

Obstrucción intestinal

Utilidad de la colonoscopia:
indicaciones

María Conde Rodríguez
Residente de 4º año
Hospital Clínico San Carlos - Madrid

Caso Clínico 1

- 77 años con AP: HTA, FA, Alzheimer, Hipotiroidismo primario
- Enfermedad actual: **dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposición** 24 hrs de evolución.
- Exploración física: distensión abdominal, RHA metálicos, **dolor difuso sin irritación peritoneal.**
- Analítica: **Leucos 12000 (N 79%), PCR 5.**
- Colonoscopia: no se objetiva causa obstructiva intraluminal.



Caso Clínico 1

- Evolución (48 hrs): vuelve a presentar distensión abdominal, con náuseas y vómitos, sin lograr expulsar gases en las últimas 24 horas.
- Analítica: Leucos 9800 (N 65%), PCR 11
- Exploración física: aumento de distensión abdominal, RHA ausentes, **dolor difuso sin irritación peritoneal.**



¿Qué actitud tomarías con el paciente?

**TARJETA
BLANCA**

- Realizar nueva colonoscopia descompresiva.

**TARJETA
ROJA**

- **Tratamiento quirúrgico urgente.**

Caso Clínico 2

- o Paciente de 60 años:
 - o AP: **Obesidad mórbida intervenida: SADIS-250. EPOC. SAOS.**
 - o **Hace 1 semana, dos episodios de vólvulo de sigma que se solucionó de manera endoscópica.**
- o **Enfermedad actual: Acude a Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución con distensión abdominal y ausencia de deposición.**
- o **Exploración física: HD estable. Gran distensión abdominal, dolor difuso de regular intensidad sin signos de IP.**
- o **Analítica: Leucos 16000 (N 77%), LDH 450, PCR 20.**



¿Qué actitud tomarías con el paciente?

**TARJETA
BLANCA**

**TARJETA
ROJA**

o Desvolución
endoscópica.

o **Tratamiento
quirúrgico
urgente.**

Etiología

- o Obstrucción funcional
 - o Síndrome de Ogilvie

- o Obstrucción mecánica:
 - o Anatómica
 - o Vólvulo
 - o Torsión
 - o Fecaloma
 - o Inflamatoria
 - o Diverticulitis
 - o Pancreatitis
 - o Maligna
 - o Neoplasia

Indicaciones urgentes de colonoscopia en obstrucción intestinal:

o Síndrome de Ogilvie

- o* Colonoscopia descompresiva

o Vólvulo de sigma

- o* Desvolvulación endoscópica

o Diagnóstico de OI de intestino grueso

- o* Toma de biopsia, valoración de la estenosis y valoración para la colocación de stent

Indicaciones urgentes de colonoscopia en obstrucción intestinal:

- **Síndrome de Ogilvie**

- Colonoscopia descompresiva

- **Vólvulo de sigma**

- Desvolvulación endoscópica

- **Diagnóstico de OI de intestino grueso**

- Toma de biopsia, valoración de la estenosis y valoración para la colocación de stent

Síndrome de Ogilvie

- o Disbalance de la regulación autonómica de la función colónica, que condiciona una supresión parasimpática o estimulación simpática excesiva.
- o Diagnóstico diferencial:
 - o Obstrucción mecánica
 - o Megacolon tóxico

Common clinical conditions associated with Ogilvie's syndrome

Trauma, especially fractures
Obstetrical surgery, especially involving spinal anesthesia
Pelvic, abdominal, or cardiothoracic surgery
Major orthopedic surgery
Severe medical illness, such as pneumonia, myocardial infarction, or heart failure
Neurologic conditions
Retropertoneal pathology, such as malignancy or hemorrhage
One of the above plus metabolic imbalance or medication administration (eg, narcotics, phenothiazines, calcium channel blockers, alpha-2-adrenergic agonists, epidural analgesics)

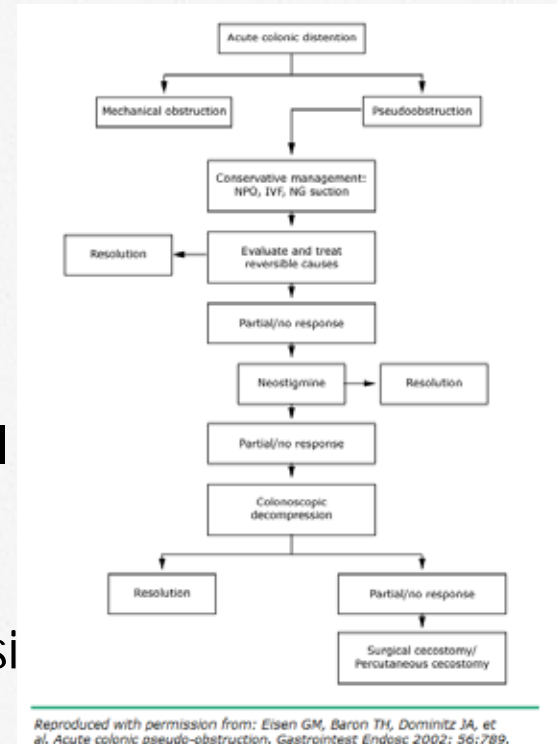
Tratamiento

○ Tratamiento médico:

- Dieta absoluta
- SNG a aspiración intermitente
- Sonda rectal
- Cambios posturales
- Revisión de la medicación (hipoK⁺, hipoCa⁺ e hipoMg⁺² en el
- Enemas (5% perforación)

○ Tratamiento farmacológico:

- Neostigmina 2 mg IV monodosis
- 80 % éxito.
- PEG
- Metilnaltrexona (2^a línea)
- Eritromicina 250 mg/ IV / 8 h
- IV, 3 días / Oral 10 días

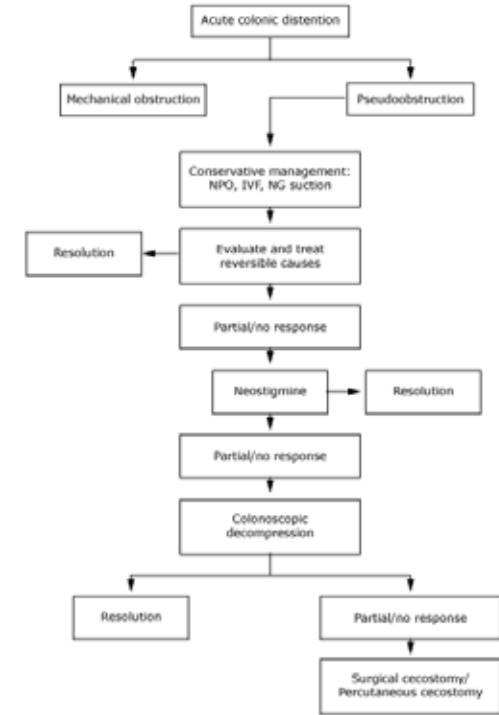


* ¹ Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine: a simple, effective treatment. Turégano-Fuentes F, Muñoz-Jiménez F, Del Valle-Hernández E, Pérez-Díaz D, Calvo-Serrano M, De Tomás J, De Fuenmayor ML, Quintans-Rodríguez A. *Dis Colon Rectum*

* ² Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(4):424.

Tratamiento

- o Tratamiento endoscópico:
 - o Descompresión endoscópica
 - o Fallo del tratamiento médico
 - o Dilatación del colon 11-13 cm
 - o Deterioro clínico del paciente
 - o Cecostomía percutánea
 - o Fallo de la descompresión endoscópica
- o Tratamiento quirúrgico:
 - o Hemicolectomía derecha con anastomosis primaria
 - o Perforación: Colectomía total e ileostomía / Hartman



Reproduced with permission from: Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:789.

Indicaciones urgentes de colonoscopia en obstrucción intestinal:

o Síndrome de Ogilvie

- o* Colonoscopia descompresiva

o Vólvulo de sigma

- o* Desvolvulación endoscópica

o Diagnóstico de OI de intestino grueso

- o* Toma de biopsia, valoración de la estenosis y valoración para la colocación de stent

Vólvulo de Sigma

- ¿Por qué desvolvulación previo a la cirugía?
 - Para mejorar la vascularización del segmento afecto
 - Valoración del estado del colon
 - Podemos dejar una sonda rectal
 - No hay que preparar el sigma con enemas
- ¿Cuándo planeamos el tratamiento quirúrgico?
 - A las 24 – 72 horas: durante el mismo ingreso
 - Sigmoidectomía + anastomosis / Hartman
 - Recurrencia tras desvolvulación 50-60%

Colonoscopic Decompression of Acute Pseudo-obstruction of the Colon

DOI: 10.1097/TA.0b013e3181911111

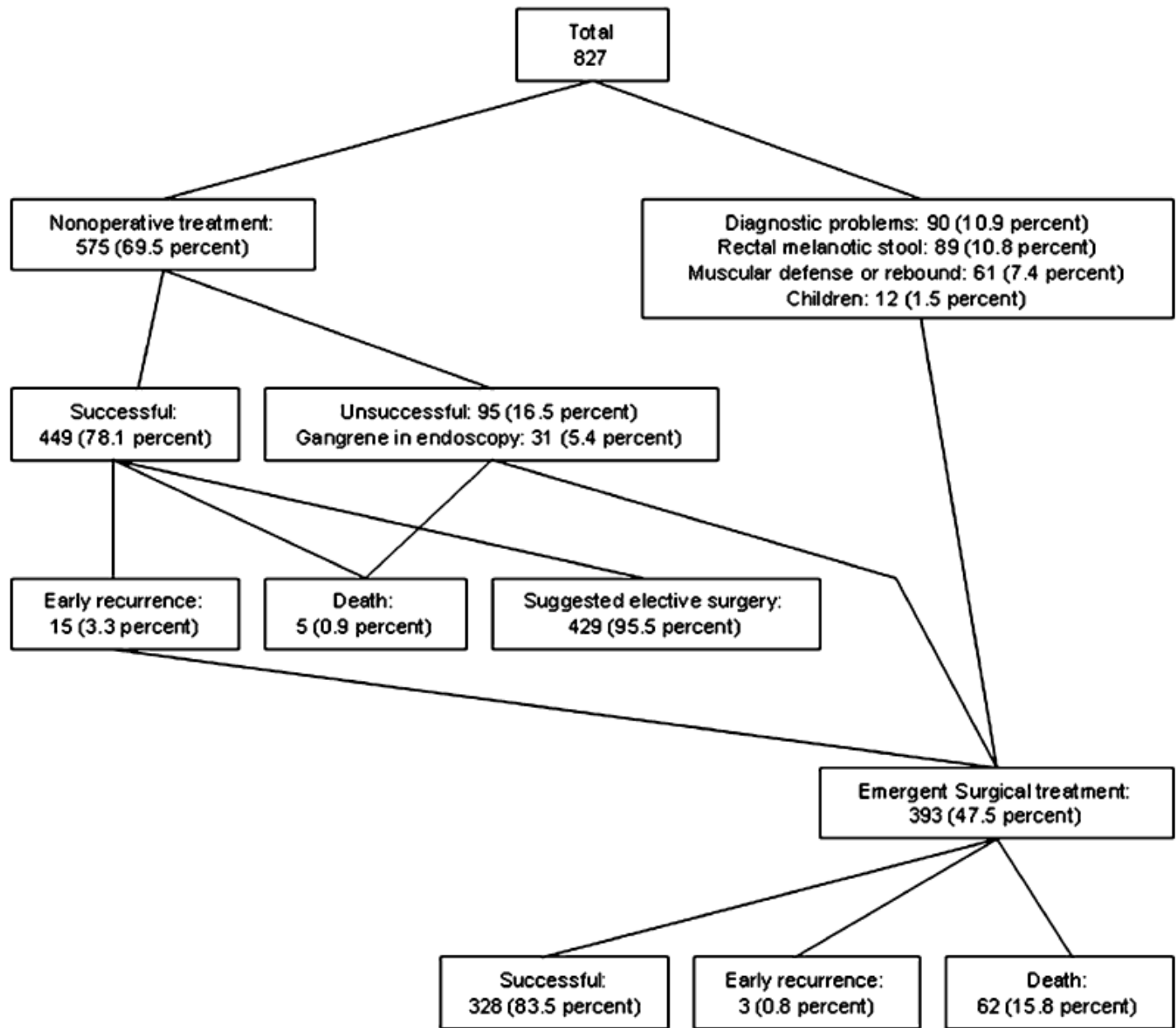
The recent advances in technology have made it possible to decompress acute pseudo-obstruction of the colon non-surgically using colonoscopic decompression. I report one patient who developed acute pseudo-obstruction of the colon and underwent colonoscopic decompression. The patient was able to be discharged after pseudo-obstruction of the colon and underwent colonoscopic decompression. The patient was able to be discharged after pseudo-obstruction of the colon and underwent colonoscopic decompression.

From the Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota.

Results
The precipitating causes of acute pseudo-obstruction of the colon and the results of colonoscopic decompression are listed in Table 1. The dilated colon was fully decompressed in 11 of 22 patients. The colonoscope was passed to the cecum in eight patients. In 11 patients, the scope was passed to the transverse colon or hepatic flexure; nevertheless, the dilated right colon could be completely or partially decompressed. Four patients developed convulsions requiring general anesthetic administration; two eventually required emergency decompression. Of the seven cases in which colonoscopy was unsuccessful, one had no stool found, one had a fluid colon from extensive intraluminal distention, and one had spasm of the large bowel.

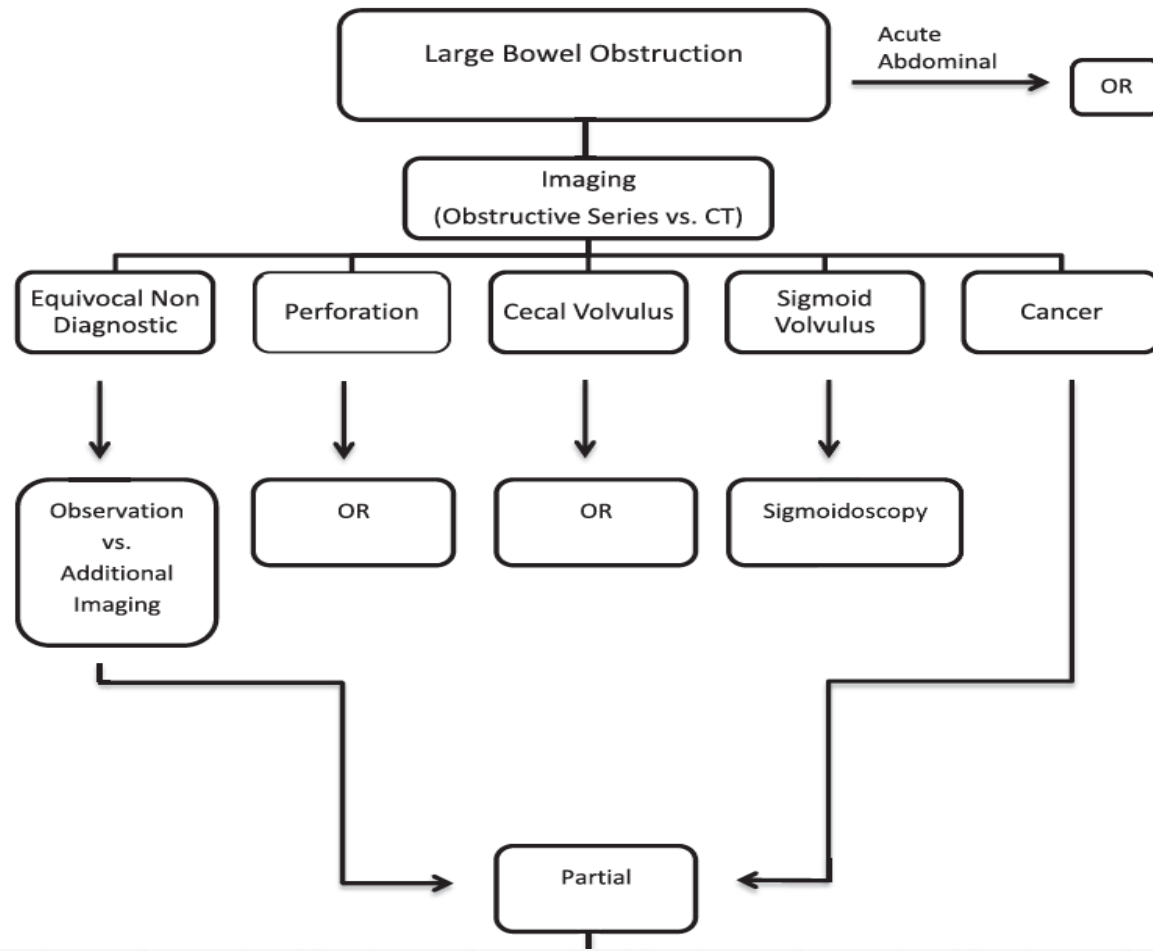
Discussion
Nontoxic forms have been used in acute pseudo-obstruction of the colon: Digoxin's emulsion, like sodium chloride, pseudo-isoproterenol, pseudo-obstruction of the colon, paralytic ileus of the colon, and respiratory failure. In the present study, the use of colonoscopy to decompress the dilated colon was successful in 11 of 22 patients. The use of colonoscopy to decompress the dilated colon was successful in 11 of 22 patients. The use of colonoscopy to decompress the dilated colon was successful in 11 of 22 patients.

Received August 10, 2000; accepted August 10, 2000. Reprints: Dr. M. S. Chang, M.D., University of Minnesota, Division of Colon and Rectal Surgery, 600 University Avenue, SE, Minneapolis, MN 55455.

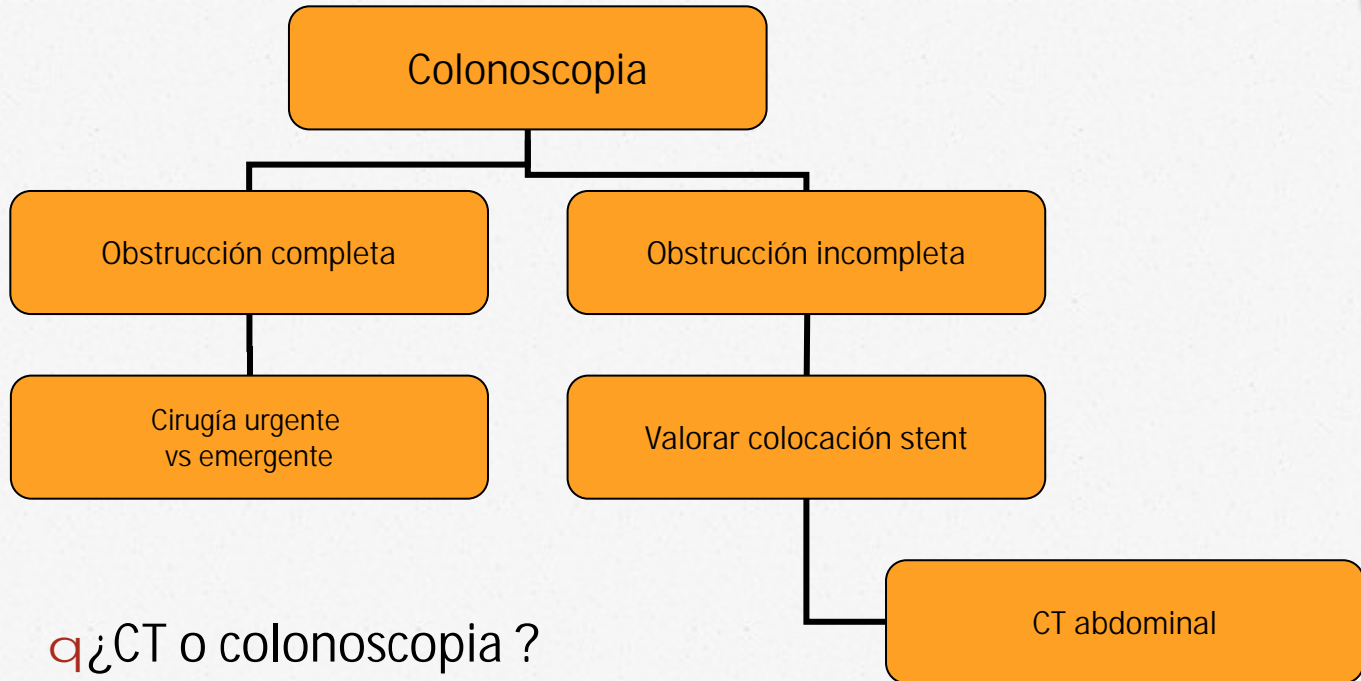


Indicaciones urgentes de colonoscopia en obstrucción intestinal:

- **Síndrome de Ogilvie**
 - Colonoscopia descompresiva
- **Vólvulo de sigma**
 - Desvolvulación endoscópica
- **Diagnóstico de OI de intestino grueso**
 - Toma de biopsia, valoración de la estenosis y valoración para la colocación de stent



colonoscopy

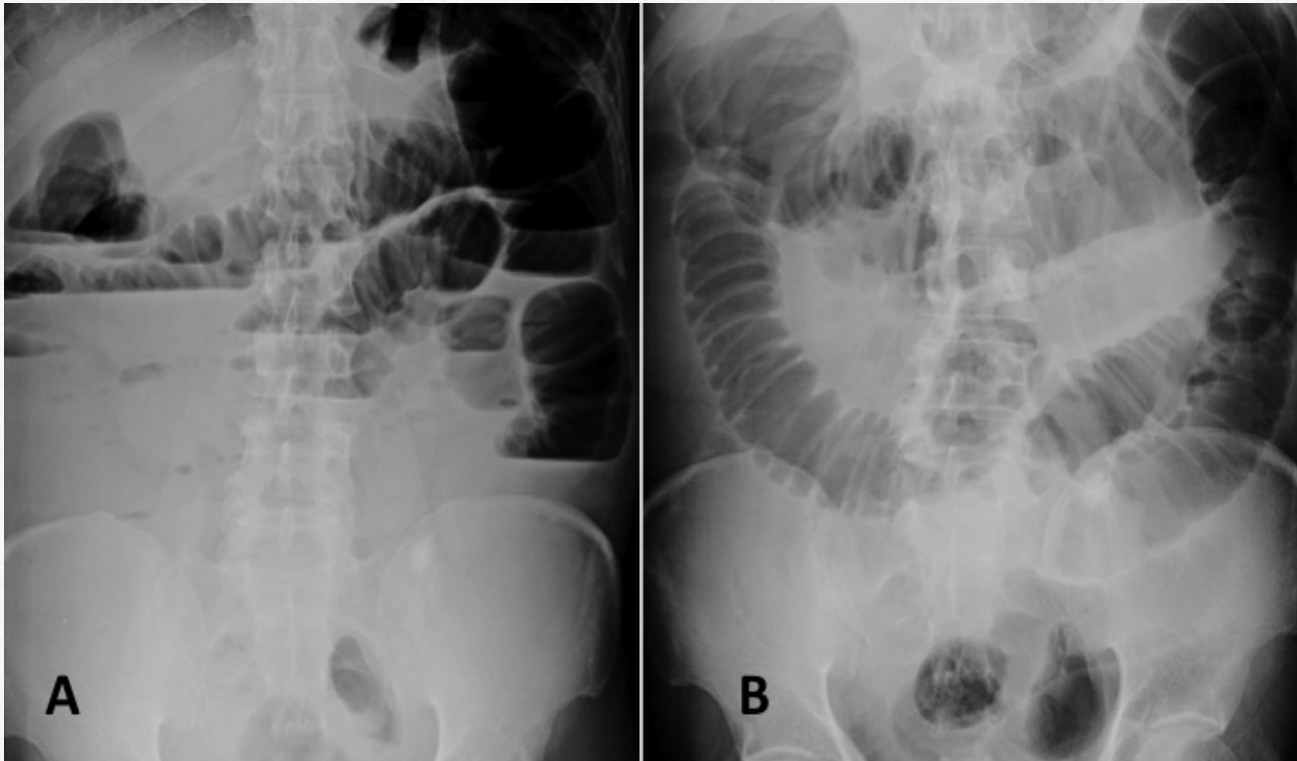


q ¿CT o colonoscopia ?

- o Longitud de la obstrucción
- o Descartar abscesificación
- o Ver el grado de sufrimiento del intestino grueso

q Siempre que **no** se tenga un diagnóstico!

¿Qué hacemos? INDIVIDUALIZAR

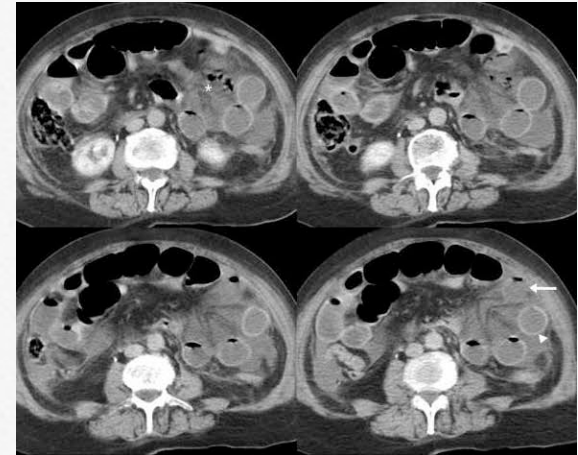


Indicaciones de colonoscopia e obstrucción intestinal

o Diverticulitis*

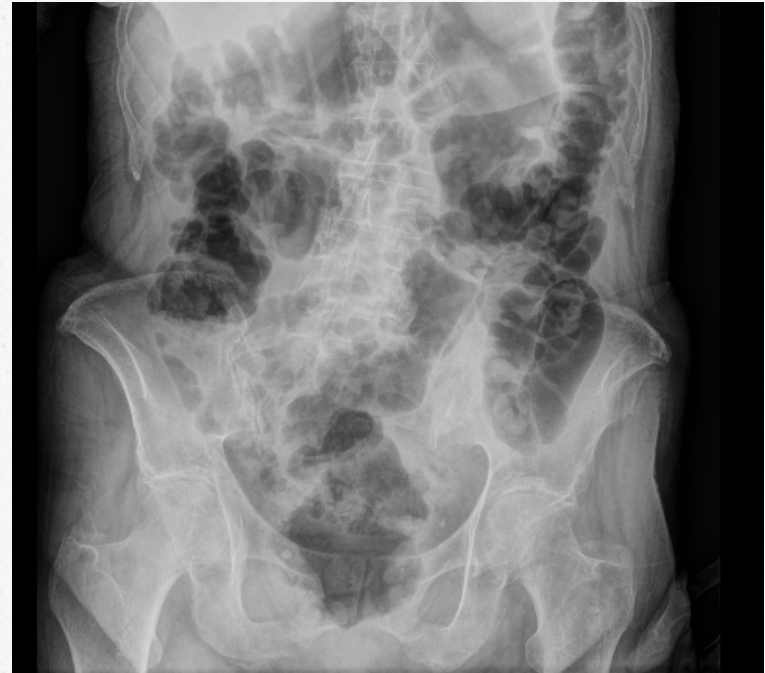
- o Engrosamiento > 6 mm
- o Absceso
- o Obstrucción
- o Adenopatías en CT.

* en < 6 meses.



Desenlace 1

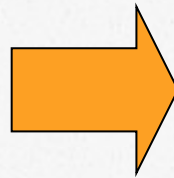
- Tras realizar nueva colonoscopia descompresiva, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.



Desenlace 2



Post descompresión
endoscópica



Tratamiento quirúrgico
sigmoidectomía y
anastomosis T-T



Gracias