

# Pseudoobstrucción intestinal crónica

Alonso Moralejo R, Ruiz Ramos RM, Vicente O

Centro de Salud El Abajón. Las Rozas (Madrid)

El síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica se caracteriza por cuadros obstructivos intestinales de repetición a consecuencia de una alteración de la motilidad intestinal por afectación de estructuras musculares o neurológicas de la pared intestinal. La afectación de estos componentes puede ser primaria o, más frecuentemente, secundaria a procesos sistémicos como hipotiroidismo.

Clínicamente se puede manifestar con formas más graves o leves, en función de la localización y la extensión de la lesión; pero suele ser un cuadro difícil de diagnosticar y en el que los pacientes se ven intervenidos quirúrgicamente de forma innecesaria, ya que se trata de una patología cuyo tratamiento va dirigido sobre todo a los síntomas con medidas higiénico-dietéticas y fármacos; sólo los casos más graves precisarán de técnicas endoscópicas y/o quirúrgicas.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina (100 mcg diarios), con función tiroidea normalizada (tiroiditis crónica autoinmune-enfermedad de Hashimoto). Presenta cuadros de repetición de dolor abdominal difuso, distensión abdominal y estreñimiento, que han precisado valoración en servicio de urgencias. Ha sido diagnosticada de pseudoobstrucción intestinal resuelta con tratamiento conservador (dieta absoluta, analgesia y sueroterapia). En la exploración física destaca un abdomen distendido con aumento global de ruidos hidroaéreos, en el que no se palpan masas ni megalias.

Se descarta la presencia de tumor a través de técnicas de imagen (radiografía de abdomen simple,

tránsito gastrointestinal (ayuda a determinar el nivel de la obstrucción), TAC abdominopélvico y endoscopia), que resultan normales. En fumadores se deben descartar procesos malignos intratorácicos, por lo que serán precisos radiografía y TAC torácico. Se debe descartar mieloma múltiple a través de proteinograma y espectro electroforético en sangre y orina. En pacientes con síndrome paraneoplásico se pueden detectar anticuerpos antineuronales.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se descarta la presencia de malabsorción: ausencia de antecedentes familiares, analítica con función tiroidea normal, serologías normales (citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus herpes simple y rotavirus, *Tripamosoma cruzi* en casos donde predomine la disfagia y el origen del paciente sea Hispanoamérica), ausencia de déficit nutricional (no anemia, no hipoalbuminemia, ácido fólico y B12 normales) y anticuerpos antitransglutaminasa negativos. Los tests del hidrógeno espirado con glucosa, lactulosa y D-xilosa pueden ser utilizados para detectar un sobrecrecimiento bacteriano.

También hay que descartar otras enfermedades sistémicas: hipotiroidismo, esclerodermia...

Otras posibles causas tienen que ver con el empleo concomitante de fármacos enlentecedores del tránsito gastrointestinal, como los opioides.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma, bioquímica, coagulación y sedimento urinario normales.
- Radiografía baritada sin hallazgos de interés.
- Colonoscopia: ausencia de lustración.

## DERIVACIÓN A APARATO DIGESTIVO

- TAC abdómino-pélvico: dolico colon con restos fecaloideos.
- RMN, EMG normal.
- Manometría anorrectal: relajación esfinteriana defectuosa.
- Biopsia: melanosis coli, displasia intestinal neuronal.

## ESTUDIO EXTRAINTestinal:

- Urológico: ecografía urológica y estudio urodinámico.
- Cardiológico: ECG, Holter.

- Neurológico: TAC, RMN, EEG.
- Muscular: EMG.

## JUICIO DIAGNÓSTICO

Displasia intestinal neuronal.

## CONCLUSIONES

La pseudobstrucción crónica es un proceso poco prevalente en las consultas de atención primaria, pero que se debe sospechar en pacientes jóvenes hiperfrecuentadores ante cuadros de estreñimiento persistente con dolor abdominal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz MT, Solís Herruzo JA. Pseudoobstrucción intestinal crónica. Rev Esp Enferm Dig [periódico en la Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Dic 15] ; 99(2):100111. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082007000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000200008&lng=es&nrm=iso).
2. Seo JK. Intestinal neuronal dysplasia. Korean J Gastroenterol 2007;50:145-56.
3. Ryan DP. Neuronal intestinal dysplasia. Semin Pediatr Surg 1995;4:22-5.

4. Meier-Ruge WA, Ammann K, Bruder E, Holschneider AM, Schärli AF, Schmittenebecher PP, Stoss F. Updated results on intestinal neuronal dysplasia (IND B). Eur J Pediatr Surg 2004;14:384-91.
5. Information from your family doctor. Hirschsprung's disease: what you should know. American Academy of Family Physicians. Am Fam Physician 2006;74:1327-8. Kessmann J. Hirschsprung's disease: diagnosis and management. Am Fam Physician 2006;74:1319-22.