

Una causa infrecuente de suboclusión intestinal en una paciente con artritis reumatoide

Elisabet García Casares^a, Xavier Tena Marsà^a, Dolors López Álvarez^b y Joan Janer Torné^c

^aServicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

^cServicio de Cirugía General. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

Caso clínico

Mujer de 76 años que consultó por presentar suboclusión intestinal recurrente en los últimos 2 meses. Recibía tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) debido a una artritis reumatoide de larga evolución. El abdomen era difusamente doloroso, con peristaltismo disminuido. La analítica y un estudio digestivo completo con radiografía abdominal, fibrogastroscoopia, fibrocolonoscopia, ecografía y tomografía computarizada fueron normales. El tránsito esofagogastrointestinal demostró una estenosis del intestino delgado (fig. 1).

Evolución

La laparotomía exploradora confirmó una estenosis del yeyuno distal, y se practicó resección parcial. El estudio anatomopatológico demostró una estenosis de la luz, ulceración de la mucosa, fibrosis concéntrica de la submucosa, importante infiltrado inflamatorio y abundante fibrina, todo ello característico de una estenosis en diafragma (fig. 2). No se demostró amiloide.

Diagnóstico

Estenosis en diafragma de yeyuno distal secundaria a AINE.



Figura 1. Tránsito baritado esofagogastrointestinal: estenosis del yeyuno distal (flecha).

Discusión

La prevalencia de gastropatía por AINE es elevada, pero la enteropatía afecta a cualquier tramo gastrointestinal¹. Las complicaciones descritas han sido anemia por sangrado intestinal, mala absorción, disfunción ileal y estenosis intestinal en diafragma, lesión patognomónica por AINE. La elevada concentración intraluminal del fármaco aumentaría la permeabilidad de la mucosa intestinal y después un infiltrado inflamatorio neutrofílico, formación de una úlcera y su perforación,

Correspondencia: Dra. E. García Casares
Sección de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Carretera del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.
Correo electrónico: 37710egc@comb.es

Manuscrito recibido el 3-4-2006 y aceptado el 8-1-2007.

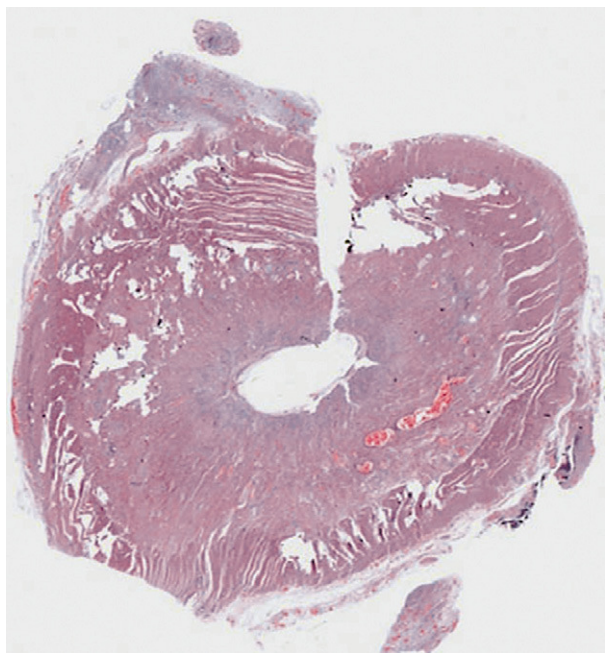


Figura 2. Sección transversal de yeyuno distal vista al microscopio óptico; oclusión concéntrica parcial (en diafragma) de la luz intestinal.

y el proceso final de reparación originaría una cicatriz causante de la estenosis en diafragma². Los AINE con circulación enterohepática, especialmente diclofenaco, tienen mayor toxicidad intestinal, no así el ácido acetilsalicílico, por su absorción fundamentalmente gástrica y duodenal. Los coxib podrían tener menor toxicidad

debido a la función protectora de las prostaglandinas³. Un 60-70% de los pacientes en tratamiento crónico con AINE desarrollan enteropatía asintomática⁴ así como un 70% de los voluntarios sanos después de 2 semanas de tomar diclofenaco⁵. Debe sospecharse esta complicación ante todo enfermo tratado con AINE de forma crónica que presente diarrea, dolor abdominal con síntomas suboclusivos, pérdida de peso, anemia ferropénica o síntomas de mala absorción. La prueba diagnóstica de elección es el tránsito esofagogastrointestinal, aunque recientemente se utiliza una nueva técnica con videocápsula⁶. El tratamiento consiste en la resección intestinal.

La enteropatía por AINE es una complicación infrecuente pero prevalente, debido a que puede cursar sin síntomas y pasar inadvertida al clínico.

Bibliografía

1. Thiéflin G, Beaugerie L. Toxic effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on the small bowel, colon and rectum. *Joint Bone Spine*. 2005;72:286-94.
2. Abrahamian GA, Polhamus CD, Muskat P, Karuff RE. Diaphragm-like ileal structures and NSAID use: a rare complication. *South Med J*. 1998;91:395-7.
3. Sigthorsson G, Simpson RJ, Walley M, Anthony A, FASTER R, Hotz-Behofstiz C, et al. COX-1 and 2, intestinal integrity and pathogenesis of NSAID-enteropathy in mice. *Gastroenterology*. 2002;122:1913-23.
4. Bjarnason I, Hayllar J, Macpherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology*. 1993;104:1832-47.
5. Maiden L, Thjodleifsson B, Theodors A, González J, Bjarnason I. A quantitative analysis of NSAID-induced small bowel pathology by capsule enteroscopy. *Gastroenterology*. 2005;128:1172-8.
6. Cave DR. Wireless video capsule endoscopy. *Clin Persp Gastroenterol*. 2002;5:203-7.
7. Allison MC, Howatson AG, Torrance CJ, Lee FD, Russell RI. Gastrointestinal damage associated with the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1992;327:749-54.