



**Seminario: Sistemática exploración y elaboración de informes**

**Autora: Cristina Suárez**

**TECNICA:**

1) **Uso sondas de baja y alta frecuencia (>5MHz)** La primera se utilizará para una valoración general intestinal, localizar segmentos afectados y también valoración de planos profundos, pero con esta sonda no es suficiente en la mayoría de los casos para valoración en detalle de la pared intestinal. Se debe por tanto utilizar una sonda con una frecuencia superior a 5 MHz al medir el espesor de la pared y valorar hallazgos parietales tales como la presencia de úlceras y su profundidad.

- **Empleo sistemático de doppler color (flujos lentos):** La vascularización normal de la pared intestinal en principio no se haría patente con el *doppler* pero cuando está inflamada, aumenta tanto el flujo como el calibre de los vasos de forma directamente proporcional al grado de afectación.
- **No es necesaria preparación intestinal** (aunque se recomienda ayunar al menos 4 horas para minimizar el peristaltismo el cual puede interferir con la determinación de la hiperemia parietal con doppler)
- **Grado compresión “medio” con la sonda:** similar a la que se realiza durante la palpación abdominal con las yemas de los dedos.
- **Uso contraste oral (SICUS) y/o intravenoso (CEUS) en determinados escenarios**

**SISTEMATICA DE LA EXPLORACION:**

- La sistemática se basa en las recomendaciones de expertos por lo podrían existir varias indicaciones de como realizar la exploración igual de validas.



- Importante seguir una sistemática para no dejar ningún segmento sin explorar
- Comenzar la exploración con sonda de baja frecuencia para realizar un “mapeo” de las lesiones, localizando las asas patológicas y estableciendo su longitud, así como valorar planos profundos para descartar patología a este nivel.
- Utilizar referencias “anatómicas” para comenzar la exploración y localizar segmentos afectos (por ej.: válvula ileocecal)

### **REALIZACION DE INFORMES:**

#### 1. **CONCEPTOS GENERALES:**

- **Técnica explorador dependiente:** Uno de los posibles puntos débiles que se ha achacado a la ecografía intestinal frente a otras técnicas. Aunque estudios realizados al respecto muestran una concordancia interobservador fuerte, es importante que a la hora de realizar el informe usemos términos lo más objetivos y reproducibles posibles para controlar este sesgo.
- **Influencia de las características anatómicas del paciente** así como por la localización del objeto a estudio respecto al transductor. Así, por ejemplo, la calidad de la exploración será menor en un paciente obeso, reduciendo la sensibilidad de la prueba. Este hecho debería quedar siempre reflejado en el informe.
- **Exploración por el momento poco extendida**, deberíamos intentar que el informe y las posibles implicaciones del mismo, lo comprendieran adecuadamente otros profesionales sanitarios que no se dediquen a realizar ecografía del tracto gastrointestinal.
- **No disponemos de índices** usados de forma sistemática en la práctica clínica (recientemente se han desarrollado varios índices), que nos categoricen la



actividad inflamatoria de un segmento intestinal. Esto hace que sea necesario el empleo de la percepción subjetiva del explorador (basándose no obstante en datos objetivos).

2. DESARROLLO DEL INFORME:

- El informe debe incluir el grado de visualización (por ej.: exploración deficiente por obesidad)
- Se deben incluir los aspectos técnicos (tipo de sonda utilizada, empleo de contraste oral...)
- Reseñar los hallazgos ecográficos relevantes en el contexto de la exploración

3. INFORME AFECTACIÓN/ ACTIVIDAD INFLAMATORIA (CHECK LIST):

- **Localización** (íleon o colon, distancia de la válvula ileocecal, afectación continua o número de tramos...)
- **Extensión**
- **Afectación parietal:**
  - a. **Grosor de la pared** (corte transversal) en mm
  - b. **Ecoestructura en capas de la pared intestinal** (patrón de capas conservado /desestructurado focal o difuso)
  - c. Presencia de úlceras (superficiales/profundas)
- **Hiperemia (doppler): Índice Limberg**
  - a. GRADO 0: AUSENTE
  - b. GRADO 1: APENAS VISIBLE (0-2 pixels)
  - c. GRADO 2: MODERADO (2-5 pixels)
  - d. GRADO 3: INTENSO (>5 pixels- continuo)
- **Afectación de la grasa mesentérica (focal o difusa)**



- **Adenopatías, líquido libre...**
- **Fenotipo/Complicaciones** que métodos se han empleado para la identificación de las mismas (si se ha utilizado contraste oral o intravenoso por ejemplo)

#### 4. INFORME ESTENOSIS

- Se deberían siempre confirmar mediante la utilización de contraste oral (SICUS).
- Informar primero sobre las características basales de la estenosis y su comportamiento con la llegada del contraste oral (sobre la ausencia de distensión del segmento afectado así como la dilatación proximal).
- Caracterizar la estenosis (si sugiere estenosis de predominio inflamatorio y fibrótica)
- Longitud de la estenosis

#### 5. INFORME COMPLICACIONES PENETRANTES (FISTULAS/ABSCEOS):

- Distinguir fisura/sinus/fistula
- Tipo de fistulas (enteromesentérica, enteroentérica...)
- Otra alteración asociada (por ej. la presencia de estenosis previa)
- También si existen Abscesos o flemones, indicando su Tamaño y localización.

#### PAGINAS WEB RECOMENDADAS:

- <https://efsumb.org/>
- <https://www.ibus-group.org/>
- <http://endoinflamatoria.com/>



**BIBLIOGRAFIA:**

- Maconi G, Nylund K, Ripolles T, Calabrese E, Dirks K, Dietrich CF, Hollerweger A, Sporea I, Saftoiu A, Maaser C, Hausken T, Higginson AP, Nürnberg D, Pallotta N, Romanini L, Serra C, Gilja OH. EFSUMB Recommendations and Clinical Guidelines for Intestinal Ultrasound (GIUS) in Inflammatory Bowel Diseases. *Ultraschall Med.* 2018 Jun;39(3):304-317. English. doi: 10.1055/s-0043-125329. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29566419.
- Fraquelli M, Castiglione F, Calabrese E, Maconi G. Impact of intestinal ultrasound on the management of patients with inflammatory bowel disease: how to apply scientific evidence to clinical practice. *Dig Liver Dis.* 2020 Jan;52(1):9-18. doi: 10.1016/j.dld.2019.10.004. Epub 2019 Nov 13. PMID: 31732443.
- Muñoz F, Ripollés T, Poza Cordón J, de Las Heras Páez de la Cadena B, Martínez-Pérez MJ, de Miguel E, Zabana Y, Mañosa Ciria M, Beltrán B, Barreiro-de Acosta M. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the use of abdominal ultrasound in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol.* 2021 Feb;44(2):158-174. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.05.009. Epub 2020 Dec 11. PMID: 33309386.
- Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, Kucharzik T, Fiorino G, Annese V, Calabrese E, Baumgart DC, Bettenworth D, Borralho Nunes P, Burisch J, Castiglione F, Eliakim R, Ellul P, González-Lama Y, Gordon H, Halligan S, Katsanos K, Kopylov U, Kotze PG, Krustinš E, Laghi A, Limdi JK, Rieder F, Rimola J, Taylor SA, Tolan D, van Rheenen P, Verstockt B, Stoker J; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] and the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology [ESGAR]. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis.* 2019 Feb 1;13(2):144-164. doi: 10.1093/ecco-jcc/jyy113. PMID: 30137275.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

- Calabrese E, Maaser C, Zorzi F, Kannengiesser K, Hanauer SB, Bruining DH, Iacucci M, Maconi G, Novak KL, Panaccione R, Strobel D, Wilson SR, Watanabe M, Pallone F, Ghosh S. Bowel Ultrasonography in the Management of Crohn's Disease. A Review with Recommendations of an International Panel of Experts. *Inflamm Bowel Dis.* 2016 May;22(5):1168-83. doi: 10.1097/MIB.0000000000000706. PMID: 26958988.