Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):240

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-241 - PRECISIÓN DEL TC MULTICORTE EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA OCLUSIÓN DE INTESTINO DELGADO E INTESTINO GRUESO

B. García Albiach, J.M. Aranda Narváez, C. Rodríguez Silva, A.J. González Sánchez, M.C. Montiel Casado, T. Prieto-Puga Arjona y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: La oclusión intestinal continúa constituyendo uno de los más frecuentes motivos de consulta y de cirugía de urgencias. Su clínica es inespecífica en cuanto al diagnóstico etiológico, por lo que en numerosas ocasiones es preciso recurrir al apoyo radiológico. El TAC multidetector es considerado como una herramienta fundamental en estos pacientes en base a su precisión diagnóstica del nivel de la oclusión y su causa, así como para descartar componentes de estrangulación o perforación. Presentamos un estudio para evaluar la aproximación diagnóstica a la oclusión intestinal y los parámetros de rentabilidad del TAC en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de tipo transversal, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por oclusión intestinal en un periodo de cuatro años (enero 2010-diciembre 2013), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel) (N = 400). Se examinó la modalidad radiológica empleada para el diagnóstico y específicamente para el TAC se contrastaron el diagnóstico radiológico y los hallazgos intraoperatorios (gold standard) para calcular los parámetros de rentabilidad diagnóstica en la oclusión intestinal de intestino delgado e intestino grueso. Análisis estadístico con software SPSS.

Resultados: Muestra compuesta por 400 pacientes, con edad mediana de 65 años (14-98), con 50,5% de hombres y 49,5% mujeres. La localización de la oclusión fue el intestino delgado en el 66,3% de pacientes y en el colon en el 33,7%. Por orden de frecuencia, los diagnósticos finales fueron: hernias (26,3%), cáncer obstructivo de colon (25,8%), síndrome adherencial (20,3%), recidiva de neoplasia previa o carcinomatosis (7%), cuerpo extraño (3,5%), íleo biliar (3%), enfermedad inflamatoria intestinal (2,5%) y otros (11,6%). Para el diagnóstico se empleó la radiología simple en el 17,8% de casos, la ecografía en el 3%, estudios con contraste en el 0,8% y el TAC en 313 pacientes (78,4%), constituyendo la prueba más empleada. El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico certero por TAC (precisión global) fue del 76,6%, resultado acorde con los previamente descritos por la literatura. La precisión en el caso de oclusión de intestino delgado fue del 67,9%, logrando tasas de diagnóstico correcto del 100% en el íleo biliar, 97,7% en caso de hernias o 54,3% en el síndrome adherencial. En el caso de oclusión de colon la precisión fue superior con una tasa del 89,6%, destacando un 93,8% en el caso del cáncer de colon.

Conclusiones: Los parámetros de rentabilidad diagnóstica del TAC en pacientes con oclusión

intestinal son excelentes, especialmente en cáncer de colon obstructivo, constituyendo el método diagnóstico de elección en esta patología.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados