

Suboclusión intestinal en la infancia

M. García Pérez, M. Redondo Ibáñez, M.L. Yébenes Díaz, P. Diego Rey, F. López González, C. Pimentel Álvarez y J. Blanco González*
 Departamento de Radiodiagnóstico. * Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen con importante dilatación de asas y ausencia de gas en colon.



Fig. 2. Enema opaco: marco cólico de aspecto normal. Corto tramo de íleon terminal relleno que aparece normal.

Historia clínica

Enferma de 13 años de edad, sin antecedentes previos de interés, que presenta cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal intermitente de tipo difuso, necesitando varios ingresos en nuestro hospital, donde se objetivan cuadros de suboclusión intestinal que ceden con tratamiento conservador. Todo ello acompañado de febrícula vespertina intermitente, vómitos ocasionales, pérdida de peso y anorexia. Los datos de laboratorios dentro de la normalidad.

Posibilidades diagnósticas

Divertículo de Meckel con episodios de volvulación.
 Enfermedad intestinal inflamatoria (Crohn, TBC).
 Estenosis congénitas.
 Linfoma intestinal.
 Hematoma intestinal no traumático.

Hallazgos radiológicos

La radiografía simple de abdomen (fig. 1) muestra dilatación importante de asas de intestino delgado que adoptan una disposición en escalera (*stepladder pattern*), con

ausencia de gas en colon, todo ello sugerente de obstrucción mecánica de intestino delgado.

Se le realiza enema opaco (fig. 2) que muestra un marco cólico normal, mucosa respetada, haustración marcada y válvula ileocecal incompetente, con escaso relleno de íleon terminal que parece de aspecto normal, observándose asas intestinales dilatadas.

En el último ingreso se le practicó enteroclisia (enema anterógrado de intestino delgado) que muestra dilatación de asas y retraso en el vaciamiento del tránsito (fig. 3a). En un control posterior (fig. 3b) se observa estenosis filiforme a nivel de íleon distal de 8 cm de longitud, de bordes ahusados y suaves, apreciándose en la luz estenosada imágenes de aspecto nodular. En un control más tardío (fig. 3c) se consigue visualizar íleon terminal y ciego. Por encima de la estenosis aparecen imágenes radiotransparentes, redondeadas y móviles que sugieren enterolitos o cuerpos extraños. Cercano al íleon terminal parece existir un defecto de repleción nodular (flecha) con válvula ileocecal prominente.

El ultrasonido (US) abdominal mostró asas de intestino delgado con abundante líquido. Siguiendo estas asas, aparece situado en la fosa ilíaca derecha una imagen alargada en pseudorotación por engrosamiento de la pared intestinal de forma simétrica con la luz estenosada (fig. 4).

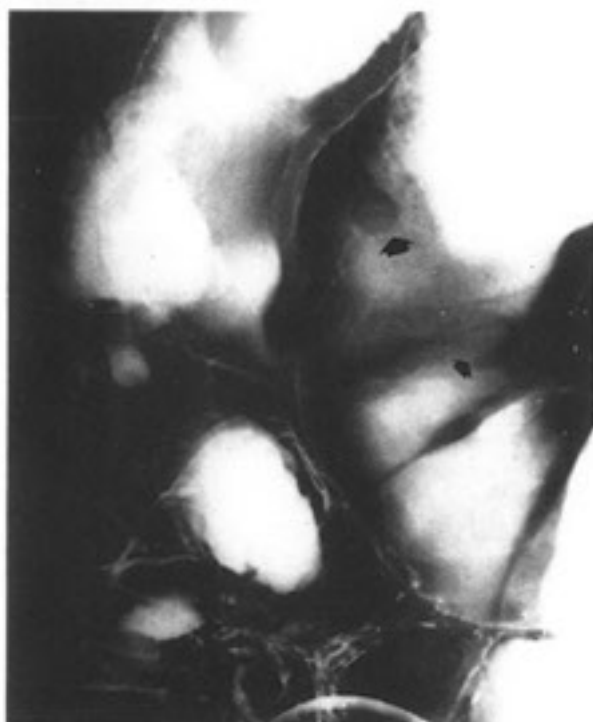


Fig. 3. a) Asas de intestino delgado dilatadas con defectos de repleción radiotransparentes y redondeados, que corresponde a enterolitos (flechas). b) Estenosis de íleon distal. Enterolito de bordes suaves y ahusados. c) Control tardío con relleno de ciego e íleon terminal que toma apariencia normal, observándose un defecto de repleción nodular con características de pseudopólipo.

A la vista de los hallazgos radiológicos nuestro diagnóstico fue el de enfermedad de Crohn intestinal y como segunda posibilidad el linfoma.

Comentario

La edad del paciente, el cuadro clínico, así como el no tener asociado otro tipo de anomalías congénitas (malrotación, etc.) hacen probable que pueda tratarse de un cuadro de estenosis congénita.

Por localización y evolución clínica podría corresponder tanto a un proceso neoplásico como inflamatorio. El aspecto radiológico de la estenosis con bordes ahusados y suaves, mucosa espiculada y alguna zona de nodularidad, así como la afección simétrica de la pared del asa intestinal que muestra la ecografía, sugieren como más probable el origen inflamatorio del mismo. Aunque el origen tuberculoso no se puede descartar, su poca frecuencia hoy en día, el no tener lesiones en otras localizaciones anatómicas (tórax, etc.) la hacen poco probable, quedando de este modo la enfermedad de Crohn como primera posibilidad.

El cuadro de suboclusión intestinal, la aparición de asas dilatadas de intestino delgado, con efecto de asa ciega (enterolitos, etc.) podría sugerir la posibilidad de que se tratase de un divertículo de Meckel que estenosara de forma repetida la luz intestinal por episodios de volvulación. La longitud de la estenosis, así como el aspecto de la misma, lo hacen poco probable. La ausencia de alteraciones de la coagulación descarta la posibilidad de hematoma intestinal no traumático.

La enferma fue intervenida quirúrgicamente, confirmando el diagnóstico de enfermedad de Crohn con afección segmentaria de íleon distal.

Discusión

La enteritis regional o enterocolitis granulomatosa es bien conocida desde 1932 después de la publicación del artículo de Crohn, Gimsburg y Oppenheimer. Aunque originalmente se describió como un proceso que afectaba a íleon terminal, se sabe que cualquier tramo de tracto gastrointestinal, puede resultar afectado desde la boca al ano^{1,2}. Se caracteriza por afectar todo el espesor de la pared intestinal en la cual es prácticamente constante la presencia de granulomas no caseificantes^{1,3}, así como lesiones alternantes. El padecimiento de la enferme-

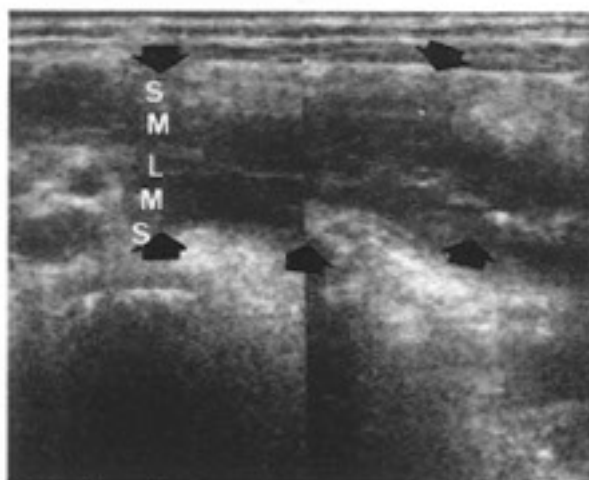


Fig. 4. Corte en fosa ilíaca derecha con imagen en pseudopíloro con pared intestinal engrosada de forma simétrica.