



Utilidad del Gastrografin® en urgencias

Edgardo Celi Altamirano
R3 Cirugía General y del Aparato
Digestivo




¿ Qué es?


- } Contraste hidrosoluble
- } 100 ml de Gastrografin® contiene 10 g de amidotrizoato sódico, 66 g de amidotrizoato de meglumina y 37 g de yodo
- } Osmolaridad de 1.900 mosm/Lt, casi 6 veces la del líquido extra celular
- } No presenta absorción intestinal

- } Vía oral o rectal


¿ Qué hace?

- } Desplaza agua hacia la luz intestinal
 - } Disminuye la viscosidad del contenido intraluminal
 - } Disminuye el edema de la pared del intestino delgado
 - } Aumenta la contractilidad del músculo liso
- 

Efectos secundarios

- } Reacciones alérgicas
 - } Diarrea, náuseas y vómitos
 - } Neumonía grave
- 

Contraindicaciones

- ▶ Hipersensibilidad a compuestos yodados
 - ▶ Hipertiroidismo o tirotoxicosis
 - ▶ Descompensación cardíaca grave
 - ▶ Deshidratación intensa
 - ▶ Obstrucción prolongada
 - ▶ Evidencia de abdomen agudo quirúrgico
- 

¿Cuándo utilizarlo?

- } Pacientes con sospecha de obstrucción adherencial
- } Una vez descartado sufrimiento intestinal

Signos de sufrimiento:


Dolor continuo, fiebre, taquicardia, defensa abdominal

Leucocitosis, acidosis metabólica, LDH, lactato TAC

¿Cómo utilizarlo e interpretarlo?

- } Administrar de 50-100 ml (SNG)
- } Rx de control a las 6 horas y 24 horas
- } Si paso de contraste a colon en 24 horas tratamiento conservador si no cirugía

Objetivo del empleo de gastrografin

- } Tratar de predecir que pacientes serian candidatos a cirugía urgente vs tratamiento conservador
 - } Algunos defienden un uso terapéutico (discutido)
 - } Reducir la estancia hospitalaria (1.8) y la toma de decisiones
- 

Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction

S. M. Abbas, I. P. Bissett and B. R. Parry

Department of Surgery, Auckland University Hospital, Auckland 1023, New Zealand

Correspondence to: Mr S. M. Abbas (e-mail: salehabbas@yahoo.com)

Hospital stay

Four studies^{11,18,22,23} reported the mean(s.d.) length of hospital stay in patients who did not require surgery. These studies were included in a meta-analysis, using the WMD and a fixed-effects model. Patients who had Gastrografin[®] had a shorter hospital stay; the WMD was -1.84 (95 per cent c.i. -2.22 to -1.45) days ($P < 0.001$)

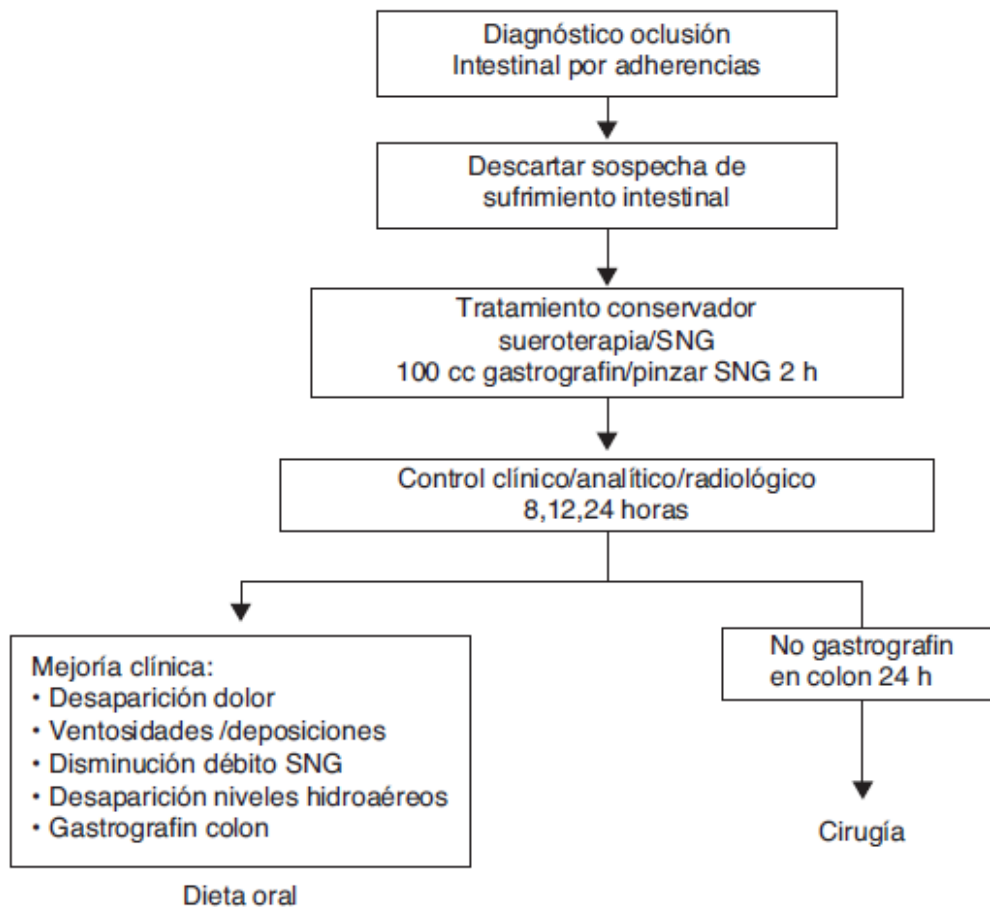
| Reference | Year | Total | TP | FP | FN | TN | Sensitivity (%) | Specificity (%) | LR+ | LR- |
|--|------|-------|-----|----|----|----|-----------------|-----------------|-------|------|
| Chung <i>et al.</i> ¹⁴ | 1996 | 45 | 31 | 1 | 2 | 11 | 94 | 92 | 11.27 | 0.07 |
| Chen <i>et al.</i> ¹² | 1999 | 116 | 74 | 0 | 8 | 34 | 90 | 100 | n.a. | 0.10 |
| Brochwicz-Lewinski <i>et al.</i> ¹⁹ | 2003 | 24 | 16 | 0 | 0 | 8 | 100 | 100 | n.a. | n.a. |
| Joyce <i>et al.</i> ²⁰ | 1992 | 127 | 112 | 0 | 2 | 13 | 98 | 100 | n.a. | 0.02 |
| Onoue <i>et al.</i> ²¹ | 2002 | 97 | 90 | 2 | 1 | 4 | 99 | 67 | 2.44 | 0.04 |
| Biondo <i>et al.</i> ¹⁸ | 2003 | 44 | 39 | 0 | 0 | 5 | 100 | 100 | n.a. | n.a. |
| Pooled | | 453 | 362 | 3 | 13 | 75 | 97 | 96 | 25.10 | 0.04 |

TP, true positive; FP, false positive; FN, false negative; TN, true negative; LR+, positive likelihood ratio; LR-, negative likelihood ratio; n.a., not applicable.

El uso de Gastrografin® en el manejo del cuadro de oclusión intestinal adherencial

Laura Mora López*, Xavier Serra-Aracil, Heura Llaquet Bayo y Salvador Navarro Soto

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España



Caso clínico # 1

} Hombre de 59 Años

} MC: Dolor abdominal.

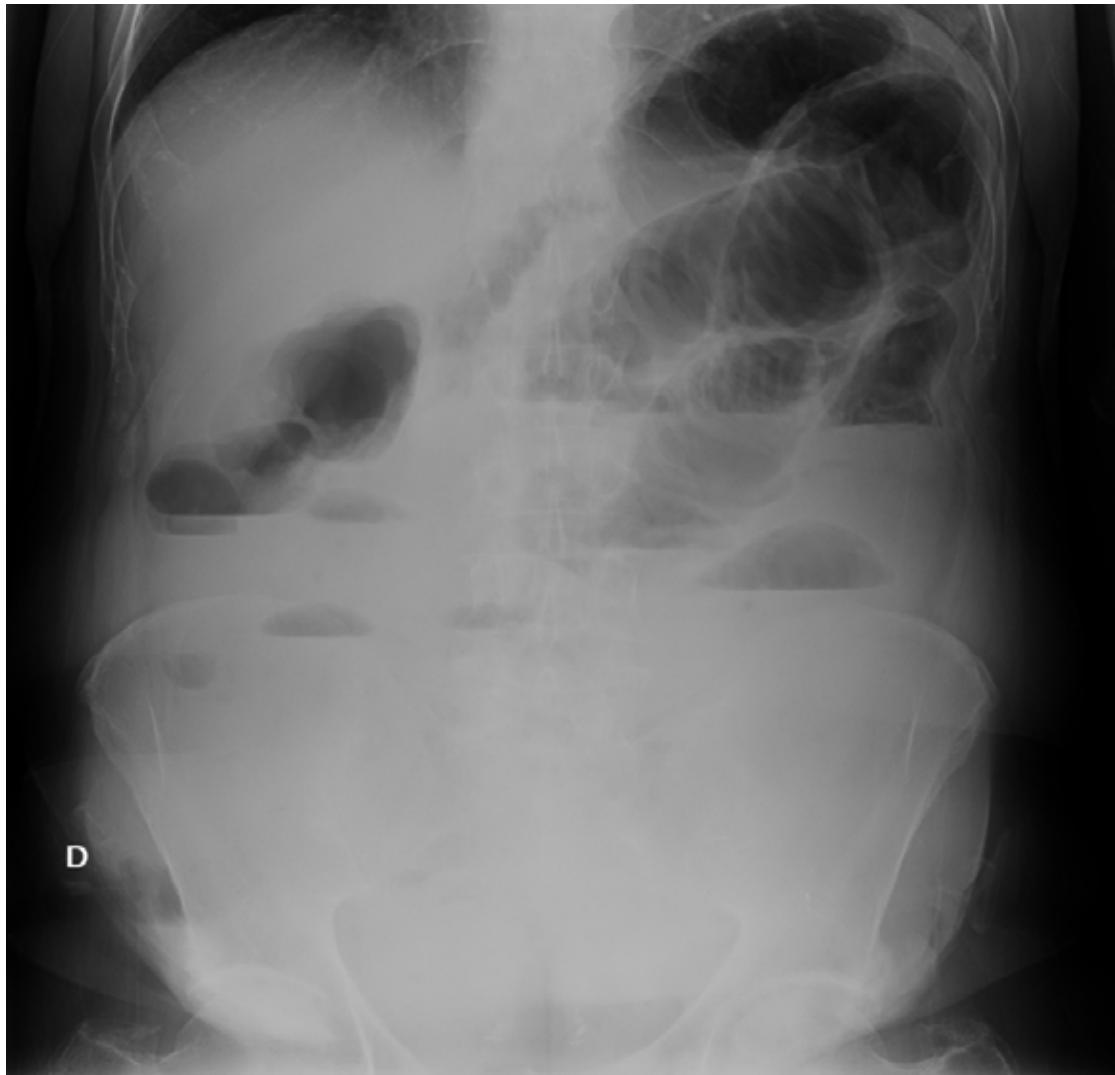
- AP:
- No RAMCs.
- No HTA, ni DM, ni DL.
- Fumador de 10 cig/día, no bebedor.
- Cáncer de colon diagnosticado hace 2 años, exanteracion pelvica, en tratamiento con RT (última sesión ayer).

} EA: dolor abdominal generalizado , tipo cólico, de 3 días de evolución, ausencia de transito para gases y heces, aumento progresivo de perímetro abdominal de mismo tiempo. No fiebre. Náuseas y vómitos.

Caso clínico # 1

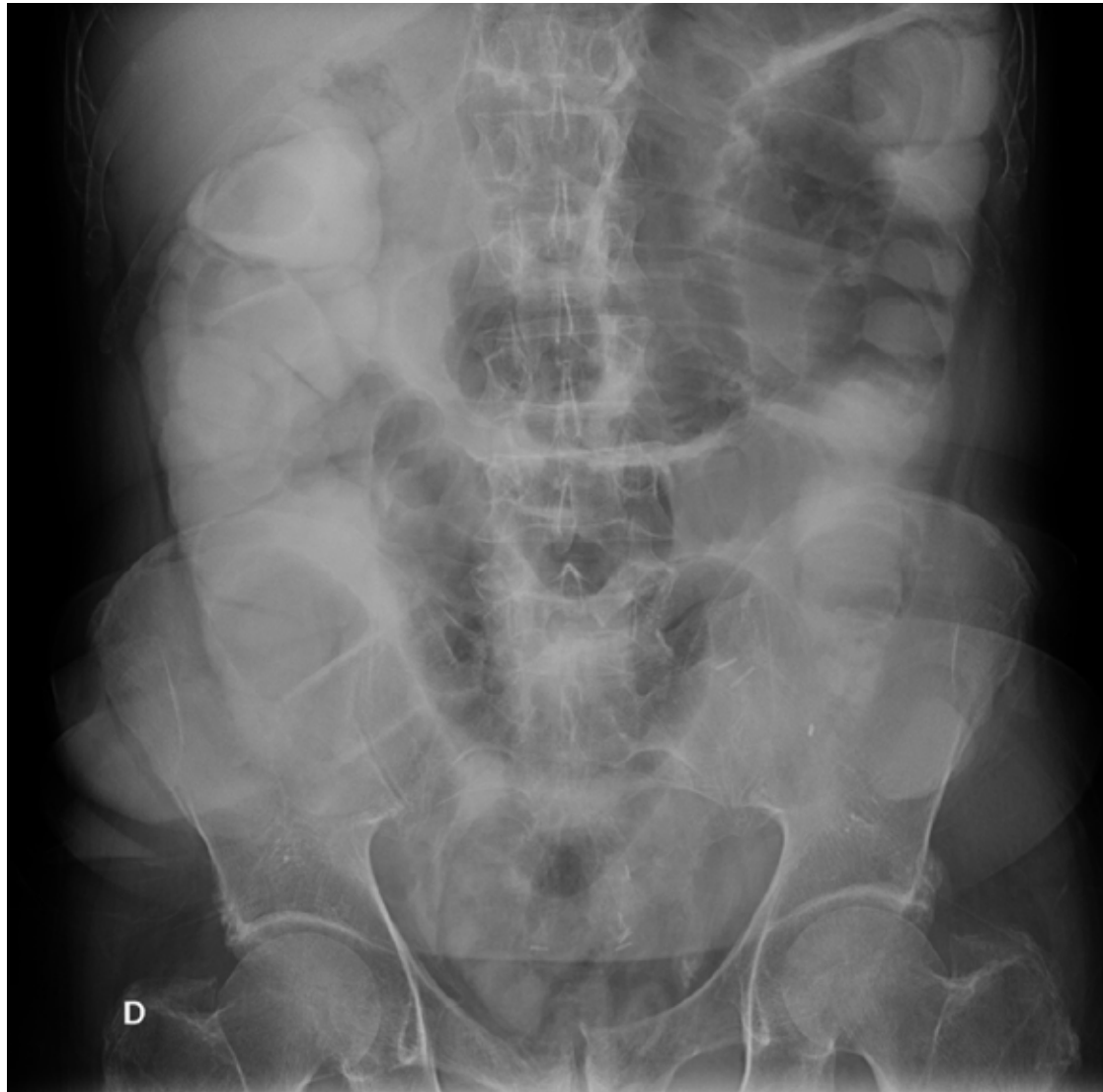
- } Ex. F: Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, hernia ventral no complicada. Tacto por colostomía: Ausencia de heces.
- } Analítica sin cambios importantes

◦ RX:

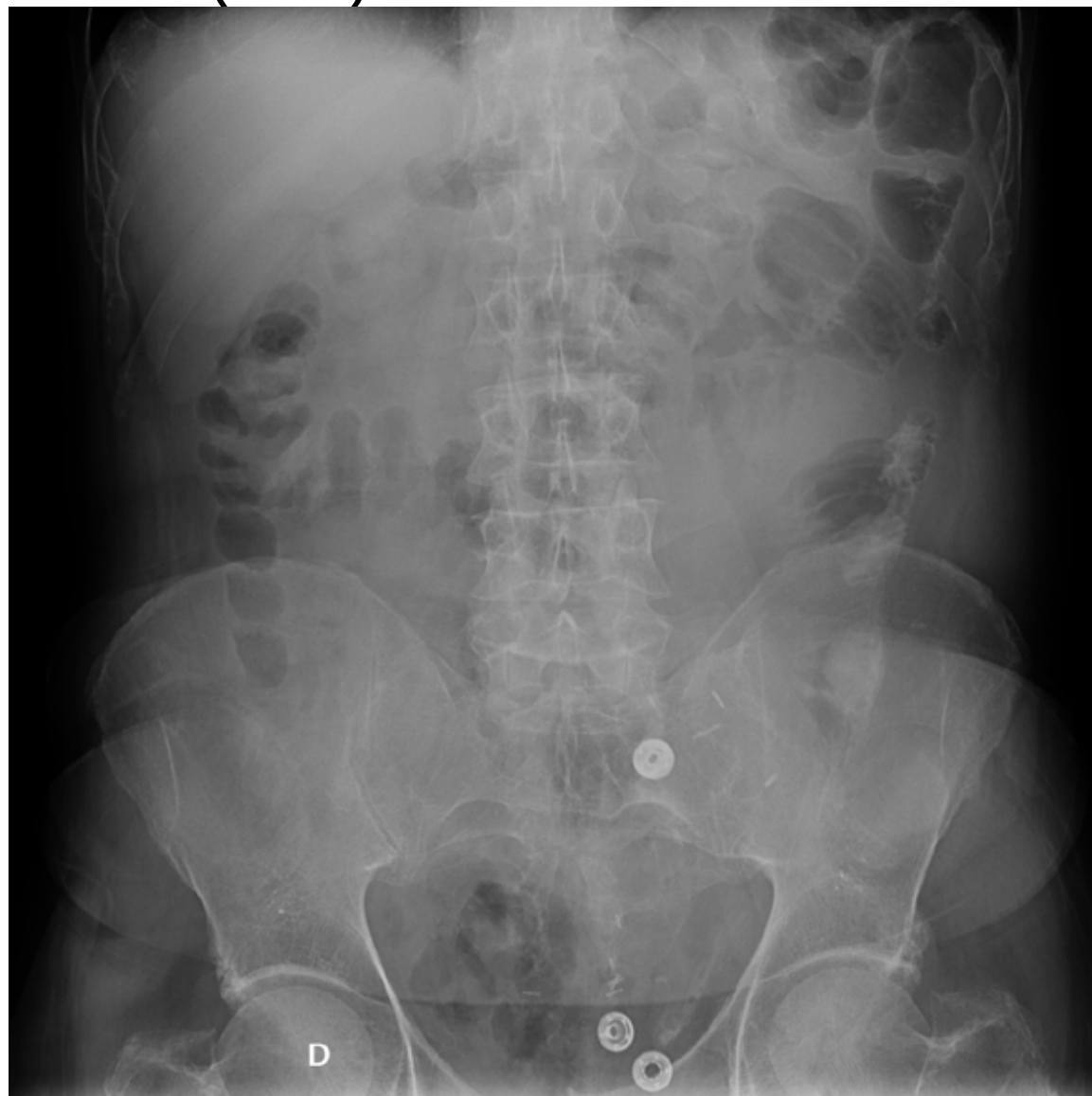


- TAC: Signos de obstrucción mecánica sin sufrimiento aparente de asa

} RX 8 horas después



} Rx tercer día (alta)



Caso clínico # 2

- } Hombre de 76 años
- } MC: Sangrado por herida quirúrgica
- } AP:
 - No RAMc
 - AAP laparoscópica por adenocarcinoma de recto
- } EA: Dolor en herida perineal y en hipogastrio acompañado de náuseas, no vómitos. Desde hace 24 horas estoma no funcionando.

} EF:

- Afebril, constantes dentro de rango normal
- Abdomen distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio sin defensa,
- Colostomía no funcionante.
- Analítica: No leucocitosis, neutrofilia. Resto sin interés

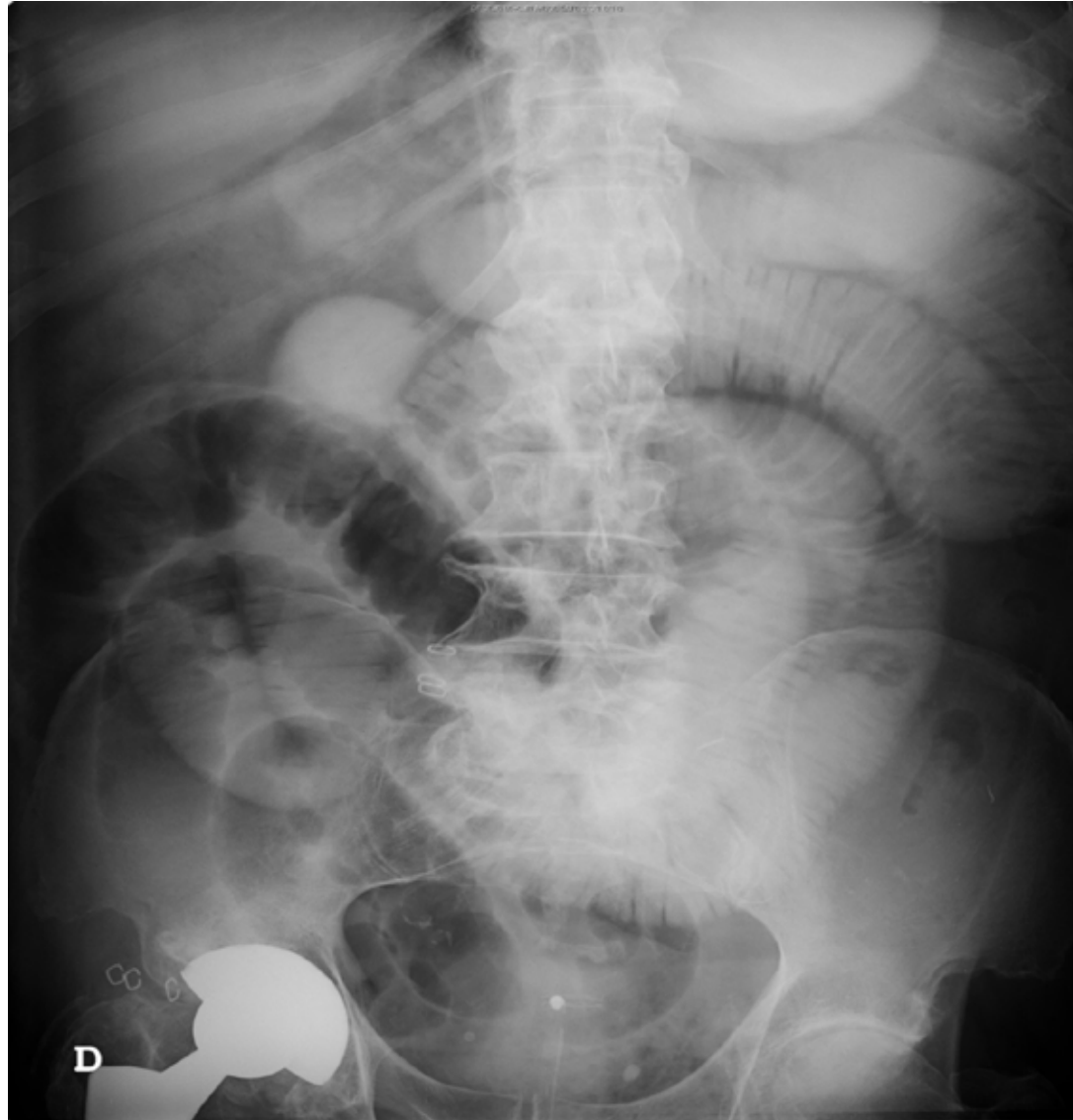
} TAC:

- Dilatación generalizada de asas de intestino delgado con asas de íleon terminal y colon de calibre normal, apreciando zona de transición a nivel de un asa de íleon situada en pelvis menor

} Rx: Gastrografin 6 horas



} Rx Gastrografin 24 horas



Tratamiento quirúrgico

- } Hallazgos: Dilatación de delgado secundaria a punto obstructivo en relación con segmento de unos 10 cm de íleon terminal adherido a lecho quirúrgico

Muchas Gracias

