

Yolanda Martínez-Criado<sup>a,\*</sup>, Beatriz Espín<sup>b</sup>, Ana Millán<sup>a,b</sup>,  
Alejandro Rodríguez<sup>b</sup> y Juan Carlos De Agustín<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Virgen del Rocío,  
Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Gastroenterología Pediátrica,  
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [yoli84mc@hotmail.com](mailto:yoli84mc@hotmail.com)  
(Y. Martínez-Criado).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.04.007

## Seudoobstrucción intestinal crónica

### Chronic intestinal pseudoobstruction

Sr. Director:

La pseudoobstrucción intestinal crónica incluye numerosos cuadros de parálisis intestinal sin obstrucción mecánica. Muchos pueden solucionarse mediante anticolinesterásicos, agonistas de la motilina o decompresión colónica, pero en muchas ocasiones es necesaria una colectomía.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad, con estreñimiento de 7 años, en seguimiento por gastroenterología. Se estudia por distensión abdominal acompañada de vómitos y reflujo intensos y resistentes a todo tratamiento. En el tránsito intestinal (fig. 1) existe dilatación segmentaria idiopática de la segunda porción duodenal, hipoperistáltica, por lo que se le realiza duodenoyunostomía. En el seguimiento, ante la persistencia y agravamiento del estreñimiento, se observa en el enema opaco (fig. 2) hipotonía e hipocontractilidad de dolicocolon, por lo que se inicia tratamiento procinético con eritromicina, manteniendo enemas y laxantes. Ante el agravamiento de los vómitos se realiza nuevo tránsito, observando malfuncionamiento de la anastomosis duodenoyeyunal. Es intervenida nuevamente 2 años después de la primera intervención realizándose gastroyeyunostomía isoperistáltica tras resección de duodenoyunostomía previa, evidenciando ya un colon deslustrado y atónico. El post-operatorio es tórpido, precisando anticolinesterásicos, enemas y laxantes en altas dosis e inefectivos; por lo que se reinterviene a los 21 días: colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea. El post-operatorio transcurre sin incidencias. Es dada el alta al noveno día, con deposiciones normales, tolerando alimentación y sin nuevos episodios de distensión. En el estudio anatomopatológico, de duodeno y colon, se describen hallazgos de miopatía visceral: aumento de infiltrado inflamatorio de plexos mientéricos, predominio de eosinófilos e hipertrofia compensadora de músculo liso.

El síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica (POIC) se caracteriza por cuadros clínicos recidivantes de obstrucción intestinal en ausencia de proceso obstructivo anatómico. Es poco frecuente, pero ocasiona mucha morbilidad, especialmente por la dificultad en el diagnóstico (con una media de retraso de 8 años desde el inicio de los síntomas)<sup>1</sup> y tratamiento. Está causado por la alteración neurológica, muscular o de ambos componentes, de la musculatura lisa de toda víscera regulada por el sistema nervioso autónomo (no intestino exclusivamente)<sup>2</sup>. Puede considerarse la forma más grave de alteración entérica neuromuscular, aunque menos frecuente, que dispepsias funcionales, intestino irritable o vómitos cíclicos<sup>3,4</sup>.

Puede aparecer a cualquier edad. Generalmente son esporádicas, aunque existe alguna forma familiar con herencia autosómica. Esclerodermia, diabetes, enfermedades neurológicas, fármacos anticolinérgicos, hipotiroidismo, infecciones (CMV, herpes zóster y virus de Epstein-Barr), síndromes paraneoplásicos, amiloidosis, enteritis por radiación, entre otras, son causas secundarias en adultos<sup>1,3</sup>. Se considera un proceso primario en caso de que la alteración se limite a la musculatura intestinal, o secundario en caso de ser sistémico.

Los síntomas son muy variables, dependiendo de la causa, localización y extensión de la afectación. Generalmente se agravan con el tiempo, pero suelen ser intermitentes. En función del segmento afectado existe dolor abdominal y distensión (80%), náuseas y vómitos (75%), estreñimiento (40%) y diarrea (20%)<sup>4,5</sup>.

Los hallazgos de la exploración física también varían: caquexia, distensión abdominal, timpanismo a la percusión, o contracciones de las asas intestinales visibles.

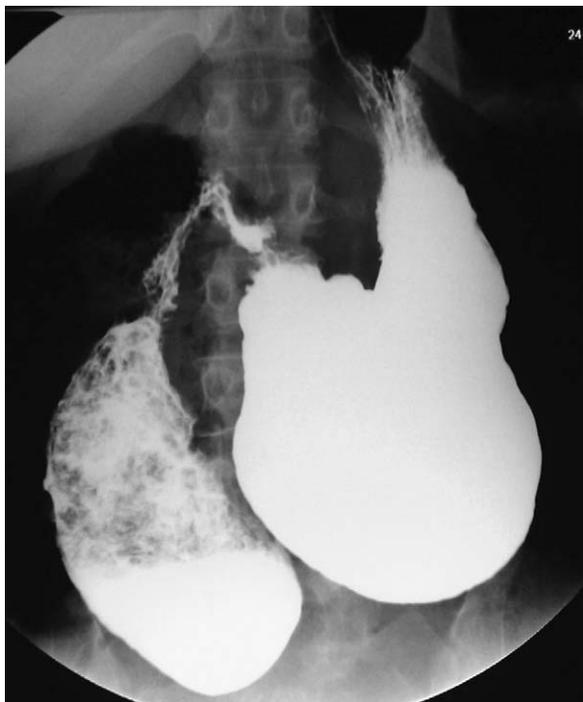
El retraso, la dificultad diagnóstica y la variabilidad de su presentación, hacen imposible conocer datos reales de incidencia o prevalencia, pero en estudios de casos parece ser más frecuente en mujeres que se diagnostican alrededor de la cuarta o quinta década tras una década de síntomas<sup>3,6,7</sup>.

Se suelen considerar 3 criterios diagnósticos en adultos: sospecha diagnóstica, demostración de dilatación de intestino delgado y exclusión de una obstrucción mecánica<sup>3,4</sup>. En los análisis pueden existir datos de malnutrición o malabsorción. La radiografía simple abdominal puede demostrar dilatación de asas, pero se recomiendan estudios baritados, que descarten obstrucción e identifiquen dilataciones e hipomotilidad. La mayoría de las endoscopias y biopsias son normales. Manometría, inmunohistoquímica, hibridación in situ, etc., pueden disminuir los falsos negativos<sup>1,8</sup>.

El tratamiento es multidisciplinario e individualizado, enfocándolo a los síntomas y extensión de la enfermedad, y haciendo hincapié en la nutrición (lo que condiciona el pronóstico de la POIC). En las secundarias, el tratamiento es el de la enfermedad subyacente. En las primarias pueden ayudar corticoides (etiología autoinmune o inflamatoria), procinéticos<sup>9</sup>, antibióticos en ciclos mensuales (tratando la diarrea por sobrecrecimiento bacteriano), pero en los casos más graves son necesarios tratamientos paliativos endoscópicos o quirúrgicos<sup>10</sup>.

El tratamiento quirúrgico debe retrasarse al máximo, reservándose para casos resistentes o complicaciones, siendo posible una gran variedad de intervenciones como resecciones (hasta colectomías casi totales) o derivaciones<sup>6</sup>. Como última alternativa se plantea el trasplante intestinal o la electroestimulación (en gastroparesias).

En las publicaciones revisadas destaca el número de colectomías realizadas para tratar a estos pacientes,



**Figura 1** Imágenes de estudio esófago-gastroduodenal bariado demostrando dilatación de segunda porción duodenal e hipoperistaltismo.



**Figura 2** Enema opaco en el que se demuestra hipoperistaltismo, atonía y ciego desplazado ínfero-medialmente.

seguido por las ileostomías, que reducen la distensión, vómitos y diarrea secundaria a malabsorción. Otras alternativas quirúrgicas, como colectomías parciales o derivaciones,

no se recomiendan, ya que no suelen ser eficaces y pueden agravar la sintomatología obstructiva al producir adherencias<sup>3,6,7</sup>. El megaduodeno es típico de miopatías autosómicas dominantes, y las derivaciones son generalmente la primera intervención, con resultados inmediatos aceptables, pero no definitivos, ya que persiste la clínica. En casos graves, las gastrostomías se utilizan tanto para aliviar síntomas como para alimentación<sup>7</sup>.

La POIC resistente al manejo médico precisa cirugía (colectomía total). Es importante pensar en este diagnóstico en estreñimientos crónicos o clínica intermitente para poder ofrecer una mejora de la calidad de vida.

## Bibliografía

1. Di Lorenzo C. Pseudo-obstruction: current approaches. *Gastroenterology*. 1999;116:980-7.
2. Stanghellini V, Cogliandro RF, De Giorgio R, Barbara G, Morselli-Labate AM, Cogliandro L, et al. Natural history of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults: a single center study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:449-58.
3. Muñoz-Yagüe MT, Solís-Muñoz P, Salces I, Ballestín C, Colina F, Ibarrola C, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction: a diagnosis to be considered. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;10:336-42.
4. De Giorgio R, Sarnelli G, Corinaldesi R, Stanghellini V. Advances in our understanding of the pathology of chronic intestinal pseudo-obstruction. *Gut*. 2004;53:1549-52.
5. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults. *Gut*. 1997;41:675-81.
6. Georgescu EF, Vasile I, Georgescu IC. Intestinal Pseudo-obstruction –a rare condition with heterogeneous etiology and unpredictable outcome. A case report. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008;17:77-80.
7. Contreras J, Burmeister R, Bannura G, Melo C. Seudo-obstrucción intestinal crónica primaria. *Rev Chilena de Cirugía*. 2003;55:560-98.
8. Connor FL, Di Lorenzo C. Chronic intestinal pseudo-obstruction: Assessment and management. *Gastroenterology*. 2006;130:S29-36.
9. Shibata C, Naito H, Funayama Y, Fukushima K, Hashimoto A, Kitayama T, et al. Surgical treatment of chronic intestinal pseudo-obstruction: report of three cases. *Surg Today*. 2003;33:58-61.
10. Antonucci A, Fronzoni L, Cogliandro L, Cogliandro RF, Caputo C, De Giorgio R, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction. *World J Gastroenterol*. 2008;14:2953-61.

María Jesús Ladra González\*, Fernando Amigo Souto y Manuel Bustamante Montalvo

*Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [chusladra@hotmail.com](mailto:chusladra@hotmail.com)  
(M.J. Ladra González).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.05.004