

Nuestra experiencia con el Síndrome de Oclusión Intestinal

Estudio prospectivo y protocolizado

Santiago Carrizo¹, Analia Vellez¹, Carlos Padilla¹, Nicolás Menso¹ Martín Sánchez², Jorge Saliba², Bruno Taborda², Carlos Sánchez Tassone², Paul Eduardo Lada^{3*}

Pren. Méd. Argent.
Junio 2017
Vol. 103 - Nº 4
181-188

INTRODUCCIÓN

El síndrome de oclusión intestinal es un problema médico común entre un 20% a 30% de los cuadros de dolor abdominal agudo ingresados en un Servicio de Guardia en un hospital (1). Desde un punto de vista práctico en relación a los cuadros oclusivos mecánicos, el 85-90% se deben a patología del intestino delgado y el 10-15% restante a etiología colónica. Asimismo, la denominación de parálisis gastrointestinal denominada Íleo o pseudo-obstrucción, ocurre a menudo después de un postoperatorio o respuesta a una condición médica extra-abdominal

Diversos autores (3) (4) (5) (6) (7) hacen referencia a tasas de mortalidad y morbilidad post-quirúrgica y su relación con variables como: edad, el Riesgo ASA, co-morbilidades pre quirúrgicas y retraso de la indicación quirúrgica.

El objetivo de este trabajo es relacionar estas variables, sumada las alturas de la oclusión altas ó bajas, con la morbi-mortalidad post-quirúrgica y con el promedio de días de internación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero del 2004 y enero del 2015 se realizó un estudio protocolizado y prospectivo de 129 pacientes ingresados con diagnóstico de un síndrome de oclusión intestinal e intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía de Guardia del Hospital Nacional de Clínicas. Se excluyeron los pacientes con patología herniaria complicada.

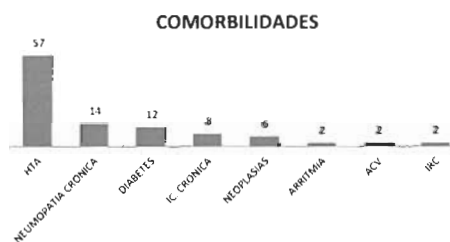
Del total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el período

de estudio, 75 de ellos fueron hombres (58,13%) y 54 mujeres (41,86%); el promedio de edad correspondió a 54,38 años (rango de 16 a 95) (**Gráfico N° 1**). Se estratificó la muestra en tres grupos etarios: < 45 años con 41 pacientes, 45 a 65 años: 46 casos y > 65 años con 42 pacientes. En relación a las co-morbilidades la HTA fue la más frecuente que se observó en 57 pacientes (44,18%), 14 con neumopatías crónicas (10,85%), 12 con diabetes (9,30%), 8 con Insuficiencia Cardíaca Crónica (6, 20%), 6 casos enfermedades neoplásicas (4,65%), 2 con arritmia cardíaca (1,55%), 2 con un ACV (1,55%) y finalmente dos pacientes I.R.C. (1,55%) (**Tabla N° 1**).

Gráfico 1: Sexo



Tabla n° 1: co-morbilidades



De los 6 pacientes con enfermedades neoplásicas de base, todos recibieron quimioterapia, y 4 recibieron radioterapia.

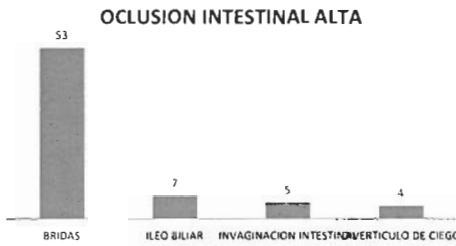
1 Residente de Cirugía General. Servicio de Guardia Central del Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

2 Jefe de Guardia. Servicio de Guardia Central del Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

3 Jefe del Departamento de Guardia Central. Servicio de Guardia Central del Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

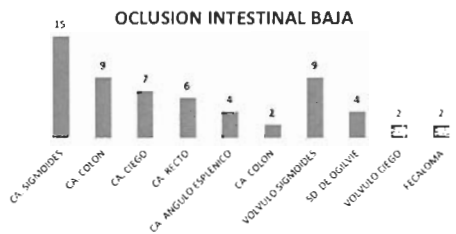
* Paul Eduardo Lada, Jefe del Departamento de Guardia Central, Servicio de Guardia Central. HNC. E mail: pauleduardo-lada@yahoo.es

Tabla nº 5: etiología de oclusión intestinal alta



Los hallazgos quirúrgicos encontrados en el síndrome oclusivo bajo fueron en 43 oportunidades por patología maligna, distribuidas de la siguiente manera: 15 pacientes con cáncer de sigmoides (11,62%), en 9 casos con un cáncer de colon ascendente (6,97%), en 7 un cáncer de ciego (5,42%), en 6 un cáncer de recto (4,65%), en 4 con un cáncer de ángulo esplénico (3,10%) y finalmente en 2 un cáncer de colon transverso (1,55%). En el resto de los enfermos debido a causas benignas: un vólvulo de colon sigmoides (6,97%), en 4 con un síndrome de Ogilvie (3,10%), en 2 un vólvulo de ciego (1,55%) y finalmente en 2 pacientes (1,55%) que presentaban un fecaloma (Tabla Nº6).

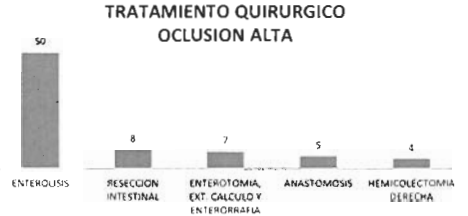
Tabla nº 6: Etiología de oclusión intestinal baja.



La conducta quirúrgica llevada a cabo en el tratamiento de la oclusión intestinal alta fueron: en 53 pacientes con bridas se llevó a cabo en 50 una enterólisis (72,46%) y 3 resecciones intestinales (4,34%). En 7 pacientes de íleo biliar se efectuó una enterotomía, mas extracción de cálculos y enterorrafia (10,14%), en 5 por una invaginación intestinal, se llevó a cabo una resección intestinal más

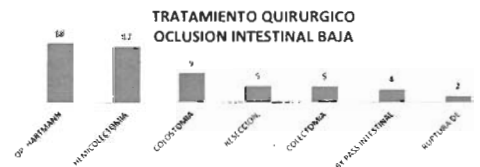
anastomosis (7,24%) y finalmente 4 divertículos de ciego donde se realizó una hemicolectomía derecha (5,59%) (Tabla Nº 7).

Tabla nº 7: Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal alta



Por otro lado, en el tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal baja en 15 pacientes con cáncer de sigmoides se llevó a cabo en 10 (16,66%) una operación de Hartmann, y en los 5 restantes una resección, anastomosis y colostomía transversa (8,33%), en el cáncer de colon ascendente que fueron 9 casos, se realizó en 5 una hemicolectomía derecha (8,33%) y en los 4 restantes un by pass intestinal (6,66%). En todos los pacientes con cáncer de ciego, se realizó una hemicolectomía derecha (11,66%). En 6 pacientes con cáncer de recto, en 3 se realizó una operación de Hartmann (5%) y en el resto una colostomía transversa (5%), en los pacientes con cáncer de ángulo esplénico, se llevó a cabo una colectomía derecha ampliada (6,66%). Por otro lado, en 2 pacientes con cáncer de colon transverso, en uno se llevó a cabo una colectomía derecha ampliada (1,66%) y en el otro una colostomía transversa (16,66%) (Tabla Nº 8).

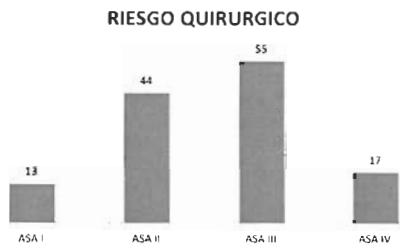
Tabla nº 8: Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal baja.



En relación a la patología benigna de las oclusiones intestinales bajas: en 9

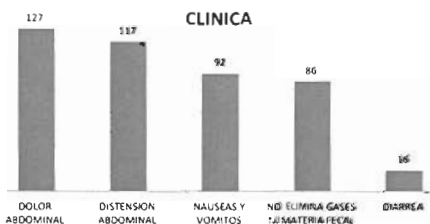
Con respecto al riesgo quirúrgico: 13 pacientes (10, 07%) presentaron un riesgo ASA I, en 44 casos (34,10%) un riesgo ASA II, en 55 (42,63%) un riesgo ASA III y finalmente en 17 casos (13,17%) un riesgo ASA IV (Tabla N°2).

Tabla n° 2: Riesgo asa



En relación a la clínica, 127 pacientes presentaron dolor abdominal (98,94%), en 117 casos manifestaron distensión abdominal (90,69%), en 92 náuseas y vómitos (71,31%), en 86 se acompañó de falta de eliminación de gases y materia fecal (66,66%), en 16 hubo diarrea (12,40%) (Tabla N° 3). En el examen físico, se observaron 118 pacientes con distensión abdominal (91,47%), en 116 oportunidades con timpanismo abdominal (82,92%), 96 presentaron ruidos hidroaéreos aumentados (74,41%), en 49 casos hubo dolor a la descompresión (37,98%), en 16 caso defensa abdominal (34,88%), en 7 se observó un abdomen asimétrico (5,42%%) y finalmente se realizó el tacto rectal en 86 pacientes (66,66%) (Tabla N° 4).

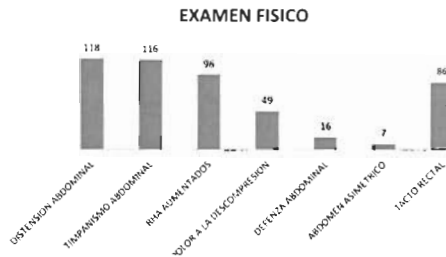
Tabla n° 3: Síntomas de ingreso



En relación al diagnóstico pre quirúrgico, en 69 pacientes se correspondió con un síndrome oclusivo alto

(53,48%), mientras que 60 correspondieron a un oclusivo bajo (46,51%). En relación a los métodos complementarios utilizados para el diagnóstico preoperatorio se realizó en 125 casos el trípode radiológico (directa de abdomen de pie, acostado y tele de tórax), lo que representa el 96, 89%. En 43 oportunidades se llevó a cabo una ecografía abdominal (33,33%), en 32 una T.A.C. de abdomen (24,89%), como así también en 16 oportunidades una endoscopia digestiva (12,40%).

Tabla n° 4: Examen físico de las oclusiones



RESULTADOS

Todos los pacientes fueron explorados quirúrgicamente con diagnóstico de oclusión intestinal. En relación a los hallazgos postoperatorios, se observó en 69 pacientes un cuadro de oclusión alta, marcándose una alta incidencia de bridas en 53 oportunidades (41,08%), con respecto a las otras patologías, en 7 casos un Íleo biliar (5,42%), en 5 invaginación intestinal (3,87%) y finalmente en 4 divertículo de ciego (3,10%) (Gráfico N° 2) (Tabla N° 5).

Gráfico n° 2: Diagnóstico preoperatorio

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO



pacientes con vólvulo de sigmoides, en 5 se realizó una operación de Hartmann (8,33%) y los 4 restantes una colostomía transversa (6,66%). En 4 casos de síndrome de Ogilvie o pseudo obstrucción aguda, en tres se llevó a una hemicolectomía derecha (5%) y el restante una colostomía transversa (1,66%). En los pacientes con vólvulo de ciego se realizó una hemicolectomía derecha (3,33%) y en los 2 pacientes con fecaloma se llevó a cabo la extracción manual o ruptura (3,33%) (**Tabla N° 8**).

La mortalidad global dentro de los 30 días sucedió en 16 pacientes (12,40%). Dentro de la morbilidad, hubo complicaciones médicas y quirúrgicas en 60 casos. En las primeras, o sea en las médicas 32 pacientes tuvieron complicaciones médicas (24,08%). Dentro de ellas, observamos que en 15 pacientes se observaron una insuficiencia renal aguda (11,67%), en 6 casos una insuficiencia respiratoria descompensada (4,65%), en 5 un íleo paralítico prolongado que se resolvieron médicamente (3,87%), en 4 una neumopatía (3,10%), en 3 un EPOC (2,32%), en 2 una insuficiencia cardíaca congestiva (1,55%), en 2 una deshidratación severa difícil de revertir (1,55%), en 1 una infección urinaria (0,77%), en 2 (3,84%). Debemos destacar que 8 pacientes presentaron más de una complicación (**Tabla N° 9**).

Tabla n° 9: Complicaciones médicas



En las segundas o complicaciones quirúrgicas, se presentaron en 28 pacientes (21,70%). Dentro de ellas, en 12 casos se presentaron más de una complicación. La más frecuente fue el absceso de pared en 9 casos (6,97%), en 6 casos por shock

séptico por Peritonitis Fecal (4,65%), en 4 una fístula intestinal (3,10%) en 3 hubo una invaginación de la colostomía (2,32%) en 2 una evisceración (1,55%), en 1 una hemorragia digestiva alta (0,77%), en 1 un vólvulo de sigmoides (0,77%), en 1 vólvulo de íleon (0,77%) y finalmente en 1 paciente u a hemorragia intra abdominal (0,77%) (**Tabla N° 10**).

Tabla n° 10: Complicaciones quirúrgicas



Por otro lado, hubo 15 pacientes que se re intervinieron (11,62%). Dentro de ellos 3 con dehiscencia de suturas (2,32%), 3 con peritonitis fecal (2,32%), 3 con invaginación de colostomías (2,32%), en 2 por un absceso abdominal (1,55%), y 1 por vólvulo de sigmoides, bridas, colección del Douglas y hemo-peritoneo (0,77%).

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal es un problema médico común y aparece en un gran porcentaje de internaciones quirúrgicas por un dolor abdominal agudo. Esto se desarrolla a partir de que el aire y las secreciones intestinales son detenidos en su pasaje como resultado de una compresión interna, externa o por una parálisis gastrointestinal (8). El íleo intestinal es la forma más común de obstrucción intestinal, pudiendo ocurrir luego de operaciones abdominales, como respuesta a una condición médica metabólica o como respuesta a un proceso inflamatorio intra-abdominal, ocurriendo en el 90% de los casos secundario a adherencias, hernias, cáncer. Por otro lado, la obs-

trucción mecánica colónica acontece en el 10-15% de los casos que se desarrolla a partir a una obstrucción por un cáncer, proceso inflamatorio como la diverticulitis o vólvulos (9). En nuestra experiencia, no fue similar a la literatura, ya que, en 69 pacientes se correspondió con un síndrome oclusivo alto (53%), mientras que 60 correspondieron a un oclusivo bajo (47%).

Con respecto a la clínica, un paciente con dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y vómitos, existe la probabilidad que presente un íleo o una obstrucción intestinal mecánica sea muy alta (10). El dolor abdominal en la obstrucción es muy severo y que generalmente se ubica en la parte media del abdomen. No así del íleo, que el dolor es difuso y suave. Por otro lado, la periodicidad del dolor puede ayudar a localizar el nivel de la obstrucción, un dolor de obstrucción intestinal proximal suele ser corto, entre 3 a 4 minutos y el dolor colónico en más largo su intervalo de 15 a 20 minutos entre episodios de náuseas, cólicos y vómitos. La distensión abdominal, las náuseas y los vómitos se desarrollan después del dolor (11). En nuestro casos, el dolor abdominal estuvo presente en el 98% como así también la distensión abdominal en un 90%, en menor incidencia entre el 66 al 71% de náuseas, vómitos y falta de eliminación de gases y materia fecal.

En relación a los estudios radiológicos, sin duda que en la mayoría de los casos, la radiografía de abdomen de pie y acostado pueden permitir distinguir al tipo de obstrucción, ya sea mecánica o no mecánica, obstrucción parcial o completa. También permite establecer la localización, pudiendo ser de estómago, intestino delgado o colon. Además siempre una tele de tórax en todos los pacientes para excluir procesos de neumopatía o de un Neumoperitoneo. Es importante evaluar las radiografías mirando en forma sistemática el gas intestinal a lo largo del tracto gastrointestinal, comenzando por el estómago, continuando por delga-

do y finalmente seguir curso de colon y recto. En relación a los métodos complementarios utilizados para el diagnóstico preoperatorio, en nuestro estudio se llevó a cabo en el 97%. En 43 oportunidades se llevó a cabo una ecografía abdominal (33,33%), en 32 una T.A.C. de abdomen (24,89%), como así también en 16 oportunidades una endoscopia digestiva (12,40%).

La Tac de abdomen con doble contraste, ha permitido obtener un diagnóstico más exacto de la patología, con el uso de la misma se demostró en la mayoría de los pacientes el nivel de obstrucción, sitio, grado de obstrucción, presencia de complicaciones asociadas y descartar causas no quirúrgicas. Esto corrobora lo referido en la bibliografía (12) (13) respecto de la elevada sensibilidad y especificidad de este método de imagen, por lo que se indica cuando hay dudas diagnósticas, ante la ausencia de antecedentes quirúrgicos previos, en pacientes con antecedentes oncológicos y/o sospecha de complicaciones. La TC se ha convertido en la herramienta fundamental en el diagnóstico de las causas de abdomen agudo oclusivo, que conlleva una alta sensibilidad del 90.4% y una especificidad 98% (14). Además, permite un procedimiento quirúrgico precoz disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad.

El objetivo principal de este trabajo fue relacionar la morbimortalidad, días de internación y complicaciones quirúrgicas con variables como la edad, el sexo, Riesgo ASA, localización de la oclusión y retraso de la intervención quirúrgica. Al excluir la patología herniaria y al incluir la enfermedad neoplásica en la muestra estudiada las tasas de mortalidad y morbilidad tanto globales como específicas fueron mayores que las reportadas en la literatura mundial y menores con respecto a otra bibliografía.

Del total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el período de estudio, 75 de ellos fueron hombres y 54 mujeres; el promedio de edad correspon-

dió a 54,38 años (rango de 16 a 95). Se estratifico la muestra en tres grupos etarios objetivándose que tanto las tasas de mortalidad como de morbilidad aumentan con respecto a la edad coincidiendo con la literatura mundial (**Figura 1**).

En relación al sexo el masculino presenta mayores tasas de complicaciones tanto médicas (31,2% vs 20%) como quirúrgicas (28,1% vs 15%) como así también mayor cantidad de días de internación (13,3% vs 7,75%). También presentaron mayor tasa de mortalidad 7,7% que las mujeres 4,6% pero esta no

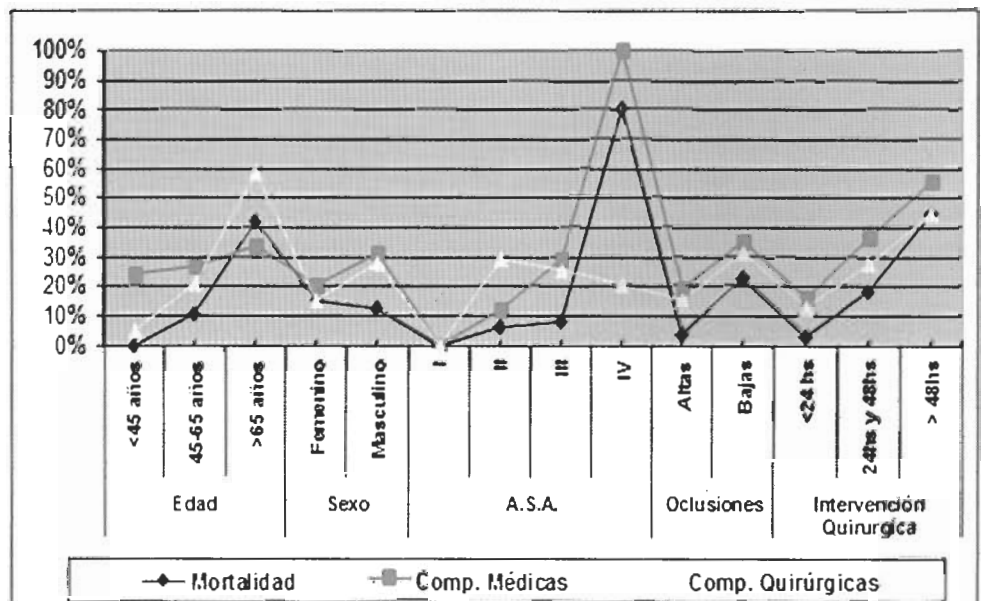
fue significativa al aplicar el test χ^2 de Pearson (**Figura 1**). Estos resultados contrastan con tekki y col (3). Que no muestran variables con respecto al género.

El aumento de la mortalidad en relación con el riesgo ASA (I-IV) fue significativo en el ASA IV 9,30% al igual que en consideración de las complicaciones médicas en el ASA IV 100%, no así con respecto a las complicaciones quirúrgicas y en relación a los días de internación (**Figura 1**). Con respecto al sitio de oclusión la mortalidad fue mayor en las

Figura 1: Morbi-mortalidad, días de internación, complicaciones quirúrgicas con variables como la edad, el sexo, Riesgo ASA, localización de la oclusión y retraso de la intervención quirúrgica.

		Total de casos	Muertes	Comp. Médicas	Comp. Quirúrgicas	Días de Internación
Edad	<45 años	41	0 (0%)	23,80%	4,76%	10
	45-65 años	46	6 (4,65%)	26,51%	21,05%	13,1
	>65 años	42	11 (8,52%)	33,33%	58,33%	12
Sexo	Femenino	34 (46,86%)	6 (4,65%)	20%	15%	7,75
	Masculino	75 (58,13%)	10 (7,75%)	31,25%	28,12%	13,37
ASA	I	13	0 (0%)	0%	0%	8
	II	44	2 (1,55%)	11,76%	29,41%	10,35
	III	55	2 (1,55%)	29,10%	25%	12,83
	IV	17	12 (9,30%)	100%	20%	10,4
Oclusiones	Altas	69	4 (3,10%)	19,23%	15,38%	9,7
	Bajas	60	12 (9,30%)	34,61%	30,76%	13,92
Intervención Quirúrgica	dentro de las 24 hs	58	1 (0,77%)	15,65%	12,5%	9,78
	entre 24hs y 48hs	42	2 (1,55%)	36,36%	27,27%	13,42
	Posterior a las 48hs	29	13 (10,07%)	55,55%	44,44%	10,11

Figura 2: Conclusiones.



oclusiones bajas que en las oclusiones por encima del Angulo de Treitz% vs 5,7% las tasas de complicaciones médicas, y quirúrgicas como así también el promedio de días de internación fue mayor para este grupo (**Figura 1**).

El retardo en la intervención quirúrgica presento mayor mortalidad en relación con el tiempo de demora, más de 48 hs (10,07%), también siguieron este patrón las complicaciones médicas (55,5%) y quirúrgicas (44,4%), no así en los días de internación (10,11%) coincidiendo con la literatura mundial (**Figura 1**).

En conclusión, nuestro estudio demostró que el riesgo asa elevado mostro ser uno de los factores predictivos más importantes en relación al incremento de la mortalidad en los cuadros oclusivos de urgencia, junto con la edad y el retraso en la indicación quirúrgica y la altura de la oclusión coincidiendo con la bibliografía mundial (**Figura 2**). La mortalidad postoperatoria tanto medica como quirúrgico también mostro ser dependiente de estos factores en estudio. La variable que relaciona el género no mostro significancia estadística y no coincide con otros autores como factor predictivo de aumento de la mortalidad en el síndrome de oclusión intestinal (**Figura 2**).

REFERENCIAS

1. Irvin T.: Abdominal pain: A surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br. J. Surg.* 1989. 76: 1121-1124.
2. Lucky A, Livingston E, Tache Y.: Mechanisms and treatment of postoperative ileus. *Arch. Surg.* 2003. 138: 206-210.
3. Tekkis P, Kinsman R, Thompson M, et al.: The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland Study of Large Bowel Obstruction Caused by Colo-rectal Cancer. *Ann. Surg.* 2004. 240: 76-81.
4. Biondo S, Pares D, Frago R, et al.: Large Bowel Obstruction: Predictive Factors for Postoperative Mortality. *Dis. Colon. Rectum.* 2004. 47: 1889-1897.
5. Smothers L, Hynan L, Fleming J, et al.: Emergency Surgery for Colon Carcinoma. *Dis. Colon. Rectum.* 2003. 46: 24-30.
6. Duron J, Jourdan-DaSilva N, Tezenas du Montcel S, et al.: Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence After Surgical Treatment. *Ann. Surg.* 2006. 244: 750-757.
7. Fevang B, Fevang J, Stangeland L, et al.: Complications and Death After Surgical Treatment of Small Bowel Obstruction: A 35-Year Institutional Experience. *Ann. Surg.* 2000. 231:529-537.
8. Irvin T.: Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br. J. Surg.* 1989. 76: 1121-1130
9. Lucky A, Livingston E, Tache Y.: Mechanisms and treatment of postoperative ileus. *Arch. Surg.* 2003. 138: 206-210.
10. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P.: Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction: a prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. *Scand. J. Gastroenterol.* 1994. 29: 715-720.
11. Reisner R, Cohen J.: Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am. Surg.* 1994. 60: 441-446.
12. Balthazar E.: For suspected small-bowel obstruction and an equivocal plain film, should we perform CT or a small-bowel series? *Am. J. Roentgenol.* 1994. 163: 1260-1270.
13. Peck J, Milleson T, Phelan J.: The role of computed tomography with contrast and small bowel follow-through in management of small

bowel obstruction. *Am. J. Surg.* 1999. 177: 375-380.

14. Frager D, Rovno HD, Baer JW, et al.: Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography. *Abdom. Imaging.* 1998. 23: 141-146.

RESUMEN

Antecedentes: El síndrome de Oclusión Intestinal representa entre un 20% a 30% de los cuadros de Abdomen Agudo.

Objetivos: Relacionar edad, sexo, riesgo ASA, altura de la oclusión, retardo en el tratamiento quirúrgico con mortalidad, complicaciones médicas y quirúrgicas.

Lugar de realización: Servicio de Guardia Central. H.N.C. UNC.

Diseño: Estudio prospectivo y protocolizado.

Material y Métodos: Entre enero del 2004 y enero del 2015, se operaron 129 pacientes con un cuadro de oclusión intestinal. Del total 75 de ellos fueron hombres y 54 mujeres; el promedio de edad correspondió a 54,38 años. Riesgo Quirúrgico: el 42,63% un riesgo ASA III, el 34,10% un riesgo ASA II, el 13,17% un riesgo ASA IV y el 10,07% presentaron un riesgo ASA I. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal y distensión abdominal y los signos de distensión abdominal y timpanismo abdominal.

Resultados: En las Oclusiones altas las Bidas fueron la causa más frecuente y en Oclusiones bajas el Cáncer de sigmoideas. La mortalidad global fue de 12,40%. Con respecto a las Complicaciones médicas post-quirúrgicas, 32 pacientes en total las presentaron, la más frecuente fue la Insuficiencia Renal Aguda con 15 casos. Con respecto a las complicaciones del acto quirúrgico 28 pacientes en total las presentaron, las más frecuentes fue-

ron las infecciones de la herida quirúrgica con 9 casos.

Conclusiones: El riesgo A.S.A. elevado mostró ser uno de los factores predictivos más importantes con respecto al incremento de la mortalidad en cuadros oclusivos de urgencia, junto con la edad y el retraso de la indicación quirúrgica.

SUMMARY

Background: bowel obstruction syndrome represents 20 to 30 % of all abdominal consults.

Objectives: to relate age, gender, ASA risk, large or small intestinal obstruction, opportunity for the surgical treatment, clinical and surgical complications.

Establishment: Central Guard Service, Clinical National Hospital, School of Medical Sciences.

Design: protocolized and prospective study.

Method and materials: between January 2004 through January 2015, 129 patients with acute bowel obstruction were operated upon.

Of these, 75 were males and 54 females. Middle age was 54.38 years. Surgical risk: 42.63 had ASA risk III, 34.10 % had ASA risk II, 11.53 % had ASA risk I, and 9.61 % had ASA risk IV. The most common symptom was abdominal pain, with abdominal distention, and the most common signs were distention and abdominal tympanism.

Results: the most common cause of small bowel obstruction was constricting bands, and for large bowel obstruction it was sigmoid cancer. The global mortality rate was 12.40 % . Post surgical complications: 15 patients had acute renal failure and 9 had wound surgical infections.

Conclusions: the most important factors that increase mortality of acute bowel obstructions are: elevated ASA risk, age and surgical treatment retardation.