

## CAPÍTULO XXI

# Obstrucción intestinal en el paciente oncológico terminal

*Jairo Moyano, MD  
Departamento de Anestesia  
Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de la obstrucción intestinal por cáncer es alta y su tratamiento controversial. Una aproximación inicial es el tratamiento quirúrgico ante la posibilidad de obstrucción por causas diferentes a la carcinomatosis, (bridas p.e.), lo cual ocurre en aproximadamente la tercera parte de los pacientes. En algunos pacientes, la resección intestinal les permite regresar a sus casas, reiniciar la vía oral y evitar la náusea y vómito crónicos. Otras opciones no quirúrgicas son la gastrostomía percutánea, el tratamiento con láser y la colocación de stents endoluminales para la obstrucción del colon sin complicaciones mayores y con paliaciones que han variado entre 1 y 11 meses. En general, este procedimiento está asociado con menos complicaciones que la resección del colon. Sin embargo, a pesar de una

buena técnica hay varios factores que contribuyen a una significativa morbilidad y mortalidad post-operatoria (entre 20%-72%): desnutrición severa, cirugía de urgencia, edad >70 años, múltiples sitios de obstrucción, ascitis, pobre estado funcional (Karnofsky <60%). Estos resultados de morbilidad y mortalidad se explican por que la obstrucción intestinal representa un estado final de la enfermedad neoplásica en la mayoría de los pacientes.

En pacientes adecuadamente seleccionados el tratamiento médico ha mostrado ser una alternativa con resultados satisfactorios, baja morbilidad y adecuada relación costo-efectividad. En cualquier caso, la decisión final sobre la modalidad terapéutica debe consultarse con el paciente y la familia siendo el criterio cardinal la calidad de vida.

**PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DEL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

PROBLEMA	TRATAMIENTO
Dolor abdominal	Opioides – b.br. hioscina
Nausea y vomito	Haloperidol – clorpromacina— dexametasona – cetrones
Distensión abdominal	Bloqueo farmacológico de las secreciones
Sed-Boca seca	Hidratación iv/ subcutánea
Confusión	Hidratación iv/ subcutánea
Insomnio	Analgesia, midazolam, haloperidol
Dificultad para accesos venosos	Administración subcutánea de líquidos y fármacos
Intolerancia a la sonda nasogástrica	Bloqueo farmacológico de las secreciones
Stress familiar (insatisfacción)	Cuidado paliativo- “estar en control de la situación”

**ANALGÉSICOS OPIOIDES**

Son la base del tratamiento del dolor de moderado a severo y su administración debe ser por horario con la opción de dosis de rescate

(10% de la dosis de 24 horas). En pacientes que no han recibido opioides se recomiendan las siguientes dosis.

MEDICAMENTO	Dosis inicial	Vía
Morfina	0.05-0.08mg/kg	sc/iv
Hidromorfona	0.5-1mg X 4	sc/iv
Metadona (8)	5mg X 2	po/sng

**CORTICOSTEROIDES**

La evidencia muestra una tendencia favorable para su uso como adyuvantes en la resolución de la obstrucción intestinal (NNT=6) (9). Como ventajas adicionales están su indica-

ción en el control de la nausea y del dolor a través de mecanismos en el sistema nervioso central, muy baja morbilidad con su uso y bajo costo

Fármaco	Dosis inicial	Vía
Dexametazona	2 – 4 mg X 3	SC- IV - PO
Metilprednisolona	4 mgX 2	PO
Prednisona	0.5-1mg/kg	PO/SNG

## ANTIEMÉTICOS

La asociación de fármacos con diferentes mecanismos de acción y que actúan a diferentes niveles ha mostrado los mejores resultados. No se recomienda el uso de estimulantes del

peristaltismo como la metoclopramida, laxantes como bisacodilo, fenoltaleina o enemas evacuadores en obstrucción completa.

Fármaco	Dosis	Vía
Haloperidol	1 mg X 3	sc/iv
Ondasetron	4 mg X 2	sc/iv
Tropisetron	5 mg X 1	sc/iv/po
Clorpromacina	25 mg X 1	sc/iv

## INHIBIDORES DEL PERISTALTISMO

*Butil-bromuro de hioscina*: es un anticolinérgico cuya utilidad en la obstrucción intestinal radica en sus propiedades espasmolíticas y antimuscarínicas (disminución de las secreciones). Dosis: 20mg X4/sc/día o 0.06mg/Kilo/hora/sc en infusión continua.

*Octreotido*: péptido sintético análogo de la somatostatina. Sus efectos relevantes incluyen disminución de la secreción de hormona del crecimiento, insulina, gastrina, TRH y TSH, en general, inhibe las secreciones endocrinas y exocrinas. Disminuye peristalsis. Indicado por FDA en síndrome carcinoide y síndromes diarréicos por tumores que involucran al péptido intestinal vasoactivo. Pico plasmático: 30 min. Vida media: 100 min. Dosis de hasta 300 microgramos/sc/día han mostrado ser efectivas. Cuando el volumen de secreciones intestinales es muy alto y requiere una disminución rápida debe ser una primera línea de tratamiento.

El tratamiento farmacológico es multimodal y ofrece los mejores resultados en el curso de las primeras 24 horas de tratamiento:

Esteroides + 2 antieméticos + opioide + no opioide + hidratación subcutánea/iv. El objetivo a corto plazo incluye el retiro de la sonda nasogástrica, y pronto egreso hospitalario con adecuado control de síntomas (es de fácil manejo domiciliario).

## CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal es un reto difícil para el médico y en particular para el cirujano. La decisión sobre su manejo debe tomar en cuenta los beneficios potenciales y consultar las preferencias del paciente y su familia. El tratamiento farmacológico es una opción terapéutica en pacientes en fase terminal para mejorar su calidad de vida

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Calvet X, Martínez JM, Martínez M. Repeated neostigmine dosage as palliative treatment for chronic colonic pseudo-obstruction. *Am J Gastroenterol* 2003;98:707-9
2. Miner TJ, Jacques BP, Paty B, et al. Symptom control in patients with locally recurrent gastrointestinal cancer. *Ann Surg Oncol* 2003; 10:72-9.