

LA PSEUDO-OBSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA

Hugo Chilo Núñez*.

RESUMEN.

La pseudo-obstrucción colónica aguda se presenta sin causa mecánica y con características de obstrucción de intrucción de intestino grueso, con participación de un desbalance en el control autonómico del colon. El manejo debe ser conservador inicialmente tratando de identificar causas metabólicas, infecciosas o farmacológicas. La intervención activa se indica en casos de no respuesta o cuando existe sospecha o evidencia de complicaciones (isquemia, perforación, dolor severo entre otros). La neuro-estimulación parasimpática ayuda y la cirugía se reserva para casos de perforación o signos peritoneales.

SUMMARY

Acute colonic pseudo-obstruction is characterized by symptoms of large bowel obstruction, with an important imbalance of autonomic control of the colon. Initial management is conservative and the correction of infectious, metabolic or drug factors. Active intervention is reserved for peritoneal compromise or no response including complications (ischemia, perforation, intractable pain and others). Neuro parasymphatetic stimulation is required sometimes and surgery is reserved for cases of perforation or peritoneal signs.

Conceptos actuales:

1. La pseudo-obstrucción colónica aguda se caracteriza por tener rasgos de la obstrucción del intestino grueso, pero sin tener una causa mecánica, y usualmente en asociación con uno o más factores clínicos predisponentes.
2. La pseudo-obstrucción colónica aguda es pensada ser debida a un disbalance en el control autonómico del colon. Ello puede ocurrir en forma localizada, o en asociación con un íleo generalizado.
3. La pseudo-obstrucción colónica aguda puede ser tratada con medidas conservadoras, una intervención médica activa con agentes neuroestimuladores, o medidas invasivas tales como la descompresión endoscópica ó la cecostomía quirúrgica.
4. La descompresión endoscópica debe ser acompañada de la colocación del tubo de descompresión, el cual se coloca proximal a la flexura esplénica.

Fisiología/Presentación/Diagnóstico

La pseudo-obstrucción colónica aguda se caracteriza por la aparición insidiosa de rasgos de obstrucción colónica,

pero no habiendo una causa mecánica. La mayoría de pacientes tiene distensión de un segmento ó de todo el colon proximal, con un cambio abrupto a lo normal en la flexura esplénica. Clásicamente, la pseudo-obstrucción colónica aguda se circunscribe al colon, pero la distensión e íleo del intestino delgado puede estar presente también.

La pseudo-obstrucción colónica aguda usualmente se desarrolla en pacientes quienes están internados por otra razón. Una cirugía reciente, una disfunción orgánica mayor ó una enfermedad sistémica son los contribuyentes en la mayoría de los casos. Los pacientes tienden a estar postrados en cama con ingesta oral pobre o restringida, y usando medicación analgésica narcótica ó de otra clase. La mitad de los pacientes están usando una medicación la cual puede estar implicada en el desarrollo del íleo.

La mayoría de los pacientes desarrolla distensión abdominal con pocos síntomas asociados. Sólo la minoría presenta dolor, náusea o vómitos. La presencia de dolor focal, fiebre, o leucocitosis sugiere isquemia asociada ó perforación. Algunos pacientes experimentan compromiso respiratorio. Una vez sospechada, las radiografías del abdomen confirmarán la presencia de la dilatación gaseosa del colon proximal. Vistas de decúbito lateral de la pelvis, con visualización de aire en el recto, han sido reportadas como útiles para la exclusión de obstrucción mecánica, cuando se obtienen radiografías tempranas del abdomen.

La obstrucción mecánica puede ser sospechada sobre la base de la historia clínica, en cuyo caso un estudio contrastado hidrosoluble del colon debe ser hecho. Las hernias inguinales ó diafragmáticas, la enfermedad diverticular del colon, el cancer oculto, ó el vólvulo pueden producir la obstrucción mecánica. En pacientes catalogados de pseudo-obstrucción colónica aguda, se puede encontrar un 6% de casos de obstrucción mecánica. Cuando se tiene duda, el estudio contrastado (enema de hysaque) debe ser realizado.

Aproximadamente el 10% de los pacientes tiene algún grado de isquemia en el colon derecho cuando se efectúa la colonoscopia. La perforación espontánea ha sido estimada ocurrir en el 3% de los pacientes.

Manejo ¿Cuáles son las opciones?

Terapia Conservadora.

El paso inicial en el manejo de la pseudo-obstrucción colónica aguda es iniciar la terapia de los factores potencialmente contribuyentes. Esto debe incluir discontinuación de los narcóticos, de los agentes anticolinérgicos, y algunos otros medicamentos potencialmente contribuyentes. Se efectuará la corrección de las anomalías electrolíticas y de fluidos, exclusión de infección abdominal,

* Médico gastroenterólogo Hospital Vitarte. Essalud.

movilización del paciente fuera de la cama si es factible, y un apropiado manejo de las enfermedades concurrentes significativas.

El manejo conservador usualmente incluye la colocación de una sonda nasogástrica, para la descompresión del intestino proximal, colocación en posición corporal óptima, y una sonda rectal. La posición decúbito ventral con la pelvis elevada sobre una almohada ó la posición genupectoral, a menudo produce evacuación espontánea de flatos. Estas posiciones deben ser alternadas con las posiciones de decúbito lateral derecho e izquierdo cada hora, cuando es factible. Cuando no hay dolor, y la distensión no es extrema (< 12 cm), las medidas conservadoras pueden ser usadas por 24 a 48 horas, antes de entrar a una medicación más enérgica ó intervención endoscópica, particularmente cuando factores contribuyentes reversibles se identificaron. Durante este intervalo, se evaluará al paciente en busca de signos peritoneales, y radiografías del abdomen deben ser efectuadas cada 12 ó 24 horas.

Terapia Farmacológica.

Hay reportes de éxito usando agentes procinéticos, tales como la eritromicina, la metoclopramida, y la cisaprida.

Sólo la neostigmina ha demostrado resultados positivos consistentes. La neostigmina (Prostigmine) es un agente parasimpaticomimético anticolinesterasa, usado para la reversión postoperatoria del bloqueo neuromuscular. Además se usa en el tratamiento de la miastenia gravis, y en la retención urinaria postoperatoria. La estimulación parasimpática puede también inducir bradicardia, asistolia, hipotensión, intranquilidad, convulsiones, temblor, miosis, broncoespasmo, peristaltismo aumentado, náusea, vómitos, salivación, diarrea, y sudores. Por lo tanto, la administración aguda debe ser hecha con un monitoreo cercano del estado cardiorrespiratorio. La toxicidad es tratada con atropina. Las contraindicaciones para el uso de la neostigmina incluyen, la hipersensibilidad a la droga, y las obstrucciones urinaria ó intestinal mecánicas. El infarto del miocardio reciente, la acidosis, el asma bronquial, la bradicardia, la enfermedad ulcerosa péptica y la terapia con beta bloqueadores son contraindicaciones.

Terapia Endoscópica

La colonoscopia es usualmente no difícil, a pesar de realizarla sin preparación. La descompresión es usualmente exitosa si el colon transversal medio o proximal es alcanzado, y el aire es completamente aspirado durante el retiro del endoscopio. La pseudo-obstrucción colónica aguda puede recurrir si un tubo de descompresión no es dejado. Los tubos de descompresión pueden ser colocados con o sin guía de alambre. Las guías de alambre se avanzan proximalmente más allá de la extensión máxima de intubación, mientras el endoscopio es retirado. El tubo de descompresión bien lubricado es entonces avanzado sobre el alambre, hacia el colon derecho o colon transversal proximal. La fluoroscopia debe ser usada para esta maniobra.

Cuando la fluoroscopia no es disponible, el tubo de descompresión puede ser jalado hacia el colon proximal, cabalgando paralelo al endoscopio. Para ello atamos un cordón de nylon o hilo de seda a la punta del tubo de descompresión, y jalamos el cordón a través del

canal de biopsia. Cuando se llega a la intubación máxima se libera el tubo de descompresión. El endoscopio y el tubo de descompresión deben ser bien lubricados durante la inserción, para minimizar la fricción y el retiro inadvertido del tubo de descompresión durante la retirada del endoscopio.

Luego de la colocación del tubo de descompresión, por cualquier método, el tubo es sujetado al muslo y se lo conecta a una succión intermitente baja. El tubo de descompresión debe ser limpiado con 10-15 cc de agua cada 4 horas, para evitar la obstrucción. Radiografías del abdomen son obtenidas después del procedimiento, para confirmar la posición final del tubo de descompresión, y luego diariamente. La descompresión puede ser continuada por 24-72 horas ó más. Antes de retirar el tubo de descompresión, en un periodo de 12-24 horas se coloca un clamp, para evaluar la necesidad de más descompresión.

Manejo: ¿Qué debemos hacer?

Terapia conservadora.

A despecho del tratamiento médico ó quirúrgico de la pseudo-obstrucción colónica aguda, muchos pacientes la pasan pobremente, como resultado de las condiciones médicas ó quirúrgicas subyacentes. El estado basal de los pacientes y el pronóstico de reversibilidad de las comorbilidades, deben ser considerados dentro de la decisión de intervención para la pseudo-obstrucción colónica aguda.

Sloyer describió resolución exitosa de la pseudo-obstrucción colónica aguda, en 23 de 25 pacientes con cáncer (92%), manejados sólo con medidas conservadoras, y que hubo respuesta favorable dentro de los 3-6 días. El autor recomienda que la terapia invasiva debe ser reservada para aquellos que progresan ó no responden después de ese tiempo.

Experiencia amplia también apoya un intervalo de terapia conservadora, mientras se hacen las correcciones metabólicas, farmacológicas, infecciosas, y de otros factores contribuyentes.

La intervención activa está indicada para los pacientes con compromiso respiratorio, síntomas sugestivos de isquemia, o diámetro cecal progresando más allá de los 12 cm durante la terapia conservadora. Muchos autores sugieren intervención farmacológica activa ó descompresión invasiva, para todos los pacientes en quienes el colon transversal exceda los 9 cm ó el ciego exceda los 12 cm.

Terapia Farmacológica

Ponec, Saunders, y Kimmey, de la Universidad de Washington, reportaron una prueba controlada al azar y doble ciega. A 21 pacientes con diámetro cecal >10 cm, a despecho de 24 horas de terapia conservadora, fueron dados 2 mg endovenoso de neostigmina vs. placebo salino. Dos pacientes requirieron atropina para la bradicardia. Ellos concluyeron que la neostigmina debe ser considerada en los pacientes con pseudo-obstrucción colónica aguda, quienes fallan a la terapia conservadora. La administración de la neostigmina debe efectuarse lentamente en un lapso de 3 a 5 minutos, pudiéndose administrar 1.0 mg de atropina. Además el paciente será mantenido en posición supina, y sobre una chata. El monitoreo de la presión sanguínea y pulso/frecuencia cardíaca son elementales, y el monitoreo cardíaco puede estar indicado.

Endoscopia Terapéutica

Entre las opciones terapéuticas invasivas, la colonoscopia con colocación de un tubo de descompresión, ha venido a ser el estándar de cuidado. Se ha alcanzado un éxito clínico del 73 al 88% después de uno ó más procedimientos. La recurrencia varía del 18 al 33%, casi todos entre los pacientes sin colocación del tubo de descompresión. Complicaciones ocurrieron entre el 0 al 4% de los pacientes internados, y la tasa de mortalidad, no relacionada al procedimiento, varió del 13 al 32%.

Manejo Quirúrgico. La cecostomía laparoscópica ó abierta generalmente acarrea morbilidad más grande que la descompresión endoscópica. Ello, por lo tanto, se reserva para los pacientes que fallan a los esfuerzos farmacológicos y endoscópicos, y para aquellos en quienes la exploración, lavado, o drenaje de la cavidad peritoneal podría estar indicado. Esto incluye pacientes con predisposición a los procesos intra-abdominales, como también a aquellos con complicaciones de perforación ó peritonitis.

Tratamiento de la Pseudo-obstrucción Colónica Aguda.

Conceptos Actuales

1. La terapia conservadora sin intervención farmacológica o endoscópica, es efectiva en la mayoría de los pacientes con pseudo-obstrucción colónica aguda.
2. Series de casos reportan un beneficio para la eritromicina, cisaprida, metoclopramida, neostigmina, y también de la descompresión colónica.
3. La única prueba clínica controlada para el tratamiento de este desorden, mostró que la neostigmina endovenosa fue mejor que el placebo, y fue efectiva en más del 90% de los pacientes.
4. La descompresión coloscópica debe ser reservada para los pacientes que tienen contraindicaciones al uso de la neostigmina endovenosa, o han fallado al uso de la misma.

Terapia Conservadora

El suspender los narcóticos y las medicaciones anticolinérgicas constituyen las medidas más importantes. El incrementar la movilidad del paciente, si es posible, es también útil. La corrección de los fluidos y electrolitos es lógico.

Terapia Médica

Una prueba doble ciego y cruzada de 2.0 mg de neostigmina endovenosa versus el placebo en 21 pacientes, quienes habían fallado la terapia conservadora, mostró que 10 de 11 pacientes quienes recibieron neostigmina, y cero de 10 pacientes quienes recibieron placebo, tuvieron una evacuación pronta (a los 4 minutos), de flatos y deposiciones. La dilatación colónica recurrente ocurrió en 3 pacientes. Ocho de 10 pacientes en el grupo placebo evacuaron deposiciones y gas cuando se cruzó dándoles neostigmina. Los efectos colaterales de la neostigmina

incluyen bradicardia sintomática en el 10%, cólico abdominal, salivación y vómitos. Los pacientes deben ser monitorizados, para evaluar la hipotensión (de ahí que la presión sanguínea sistólica <90 mm Hg es un criterio de exclusión), y la bradicardia. La bradicardia sintomática responderá a la atropina.

Las contraindicaciones para el uso de la neostigmina incluyen la bradicardia (frecuencia cardíaca < de 60), el broncoespasmo activo, y la insuficiencia renal (creatinina >3mg %). Además hay otras contraindicaciones claras como son la perforación de víscera hueca, el embarazo, y la hemorragia gastrointestinal. La recurrencia de la dilatación colónica, que sigue al tratamiento, puede responder a otra dosis de neostigmina. Si hay una segunda recurrencia, la descompresión colonoscópica es recomendada.

Descompresión colonoscópica

La colonoscopia es efectiva en descomprimir el colon en aproximadamente el 70% de los pacientes. Debido a que la recurrencia de la dilatación colónica gaseosa está por encima del 40% de los pacientes, se recomienda dejar un tubo de descompresión en el lugar. La colonoscopia en el colon no preparado, a menudo es realizada al lado de la cama de los pacientes muy enfermos. Se recomienda que esta técnica se reserve para aquellos pacientes que han fallado a la terapia farmacológica con neostigmina endovenosa, ó quienes tienen contraindicaciones a la misma.

Cirugía

Aunque la cecostomía ha sido usada para descomprimir el colon de pacientes con pseudo-obstrucción colónica aguda, esta técnica es mejor evitarla, debido a la morbilidad incrementada, y los costos. La colectomía está indicada si hay evidencias de perforación colónica.

Algoritmo de Tratamiento de la Pseudo-obstrucción Colónica Aguda

1. Medidas Conservadoras (sonda nasogástrica, tubo rectal, suspender analgésicos narcóticos, movilizar al paciente,...). Si hay éxito se solucionó el problema.
2. Si falla lo anterior, y no hay bradicardia, broncoespasmo activo ó falla renal, entonces se usa la Neostigmina 2.0 mg endovenoso.
3. Si falla lo anterior ó hay contraindicaciones de su uso, entonces se usa la descompresión colonoscópica.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Kimmey MB. Treatment of Acute Colonic Pseudo-Obstruction: What is the evidence?. ASGE 1999 Course. Págs: 107-112.
2. Petersen BT. Acute Colonic Pseudo-Obstruction. ASGE 1999 Course. Págs: 113-116.
3. Rex DK. Colonoscopy and Acute Colonic Pseudo-obstruction. Gastrointest Endosc Clin North America 1997; 7:499-508.
4. Ponc R, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction: A randomized, double-blinded controlled trial. Gastroenterology 1998; 114:A34.