

# CONGRESO NACIONAL ZARAGOZA 2011

Complejo Hospitalario de Navarra B- Zelaya  
Huerta MV, Montes Díaz M, Razquin  
Lizarraga S. y De Miguel Medina MC

# Resumen Clínico

- Mujer de 61 años
- Antecedentes personales: Hernia de hiato, FA paroxística. No fumadora. No bebedora.

Colopatía espástica

Múltiples episodios de suboclusión intestinal caracterizados por: distensión abdominal, dolor abdominal difuso. No visceromegalias. Timpánico a la percusión.

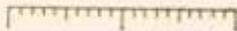
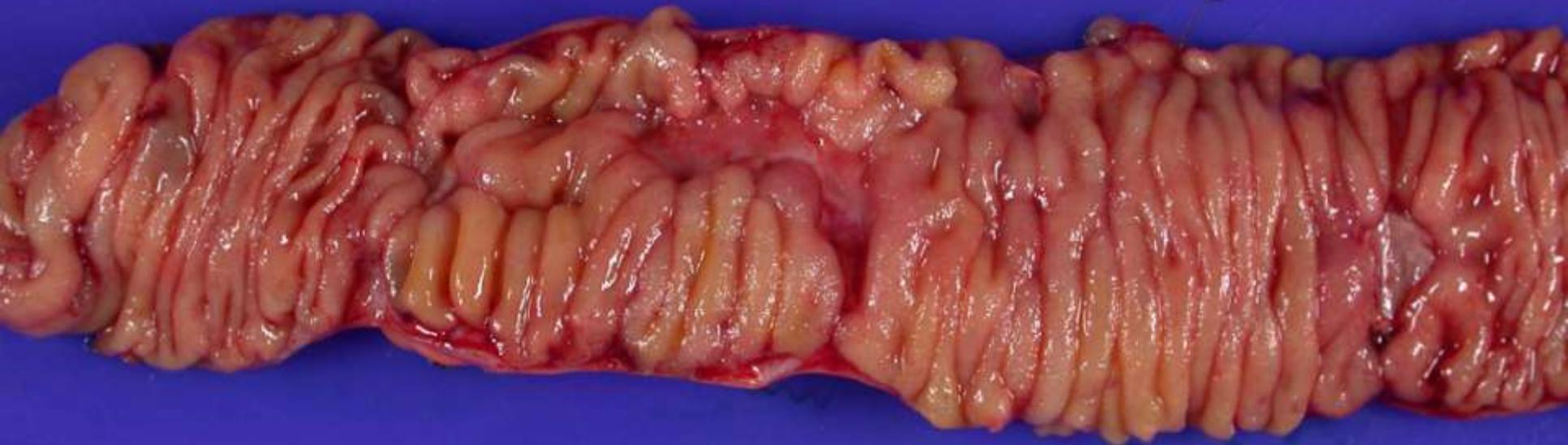
- **Sin etiología demostrable** (Analítica, ecografía, TAC, colonoscopia, gastroscopia y transito intestinal negativos).
- **Evolución: Resolución clínica espontánea.**

# Resumen Clínico

- Métodos diagnósticos: RX abdomen: Distensión de asas intestinales, delgado y grueso. Presencia de ocasionales niveles hidroaéreos.
- Ecografía: Asas de intestino delgado dilatadas, líquido intraluminal. Abundante gas en todo el tubo digestivo.
- TAC: se confirma dilatación de asas, pared de grosor normal.
- Endoscopia gástrica con biopsia normal.
- Colonoscopia e ileoscopia: Normal

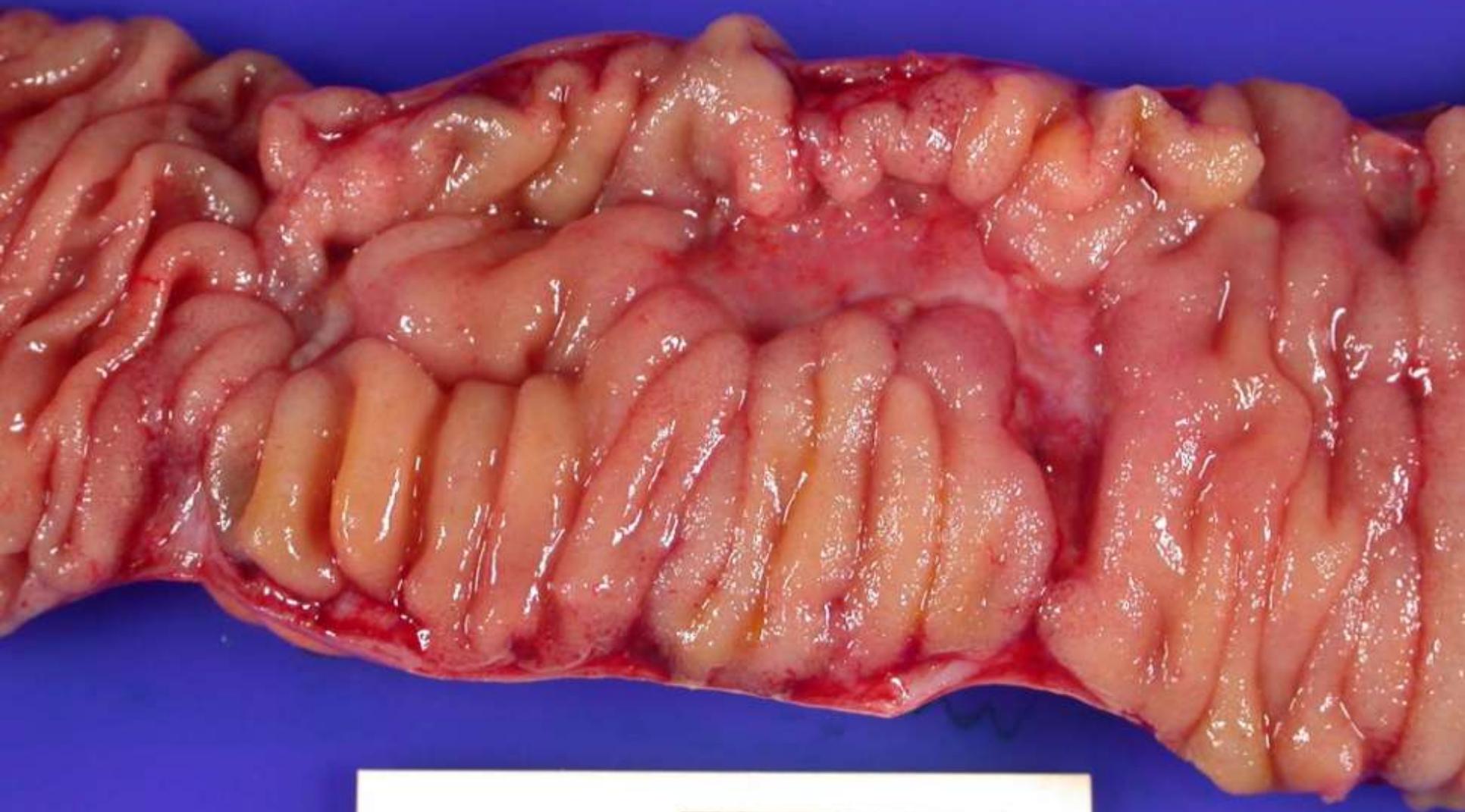
# Resumen Clínico

- Enfermedad actual: Dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos. Ausencia de eliminación de gases. Dolor similar a episodios previos.
- Rx Abdomen: asas de intestino delgado dilatadas con nivel hidroaéreo.
- Buena evolución con tto. Conservador.
- IQ: Laparotomía exploradora (Engrosamiento de 30 cm íleon proximal).

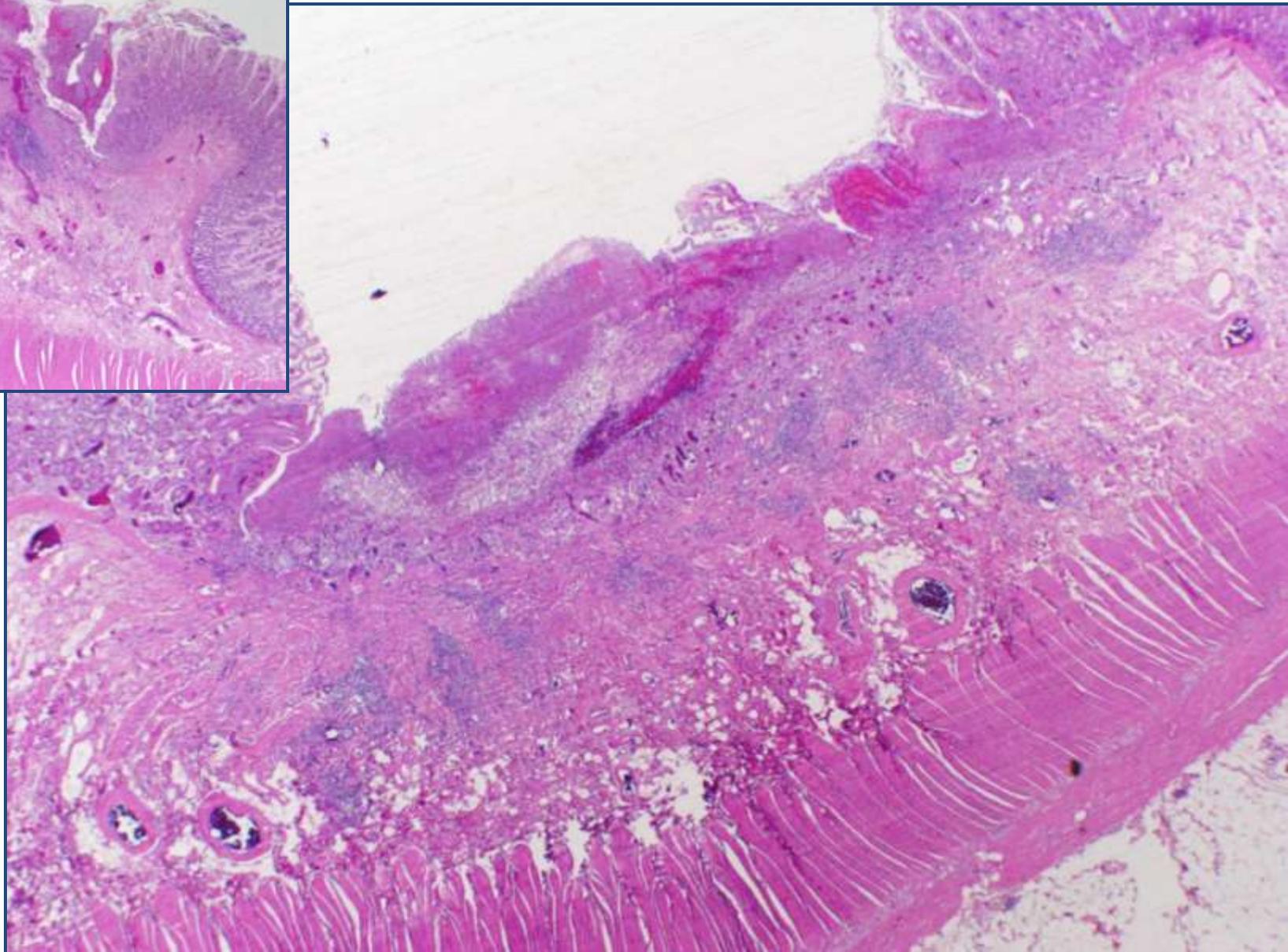
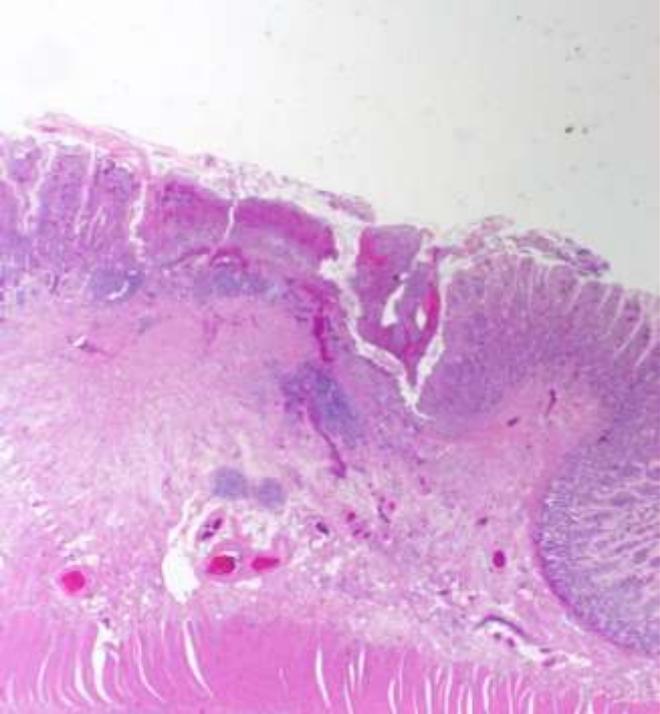


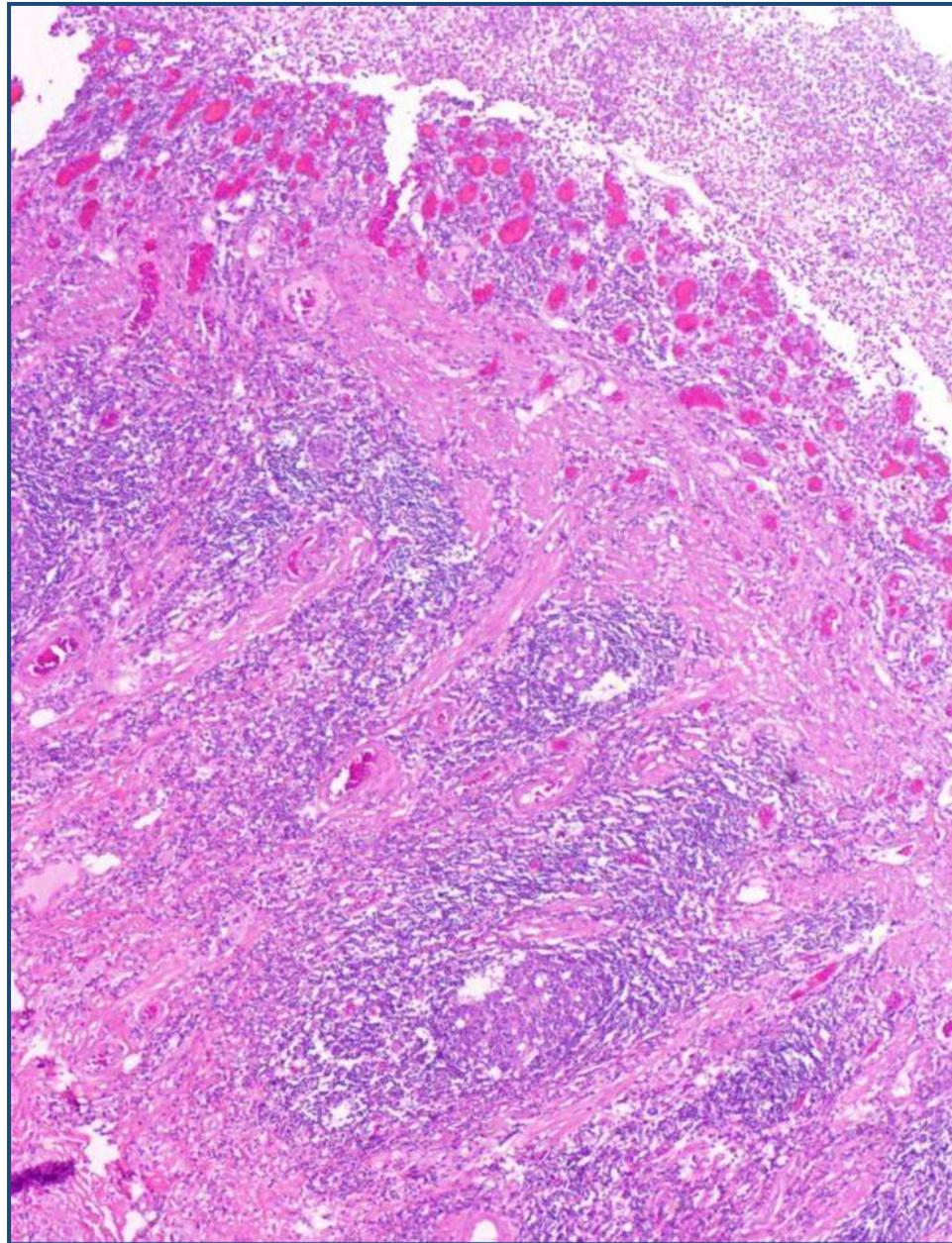
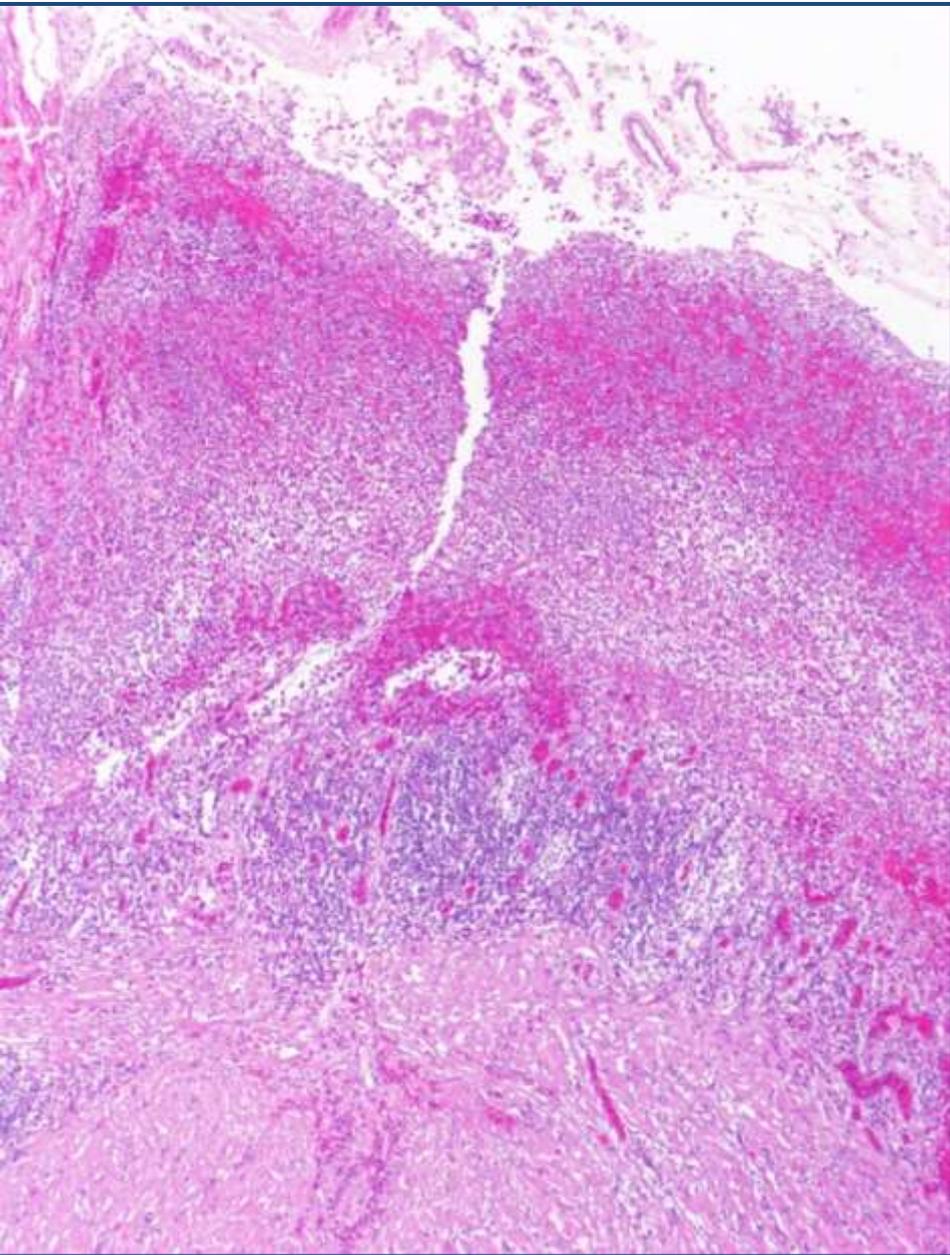
**B03-01225**

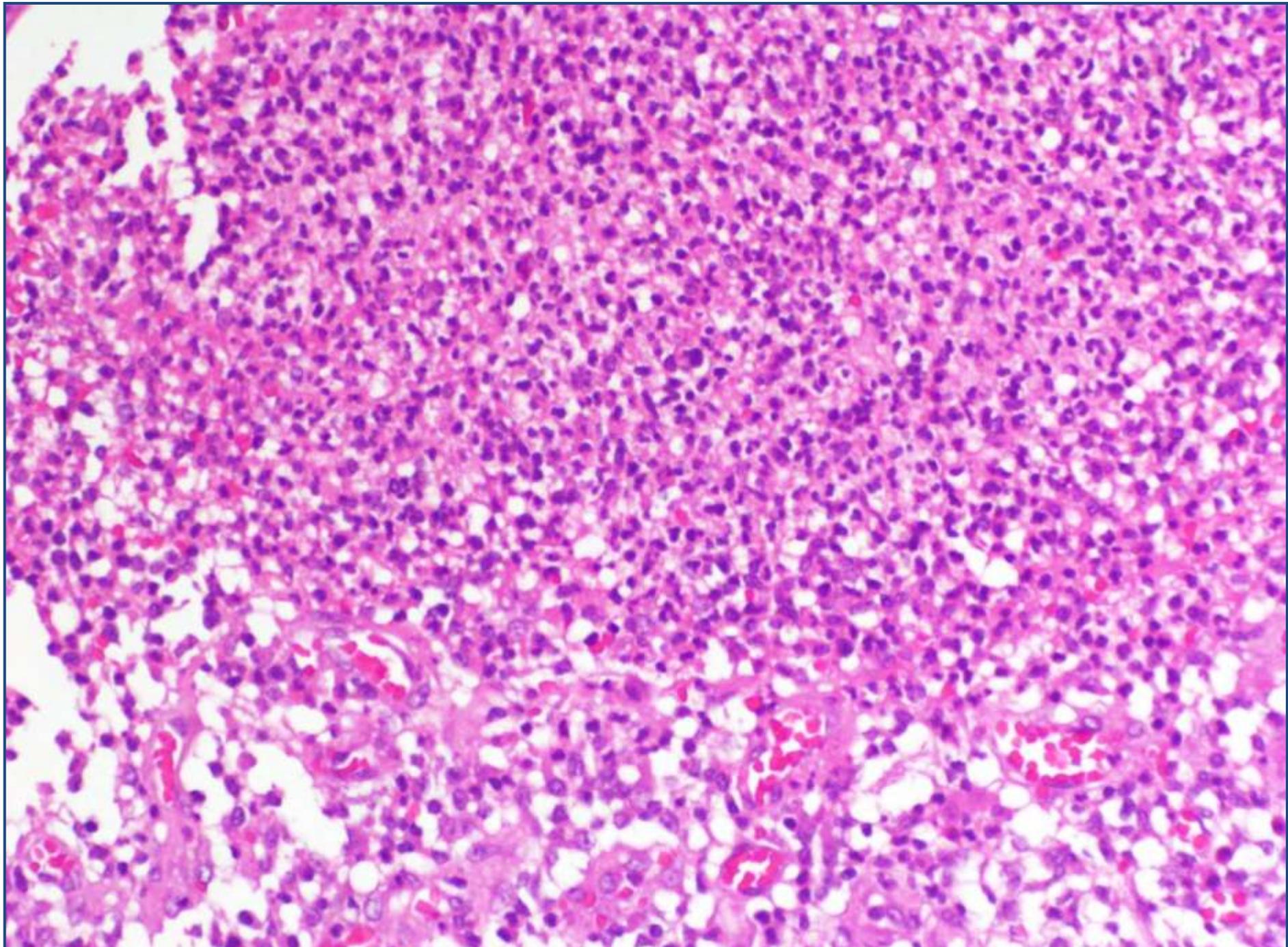
H. V. C. - Pamplona - ANATOMIA PATOLOGICA

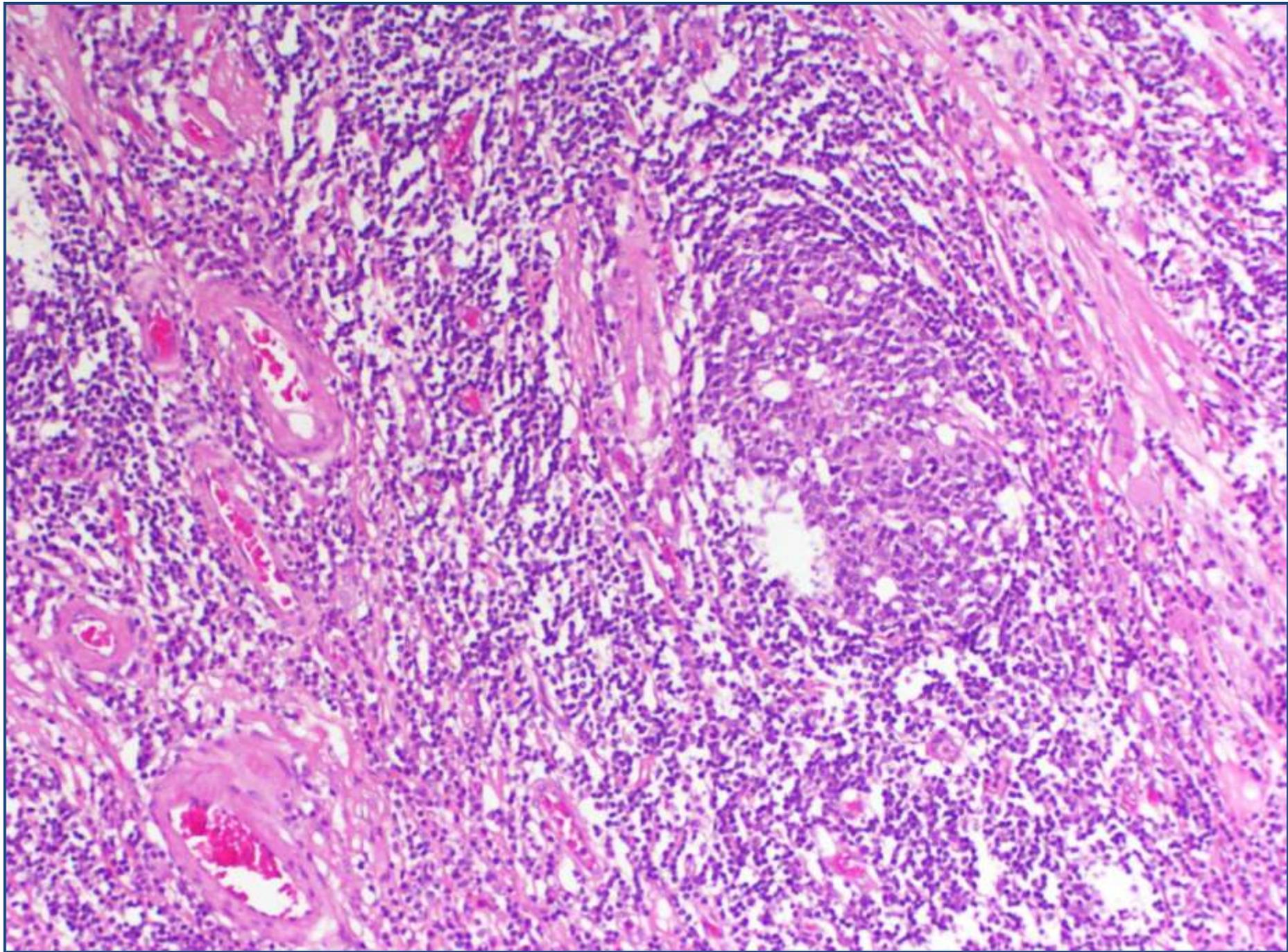


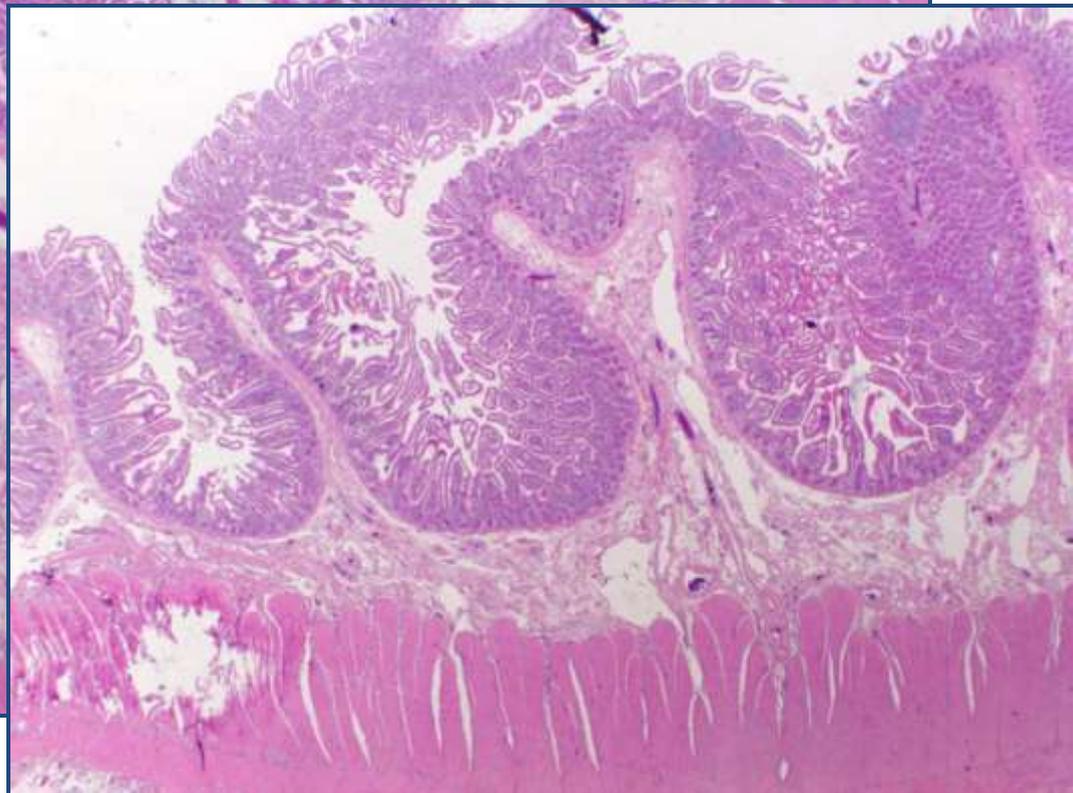
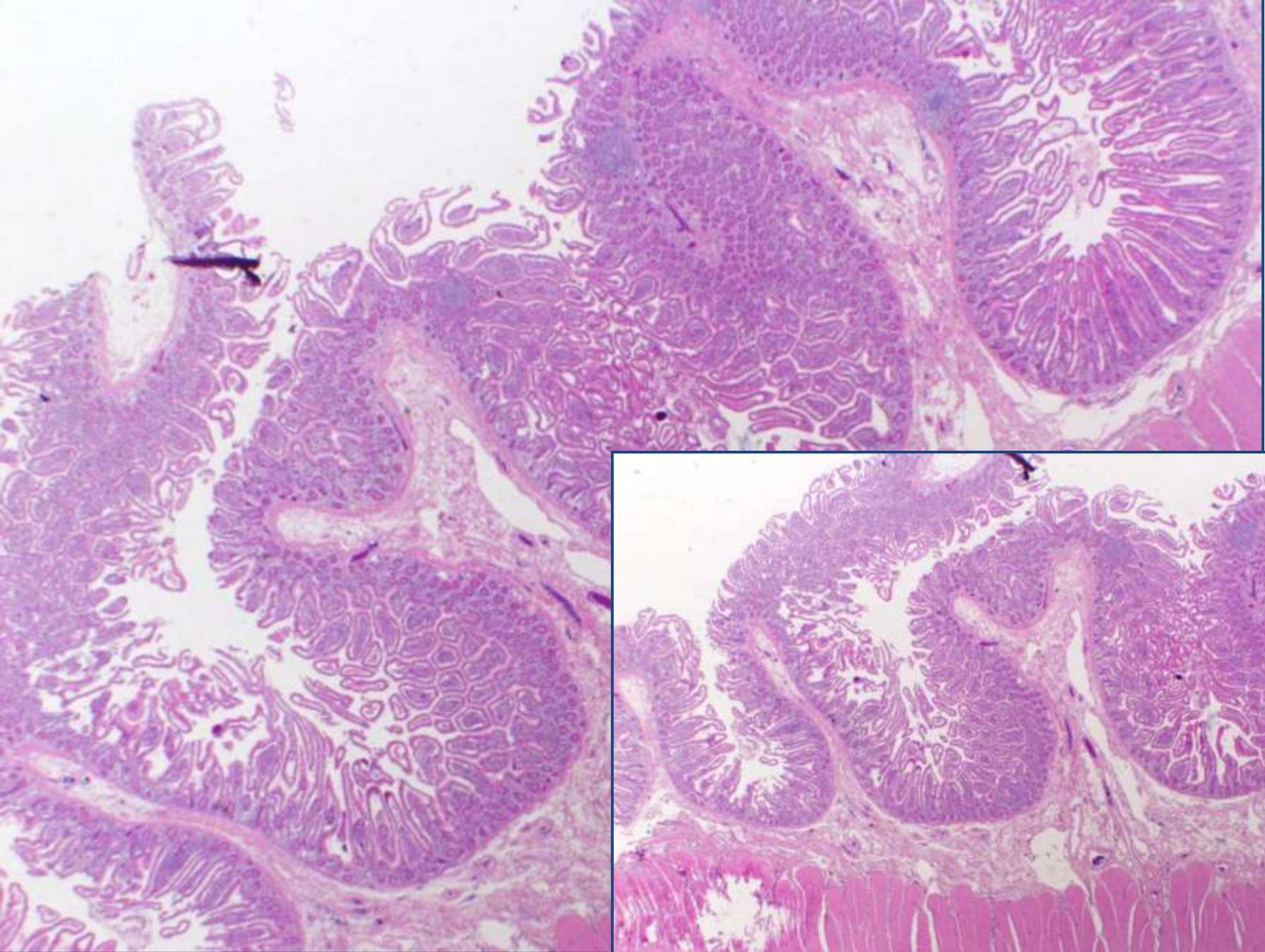
**B03-01225**











# Diagnóstico diferencial

## *Causas de Ulceración y estenosis multifocal*

- Enfermedad de Crohn en intestino delgado.
- Enteropatía por drogas (AINES).
- Infección (Campilobacter, shigella)
- Injuria traumática.
- Zollinger-Ellison (gastrinoma).
- yeyunoileitis ulcerativa crónica.
- Linfoma (linfoma T enteropático).
- Isquemia asociada a vasculitis.
- Enteritis ulcerosa multifocal criptogenética (CMUSE).

# *Diferenciación entre CMUSE y Crohn*

- Ausencia de sind. Inflamatorio clínico o de laboratorio.
- Ausencia de inflamación o ulceración transmural.
- Ausencia de inflamación granulomatosa.
- Ausencia de enfermedad en otras áreas del tracto gastrointestinal.
- Ausencia de características extraintestinales de la enfermedad de Crohn.

# Diagnóstico

Segmento de íleon con alteraciones compatibles con ENTERITIS ESTENOSANTE MULTIFOCAL ULCEROSA CRIPTOGENÉTICA (CMUSE)

# Enteritis ulcerativa multifocal criptogénica (CMUSE)

- 1964 Debray y cols.
- Patología poco frecuente, menos de 30 casos publicados en todo el mundo.
- Diagnóstico : Clínica + radiodiagnóstico +  
Descartar otras patologías.

*CARACT. CLINICOPATOLÓGICAS*  
*Perlemuter G Gastroenterology 1996*

- Pequeñas estenosis inexplicables en adolescentes y personas de edad media.
- Ulceración superficial de la mucosa y submucosa.
- Curso clínico crónico o recidivante.
- Ausencia de signos de inflamación sistémica.
- Buena respuesta a tto. con esteroides.

# Presentación clínica

- Síntomas de presentación: melena, diarrea crónica, vómitos, distensión y dolor abdominal, pérdida de peso.

otros: alt. autoinmunes, poliarteritis nodosa, sd. Sjögren.

- Analítica: VSG y PCR normales.
- Complemento: C2 disminuidos.

# Histopatología

- **Lesiones estenóticas, a veces ulceradas**

Número: 2 a 25 de 1-2 cm de ancho, separadas por mucosa normal.

- Localización: yeyuno-ileon. Nunca colon o tubo digestivo alto.
- Histológicamente se asocian a infiltrado inflamatorio con neutrófilos y linfocitos en ocasiones eosinófilos, siendo la mucosa de ambos lados normal.
- Las ulceraciones son superficiales afectando la mucosa y submucosa.

# Diagnóstico y Tratamiento

- EDB (Enteroscopia doble balón) Método de elección.
- Cirugía
- Corticoides (30-50 mg/día durante 1-2 años).

# Evolución

- Episodio de dolor abdominal y resolución espontánea.
- TAC de control: signos de inflamación con áreas pseudoestenóticas sin signos de oclusión.

# Evolución



# Conclusiones

- CMUSE necesita ser definida con mayor precisión.
- Etiología y patogenia desconocida.
- El diagnóstico debe ser considerado sólo luego de excluir cada uno de los diagnósticos diferenciales, especialmente Crohn.
- Mayor desarrollo en métodos de imagen para estudio del intestino delgado.

Muchas gracias