

Obstrucción intestinal :
Pruebas diagnósticas
Uso de TAC

MIR 4 Anny Cadenas
MIR 2 Luis Miguel Estela Villa

Servicio de Cirugía General y
Aparato Digestivo
HCSC



I Jornada de
**Cirugía de
Urgencias**
para Residentes

9 y 10 de Abril 2014



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

Caso Clínico

o Paciente mujer de 80 años.

- AP: HTA, dislipemia, EPOC, Coxartrosis derecha.
- IQ previas: Herniorrafia inguinal derecha
- Enfermedad Actual:

Acude a Urgencias por cuadro de **4 días de evolución** caracterizado por **náuseas, vómitos, distensión abdominal y dolor en región inguinal derecha**. No estreñimiento ni diarrea.

Caso Clínico

- Exploración física:

Abdomen: distendido timpánico, RHA disminuidos, dolor a la palpación difusa **sin signos de irritación peritoneal**, no se palpan masas ni megalias.

- Pruebas complementarias

Analítica: Hgma: L 10900 (82% N), PCR: 6,92

Radiografías de abdomen



Diagnóstico: Suboclusión intestinal.
Tratamiento: Ingreso en Observación, tratamiento conservador con reposición hidroelectrolítica y SNG

Evolución (12 hrs.): Presenta leve distensión abdominal, débito por SNG : 1000ml bilioentérico, dolor en ingle derecha a la movilización sin palpase hernias. **Analítica:** PCR: 8,21 , sin leucocitosis ni neutrofilia.



¿Qué actitud tomarías con el paciente?

TARJETA
BLANCA

○ Continuar
tratamiento
conservador y nuevo
control radiológico
(abdomen) en 12
horas.

TARJETA
ROJA

○ Realizar TC



Obstrucción intestinal

Catena et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2011, **6**:5
<http://www.wjes.org/content/6/1/5>



WORLD JOURNAL OF
EMERGENCY SURGERY

REVIEW

Open Access

Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery

Fausto Catena^{1*}, Salomone Di Saverio^{2,1,3}, Michael D Kelly³, Walter I. Riffi⁴, Luca Ansaloni^{5,1}, Vincenzo Mandala⁶

CT Diagnosis of Small Bowel Obstruction: Scanning Technique, Interpretation and Role in the Diagnosis

Akira Furukawa, MD, Michio Yamasaki, MD, Masashi Takahashi, MD, Norihisa Nitta, MD, Toyohiko Tanaka, MD, Shuzo Kanasaki, MD, Kenji Yokoyama, MD, Kiyoshi Murata, MD, and Tsutomu Sakamoto, MD

ASTROENTEROLOGY
CLINICS OF
NORTH AMERICA

Role of CT

David Frager, MD*

*Columbia University College of Physicians and Surgeons, St. Luke's Roosevelt Hospital Center,
Department of Radiology, 1111 Amsterdam Avenue, New York, NY 10025, USA*

Obstrucción intestinal

¿Cuáles son las pruebas iniciales?

PRIMER PASO!



○ Reconocer Síntomas y signos.

- Historia clínica.
- Antecedentes QUIRURGICOS y médicos
- Exploración física.

○ Sospecha: CAUSAS

RECORDAR

Table 1. Cause of Small Bowel Obstruction in Adults

Extrinsic lesions	Intrinsic lesions
Adhesions	Tumors
Hernias	Adenocarcinoma
External	Carcinoid tumor
Internal	Lymphoma
Extrinsic tumors	Gastrointestinal stromal tumor
Abscess	Inflammatory condition
Aneurysm	Crohn's disease
Hematoma	Tuberculosis
Endometriosis	Eosinophilic gastroenteritis
Intussusception	Vascular
Adhesions	Radiation enteropathy
Tumor	Ischemia
Intramural causes	Hematoma
Gallstone	Trauma
Bezoar	Anticoagulants
Foreign body	Thrombocytopenia

Obstrucción intestinal

RECORDAR

Obstrucción intestino
grueso: **Cáncer
de colon**

- 29% presentación
INICIAL

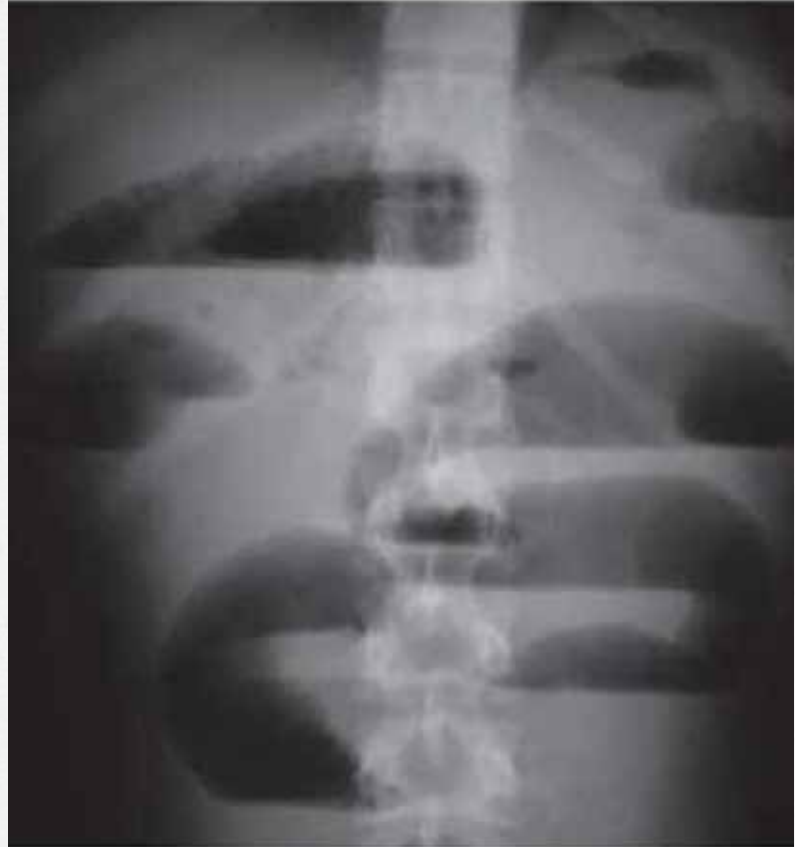


Pruebas iniciales

RX SIMPLE

(en bipedestación o
con rayo horizontal)

TC no debe ser
realizado de forma
rutnina
(evidencia 2B)



Indicación

- DUDA DIAGNOSTICA.
- Ausencia
antecedente
quirúrgico o hernia
- Antecedentes
oncológicos previo
- Sospecha de
complicación.



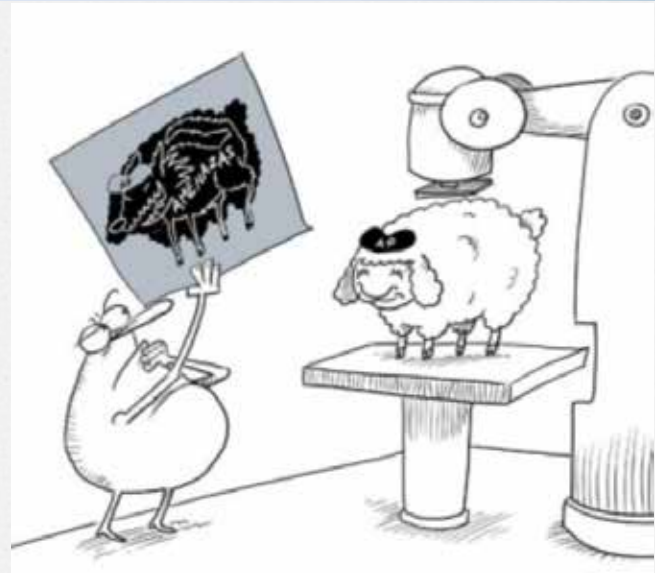
TAC

¿EN QUÉ MOMENTO?

O Inicial

O Durante Tratamiento conservador

1. Tras **48 horas** sin mejoría
2. Sospecha de complicación.
3. Disociación clínica radiológica



Obstrucción intestinal

**¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS
DEL TAC?**

o >sensibilidad(95%) y especificidad (85%) que la Rx simple.

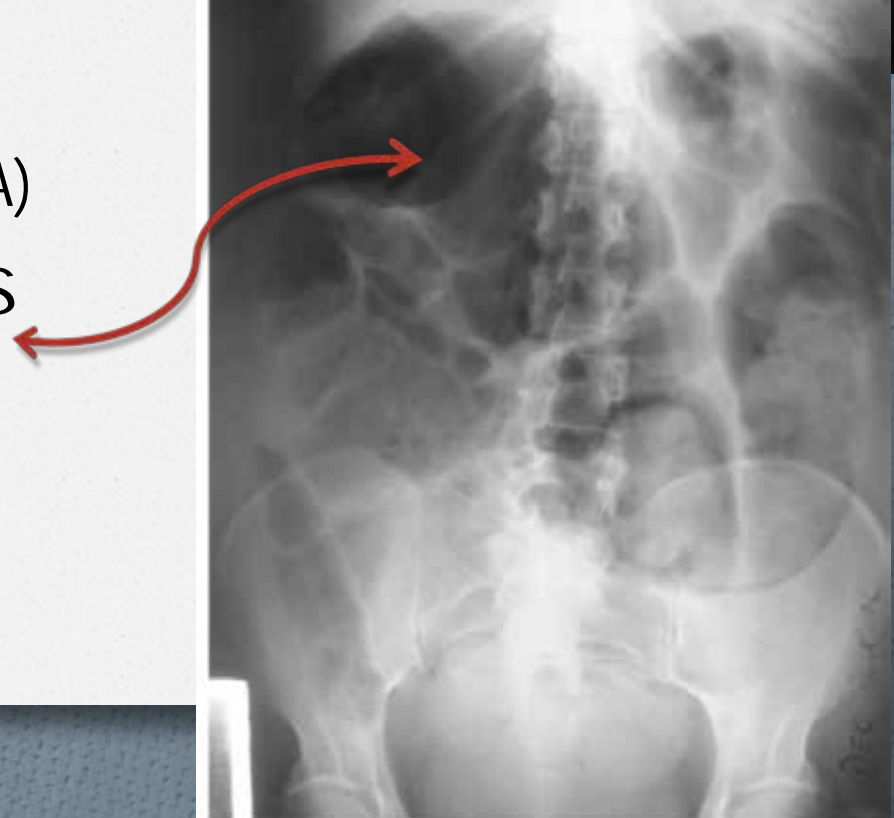
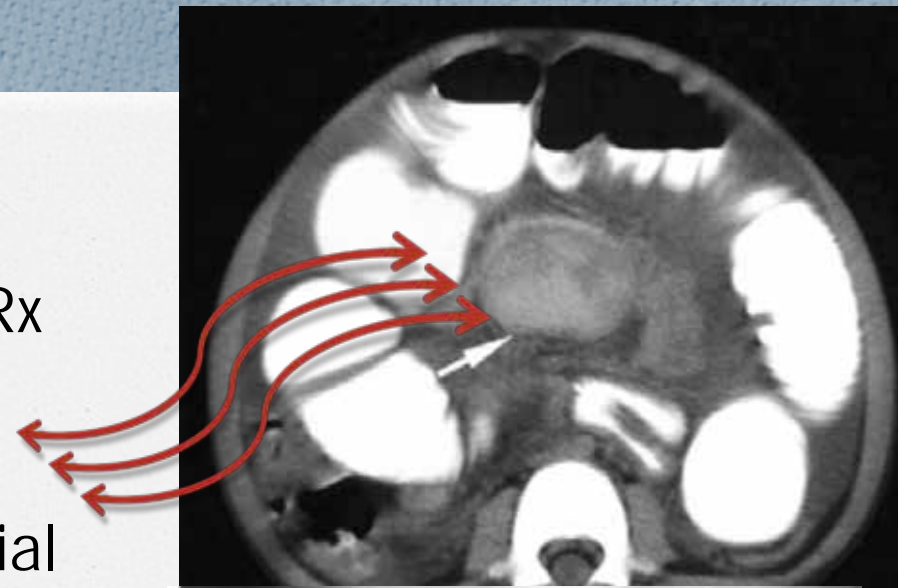
o NIVEL (altura: alta, baja)

o Grado de obstrucción (parcial vs. Completo)

o Signos específicos de estrangulamiento (nivel 2 A)

o Descartar otras causas
no quirúrgicas.

tratamiento!!



Obstrucción intestinal

¿USAR CONTRASTE? ¿QUÉ VIAS?

¿Contraste?

YES

- Es recomendable el uso de contraste IV
- Triple contraste: IV, vía oral, enema (gastrografin) cuando es posible.
- Uso de gastrografin...



Obstrucción intestinal

QUE HALLAZGOS INDICAN QX
URGENTE?

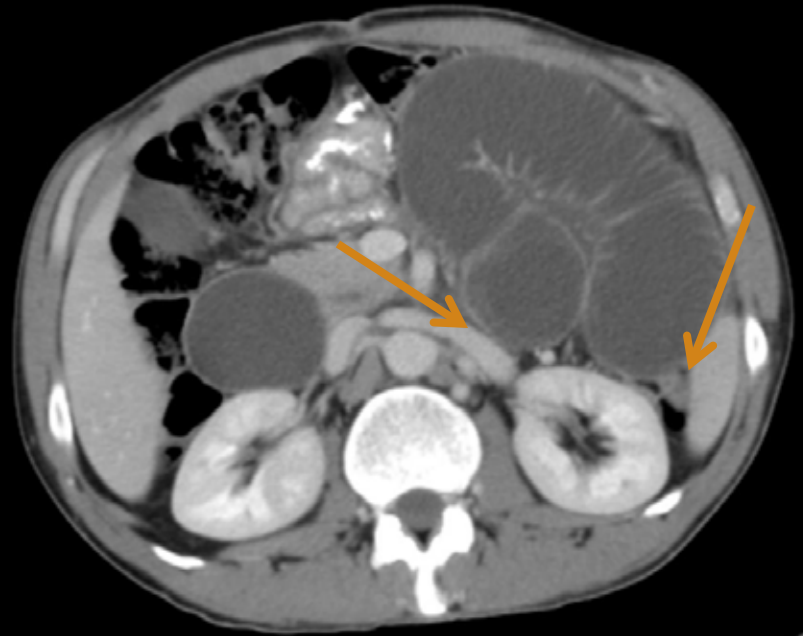


o **Asa cerrada**: Precursor de estrangulamiento

o Signos de estrangulamiento

- Presencia de líquido (>500ml)
- Ê captación de contraste PI o engrosamiento
- Edema mesentérico: congestión venas mesent.

o Neumoperitoneo, psois, gas portal.



Obstrucción intestinal

¿OTRAS PRUEBAS?

○ Ecografía:

Uso controversial

Puede diferenciar: ileo
paralítico /obstrucción

Realizador dependiente,

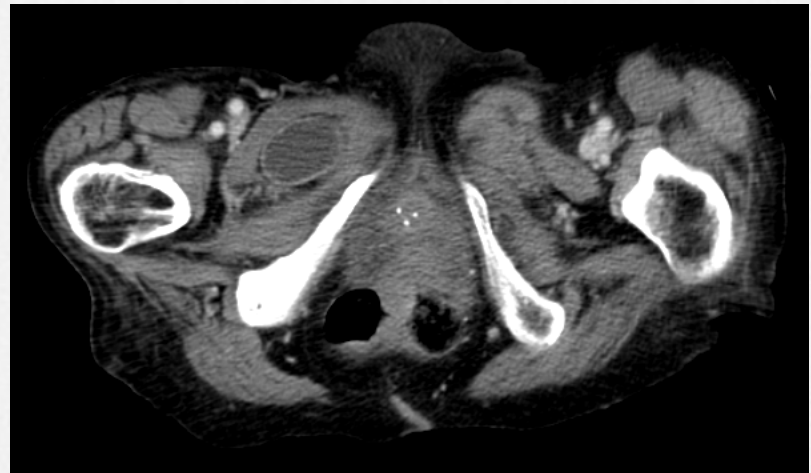
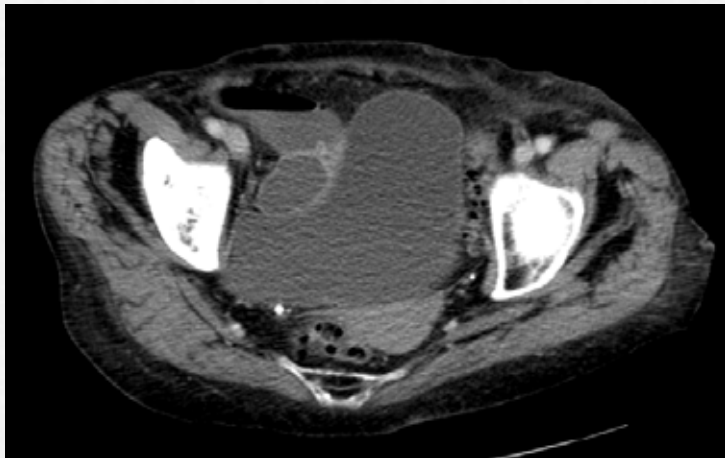
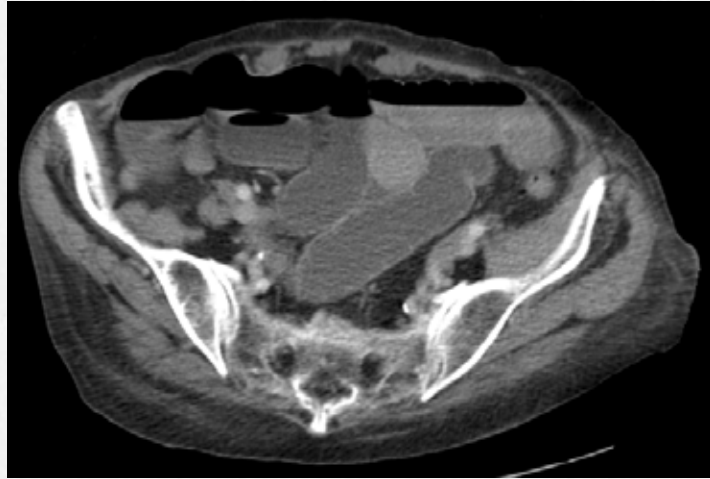
Pierde sensibilidad y
especificidad.

Embarazadas.

○ RM: Alérgicos al contraste yodado.



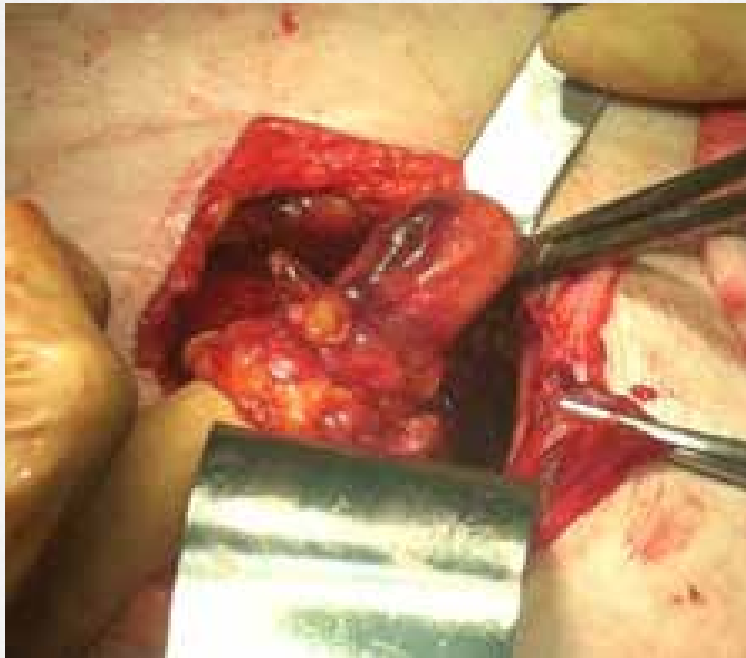
Desenlaceiiii





Diagnóstico: Obstrucción de intestino delgado mecánica ocasionada por hernia obturatriz derecha.

Tratamiento quirúrgico.



CONCLUSIONES

1. Uso de TAC NO rutinario salvo INDICACIONES
2. Información: Causas y tratamiento
3. Contraste IV
4. Indicaciones de tratamiento quirúrgico urgente!

