

SEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA IDIOPÁTICA

M.P. Silva-Ruiz, A. Pizarro-Moreno, C. Sendra-Fernández

H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

La pseudoobstrucción intestinal crónica (SOIC) es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas de obstrucción intestinal en ausencia de una causa anatómica que lo justifique. Presentamos el caso de una mujer joven con una clínica periódica consistente en distensión y dolor abdominal, asociado a vómitos y estreñimiento, con una radiología compatible con obstrucción intestinal. Se pusieron en marcha las exploraciones complementarias necesarias para descartar una causa mecánica de la misma, incluyendo TAC de abdomen, tránsito intestinal baritado, dos esófago-gastroskopias con biopsias gástricas y duodenales, dos colonoscopias con biopsias múltiples de colon e íleon terminal y estudio de intestino delgado con videocápsula. Se realizó también biopsia transparietal de intestino delgado y la paciente fue diagnosticada de hiperplasia colinérgica. La evolución clínica, los datos radiológicos y la normalidad de las pruebas morfológicas e histológicas de intestino delgado y colon nos llevaron al diagnóstico de SOIC idiopática. La paciente sólo tolera fórmulas poliméricas de nutrición enteral, manteniendo una situación de dilatación intestinal permanente.

Palabras clave: Pseudoobstrucción intestinal, miopatía visceral.

CORRESPONDENCIA

Maria del Pilar Silva Ruiz
pilarsilvaruiz18@gmail.com

Introducción

La pseudoobstrucción intestinal crónica (SOIC) es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas de obstrucción intestinal en ausencia de una causa anatómica que lo justifique. Se trata de una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico etiológico puede resultar difícil.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 32 años con episodios repetitivos de dolor y distensión abdominal acompañado de vómitos y estreñimiento. Entre sus antecedentes destaca una hernia hiatal intervenida en 2005 mediante funduplicatura tipo Nissen y colecistectomía por pólipo vesicular benigno. El cuadro clínico consistía en episodios prácticamente mensuales de distensión abdominal, dolor intenso acompañado de clínica vegetativa así como estreñimiento seguido de diarrea profusa y vómitos, sin claros desencadenantes y con resolución exclusiva de los síntomas con la disminución de la ingesta en 1-2 semanas.

La bioquímica, metabolismo férrico, coagulación, hemograma, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas y vitaminas liposolubles y vitamina B12 fueron reiteradamente normales. Los autoanticuerpos fueron negativos. Se detectó un déficit de lactasa y el test de aliento de sobrecrecimiento bacteriano y la curva de fructosa con hidrógeno y metano espirados fueron negativos.

Se realizó un angio-TAC de abdomen, un tránsito intestinal baritado, dos esófago-gastroskopias con biopsias gástricas y duodenales, dos colonoscopias con biopsias múltiples de colon e íleon terminal y estudio de intestino delgado con videocápsula, todos ellos normales.



Figura 1 

Radiografía simple de abdomen que muestra dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos distribuidos por toda la cavidad abdominal.

Durante el acto quirúrgico realizado para transformar la funduplicatura tipo Nissen en Toupet por imposibilidad de vomitar, se tomó una biopsia transparietal de intestino delgado para estudio de plexos submucosos y mientéricos y realización de inmunohistoquímica de enolasa específica neuronal, actina de músculo liso y CD 117 (ckit), así como tricrómico de Masson. La paciente se diagnosticó de hiperplasia colinérgica pero sin hallazgos de ganglios gigantes en la pieza histológica. Se intentó conseguir una macrobiopsia de recto para realizar el mismo tipo de estudio pero la biopsia endoscópica no incluía submucosa.

La paciente sólo tolera fórmulas poliméricas de nutrición enteral, manteniendo una situación de dilatación intestinal permanente (Figura 1).

La evolución clínica, los datos radiológicos, la normalidad de las pruebas morfológicas e histológicas de intestino delgado y colon y la presencia de hiperplasia colinérgica de intestino delgado nos llevaron al diagnóstico de SOIC idiopática.

Discusión

La SOIC es probablemente la entidad más severa de las enfermedades neuromusculares que afectan a la pared intestinal, y debe diferenciarse de otras más leves tales como la dispepsia funcional y el síndrome de intestino irritable¹.

El diagnóstico se basó en un cuadro clínico y una radiología compatible en ausencia de causas obstructivas². El estudio histológico e inmunohistoquímico de la biopsia transmural

de intestino delgado no reveló ningún tipo de miopatía visceral³. Es probable que la poca información aportada de los estudios histológicos se deba a una distribución parcheada de la afectación y también a que no disponemos de anticuerpos monoclonales antineurofilamento (NF2F11).

El tratamiento está orientado a mejorar los síntomas y corregir los déficits nutricionales⁴. En ocasiones es necesario recurrir a la cirugía, aunque en general todas las opciones orientadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes resultan infructuosas.

Bibliografía

1. Muñoz-Yagüe MT, Solís Muñoz P, Salces I, Ballestín C, Colin F, Ibarrola C et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction: a diagnosis to be considered. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 336-342.
2. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults. *Gut* 1997; 41: 675- 81.
3. Muñoz-Yagüe MT, Marín JC, Colina F, Ibarrola C, López-Alonso G, Martín MA, et al. Chronic primary intestinal pseudo-obstruction from visceral myopathy. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2006; 98: 292-302.
4. Stanghellini V, Cogliandro RF, De Giorgio R, Barbara G, Salvioli B, Crinaldesi R. Chronic intestinal pseudo-obstruction: manifestations, natural history and management. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19: 440-52.3.