

ENTEROLITIASIS PRIMARIA RECURRENTE IDIOPÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RECURRENT PRIMARY ENTEROLITHIASIS WITH NO APPARENT CAUSE. PRESENTATION OF A CASE

ENTEROLITÍASE PRIMÁRIA RECORRENTE SEM CAUSA APARENTE. APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Martin Gallardo^{1,2}, Felipe Higuera^{1,3}, Fanny Rodríguez Santos^{1,4}.

La enterolitiasis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Su etiología puede ser primaria o secundaria, según el sitio de formación de los litos. Se presentan clínicamente de manera inespecífica y su resolución es habitualmente quirúrgica.

Se presenta un caso de una paciente de 45 años que presentó dos episodios, separados por un año, de obstrucción intestinal por enterolitos de causa desconocida. La recurrencia de esta patología, sin causa de base aparente, es lo que hace interesante esta publicación.

Conceptos clave:

A) Qué se sabe sobre el tema:

Es un cuadro poco frecuente, con una prevalencia de entre 0.3 – 10%. Existen causas primarias y secundarias que dan origen a esta patología, siendo estas últimas las más frecuentes. Su resolución es quirúrgica.

Solo existe un solo caso reportado similar al nuestro en donde no se pudo dilucidar la causa del origen del enterolito a pesar del estudio exhaustivo de los pacientes.

B) Qué aporta este trabajo:

El caso presentado resulta interesante debido a la recurrencia del cuadro y la ausencia de patología de base que lo explique, a pesar de haber estudiado exhaustivamente a la paciente. Además, en contraste con la mayoría de los casos reportados, el abordaje realizado fue laparoscópico en ambas oportunidades, generando la posibilidad de una mejor estrategia terapéutica.

1- Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires.

2- ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6471-0886>. E-mail de contacto: martin1.gallardo@hospitalitaliano.org.ar

3- ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1292-0720>

4-ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6274-234X>

Resumen:

Introducción: La enterolitiasis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Su etiología puede ser primaria o secundaria, según el sitio de formación de los litos. Se presentan clínicamente de manera inespecífica y su resolución es habitualmente quirúrgica.

Se presenta un caso de una paciente de 45 años que presentó dos episodios, separados por un año, de obstrucción intestinal por enterolitos de causa desconocida. La recurrencia de esta patología, sin causa de base aparente, es lo que hace interesante esta publicación.

Materiales y métodos: Artículo de tipo caso clínico. Se obtuvieron los datos de manera retrospectiva a partir de la historia clínica del paciente bajo normas del comité de ética.

Palabras clave: litiasis, intestino delgado, cirugía.

Abstract:

Introduction: Enterolithiasis is a rare cause of intestinal obstruction. It occurs with a low frequency and its etiology can be primary or secondary. They present nonspecifically clinically and their resolution is usually surgical.

We present a case of a 45-year-old patient who presented two episodes, one year apart, of intestinal obstruction due to enteroliths of unknown cause. The recurrence of this pathology, for no apparent reason, is what makes this publication interesting.

Materials and methods: Clinical case type article. The data were obtained retrospectively from the patient's medical history under the rules of the ethics committee.

Keywords: lithiasis, small intestine, surgery.

Resumo

A enterolitíase é uma causa rara de obstrução intestinal. Ocorre com baixa frequência e sua etiologia pode ser primária ou secundária. Apresentam-se clinicamente de forma inespecífica e sua resolução geralmente é cirúrgica.

Apresentamos o caso de uma paciente de 45 anos que apresentou dois episódios, com intervalo de um ano, de obstrução intestinal por enterólitos de causa desconhecida. A recorrência dessa patologia, sem motivo aparente, é o que torna esta publicação interessante.

Materiais e métodos: Artigo do tipo de caso clínico. Os dados foram obtidos retrospectivamente a partir do histórico médico do paciente, de acordo com os padrões do comitê de ética.

Palavras-chave: litíase, intestino delgado, cirurgia.

Recibido: 2020-11-09 Aceptado: 2021-03-27

DOI: <http://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.30860>



© Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

La enterolitiasis es la presencia de litos dentro de la luz intestinal. Se la clasifica en primaria y secundaria.

La enterolitiasis primaria (EP) se asocia a la presencia de zonas de estasis del tránsito intestinal secundarias a enfermedad diverticular, entero anastomosis previas, asas ciegas, estenosis secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal. La EP puede subdividirse a su vez en dos subtipos: "verdadera" (Constituida por colesterol, fosfato de calcio, oxalato de calcio y carbonato de calcio) y "falsa" (bezoars, compuestos insolubles como tiza o sulfato de bario).

La enterolitiasis secundaria puede ser causada por cálculos biliares o renales que han migrado a la luz intestinal a través de una fistula.

La presentación clínica es inespecífica, pero habitualmente incluye dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos, todos síntomas relacionados a la obstrucción intestinal aguda. A su vez, es posible que se presente como hemorragia digestiva o cuadro de perforación intestinal.

Presentamos el caso de una paciente de 45 años de edad con oclusión intestinal secundaria a enterolitiasis primaria recurrente idiopática tratada en forma laparoscópica satisfactoriamente.

Materiales y Métodos

El presente artículo es un reporte de caso clínico. Se obtuvieron los datos en forma retrospectiva de la historia clínica electrónica del paciente, preservando la privacidad, según las normas del comité de ética de la institución.

Reporte de caso (Resultados)

Una mujer de 45 años de edad consulta por dolor abdominal progresivo, náuseas y vómitos de 36 horas de evolución. Como antecedentes personales presentaba una anemia en estudio y se había realizado recientemente endoscopias alta

y baja sin hallazgos patológicos. Sus signos vitales eran normales.

Al examen físico presentaba el abdomen distendido, doloroso en forma difusa, sin defensa ni reacción peritoneal. El laboratorio no presentaba alteraciones y se le realizó una ecografía que evidenció distensión de asas de delgado en forma generalizada y una estructura esférica en el cuadrante inferior derecho que impresionaba encontrarse dentro de la luz intestinal. El hígado y la vesícula biliar eran normales. No se evidenció litiasis biliar o renal. La tomografía computada con contraste endovenoso mostró un cálculo laminado de unos 50 mm de diámetro en el yeyuno con otro pequeño cálculo adyacente. Distalmente se apreciaba un corto segmento de yeyuno con disminución de la luz y realce en la pared. Proximalmente al cálculo impactado el intestino se encontraba distendido. No se apreciaban divertículos o litiasis biliar.

Clínicamente se llegó al diagnóstico de oclusión intestinal siendo la causa más probable el hallazgo tomográfico de un cuerpo extraño dentro de la luz yeyunal.

Se realizó una laparoscopia exploradora donde se identificó el segmento de yeyuno afectado por la obstrucción mecánica. Se devanó el intestino delgado desde la válvula ileocecal al ángulo de Treitz sin encontrarse otras anomalías. El asa comprometida se exteriorizó a través de una minilaparotomía de unos 6 cm y el cálculo se identificó por palpación. Se realizó una enterotomía transversal proximal al sitio de obstrucción y se removió el cálculo. La enterotomía se cerró con un surget continuo de prolene 4-0.

La paciente evolucionó favorablemente y se otorgó el alta al quinto día posoperatorio. A los 45 días se encontraba completamente recuperada y se reinsertó laboralmente.

El servicio de gastroenterología continuó con el seguimiento y estudio de la paciente.

Una entero tomografía y endoscopías altas y bajas que fueron realizadas dentro del primer año luego del episodio de obstrucción intestinal arrojaron resultados normales. En la biopsia duodenal se encontró linfocitosis intraepitelial, sin embargo los anticuerpos vinculables a enfermedad celíaca fueron negativos en el análisis de laboratorio.

Luego de cuatro años asintomática, la paciente presentó un segundo episodio de obstrucción intestinal con sintomatología similar al episodio previo.

En la tomografía computada se apreciaba un cálculo dentro de la luz yeyunal en el cuadrante inferior derecho causando la oclusión.

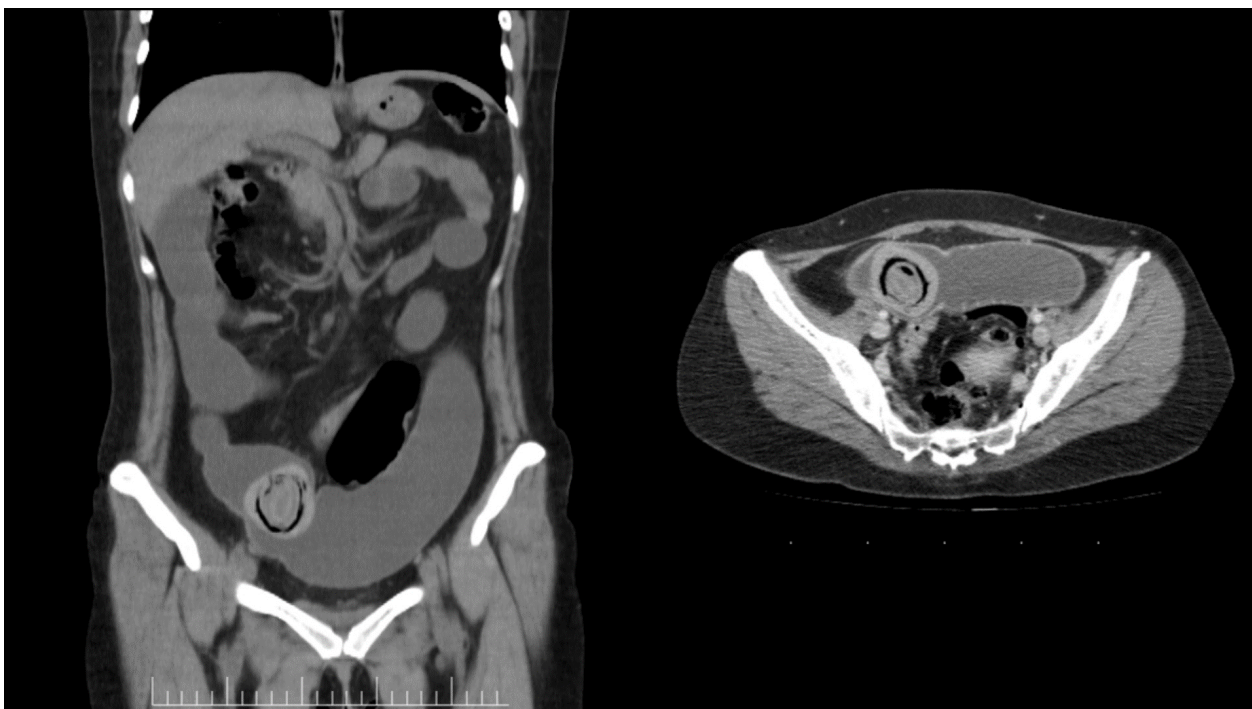


Figura N°1. Tomografía axial computada, con cortes axial y coronal, del primer episodio de obstrucción.

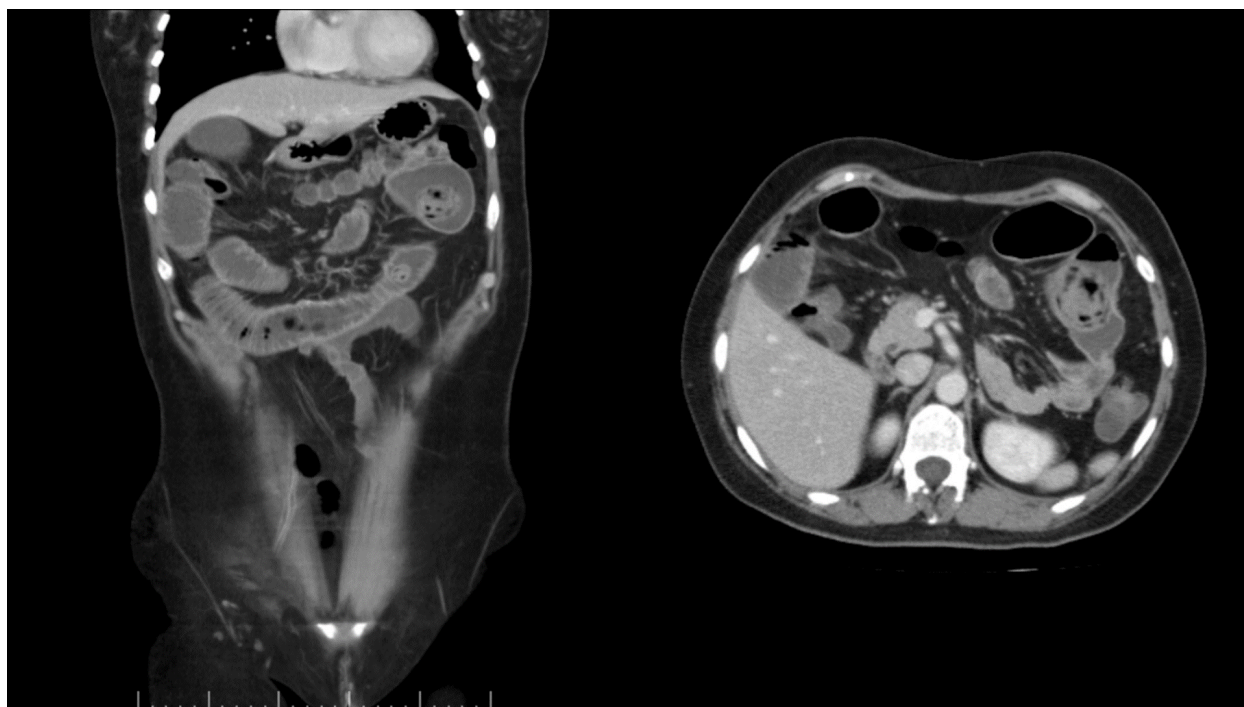


Figura N°2. Tomografía axial computada, cortes axial y coronal del segundo episodio de obstrucción.

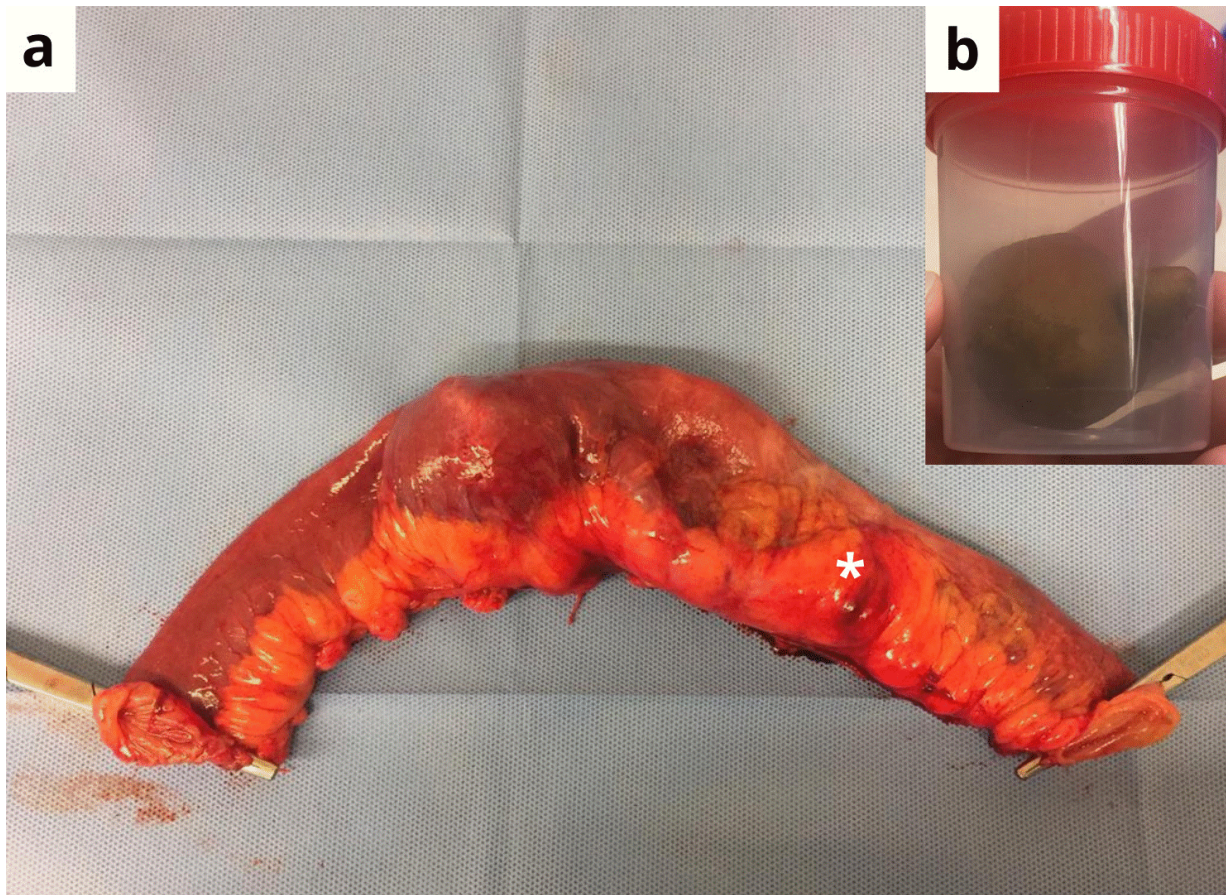


Figura N°3. A) Fotografía de la pieza reseca en el segundo episodio de obstrucción intestinal. B) Fotografía de los enterolitos.

En esta oportunidad, debido a la presencia de estenosis distal a la cicatriz de la enterotomía previa, se realizó una resección de 40 cm de yeyuno y posterior entero entero anastomosis termino terminal. Se sospechó enfermedad de Crohn como posible causa de base. Se abrió la pieza por su borde antimesentérico y se extrajeron dos cálculos amarillentos.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al cuarto día posoperatorio.

El análisis anatomopatológico de la pieza evidenció una estenosis distal a la enterotomía previa con un área de mucosa ulcerada de 4.5 x 1.5 cm aproximadamente. No se encontraron anomalías en la microscopía.

La paciente continúa bajo seguimiento del servicio de Gastroenterología. Se realizaron nuevas endoscopias y una entero resonancia magnética. Todos los estudios fueron normales hasta la fecha.

Discusión

La oclusión intestinal por enterolitiasis es una entidad conocida pero extremadamente rara en nuestro medio. La prevalencia de esta enfermedad en poblaciones seleccionadas varía entre el 0.3 y el 10% dependiendo de la presentación clínica y los factores de riesgo asociados⁽¹⁾.

Realizamos una búsqueda bibliográfica en PubMed usando los términos "Primary Enterolithiasis" AND "Enterolithiasis" y sólo se encontró un caso reportado de enterolitiasis similar al expuesto previamente en este artículo, sin evidencia de enfermedad inflamatoria intestinal, divertículos o estenosis como causa de base⁽²⁾. Es importante remarcar que nuestra

paciente fue correctamente estudiada en múltiples oportunidades con endoscopia alta y baja y que se le realizaron entero tomografía y entero resonancia, siendo todos los estudios normales.

Puede resultar tentador señalar la cicatriz de la enterotomía transversa previa como la causa de retracción y estenosis, y consecuentemente como factor de riesgo subyacente para que se produjera el segundo episodio de oclusión intestinal, sin embargo, esto sería válido si la cicatriz se hubiese encontrado sobre el áreaestenótica. Sin embargo, la enterotomía se había realizado en la manera habitual, en forma transversa, previniendo la formación de una estenosis cicatrizal, y la estenosis descubierta en la segunda cirugía en el asa comprometida es distal a la cicatriz preexistente, como se puede apreciar en la foto⁽¹⁾.

De acuerdo a la búsqueda bibliográfica, hemos encontrado que una anastomosis intestinal previa puede condicionar a que se genere estasis intraluminal y precipitación de sales minerales y colesterol además de sobrecrecimiento bacteriano⁽⁴⁾. No hemos encontrado evidencia que sostenga que una enterotomía previa produzca el mismo efecto⁽⁵⁾.

La presentación clínica es usualmente un síndrome de oclusión intestinal con variables sujetas a la edad, localización del sitio de oclusión, composición química y tamaño del cálculo.

En nuestro caso, en ambas oportunidades, los síntomas que presentó la paciente se encontraban entre los más frecuentes en la literatura siendo los mismos: dolor abdominal, náusea y vómitos. En el análisis de laboratorio de urgencia pueden encontrarse signos de deshidratación o anemia crónica causada por malabsorción⁽⁶⁾.

Diverticulitis, apendicitis, pancreatitis y otras causas de obstrucción intestinal deben ser consideradas como posibles diagnósticos diferenciales. Los cuerpos extraños y la litiasis biliar o renal pueden generar confusión a la hora de llegar al diagnóstico⁽⁷⁾.

Entre los exámenes complementarios, aquellos que utilizan rayos X, como las radiografías simples o la Tomografía computada, pueden detectar cálculos con calcio en su composición⁽⁸⁻⁹⁾.

El examen ecográfico es de utilidad para identificar las causas de enterolitiasis secundaria como litiasis renal o biliar.

Sin embargo, el mejor método diagnóstico continúa siendo la tomografía computada debido a que provee excelente información sobre la localización, tamaño del cálculo y otras características de la oclusión como signos de sufrimiento de asa.

En lo que respecta al tratamiento, la cirugía es la única opción y el abordaje preferido es el laparoscópico debido a que permite evaluar el estado del intestino comprometido e identificar el segmento afectado, haciendo posible realizar una mini laparotomía de unos 6 cm posteriormente, exteriorizar sólo el segmento afectado y realizar una enterotomía transversa o una resección intestinal de acuerdo al caso.

La enterotomía transversa proximal al sitio de oclusión es el tratamiento de elección⁽¹⁻²⁾. Una resección con entero anastomosis debería ser considerada ante la presencia de estenosis, divertículos u otras anomalías segmentarias que predispongan a la formación de nuevos litos.

Limitaciones de responsabilidad:

Los autores asumen total responsabilidad sobre el material publicado en el presente trabajo.

Fuentes de apoyo:

Los autores declaran no poseer ninguna asociación comercial que pudiera generar un conflicto de interés asociado a la publicación de este manuscrito, no habiendo fuentes de financiación externa.

Originalidad:

No ha habido publicación duplicada o envío en otro lugar y el manuscrito no está siendo considerado por otra revista. Además, la información contenida en estas páginas no ha sido publicada electrónicamente.

Contribución de los autores:

Todos los autores han contribuido en forma significativa en el diseño, elaboración, ejecución y redacción de este trabajo, habiendo cumplido los requisitos de autoría y aprobado la versión final del manuscrito que se adjunta. Todos los autores han leído y aceptado los requerimientos mencionados en las normas de publicación.

Cesión de derechos:

Se ceden los derechos de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba y para la traducción al inglés del manuscrito por parte de la RFCM.

Conflicto de interés:

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses personales o económicos, así como tampoco ha recibido apoyo económico.

Bibliografía

1. Gurvits GE, Lan G. Enterolithiasis. *World J Gastroenterol.* 2014 Dec 21;20(47):17819-29. doi: 10.3748/wjg.v20.i47.17819.
2. Shrestha AL, Shrestha P. Recurrent Enterolithiasis Small Bowel Obstruction: A Case Seldom Described. *Case Rep Gastrointest Med.* 2017;2017:4684182. doi: 10.1155/2017/4684182.
3. Mendes Ribeiro HK, Nolan DJ. Enterolithiasis in Crohn's disease. *Abdom Imaging.* 2000 Sep-Oct;25(5):526-9. doi: 10.1007/s002610000085.
4. Lee MC, Bui JT, Knuttinen MG, Gaba RC, Scott Helton W, Owens CA. Enterolith causing afferent loop obstruction: a case report and literature review. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2009 Sep;32(5):1091-6. doi: 10.1007/s00270-009-9561-3.
5. Kia D, Dragstedt LR 2nd. Enterolithiasis associated with side-to-side intestinal anastomosis. *Arch Surg.* 1967 Dec;95(6):898-901. doi: 10.1001/archsurg.1967.01330180046008.
6. Day EA, Marks C. Gallstone ileus. Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am J Surg.* 1975 May;129(5):552-8. doi: 10.1016/0002-9610(75)90315-3.
7. Taylor-Young HS, Morrison MC. Report of a case of intestinal obstruction due to renal calculus. *Br J Surg.* 1959 Jan;46(198):417-8. doi: 10.1002/bjs.18004619825.
8. Paige ML, Ghahremani GG, Brosnan JJ. Laminated radiopaque enteroliths: diagnostic clues to intestinal pathology. *Am J Gastroenterol.* 1987 May;82(5):432-7.
9. Pfahler G, Stamm C. Diagnosis of enteroliths by means of roentgen rays. *Surg Gynecol Obstet.* 1915;21:14-7.