

## ESTENOSIS DEL TUB DIGESTIU

Dr. Albert Maroto Genover  
Hosp. Dr. Josep Trueta

Entenem per estenosi en patologia mèdica, tota aquella estretor patològica, congènita, o bé accidental, d'un orifici o d'un conducte.

Les diferents exploracions de diagnòstic per la imatge estan destinades a:

- Detecció de l'estenosi
- Caracterització de l'estenosi
  - Benigna
  - Maligna
- Orientació diagnòstica
  - Localització

Pel que fa a la detecció de l'estenosi en qualsevol tram del tub digestiu, apart de requerir d'una tècnica correcta tal com s'ha descrit en altres xerrades del curs, cal tenir en compte que el tub digestiu és un òrgan amb comportament dinàmic: peristaltisme, contracció, relaxació, distensió. La identificació d'una zona de menor diàmetre ha de tenir en compte el moment en què s'ha observat la imatge i utilitzarà com a millor indicador de la presència d'estenosi la persistència i repetició de la imatge, inclús variant les projeccions. Altres causes de pseudoestenosi són els espasmes transitoris i les compressions extrínseques fisiològiques. No hi ha en els manuals de radiologia uns diàmetres de referència de la normalitat de cada tram del tub digestiu i, normalment, realitzarem el diagnòstic d'estenosi per comparació amb la part sana no estenosada i també pels efectes que ocasiona l'estenosi en el tram proximal (obstrucció, dilatació).

Un cop detectada l'estenosi una de les primeres aproximacions que es pot fer des de la Radiologia és distingir entre estenosis de caràcter benigne i de caràcter maligne.

Una estenosi serà amb major probabilitat benigna quan presenti una reducció gradual del calibre, amb una transició progressiva entre la zona normal i la patològica. Les estenosis benignes poden ser relativament llargues, amb vores llises i regulars i d'aspecte concèntric i simètric. Quan presentin ulceracions, aquestes seran petites i ben definides.

Una estenosi serà amb major probabilitat maligna quan presenti una reducció sobtada del calibre amb transició abrupta entre zona normal i zona patològica. Per comparació són relativament curtes, amb vores irregulars, excèntriques i asimètriques; s'acompanyen d'úlceres de configuració irregular, amples i profundes.

Pel que fa a l'orientació etiològica de l'estenosi, una de les dades més discriminatòries és la localització de la mateixa. Així ens trobarem amb causes específiques d'estenosi pròpies de l'esòfag, estómac, duodè, budell prim i còlon. Cal tenir en compte però que hi ha una sèrie de causes que poden assentar gairebé a qualsevol lloc: La neoplàsia (ja sigui primària o de veïnatge), la tuberculosi, la malaltia de Crohn i les causes iatrogèniques: Postquirúrgica i Postradioteràpia.

\*Són causes pròpies de l'esòfag:

-l'anell de Schatzki: Anell esofàgic inferior corresponent a un plec transversal de la mucosa d'origen NO inflamatori, situat a la transició entre mucosa esofàgica i gàstrica. Dóna lloc a una estenosi concèntrica, llisa de localització supradiafragmàtica.

-l'acalàsia: Trastorn d'innervació colinèrgica de l'esòfag distal que dóna lloc a una manca de relaxació de l'esfínter esofàgic inferior i ocasiona una estenosi severa de l'esòfag distal i una important dilatació preestenòtica. La imatge característica és la d'una estenosi progressiva, de vores llises i afilades, en punta de llapis, encara que cal el diagnòstic diferencial amb el carcinoma.

-l'estenosi pèptica, per reflux gastroesofàgic: Complicació de l'esofagitis per reflux. L'estenosi és reversible si es deu a espasme o reacció inflamatòria aguda, però esdevé crònica si es posa en marxa el procés de cicatrització i fibrosi. L'estenosi és típicament de localització distal, asimètrica, de base ampla i transició progressiva. Pot presentar ulceracions lineals, pròpies de l'esofagitis. Presenta associació amb troballes relacionades amb el reflux com poden ser l'hèrnia hiatal i l'esòfag curt.

-l'estenosi per càustics: Ingesta accidental o voluntària. Produeix una reacció inflamatòria aguda amb tendència a la cicatrització i fibrosi. La fibrosi és la causa de l'aparició d'estenosis a partir de les dues setmanes. Són estenosis llargues, que afecten grans segments de l'esòfag. S'associen a lesions gàstriques.

-l'esòfag de Barrett. Lesió adquirida de metaplàsia columnar, considerada premaligna. El recobriment d'esòfag amb epitelí gàstric el fa més susceptible a la ulceració i la inflamació, evolucionant a cicatrització, fibrosi i estenosi. Es tracta d'una estenosi curta, gruixuda i excèntrica, de l'esòfag mig o distal. Pot presentar un desplaçament proximal amb l'evolució (estenosi migratòria ascendent).

-l'epidermòlisi bullosa: Malaltia hereditària que es caracteritza per l'aparició d'ampolles cutànies i mucoses (orofaringe, esòfag). Les lesions s'ulceren i sagnen, cicatritzant i produint una estenosi. Solen trobar-se en nens menors de 10 anys. L'estenosi es localitza al terç superior amb una transició abrupta proximal i afilament distal.

\* La causa més pròpia d'estenosi gàstrica és la Linitis plàstica. Es correspon a un engruiximent de la paret gàstrica produïda per una neoplàsia amb intensa reacció desmoplàstica. La imatge és la d'una paret fixa sense peristaltisme, amb transició gradual amb teixit sa. S'ha de fer el diagnòstic diferencial amb el limfoma.

\* Una causa exclusiva d'estenosi duodenal és la que produeix la Pinça aorto-mesentèrica. Aquesta patologia es deu a la situació anatòmica de la 3<sup>a</sup> porció duodenal entre arrel mesentèrica i aorta i columna dorsal. Qualsevol causa que produeixi un tancament de l'angle aorto-mesentèric (astènics, pèrdua ràpida de pes, enllitats, immobilització...) produirà un atrapada del duodè entre l'aorta i l'artèria mesentèrica amb estenosi de la 3<sup>a</sup> porció duodenal associada a compressió lineal vertical i una important dilatació de la 1<sup>a</sup> i 2<sup>a</sup> porcions duodenals. Els plics mucosos estan respectats, estirats. L'estenosi obstructiva millora típicament en decúbit pron o lateral.

\* Una causa d'estenosi pròpia del budell prim és l'enteritis isquèmica. En un cert nombre de casos d'isquèmia mesentèrica no oclusiva (perfusió reduïda), l'edema i sagnat parietal no arriben a produir la necrosi de la nansa amb evolució a la fibrosi i estenosi. Aquestes són estenosis llargues, segmentàries, de vores llises. Es discuteix el paper que pugui tenir-hi l'associació a infeccions oportunistes com el citomegalovirus.

Una altra causa que val la pena citar és l'enteritis actínica. És un fet conegut que la radioteràpia pot ocasionar lesions al tracte intestinal en 2-18% segons les sèries. Es produirà fixació de nanses amb plics engruixits (en serra), separació de nanses per engruiximent del mesentèric i, finalment en l'evolució, pot aparèixer una estenosi amb vores llises i relativament llarga.

\* Una causa molt característica d'estenosi del còlon és la malaltia diverticular i la seva complicació inflamatòria (diverticulitis). La diverticulitis implica la inflamació/perforació d'un diverticle amb un procés inflamatori agut parietal i pericòlic que pot evolucionar a la formació d'un abscess. Aquest procés produeix una estenosi excèntrica per compressió per la massa inflamatòria, manca de distensió del segment afecte, podent demostrar ocasionalment l'extravasació del contrast de l'ènema.

Altres causes pròpies del còlon són l'endometriosis que ocasiona estenosi de vores regulars amb preservació de la mucosa a recte i sigma en dones en edat fèrtil i la lipomatosis pelviana on l'augment del contingut normal de greix pelvià ocasiona allargament i estirament del recte i sigma, estenosant, per compressió extrínseca.