Nombre:	Laura
Apellido:	García Camacho
Otros Autores:	Cristina Montes Durán, Victoria De Lara Bendahán, Verónica Lorenzo Quesada, Carlos Borrega Harinero
E-mail:	lgarciacamacho@ono.com
Hospital:	H.U. Puerto Real
Ciudad:	Puerto Real
Título:	Lesión neoplásica como causa menos frecuente de obstrucción de intestino delgado: Hallazgos en TC.
Presentación:	Paciente de 62 años que presenta molestias abdominales de un año de evolución que han aumentado en los últimos meses, acudiendo a urgencias por dolor abdominal intenso y nauseas de varias horas de evolución. En la radiografía de abdomen se observa dilatación difusa de asas de intestino delgado. Se realiza TC de abdomen visualizando severa dilatación de asas de intestino delgado con transición abrupta de calibre en yeyuno donde existe un engrosamiento de la pared hipercaptante con componente nodular hacía la grasa adyacente y adenopatías mesentéricas. El paciente fue intervenido quirúrgicamente confirmando la presencia de obstrucción intestinal producida por masa en yeyuno con diagnostico anatomopatológico de Linfoma B difuso de células grandes.
Discusión :	La causa más frecuente de obstrucción de asas de intestino delgado son las bridas, el 95 % en pacientes con cirugía previa, por el contrario las neoplasias constituyen la causa más frecuente de obstrucción de intestino grueso, siendo una causa menos frecuente en intestino delgado. Ante la presencia de síntomas de obstrucción, la primera prueba a realizar suele ser la radiografía de abdomen, aunque en la mayoría de los casos es una prueba diagnóstica poco sensible y específica. La TC constituye la prueba de elección para el diagnóstico debido a su gran capacidad para determinar la causa y el nivel de la obstrucción y detectar complicaciones. Los hallazgos más sugestivos de obstrucción por neoplasia son engrosamiento parietal focal con hipercaptación, siendo muy importante evaluar la infiltración local y la presencia o no de enfermedad metastásica
Conclusión:	La obstrucción de intestino delgado secundaria a lesión neoplásica constituye una causa mucho menos frecuente, no obstante, es importante conocer los signos que nos orienten hacía dicha patología en TC y evaluar los signos de infiltración local y la presencia o no afectación de adenopática o metastásica, para una adecuada aproximación diagnóstica.
Bibliografía:	S.D. Manchanda, A. Prasad, N. Sachdev, P. De, S.Z. Abbas, B.P. Baruah. Multi detector computed tomography (MDCT) evaluation of small bowel obstruction: pictorial review. Tropical Gastroenterology 2010;31(4):249–259. Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: What to look for. RadioGraphics 2009; 29:423-439. Castro M, Renedo S, Droppelmann N, Téllez J, Butrón S. Obstrucción intestinal: ¿Qué necesita saber el cirujano? Rev Chil Radiol 2004; 10: 165-171.

Pie de foto:	Obstrucción de intestino delgado secundaria a neoplasia. A. Rx simple de abdomen. Se aprecia discreta dilatación de asas de intestino delgado a nivel centroabdominal siendo hallazgos poco específicos. B TC axial. Cambio de calibre en asa de yeyuno con engrosamiento focal hipercaptante. C y D. Reconstrucciones coronales TC. Se aprecia marcada dilatación de asas de delgado de hasta 7 cm de diámetro máximo, con engrosamiento focal en yeyuno con componente nodular hacía la grasa adyacente y adenopatías mesentéricas.