

Patología intestinal, más allá de la obstrucción.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Ignacio Martín García, Bianca Prieto Hernández, Sara Higuero Hernando, Cecilia Santos Montón, Juan Gatón Gómez, Jose Martín Marín Balbín

Objetivos Docentes

- Revisión de las principales causas de patología intestinal que nos podemos encontrar en un día de guardia.

Revisión del tema

- La patología intestinal es causa frecuente de cirugía en nuestras guardias, fundamentalmente la obstrucción pero también nos encontramos otras patologías como las vasculares y patología inflamatoria que hay que tener en cuenta.
- Pretendemos combinar las imágenes de la TC y posteriormente las procesadas en nuestras estaciones de trabajo con algunas imágenes quirúrgicas para correlación anatomoradiológica.

Causas de patología intestinal en un día de guardia

- Causas tumorales
- Causas inflamatorias:
 - Apendicitis, apendagitis, diverticulitis, colitis y enteritis
- Causas extraluminales:
 - Hernias, vólvulos, invaginaciones
- Causas vasculares:
 - Isquemia arterial/venosa, fistulas
- Causas intraluminales:
 - Ileo biliar, cuerpo extraño, impactación fecal

Causas tumorales

- Tumor válvula ileocecal con obstrucción retrograda de ID (Fig. 1,2 y 3)
- Carcinomatosis peritoneal que provoca obstrucción de ID (Fig. 4 y 5)
- Metástasis mesentérica de condrosarcoma con reacción desmoplásica que provoca

obstrucción de ID (Fig. 6)

Causas inflamatorias

- Apendicitis aguda (Fig. 7)
- Diverticulitis aguda con afectación de la grasa adyacente (Fig. 8)
- Apendagitis, apendicitis epiploica (Fig. 9)
- Enfermedad de Crohn (Aguda) (Fig. 10 y 11)
- Enteritis eosinofílica (Fig. 12)

Causas extraluminales

- Vólvulo (Fig. 13)
- Hernia inguinoescrotal de ID complicada, con obstrucción retrograda (Fig. 14)
- Invaginación ileoileal en el adulto (Fig. 15 y 16)

Causas vasculares

- Trombosis venosa en VMS: Defecto de repleción vascular y engrosamiento/edema mural, más patente que en la isquemia arterial. (Fig. 17 y 18)
- Isquemia mesentérica en AMS: Defecto de repleción vascular, gas portal y neumatosis intestinal. (Fig. 19 y 20)
- Fístula aortoentérica: TC sin contraste oral. Se aprecia paso de contraste intravenoso de aorta a ID. (Fig. 21 y 22)

Causas intraluminales

- Ileo biliar (Fig. 23, 24, 25, 26, 27):
 - Paso de litiasis biliar a tubo digestivo
 - Triada de Rigler:
 - 1-Litiasis ectópica
 - 2-Obstrucción intestinal
 - 3-Neumobilia

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Tumor hipercaptante en válvula ileocecal.



Fig. 2: Tumor hipercaptante en válvula ileocecal.



Fig. 3: Pieza quirúrgica del tumor de válvula ileocecal.

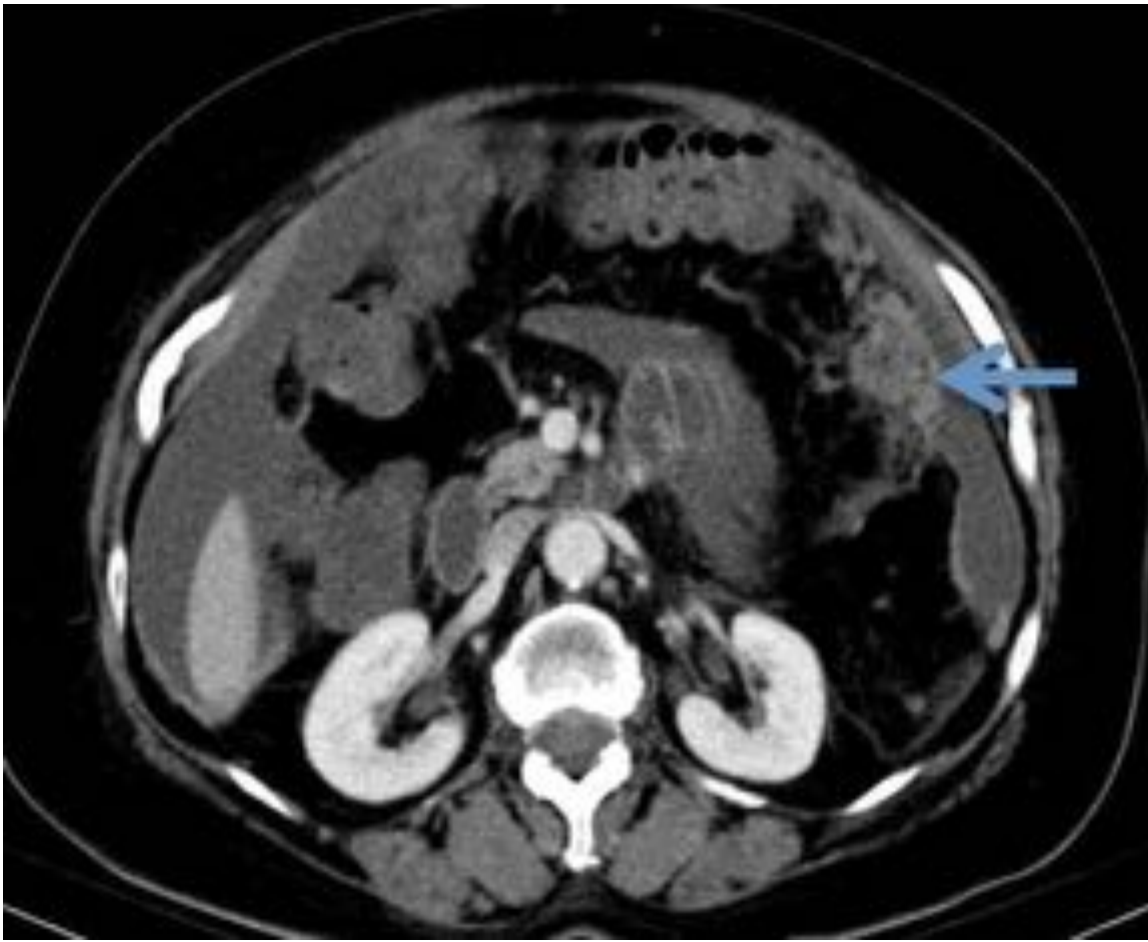


Fig. 4: Carcinomatosis peritoneal.

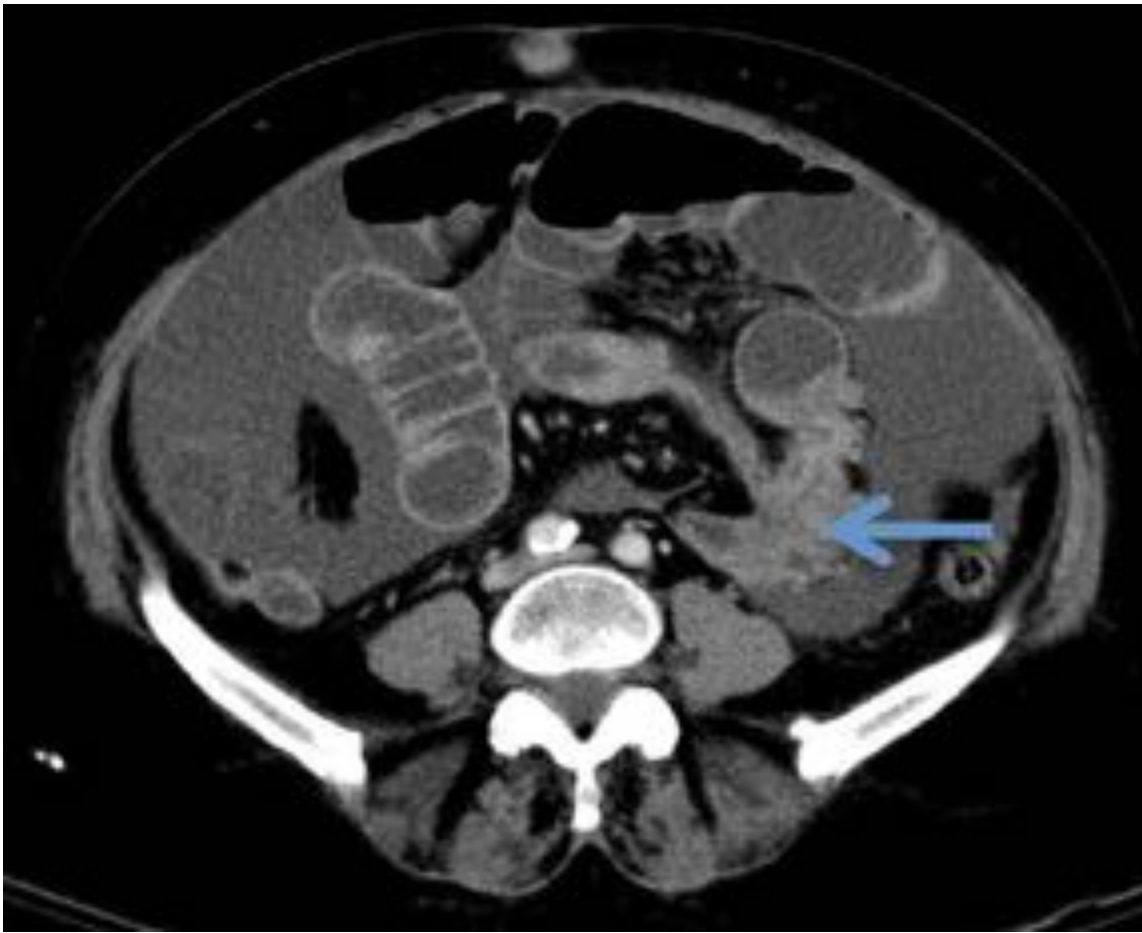


Fig. 5: Carcinomatosis peritoneal.

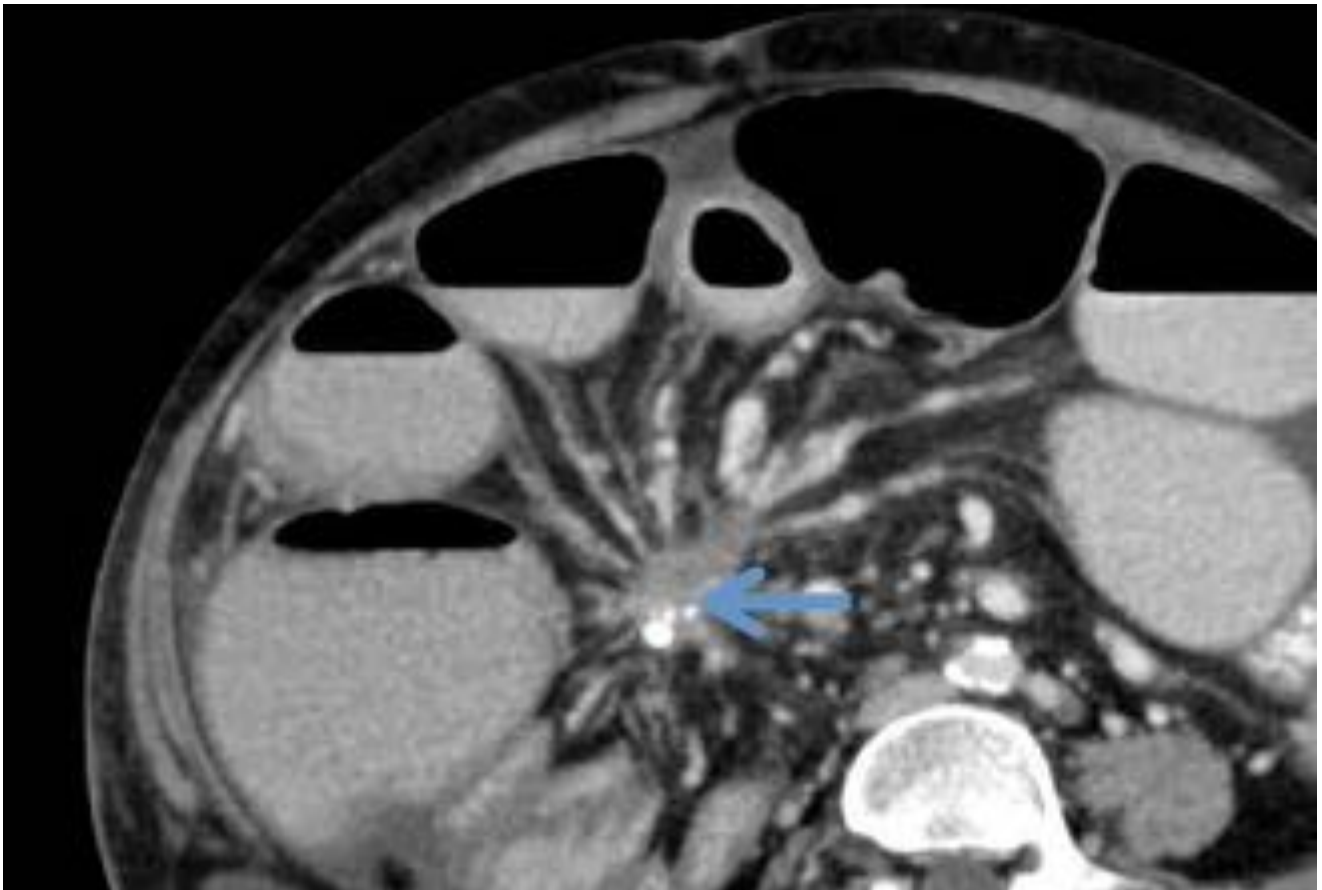


Fig. 6: Metástasis de condrosarcoma con reacción desmoplásica que provoca obstrucción intestinal.



Fig. 7: Apendicitis.

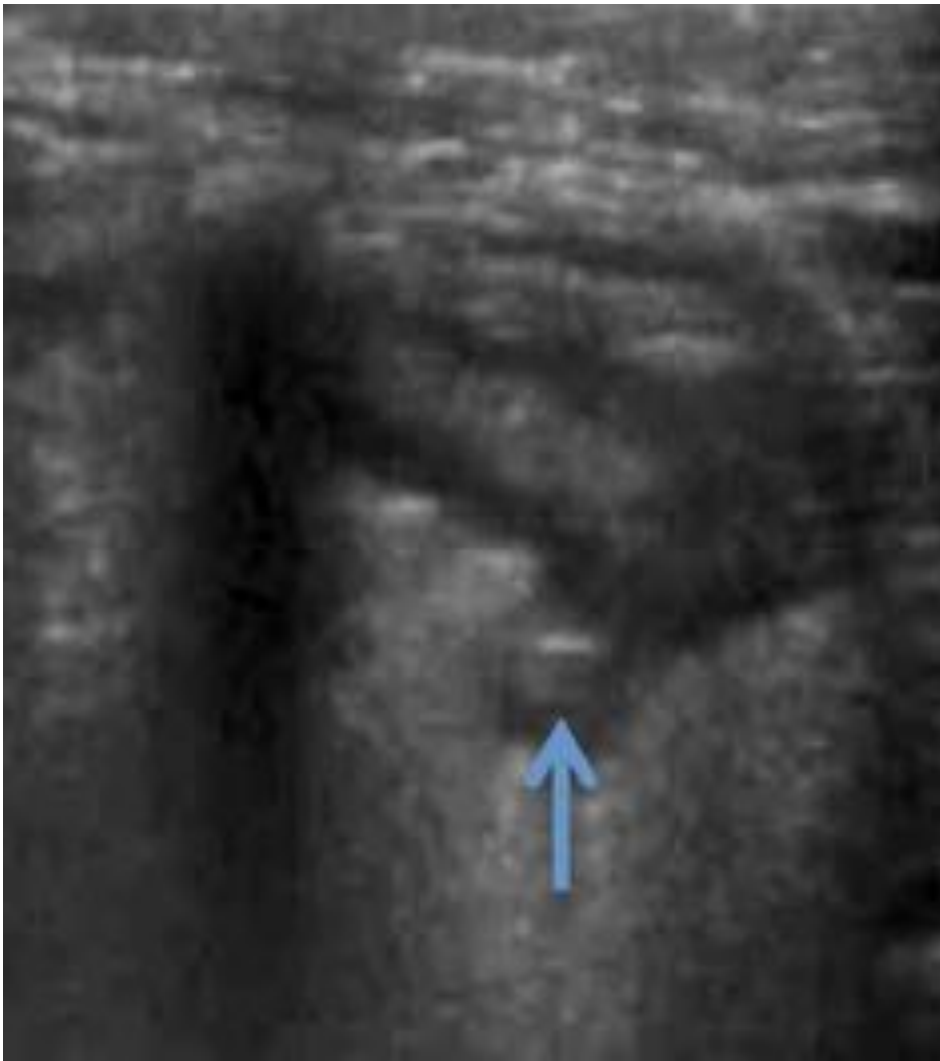


Fig. 8: Diverticulitis, afectación de grasa adyacente.



Fig. 9: Apendagitis.

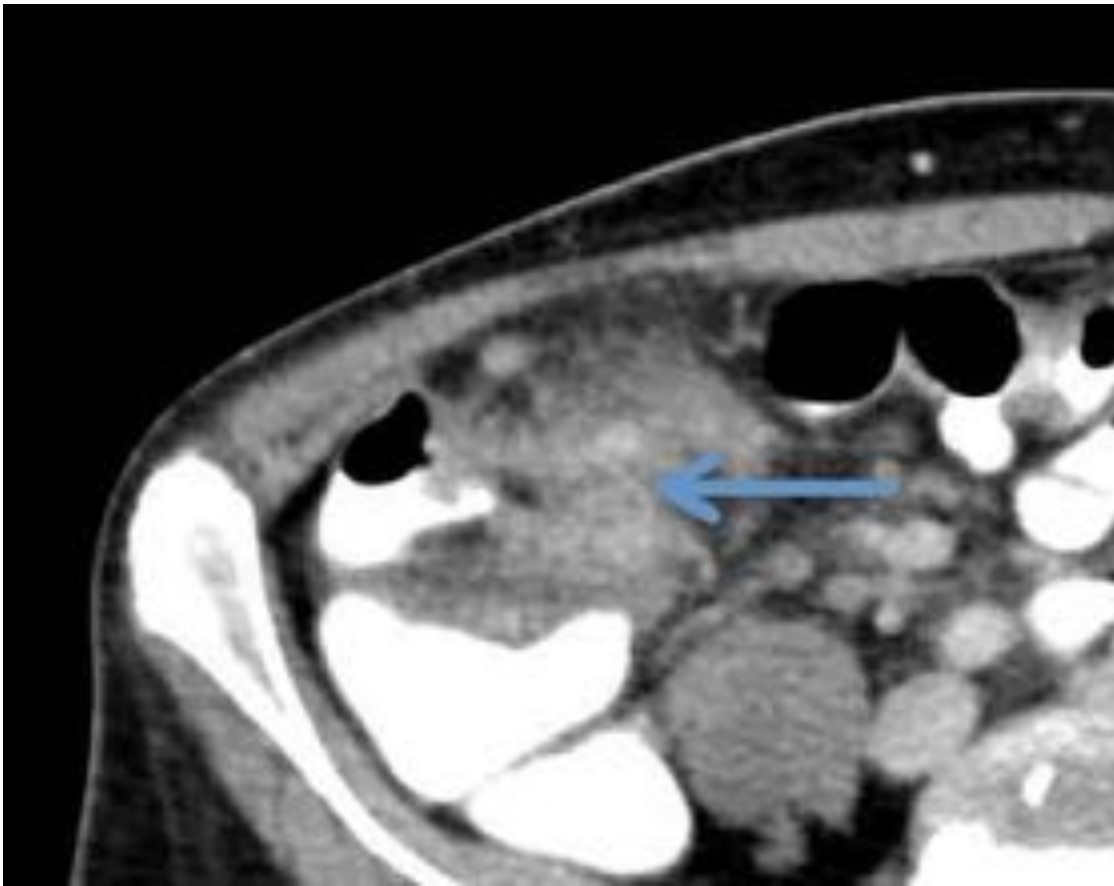


Fig. 10: Enfermedad de Crohn.



Fig. 11: Enfermedad de Crohn.

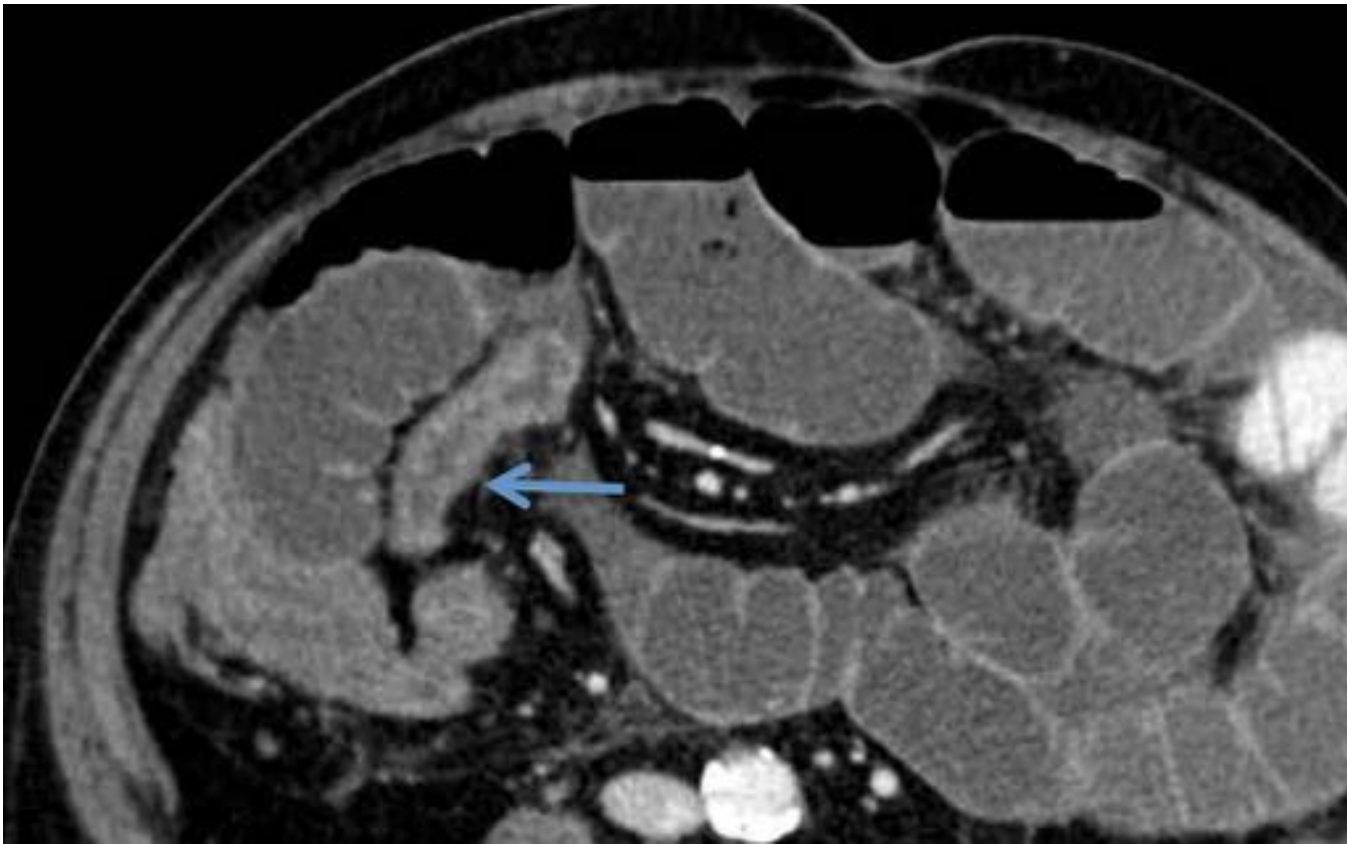


Fig. 12: Enteritis eosinófila.



Fig. 13: Vólvulo.

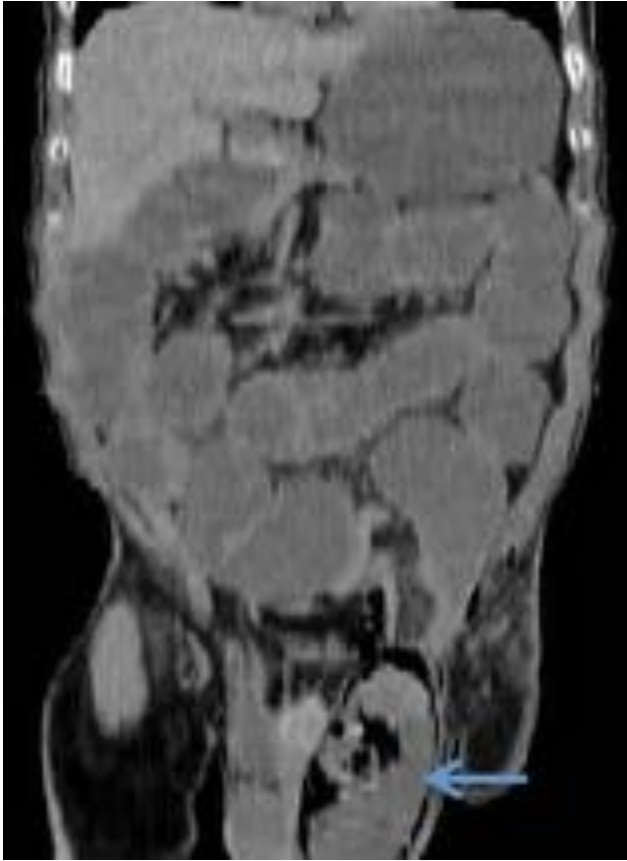


Fig. 14: Hernia inguinoescrotal complicada con obstrucción retrograda de asas intestinales.



Fig. 15: Ecografía en la invaginación.

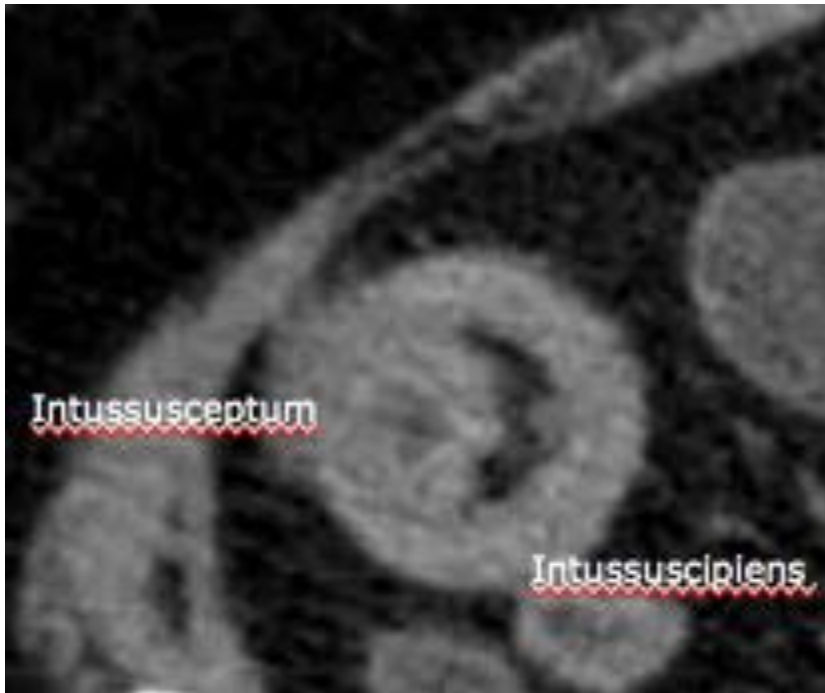


Fig. 16: TC en la invaginación, con los dos segmentos intestinales con interposición de grasa mesentérica.

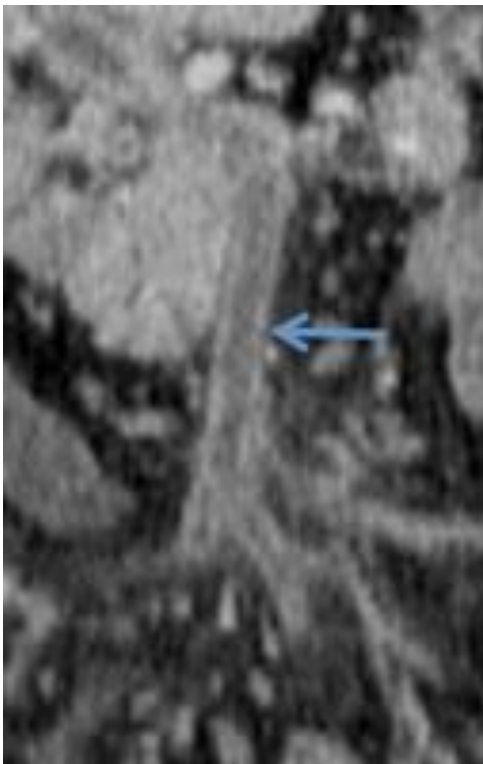


Fig. 17: Ocupación por trombo de la vena mesentérica superior.

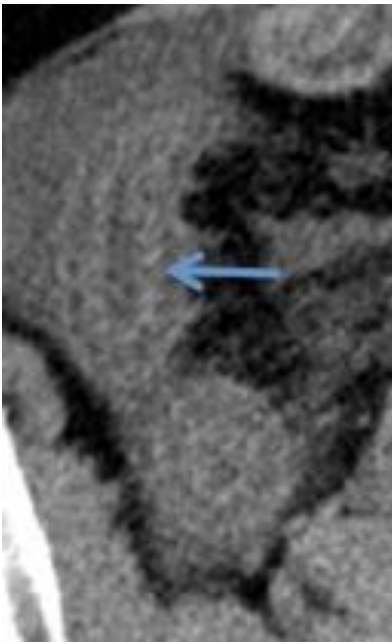


Fig. 18: Edema submucoso en la trombosis venosa.

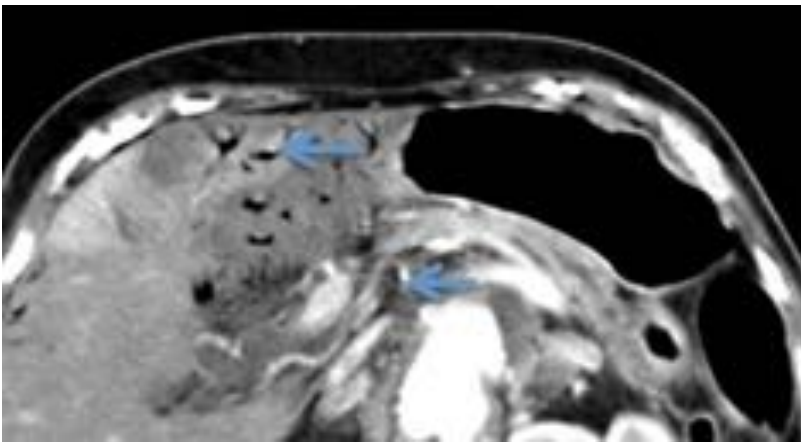


Fig. 19: Isquemia mesentérica: gas venoso portal y trombo en AMS.

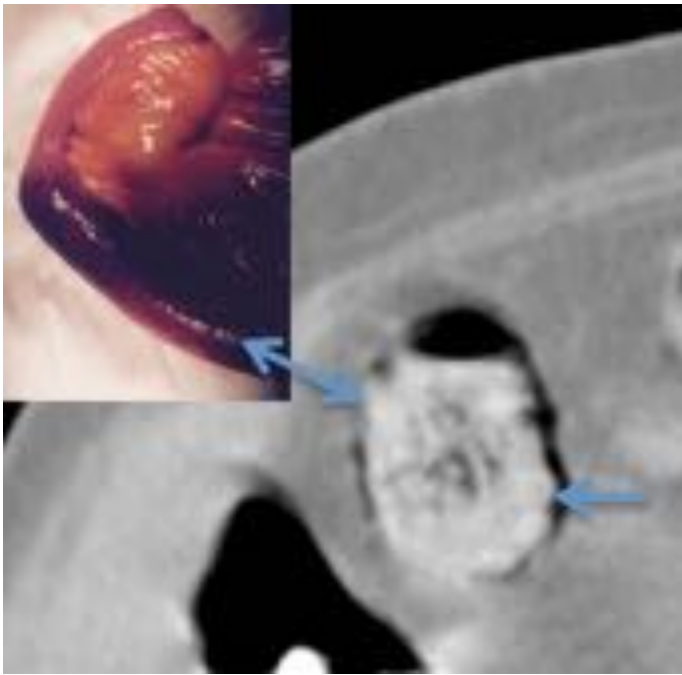


Fig. 20: Isquemia mesentérica: neumatosis intestinal y correlación con asa isquémica en la cirugía.



Fig. 21: Fístula aortoentérica: Paso de contraste intravenoso de la aorta a asas intestinales.

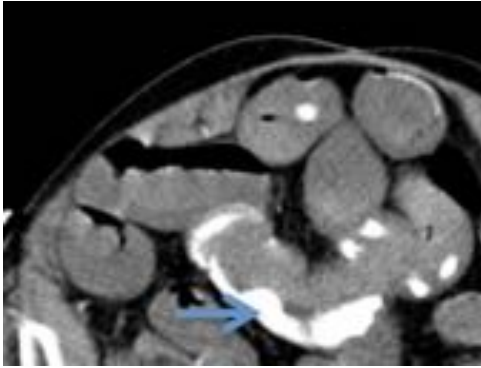


Fig. 22: Fístula aortoentérica: Paso de contraste intravenoso de la aorta a asas intestinales.

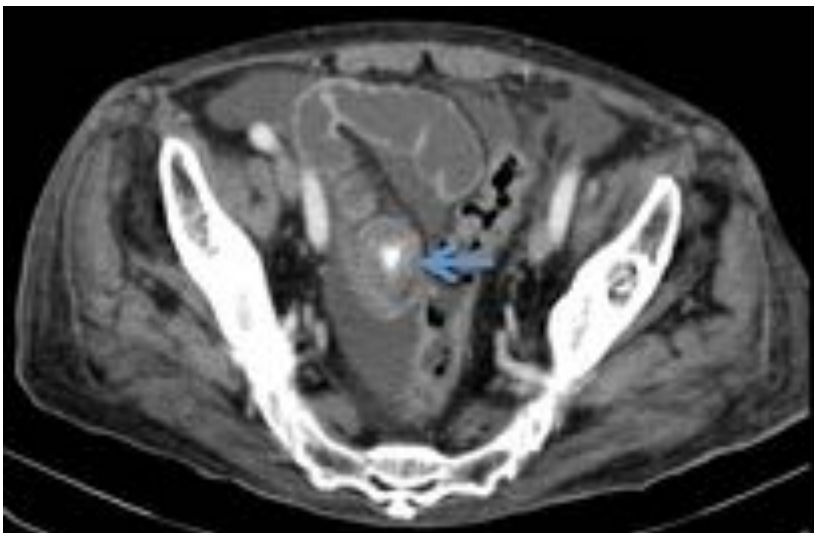


Fig. 23: Litiasis biliar en ileo biliar.

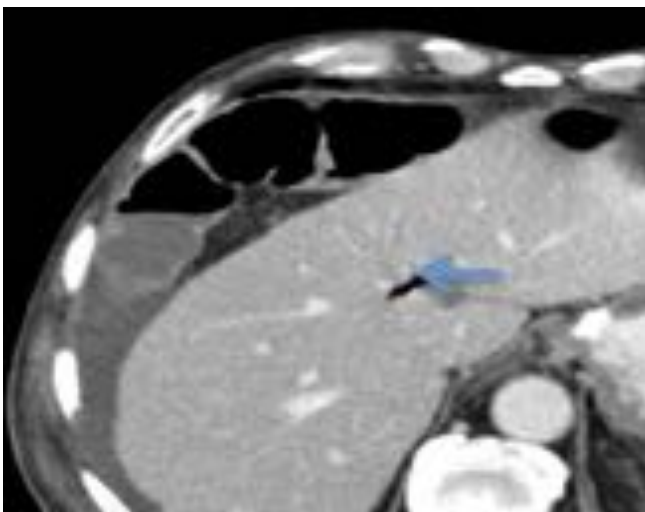


Fig. 24: Aerobilia en ileo biliar.



Fig. 25: Cirugía de ileo biliar: Segmento intestinal con litiasis.



Fig. 26: Cirugía de ileo biliar: Extracción de litiasis.



Fig. 27: Litiasis biliar.

Conclusiones

- La radiografía simple de abdomen debe ser la primera prueba de imagen a realizar ante un abdomen agudo.
- Debe existir una comunicación fluida entre el equipo quirúrgico y el radiólogo ya que la historia clínica es esencial para un adecuado diagnóstico si bien a veces es complicado debido a que los pacientes suelen ser pluripatológicos y de edad avanzada. Además una correcta comunicación nos permitirá conocer que información debe incluir el informe radiológico.
- En muchas ocasiones las imágenes de TC no son patognomónicas por eso la clínica es importante aunque muchas veces no alcancemos un diagnóstico de certeza que sea de alta probabilidad.

Bibliografía / Referencias

- Jaffe T, Thompson WM. Large bowel obstruction in the adult: Classic radiographic and CT findings, etiology and mimics. *Radiology*. 2015;275:651-63.
- Bouzas R. Isquemia, hemorragia y obstrucción. *La radiología de urgencias. Temas de actualidad (Monografía SERAM)*. Médica Panamericana. 2006.
- Wittenberg J, Harisinghani MG, Jhaveri K, Varghese J, Mueller PR. Algorithmic approach to CT diagnosis of the abnormal bowel wall. *Radiographics*. 2002; 22(5):1093-107.
- Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. *Radiology* 2006; 240(3): 623-38.
- Romano S, Romano L, Grassi R. Multidetector row computed tomography findings from ischemia to infarction of the large bowel. *European Journal of Radiology*. 2007; 61:433-41.