

1.0 Información general

NOMBRE: GUÍA DE MANEJO PARA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA

Fecha de revisión: 09 de junio 2020

Código CIE-10: Se pueden utilizar el código K31.5 Obstrucción del duodeno K31.8. otras enfermedades especificadas del estómago y duodeno

2.0 Objetivo.

Establecer recomendaciones que puedan ser aplicadas por los profesionales de la salud en su práctica clínica para optimizar el manejo de los pacientes que padecen obstrucción intestinal maligna por cáncer.

3.0 Aplicabilidad.

Esta guía es una recomendación basada en la mejor evidencia disponible, sin embargo es de aplicabilidad bajo el criterio de cada profesional de la salud.

4.0 Responsabilidad

La revisión y actualización de la guía fue realizada por los doctores Katalina Espinosa, Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad del Valle y René Rodríguez, Médico Anestesiólogo Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, docente de Dolor y Cuidados Paliativos del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad del Valle y docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Libre Seccional Cali.

5.0 Introducción

La obstrucción intestinal maligna es uno de los problemas más difíciles de manejar en los pacientes con cáncer, debido a la pobre respuesta a los tratamientos utilizados y el mal pronóstico, con un rápido deterioro del estado general, son factores que hacen de esta patología uno de los mayores retos para el equipo de salud, con un alto impacto sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

6.0 Definición y descripción clínica.

Se entiende la obstrucción maligna intestinal a un conjunto de signos y síntomas que describiremos a continuación.

- Obstrucción distal al ligamento de Treitz
- Evidencia de neoplasia intraabdominal o extraabdominal, con compromiso peritoneal
- Sin evidencia de curación

La prevalencia de la obstrucción intestinal maligna en el mundo varía entre el 3 y el 15%, dependiendo de las series revisadas. Entre el 5 y el 51% se presentan en pacientes con tumores de ovario, y del 10-28%,

en pacientes con tumores gastrointestinales. Otros tumores relacionados incluyen: gástrico (6-19%), de páncreas (6-13%), de vejiga (3-10%) y de endometrio (3-11%). Por otra parte, los tumores extraabdominales son, principalmente, los de mama y el melanoma; cada uno, con el 3%. Puede presentarse en cualquier edad y en cualquier momento durante la evolución de la neoplasia, la mayoría en fases avanzadas. La edad media de aparición es 61 años, 64% corresponde a mujeres, probablemente por la mayor prevalencia en pacientes con cáncer de ovario. El tiempo medio entre el diagnóstico del cáncer y la obstrucción intestinal maligna es de 14 meses, pero puede ser la primera manifestación de la enfermedad tumoral en el 2% de los casos, y hasta en el 22%, en series quirúrgicas. Esta enfermedad compromete el intestino delgado en el 61% de los casos; el intestino grueso, en el 33%, y en el 20%, ambos sitios, simultáneamente.

7.0 Etiología – Fisiopatología

La oclusión del lumen en la obstrucción intestinal maligna altera la propulsión de su contenido, con acumulación de líquidos, secreciones no absorbidas y gases proximales al nivel de obstrucción, lo que genera distensión abdominal y dolor cólico por actividad peristáltica aumentada e incoordinada, en busca de superar el obstáculo. Como consecuencia, aumentan las secreciones intestinales biliares y pancreáticas y la secreción de cloruro de sodio y de agua, y disminuye su reabsorción, mediante liberación de 5HT3 por células enterocromafines intestinales que activan el sistema interneuronal entérico, a través de mediadores como la acetilcolina, la sustancia P, el óxido nítrico, la somatostatina, las prostaglandinas y el péptido intestinal vasoactivo. Esto genera mayor volumen y distensión lumbinales, vasodilatación esplácnica, con edema y mayor secreción de líquidos y activación del peristaltismo, lo que produce más péptidos nociceptivos e inflamatorios (especialmente, péptido intestinal vasoactivo), lo cual convierte este último factor en uno de los más importantes, pues mantiene este círculo vicioso de secreción, distensión y contracción, por lo que se ha convertido en un blanco terapéutico.

De acuerdo a su fisiopatología, la obstrucción intestinal maligna se puede clasificar así:

1. Según su localización:
 - a) Proximal: colangiocarcinoma y cáncer de páncreas.
 - b) Distal: cáncer de ovario y de colon.
2. Según el grado de obstrucción:
 - a) Parcial.
 - b) Completa.
3. Según la alteración de la motilidad:
 - a) Mecánica: tumor intraluminal o intramural.
 - b) Funcional: compromiso del mesenterio, muscular o de los nervios de la pared intestinal.
4. Según su relación con el tratamiento:
 - a) Radioterapia: adherencias y daño de neuronas entéricas.
 - b) Quimioterapia: quimioterapia intratecal, que produce adherencias y daño del plexo mientérico.
 - c) Medicamentos: anticolinérgicos y simpaticomiméticos, que alteran el tránsito intestinal.
 - d) Cirugía: predispone a adherencias, dehiscencias y hernias incisionales.

8.0 Manifestaciones clínicas

En la presentación de forma subaguda; son determinadas por el nivel de obstrucción y la clínica varía de acuerdo a los mecanismos de fisiopatología.

- Dolor nociceptivo visceral tipo cólico: debido al aumento del peristaltismo inefectivo por acumulación de líquido y de gases.
- Dolor nociceptivo somático continuo: por liberación de péptidos nociceptivos, secundaria a distensión intestinal e infiltración tumoral.
- Náuseas y vómitos: secundarios a la acumulación de líquido.
- Vómito fecaloide: generalmente, asociado al compromiso distal donde hay mayor tolerancia a la acumulación de líquido y licuefacción bacteriana de este.
- Sequedad de la boca: debida a la deshidratación y a alteraciones metabólicas.
- Ausencia de flatos y de deposiciones: síntoma típico de la obstrucción.
- Alteraciones metabólicas: asociadas a pérdida de agua y de electrolitos.
- Alteraciones hemodinámicas: por alteración del retorno venoso.
- Alteraciones respiratorias: restricción ventilatoria por elevación diafragmática.

9.0 Diagnóstico

Para el diagnóstico, prima la valoración clínica, pero existen ayudas para aclararlo.

- Los rayos X simples de abdomen muestran niveles hidroaéreos; especialmente, en obstrucciones distales. Estos recursos imagenológicos siguen siendo los más usados, debido a su disponibilidad y a su bajo costo; sin embargo, rara vez identifican el sitio de obstrucción y presentan una gran variabilidad interobservador, así como una sensibilidad y especificidad que oscila entre menos del 50 y más del 75%.
- La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) tienen una sensibilidad y especificidad que alcanzan el 93 y el 100%, y el 93 y el 63-100%, respectivamente. La tomografía es de elección en pacientes con historia de neoplasia o de una masa palpable, cuando la extensión es desconocida y se la considera potencialmente operable, ya que permite una buena caracterización de la lesión y aporta elementos para una adecuada planeación terapéutica.

10. Tratamiento

El manejo se basa en dos frentes principales: el manejo quirúrgico, que busca resolver el fenómeno obstructivo o descomprimir el tracto intestinal, y el manejo médico, cuyo fin es el manejo de síntomas, la nutrición, la hidratación, el dolor y la inflamación. De ahí la importancia del manejo Interdisciplinario, dado que nuestro enfoque es hacia el paciente paliativo, los objetivos son dirigidos al control de síntomas, que a continuación de acuerdo a basado en la evidencia se darán las recomendaciones.

12 Guía de Práctica Clínica: Basado en la evidencia y Formulación de recomendaciones

Tabla 1. Categoría de la evidencia y fuerza de las recomendaciones

Categoría de la Evidencia	
IA	Evidencia de meta-análisis, estudios controlados.
IB	Evidencia de al menos un estudio controlado, aleatorizado.
IIA	Evidencia de al menos un estudio controlado sin aleatorización.
IIB	Evidencia de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental.
III	Evidencia de estudios descriptivos no-experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos y controles.
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos o de opiniones o experiencia clínica de autoridades respetadas o ambos.
Fuerza de las Recomendaciones	
A	Directamente basada en evidencia categoría I.
B	Directamente basada en evidencia categoría II o recomendación extrapolada de evidencia categoría I.
C	Directamente basada en evidencia categoría III o recomendación extrapolada de evidencia categoría I o II.
D	Directamente basada en evidencia categoría IV o recomendación extrapolada de evidencia categoría I, II o III.
Recomendación 1.	
<p>La sonda nasogástrica es una medida inicial, que busca descomprimir la cavidad abdominal; en muchos casos disminuye el dolor, la distensión abdominal y el vómito, y estaría indicada en casos de supervivencia menor que un mes, enfermedad rápidamente progresiva, ascitis severa o múltiples niveles de obstrucción. Se la debe considerar una medida transitoria, pues los estudios reportan que la mayoría de los casos de resolución espontánea ocurren durante los primeros ocho días, y es una medida causante de una gran incomodidad.</p>	
Recomendación 2.	
Medidas farmacológicas.	
Manejo del dolor	
<p>Hay dos tipos de dolor en el paciente con obstrucción intestinal maligna:</p>	

1. dolor de tipo nociceptivo somático continuo, que se maneja con opioides potentes como morfina, hidromorfona o fentanilo, titulados individualmente hasta obtener un control adecuado; se utilizan las rutas intravenosa, subcutánea, sublingual y transdérmica.
2. dolor visceral de tipo cólico intermitente; requiere medicamentos anticolinérgicos como butilbromuro de hioscina, con efecto periférico y central. Otra opción es el uso de la dipirona, ya que también tiene efecto antiespasmódico y no genera resequedad oral como lo puede realizar la hioscina.

Nivel de evidencia I

Grado de recomendación: A.

Recomendación 3. Manejo de náuseas y Vómito

Las náuseas y los vómitos son síntomas que causan una marcada incomodidad.

- Haloperidol: Es el medicamento ideal para este tipo de pacientes ya que tiene un efecto antidopaminérgico D2 central y menos efectos anticolinérgicos, y disminuye la incidencia de delirium. Dosis. 5-15mg día.
- Metoclopramida: Tiene efectos antidopaminérgicos centrales y periféricos; es un agonista 5HT4, lo que le da propiedades proquinéticas, y se la debe evitar en pacientes con obstrucción intestinal completa. Tiene potencial deliriogénico y efectos en el sistema nervioso central.
- Otras opciones viables en pacientes que no responden a las otras terapias antieméticas mencionadas incluyen:
- Antagonistas 5HT3: Ondansetrón, bien tolerado, pero con efectos adversos más comunes como la cefalea, el vértigo y la constipación.
- Olanzapina: Tiene efectos antidopaminérgicos D2, antihistamínicos H1, anticolinérgicos y antiserotoninérgicos HT3, y puede ser utilizada por vía sublingual, con dosis de 2.5-20mg día.
- La Ranitidina y los inhibidores de bomba de protones son útiles a la hora de reducir las secreciones gástricas.
- Octreotide: Es un análogo de la somatostatina. Bloquea la liberación del péptido intestinal vasoactivo, de secretina, de gastrina, de motilina y de polipéptido pancreático; además, inhibe la neurotransmisión de fibras nerviosas del tracto intestinal. Por otra parte, reduce la secreción de cloruro de sodio y de agua hacia el lumen y aumenta su absorción; también reduce la secreción de enzimas pancreáticas y el flujo sanguíneo esplácnico, lo cual disminuye el contenido del lumen intestinal, la motilidad y la congestión vascular de la pared intestinal.
- Los esteroides son otra medida terapéutica; disminuyen el edema de la pared intestinal y el peritumoral, y evidencian efectos antieméticos y analgésicos adyuvantes. Algunos estudios han mostrado respuesta favorable en cuanto a mejorar la obstrucción intestinal y la supervivencia, comparados con el placebo, pero hay muchos factores de confusión al evaluarse los resultados. La recomendación es mantener esquemas de 5-7 días y evaluar la respuesta; estos son de buena tolerancia y de mínimos efectos adversos cuando se los usa por cortos periodos, la dosis recomendada. Dexametasona 6- 16mg día.

Medicamento	Dosis	Efecto farmacológico
Bromuro de hioscina	20mg sc c/6h hasta 380 mg/día	Control del dolor, de las náuseas y del vómito, disminución de las secreciones.
Morfina	Titular 10mg SC o IV c/10min, hasta controlar el dolor. Dosis de mantenimiento 50% de la dosis titulada c/ 4-6h	Controlar el dolor y disminuir secreciones.
Dexametasona	8 mg SC c/12-24h. Durante 15 días	Control del dolor, disminuir el edema peritumoral y mejorar la obstrucción.
Haloperidol	5mg a 15mg SC en 2 a 4 dosis	Control de las náuseas y el vómito
Ondansetrón	8mg a 16 mg SC en 1 a 2 dosis	Control de las náuseas y el vómito
Metoclopramida	10mg SC C/6H hasta 160mg al día (segunda línea)	Control náuseas y vómito
Octreótido	0.2 a 0.9 mg SC al día	Control de las náuseas, del vómito, del dolor y disminuir secreciones

Nivel de evidencia: I

Grado de recomendación: A

** Tomado de: Cadavid A., Estupiñan J., Vargas. J.; Dolor y cuidados paliativos. CIB, cap.28.

Recomendación 4. Hidratación

Es importante tener en cuenta el alto índice de deshidratación y de alteraciones electrolíticas asociadas al aumento de secreciones, el vómito, las pérdidas insensibles y la formación de tercer espacio en estos pacientes, y siempre deben mantenerse buenos cuidados de la cavidad oral y una hidratación adecuada, pero sobrehidratar al paciente puede generar sobrecarga de volumen y aumentar la producción de secreciones intestinales. Se recomienda entre 1,5-2 litros/ día.

Nivel de evidencia: I

Grado de recomendación: A

20. Bibliografía

1. Soriano A, Davis MP. Malignant bowel obstruction: Individualized treatment for patients near the end of life. Cleve Clin J Med. 2011;78:197-206.
2. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Marrazzo A. Aggressive Pharmacological Treatment for Reversing Malignant Bowel Obstruction. J Pain Symptom Manage. 2004;28:412-6.
3. DeBernardo R. Surgical Management of malignant bowel obstruction: strategies toward palliation of patients with advanced cancer. Curr Oncol Rep. 2009;11:287-92.

4. Tuca A, Guell E, Martínez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Res.* 2012;4:159-69.
5. Anthony T, Barón T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 34(Suppl 1):S49-S59.
6. Tuca A, Martínez E, Güell E, Gómez Baptiste X. Malignant bowel obstruction. *Med Clin (Barc).* 2010;135:375-81
7. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Keneth C, editores. *Oxford textbook of Palliative Medicine.* 4.^a ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
8. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: A qualitative systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38:466-72.
9. Ripamonti C, Easson A, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer.* 2008;44:1105-15.
10. Alesi E, Bobb B, Smith TJ. How we do it: Guiding patients facing decisions about “futile” chemotherapy. *J Support Oncol.* 2011; 9:184-7.
11. Roeland E, Von Gunten Ch. Current concepts in malignant bowel obstruction management. *Curr Oncol Rep.* 2009;11:298-303.
12. Krouse RS. Invasive treatment options for malignant bowel obstruction #119. *J Palliat Med.* 2009;12:1152-3.