

OCLUSIÓN INTESTINAL POR ANILLO DIAFRAGMÁTICO COLÓNICO SECUNDARIO A CONSUMO CRÓNICO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

FEDERICO SULDRUP¹, NICOLÁS R. DELLA NAVE¹, MARÍA FLORENCIA SANCHEZ²,
CAROLINA DIEGO¹, ESTEBAN GONZÁLEZ SALAZAR^{1,3}

¹Servicio de Cirugía General, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Sección de Coloproctología del Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Federico Suldrup, Hospital Italiano de Buenos Aires, Tte. Gral. Juan D. Perón 4190, 1199 Buenos Aires, Argentina

E-mail: federico.suldrup@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 12-VI-2024

Aceptado: 19-VIII-2024

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 61 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico, quien acudió al sistema médico de urgencias por dolor abdominal y una tomografía de abdomen compatible con oclusión colónica. Se realizó laparotomía exploradora seguida de colectomía transversa. La anatomía de la pieza arrojó como resultado un anillo diafragmático colónico secundario al consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos. Esta afección se presenta principalmente en mujeres de edad avanzada expuestas a dicha medicación de forma crónica. La misma es secundaria a ulceración de la mucosa, seguida de inflamación y fibrosis de la submucosa. El abordaje implica, además de la supresión de la medicación, una resección quirúrgica en los casos agudos, o una endoscopia diagnóstico-terapéutica en aquellos casos no complicados.

Palabras clave: anillo diafragmático colónico, abdomen agudo oclusivo, consumo crónico de antiinflamatorios no esteroides

Abstract

Intestinal obstruction caused by colonic diaphragmatic ring secondary to chronic use of non-steroidal anti-inflammatory drugs

The case involves a 61-year-old female patient with a history of systemic lupus erythematosus, who sought

urgent medical attention due to abdominal pain and an abdominal tomography consistent with colonic obstruction. Exploratory laparotomy followed by transverse colectomy was performed. The pathological examination of the specimen revealed a colonic diaphragmatic ring secondary to chronic use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). This condition primarily affects elderly women exposed to chronic NSAID therapy. It results from mucosal ulceration followed by submucosal inflammation and fibrosis. Management involves, in addition to discontinuation of the medication, surgical resection in acute cases, or diagnostic-therapeutic endoscopy in uncomplicated cases.

Key words: colonic diaphragm disease, acute obstructive abdomen, chronic consumption of anti-inflammatory drugs

El anillo diafragmático colónico es una enfermedad poco prevalente que se asocia al consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos. Se ubican principalmente en el intestino delgado por lo que, su aparición en el colon, lo vuelve un evento aún más raro. La sintomatología es poco específica, por lo que el diagnóstico puede ser un hallazgo endoscópico o comenzar con un cuadro oclusivo. Presentamos el caso clínico de una mujer de 61 años que se manifestó

con un abdomen agudo oclusivo que requirió resolución quirúrgica de urgencia.

Caso clínico

Mujer de 61 años que consultó al servicio de urgencias médicas por dolor abdominal de 5 días de evolución, con reagudización del mismo en las últimas 24 horas, localizado en hemiabdomen inferior. Refería náuseas sin vómitos e intolerancia a la vía oral. Al examen físico se constató abdomen blando, doloroso a la palpación en meso e hipogastrio, sin defensa ni reacción peritoneal.

Como antecedente de relevancia, la paciente padecía lupus eritematoso sistémico con nefritis intersticial, medicada con hidroxiclороquina, meprednisona y belimumab. En los últimos 3 años estuvo en tratamiento crónico con analgésicos no esteroideos por dolor corporal generalizado.

Dentro de los estudios complementarios, el laboratorio estaba dentro de los parámetros normales: 9500 glóbulos blancos con fórmula leucocitaria desviada levemente hacia la izquierda, lactacidemia 1.8mmol/L. Se solicitó una tomografía abdominopelvisiana con contraste

endovenoso que evidenció marcada dilatación del marco colónico a predominio de colon transverso y ciego, con sitio de transición y engrosamiento parietal a nivel del ángulo esplénico del colon.

Se decidió conducta quirúrgica por oclusión intestinal. Se realizó laparotomía exploradora en la que evidenció el colon derecho y transverso distendidos, a expensas de un anillo fibroso estenosante en colon transverso distal, próximo al ángulo esplénico. Se realizó colectomía transversa y se abocaron ambos cabos colónicos. Se decidió no anastomosar debido al estado nutricional de la paciente y al consumo de inmunosupresores y corticoides (Fig. 1).

En el postoperatorio, se progresó la dieta con adecuada tolerancia en las primeras 48 horas junto a inicio de tránsito por colostomía. Se otorgó el alta hospitalaria a las 72 horas. Los resultados de la anatomía patológica arrojaron una obliteración fibrosa submucosa y muscular propia, y mucosa con leves cambios reactivos (Fig. 2).

Para la presente publicación, se contó con el consentimiento informado firmado que autoriza la divulgación científica del caso.

Figura 1 | Hallazgo intraoperatorio de sitio de oclusión intestinal, constituido por un anillo fibroso con firmes adherencias al estómago

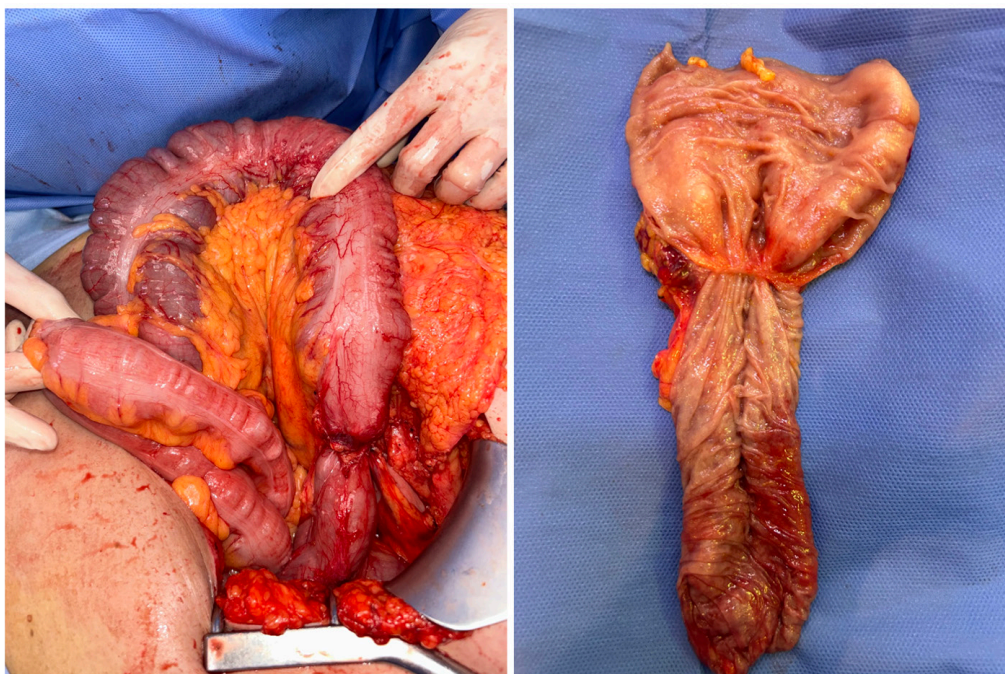
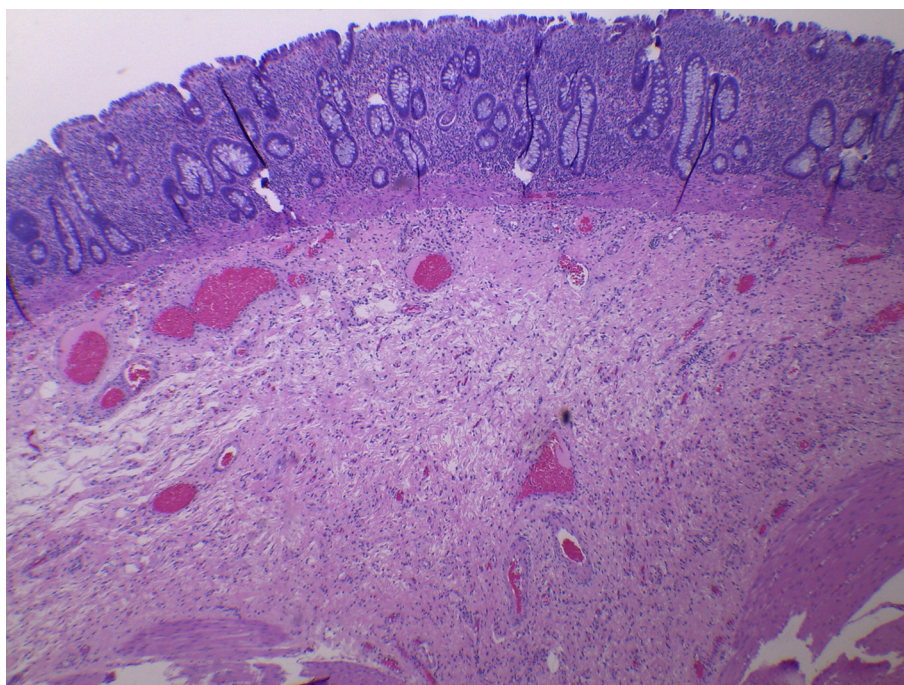


Figura 2 | Corte histológico de pieza quirúrgica coloreado con técnica de hematoxilina-eosina 40x

Discusión

El anillo diafragmático colónico es una enfermedad descrita, por primera vez, por Lang y col. en 1988, como un efecto secundario raro del consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)¹. La incidencia de esta enfermedad es mayor entre las mujeres, siendo reportados en algunos estudios una razón de 3:1². Ocurre con mayor frecuencia en la séptima década de vida. El tiempo de exposición hasta el desarrollo de la enfermedad es amplio, pudiendo extenderse entre 3 meses y 5 años³.

Su aparición es más frecuente en el intestino delgado, siendo menos prevalente su localización en el colon¹. Un estudio mostró en su serie que un 60% se encontraba en el intestino delgado y un 30% en el intestino grueso. En este último, el 91% ocurrió en el colon derecho, principalmente el ascendente. A su vez, en un 80% de los casos se reportó anillos diafragmáticos múltiples².

La patogénesis no ha sido totalmente estudiada. En principio, la ulceración circunferencial de la mucosa sería el precursor. Esto se debe al proceso de reparación, lo que provocaría infla-

mación de la submucosa y fibrosis. Luego, el tejido de granulación submucoso se convierte en tejido cicatricial de colágeno, contrayéndose, lo que produce la estenosis por el anillo diafragmático². Sin embargo, un pequeño porcentaje de los pacientes que consumen AINEs desarrollan la enfermedad. Esta situación estaría relacionada con una posible asociación del polimorfismo genético CYP2C9*3, ya que participa en el metabolismo de los AINEs en el hígado, lo que provocaría un aumento de las concentraciones plasmáticas de AINEs^{3,4}.

La forma de presentación clínica es muy variable, siendo la hemorragia gastrointestinal como forma crónica y, la obstrucción o perforación la forma aguda.

El diagnóstico, en aquellos casos con forma de presentación crónica, estará basado en estudios endoscópicos (videoendoscopia digestiva alta y baja) con la consecuente biopsia endoscópica. Su histopatología se caracteriza por la fibrosis submucosa que, a diferencia de la enfermedad Crohn, no afecta todo el espesor de la pared².

El abordaje terapéutico tendrá como pilar el retiro de los AINEs de la medicación habitual del

paciente. Sin embargo, a pesar de que la sintomatología pueda mejorar, la lesión histológica persiste³. Además, al tratarse la misma de una lesión irreversible, se requerirá de una intervención endoscópica para dilatación con fines terapéuticos, alcanzando buenos resultados en el colon ascendente ya que, dada las características histológicas del anillo diafragmático, el riesgo de perforación es bajo. En aquellos pacientes donde falla o no es posible la técnica endoscópica, como por ejemplo ante una oclusión colónica, se puede realizar una cirugía con resección quirúrgica del colon enfermo seguida de anas-

tomosis primaria, siempre y cuando el contexto clínico del paciente lo permita^{2,4-6}.

El caso presentado resalta la importancia de considerar el anillo diafragmático colónico como diagnóstico diferencial en pacientes que consultan por hemorragia digestiva baja u oclusión colónica, ante la presencia del consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos. El tratamiento se basará en la interrupción de esta medicación, asociado a un tratamiento endoscópico para dilatación o quirúrgico para la resección del segmento afectado.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Roche JC, Morris-Stiff G, Champ C, Williams GT, Lewis MH. Colonic diaphragm disease without significant non-steroidal anti-inflammatory drug use: a case report. *Cases J* 2008; 1: 247.
2. Wang YZ, Sun G, Cai FC, Yang YS. Clinical features, diagnosis, and treatment strategies of gastrointestinal diaphragm disease associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterol Res Pract* 2016; 2016: 3679741.
3. Farricelli L, Sanderson DJ. Colonic diaphragm disease: an important NSAID complication to know. *Fed Pract* 2017; 34: 38-40.
4. Saleem N, Marella HK, Ali B, Tombazzi CR. Colonic diaphragm disease secondary to nonsteroidal anti-inflammatory drug use. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2020; 33: 391-2.
5. Zimmer V, Emrich K. NSAID-induced colonic diaphragm disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2021; 45: 101728.
6. Munipalle PC, Garud T, Light D. Diaphragmatic disease of the colon: systematic review. *Colorectal Dis* 2013; 15: 1063-9.