

diagnóstico de la EC se basa en criterios clínicos, analíticos, endoscópicos, radiológicos y anatomopatológicos, así como en la exclusión de aquellas entidades que pueden simular lesiones similares. Un único hallazgo sugestivo no debe hacernos establecer un diagnóstico definitivo, en ausencia del adecuado contexto y sin un apropiado diagnóstico diferencial¹. En el caso que nos ocupa, las consecuencias de un inadecuado diagnóstico fueron importantes.

La amebiasis es una de las enfermedades que también debe entrar en el diagnóstico diferencial de una posible EC² y un diagnóstico de certeza es fundamental, ya que el tratamiento con corticoides es uno de los factores desencadenantes de la invasión extraintestinal. En nuestro paciente, además del absceso hepático, la sospecha clínica y una adecuada anamnesis, incluyendo los contactos «de riesgo», fueron determinantes.

La amebiasis intestinal es una enfermedad parasitaria producida por el protozoo *Entamoeba histolytica*. Aunque en la mayoría de los casos cursa como una infección asintomática, en algunos pacientes puede causar enfermedad intestinal o incluso invasión extraintestinal. Si bien su incidencia en nuestro medio es baja, está aumentando debido a los flujos migratorios desde países con mayor prevalencia³.

Aproximadamente el 90% de los pacientes permanecen asintomáticos. Los principales factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad son las edades extremas de la vida, la malnutrición, el tratamiento con esteroides y la inmunosupresión.

La colitis amebiana normalmente tiene un curso subagudo, con diarrea, dolor abdominal y rectorragia. Ante dicho cuadro, debe realizarse diagnóstico diferencial con otras infecciones como *Shigella*, *Salmonella*, *Sampylobacter* o *Escherichia coli*, así como otras entidades como la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis aguda o la colitis isquémica⁴.

La manifestación extraintestinal más frecuente es el absceso hepático, que cursa habitualmente con fiebre y dolor en hipocondrio derecho. Suele ser único, situado en el lóbulo derecho y su diagnóstico se establece a través de pruebas de imagen: tomografía, resonancia o ecografía. La principal causa de mortalidad asociada al absceso hepático se debe a

su rotura a pericardio o peritoneo. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa (metronidazol) y en ocasiones drenaje, especialmente en aquellos de mayor tamaño, cercano a 10 cm, o en los del lóbulo hepático izquierdo⁵.

Bibliografía

1. Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* (London, England). 2017;389(10080):1741–55.
2. Gece KB, Vermeire S. Differential diagnosis of inflammatory bowel disease: Imitations and complications. *lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;3:53–644.
3. Kantor M, Abrantes A, Estevez A, Schiller A, Torrent J, Gascon J, et al. *Entamoeba histolytica*: Updates in clinical manifestation pathogenesis, and vaccine development. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018;2018.
4. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri W. Amebiasis. *N Eng J Med*. 2003;348:1565–73, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr022710>.
5. Ghosh JK, Goyal SK, Behera MK, Tripathi MK, Dixit VK, Jain AK, et al. Efficacy of aspiration in amebic liver abscess. *Trop Gastroenterol*. 2015;36:251–5.

Diego Casas Deza^{a,*}, Mónica Llorente Barrio^a,
Rosario María Monzón Baez^a, Luis Javier Lamuela Calvo^a,
Marta Gascón Ruiz^b, Ana Isabel Ramos Lisbona^c
y Santiago García López^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegocasas8@gmail.com
(D. Casas Deza).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.03.006>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enfermedad inflamatoria pélvica: una causa inusual de obstrucción intestinal aguda



Pelvic inflammatory disease: An unusual cause of acute intestinal obstruction

Mujer de 24 años, ingresa por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, y vómitos de 48 h de evolución. Asocia flujo vaginal amarillento y maloliente, y fiebre de 38,5 °C. No existen antecedentes médicos ni quirúrgicos previos reseñables y reconoce relaciones sexuales con uso ocasional de anticonceptivos barrera. En la exploración se constata: frecuencia cardíaca 110 lpm y el abdomen doloroso en hipogastrio-fosa ilíaca derecha, con defensa a dicho nivel. En la explora-

ción ginecológica existe dolor a la movilización cervical, con demostración de la secreción maloliente de la que se toma una muestra para cultivo. La analítica muestra: hemoglobina 13 g/dl; volumen corpuscular normal, leucocitos 16.000/mm³ (80% neutrófilos), plaquetas 378.000/mm³, proteína C reactiva 55 mg/dl; sedimento urinario y test de embarazo en orina, negativos. La radiografía simple de abdomen evidencia una dilatación generalizada del intestino delgado. Se realiza una ecografía abdominopélvica y vaginal que revela una lesión quística de contenido heterogéneo en el ovario derecho de 8 × 3 cm, indicativo de absceso ovárico y líquido libre en el saco de Douglas. Con la sospecha de una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) complicada, la paciente es intervenida de forma urgente por Ginecología y Cirugía General mediante laparoscopia exploradora, con el hallazgo intraoperatorio de salpingitis y

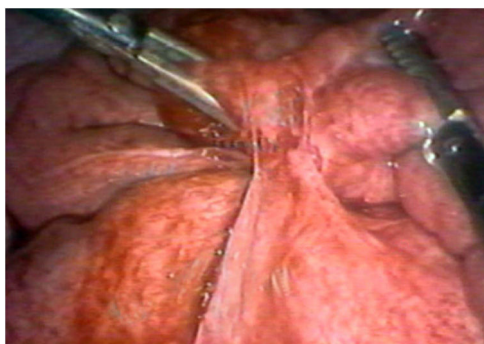


Figura 1 Visión quirúrgica durante laparotomía. Se observa la formación temprana de una adherencia entre el omento y el intestino delgado.

gran absceso tuboovárico derecho de 10 cm, con formación de adherencias fibróticas hacia la pared intestinal de ileon (fig. 1). Mediante cirugía abierta, se realiza una salpingectomía derecha, drenaje del absceso, y resección ileal de unos 15 cm, con liberación de adherencias a nivel pélvico. Se completa el tratamiento con antibioterapia de amplio espectro (ertapenem por vía intravenosa). Los resultados microbiológicos del flujo vaginal y de la muestra intraoperatoria fueron positivos para *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) y *Neisseria gonorrhoeae*, confirmándose el diagnóstico de una EPI complicada con un absceso tuboovárico y obstrucción intestinal secundaria a adherencias abdominopélvicas. La paciente es dada de alta a los 10 días con amoxicilina-clavulánico y metronidazol.

La EPI es una infección del tracto genital superior femenino observada principalmente en mujeres sexualmente activas. En la mayoría de las ocasiones, la afectación es leve, con síntomas consistentes en dolor pélvico, pero un 25% de los casos se complican con la formación de abscesos tuboováricos, implicación de órganos pélvicos vecinos y, en las formas más graves, diseminación intraabdominal de la infección^{1,2}.

La EPI como causa de obstrucción intestinal aguda supone un hallazgo inusual. La mayor parte de los casos están relacionados con la formación de adherencias en el contexto del proceso infeccioso, aunque ha sido descrita por la presencia exclusiva de la bacteria *C. trachomatis*¹⁻⁴. Se considera que los microorganismos implicados en la patogenia de esta enfermedad de transmisión sexual pueden diseminarse directamente desde las trompas de Falopio al peritoneo, por vía linfática o hemática, o mediante procedimientos diagnósticos.

La enfermedad de las adhesiones es conocida y está aceptado que suelen aparecer 5-7 días tras el daño peritoneal y progresivamente organizarse como tejido fibroso. No es infrecuente que las pacientes con EPI puedan formar adherencias responsables de dolor abdominal crónico, pero la complicación aguda como una obstrucción intestinal completa por el desarrollo de adherencias tempranas, como nuestro caso, constituye un hallazgo poco común⁴.

Generalmente, aunque no siempre, la obstrucción intestinal se ha descrito en formas graves de EPI con desarrollo de salpingitis o abscesos tuboováricos. Así, la complicación obstructiva debería sospecharse en cualquier paciente con una EPI, asociada o no a salpingitis o abscesos tuboováricos,

que comienza con dolor abdominal difuso o vómitos, sobre todo en mujeres donde no existe otro antecedente conocido que pudiera justificarlo^{2,4}.

Los hallazgos ecográficos o radiológicos más específicos de una EPI incluyen la presencia de cervicitis, endometritis, salpingitis, ooforitis o abscesos tuboováricos. Sin embargo, para el diagnóstico de obstrucción intestinal asociada a una EPI suele ser necesario una laparotomía exploradora, y solo en una minoría de los casos, como el descrito, los hallazgos radiológicos son suficientes para orientar el diagnóstico de obstrucción⁵. La cirugía urgente se convierte además en la modalidad terapéutica de elección en las formas complicadas.

En conclusión, aunque infrecuente, la obstrucción aguda intestinal asociada a una EPI debe valorarse en pacientes con dolor abdominal y vómitos, sobre todo cuando no existe otra causa evidente. La laparotomía precoz está indicada en casos de EPI complicada como modalidad diagnóstica y terapéutica.

Conflicto de intereses

Alicia Martín-Lagos Maldonado, Tania Gallart Aragón, María del Carmen Porcel Marin: no existen.

Bibliografía

1. Pines G, Klein Y, Ben-Arie A, Machlenkin S, et Kashtan H. Small bowel obstruction due to tubo-ovarian abscess. *IMAJ*. 2008;10:481-2. PMID: 18669155.
2. Abul-Khoudoud O, Khabbaz AY, Carnicero CH, Farha MJ. Mechanical partial small bowel obstruction in a patient with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2001;11:111-4. <http://dx.doi.org/10.1089/109264201750162437>.
3. Harel Z, Tracy et FT, Bussey GJ. Small bowel obstruction in an adolescent with pelvic inflammatory disease due to *Chlamydia trachomatis*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16:125-8. PMID: 12804934.
4. Haumann A, Ongaro S, Detry O, Meunier P, Meurisse M. Acute pelvic inflammatory disease as a rare cause of acute small bowel obstruction. *Acta Chir Belg*. 2018;21:1-3. [10.1080/00015458.2018.1453438](https://doi.org/10.1080/00015458.2018.1453438).
5. Revzin MV, Mathur M, Dave HB, Spektor M. Pelvic inflammatory disease: Multimodality imaging approach with clinical-pathologic correlation. *Radiographics*. 2016;36:1579-96.

Alicia Martín-Lagos Maldonado^{a,*}, Tania Gallart Aragón^b y María del Carmen Porcel Marin^c

^a Aparato Digestivo, Hospital San Cecilio, Granada, España

^b Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital San Cecilio, Granada, España

^c Ginecología y Obstetricia, Hospital San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciamartin-lagos@hotmail.com (A. Martín-Lagos Maldonado).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.01.009>
0210-5705/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U.