdomen en dos proyecciones nos muestra distensión y niveles hidroaéreos. El tratamiento puede ser quirúrgico, colocación de stent o manejo conservador farmacológico. Los espasmolíticos como la buscapina (60-200 mg/24 horas) alivian el dolor, la frecuencia y el volumen de los vómitos. El haloperidol (5-15 mg/24h) o la metoclopramida (60-120 mg/día) alivian las náuseas y

vómitos, en caso de no haber respuesta, se puede manejar con setrones (8-16 mg/día) Los corticoides como la dexametasona (24 mg/día y bajar dosis a los 3 días si No hay respuesta) se usan como antieméticos, antiedema y mejoran la motilidad intestinal. En caso de dolor continuo se puede usar morfina o fentanilo y se debe acompañar con hidratación parenteral si vómitos incoercibles, de preferencia hipodermoclisis subcutánea, con 1.000 cc/24 horas.

Bibliografía

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos. Capítulo 8. Tratamiento de síntomas digestivos. Disponible en:
<http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>