



## P-333 - ENFERMEDAD DE LOS DIAFRAGMAS INTESTINALES: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SUBOCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA Y UN RETO EN EL MANEJO QUIRÚRGICO

*Moreno Teniente, Jorge; Cano Pina, María Belén; García Martínez, María de los Ángeles; Mirón Pozo, Benito*  
*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad diafragmática intestinal (EDI) es una patología muy infrecuente, que se asocia al consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Las manifestaciones clínicas derivadas de las lesiones intestinales producidas son diversas y variables: sangrado, diarrea, enteropatía pierde-proteínas, etc. En estadios avanzados, puede asociarse con la formación de estenosis anulares o 'diafragmas' intestinales que podrían derivar en cuadros obstructivos de repetición, y sus correspondientes complicaciones (perforación, peritonitis). Presentamos el caso de un paciente con EDI de larga duración que precisó tratamiento quirúrgico.

**Caso clínico:** Paciente varón de 72 años, en seguimiento por Medicina Digestiva tras diagnóstico de EDI con componente inflamatorio en 2011, mediante cápsula endoscópica. Clínicamente presentaba malabsorción crónica, anemia y cuadros suboclusivos de repetición. Tras empeoramiento de la frecuencia y duración de los cuadros suboclusivos, se realizó entero-TC con hallazgo de una zona de estenosis en íleon medio, de unos 2 cm, y dilatación retrógrada de asa proximales. Con estos resultados se presentó el caso en Comité de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Ante el empeoramiento clínico del paciente, y la imposibilidad de realizar dilataciones endoscópicas debido a la localización de la lesión, se decidió intervenir quirúrgicamente. Se realizó laparotomía exploratoria, evidenciándose múltiples lesiones de morfología anular, intercaladas en la totalidad de las asas de intestino delgado. Tras identificación de la región estenótica principal, se decide realizar resección segmentaria y anastomosis anisoperistáltica laterolateral manual. La anatomía patológica de la pieza informó de regiones de fibrosis e hipertrofia marcada de la capa muscular de la mucosa, junto con úlceras intraluminales extensas, compatibles con EDI. A los nueve meses del seguimiento, el paciente ha presentado una buena evolución desde el punto de vista abdominal, con mejoría de la clínica previa.

**Discusión:** La EDI es una entidad poco conocida. Sin una patogenia claramente definida, su origen parece estar ligado a una reacción cicatricial de la pared intestinal, secundaria a múltiples ciclos de lesión y reparación. Su variedad de formas de presentación, junto con unos hallazgos generalmente poco perceptibles en pruebas de imagen, hacen que el diagnóstico de esta enfermedad sea difícil si no se sospecha. En la actualidad, no hay un tratamiento establecido. Existe una recomendación fuerte de suspender los tratamientos con AINE, aunque esto no ocasiona la remisión del cuadro. Varias líneas de tratamiento sintomático están descritas dependiendo de las distintas

manifestaciones. En aquellos casos en los que existe un fracaso del tratamiento médico, deberá plantearse el tratamiento quirúrgico, que consiste en una resección completa del segmento afectado. Esto puede no ser viable debido a la extensión y el riesgo de ocasionar un síndrome de intestino corto. Además, se han descrito tasas de recurrencia tras cirugía de hasta el 50%. Es preciso entonces valorar estos pacientes en Comités Multidisciplinares y optar por cirugías más conservadoras que permitan resolver las complicaciones mecánicas sin comprometer problemas malabsortivos.