

Diagnóstico diferencial de obstrucción del íleon distal en mujeres jóvenes ¿Cuál es el rol de la enterorresonancia?

Differential diagnosis of distal ileal obstruction in young women What is the role of magnetic resonance enterography?

GABRIEL MOSQUERA-KLINGER, JULIO VALENCIA-MATURANA, JUAN CAMILO PÉREZ-CADAVID, VÍCTOR QUINTERO-RIAZA • MEDELLÍN (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1327>

Resumen

La obstrucción intestinal en pacientes jóvenes es poco frecuente. La mayor parte de los casos se presentan en mujeres jóvenes (premenopáusicas) y suelen estar relacionados a enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn, o endometriosis con compromiso intestinal. En esta serie de casos presentamos tres pacientes mujeres en etapa reproductiva, con síntomas de obstrucción intestinal, quienes tienen patologías y desenlaces diferenciales. En el abordaje inicial de la obstrucción, se realizó enterorresonancia.

Hacemos la presentación de casos, discusión y revisión de la literatura del diagnóstico diferencial de la estenosis en íleon distal y del uso de la enterorresonancia en ese escenario. (*Acta Med Colomb 2020; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1327>*).

Palabras clave: *endometriosis, enfermedad de Crohn, obstrucción intestinal, enfermedades del íleon.*

Abstract

Intestinal obstruction is uncommon in young patients. Most cases present in young (premenopausal) women and tend to be related to inflammatory intestinal disease such as Crohn's disease or endometriosis with intestinal involvement. In this case series we present three female patients of reproductive age with intestinal obstruction symptoms who have differential diseases and outcomes. The initial approach to the obstruction included magnetic resonance enterography.

We present the cases, discussion and review of the literature on the differential diagnosis of distal ileal stenosis and the use of magnetic resonance enterography in this scenario. (*Acta Med Colomb 2020; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1327>*).

Key words: *endometriosis, Crohn's disease, intestinal obstruction, ileal disease*

Dr. Gabriel Mosquera-Klinger: Especialista en Medicina Interna, Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Hospital Pablo Tobón Uribe; Dr. Julio Valencia-Maturana: Médico Especialista en Medicina Interna Universidad de Antioquia; Dr. Juan Camilo Pérez-Cadavid: Médico Cirujano Universidad Pontificia Bolivariana. Patólogo Universidad de Antioquia. Ayudas Diagnósticas SURA y Universidad Pontificia Bolivariana; Dr. Víctor Quintero Rianza: Médico Especialista en Cirugía General. Jefe Sección de Cirugía Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín (Colombia).

Correspondencia: Dr. Gabriel Mosquera-Klinger. Medellín (Colombia).

E-mail: gami8203@yahoo.com

Recibido: 22/VII/2019 Aceptado: 13/IV/2020

Introducción

El intestino delgado (ID) es el segmento más extenso del tracto gastrointestinal, en éste se produce la digestión de los alimentos quedando aptos para su adecuada absorción. Debido a su longitud, localización y que no es un órgano fijo hace que las exploraciones diagnósticas sean limitadas, molestas y riesgosas. Es por esta razón, que el abordaje inicial de enfermedades que comprometen el ID, se hace mediante estudios imagenológicos, los cuales podrían ser de baja especificidad, ya que no proveen diagnóstico histopatológico.

El diagnóstico diferencial de las lesiones estenosantes del ID es amplio. Entre las causas inflamatorias está la enfermedad de Crohn (EC), las enteritis crónicas de origen infeccioso como la tuberculosis; los procesos que provocan isquemia del ID como la insuficiencia mesentérica, isquemia focal segmentaria, vasculitis y colagenopatías. Las enteritis iatrogénicas (enteritis actínica, por quimioterapia, enfermedad injerto contra huésped, enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos) y otras causas misceláneas como macroglobulinemia de Waldenström, enteritis

estenosante ulcerada multifocal criptogénica, yeyunoileitis ulcerativa crónica, enfermedad de Behçet.

La enterorresonancia (enteroRMN) está llamada a ser una herramienta fundamental en el abordaje de las patologías obstructivas del ID, ya que tiene varias ventajas como su capacidad de obtener imágenes sin exposición a la radiación; buena resolución para tejidos blandos; la posibilidad de usarla en embarazadas y en pacientes con alergia al contraste yodado (1). La enteroRMN en la EC tiene una alta precisión en el diagnóstico y en la detección de estenosis. Por lo cual, se está volviendo la modalidad radiológica de primera línea para evaluar la progresión de la enfermedad, detectar complicaciones y monitorear la respuesta al tratamiento. Una de las aplicaciones más útiles es diferenciar la estenosis fibrótica, de la inflamación activa (2-3).

Presentamos tres casos clínicos de mujeres jóvenes en etapa reproductiva, con obstrucción del íleon distal asociada a pérdida anormal de peso, con hallazgos similares en la enteroRMN, pero con diagnósticos y desenlaces diferenciales.

Presentación de casos clínicos

Caso 1

Mujer de 26 años de edad, proveniente de área rural, previamente sana. Presentó dos meses de borborigmos, distensión y dolor abdominal tipo cólico asociado a vómitos. Además en las últimas tres semanas tuvo episodios de diarrea acuosa, con moco y sin sangre. En la revisión por sistemas refería hiporexia y pérdida de 10 Kg de peso en el último mes. Por esta razón fue hospitalizada: en el examen físico tenía distensión, dolor abdominal, sin irritación peritoneal. Le realizaron una radiografía de abdomen donde se encontró distensión de asas, sin zonas de transición. En una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, no se identificaron lesiones intraabdominales, sólo la dilatación de asas delgadas, por lo cual fue remitida a nuestra institución por sospecha de EC. En la nota de admisión se describió que estaba deshidratada, taquicárdica, con el abdomen distendido y con dolor sin irritación peritoneal. Se dio manejo con hidratación parenteral, analgesia y antieméticos, se ordenó una colonoscopia total, en la cual se identificó ileítis erosiva leve, colon normal. El reporte de las biopsias de íleon, demostró una ileítis crónica activa con erosiones (sin granulomas, las coloraciones especiales ZN, plata metenamina, e IHQ para CMV fueron negativas). Luego se realizó una EnteroRMN en donde se evidenció compromiso inflamatorio con un segmento de 30 mm engrosado, con pequeñas ulceraciones y estenosis (segmento con captación heterogénea del medio de contraste y moderada restricción a la difusión) (Figura 1A) en el íleon distal, a 20 cm proximal a la válvula ileocecal. Por estos hallazgos, se decidió realizar una enteroscopia de doble balón retrógrada para obtener diagnóstico histológico e intentar dilatación neumática de la estenosis. En la enteroscopia se identificó dicha estenosis, con luz residual de 3 mm, no fue posible dilatar la estenosis y los resultados de las biopsias fueron similares a los descritos en la colonoscopia. Por es-

tos hallazgos se decidió hacer una resección laparoscópica segmentaria y anastomosis termino-terminal. Los hallazgos patológicos fueron: inflamación crónica activa severa fistulizada con compromiso transmural hasta la serosa, pérdida de arquitectura de las criptas con microabscesos murales de neutrófilos. Estos hallazgos fueron considerados por patología correspondientes a enfermedad de Crohn (Figuras 1B y 1C). Posterior al manejo quirúrgico, se le dejó tratamiento con azatioprina a 2 mg/Kg/día. En el seguimiento ambulatorio refiere estar asintomática, con enteroRMN de control normal. En la actualidad se le realizan controles clínicos semestrales.

Caso 2

Mujer de 28 años de edad, previamente sana. Consultó por un mes de dolor abdominal tipo cólico, de intensidad variable, distensión abdominal postprandial, borborigmos frecuentes y estreñimiento. En la semana previa al ingreso refirió náuseas y vómitos frecuentes. Durante la evaluación fue encontrada deshidratada, con abdomen distendido y doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal. Por el cuadro obstructivo se le indicó una TAC de abdomen contrastado que demostró dilatación de asas, engrosamiento en íleon distal con efecto estenótico. Con este resultado se hospitalizó y se realizó una enteroRMN para definir el tamaño y evaluar el componente fibroinflamatorio de dicha estenosis. En esta se identificó una marcada dilatación del yeyuno distal e íleon, asociado a una estenosis fibrótica de 25 mm de longitud aproximadamente 30 cm de la válvula ileocecal (Figura 2A). Por el tamaño y las características (lesión única, corta), se sospechó EC. Se programó para enteroscopia retrógrada de doble balón para intentar dilatar, pero la paciente no toleró la preparación por múltiples vómitos y dolor abdominal. Se sospechó perforación y se programó para laparotomía exploratoria, donde se encontró una lesión estenosante de aproximadamente 10 cm de longitud a los 5 cm de la válvula ileocecal, con dilatación mayor de 5 cm del intestino proximal, se hizo una resección del segmento estenótico preservando el meso intestinal, liberación del ciego de la línea de Told e ileostomía con fístula mucosa, esto último para facilitar el cierre de la ileostomía. En este caso la sospecha clínica prequirúrgica fue una EC estenosante. El reporte de patología describió una mucosa congestiva, fibrosa, engrosada e irregular con áreas estenóticas; en la microscopía se identificaron extensas áreas inflamatorias de glándulas y estroma endometrial con fibrosis alrededor, sin granulomas, ni hallazgos de lesión tumoral. Con el reporte de patología se hizo diagnóstico definitivo de endometriosis en íleon distal (Figuras 2B-2C). En el seguimiento clínico posquirúrgico la paciente refiere estar asintomática. Fue evaluada por ginecología donde ha seguido en controles clínicos periódicos, sin prescripción de medicamentos.

Caso 3

Mujer de 42 años, sin antecedentes personales. Quien presentó cuadro de aproximadamente tres meses de dolor

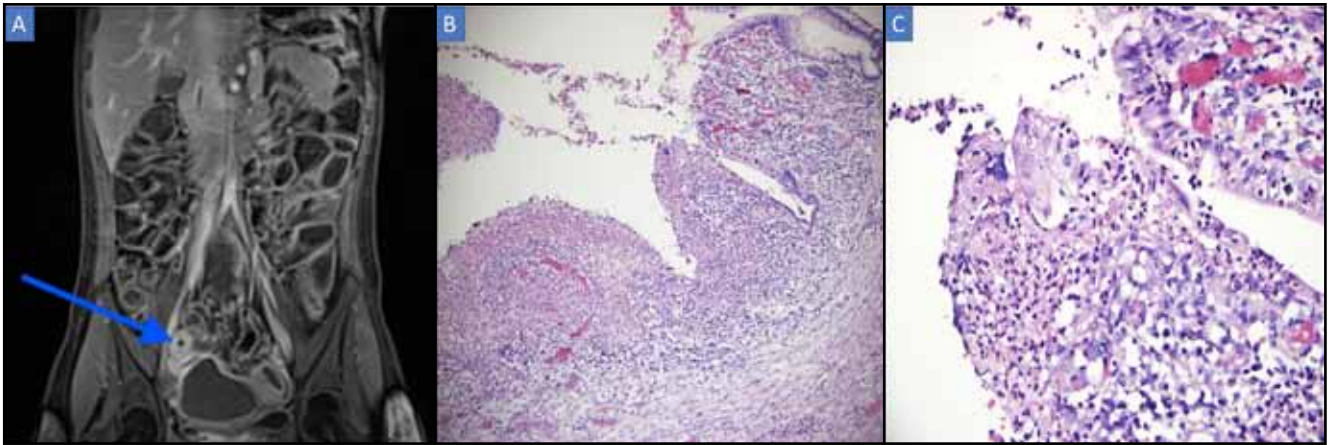


Figura 1A. EnteroRMN: Engrosamiento mural, disminución de la luz, dilatación preestenótica correspondiente a EC estenosante (flecha azul). Enfermedad de Crohn.

Figura 1B. (H&E - 100X) Íleon distal - Enfermedad de Crohn: Úlceras aftoides con microabscesos de neutrófilos murales y daño arquitectural severo, con áreas alternantes de mucosa no ulcerada que muestra hiperplasia epitelial (superior derecho).

Figura 1C. (H&E - 400X) Íleon distal - Enfermedad de Crohn: vellosidades con microabscesos de neutrófilos, ulceración y daño arquitectural con pérdida completa de criptas.

abdominal, distensión, náuseas, vómitos, estreñimiento, pérdida de peso de aproximadamente 20 Kg. La paciente consultó varias veces a urgencias, donde realizaron TAC de abdomen donde documentaron una estenosis de características inflamatorias del íleon distal, con obstrucción intestinal parcial. Al ingreso a centro asistencial solicitaron una enteroRMN en la cual se observó una lesión estenosante del íleon distal, con proceso inflamatorio agudo compatible con lesiones secundarias a enfermedad de Crohn (Figura 3A). Se programó para enteroscopia de doble balón retrógrada, durante la preparación intestinal presentó abdomen agudo, por lo cual se realizó laparotomía exploratoria encontrando lesión de ciego de aspecto tumoral con adherencia de íleon distal a los 10 cm de la válvula ileocecal a la lesión tumoral con microperforación y peritonitis secundaria. Se realizó resección del colon derecho y de los últimos 50 cm del íleon distal con ileostomía y fístula mucosa. La patología reportó tumor neuroendocrino en íleon distal resecado (Figuras 3B y 3C). Se hicieron estudios de extensión con TAC de abdomen y tórax contrastado sin evidencia de lesiones metastásicas a

distancia, por lo cual se consideró intervención con intención curativa. En control ambulatorio a seis meses asintomática.

Discusión

El diagnóstico diferencial de las lesiones estenosantes en el ID es amplio y la presentación clínica de estas enfermedades es muy variable. En la actualidad está aumentando de forma progresiva el diagnóstico de la EC. El Hospital Pablo Tobón Uribe es un centro de referencia en la región en EII, con frecuencia atendemos pacientes que consultan de forma primaria o referidos por otras instituciones en especial de otras partes del Valle de Aburrá, Chocó y Córdoba. En todos los pacientes con sospecha de enfermedades que comprometan el ID, se debe hacer una amplia historia clínica y descartar de forma racional otras causas que puedan explicar sus hallazgos clínicos. Las tres pacientes presentadas ingresaron con un diagnóstico probable de EII: en todas el síntoma cardinal fue obstructivo, por lo cual se sospechó EC estenosante.

En el primer caso se confirmó una EC con compromiso ileocecal y obstrucción. El estudio de las estenosis del ID,

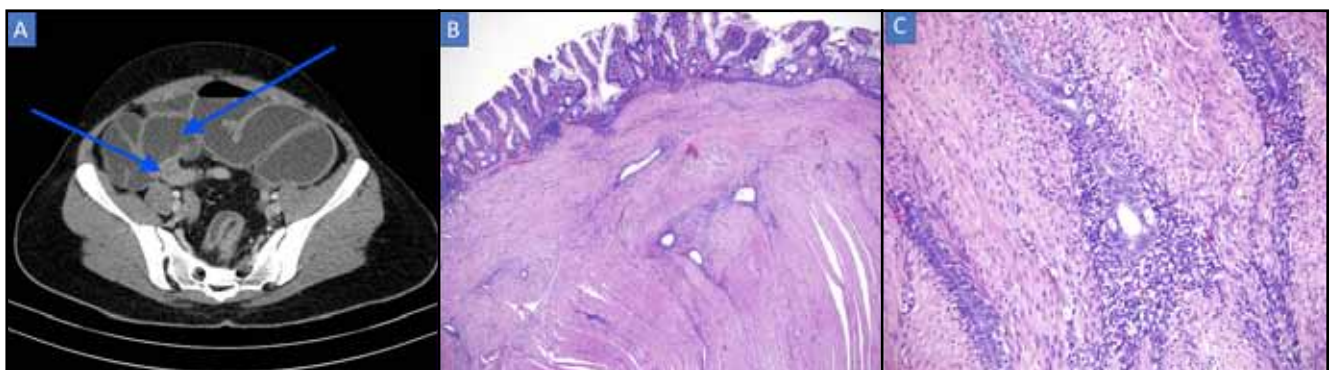


Figura 2A. EnteroRMN donde se identifica marcada dilatación de asas y engrosamiento mural en íleon distal (flecha azul). Endometriosis.

Figura 2B. (H&E - 100X) Íleon distal - Endometriosis: pared de íleon infiltrada por glándulas y estroma de tipo endometrial.

Figura 2C. (H&E - 200X) Íleon distal - Endometriosis: capa muscular propia de íleon distal infiltrada por glándulas y estroma de tipo endometrial.

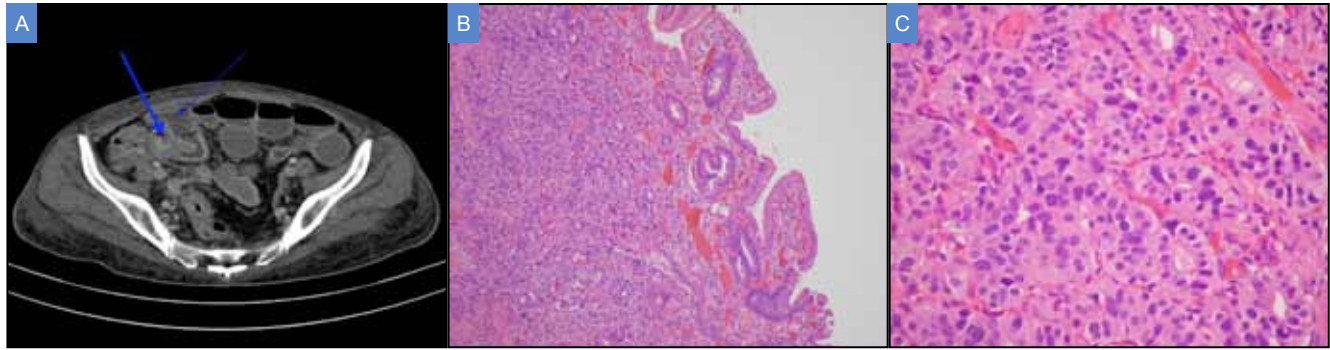


Figura 3A. Hallazgos en enteroRMN de estenosis en íleon distal por tumor neuroendocrino
Tumor neuroendocrino

Figura 3B. (H&E - 100X) Íleon distal - Tumor neuroendocrino: mucosa intestinal infiltrada por trabéculas, túbulos y acinos de células neuroendocrinas en medio de un estroma fibrovascular.

Figura 3C. (H&E - 200X) Íleon distal - Tumor neuroendocrino: trabéculas, túbulos y acinos de células neuroendocrinas en medio de un estroma fibrovascular. Los núcleos muestran una cromatina en sal y pimienta característica de los tumores neuroendocrinos.

consiste en definir el tamaño, la localización y el número de estenosis mediante imágenes. Se recomienda que el abordaje sea mediante enteroTAC o enteroRMN. La enteroTAC es la técnica más utilizada en los Estados Unidos para evaluar la EC (4-5). Ésta tiene la ventaja de una alta resolución espacial, amplia disponibilidad y permite el diagnóstico rápido, pero está asociada a posibles efectos nocivos a largo plazo de la radiación ionizante. En cuanto a la enteroRMN elimina la exposición a la radiación ionizante, pero pudiera conllevar a mayores costos según lo reportado en la literatura, toma más tiempo la realización del examen y es una prueba que no está disponible en todos los centros. La enteroRMN tiene una alta precisión para el diagnóstico de la EC (sensibilidad 78% y especificidad 85%), además una sensibilidad en la detección de estenosis que oscila entre 75 y 100% con una especificidad de 91-100% (2, 5). La enteroRMN en manos expertas puede definir y distinguir entre una estenosis fibrótica o inflamatoria. La importancia radica en el tratamiento a seguir ya que las estenosis fibróticas son de abordaje quirúrgico en su mayoría y las estenosis inflamatorias suelen ser de tratamiento médico (terapia biológica y/o dilataciones endoscópicas). En nuestro hospital hay mayor disponibilidad y experiencia con la enteroRMN, por esta razón es nuestro estudio no invasivo de elección en la evaluación del ID cuando hay sospecha de estenosis.

Una vez se confirma el sitio, el número y tamaño de la estenosis si éstas son menores de 4 cm deben ser abordadas de forma endoscópica con enteroscopia (6). En caso que las estenosis sean mayores de 4 cm, lo recomendado es la resección local de la lesión. En estenosis mayores de 4 cm múltiples la tendencia es hacia la estricturoplastia.

La EC se localiza comúnmente en la región ileocolónica, seguida por el compromiso aislado del ID. Se recomienda que en casos de pacientes provenientes de zonas endémicas de enfermedades infecciosas como la tuberculosis o quienes tengan deficiencias inmunológicas, se debe tener en cuenta a la tuberculosis intestinal (TBI) entre los diagnósticos diferenciales (7-9). La diferenciación entre la EC

y la TBI, no puede hacerse con una única evaluación, ya que el diagnóstico certero se establece con la sumatoria de hallazgos clínicos, endoscópicos, radiológicos, estudios de laboratorios y cultivos (7-9).

En el segundo caso, se presentó una localización poco habitual de la endometriosis (10-12). La dificultad en el diagnóstico es mayor en quienes los síntomas no están claramente asociados con el ciclo menstrual (que ocurre en 40% de casos). Adicionalmente, muchos autores describen que en endometriosis pueden presentarse hallazgos histopatológicos, como la distorsión arquitectural de la mucosa; reacción mucosa excesiva e inflamación con infiltrado linfoplasmocitario, úlceras y fisuras similares a lo descrito en EC (10-11). En conclusión, los síntomas de la endometriosis ileal podrían resultar similares a los encontrados en EC, e incluso los hallazgos histológicos pueden ser un epifenómeno de la endometriosis y no una EC verdadera. Además cuando hay escasas muestras para patología, los hallazgos patognomónicos de la endometriosis podrían estar ausentes.

En el tercer caso, es llamativo, que a pesar de documentar un tumor de 4 cm (que supone una alta carga tumoral), nunca presentó síntomas cardiovasculares y/o flushing como está descrito en pacientes con tumor neuroendocrino (13). Los tumores neuroendocrinos son más comunes en pacientes con enfermedad de Crohn, donde se ha reportado hasta 15 veces más frecuente (14-15). Las otras estirpes malignas que son más frecuentes en EC son adenocarcinoma, linfoma y carcinoma epidermoide (16). En los casos donde la EC coexiste con un tumor neuroendocrino, la presentación más común en la mayoría de casos es la obstrucción intestinal.

En conclusión, las causas de obstrucción en íleon distal deben ser analizadas según el contexto clínico. Los determinantes más relevantes son el grupo étnico; el estado inmunológico; las comorbilidades; la historia personal o familiar de cáncer y la historia de cirugías abdominales previas.

En mujeres jóvenes en edad fértil las causas más comunes son la EII, los tumores de intestino delgado, sin dejar de pensar en la endometriosis.

Enfatizamos que se debe hacer una amplia historia clínica y la enteroRMN podría ser parte del abordaje inicial, ya que tiene muy buenas características operativas. Pero un hallazgo anormal sugestivo de EC, siempre deberá ser corroborado con histopatología. En los casos que requieran seguimientos imagenológicos periódicos, ésta podría ser la opción más segura y de mejor rendimiento diagnóstico.

Referencias

1. **Das C, Manchanda S, Panda A, et al.** Recent Advances in Imaging of Small and Large Bowel. *PET Clin* 2015; 1-17.
2. **Westerland O, Griffin N.** Magnetic Resonance Enterography in Crohn's Disease. *Semin Ultrasound CT MRI* 2013; 37:282-291.
3. **Costa-Silva L, Brandao A.** MR Enterography for the Assessment of Small Bowel Diseases. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2013; 21:365-383.
4. **Huprich JE, Fletcher JG.** CT enterography: principles, technique and utility in Crohn's disease. *Eur J Radiol* 2009;69:393-7.
5. **Fiorino G, Bonifacio C, Peyrin-Biroulet L, et al.** Prospective comparison of computed tomography enterography and magnetic resonance enterography for assessment of disease activity and complications in ileocolonic Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:1073-80.
6. **Fukumoto A, Tanaka S, Yamamoto H, et al.** Diagnosis and treatment of small-bowel stricture by double balloon endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2007;66: S108-12.
7. **Almadi MA, Ghosh S, Aljebreen AM.** Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: A Diagnostic Challenge. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1003-1012
8. **DiLauro S, Crum-Cianfore N.** Ileitis: Where it is not Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2010; 12: 249-258.
9. **Mosquera-Klinger G, Ucroz A.** Enfermedad de Crohn frente a tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. *Rev Col Gastroenterol* 2018; 33(4): 425-432.
10. **Guadagno A, Grillo F, Gaetano V, et al.** Intestinal Endometriosis: Mimicker of inflammatory bowel disease?. *Digestion* 2015; 92:14-21.
11. **Karaman K, Ebreu E, Bayol U, et al.** Endometriosis of the terminal ileum: A diagnostic dilemma. Case Reports in pathology 2012; 1-4. doi:10.1155/2012/742035.
12. **Mosquera-Klinger G, Quintana H, Hani A.** Obstrucción intestinal ileal por endometriosis. *Acta Med Colomb* 2014; 39: 283-287.
13. **Dastakalakis K et al.** Clinical signs of fibrosis in small intestinal neuroendocrine tumours. *BJS* 2017; 104: 69-75
14. **Yao JC, Hassan M, Phan A, et al.** One hundred years after 'carcinoid': epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine tumors in 35825 cases in the United States. *J Clin Oncol* 2008; 26: 3063-3072.
15. **West NE, Wise PE, Herline AJ, et al.** Carcinoid tumors are 15 times more common in patients with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:1129-34.
16. **Hemminki K, Li X, Sundquist J, Sundquist K.** Cancer risks in Crohn disease patients. *Ann Oncol.* 2009;20:574-80.

