

Diagnóstico a primera vista

## Paciente con obstrucción intestinal y enteritis eosinofílica

### Patient with intestinal obstruction and eosinophilic enteritis

Ana Gemma Blanco Cabañero<sup>a</sup>, Ignacio Marañes Antoñanzas<sup>b,\*</sup>, Julián Solís García del Pozo<sup>b</sup> y Antonio Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete, España

<sup>b</sup> Medicina Interna, Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España

#### Caso clínico

Mujer de 56 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad y diarrea crónica no filiada. Seguía tratamiento con olmesartán, antiagregación, omeprazol, metformina e insulina garglina. Ingresa en planta procedente de urgencias por dolor abdominal difuso de inicio súbito y vómitos en las últimas 12 h. En la exploración física destaca dolor abdominal difuso a la palpación profunda con defensa. En las exploraciones complementarias se comprobó la presencia de 24.020 leucocitos/mm<sup>3</sup>, con 86% de neutrófilos y sin eosinofilia en sangre periférica. La bioquímica sanguínea mostraba glucemia 134 mg/dl, urea 52 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, sodio 132 mEq/l, LDH 530 mg/dl. Se realizó una TC abdominal (figs. 1 y 2) en la que se informaba la presencia de engrosamiento y edema de pared de íleon distal junto con líquido libre entre asas y adenopatías adyacentes. También se comprobó la dilatación de todo el intestino proximal a la estenosis inflamatoria hasta duodeno. Se podía observar el «signo del halo» (edema de pared y captación de contraste) en íleon terminal (fig. 2). No había neumoperitoneo, salvo burbuja de aire adyacente a la pared de íleon a nivel de la válvula ileocecal, compatible con microperforación.

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica de urgencias; en la intervención se halla abundante líquido libre de aspecto seroso y a unos 15-20 cm de la válvula ileocecal una zona inflamatoria versus tumoral. Se realizó una resección de 10 cm de íleon distal y anastomosis termino-terminal, remitiéndose la muestra quirúrgica al laboratorio de anatomía patológica. El resultado de anatomía patológica fue diagnóstico.

#### Evolución y comentarios

La evolución clínica en planta fue favorable tras la intervención, pudiéndose remitir a la paciente a su domicilio en 10 días.

El resultado de la anatomía patológica queda ilustrado en las figuras 3 y 4. En la primera de ellas aparece una infiltración de



Figura 1. Engrosamiento de la pared del íleon terminal.

la pared intestinal por eosinófilos. El la figura 4 se comprueba la infestación por *Enterobius vermicularis* (*E. vermicularis*) en el intestino (flecha), por lo que el diagnóstico patológico fue el de enteritis eosinofílica secundaria a parásito.

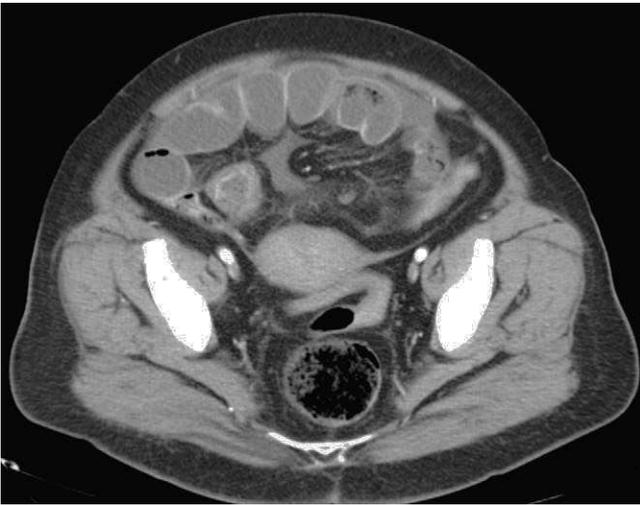
La evolución tras el alta de la paciente fue muy buena.

#### Comentario final

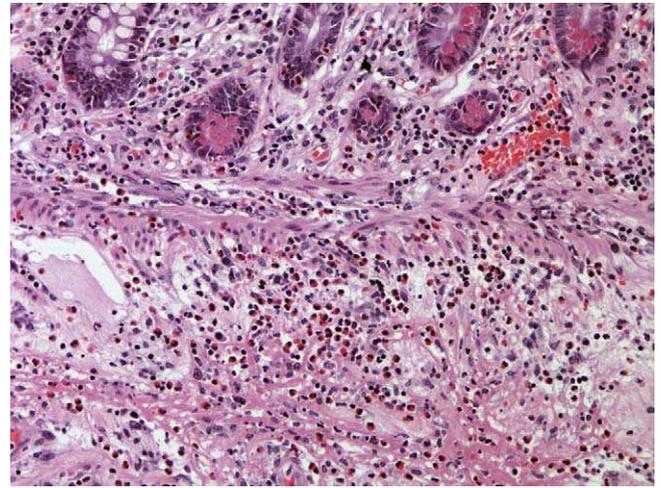
Se trata de un caso de infestación intestinal por *Enterobius vermicularis* con una presentación inusual. La infestación por este parásito es probablemente una de las infestaciones por nematodos intestinales más frecuentes en el mundo desarrollado<sup>1,2</sup>. Los *Enterobius* adultos suelen medir alrededor de 1 cm, suelen habitar

\* Autor para correspondencia.

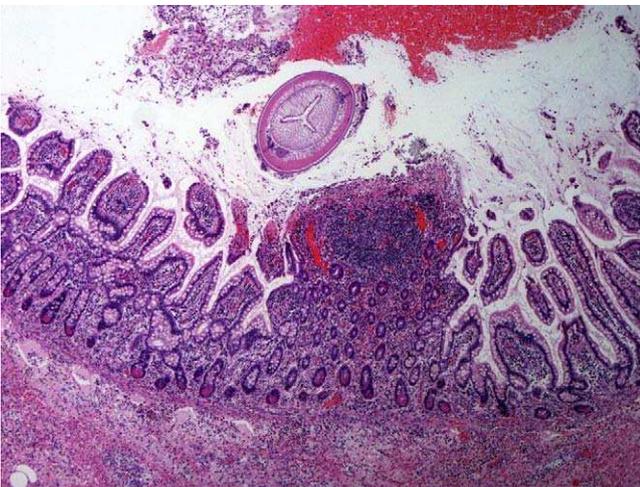
Correo electrónico: imarant@hotmail.com (I. Marañes Antoñanzas).



**Figura 2.** Signo del «halo».



**Figura 4.** Infiltrado inflamatorio de pared intestinal.



**Figura 3.** Histología de pared intestinal con oxiuro en su luz.

en el ciego y en la mayoría de los casos no producen síntomas. Cuando los producen, el más frecuente es el prurito anal debido a la migración nocturna de las hembras a la zona perianal para depositar huevos. Muy raramente produce manifestaciones más graves, como pérdida de peso, infección urinaria e incluso apendicitis<sup>2</sup>.

Por otra parte, pensamos que los síntomas de la paciente han podido estar ocasionados por la importante infiltración inflamatoria por eosinófilos de la pared intestinal. La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad infrecuente que cursa con una infiltración eosinofílica de la pared intestinal y que, en ocasiones raras, puede cursar con episodios de dolor abdominal agudo en crisis e incluso cuadros de abdomen agudo por obstrucción intestinal que precisa de tratamiento quirúrgico para su resolución<sup>3,4</sup>. Aparte de la forma idiopática, puede haber también formas asociadas a efectos adversos de fármacos, reacciones alérgicas, neoplasias y asociadas a parasitosis intestinales como las debidas a oxiuros (*E. vermicularis*) y anisakis. Este sería el caso de nuestra paciente que justificaría la presentación tan atípica de esta infestación.

#### Bibliografía

1. Weller PF, Nutman TB. Nematodos intestinales. En: Harrison. Principios de Medicina Interna [edición en español]. 17.<sup>a</sup> ed. México DF: McGraw Hill; 2009.
2. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Phisician.* 2004;69:1161–8.
3. Yun MY, Cho YU, Park IS, Choi SK, Kim SJ, Shin SH, et al. Eosinophilic gastroenteritis presenting as small bowel obstruction: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:1758–60.
4. Charalabopoulos A, Charalabopoulos K, Avuzuklidou M, Charalabopoulos AK, Ioachim E, Lebrén F, et al. Eosinophilic gastroenteritis: presentatios of two patients with unusual affect of terminal ileum and caecum with manifestations of acute abdomen and literatura review. *Int J Clin Pract.* 2004;58:413–6.