



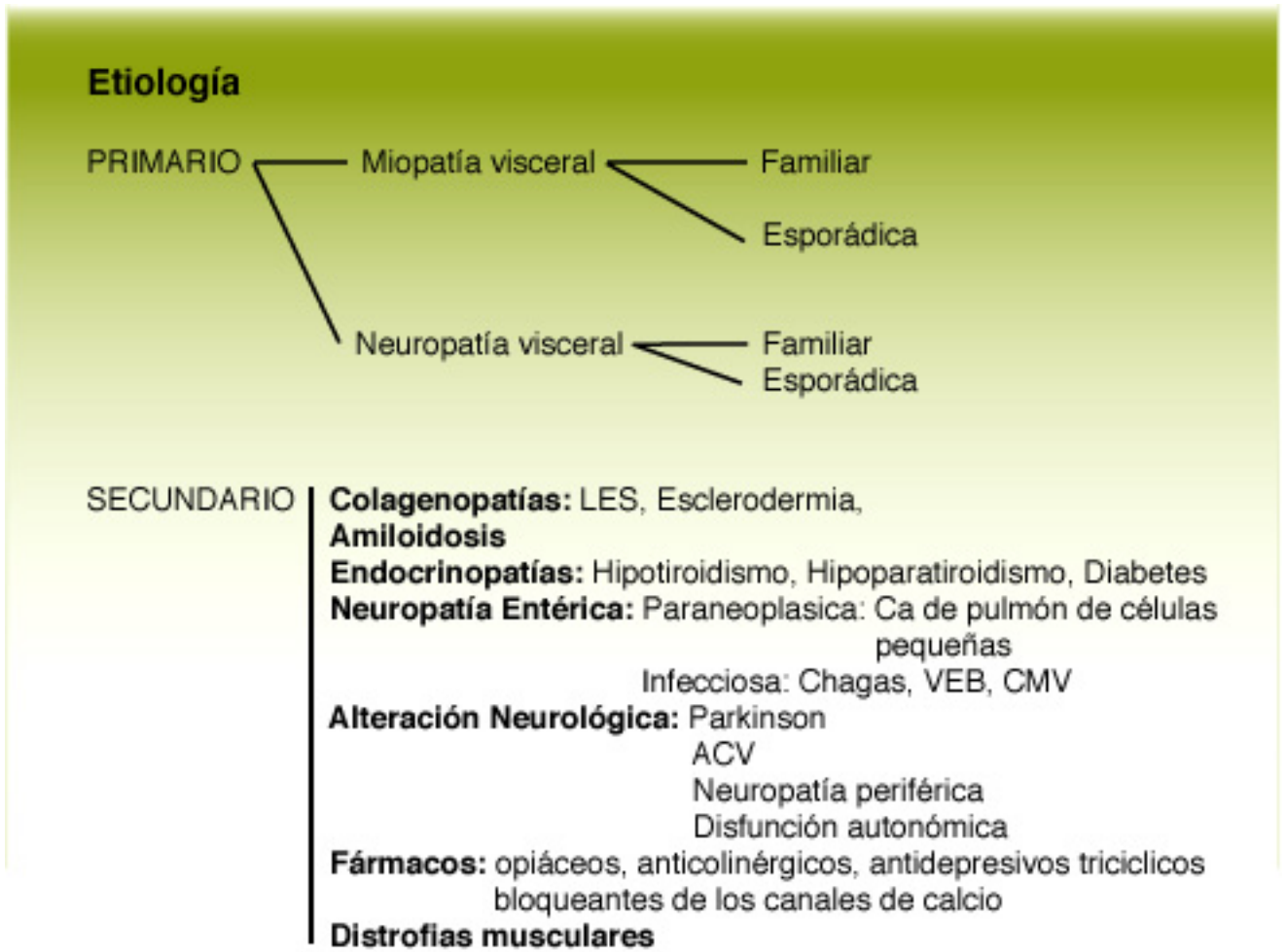
**Libros
Virtuales
IntraMed**



PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA

Definición: presencia de síntomas de obstrucción intestinal de evolución crónica y recidivante asociado a evidencia radiológica de obstrucción intestinal (distensión de asas y niveles HA) en ausencia de una causa orgánica aparente que ocluya la luz.

Etiología



Manifestaciones Clínicas

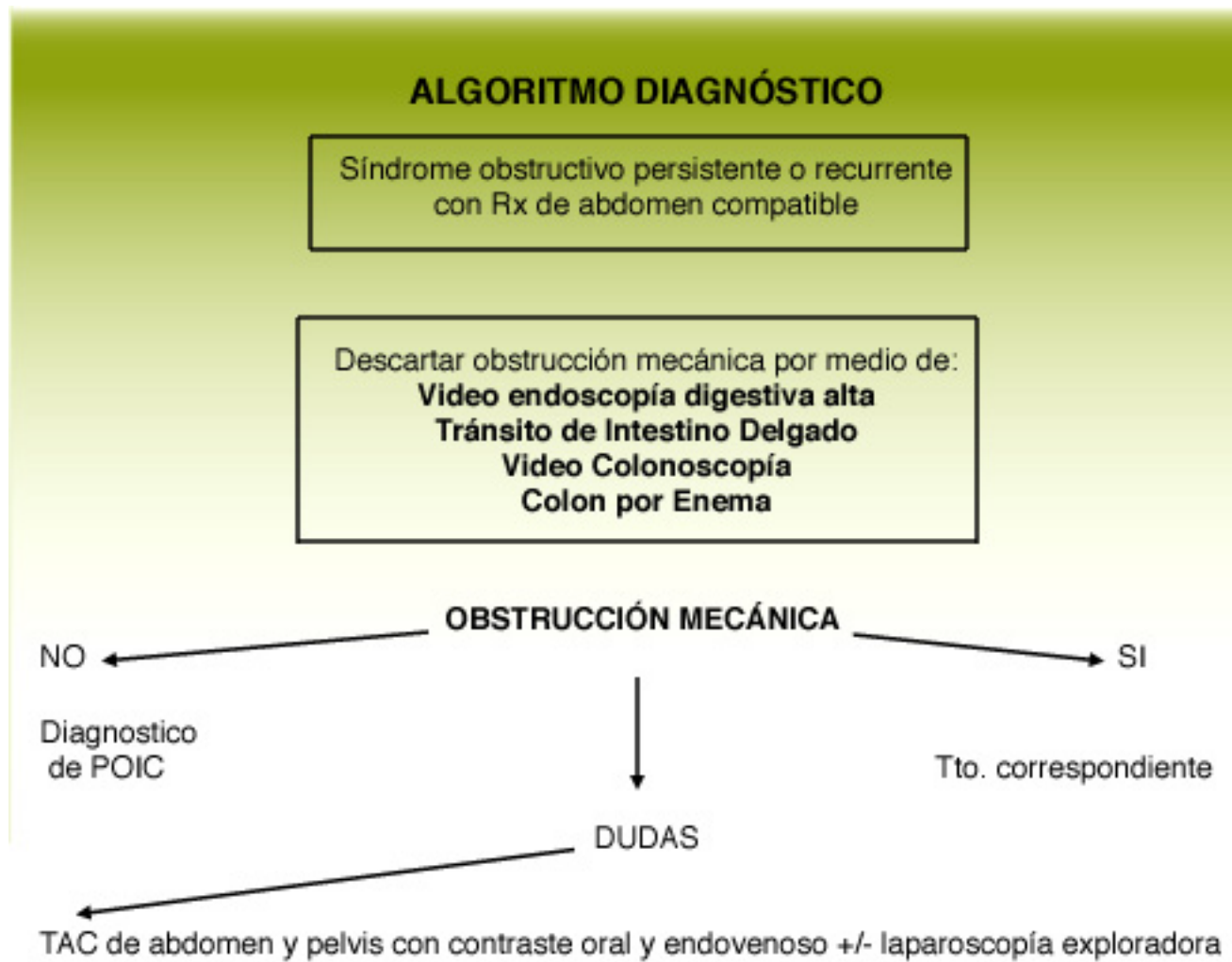
- ❖ Síndrome obstructivo crónico o recurrente: dolor, distensión, vómitos, constipación.
- ❖ Síntomas según el sector más comprometido:
 - ▶ ESOFAGO: disfagia.

- ▶ ESTOMAGO: vómitos debido a gastroparesia.
- ▶ INTESTINO DELGADO: síndrome obstructivo.
- ▶ COLON: megacolon + constipación.
- ❖ Diarrea por sobrecrecimiento bacteriano
- ❖ Malnutrición

Puede estar comprometido cualquier tramo del tubo digestivo, desde el esófago al colon, pero el más comúnmente afectado es el intestino delgado.

Criterios Diagnósticos: deben estar presentes todos los criterios.

- ❖ Síndrome obstructivo persistente o recurrente
- ❖ Evidencia radiológica de obstrucción intestinal
- ❖ Ausencia de obstrucción mecánica



CONDUCTA

- ❖ Determinar la causa
- ❖ Determinar cual es el sector comprometido

Diagnostico etiológico:

Investigar primero las causas secundarias, interrogar sobre la presencia de síntomas y signos compatibles con: colagenopatías, endocrinopatías, neuropatías, etc.

Examen físico completo en busca de signos orientatorios

Existe sospecha diagnóstica ?

- ❖ **SI:** pedir estudios dirigidos a confirmar la patología sospechada.
- ❖ **NO:** pedir los siguientes estudios:

Laboratorio general que incluya también calcemia, ERS, proteinograma (amiloidosis), TSH y PTH, serología para Chagas, VEB y CMV. Inmunología: ANA, anti ADN, SCL 70, ANNA-1 (ac. antinuclear neuronal), anti-HU.

CPK, LDH, ALDOLASA. (Distrofias musculares)

Rx de Tórax, y TAC de Tórax, para descartar Ca de pulmón de células pequeñas.

Diagnóstico etiológico ?

- ❖ **SI:** tto. específico
- ❖ **NO:** sospechar POIC primaria

Pedir estudios para determinar el diagnóstico, determinar el o las áreas comprometidas y evaluar el pronóstico.

- ❖ Manometría de esófago: 75% de los pacientes con POIC primaria tienen aperistalsis. Hace el diagnóstico de esclerodermia (ondas de baja amplitud más EEL hipotónico)
- ❖ Centellografía de vaciamiento gástrico
- ❖ Manometría antroduodenoyeyunal:

Patrón miopático: contracciones ordenadas, ondas de baja amplitud.

Patrón neuropático: ondas de amplitud normal y contracciones desordenadas.

Patrón suboclusivo: patrón de contracción regular, 2 x min, se llama patrón ritmo minuto, en este caso buscar nuevamente una obstrucción mecánica, pedir: TAC, TID con enteroclis, laparotomía exploradora.

- ❖ Tiempo de tránsito colónico: para evaluar la velocidad con la que los marcadores transitan el intestino delgado y el colon, evalúa inercia colónica.
- ❖ MAR: descarta Hirschprung

Si no se pudo llegar al diagnóstico solicitar:

- ❖ Biopsia de mucosa rectal
- ❖ Laparoscopia exploradora, si descarta obstrucción mecánica tomar biopsia del sector dilatado y otra del sector no dilatado, pedir tinción con hematoxilina-eosina y tinción de plata con el método de Smith.

Tratamiento

FASE AGUDA

- ❖ **SNG:** para descompresión y evitar vómitos
- ❖ **PHP** para corrección hidroelectrolítica
- ❖ **Analgesia**
- ❖ **Proquinéticos:**
 - ▶ Cisapride 10-20 mg cada 8 hs
 - ▶ Cinitapride 1 mg cada 8 hs
 - ▶ Mosapride 5 mg cada 8 hs
 - ▶ Metoclopramida 10 mg cada 6 hs
 - ▶ Domperidona 10 mg cada 8 hs

- ▶ Octreotide 50-100 mg SC cada 8 hs
- ▶ Eritromicina 100-250 mg cada 8 hs VO o EV

❖ **ATB:**

- ▶ para tto de la sobreinfección bacteriana.
- ▶ Metronidazol 250 mg cada 8 hs
- ▶ Ciprofloxacina 500 mg cada 12 hs / 7 días (una vez al mes)
- ▶ Dioxiciolina 100 mg cada 12 hs

Dieta

- ❖ Si tolera VO: ingerir comidas de pequeño volumen y varias veces al día, debe ser líquida o en semilíquidas, pobre en grasas, lactosa y residuos, debe recibir suplementos vitamínicos.
- ❖ Si no tolera VO: iniciar con alimentación enteral o parenteral según estado funcional del tubo digestivo y requerimiento nutricional.

Tratamiento Quirúrgico:

- ❖ Resección o by pass del sector comprometido
- ❖ Colectomía total en caso de inercia colónica
- ❖ Ostomía de descompresión para aliviar síntomas
- ❖ Gastrostomía o yeyunostomía para alimentación.
- ❖ Trasplante de intestino delgado.

Bibliografía

1. Chronic Intestinal Pseudo-obstrucción. Rosanna F. et al. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. Vol 21 n°4 pag 657-669, 2007.
2. J. Arenas Mirave. Obstrucción y Pseudoobstrucción intestinal. Trastornos motores del aparato digestivo. Manual Diaz Rubio- Año 1996, pag. 221.
3. Michael D Schuffler. Pseudoobstrucción intestinal crónica. Sleisenger and Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Edición 2004. Pag.2285-2296.
4. Diagnosis and management of adult patients with chronic intestinal pseudoobstruction. Nutr Clin Pract. 2006 Feb;21(1):16-22. Review.
5. Gastric and enteric involvement in progressive systemic sclerosis. J Clin Gastroenterol. 2008 Jan;42(1):5-12. Review