

# Causas y mortalidad de la obstrucción intestinal en el anciano

Carlos Agustín Rodríguez-Paz,\*\*\* Fernando Palacio-Vélez\*

\* Unidad de Cirugía General; Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE. \*\* Programa AFINES; Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia: Carlos Agustín Rodríguez-Paz, Av. de los Montes 33, Colonia Miravalle, México DF, CP 03570. 5674-0633.

Recibido para publicación: 16 de enero de 1999.

Aceptado para publicación: 25 de enero de 2000.

**RESUMEN Objetivo:** determinar la etiología, sintomatología, y evolución de los pacientes ancianos operados por obstrucción intestinal (OI). **Antecedentes:** la OI es una de las principales causas de cirugía por urgencia de ancianos, con mortalidad de 20 a 40%. Se cree que la etiología de estas obstrucciones se debe a defectos de pared, adherencias o problemas oncológicos. **Método:** se recabaron los datos de sintomatología y hallazgos quirúrgicos en pacientes mayores de 65 años de edad, atendidos por el Servicio de Cirugía General por urgencias, entre diciembre de 1996 a junio de 1998. **Resultados:** en 104 pacientes ancianos operados por urgencia, 40 fueron por OI, la primera causa fue hernia inguinal y umbilical complicada (35%). La mortalidad fue de 37% secundaria a desequilibrio metabólico y neumonías. **Conclusiones:** las principales causas de OI fueron los defectos de pared abdominal. Recomendamos una inmediata cirugía y corrección preoperatoria de las enfermedades agregadas.

**Palabras clave:** cirugía del anciano, obstrucción intestinal, senil.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas de urgencia quirúrgica en el anciano, la obstrucción intestinal (OI) representa en la literatura mundial, 11% de los casos<sup>1</sup> y 20% de la patología quirúrgica de pacientes adultos.<sup>2</sup> Sin embargo, la OI es el trastorno más importante que requiere cirugía inmediata en el anciano por la elevada mortalidad y las malas condiciones en las que ingresa para cirugía. Son escasos los reportes respecto de las causas, tratamiento y resultados de este padecimiento en los mayores de 65 años de edad.<sup>3</sup>

El encarcelamiento del intestino por defectos de pared abdominal, constituyó 40% de los casos, seguido

**SUMMARY Objective:** To determine the etiology, clinical symptom, evolution, and results of management of small bowel obstruction (SBO) in our geriatric patients. **Background:** SBO is one of the first etiologies of surgical emergency procedures in the elderly with mortality at 20-40%. It is believed that etiology of these obstructions is due to the abdominal hernia adherence and oncologic problems. **Method:** In all patients older than 65 year of age, no traumatic, attending the emergency room of our General Surgery Service from December 1996 to June 1998, data concerning symptomatology and surgical finding were collected. **Results:** In 104 surgical elderly emergency patients, 40 cases was operated on by BO. The first cause was inguinal and umbilical hernia (35%). The first symptom was hypertympanism and radiological data. Mortality was 37% conditioned by metabolic and pneumonic problems. **Conclusions:** The abdominal hernias were the first etiology from SBO. We recommended immediate surgery and preoperative correction of the additional diseases.

**Key words:** Surgery on the elderly, small bowel obstruction, the aged.

de igual porcentaje de adherencias en la única referencia estudiada en adultos mayores con OI;<sup>4</sup> en un estudio más reciente, se consideró a las neoplasias como causa de OI en 16%, la cual se incrementará con los años.<sup>5,6</sup> En México, se describieron los defectos de la pared abdominal como primera causa de OI en adultos,<sup>7</sup> seguidos de las adherencias, pero con incremento importante también de las neoplasias como tercera causa.<sup>8</sup>

Nuestro objetivo fue determinar el lugar que ocupa la OI dentro de las urgencias quirúrgicas en ancianos, su etiología, las principales manifestaciones clínicas, así como los resultados de su manejo por cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron pacientes mayores de 65 años ingresados por urgencias y manejados en el Servicio de Cirugía General entre el 1 de diciembre de 1996 al 1 de julio de 1998, excluyendo a los atendidos por los Servicios de Urgencias y Medicina Interna, además se descartó a los pacientes con necesidad de cirugía de urgencia no abdominal o de traumatismo. Se consideró como tiempo de observación desde el ingreso del paciente, hasta las 12 a 18 horas posteriores de su ingreso, ante lo cual, si no respondía a manejo conservador, era intervenido quirúrgicamente. Se consideraron los días de evolución, desde el inicio del cuadro hasta antes de su ingreso a nuestro servicio, la sintomatología dominante (dolor abdominal referido y a la exploración, defecación, fiebre, peristalsis, hipertimpanismo, tacto rectal con ámpula vacía y datos radiológicos de obstrucción), y se describieron los motivos de complicaciones y mortalidad.

## RESULTADOS

De los 683 pacientes adultos operados por urgencias, 348 correspondieron a cirugía abdominal no traumática; de estos últimos, 104 correspondieron a ancianos (29.8%). La edad promedio de nuestro grupo de estudio varió entre 65 a 98 años (media de 75.1) con 56 mujeres (53.8%) y 48 hombres (46.2%). De estos casos, la etiología primordial fue la OI con 38.4%, seguido de las colecistitis crónicas agudizadas con (26.9%), las apendicitis (14.4%) y otras (20.3%) (*Cuadro 1*).

De acuerdo a la etiología específica de las OI, predominaron las hernias inguinales 22.5%, hernias umbilicales 12.5% y adherencias 7.5% (*Cuadro 2*), lo que hace un total, sólo por defectos de pared abdominal del 35%.

Los pacientes con hernias sabían de su padecimiento, en promedio de tiempo de uno a 49 años (media de dos años), pero el cuadro agudo lo refirieron desde el inicio del padecimiento hasta su ingreso entre los primeros a quince días, con el respectivo estado de anorexia y desnutrición. De los datos clínicos, es interesante que fue el hipertimpanismo y la imagen radiológica los datos que con mayor frecuencia indicaron que el proceso obstructivo no se había resuelto por manejo conservador y debía ser intervenido (*Cuadro 3*).

Se requirió resección intestinal por compromiso vascular del asa intestinal en 12 casos (30%). Las complicaciones se presentaron en 24 pacientes (60%), respecto de estas alteraciones predominaron las neumonías con 12 pacientes (50%), seguidos de las descompensaciones

### CUADRO 1

ETIOLOGÍA DE CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-1998

Etiología	Número	Porcentaje
Obstrucción intestinal	40	38.4
Colecistitis agudizada	28	26.9
Apendicitis	15	14.4
Íleo metabólico	3	2.9
Evisceración	3	2.9
Úlcera duodenal	2	2.0
Úlcera gástrica	2	2.0
Otras	11	10.5

### CUADRO 2

ETIOLOGÍA DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-1998

Etiología	Número	Porcentaje
Hernia inguinal	9	22.5
Hernia umbilical	5	12.5
Adherencia	3	7.5
Apendicitis con adherencias	3	7.5
Vólvulus	3	7.5
Trombosis mesentérica	2	5
Otros	15	37.5

### CUADRO 3

DATOS CLÍNICOS PERSISTENTES EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-1998.

Dato clínico	Casos	Porcentaje
Imagen radiológica	39	97.5
Hipertimpanismo	37	92.5
Ámpula rectal vacía	32	80
Dolor a la exploración	31	77.5
Baja peristalsis audible	30	75
Fiebre	28	70
Refiere haber evacuado	24	60
Dolor abdominal referido por el paciente	16	40
Leucocitosis	16	40

metabólicas (20.8%), infección de la herida (16.7%) e íleo prolongado (12.5%). La muerte se presentó en los pacientes que tenían marcado descontrol del estado metabólico o neumónico,<sup>15</sup> (37.5%).

## DISCUSIÓN

Abi-Hannan refiere a la colecistitis (23%) como la primera causa de urgencia abdominal en ancianos,<sup>1</sup> Romero y colaboradores lo ubican en las hernias complicadas de pared abdominal en 50%;<sup>9</sup> nuestra serie ubica específicamente los problemas de OI como primera causa de urgencia con 38.4%; aunque las diferencias se deben a las características de las poblaciones estudiadas, se coincide en los defectos de pared abdominal como causa importante de urgencia.

Las hernias inguinales, como urgencia, representaron de 20 al 40% de los casos de defectos de pared abdominal,<sup>3</sup> constituyéndose en la etiología más frecuentemente operadas como OI,<sup>10,11</sup> y más letales cuando los pacientes dejan evolucionar el problema agudo y se maneja por urgencia, ya complicado con estrangulación,<sup>12</sup> condicionando a una resección intestinal en 30% de los pacientes operados,<sup>5</sup> coincidiendo con el porcentaje de nuestro estudio; la derivación del tubo digestivo siempre se realizó con colostomías, debido a que el anciano tiene baja respuesta metabólica y estado de desnutrición preoperatorio, que condiciona fístulas o dehiscencia de las anastomosis.

Al tener el anciano un alto umbral al dolor,<sup>13</sup> condiciona mala descripción de su estado clínico, retrasando su manejo. Los pacientes de nuestra serie refirieron como principal motivo de ingreso la falta de defecación en 40% de sus síntomas preoperatorios, mientras la mayoría refirió que el dolor había desaparecido. Se recomienda la reexploración acuciosa cada seis horas como mínimo, en los casos en donde el anciano se mantiene bajo observación. No existe ningún signo o síntoma patognomónico por ser engañosa la sintomatología, en el senil se optó por recabar la mayor cantidad de datos en el menor tiempo posible, lo cual auxiliará las bases del diagnóstico presuncional, y en su caso, se tendrán los elementos para tomar la decisión de operar al paciente. Muchos ancianos no aparentan tener un cuadro abdominal agudo, así como algunos presentaron hernias cruales no advertidas durante la exploración clínica.

La elevada mortalidad comentada se debe, en parte, al estado tan prolongado de ayuno, así como de las enfermedades intercurrentes como lo son la diabetes mellitus y las neumonías,<sup>14,15</sup> ideal es que en todo paciente de urgencia, se corrijan estos problemas en el preoperatorio hasta donde sea posible,<sup>16</sup> de preferencia por un gru-

po multidisciplinario de expertos en el manejo del anciano.<sup>17</sup>

## CONCLUSIONES

La cirugía de urgencia abdominal en el anciano debe realizarse en el menor tiempo posible,<sup>18</sup> a fin de manejar el frágil estado de homeostasis, quebrantado por un cuadro agudo que, en buen porcentaje de los casos no causa dolor. Se debe ser cauto y no confiar en un solo dato clínico, sino en la reunión de elementos que permitan un adecuado juicio clínico. Finalmente se debe insistir en manejar a los pacientes con defectos de pared abdominal como electivos, a fin de reducir esta etiología como causa de urgencia abdominal en el senil.

## REFERENCIAS

1. Abi-Hanna P, Gleckman R. Acute abdominal pain: a medical emergency in older patients. *Geriatrics* 1997; 52(7): 72-74.
2. Stewardson RH, Bombeck T, Nyhus LM. Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1978; 187: 189-193.
3. Rosenthal RA. Trastornos del intestino delgado y hernias en la pared abdominal. *Surg Clin N Am* 1994; 74: 315-319.
4. Greene WW. Bowel obstruction in the aged patient: a review of 300 cases. *Am J Surg* 1969; 118: 541-546.
5. Mucha P. Small intestine obstruction. *Surg Clin N Am* 1987; 124: 663-669.
6. Koperna T, Kisser M, Schultz F. Emergency surgery for colon cancer in the aged. *Arch Surg* 1997; 132: 1032-1037.
7. Flores RAR. Tratamiento quirúrgico de 100 pacientes con oclusión intestinal en un hospital general. *Cir Gral* 1993; 15: 71-73.
8. Montoya TD, Palacio VF, Ayala AM, Vargas AA, Castro AM, Rodríguez-Paz CA. Etiología posquirúrgica de la obstrucción intestinal. (Abstract). *Cir Gral* 1997; 19(Supl 1): 37.
9. Romero PR, Uribe TF, Juárez DF, Alvarado RM. Cirugía abdominal de urgencia en el paciente senil. (Abstract). *Cir Gral* 1998; 19(Supl 1): 4.
10. Chamary VL. Femoral hernia; intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. *Br J Surg* 1993; 80: 230-232.
11. Lo CH, Lorentz T, Lau P. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994; 67: 396-398.
12. Gianetta A, De Cian F, Cuneo S, Friedman D, Vitale B, Marinari G, Baschieri G, Camerini G. Hernia repair in elderly patients. *Br J Surg* 1997; 84: 983-985.
13. Lau WY, Fan ST, Yiu TF et al. Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161: 157-160.
14. García GJ, Gutiérrez CR, González OA, López LC. Análisis de factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años, tratados por patología quirúrgica electiva y de urgencia. *Cir Gral* 1995; 17: 1-6.
15. Martínez-De Jesús FR, Vallejo RM, Morales GM, Pérez MA. Síndrome abdominal agudo en el anciano: estudio comparativo entre pacientes diabéticos y no diabéticos. *Rev Gastroenterol Mex* 1995; 60: 211-214.
16. Snustad DG, Linsay RW. Perioperative assessment and management in older patients. In: Grimey E, Franklin W, editors. *Oxford textbook of geriatric medical*. Oxford UK: Oxford Medical Publishers 1992: 674-682.
17. Gold S, Bergman H. A geriatric consultation team in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 764-767.