

¿Qué nos esta indicando el realce mural intestinal?.

Aproximación diagnostica mediante CT a la patología intestinal en urgencia

Karim Lakis Granell ¹, Nuria Marín ¹, Tania García ¹, Sandra González ¹, Juana Forner ¹,
Pedro DI LEO ¹, Clara Isabel Gonzalvez ¹

¹Hospital General Universitario, Valencia

OBJETIVO DOCENTE

- Ofrecer unas directrices básicas para el enfoque y la aproximación diagnóstica del engrosamiento mural intestinal y su patrón de captación.
-

REVISIÓN DEL TEMA I

- El engrosamiento mural intestinal puede deberse a múltiples causas: neoplasia, infección, cambios por radiación, isquemia...

Para la aproximación diagnóstica debemos seguir el siguiente esquema:

- Focal vs. Segmentario
 - Simétrico vs. Asimétrico
 - Engrosamiento homogéneo vs. Engrosamiento no homogéneo
 - Presencia de cambios en la grasa mesentérica circundante
-

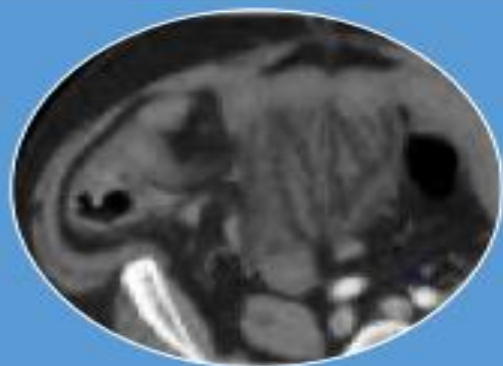
REVISIÓN DEL TEMA II

- El engrosamiento focal puede ser debido a condiciones benignas o a neoplasia; siendo necesario el estudio detallado de la grasa mesentérica adyacente y la presencia de adenopatías.
- El engrosamiento segmentario o difuso atiende normalmente a patologías de origen benigno, destacando en este grupo la isquemia intestinal, la enfermedad intestinal inflamatoria y las infecciones que afectan al intestino delgado y colon.
- Estos engrosamientos difusos pueden presentar distintos patrones de atenuación “en diana” (muscular hipercaptante con edema de la submucosa), blanco hipercaptación de la muscular y submucosa) ó negro (no visualizándose captación tras la administración de contraste), siendo esta distinción útil para su orientación diagnóstica. Asimismo debemos buscar otros hallazgos, en mesenterio (asctis, ganglios inflamados...), en los vasos (trombos, émbolos, el signo del peine..), neumatosis portal... que sean concordantes con la patología sospechada, para hacer un diagnóstico sólido

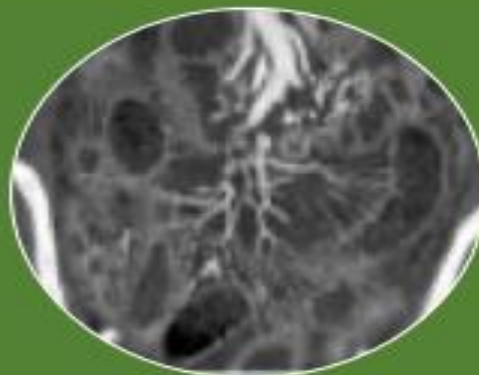
	GROSOR	SIMETRIA	SEG/DIFU	ATENUACI	OTROS
ISQUEMICO		Si	Segmental	Estratificado Blanco (hiper) Gris (hipo)	Neumatosis Neumoporta Neumoperitoneo Trombo/Embolo
EII		No	Semental Difuso	Estratificado Gris (crónico) Blanco (activo)	Signo del peine Segmentos estnoticos Fistulas Adenopatías Rarefacción mesentérica
INFECCIOSO		Si	Segmental ileitis Difuso Pancolitis	Estratificado Blanco (activo)	Trabeculación grasa mínima Heces liquidas

SEGMENTAL/DIFUSO

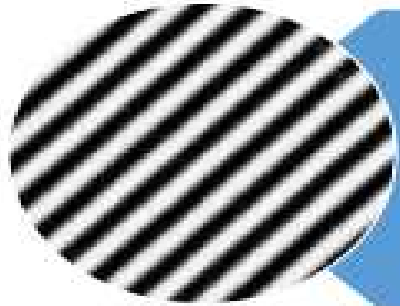
- > 6-40 cm vs. >40 Difuso



Isquemia
Hmor.Submucosa
Infección
Radiación
ECH/UC



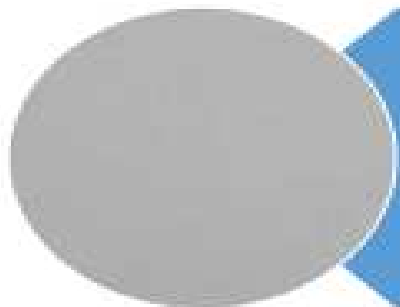
Infecciosa
UC
Edema EPP
LES



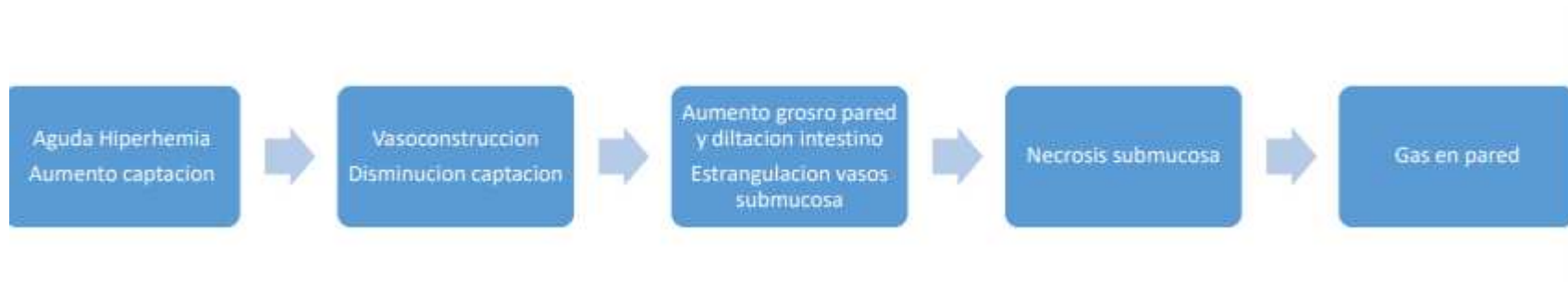
Isquemia/Infección/EIIAct



Isquemia/Inflamación/EIIAct



Isquemia/EIICronica



Vasodilatación Aguda

- Hiperemia con aumento captación CIV

Vasoconstricción-Vasoespasmos

- Menor captación de contraste

Aumento de grosor de pared/dilatación

- Estrangulación de los vasos submucosa

Vasos mesentéricos: oclusión arterial/venosa

Trabeculación de la grasa mesentérica/ Trasudado por aumento de presión venosa vs. Asa cerrada

Neumatosis intestinal

Pneumatosis portal

EII Activa

EC:

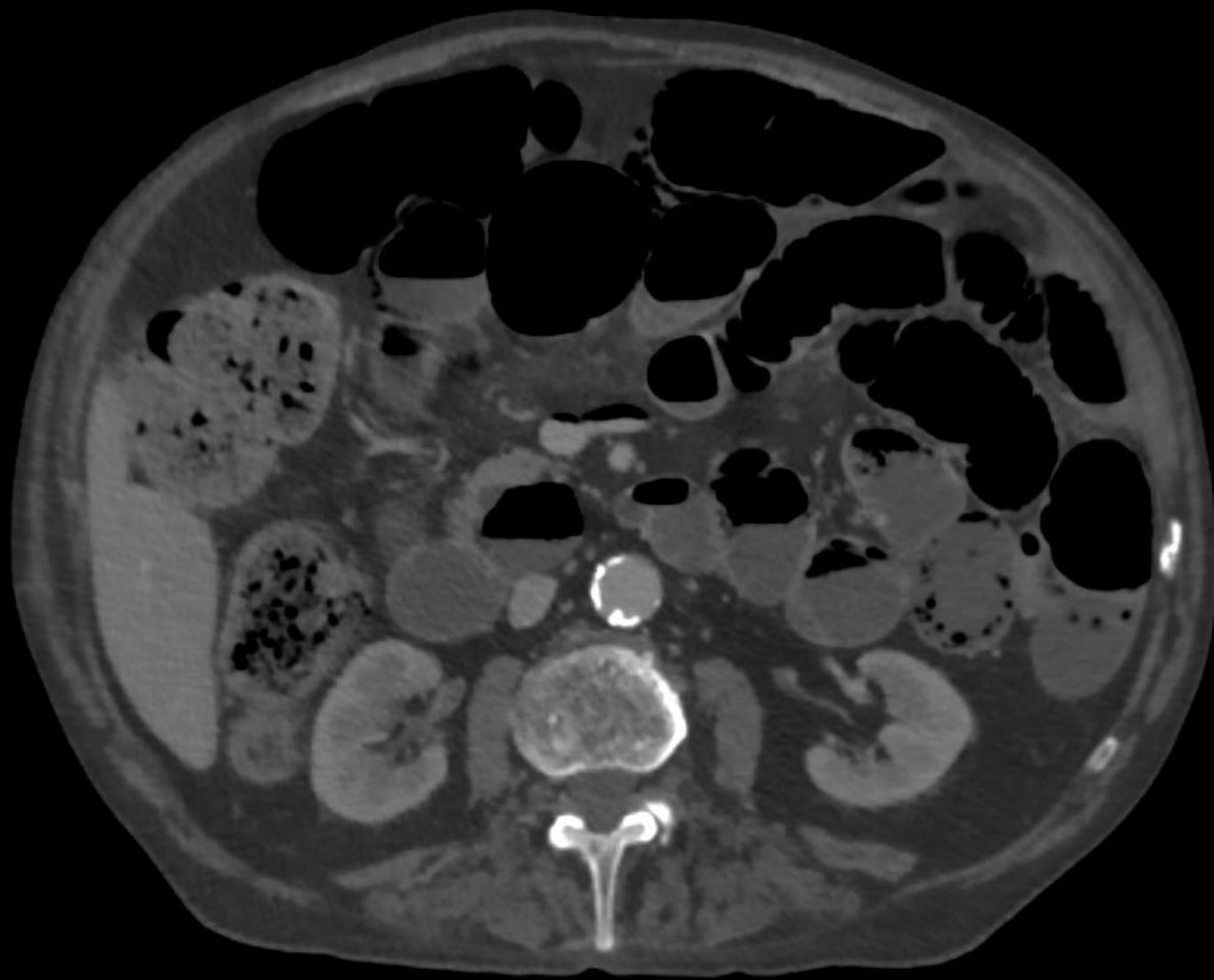
- ID, saltatoria, ileo y colon derecho
- Signo del peine
- Fistulas y abscesos
- Mayor afectacion mesentrica y periferica
- Transmura

CU:

- Colon izquierdo y recto
- Afectacion no transmural no fistulas



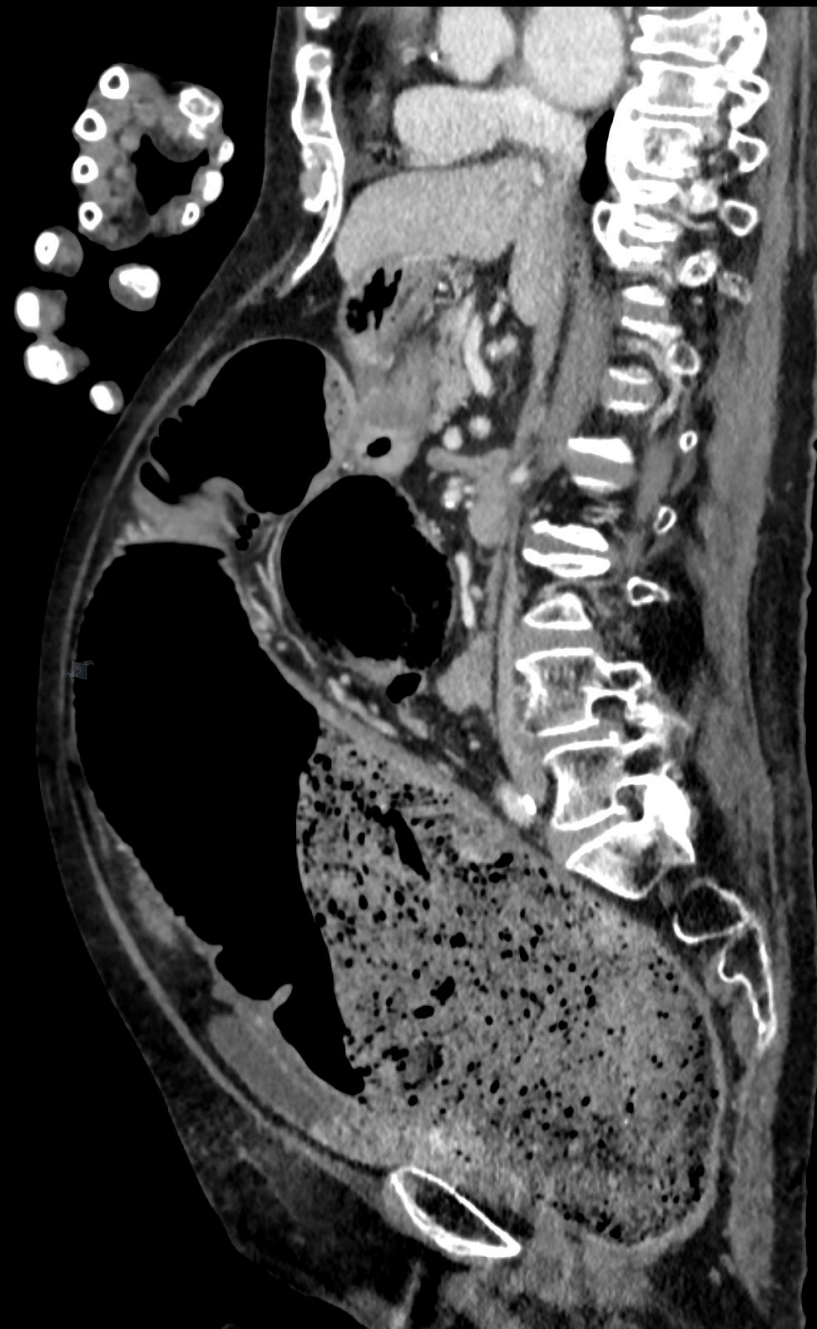
Abundante líquido intraperitoneal con burbujas de aire. Realce mural intestinal difuso, hiperhémico. Sugestivo de inflamación aguda.

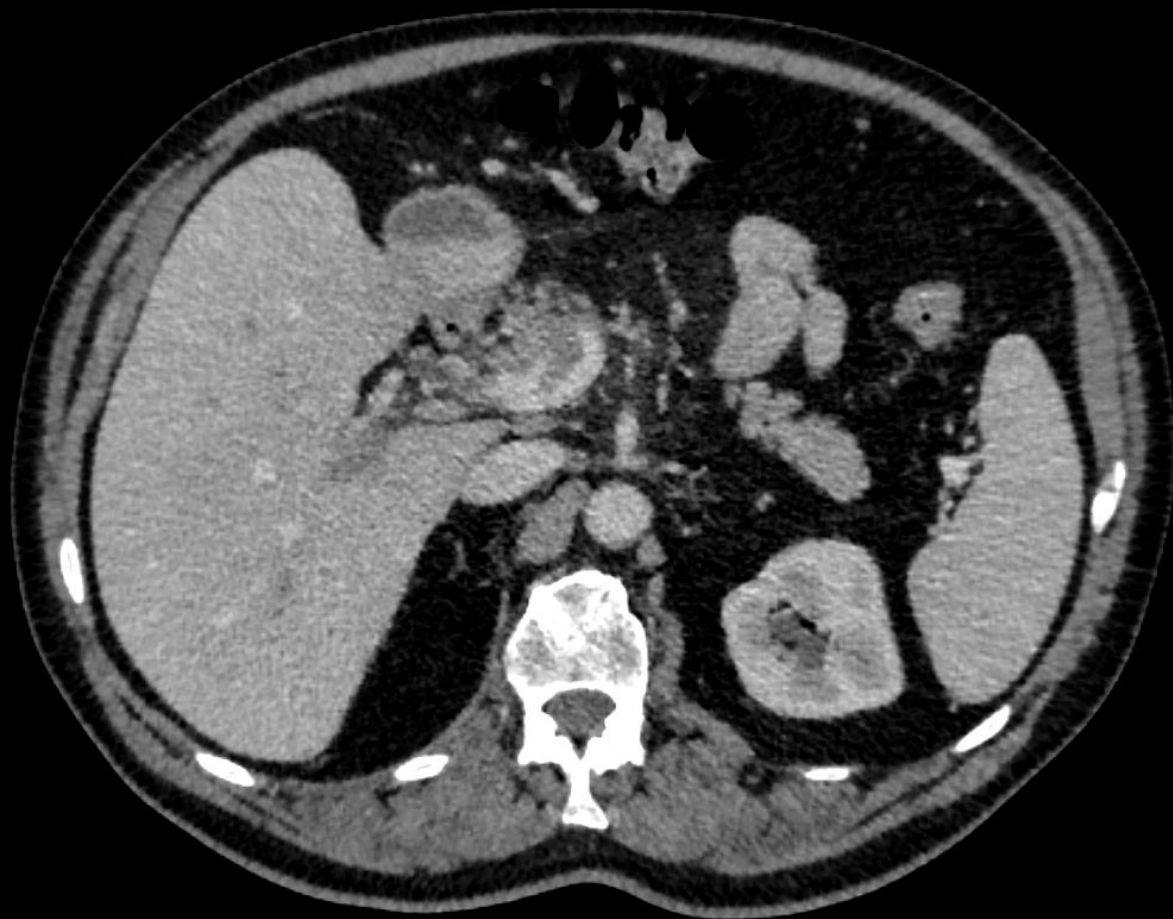


Gas en vena mesenterica
inferior y porta



Fecaloma de gran tamaño y largo tiempo de evolución que ocasiona distensión intestinal y ligero edema de asas

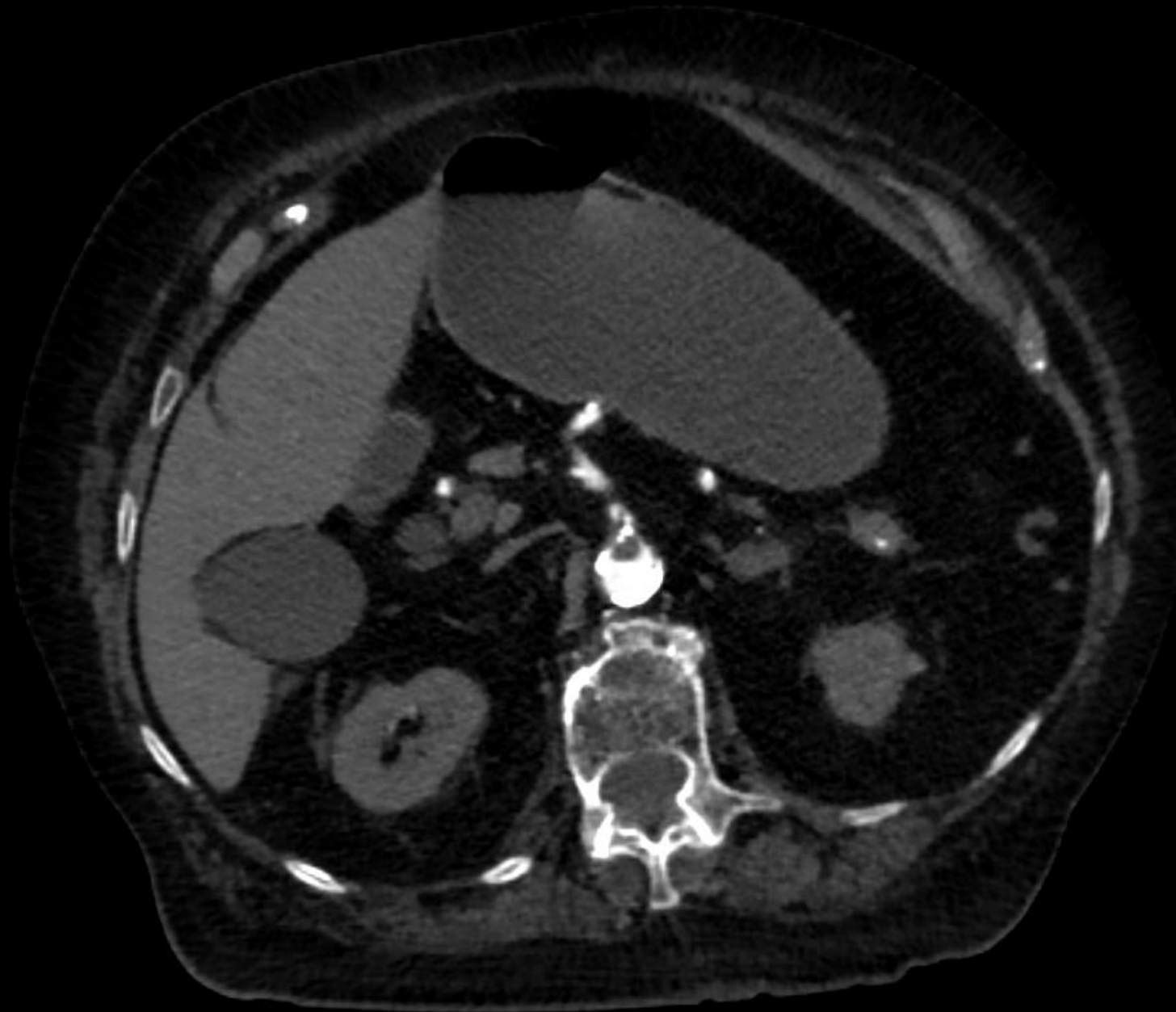




Trombosis portal



Trabeculación de grsa
mesentérica e ingurgitación
de vasos en relación a
signos secundarios de
edema



Trombo mural crónico que produce isquemia intestinal aguda al presentar paciente descompensación por bajo gasto

CONCLUSIÓN

- Los patrones de atenuación de la pared intestinal obedecen a múltiples patologías que hay que tener en cuenta para su adecuado diagnóstico
-