

RÓMULO SOLER VAILLANT, (Guantánamo, 1936): Es graduado de Medicina (1964) en la Universidad de La Habana. Doctor en Ciencias , Profesor Titular y Consultante de Cirugía del Hospital de Emergencias “Freyre de Andrade” y de la Facultad Docente “Calixto García Íñiguez” de la Ciudad de La Habana. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Cirugía, de su Sección de Trauma. Miembro de Honor de la Sociedad Ibero-latinoamericana de Cirujanos (SILAC), de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) y de la Sociedad Panamericana de Trauma.

TEMAS PARA LA DOCENCIA EN CIRUGÍA GENERAL

Autor: Rómulo Soler Vaillant

Dr. en Ciencias y Profesor Titular de Cirugía General

Colaboradores:

Ramiro Pereira Riverón

Dr. en Ciencias Médicas y Profesor Titular de Neurocirugía

Juan Carlos Pérez Cárdenas

Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica

Víctor Losa Águila

Profesor Instructor de Ortopedia y traumatología

Saturnino Ramos González

Pastor Armando Villavicencio Crespo

Especialistas de Cirugía General

Griselda Virgen Naranjo Castillo

Lic. en Enfermería, Especializada en Unidades Quirúrgicas

Edición: Neyda Izquierdo Ramos y María Pacheco
Diseño de cubierta: Yadyra Rodríguez Gómez
Diseño interior y realización: Bárbara A. Fernández Portal
Emplane digitalizado: Bárbara A. Fernández Portal

© Sobre la presente Edición: Rómulo Soler Vaillant, 2008
© Editorial:

ÍNDICE

Prefacio / 7
Abdomen agudo / 9
Síndrome peritoneal (peritonitis) / 10
Pancreatitis aguda / 20
Obstrucción intestinal / 29
Bibliografía / 43
Traumatismo. Principios básicos / 46
Evaluación del traumatizado / 47
Índices pronósticos / 56
Traumatismos del cuello / 62
Trauma torácico / 79
Traumatismo del abdomen / 109
Lesiones exsanguinantes / 109
Vísceras huecas / 119
Sistemas de atención al traumatizado / 130
Bibliografía / 141

PREFACIO

Satisfacer las necesidades de información mediante textos, revistas especializadas, uso de la informática, clases, conferencias, simposios, congresos; requieren de un noble esfuerzo por parte de los docentes.

El profesor Rómulo Soler Vaillant, autor de varios textos dentro del campo de la cirugía, dirige sus esfuerzos y el de sus colaboradores en esta obra con el fin de plantear una nueva contribución a la formación del personal médico, aportando los elementos básicos imprescindibles que deben incentivar a la profundización de estos educandos.

Este libro no va dirigido a los lectores con conocimientos superiores y experiencias en el campo de la CIRUGIA GENERAL; el autor busca apoyado en su experiencia profesional y docente, aportar en esta asignatura de una manera amena, con gráficos, esquemas, dibujos y con el uso de un lenguaje claro y directo mostrar lo más objetivo de la Cirugía General, exponiéndolos brevemente en varios capítulos.

Como buen clínico observador con sus explicaciones precisas nos va llevando mediante análisis teóricos a la obtención de los conocimientos en lo que respecta al abdomen agudo no traumático y reconocer las lesiones en los traumatizados.

En sus ideas enfatiza acerca de la interpretación, clasificación y tratamiento en los pacientes cuyos elementos etiológicos son de diversas índoles de trauma a lo que añade de la descripción del sistema de evaluación y pronóstico, los que llenan al texto de un estimable valor didáctico para su empleo en la docencia.

Démosle bienvenida a este material con el ánimo del reconocimiento al aporte que el mismo producirá en la formación de nuestros futuros médicos.

Pedro Monreal Acosta
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Titular en Ortopedia
y Traumatología

ABDOMEN AGUDO

Es el proceso de carácter grave, de evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que casi siempre exige la intervención quirúrgica urgente. Se agrupa:

1. Inflamatorio o perforativo (síndrome peritoneal).
2. De causa obstructiva (síndrome obstructivo).
3. Proceso vascular o hemorrágico (trombosis mesentérica, síndrome hemorrágico).

Presentándose como:

- Síndrome peritoneal
- Pancreatitis aguda
- Obstrucción intestinal
- Síndrome hemorrágico
- Trombosis mesentérica

Clasificación sindrómica

- Peritoneal
- Hemorrágico
- Oclusivo
- Mixto o indefinido

De acuerdo a los síntomas el abdomen agudo puede adoptar otra clasificación:

Con sintomatología	
<i>Definida</i>	<i>Indefinida</i>
Peritoneal	De torsión
Hemorrágico	Perforativo
Obstructivo	

Grandes dramas abdominales

Pancreatitis aguda
Trombosis mesentérica
Vólvulo total de intestino delgado

Clasificación evolutiva	
<i>Período inicial</i>	<i>Período final</i>
Anorexia	Deshidratación
Constipación	Trastornos electrolíticos
Epigastralgia	Síndrome toxinfecioso
Flatulencia	por la peritonitis generalizada
Náuseas	Muerte por disfunción
Vómitos	múltiple de órganos (DMO)
Febrícula	
Período de estado	
Síntomas y signos propios de los diversos síndromes del abdomen agudo	

SÍNDROME PERITONEAL (PERITONITIS)

La *peritonitis* es la inflamación de una parte o de toda la cavidad abdominal por invasión bacteriana o irritación química.

La peritonitis es un síndrome que agrupa a un conjunto de entidades nosológicas diversas en su etiología y comportamiento, con un gran denominador común: la inflamación de una parte o de todo el peritoneo. En la mayoría de los casos se traduce por dolor a la descompresión abdominal. La peritonitis es considerada generalizada cuando el proceso inflamatorio generalmente de causa séptica se ha diseminado por toda la cavidad abdominal y localizada cuando se limita a una zona restringida, pudiendo ser en cualquiera de esta dos forma: aguda o crónica.

Cualquier causa que de origen al abdomen agudo desencadena una serie de síntomas y signos variados, de ellos el que siempre está presente es el dolor abdominal. Concomitando con el dolor puede encontrarse, vómitos, diarreas, estreñimiento, distención abdominal, shock, hipotensión arterial, fiebre, hemorragia gastrointestinal y síntomas urinarios, los que no siempre se presentan unidos, sino que dependen de la causa del abdomen agudo y de su período evolutivo, además de existir enfermedades que simulan un abdomen agudo.

Enfermedades que simulan abdomen agudo:

- Adenitis mesentérica
- Cólico biliar
- Afecciones renouretales
- Dolor úterovárico
- Neumonía, pleuritis
- Fiebre tifoidea
- Acidosis diabética
- Sicklemia
- Crisis gástrica (tabes)
- Enterocolitis
- Meningitis
- Porfiria aguda
- Intoxicación plúmbica

Síndrome peritoneal

Tipos

Primaria: La enfermedad peritoneal no es debida a focos sépticos dentro de la cavidad peritoneal.

Secundaria: Causas frecuentes: apendicitis, úlcera perforada, colecistitis aguda y otras.

Terciaria: Mecanismos de defensa inadecuados o infecciones intercurrentes ante las cuales el organismo del paciente no logra detener la infección.

Abdomen agudo (peritonitis)

- Se observa a cualquier edad. Mayor incidencia entre los 15 y 40 años.
- Con característica clínica y diagnóstica diferentes en el anciano y en el embarazo.
- Infrecuente en el primer año de la vida.
- Más común en los varones.

Afecciones que provocan peritonitis secundaria

— Apendicitis aguda, epiploitis.

- Colecistitis, pancreatitis guda.
- Perforación gastroduodenal.
 - úlcera
 - tumor
 - trauma
- Hernia estrangulada.
- Vólvulo, invaginación intestinal.
- Vólvulo gástrico.
- Procesos ginecológicos .
 - salpingitis
 - piosalping roto
 - torsión de un tumor o quiste de ovario
- Infarto mesentérico.
- Perforación diverticular o tífica.
- Meckelitis.
- Rotura de absceso intraabdominal.

Apendicitis aguda

La *apendicitis aguda* representa la primera causa de abdomen agudo, constituyendo el 30 o 40 % de las causas de urgencias no traumáticas. Comienza con un proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal. Es frecuente entre los 9 a 10 años y hasta los 30, su mayor incidencia es entre los 15 y 40 años.

En su etiología interviene como mecanismo inicial, *la obstrucción* con aumento de la presión intraluminal del apéndice, disminución del drenaje venoso, trombosis, edema e invasión bacteriana de la pared del apéndice, seguido de perforación, dando lugar al mecanismo final *la infección*. Existen otros mecanismos etiopatogénicos por ejemplo: obstrucción por parásitos, cuerpos extraños en la luz apendicular, hiperplasia linfoide, mecanismos vasculares y la torsión del apéndice.

El trauma sobre la región apendicular ha sido invocado como posible agente etiológico. Pero lo más probable es que el traumatismo evidencie o agrave un proceso ya establecido.

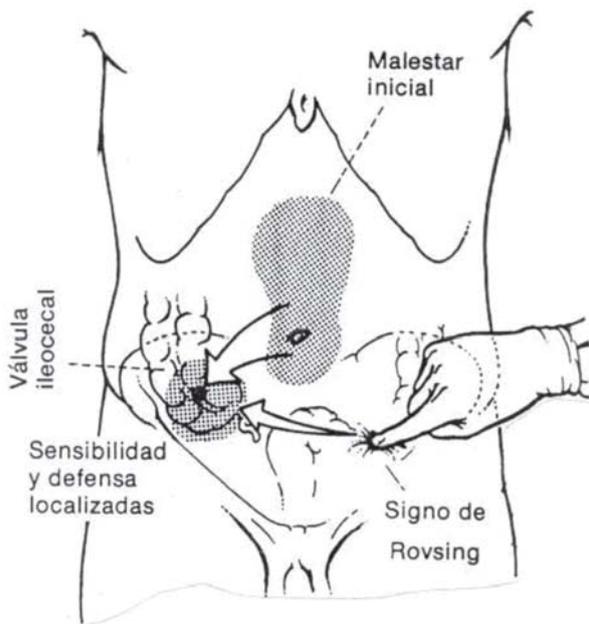


Fig. 1. Signos de apendicitis aguda.

Síntomas y signos de la apendicitis aguda

- Dolor vago o difuso
 - epigástrico
 - periumbilical
 - en fosa ilíaca derecha (FID), en la cual el dolor se hace fijo
- Náuseas y vómitos
- Constipación (60 %) o diarreas
- Aumento del pulso acorde a la evolución y el estadio clínico
- Blumberg, Rousing, Cope, Chapman
- Diferencia de la temperatura axilorectal mayor de un grado
- Tacto rectal – vaginal (doloroso, caliente, abombado)
- Leucocitosis

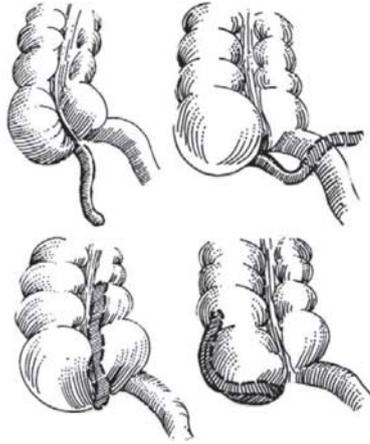


Fig. 2. Posiciones frecuentes que puede adoptar elapéndice cecal.

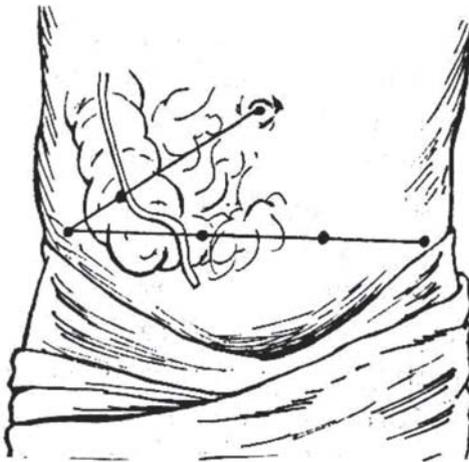


Fig. 3. Dolor en el punto de Mc Burney, signo de apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial

- Adenitis mesentérica
- Procesos ginecológicos
 - salpingitis
 - metroanexitis
 - cólicos uterinos
 - aborto en curso

- Inflamación de un divertículo de Meckel
- Perforación de una úlcera gastroduodenal
- Crisis ulcerosa, pancreatitis
- Colecistitis aguda, cólico biliar
- Enteritis regional (Crohn)
- Tuberculosis intestinal
- Litiasis renoureteral derecha
- Pielonefritis, crisis de Dieltz
- Perforación tífica
- Epiploitis aguda

Perforativo: síntomas que expresan reacción del peritoneo cuando una víscera hueca, un quiste o un proceso séptico vierte su contenido en la cavidad abdominal.

Tratamiento. Varía de acuerdo con la localización de la perforación:

- Duodeno: sutura y epiploplastia.
- Vesícula: colecistectomía.
- Por un divertículo de Meckel: resección.
- Diverticulitis dando un cuadro de sepsis o perforativo (colon izquierdo): drenaje y colostomía.

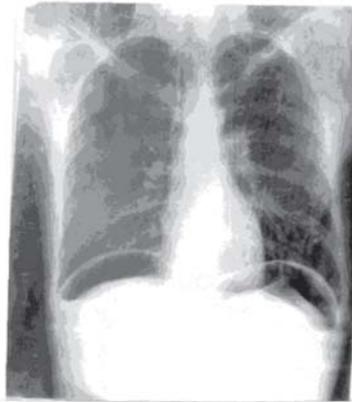


Fig. 4 Neumoperitoneo por úlcera duodenal perforada.

Torsión de un órgano o víscera intraabdominal

Puede llegar a producir peritonitis y es el resultado del movimiento giratorio que experimenta un órgano sólido, tumor o quiste sobre su propio meso o pedículo; con estrangulación de los vasos contenidos en los respectivos mesos o pedículos.

Torsión ginecológica

Dolor brusco con exacerbaciones, localizado en abdomen inferior con shock peritoneal (palidez, sudores fríos, taquicardia). Puede instalarse un íleo intestinal (distensión abdominal). Facilita el diagnóstico: el antecedente del quiste.

Torsión del epiplón

Accidente poco frecuente. Su sintomatología corresponde a un cuadro abdominal agudo. Se inicia con dolor brusco e intenso en el abdomen; vómitos, sin fiebre o escasa. La clínica de la torsión del epiplón produce una epiploitis aguda y los síntomas suelen ser: dolor constante o a tipo cólico y su localización tiende a estar ubicada en la fosa ilíaca derecha. Al explorar el abdomen, éste se haya ligeramente distendido y se palpa una masa de consistencia pastosa que simula un plastrón. El tratamiento consiste en la resección de la porción torcida del epiplón.



Fig. 5 Laparotomía por un cuadro abdominal agudo.

COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda, constituye la cuarta causa de ingreso hospitalario en nuestro medio a través de las urgencias en cirugía, anteponiéndose la apendicitis aguda, la obstrucción de causa mecánica de intestino delgado o grueso y el dolor abdominal por úlcera gastroduodenal perforada o de origen inespecífico.

En su comienzo es un proceso mecánico (cálculo impactado) evolucionando generalmente hacia la infección bacteriana, con mayor frecuencia después de los 45 a 50 años; común en la mujer e infrecuente en el niño.

Causas predisponentes: obstrucción a nivel del cuello de la vesícula o del conducto cístico por cálculos, proceso inflamatorio, neoplasia, acodadura, parásitos o estasis biliar.

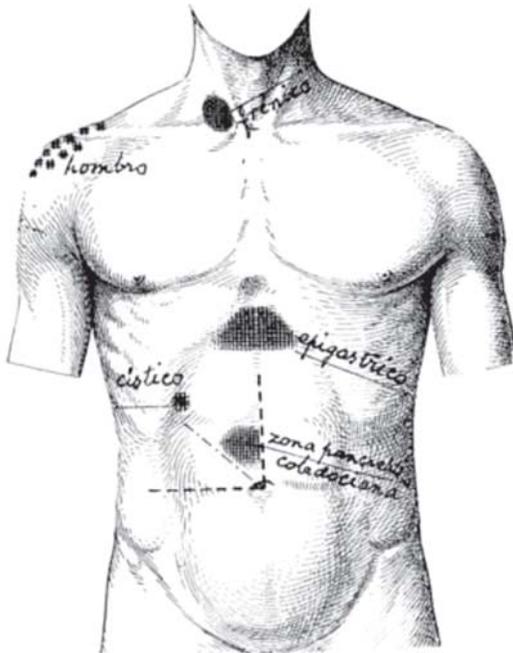


Fig. 6 Zonas de dolor (colecistitis aguda).

El dolor es un síntoma constante, puede oscilar desde molestia en epigastrio o región subcostal derecha, hasta hacerse insoportable con irradiación a hombro o espalda, acompañado de náuseas y vómitos. Fiebre alta o hipotermia en las formas gangrenosas, con estado tóxico, ictericia, taquicardia. Con frecuencia la vesícula es palpable (Signo de Murphy positivo).

Fases evolutivas:

- Cólico biliar.
- Hidropesía vesicular (hidrocolecisto).
- Colecistitis aguda.
 - empiema vesicular.
 - plastrón.
 - perforación (peritonitis biliar).
 - íleo biliar.
- Colecistitis filtrante.
- Colecistitis en el curso de intervenciones quirúrgicas intra o extraabdominales.

La colecistectomía es la operación ante una colecistitis aguda y puede ser, a abdomen abierto (laparotomía) o por video laparoscopia.

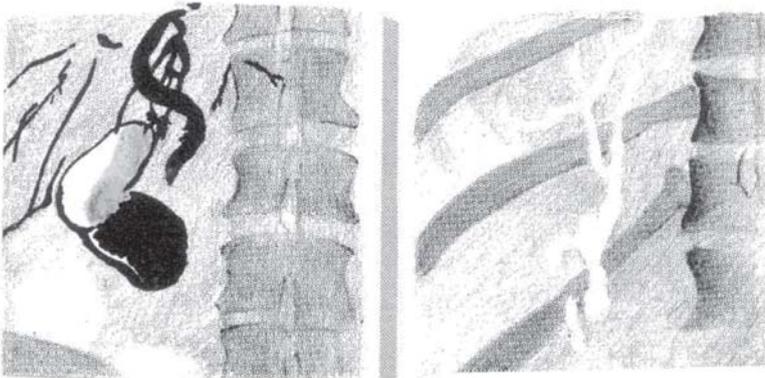


Fig. 7 Aire en vesícula y en el resto del tractus biliar.

El cuadro clínico por íleo biliar es la de una obstrucción en íleon terminal, lo que origina un abdomen agudo. Se trata, por lo general, de una mujer con antecedentes de enfermedad litiasica vesicular, que al exacerbarse la sintomatología produce un impacto en el cístico que la lleva a una colecistitis aguda, dado por dolor en hipocondio derecho, vómitos, fiebre y subictero, así como contractura, defensa y tumor palpable en dicha región. La vesícula biliar (inflamada, séptica) se adhiere al estómago o al duodeno con comunicación entre las mismas (fístula biliar), produciendo un cuadro obstructivo.

PANCREATITIS AGUDA

La *pancreatitis aguda* es una enfermedad de etiopatogenia aún hoy no del todo aclarada y con una gravedad preocupante, ya que alrededor de 10 al 20 % evolucionan con complicaciones severas y con un alto índice de mortalidad. Su presentación clínica es variable, desde un suave episodio de molestias abdominales de evolución espontánea hasta una grave condición acompañada de hipotensión arterial, secuestro de líquidos, trastornos metabólicos, sepsis y muerte.

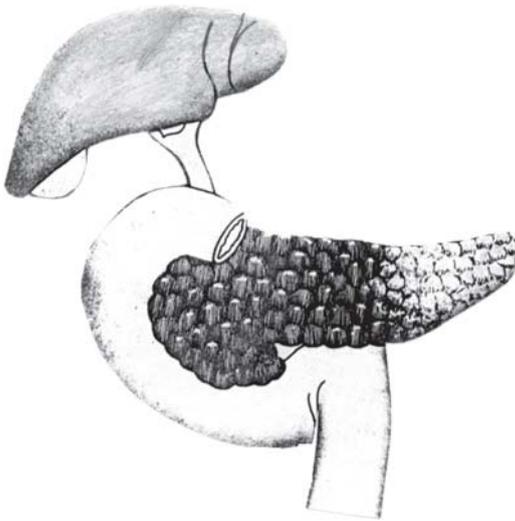


Fig. 1. Pancreatitis aguda.

La pancreatitis aguda (PA), es una afección grave que se desarrolla por un proceso de autodigestión cuando las enzimas pancreáticas activadas anormalmente en su interior entran en contacto con el parénquima glandular. Se manifiesta como un abdomen agudo y se caracteriza por edema pancreático, con zonas de necrosis adiposa más o menos extensa y hemorragia.

Más del 90% de los pacientes con pancreatitis aguda siguen un curso clínico de resolución espontánea respondiendo a medidas de apoyo, sin embargo el 10% de los mismos desarrollan una afección que pone en peligro su vida, asociada por inflamación severa, hemorragia o necrosis con significativa mortalidad a pesar del mejor tratamiento aplicado.

La *pancreatitis aguda* puede observarse a cualquier edad, en el niño es infrecuente y generalmente de etiología infecciosa, traumática o hereditaria, se presenta principalmente entre los 40 y 50 años. Cuando se relaciona con el alcoholismo se desarrolla tempranamente. Puede tratarse de enfermos obesos, hipertensos, con antecedentes de alcoholismo, litiasis biliar o posterior a una comida abundante en grasa son presa de dolor abdominal violento, sudoración profusa y vómitos. La clínica de la pancreatitis aguda es variable en gravedad y depende de las alteraciones estructurales de la glándula; si el proceso es intracapsular, el dolor es en el epigastrio.

Cuando la hemorragia y el exudado se extienden, el dolor se irradia hacia atrás y los flancos (signo de Mayo Robson), en ocasiones, hacia el hombro izquierdo. En la pancreatitis hemorrágica el abdomen puede estar contracturado y evidenciarse signos de shock; además provoca náuseas, vómitos, distensión abdominal e ictericia.

Por lo general la *pancreatitis aguda* se inicia de manera súbita, con dolor violento y colapso grave, simulando perforación gastroduodenal o trombosis mesentérica, en otra ocasión se manifiesta con signos y síntomas menos alarmantes: dolor en hipocondrio derecho como una colecistitis aguda o tipo cólico con distensión abdominal y vómitos, aparentando una obstrucción de intestino delgado.

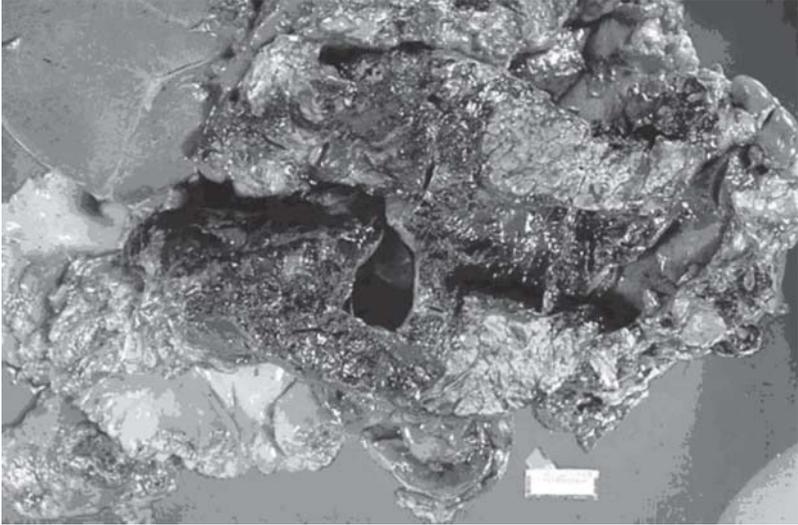


Fig. 2. Área de necrosis y hemorragia (pancreatitis aguda).



Fig. 3. Digestión enzimática de la grasa mesentérica

En la medida que el proceso se agrava, los vómitos se hacen constantes y biliosos. En ocasiones hay hipo, fiebre moderada o hipotermia. Pulso rápido, que con el progreso de la enfermedad se hace filiforme.

En la *pancreatitis aguda* por lo general el abdomen no acompaña los movimientos respiratorios, está distendido y es más marcado en epigastrio. Instalado el proceso inflamatorio necrótico se puede observar en los flancos una coloración azulada debido a sangre extravasada (signo de Grey-Turner) o periumbilical (signo de Cullen), o verdosa si existe un coleperitoneo (signo de Ransohoff).

En la pancreatitis podrá encontrarse:

- Hemoconcentración, leucocitosis.
 - shock
 - deshidratación
- Hipocalcemia, cloropenia y alcalosis (debido a los vómitos) y cierto grado de hiperglicemia.
 - La amilasa alcanzará cifras elevadas en las primeras 24 a 48 horas, no así la lipasa.
 - Estudios radiológicos.
 - Ultrasonido, TAC.

Los Rx de tórax pueden demostrar atelectasia pulmonar o derrame pleural izquierdo. Los de abdomen podrán revelar cálculos en la vesícula, coledoco o en el conducto pancreático. También distensión segmentaria de colon ascendente, transverso (separado uno del otro) y de intestino delgado. El ultrasonido podrá señalar: cálculo biliar, dilatación de conductos, edema pancreático o líquido en cavidad abdominal, como se muestra en las figuras 4 y 5.

Ante el cuadro de pancreatitis severa con presencia de líquido en tórax o abdomen, hipotensión arterial o leucocitosis progresiva y elevación de la temperatura se debe indicar la tomografía axial computadorizada (TAC). En esta situación la evaluación de gravedad mediante el APACHE II y la TAC son de utilidad durante todo el proceso, ejemplo de ello en las figuras 6 y 7.



Fig. 4. Distensión de intestino delgado. Fig. 5. Distendido y cortado el colon derecho del transverso.



Fig. 6. Colección líquida en región sudfrénica izquierda (pancreatitis aguda).

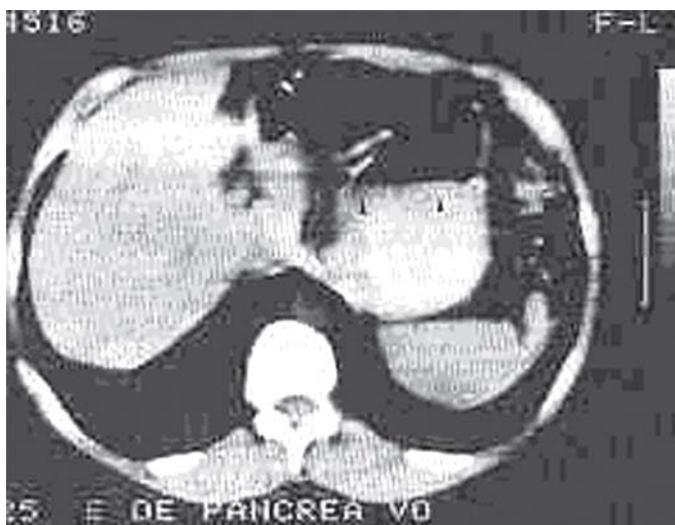


Fig. 7. Dilatación del estómago, colecisto pancreatitis con íleo segmentario

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es indicación de esfinterotomía y extracción de cálculos en pacientes que no mejoran su cuadro clínico durante el período de 24 a 48 horas. de hospitalizados.

Criterios y pronósticos de Ramson

Es importante identificar la severidad de la enfermedad y el riesgo de muerte. Por lo que deben adecuarse los once criterios de Ramson, los cuales han demostrado un mayor valor para estimar la gravedad de esta enfermedad. La presencia de tres o más criterios se asocia con elevada mortalidad. Los que presentan 5 o 6 índices pronósticos alcanzan una mortalidad de 100 %. Los pacientes con uno o dos criterios pronósticos no deben presentar mortalidad y requieren solo tratamiento de apoyo. La aplicación de este sistema de puntaje permite la identificación de gravedad temprana.

Criterios pronósticos	
Al ingreso	Siguientes 48 h
1. Edad > 55 años	1. Caída del hematocrito > 10 %
2. Leucocitos > 16 000 mm ³	2. Elevación del nitrógeno ureico por encima de 5 mg/dl (> 1,8 mmol/l)
3. Glicemia > 200 mg/dl o de 11 mmol/l	3. Calcio sérico por debajo de 8 mg/dL (<1,9 mmol/L)
4. DHL > 350 UI/L	4. PO ₂ < 60 mm de Hg
5. TGO > 250 U/dL	5. Déficit de base > 4 mEq/L
	6. Secuestro de líquidos de más de 6 L

COMPLICACIONES

Locales

- Necrosis e infección.
- Absceso pancreático.
- Seudoquiste pancreático.
- Otras:
 - hemorragias.
 - fístulas.
 - ascitis.
 - compresiones.
 - disrupción del conducto pancreático principal.

Sistémicas

- Fallo cardiocirculatorio (shock).
- Insuficiencia.
 - respiratoria.
 - renal.
 - hepatocelular.
- Alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.
 - hiperglicemia.
 - hiperlipemia.
 - hipocalcemia.
 - acidosis metabólica.
- Hemorragia gastroduodenal.
- Alteración de la coagulación.

- Encefalopatía pancreática
- Oculares (retinopatía de Purtscher)
- Digestivas (íleo, úlcera de estrés)

TRATAMIENTO

En la *pancreatitis aguda* el primer objetivo es mantener al paciente en ayuno hasta tanto no disminuya las manifestaciones de inflamación aguda, como serán el alivio del dolor, signos de irritación peritoneal, normalización de la amilasa sérica, retorno del apetito y del bienestar del paciente.

En casos graves se requiere en ocasiones de 8 a 10 o más litros de reemplazo de líquidos (primeras 24 horas), por aumento de la permeabilidad vascular y pérdidas de líquidos hacia el retroperitoneo.

RECOMENDABLE

- Canalización de vena profunda.
- Sonda vesical.
- Monitoreo.
- Reposición de líquidos.
 - solución salina fisiológica. Potasio cuando exista mejora del gasto urinario.
 - coloides.
 - albúmina, si < 30 g/L.
 - sangre fresca (hematíes) si < 100 g/L.
 - plasma fresco congelado.

MEDIDAS GENERALES

- Control del dolor.
- Meperidina (100 mg cada 4—6 horas).
- Procaína (2 g / 24 h en infusión).
- Bloqueo simpático (epidural o espinal).
- Supresión de la alimentación enteral.
- Aspiración nasogástrica continua.
- Antibioticoterapia.

Soporte

- Inotrópico, si la reanimación con líquidos no logra los resultados esperados, sospechar disfunción miocárdica.
 - Si hipocontractilidad: indicar dobutamina.
 - Si hipotensión mantenida con reposición adecuada de líquidos: indicar dopamina.
- Respiratorio.
- Renal.
- Nutricional.

En la pancreatitis aguda biliar, la CPRE y la papilotomía con extracción de cálculos, 24 a 72 horas del inicio de los síntomas produce mejoría con disminución de la sepsis biliar y la mortalidad.

Intentar disminuir la secreción pancreática

- Somatostatina (octreotide efectivo en el manejo de las fístulas intestinales y pancreáticas).
- 5 -fluoracilo, 250 mg en 500 ml de dextrosa al 5 % por día (1 a 3 dosis).
- Inhibir las proteasas (trasyloil y plasma fresco).
- Reducir los niveles de prostaglandinas (indometacina).

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La mortalidad y morbilidad en este proceso obstructivo era muy alto en el pasado siglo, aunque ha mejorado y disminuido en la actualidad, debido a nuevos y mejores medios auxiliares de diagnóstico y a el mejor conocimiento de su fisiopatología, a una terapéutica eficaz pero aún es preocupante dándose cifras de 3,5 y hasta 6 o 7 % de mortalidad.

Existen tasas de mortalidad de 1 % en la oclusión simple y de 20 a 30 % aproximadamente en la obstrucción con estrangulación.

SÍNDROME OBSTRUCTIVO U OCLUSIVO

Se define como el conjunto de síntomas y signos, consecuencia de la interrupción o disminución del tránsito intestinal y de su contenido. Es la segunda causa de abdomen agudo quirúrgico.

La obstrucción intestinal puede ser:

- Por obstrucción mecánica de la luz intestinal.
- Por parálisis de los músculos intestinales (íleo paralítico).
- Trastornos vasculares (oclusión vascular mesentérica).

Clasificación

- Simple. Obstruido el paso del contenido intestinal.
- Estrangulación (compromiso vascular). Disminución de la irrigación sanguínea del segmento afectado, lo que puede llevar a la gangrena y a la perforación.

- Según su duración en agudas, subagudas y crónicas.
- Topográfica:
 - Altas de intestino delgado (duodeno-yeyuno) y bajas de íleon terminal (prececal).
 - Oclusión de intestino grueso.
- Frecuencia. Las de intestino delgado (ID) se presentan 3 ó 4 veces más que la de intestino grueso.
- Mortalidad. En la oclusión simple la tasa de mortalidad es de 1 a 2 y en la estrangulación puede alcanzar hasta cifras de 30 %.

OCLUSIÓN MECÁNICA

Causas

- Bridas y adherencias.
- Hernias internas o abdominales y de la región inguinocrural.
- Vólvulo de intestino delgado o grueso.
- Hipertrofia congénita del píloro.
- Invaginación intestinal.
- Proceso inflamatorio o tumoral que disminuya la luz intestinal.
- Compresión extrínseca del intestino.
- Obstrucción de intestino delgado o colon posradiación.
- Íleo biliar.
- Paquetes de áscaris lumbricoides o de fitobezoar que ocupen la luz intestinal.
- Impacto fecal.

Las características clínicas de la oclusión mecánica varían acorde al grado de obstrucción, al nivel del segmento comprometido y a sus causas. Existirá dolor a tipo cólicos, vómitos, constipación evolutiva, no expulsión de heces ni gases. Distensión abdominal.

El dolor es de comienzo repentino, a tipo cólico, con características de ser intermitente, por lo general se localiza en epigastrio y centroabdominal cuando la obstrucción es de ID.