

SUBOCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA POR ESTENOSIS FIBROSA DEL YEYUNO DISTAL

Libia Cañari*, Oscar Frisancho*, Fernando Palacios*, Américo Palomino y Alejandro Yábar*.

RESUMEN

Presentamos la historia clínica de un paciente de 66 años, con antecedente de apendicectomía, y radioterapia de tumor renal derecho, que presentaba desde hace tres años, crisis periódicas de suboclusión intestinal. Los estudios radiológicos contrastados del intestino delgado mostraron un área de estenosis evidente a nivel del yeyuno distal. Intervenido quirúrgicamente se liberaron múltiples adherencias, un segmento del yeyuno distal estaba adherido a través de una banda fibrosa al peritoneo parietal, en ese nivel se demostró una estenosis fibrosa focal del yeyuno distal. La adherencia que fijaba el yeyuno distal al peritoneo parietal, podría haber contribuido a que el yeyuno se torciera y destorciera -periódicamente- sobre su eje, contribuyendo a una inflamación transmural recurrente, que finalmente indujo estenosis fibrosa de la pared intestinal.

Palabras Clave: Obstrucción de intestino delgado, suboclusión intestinal, estenosis intestinal.

SUMMARY

This is a case of a 66 year old male patient that showed up with intestinal occlusion. A previous history of appendectomy and radiotherapy for a right renal tumor. During the last three years he had several episodes of intestinal sub-occlusion. Contrast studies of small bowel showed an stenotic area at distal yeyunum. He was surgically intervened and multiple adherences were liberated, including a segment of the yeyunum, severely adhered through a fibrous band to the parietal peritoneum. At that level a focal fibrous stenosis of the yeyunum. The adherence was the cause of previous cases and contributed to a transmural recurrent inflammation that finally induced the fibrosis of the area.

Key Words: Obstruction of the small bowel, intestinal suboclusión, intestinal stricture

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 66 años, casado, grado de instrucción superior, natural y procedente de Lima.

Antecedentes patológicos: apendicectomía hace 25 años, hipertensión arterial desde hace 5 años, trombosis venosa profunda por lo que recibió warfarina por 9 meses, nefrectomía derecha por tumor maligno (recibió 25 sesiones de radioterapia en diciembre 2000), prostatectomía.

Enfermedad Actual: paciente que hace 3 años presenta dolor abdominal tipo cólico, difuso, distensión, vómitos alimentarios y biliosos tardíos -aproximadamente 5 horas post ingesta-, episodios inicialmente esporádicos

y actualmente con una frecuencia de 3 a 4 veces por semana, molestias que se alternan con deposiciones líquidas -sin moco y sin sangre- de 1 a 4 cámaras, baja de peso de 20 kg. en el último año.

Al examen físico, encontramos un paciente con funciones vitales estables, regular estado general, piel pálida, el abdomen con múltiples cicatrices operatorias, blando, depresible, no doloroso, no masas, ruidos hidroaéreos presentes, altura hepática dentro de límites normales. El resto del examen sin alteraciones significativas.

Exámenes auxiliares: Hb: 11.2 g/dl; Hcto: 34.2 %; VCM: 79; HCM: 25; perfil de coagulación y recuento de plaquetas no mostraron alteración: TP: 12"; TPTK: 42"; plaquetas: 248,000, Creatinina: 1.39 mg/dl; glucosa, urea y perfil hepático normales.

Examen coproparasitológico y thevenon negativos. Dímero D normal.

Tránsito intestinal: distensión de asas delgadas proximales condicionado por área de estenosis a nivel del tercio distal del yeyuno con pérdida de los pliegues mucosos sugiriendo bridas y/o adherencias, sin descartar la posibilidad de linfoma.

Tomografía de abdomen: no se encuentra vesícula biliar ni riñón derecho, imagen quística de 1cm de diámetro del polo superior del riñón izquierdo. No ascitis, distensión de asas intestinales, no evidencia de proceso neofornativo dependiente de ellas. Tejido prostático de densidad homogéneo, los demás caracteres no muestran alteraciones.

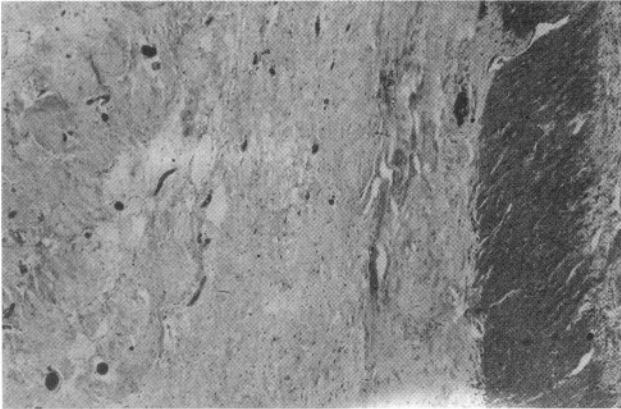
El paciente fue sometido a laparotomía exploratoria; se encontraron múltiples adherencias de epiplón a pared y al área perivesicular, asa intestinal delgada -yeyuno distal- firmemente adherida a la pared abdominal anterior con la luz intestinal estenosada en 80% en un segmento de aproximadamente 12 cms, por lo que se decide resección y enteroanastomosis termino terminal.

La vesícula biliar de 8x4 cms., paredes delgadas con microlitiasis en su interior, bilis clara, colédoco dilatado, se realizó colecistectomía.

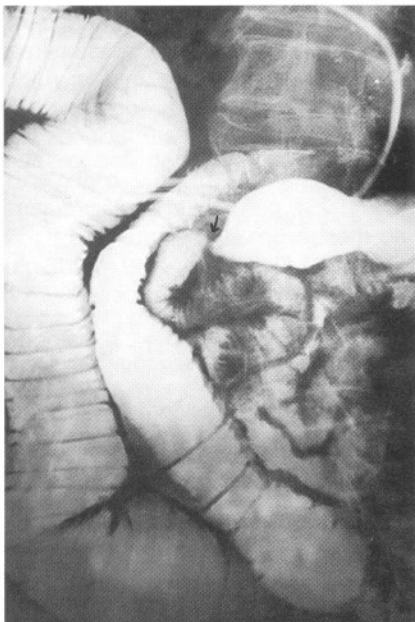
La evaluación del Dpto. de Anatomía Patológica determinó: segmento de intestino delgado con estenosis fibrosa y adherencias múltiples interasas. Peritonitis crónica adherencial, bordes quirúrgicos viables congestivos, mesenterio congestivo; y Colecistitis crónica.

Paciente durante su evolución post operatoria cursó con evolución favorable.

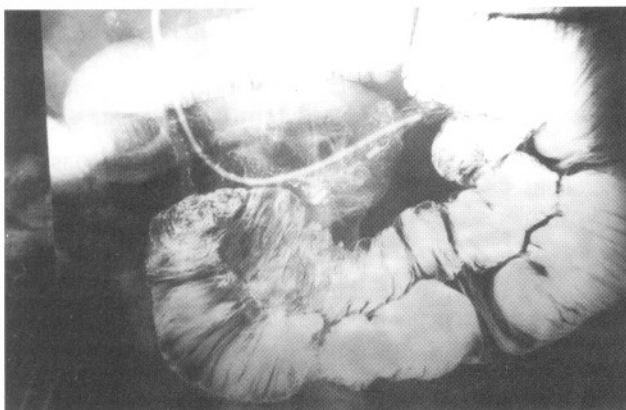
* Departamento del Aparato Digestivo, y Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins"- EsSalud, Lima-Perú.



Fotografía 1. Radiografía de intestino delgado por enterocclisis que muestra gran dilatación de las asas proximales del intestino delgado.



Fotografía 2. Radiografía de intestino delgado por enterocclisis donde se demuestra claramente al nivel de la estenosis y la dilatación pre-estenótica de las asas delgadas. El nivel señalado fue de yeyuno distal y coincidió con los hallazgos operatorios.



Fotografía 3. Marcado engrosamiento en la subserosa con fibrosis y vasos congestivos. En un extremo del campo se observa la capa muscular propia.

COMENTARIO

La reducción del pasaje del contenido intestinal puede ser consecuencia de una obstrucción mecánica o la alteración de la motilidad intestinal. La obstrucción intestinal puede ser parcial o completa según el grado de alteración del flujo intestinal (1,2).

Los signos y síntomas en la obstrucción del intestino delgado son el dolor abdominal, la distensión, así como disminución o ausencia evacuatoria de heces o gases(1,2). La presencia de vómitos precoces o tardíos, así como las características de su contenido, tienen mucho valor clínico. Nuestro paciente presentaba vómitos tardíos –cinco o más horas- con restos alimentarios y biliosos; esto sugería un nivel de obstrucción mas distal del yeyuno proximal.

Las causas pueden ser lesiones extrínsecas como adherencias, hernias, masas extrínsecas; o lesiones intrínsecas como estenosis inflamatorias o tumorales, atresia o estenosis congénita, entre otras (2, 3, 4,5).

Las adherencias fibrosas -secundarias a cirugía previa o peritonitis- son causa del 75 % de las obstrucciones del intestino delgado. Las adherencias producen obstrucción englobando o angulando las asas, también mediante la formación de bridas que comprimen el intestino delgado.

Las hernias son la segunda causa más común de obstrucción del intestino delgado; las neoplasias constituyen alrededor del 10% de todos los casos; con mayor frecuencia el intestino delgado es obstruido por la compresión extrínseca o la invasión local de una neoplasia intra-abdominal avanzada (2, 3,4).

La radiografía simple de abdomen orienta el diagnóstico, el intestino delgado presenta un gran capacidad de distensión, la presencia de asas dilatadas del intestino delgado en el hemiabdomen superior indican una obstrucción del duodeno o del yeyuno.

En algunas ocasiones la radiografía simple no es suficiente para distinguir entre obstrucción del intestino delgado o colon. En estos casos se realiza un estudio con bario, que precisa el nivel de obstrucción (3).

La Tomografía puede identificar causa de obstrucción en un 65 a 75% de los casos.

El tratamiento inicial es la reposición de volumen, mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico, y posteriormente tomar la decisión terapéutica según la causa (3,6).

El caso clínico que presentamos correspondió a un paciente con sintomatología crónica –recurrente- de suboclusión parcial del intestino delgado, que no llegó a ser una urgencia quirúrgica.

Respecto a la etiología se consideró en primer lugar a las bridas y adherencias por el antecedente quirúrgico del paciente; en segundo lugar, se planteó la posibilidad de algún tipo de tumor metastático que pudiera estar causando obstrucción extrínseca e intrínseca; en tercer lugar se pensó en linfoma, finalmente se consideró a las secuelas de las alteraciones tipo isquémico o actínico.

La radiografía simple de abdomen mostró distensión de las asas delgadas; la radiografía con sustancia de contraste fue de gran ayuda, porque se logró identificar con precisión el nivel de la obstrucción.

En nuestro paciente la adherencia que fijaba el yeyuno distal al peritoneo parietal, podría haber contribuido a que rotara parcialmente sobre su eje, contribuyendo a un fenómeno inflamatorio transmural recurrente, que finalmente indujo la fibrosis de la pared intestinal, con la consiguiente estenosis parcial, que desencadenaba periódicamente crisis suboclusivas.

La evolución post-quirúrgica fue buena, el paciente salió de alta, y actualmente muestra franco restablecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Sleisenger-Fordtran. Obstrucción del Intestino Delgado. En: Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, 6ª edición, 2000, p: 1933-13.

2.- Ronald Eisenberg. Obstrucción del Intestino Delgado. En: Radiología Gastrointestinal. 3ª edición, 1997, p: 421 – 20.

3.- Wysocki A, Krzywon J. Causes of Intestinal Obstrucción. Przegł Lek 2001; 58 (6):507-8.

4.- Jamski J, Graca M, Orlicki P, Small intestine obstruction caused by primary malignant neoplasm. Przegł lek 2001; 58 (10): 943-4.

5.- Dietz D, Remzi F, Fazio V. Strictureplasty for obstructing small bowel lesions in diffuse radiation enteritis successful outcome in five patients. Dis Colon Rectum 2001; 44 (12): 1772-7.

6.- Kriger A, Andreitsev YO, Gorskii V. et al. Diagnosis and treatment of acute adhesive small intestine obstruction. Khirurgiia 2001; (7): 25-9.

7.- Keller J, Layer P. Chronic intestinal pseudo-obstruction: pathogenesis, diagnosis and therapy. Z Gastroenterol 2002; 40 (2): 85-95.

8.- Harrison J, Blackstone M, Vargish T. Chronic intermittent intestinal obstruction from a seat belt injury. Sur Med J 2001; 94(5): 499-501.

9.- Bryner U, Longerbean J, Reeves C. Posttraumatic ischemic stenosis of the small bowel. Arch Surg 1980; 115 (9): 1039 -4.

