Radiología. 2014;56 (Espec Cong):1616

Radiología

0 - ERRORES EN DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DEL TRAUMATISMO MÚLTIPLE

O. Chan

Obstrucción intestinal, qué aporta el radiólogo

J.C. Quintero Rivera y J. Pérez-Cid

Complexo Hospitalario y Universitario de Ourense, Ourense, España.

Resumen

Objetivos docentes: Describir los signos radiológicos en la obstrucción intestinal simple y complicada, así como los que van a precisar cirugía urgente. Destacar los aspectos que el radiólogo debe aportar en su informe (causa, nivel, grado de obstrucción y eventuales complicaciones). Ilustrar las características específicas de las diferentes causas de obstrucción intestinal.

Discusión: La obstrucción intestinal es una de las principales causas de abdomen agudo en los servicios de Urgencias, representando aproximadamente el 20% de los casos atendidos en los Servicios de Urgencias. Tiene elevada morbi-mortalidad cuando el diagnóstico es fallido o tardío. La obstrucción intestinal se define como la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo. Clínicamente cursa con dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de emisión de heces y gases. A pesar que con radiología convencional podemos detectar muchos casos de obstrucción intestinal, la TC es la técnica de elección actualmente, ya que es una exploración no invasiva, con amplia disponibilidad en nuestro medio aportando información sobre la etiología o la existencia de complicaciones (sensibilidad del 90% en isquemia intestinal secundaria a estrangulación). Entre los signos radiológicos de obstrucción intestinal destacan: de la rueda del carro, de las cuentas del collar, del pico, del remolino, de la diana, retención de aspecto fecaloideo, del grano de café, configuración “en C” o “en U”. Diagnóstico diferencial con íleo adinámico (o paralítico). Clasificación etiológica: Intraluminal: cálculos, bezoar, parásitos, cuerpos extraños, hematoma. Intrínseca: adenocarcinoma, enfermedadinflamatoria, enteritis rádica, metástasis, hemorragia intramural, intususpección. Extrínseca: hernias internas o externas, bridas, implantes peritoneales. Carcinoide, linfoma, endometriosis. Otros criterios de clasificación: según afectación vascular: simple, incarcerada (asa cerrada) y estrangulada; según grado: parcial (alto, bajo grado) y completa y según tiempo de instauración: aguda, subaguda, crónica y crónica recurrente. El radiólogo adquiere una importancia fundamental en el diagnóstico de este escenario clínico, así el conocimiento de las múltiples causas y sus hallazgos radiológicos son claves en el día a día del radiólogo en la Unidad de Urgencias.

Referencias bibliográficas

Delabrousse E, et al. CT of small bowel obstruction in adults. Abdom Imaging. 2003;28:257-66.

Nicolaou S, et al. Imaging of acute small-bowel obstruction. AJR. 2005;185:1036-44.

Silva AC, et al. Small bowel obstruction: what to look for. Radiographics. 2009;29:423-39.

Boudiaf M, et al. CT evaluation of small bowel obstruction. Radiographics. 2001;21:613-24.

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