

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN UN CASO REFRACTARIO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA

MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT IN A REFRACTORY CASE OF MALIGNANT INTESTINAL OBSTRUCTION

Orellana Caro Vanesa R.¹, Nieto Coronel Maria T.², Rodriguez Garnica Maria G.³, Nina Blacutt Edna L.⁴

1. Médico familiar y médico paliativista, Caja Nacional de Salud. La Paz-Bolivia

2. Médico internista y médico oncólogo, Oncopalia-MyAMedic. La Paz-Bolivia

3. Docente interino de Fisiopatología Fac. Medicina UMSA -La Paz-Bolivia

Psicóloga, Oncopalia-MyAMedic y Fundación Sembrando Esperanza FUNDASE, El Alto-Bolivia.

4. Médico anestesiólogo cardiovascular, Caja Bancaria Estatal de Salud. La Paz-Bolivia

Autor para correspondencia: Dra. María Tereza Nieto Coronel, La Paz – Bolivia, maytemtnc2@gmail.com

RESUMEN

Se denomina obstrucción intestinal maligna (OIM) a aquella alteración del tránsito intestinal por obstrucción mecánica o funcional, que genera alteración de la motilidad y acumulación de secreciones, causada por tumores malignos. Es una urgencia oncológica y paliativa de difícil manejo, esta entidad representa un reto para el equipo de salud, debido al gran impacto sobre la calidad de vida del paciente y su familia.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 73 años, con características clínicas de obstrucción intestinal maligna, evaluada inicialmente por oncología médica quienes diagnostican carcinoma seroso de alto grado de ovario y carcinomatosis peritoneal, se solicita manejo conjunto con un equipo multidisciplinario para tratar la obstrucción intestinal maligna refractaria a medicación convencional, donde se opta por sedación superficial intermitente; así mismo se aborda preferencias y cuidados de final de vida en domicilio con la paciente y su familia.

Este caso es un ejemplo del manejo integral de casos refractarios a la obstrucción intestinal maligna, donde se logra aliviar el sufrimiento del paciente y su familia, cuando la cirugía no es una opción.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, paliativos, obstrucción, psicología, multidisciplinario

ABSTRACT

Malignant intestinal obstruction (MIO) is defined as that alteration of intestinal transit due to mechanical or functional obstruction, which generates impaired motility and accumulation of secretions, caused by malignant tumors. It is an oncological and palliative emergency that is difficult to manage, this entity represents a challenge for the health team, due to the great impact on the quality of life of the patient and his family.

The case of a 73-year-old female patient is presented, with clinical characteristics of malignant intestinal obstruction, initially evaluated by medical oncology who diagnosed high-grade serous ovarian carcinoma and peritoneal carcinomatosis, joint management with a multidisciplinary team is requested to treat malignant intestinal obstruction refractory to conventional medication, where intermittent superficial sedation is chosen; Likewise, preferences and end-of-life care at home are addressed with the patient and her family.

This case is an example of the comprehensive management of cases refractory to malignant intestinal obstruction, where it is possible to alleviate the suffering of the patient and her family, when surgery is not an option.

KEYWORDS: Cancer, palliative, obstruction, psychology, multidisciplinary

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal maligna (OIM) es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, sobre todo de origen digestivo o ginecológico. Es cualquier oclusión mecánica o funcional del intestino que impide el tránsito digestivo fisiológico.

De acuerdo con esta definición, los criterios de diagnóstico de OIM son: a) evidencia clínica de la obstrucción del intestino; b) obstrucción distal al ligamento de Treitz; c) presencia de cáncer primario intra-abdominal o extra-abdominal con afectación peritoneal; d) ausencia de posibilidades razonables de resolución de su causa. [1-3]

Tiene una prevalencia del 3% a 15%, se presenta con mayor frecuencia en el cáncer de ovario (5.5% a 51%), cáncer colorrectal (4.4% a 24%) y cáncer gástrico, las metástasis de cánceres extra-abdominales como el cáncer de mama, de pulmón y el melanoma causan OIM con menor frecuencia. El cáncer puede causar OIM en el intestino delgado en un 61%, el intestino grueso en un 33% y ambos en un 20%. [1] La edad media de los pacientes que presentan OIM es de 61 años y más del 60% son mujeres. El índice de recurrencia obstructiva en estos casos es superior al 60%. En las series de casos quirúrgicos la supervivencia media oscila entre 3 y 8 meses, incluyendo pacientes tratados con cirugía paliativa. En los pacientes con cáncer avanzado y OIM inoperable la media de supervivencia no supera 4-5 semanas. [2]

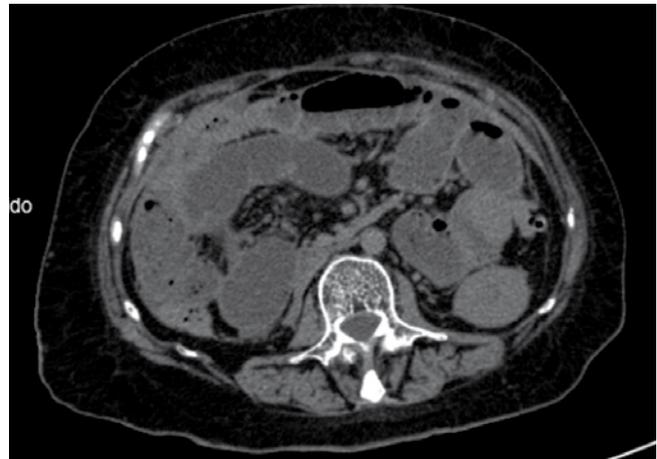
A continuación, se describe el caso clínico de una paciente con OIM secundario a un cáncer de ovario y su manejo multidisciplinario por parte de Oncología, Médicos de Cuidados Paliativos, Psicóloga y Enfermera, queriendo mostrar el beneficio del manejo multidisciplinario por la complejidad de estos casos y el acompañamiento transdisciplinario en el final de vida.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 73 años

de edad, que ingresa a hospitalización de urgencia por un cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal cólico y dorsal opresivo con Escala Visual Análoga (EVA) de 8 /10 acompañado con vómitos de tipo gastro-bilioso de contenido alimentario. Al examen físico en regular estado general con escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) para evaluar estado funcional de 2, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, signo de rebote negativo. Se realiza tomografía axial computarizada con contraste de abdomen con datos de carcinomatosis (Figura 1).

Figura N° 1. Tomografía axial computarizada de abdomen que muestra carcinomatosis



Por todo lo anterior, se completa protocolo diagnóstico con tomografía de tórax, colonoscopia y ecografía ginecológica sin lesiones tumorales. Cuenta además con CA 125 de 341 U/ml (elevado) y resto de marcadores tumorales negativos, por lo cual fue sometida a laparoscopia diagnóstica para toma de biopsia, la misma que reportó carcinoma poco diferenciado, que por morfología sugiere carcinoma seroso de alto grado.

Al conocer el diagnóstico oncológico se interconsulta a Cuidados Paliativos, quienes abordan a la paciente de manera integral. Posterior a la laparoscopia, la paciente, inicia con vómitos

grado 3 y diarrea grado 2, no se identifican datos de infección, por lo cual se solicita radiografía de abdomen que muestra datos de obstrucción (Figura 2).

Figura N° 2. Radiografía simple de abdomen de pie, que muestra obstrucción intestinal



Se inicia manejo de obstrucción intestinal maligna con corticoide (dexametasona 16 mg/24 horas endovenoso), antieméticos (ondansetrón 24 mg/24 horas endovenoso), antiespasmódico (butilbromuro de hioscina 120 mg/24 horas endovenoso), sin respuesta. Se agrega octreótide 100 mg subcutáneo (SC), la paciente continuó sin mejoría a las 24 horas y se añade Haloperidol 20 mg/24 horas sin éxito. La paciente presenta deterioro marcado del estado funcional, por lo cual se decide sedación paliativa intermitente con Midazolam a 2 mg/6 horas SC y se agrega morfina 10 mg/24 horas SC, obteniéndose niveles de sedación en escala de Ramsay 2. Además, se aborda preferencias de final de la vida con la paciente, se organiza exitus en domicilio. Paciente fallece en domicilio acompañada por su familia.

En la esfera psicológica tuvo tres encuentros psicoterapéuticos, dos con la paciente y uno con la organizadora y cuidadora de la misma. En el primer encuentro se realizó el acercamiento a

la paciente y familia. Estableciendo el rapport y encuadre familiar, donde se identificó miedo e incertidumbre de los resultados. En el segundo encuentro, se logró mirar su historia, como proceso de duelo anticipado ante la crisis de salud percibida; paciente expresa sentir miedo y angustia por el sufrimiento de su familia; expresó haber conversado con su hija (cuidadora primaria) de algunos pendientes a realizar. La paciente intuye su pronóstico, comienza a resignificar su historia y se asigna tareas reflexivas. En el encuentro familiar, se realiza contención emocional, psicoeducación respecto a la importancia del cuidado y atención a las necesidades que se presenten, se orienta respecto a propiciar conversaciones desde el sentir para el acompañamiento en la enfermedad. Se acompaña al paciente y familia en el proceso debido al repentino avance de la enfermedad y situación de últimos días.

En resumen, se trata de una paciente con diagnóstico oncológico confirmado de Obstrucción intestinal maligna. Por lo que, se realiza un manejo multidisciplinario desde las siguientes esferas:

- Física: Se inició tratamiento antiemético, antiinflamatorio, antiespasmódico y antisecretor, y al tener síntomas refractarios, se optó por sedación paliativa intermitente para aliviar el sufrimiento y controlar los síntomas, además de permitir periodos de alerta que ayuden a mantener comunicación con la familia.
- Psicológica y espiritual: Se hizo acompañamiento psicológico, facilitando la expresión de los sentimientos de la paciente con su familia y permitiendo decidir el modo y lugar de preferencia para ser atendida, en el domicilio. A nivel espiritual, una mirada a su historia y el sentido que le da a su vida.
- Familiar: Se compartió información precisa sobre cambios clínicos al final de vida y se brindó estrategias de cuidado al familiar de la paciente, así como acompañamiento para prevención de sobrecarga del cuidador. Se logra que la hija que vivía en el exterior acuda a Bolivia, para el acompañamiento y despedida al final de vida de la paciente.

DISCUSIÓN

En la OIM hay un círculo vicioso de secreción, distensión y contracción debido a que se desarrolla una alteración en la motilidad del contenido intestinal, esto conlleva a la vez acumulación de líquidos, de gases y aumento de secreciones intestinales biliares y pancreáticas, secreción de cloruro de sodio y de agua. También disminuye la absorción por liberación de serotonina (5-HT) 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, todo este proceso genera distensión luminal de las asas intestinales, vasodilatación esplácnica, produciéndose activación del peristaltismo, produciendo más péptidos nociceptivos (especialmente, péptido intestinal vasoactivo) e inflamatorios, que se asocia a edema por secuestro de líquidos y electrolitos generando inestabilidad hemodinámica.^[1]

También hay un incremento de la flora intestinal que empeora la acumulación de líquido y gases, lo que puede originar procesos infecciosos por translocación bacteriana. Este proceso fisiopatológico desencadena hiperemia, inflamación, daño epitelial acumulación de gases y líquido intestinal ocasionando finalmente isquemia, gangrena y perforación. En algunos pacientes es difícil diferenciar si la obstrucción diagnosticada tiene causa benigna o maligna, para ello es importante revisar sus antecedentes de cirugía abdominal ya que a causa de adherencias postquirúrgicas se puede producir obstrucción intestinal, otras causas para hacer

el diagnóstico diferencial son: enteritis por radiación y compresión extrínseca.^[1,2] En el caso que describimos mostramos que la causa es por carcinomatosis secundaria al cáncer, misma que se evidencia en la tomografía.

La OIM produce un alto grado de discomfort, debido a las alteraciones mecánicas y funcionales por los distintos mecanismos fisiopatológicos, presentando múltiples síntomas secundarios, alteraciones hemodinámicas, respiratorias, metabólicas, e incluso, la muerte. De acuerdo al lugar de obstrucción, en el intestino delgado: se evidencian síntomas como dolor periumbilical, vómitos biliosos, acuosos de gran volumen, con o sin olor fecaloideo, no necesariamente existe distensión abdominal y es frecuente la anorexia. En el intestino grueso existen calambres abdominales, los vómitos son de volumen pequeño, fecaloideos y existe distensión abdominal frecuentemente.^[3] En el caso que presentamos la paciente tuvo vómitos y diarrea acompañados de dolor abdominal, datos de obstrucción de intestino grueso.

En la radiografía de abdomen se observan las asas intestinales y niveles hidroaéreos. En la tomografía de abdomen contrastada con sensibilidad y especificidad del 93% y del 100% podremos determinar la extensión y localización, incluso en lesiones de menor tamaño (menores a 0.5 cm).^[4] En el presente caso el diagnóstico de obstrucción se realizó por Radiografía de abdomen.

También es importante diferenciar si la obstrucción es mecánica o funcional y las características que se detallan en la tabla Nro.1

Tabla N° 1. Clasificación de la Obstrucción Intestinal Maligna

LOCALIZACIÓN	GRADO DE OBSTRUCCIÓN	ALTERACIÓN DE LA MOTILIDAD	SEGÚN SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> · Proximal: Cáncer de páncreas, colangiocarcinoma · Distal: Cáncer de ovario y de colon 	<ul style="list-style-type: none"> · Parcial · Completa 	<ul style="list-style-type: none"> · Mecánica: Intraluminal o extramural · Funcional: Compromiso de mesenterio, músculo o nervios 	<ul style="list-style-type: none"> · Radioterapia · Quimioterapia · Medicamentos · Cirugía

Cárdenas J, Aganez C. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema Malignant bowel obstruction. Review. Rev. colomb.cancerol 2013;7(2).

El presente caso se debe a una obstrucción extramural, ya que los implantes de carcinomatosis son los que estaban causando obstrucción.

En el presente caso se realizó tratamiento no farmacológico y farmacológico de OIM:

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento de la OIM en pacientes con cáncer debe ser individualizado tomando en cuenta el estado clínico, las comorbilidades, estadio del cáncer, esperanza de vida del paciente. El manejo puede ser quirúrgico o médico. La decisión de una intervención quirúrgica debe ser analizada por un equipo multidisciplinario conformado por oncólogo clínico, cirujano oncólogo, paciente/familiares y un equipo de cuidados paliativos. [1,4]

En este caso por ser una obstrucción secundaria a carcinomatosis y el estado funcional no se consideró, a la paciente, como candidata para cirugía.

El tratamiento no farmacológico está indicado durante un corto periodo de tiempo si existe posibilidades de cirugía. Colocación de una sonda nasogástrica y aspiración, nada por vía oral, hidratación parenteral, sin embargo, la colocación de sonda nasogástrica suele ser incómoda para el paciente y puede tener complicaciones (lesión nasal, otitis, neumonía aspirativa esofagitis, reflujo gastroesofágico e impacto emocional negativo). La hidratación parenteral podría mejorar el desequilibrio hidroelectrolítico, pero debemos considerar que prolonga una estancia hospitalaria y limita la movilización del paciente. [1,2,4] La paciente estuvo con nada por vía oral y con hidratación parenteral, no se optó por la colocación de una sonda nasogástrica por preferencia de la paciente.

Tratamiento farmacológico.

Está indicado cuando el estado evolutivo de la enfermedad o el deterioro del paciente contraindican la cirugía. El objetivo principal es aliviar síntomas, permitir mínimas ingestas líquidas y evitar los tratamientos no farmacológicos

mencionados, la vía de administración de fármacos de elección en esta situación sería la subcutánea intermitente o en infusión continua mediante bombas portátiles. La colocación de una palomita de acceso subcutáneo es cómoda, comporta escasas complicaciones (induración, fibrosis, infección) y permite la administración de la mayoría de fármacos útiles en el tratamiento sintomático con una biodisponibilidad excelente. Tabla N° 2. [1]

Con respecto a la sedación paliativa al final de la vida y ante síntomas refractarios; el objetivo es ofrecer confort y bienestar al paciente, prevenir crisis o aliviar distress intolerable, anticipando un tratamiento, para evitar sufrimiento innecesario en el paciente, ofreciendo estrategias de cuidado y brindando información amplia a la familia sobre la evolución de la enfermedad y la previsión de muerte cercana del paciente.

La sedación paliativa es una estrategia terapéutica indicada para disminuir el nivel de conciencia ya sea superficial, profunda, intermitente o continua, en caso de síntomas físicos o psicológicos refractarios a otros tratamientos convencionales, como en el presente caso. La sedación no es sinónimo de coma farmacológico, aunque en caso de ser preciso puede llegarse a él y no es sinónimo de eutanasia, porque esta última tiene por objetivo producir la muerte del paciente al administrar un fármaco letal. [1,3,5,6]

Los requerimientos éticos para realizar una sedación paliativa son que exista un síntoma refractario, que logre disminuir el sufrimiento al final de la vida, que disminuya el nivel de conciencia de forma proporcionada y la obtención del consentimiento informado explícito, de preferencia anticipado, caso contrario el consentimiento debe obtenerse de la familia. [6]

Tabla N° 2. Tratamiento Farmacológico De La Oim

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Dolor nociceptivo somático continuo	Uso de analgésicos opioides potentes en dosis tituladas
Dolor visceral cólico	Butilbromuro de hioscina 20-40 mg cada 8 horas (120mg dosis máxima) SC o EV.
Aumento de secreciones gastrointestinales	Butilbromuro de hioscina 20-40 mg cada 8 horas (120mg dosis máxima) Octreotide 100-300 µg cada 8 horas SC o EV.
Náuseas y vómitos	Haloperidol 5-15mg /día, ,Metoclopramida 40-240 mg/día, Ondansetrón 12-24 mg/día, Olanzapina 2,5-20 mg/día SC o EV
Actividad inflamatoria local	Dexametasona 6-16 mg/día SC o EV

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Para síntomas refractarios	Sedación paliativa: Midazolam de primera elección, desde dosis de inducción 2 a 5 mg cada 4 a 6 horas o en infusión continua EV o SC, hasta obtener nivel de sedación adecuado, con rescates del 20 % de la dosis total. Opcionales son: levomepromazina (delirium), clorpromazina, fenobarbital y propofol Durante la sedación se puede usar Opioides como Morfina desde 10 mg/24 horas EV o SC

Fuente: *Elaboración propia*

SC: *subcutáneo*; EV: *endovenoso*

La evaluación de la sedación Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay tabla Nro. 3, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr. [7]

Tabla N° 3. Escala de Evaluación de Sedación de Ramsay

1	Ansioso, agitado, incontrolable
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos
5	Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6	No responde a estímulos

Acedo Claro Clementina, Rodríguez Martín Bárbara. Sedación paliativa. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2021 ; 14: 93-97.

En cuidados paliativos, los objetivos terapéuticos están centrados en la mejora de la calidad de vida, respeto a la autonomía y derechos humanos del paciente, adaptación emocional a la situación, con una concepción activa de la terapéutica y un abordaje multidisciplinario. Los instrumentos básicos para alcanzar estos objetivos son el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación afectiva y efectiva, con una buena relación médico - paciente - familia, además del cambio de nuestra organización para adaptarla a las necesidades y demandas enormes de atención del enfermo y su familia en una situación difícil, así mismo, se aborda preferencias y cuidados de final de vida en domicilio. El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).

La OIM se ha descrito como un problema

complejo , que debe ser manejado de forma multidisciplinaria y de manera individual [8-10]. Por otro lado, la OIM es una entidad frecuente , de ahí la importancia de reconocer el manejo multidisciplinario, se ha descrito a la OIM en pacientes con tumores ginecológicos, como es el caso de la paciente que presentamos, estudios retrospectivos y de autopsias encontraron la frecuencia en aproximadamente 5-51%, además se describe que es la causa más frecuente de muerte en mujeres con cáncer de ovario y se presentan 50% en el intestino delgado y 37% con obstrucciones de intestino grueso [10]

CONCLUSIÓN

Se muestra la importancia de una asistencia activa desde un enfoque físico, psicológico, espiritual y familiar. El trabajo multidisciplinario al mando de Cuidados Paliativos con el apoyo de Psicología y Oncología pueden controlar síntomas refractarios de enfermedades terminales complejas que ocasionan sufrimiento innecesario.

En el presente caso, la estrategia convencional de tratamiento utilizada de acuerdo a evidencia científica no fue suficiente para lograr estos objetivos, sin embargo, demostró ser altamente efectiva la implementación de la sedación paliativa intermitente, que ha permitido controlar el síntoma refractario en una paciente con OIM inoperable, aliviando el distrés que generó esta enfermedad, siendo los elementos fundamentales el consentimiento, la administración de fármacos a dosis adecuadas, y la evaluación.

Este caso nos muestra como la sedación paliativa intermitente, en casos refractarios de una enfermedad, al no disminuir completamente el nivel de conciencia, permite a los pacientes decidir el lugar de preferencia donde desea ser tratada y continuar en contacto con su familia hasta el último día de vida.

REFERENCIAS

1. Fuentes Merlos, Álvaro, & López-Bas Valero, Rafael. (2020). Manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna. *Hospital a Domicilio*, 4(2), 81-87. Epub 01 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v4i2.102>
2. Marquez JL, Saltos Carvajal J. Prevalencia de obstrucción intestinal en pacientes con cáncer de colon: Un estudio transversal de centro único. *Oncol* 2022;32(3).
3. Mercadante S, Chen W. Palliative care of bowel obstruction in cancer patients. *UpToDate Philadelphia [Internet]* 2022; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-bowel-obstruction-in-cancer-patients?search=obstrucción intestinal maligna &source=search_result&selectedTitle=1~38&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-bowel-obstruction-in-cancer-patients?search=obstrucción%20intestinal%20maligna&source=search_result&selectedTitle=1~38&usage_type=default&display_rank=1)
4. Cárdenas J, Aganez C. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema Malignant bowel obstruction. *Review. Rev.colomb.cancerol* 2013;7(2).
5. Zuluaga Gomez M, Tabares Tabares M. Generalidades de las principales urgencias en el paciente oncológico: revisión de tema. *Med UPB* 2022;41(1).
6. Bruera, E., Higginson, I., Von Gunten, C. F., Morita, T. (Eds.). . *Textbook of palliative medicine*. CRC Press, Francia, 2019: 845-862
7. Acedo Claro Clementina, Rodríguez Martín Bárbara. Sedación paliativa. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2021 [citado 2023 Mar 27] ; 14(2): 93-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es. Epub 26-Jul-2021
8. Krouse RS. Malignant bowel obstruction. *J Surg Oncol*. 2019 Jul;120(1):74-77. doi: 10.1002/jso.25451. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30908650.
9. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, Del Fabbro E, Bruera E. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Support Care Cancer*. 2021 Dec;29(12):8089-8096. doi: 10.1007/s00520-021-06438-9. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34390398.
10. Ripamonti C, Bruera E. Palliative management of malignant bowel obstruction. *Int J Gynecol Cancer*. 2002 Mar-Apr;12(2):135-43. doi: 10.1046/j.1525-1438.2002.01103.x. PMID: 11975672.