

Revista del
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Volumen 4
Volume 4

Número 4
Number 4

Octubre-Diciembre 2001
October-December 2001

Artículo:

**Factores pronósticos en oclusión
intestinal por adherencias
postoperatorias**

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Factores pronósticos en oclusión intestinal por adherencias postoperatorias

David León-Ramírez,¹ Eduardo Cárdenas-Lailson,² Luis E González-Monroy,¹ José Antonio Palacios Ruiz,⁴ M Eduardo Ramírez-Solís,⁴ Aitana Voirol-García,⁴ Alberto J Coutté-Mayora¹

RESUMEN

Objetivo: Analizar variables clínicas y paraclínicas en pacientes con oclusión intestinal y antecedente de laparotomía, para encontrar factores pronósticos de la resolución del cuadro.

Material y métodos: Se revisaron expedientes de pacientes con oclusión intestinal y laparotomía, entre 1996 a 2001. Grupo 1: pacientes con resolución del cuadro sin cirugía, grupo 2: pacientes que necesitaron de adherenciólisis; se analizaron: número, tipo de cirugía y tiempo transcurrido desde la última laparotomía, cuadros oclusivos y/o adherenciólisis previas y leucocitosis o bandemia.

Resultados: De 62 casos, 36 (58%) del grupo 1 y 26 (42%) del 2; solamente la leucocitosis y/o bandemia mostraron diferencias significativas: 13/36 (36%) en el grupo 1 vs 18/26 (69%) en el grupo 2 ($p = 0.011$, OR: 3.98).

Conclusiones: El número de laparotomías previas, tipo de cirugías, cuadros previos, no son factores pronósticos. Sólo la leucocitosis y/o bandemia al momento del ingreso es factor que pronostica necesidad de laparotomía.

Palabras clave: Oclusión intestinal, adherencias postoperatorias, prognosis, adherencias postquirúrgicas, adherencias intraperitoneales.

ABSTRACT

Objective: To analyze clinical and paraclinical features of patients with intestinal obstruction and related laparotomy; to find out prognostic factors for the resolution.

Methods: We checked clinical files of patients with intestinal obstruction and a history of laparotomy between 1996 and 2001. Group 1: patients with resolution of the disease without surgery, group 2: patients who needed laparotomy and section of adhesions; we recorded and compared: number and type of surgery, time left since the last laparotomy, previous intestinal obstruction, previous section of adhesions and increased white blood cells (WBC) count and/or bands.

Results: 62 patients, 36 (58%) considered as group 1 and 26 (42%) group 2; only the increased WBC count showed significant differences: 13/36 (36%) group 1 vs 18/26 (69%) group 2 ($p = 0.011$, OR: 3.98).

Conclusions: The number of previous laparotomies, type of surgery, previous intestinal obstruction aren't prognostic factors for intestinal obstruction. An increased WBC count, or bands at the time of hospitalization is the only factor which is associated with needing of laparotomy in these patients.

Key words: Intestinal obstruction, intraperitoneal adhesions, postoperative adhesions, intraperitoneal adhesions, prognostic factors.

INTRODUCCIÓN

Las adherencias abdominales son causadas en un 79 a 93% por cicatrización postoperatoria.^{1,3,4} El problema más serio que esto acarrea es la oclusión intestinal (OI).⁵

Y es su causa en el 70-75% de los casos.^{1,4}

Su tratamiento es de inicio conservador, con el que remiten el 70-80%;² el 30% restante termina en laparotomía y adherenciólisis. Dado que ocupa 1-3% de los internamientos en Servicios de Cirugía General y el 3% del total de laparotomías,^{5,6} adquiere un interés particular para la resolución o prevención de este

¹ Médico residente.

² Jefe de División, Cirugía Experimental.

³ Médico adscrito.

⁴ Estudiante de Medicina.

División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Correspondencia:

Dr. David León-Ramírez

Calzada de Tlalpan 4800 Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan, México, D.F. C.P. 14000

Teléfonos: 56-45-85-68, 56-65-35-11, Ext. 237 ó 106

E-mail: davicho177@hotmail.com davicho177@yahoo.com

problema. No existen estudios precedentes para determinar las características clínicas que pronostiquen la resolución del cuadro por una u otra vía. El presente estudio, analiza los probables factores que puedan aportar esta información.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron en nuestra institución, retrospectivamente, expedientes de pacientes admitidos con diagnóstico de OI y antecedente de laparotomía en el periodo comprendido entre el 1º de enero de 1996 al 31 de abril de 2001; fue criterio de exclusión el que estuviera inscrito en el expediente el empleo de cualquier sustancia o aditamento con el objetivo de disminuir la formación de adherencias intraperitoneales. Se dividieron dos grupos; Grupo 1: pacientes con resolución del cuadro con manejo conservador (ayuno, descompresión gástrica, soluciones parenterales) y grupo 2: pacientes que necesitaron de cirugía para la resolución del cuadro y en quienes se demostró por medio del procedimiento adherencias intraperitoneales como causas de la obstrucción.

Se registraron: 1. número de cirugía previa, 2. tipo de cirugía, 3. tiempo transcurrido desde la última laparotomía, 4. cuadros oclusivos previos, 5. adherenciólisis previas, 6. tiempo de evolución al momento de ingresar, 7. enfermedades agregadas, haciendo especial énfasis en enfermedad inflamatoria intestinal o de la colágena y 8. leucocitosis mayor de 10,500 (valor límite de nuestro laboratorio) y/o desviación de la fórmula blanca a la izquierda (más de 5% de células en banda). Todas las mediciones se establecieron al momento de ingreso. El tratamiento estadístico para casos y controles se llevó a cabo con χ^2 de Mantel-Hanzel, prueba exacta de Fisher y razón de momios.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 142 expedientes con diagnóstico de OI, de los cuales, sólo 89 casos (62%) tenían el antecedente de laparotomía previa. De este último grupo, 27 casos fueron eliminados por no contar en el expediente con el antecedente completo de cirugías previas realizadas.

Los 62 pacientes restantes fueron incluidos sin restricciones en el estudio. La edad promedio de los pacientes fue 45 años (rango de 6 a 86 años); la distribución por sexos: 29 mujeres (46.7%) y 33 hom-

bres (53.2%). Treinta y seis pacientes (58%) resolvieron con manejo conservador (Grupo 1) y 26 (42%) necesitaron de cirugía para la resolución del cuadro con liberación de adherencias (Grupo 2; *Figura 1*).

El número de laparotomías previas por paciente 2.4 ± 1.3 vs 1.58 ± 1.1 , $p = 0.95$, se desglosó por subgrupos del número de procedimientos previos: 1, 2 y 3 o más, en el *cuadro 1* se muestra este resultado. Se compararon los grupos en cuanto a esta variable resultando para el subgrupo de 3 o más cirugías previas: razón de momios (OR) = 0.60, intervalo de confianza (IC) del 95% = 0.16-2.15, $p = 0.38$, con diferencia no significativa (NS: $p > 0.05$).

El tipo de procedimientos realizados se resume en la *figura 2*, no se pudo realizar el comparativo estadístico por la poca cantidad de procedimientos diferentes y poca disparidad entre los grupos. En cuanto al tiempo transcurrido desde la última laparotomía, las diferencias en el rango fueron drásticas entre cada grupo; 52.84 meses \pm 81.80 vs 87.60 meses \pm 112.80; $p = 0.164$. El antecedente de cuadros oclusivos previos se presentó en 38% vs 19% $p = 0.168$. Los procedimientos de adherenciólisis previas, 7/14 vs 2/5 $p = 1.00$, OR = 0.34 IC 95% = 0.04-2.09. El tiempo de evolución al momento de ingresar: 37.7 horas vs 37.9 (NS). No se presentaron antecedentes positivos para enfermedad inflamatoria intestinal y/o de la colágena. La leucocitosis mayor de 10,500 y bandemia en 13/36

Cuadro I. Número de cirugías previas por paciente.

Grupo	1 cirugía	2 cirugías	3 o más	Total
I	16	8	12	36
II	15	5	6	26

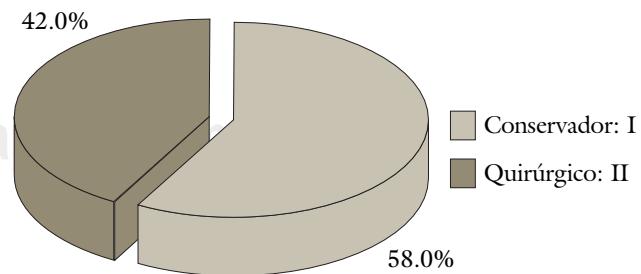


Figura 1. Tipos de resolución del cuadro oclusivo.

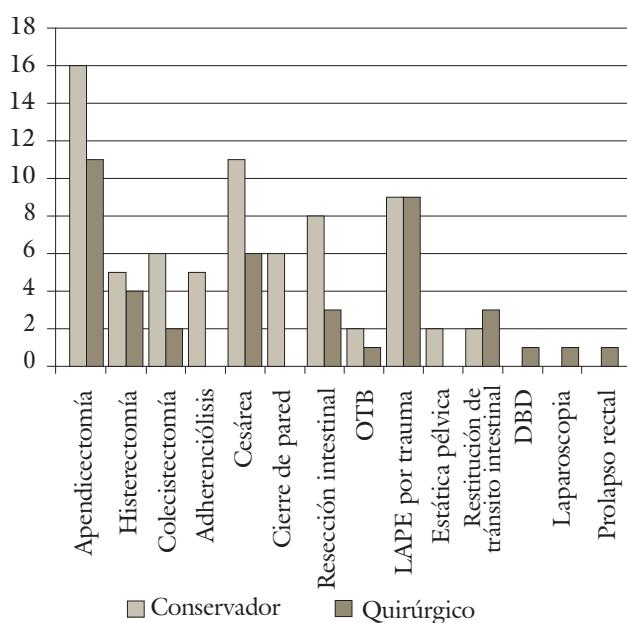


Figura 2. Procedimientos abdominales previos en ambos grupos.

Cuadro II. Factores de riesgo en oclusión intestinal por adherencias en pacientes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, SSA, México.

Variable	Manejo conservador	Manejo quirúrgico	OR*	IC 95%**	P
Número de laparotomías previas					
1	2.11	1.58	0.60	0.16-2.15	0.095
2	16	15			0.38
3 o más	8	5			
12	6				
Tipo de cirugía	No diferencias	No diferencias			
Tiempo transcurrido desde la última laparotomía	52.84 meses +/- 81.80	87.60 +/- 112.80			0.164
Cuadros oclusivos previos	14(38%)	5(19%)			0.168
Adherenciólisis previa	7/14	2/5	0.34	0.04-2.09	1.00
Tiempo de evolución al momento de ingresar	No diferencias	No diferencias			
Enfermedad inflamatoria intestinal o de la colágena	No se presentaron	No se presentaron			
8.- leucocitosis y/o bandemia	13(36%)	18(69%)	3.98	1.20-13.58	0.01

(36%) vs 18/26 (69%) $p = 0.011$, OR = 3.98, IC 95% = 1.20-13.58. El resumen de las comparativas se enlista en el cuadro II.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la oclusión intestinal alta es causada por adherencias postoperatorias en un 62%. La resolución con terapia de descompresión gástrica, ayuno e hidratación parenteral es exitosa en un 58%; el 42% restante termina en quirófano para liberación de adherencias. Estos resultados se apegan a los previamente encontrados en las diferentes series.^{1,5,8} Algunos estudios previos como el de Parker y cols. en un seguimiento de 12,584 pacientes con cirugía colorrectal, identificó un riesgo relativo alto de reingresos hospitalarios a causa de adherencias postoperatorias de hasta 5.1 veces el resto de las cirugías abdominales⁷ sin embargo, no se había establecido la existencia de factores de pronóstico para este grupo en particular de pacientes.

En nuestra institución, hasta el momento del estudio, no se utilizan sustancias o aditamentos que posean efectos conocidos para disminuir la formación de adherencias intraperitoneales postoperatorias; el cierre de pared se realiza siempre sin aproximar peritoneo por reportes bien conocidos previos que aseguran aumenta la adherencia intraperitoneal después de lograrse isquemia con la línea de sutura.⁹ Ante este contexto, se proyectó y realizó el estudio, eligiendo las variables basadas en reportes previos de probables causas o riesgo aumentando de formación de adherencias¹⁰⁻¹² transpolándolos a un nicho hasta ahora no abierto; tratar de identificar pacientes con menor riesgo de necesitar laparotomía para liberar adherencias. Los resultados de las variables analizadas sustentan la más grande conclusión del estudio. La leucocitosis y/o desviación a la izquierda de la fórmula blanca, es un factor de mal pronóstico para la resolución de oclusión intestinal con medidas de sostén. Los antecedentes quirúrgicos y de oclusiones previas de este grupo de pacientes no tienen traducción clínica en el pronóstico. Se puede acuñar el término oclusión intestinal parcial sólo de manera retrospectiva, en aquellos casos en que se resuelve el cuadro sin tratamiento quirúrgico.

Estos resultados pueden complementarse en el futuro con una muestra mayor y una extensión de las variables e incluir detalles más finos v.gr. perfil de collagenosis del paciente.

REFERENCIAS

1. Perry JF, Smith GD, Yoheniro EG. Intestinal obstruction due to adhesions: a review of 388 cases. *Ann Surg* 1955;142:810-4.
2. Brolin RE. The role of gastrointestinal tube decompression in the treatment of mechanical intestinal obstruction. *Am Surg* 1983;49:131.
3. Räf LE. Causes of abdominal adhesions in cases of intestinal obstruction. *Acta Chir Scand* 1969;135:73-76.
4. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction for adhesions-how big is the problem? *Ann R Coll Surg End* 1990;72:60-63.
5. DeCherney AH, diZerega GS. Clinical problem of intraperitoneal postsurgical adhesion formation following general surgery and the use of adhesion prevention barriers. *North Am Clin Surg* 1997;77(3):671-88.
6. Dijkstra FR, Nieuwenhuijsen M, Reijnen MM, van Goor H. Recent clinical developments in pathophysiology, epidemiology, diagnosis and treatment of intra-abdominal adhesions. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2000;232:52-9.
7. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Wilson MS, Menzies D et al. Postoperative adhesions: ten-years follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum* 2001;44(6):822-29.
8. Johonet H. Acute occlusions of the small intestine caused by adhesions. Indications and results. *Ann Chir* 1999;53(9):859-64.
9. Buckman RF, Buckman PD, Hufnagel HV, Gerwin AS. A physiologic basis for the adhesion-free healing of deperitonealized surfaces. *J Surg Res* 1976;21:67-76.
10. Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2).
11. Ratcliff JB, Kapernick P, Brooks GG, Dunnahoo DR. Small bowel obstruction and previous gynecologic surgery. *South Med J* 1983;76:1349-50.
12. Ellis H. The etiology of postoperative abdominal adhesions. *Br J Surg* 1962;50:10-6.