

OCCLUSIÓ INTESTINAL

Dra. M^a Dolors Esteba i Bech de Careda
Hosp. de Terrassa

Introducció:

Els pacients amb abdomen agut representen un dels problemes pràctics més comuns i difícils d'abordar en els serveis d'urgències.

La oclusió intestinal representa el 12-16% de les admissions per abdomen agut. El maneig dels pacients amb oclusió intestinal és complex i hi ha controvèrsia sobretot quant a la decisió del tractament conservador versus quirúrgic.

La TC ha esdevingut una eina essencial en el maneig d'aquests pacients i té com a paper principal confirmar la oclusió, determinar el nivell i la causa de la oclusió i detectar les complicacions que requereixin una intervenció quirúrgica immediata.

Consideracions clíniques:

La oclusió intestinal es defineix com la impossibilitat de la progressió del contingut intestinal degut a un obstacle mecànic. Aquesta oclusió pot ser completa o parcial quan hi ha pas de certa quantitat de gas i contingut intestinal a través de la obstrucció.

La **obstrucció funcional** es dona en pacients que presenten símptomes d'obstrucció mecànica sense una oclusió o compressió real de la llum intestinal. Pot associar-se a alteracions de la motilitat intestinal, a factors externs (ili reflex) o ser idiopàtica.

Quan la obstrucció mecànica desencadena un compromís vascular del segment vascular afecte es parla d'**oclusió mecànica estrangulada** a diferència de la oclusió mecànica simple en la que l'aport vascular està intacte.

L'**oclusió intestinal en nansa tancada** es dona quan la llum intestinal està ocluida en dos punts, fet que afavoreix la complicació isquèmica.

El 75% de les oclusions intestinals es localitzen a l'intestí prim i la majoria estan causades per brides mentre que el 25% restant es localitzen en el còlon i estan causades sobretot per processos neoplàsics.

La presentació clínica típica de la oclusió intestinal mecànica és de dolor abdominal còlic, distensió abdominal, nàusees i vòmits i tancament intestinal.

El diagnòstic precoç d'aquests pacients és important de cara al maneig. Actualment s'accepta que els pacients amb obstrucció intestinal simple poden ser tractats de forma segura amb tractament mèdic conservador mentre que els pacients amb obstrucció estrangulada han de ser intervinguts sense demora.

Diagnòstic:

Davant un pacient amb sospita clínica d'oclusió intestinal mecànica la **radiografia d'abdomen** segueix essent la primera tècnica de imatge per confirmar el diagnòstic i valorar el posterior maneig d'aquests pacients. Les troballes radiogràfiques són la distensió de les nanses d'intestí prim, nivells hidroaeris a diferents alçades a la RX d'abdomen en bipedestació i absència d'aire i femta en el còlon si la obstrucció se situa a nivell de l'intestí prim. En la obstrucció de l'intestí gros les troballes radiogràfiques són la distensió del còlon fins a nivell de la obstrucció acompanyat o no de distensió de nanses d'intestí prim en funció de la competència de la vàlvula ileocecal.

La radiografia abdominal només és diagnòstica en el 50-60% dels pacients amb obstrucció d'intestí prim.

L'obstrucció intestinal mecànica simple no pot diferenciar-se de l'obstrucció intestinal estrangulada basant-se només en criteris clínics, analítics o radiogràfics.

La **TC** sol ser la segona tècnica d'imatge utilitzada en el diagnòstic de la oclusió intestinal per la seva capacitat de confirmar l'obstrucció, determinar el nivell i la causa de la mateixa i detectar complicacions que requereixin una intervenció quirúrgica immediata.

Tècnica:

Actualment els equips de TC multidetector permeten fer un estudi adominal i pelvià amb una apnea de 7-15" i una resolució isotròpica que permet fer reconstruccions en qualsevol pla de l'espai amb una resolució espacial similar.

Donat que es tracta de pacients amb abdomen agut i gràcies a que el líquid intestinal retingut actua com a contrast negatiu, no s'administra contrast oral i és aconsellable no descomprimir amb la sonda abans de fer l'exploració.

És necessària l'administració de contrast endovenós per la correcta valoració dels vasos mesentèrics i per valorar la captació de la paret intestinal.

L'estudi ha d'incloure tota la cavitat abdominal i pelviana i des del diafragma fins a la sínfisi pubiana.

El paper de la TC en l'estudi de l'obstrucció intestinal és:

1. Confirmar la sospita clínica d'obstrucció intestinal.

El diagnòstic d'oclusió intestinal mecànica es basa en la detecció de nanses intestinals dilatades (diàmetre >2.5 cm) proximals a una zona de canvi de calibre de la llum intestinal: la zona de transició amb les nanses distals a la oclusió de calibre normal o disminuït. A la zona de transició la nansa obstruïda presenta forma de bec. Com a signe útil en la localització de la zona de transició hi ha el signe de la femta a l'intestí prim en què el gas i el material intestinal retingut a la nansa proximal a la zona de transició simulen el patró de la femta. En la oclusió d'alt grau la sensibilitat de la TC en el diagnòstic de la oclusió d'intestí prim és del 90-96%, l'especificitat del 96% i la precisió diagnòstica del 95% però aquestes xifres baixen al 64%, 79% i 67% respectivament si s'estudien obstruccions parcials d'alt i baix grau. És en aquests casos d'obstrucció de baix grau que la TC-enteròclisi en què s'administra grans dosis de contrast oral per una sonda jejunal és una tècnica útil.

2. Determinar el nivell i la causa de la obstrucció

La identificació de les nanses que estan anormalment dilatades és essencial per la diferenciació de l'obstrucció d'intestí prim i gros. Les nanses d'intestí prim generalment tenen una localització central i en elles s'identifiquen les vàlvules connivents com a fines línies de banda a banda dins de la nansa. El còlon està situat perifèricament i presenta haustres en forma de bandes gruixudes i incompletes dins de la llum del còlon.

Valorant la zona de transició, la TC pot demostrar la causa de la obstrucció en el 92-97% dels casos i és útil en la diferenciació entre l'obstrucció mecànica i altres causes de dilatació intestinal.

Causes d'oclusió d'intestí prim:

Al món occidental la causa més freqüent d'obstrucció d'intestí prim són les brides i adherències (74%), seguit de la malaltia de Crohn (7%), neoplàsies (5%) i hèrnies (2%). Quan no identifiquem la causa de l'obstrucció d'intestí prim la causa més probable és les brides o la hèrnia interna. Altres causes menys freqüents són els cossos estranys intraluminals (betzoar i ili biliar).

Causes d'obstrucció de l'intestí gros

Les tres causes més freqüents són el carcinoma colorectal (55%), el vòlvul (11%) i la diverticulitis (9%).

3. Detectar les complicacions

El paper més important de la TC és identificar els casos d'obstrucció intestinal en què el tractament quirúrgic ha de ser ràpid per evitar les complicacions que augmenten la mortalitat com són la estrangulació i la perforació.

L'estrangulació és la interrupció de l'aport a un segment intestinal obstruït i es pot donar per la torsió dels vasos mesentèrics o per l'augment de la pressió intraluminal en casos de dilatació intestinal severa. Es dona més freqüentment en la obstrucció en nansa tancada en què la obstrucció apareix en dos punts d'una mateixa nansa. El diagnòstic es fa per la visualització d'una nansa dilatada plena de líquid en forma de C o U amb una distribució radial d'un grup de nanses convergents cap al punt de

torsió on els extrems de les nanses afectades s'estreten i presenten forma de bec. S'associa agrupació i ingurgitació vascular.

Els signes que permeten el diagnòstic d'una obstrucció intestinal estrangulada són la identificació d'anomalies a la paret de les nanses i en el mesenteri. La paret de les nanses afectades presenta canvis inespecífics com engruiximent circumferencial, hiperdensitat o signe de l'halo de la paret per la hiperèmia mucosa i edema de la submucosa. L'absència de captació de la paret de la nansa dilatada és el signe més específic. En casos evolucionats es pot veure pneumatosi de la paret intestinal. A nivell mesentèric, la borrositat del mesenteri i la presència de líquid o hemorràgia són signes que fan sospitar complicació isquèmica. Si s'esdevé la perforació s'associa pneumoperitoni i líquid lliure.

Conclusions:

La obstrucció intestinal és una causa freqüent d'abdomen agut. Si bé la primera tècnica diagnòstica és la RX d'abdomen, la TC ha esdevingut una tècnica imprescindible en el maneig dels pacients amb abdomen agut. En la obstrucció intestinal la TC permet confirmar el diagnòstic, diagnosticar el nivell i la causa i sobretot detectar les potencials complicacions de la obstrucció intestinal que fan el pacient tributari de tractament quirúrgic immediat.