

11. MANEJO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Dr. JUAN SANTIAGO-PALMA

● EL TRABAJO EN EQUIPO

Dolor, náusea y vómito son los síntomas más devastadores en pacientes con obstrucción intestinal. El cese del tránsito intestinal ocurre en aproximadamente el 3% de todos los individuos con cáncer, entre el 25 al 42% de pacientes con cáncer de ovario y hasta en un 28% de pacientes con malignidades colorrectales. Es importante notar que del 25 al 35% de las obstrucciones en estos pacientes son causadas por factores benignos o no relacionados con el tumor primario.

La cirugía es el tratamiento de elección para aliviar obstrucciones intestinales, sin embargo, el tratamiento quirúrgico no es frecuentemente una opción debido al crítico y débil estado de estos pacientes. La mortalidad después de una cirugía por obstrucción intestinal causada por cáncer metastático es de aproximadamente 12 a 33% y la supervivencia media es de solo 2.5 a 11 meses. La decisión de proceder con cirugía o tratamiento conservador en el paciente terminal es difícil y, por lo tanto, debe incluir el consenso de cirujanos, oncólogos, médicos de medicina paliativa y paciente.

● ETIOLOGÍA

La obstrucción intestinal puede ocurrir como resultado de masas intraluminales, intramurales o extramurales, o como consecuencia de masas mesentéricas. Tumores en la curvatura esplénica y en el colon izquierdo son las causas de obstrucción entre el 25 y 49% de los casos. Causas no asociadas con tumores incluyen adhesiones pélvicas, fibrosis por radiación, isquemia, edema, constipación, e imbalances electrolíticos (hipopotasemia e hipercalcemia). En ciertos casos, disminución de la motilidad gastrointestinal debido a infiltración neoplásica del mesenterio. Músculos del intestino o el plexo celíaco pueden también causar obstrucción intestinal. Raramente neuropatías paraneoplásicas, tales como las causadas por cáncer de pulmón, pueden llevar al cese del tránsito intestinal.

● SÍNTOMAS

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, distensión y vómitos. La obstrucción del lumen intestinal ocurre lentamente. Los síntomas gastrointestinales son causados por la secuencia de distensión-secreción y actividad motora del intestino. Un dolor abdominal constante, causado por la masa tumoral ocurre en el 90% de los casos. El aumento de la actividad intestinal en el área próxima a la obstrucción causa dolor tipo cólico en cerca del 75% de los pacientes. Las obstrucciones duodenales pueden no causar distensión, sino vómitos tempranos en el curso de la obstrucción. Otras obstrucciones en partes más distales del intestino delgado también causan vómitos, pero se presentan más frecuentemente con distensión abdominal. Las obstrucciones del intestino grueso producen emesis en un período más tardío y distensión abdominal masiva. Otros síntomas de obstrucción incluyen anorexia, constipación e incapacidad de expulsar flatos. El dolor puede irradiar desde el abdomen hasta sitios cutáneos distales como el hombro, cuello o espalda.

● EVALUACIÓN

La evaluación clínica del paciente terminal con obstrucción intestinal debe orientarse a la detección de causas reversibles de disminución del tránsito intestinal y a la evaluación de síntomas que afectan la calidad de vida del individuo.

El examen físico debe incluir la evaluación de ruidos intestinales y la presencia de masas intrabdominales. El examen rectal, en tanto, debe ser realizado para descartar impactación fecal o masas rectales. Es vital hacer una evaluación del estado de hidratación. El examen neurológico debe detectar cambios del estado mental y la presencia de plexopatías o daño del cordón espinal.

Estudios de laboratorio deben incluir electrolitos y hematología con conteo de células blancas. Estos estudios están dirigidos a descartar problemas de electrolitos o infecciones como causa de la obstrucción. Estudios radiográficos deben incluir rayos-X de abdomen con el paciente acostado y sentado. Las radiografías de abdomen pueden ser útiles para observar asas de intestino delgado dilatadas o niveles hidroaéreos sugestivos de obstrucción. En ocasiones, una tomografía computarizada y series intestinales pueden ser útiles en el diagnóstico.

La evaluación de la severidad de síntomas tales como náusea, vómito, ansiedad, y dolor debe ser realizado de acuerdo a guías descritas en otras partes de este compendio.

● MANEJO

Del 6 al 50% de los pacientes oncológicos con obstrucción intestinal son considerados inoperables. Factores que pueden pronosticar una respuesta pobre al manejo quirúrgico incluyen: a) problemas de motilidad intestinal debidos a carcinomatosis intraperitoneal, b) pacientes caquéticos mayores de 65 años, c) ascitis severa, d) albumina serica baja, e) radioterapia previa en el abdomen o pelvis, y f) obstrucción en múltiples sitios.

La terapia contemporánea para la obstrucción intestinal en pacientes con enfermedades terminales avanzadas está dirigida al control del dolor, náusea, vómitos y mejoramiento de la calidad de vida. Diferentes estudios han sugerido que el tratamiento farmacológico de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer avanzado es eficaz y ofrece ventajas sobre el tratamiento quirúrgico . En general, el control de síntomas es más fácil en obstrucciones distales. La mayoría de pacientes pueden ser tratados sin succión nasogástrica o hidratación intravenosa prolongada.

El uso de tubos nasogástricos pueden ser justificados únicamente como una medida temporal o en los primeros días de la obstrucción para drenar grandes cantidades de secreciones. La succión nasogástrica no es comfortable y es relativamente ineficaz en el alivio del dolor y náuseas causados por obstrucción intestinal. El tubo nasogástrico puede interferir con la tos que drena las secreciones bronquiales y puede causar erosión del cartílago nasal, otitis media, irritación de la faringe, neumonía por aspiración, esofagitis y sangrado esofágico.

Las gastrostomías deben ser consideradas si el tratamiento farmacológico es ineficaz en controlar los vómitos. La gastrostomía es un método más aceptable que el tubo nasogástrico para la decompresión intestinal a largo plazo. La decompresión a través de la gastrostomía le permite al paciente mantener la ingesta oral sin la molestia de un tubo nasogástrico. Los dos métodos de gastrostomía disponibles son el percútaneo y el quirúrgico. El método percútaneo es preferible porque evita procedimientos quirúrgicos abiertos, tiene un menor costo y una morbilidad baja. En general, las gastrostomías pueden controlar las náuseas y los vómitos en el 90% de los pacientes.

La necesidad de hidratación intravenosa en pacientes terminales con obstrucción intestinal debe ser individualizada. El paciente debe permanecer hidratado para prevenir anomalías de electrolitos y falla renal. Esta última puede llevar a la

acumulación de metabolitos de ciertas drogas tales como la morfina e hidromorfona. Las anomalías de electrolitos y la acumulación de opioides y otras drogas pueden causar agitación, confusión, mioclono y convulsiones. Los pacientes deben ser animados a comer y tomar líquidos para mantener la hidratación. En teoría, pequeñas cantidades de líquido y comidas de bajo residuo pueden ser absorbidas en áreas próximas a la obstrucción.

No existe una droga de elección para el tratamiento de vómitos y náuseas por obstrucción intestinal. La náusea puede ser controlada farmacológicamente por mediante tres métodos: 1) utilización de drogas que reducen las secreciones gastrointestinales, tales como los anticolinérgicos, hioscina y glicopirrolato, 2) uso de antieméticos tales como procloperazina, clorpromazina, prometazina, haloperidol y ondansetrón o 3) uso de una combinación de anticolinérgicos y antieméticos (ver tabla 1). Recientemente, el octeotrido, un análogo de la somatostatina, ha sido descrito en el manejo paliativo de náusea y vómitos en pacientes con obstrucción intestinal. Sin embargo, esta droga tiene un alto costo y no está disponible en todos lugares.

El dolor abdominal puede ser tratado con opioides tales como morfina, hidromorfona, metadona o fentanilo. Los tres primeros pueden ser administrados por la vía rectal, intravenosa o subcutánea. La metadona puede ser irritante cuando se usa subcutáneamente. El fentanilo puede ser administrado por vía intravenosa, subcutánea, transdérmica y por la mucosa oral. La formulación transdérmica de fentanilo está contraindicada en casos de dolor no controlado o inestable. Por otra parte, el costo de paletas de fentanilo para la administración a través de la mucosa oral es elevado. Guías generales para el uso de opioides pueden ser encontradas en el capítulo de manejo del dolor de este compendio. Drogas anticolinérgicas tales como el glicopirrolato y la hioscina pueden ser útiles en controlar el dolor tipo cólico (ver tabla 1).

El uso de corticoesteroides en el manejo conservador de la obstrucción intestinal es controversial. Se han realizado pocos estudios para investigar los corticoesteroides según esta indicación. Los corticoesteroides pueden reducir la inflamación peritumoral y edema y, por lo tanto, mejorar el flujo intestinal. Dosis de 6 a 16 miligramos por día han sido utilizadas con distintos resultados.

Lecturas recomendadas

1_Baines M. (1998) *The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction*. In Oxford textbook of palliative medicine. Doyle D, Hanks GWC, Macdonald D (eds.), Oxford, Oxford University Press: 311-316.

2_Baumrucker S. (1998) *Management of intestinal obstruction in hospice care*. Am J Hospice and Palliat Care; 4:232-235.

3_Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E. (1994) *Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction*. J Pain Symptom Manage; 3:193-200.

4_Gallick HL, Weaver DW, Sachs RJ, Bouwman DL. (1986) *Intestinal obstruction in cancer patients: an assessment of risk factors and outcome*. Ann Surg; 52:434-7.

5_Ripamonti C. (1994) *Management of bowel obstruction in advanced cancer patients*. J Pain Symptom Manage; 9:193-200.

T1_Medicamentos usados en el tratamiento paliativo de la obstrucción intestinal

Droga	Dosis	Comentario
Haloperidol	3-6 mg/24 horas	Antiemético potente. Puede ser administrado por vía IV o SC. 1-2 mg de mesilato de benztropina debe administrarse cuando se usan dosis altas para prevenir efectos parkinsonianos.
Procloperazina	5-10 mg q6 hrs. PO o PR	Antiemético
Clorpromazina	10mg q4-6hrs IV,PO,PR	Antiemético. Sedante
Prometazina	12.5-25mg q8hrs IV,PO,PR	Antiemético. Sedante
Ondansetrón	4-8 mg q8hrs IV/PO	Antiemético. Costo elevado
Dimenhidrinato	200-300 mg/24 hrs IV,PO,PR	Antiemético
Metoclopramida	60-240 mg/24 hrs IV,PO,PR	Antiemético. Puede causar cólico intestinal.
Hyoscina	60-120 mg/24 IV,SC	Reduce las secreciones gástricas. Puede disminuir el dolor tipo cólico.
Glicopirrolato	0.2 mg q6hrs. IV/SC	Reduce secreciones intestinales. Puede disminuir el dolor tipo cólico.
Octreotido	150-800 mcg/24hrs. IV/SC	Reduce secreciones intestinales.Costo elevado.

