

Caso	(546) Leiomioma: una causa infrecuente de obstrucción intestinal
Autores	Rafael Emilio Buongermini, María Luisa Sánchez Alegre, Paula Otermin Barrera, Javier Llorente Peris, Silvia Lanzarote Vargas
Centro	Hospital General Universitario Gregorio Marañón

EXPOSICIÓN DEL CASO

mujer de 62 años que acude a urgencias refiriendo dolor epigástrico de varias semanas de evolución en el contexto de tratamiento erradicador de *H. pylori* que ha empeorado en los últimos días y que se acentúa tras la ingesta. Refiere última deposición hace 3 días y niega náuseas o vómitos.

La analítica demuestra elevación de reactantes de fase aguda y en la radiografía de abdomen, se objetiva dilatación de asas de intestino delgado con ausencia de aire colónico, compatible con obstrucción. Se amplía estudio con TC abdominopélvica donde se confirma la obstrucción de intestino delgado secundaria a invaginación de un segmento de íleon proximal.

En el extremo del segmento invaginado se visualiza una lesión ovalada, bien definida, sólida y homogénea, de 9 cm de diámetro máximo, compatible con neoplasia intestinal, sugiriendo la posibilidad de GIST como causa de la invaginación ileoileal, y procediendo a intervenirla quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

El estudio anatomopatológico reveló una tumoración de estirpe muscular lisa, bien diferenciada, compatible con leiomioma.

La obstrucción intestinal es una causa frecuente de consulta en el área de urgencias, representando el 20% de todas las intervenciones quirúrgicas que se manifiestan como dolor abdominal agudo. El intestino delgado está involucrado en el 80% de los casos.

La radiografía abdominal sigue siendo la prueba inicial de elección, siendo diagnóstica en el 50-60% de los casos, con especial sensibilidad en el caso de obstrucciones de alto grado. Algunos hallazgos que indican obstrucción de intestino delgado incluyen la presencia de asas dilatadas con niveles hidroaéreos, ausencia de dilatación o colapso del colon distal y ausencia de gas abdominal (por acumulación de líquido).

En caso de que la radiografía no sea concluyente o cuando no se pueda determinar claramente la gravedad, será preciso realizar una TC con contraste intravenoso, siendo opcional la administración de contraste oral.

La presencia de asas de intestino delgado con un diámetro máximo superior a 2,5 cm, proximales a asas colapsadas, es altamente sugestiva de obstrucción. La TC es útil para determinar el punto de obstrucción y el grado, utilizando criterios como el

porcentaje de dilatación proximal y de colapso distal, así como el paso de contraste a través del punto de obstrucción.

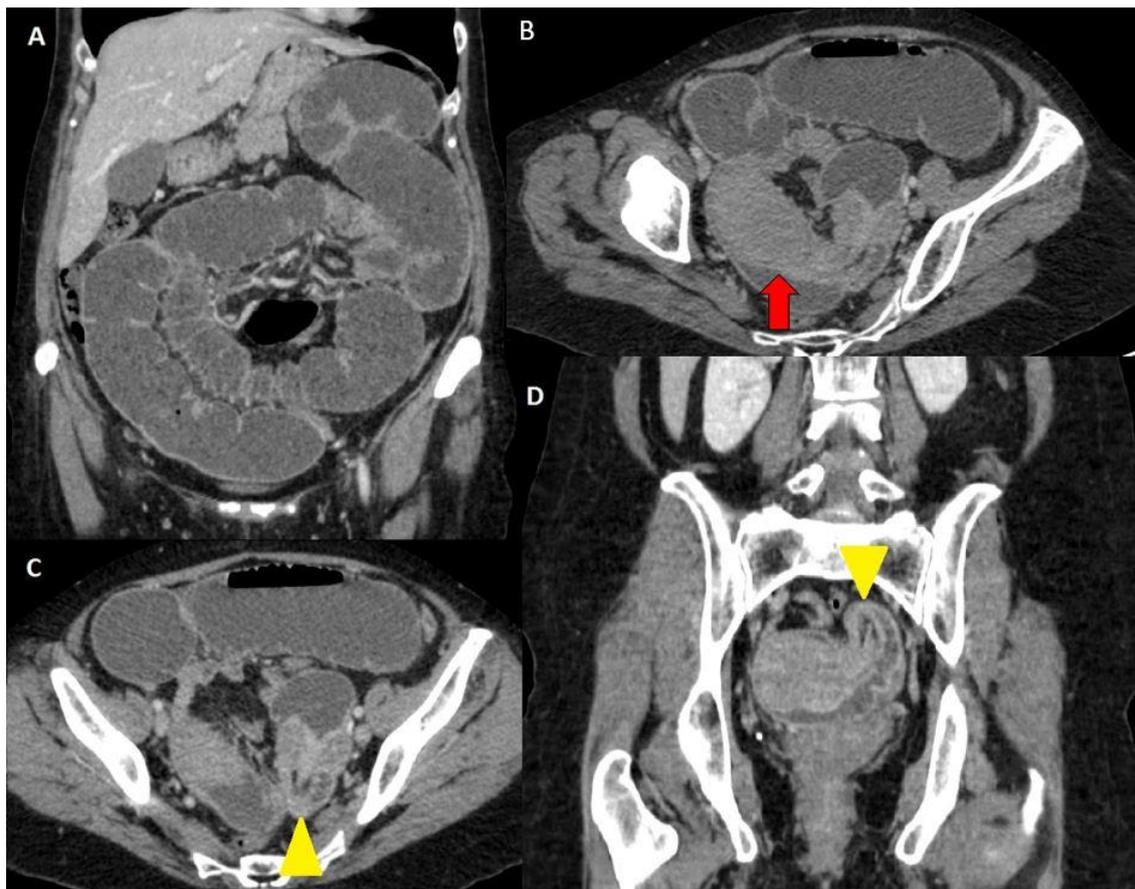
La TC también permite detectar otras complicaciones como isquemia o perforación intestinal.

Las invaginaciones representan el 1-5% de las causas de obstrucción y en la mitad de los casos se asocian a neoplasias. Las etiologías más frecuentes son el lipoma, el pólipo adenomatoso y el divertículo de Meckel, como causas benignas y el adenocarcinoma, el GIST maligno y las metástasis como causas malignas.

Los leiomiomas intestinales son raros y suelen presentarse como masas homogéneas y bien definidas, con patrón de crecimiento endoluminal, pudiendo presentar necrosis o hemorragia. El principal diagnóstico diferencial se plantea con los GIST y los Schwannomas.

CONCLUSIÓN

La obstrucción intestinal es una patología quirúrgica urgente frecuente, lo que implica la necesidad de conocer las patologías que pueden ocasionarla, incluyendo aquellas menos prevalentes. Los leiomiomas de intestino delgado son muy raros, pero sus manifestaciones clínicas pueden no diferir de las de otros tumores que también asientan en esta localización.



A. En esta reconstrucción coronal de TC abdominal realizada en fase portal se identifica dilatación de múltiples asas de intestino delgado, sugestiva de obstrucción. B. La misma está condicionada por una lesión de crecimiento intraluminal localizada en íleon, ovalada, bien definida y homogénea, señalada por la flecha roja. C y D. Se puede apreciar que la lesión se encuentra en un asa de íleon invaginada dentro del segmento inmediatamente distal a la misma. Nótese la grasa mesentérica que acompaña al asa invaginada señalada por las puntas de flecha amarillas.

BIBLIOGRAFÍA

Silva AC, Pimenta M, Guimarães LS. Small bowel obstruction: what to look for. *Radiographics*. 2009;29(2):423-39. doi: 10.1148/rg.292085514.

Kang HC, Menias CO, Gaballah AH, Shroff S, Taggart MW, Garg N, Elsayes KM. Beyond the GIST: mesenchymal tumors of the stomach. *Radiographics*. 2013;33(6):1673-90. doi: 10.1148/rg.336135507.

Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, Theodosopoulos T. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol*. 2009;15(4):407-11. doi: 10.3748/wjg.15.407. PMID: 19152443; PMCID: PMC2653360.

Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg*. 2000;180(1):33-6. doi: 10.1016/s0002-9610(00)00407-4.