

## REPORTE DE CASO

### Obstrucción intestinal secundaria a enteritis por radiación: reporte de un caso Bowel obstruction secondary to radiation enteritis: A case report

Sisa, César<sup>1</sup>; Godoy, Rosana<sup>1</sup>; García, Luz Leticia<sup>1</sup>; Amarilla, Rodrigo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. San Lorenzo, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

---

## RESUMEN

La enteritis por radiación o enteritis actínica es una complicación secundaria al uso de radioterapia para tratamiento de tumores pélvicos, que puede afectar con mayor frecuencia al intestino delgado (principalmente íleon) y al colon. La cirugía en pacientes con enteritis por radiación crónica debe reservarse ante la presencia de complicaciones, ya que está relacionada con una alta morbilidad y estancia hospitalaria prolongadas, así como posibilidad de re operación. Exponemos el caso de una paciente con oclusión intestinal secundaria a enteritis por radiación que desarrolló años después de la conclusión de su tratamiento por cáncer de cuello uterino, con el objetivo de que esta enfermedad sea sospechada en pacientes con antecedentes de radiación.

**Palabras Clave:** cáncer de cuello uterino, radioterapia, enteritis por radiación, oclusión intestinal.

---

*Autor correspondiente:* Dr. César Sisa. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cirugía General de la ICCQx. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: cesarsisa07@gmail.com

Fecha de recepción el 19 de Junio del 2020; aceptado el 27 de Julio del 2020

## ABSTRACT

Radiation enteritis or actinic enteritis is a complication secondary to the use of radiotherapy to treat pelvic tumors, which can more frequently affect the small intestine (mainly ileum) and the colon. Surgery in patients with chronic radiation enteritis should be reserved in the presence of complications, since it is related to high morbidity and prolonged hospital stay, as well as the possibility of reoperation. We present the case of a patient with intestinal occlusion secondary to radiation enteritis who developed years after the conclusion of her treatment due to cervical cancer, with the objective that this disease has to be suspected in patients with history of radiation.

**Keywords:** cervical cancer, radiotherapy, radiation enteritis, bowel obstruction.

## INTRODUCCION

La radioterapia es parte del tratamiento de varios tipos de neoplasias 1. Informes recientes indican que hasta el 70% de los pacientes con cáncer recibirán radioterapia durante el curso de su tratamiento 2. El efecto deletéreo de la radiación ionizante puede afectar por mucho tiempo después de la resolución de la enfermedad primaria por la cual fue indicada. En el tracto gastrointestinal puede producir daño al intestino delgado, conocida como «enteritis por radiación», que puede ser causa de oclusión intestinal o del colon y recto denominadas «colitis por radiación» o «proctopatía por radiación» 3. Presentamos el caso de una paciente con oclusión intestinal secundaria a enteritis por radiación que desarrolló años después de la conclusión de su tratamiento por cáncer cérvico-uterino, con el objetivo de que esta enfermedad sea sospechada en pacientes con antecedentes de radiación.

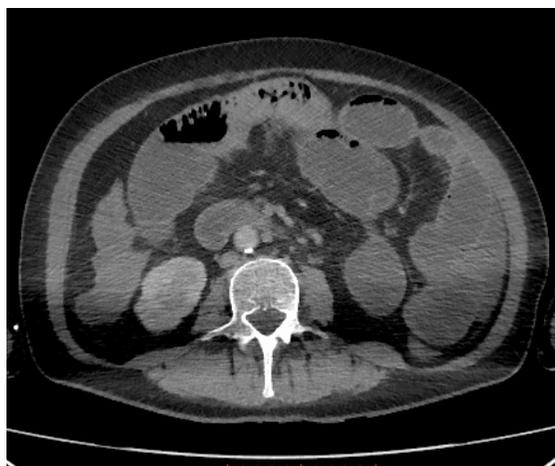
## CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 65 años de edad con antecedentes de tratamiento con RT por carcinoma escamoso de cuello uterino hace 15 años con dosis de 60 Gray, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal generalizado de 5 días de evolución, de inicio súbito, por crisis, de moderada intensidad que cede parcialmente con analgésicos comunes y se acompaña de náuseas y vómitos en varias oportunidades de contenido alimentario inicialmente y posteriormente biliosos. Al cuadro se agrega detención de heces y gases 3 días antes del ingreso. Niega síntomas colónicos y urinarios.

Al examen físico se encuentra normotensa, con tendencia a la taquicardia, afebril. El abdomen se encuentra distendido, tenso, poco depresible,

doloroso en forma difusa sin defensa ni dolor a la descompresión brusca, sonoridad aumentada y RHA presentes aumentados en número y timbre. Al tacto vaginal sin particularidades. Al tacto rectal esfínter normotónico, paredes lisas, temperatura conservada, ampolla rectal dilatada, fondo de saco de Douglas no abombado no doloroso, se retira por guante heces normo coloreadas.

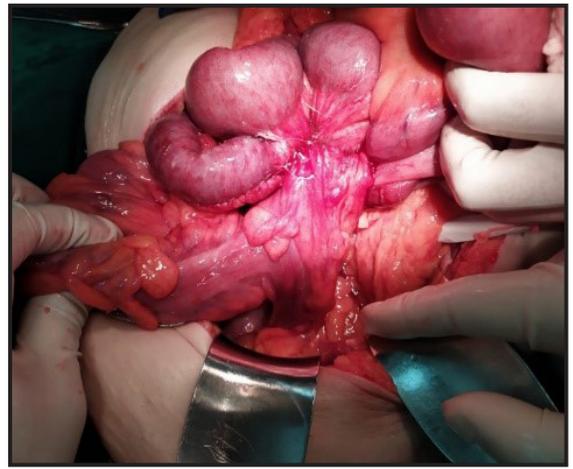
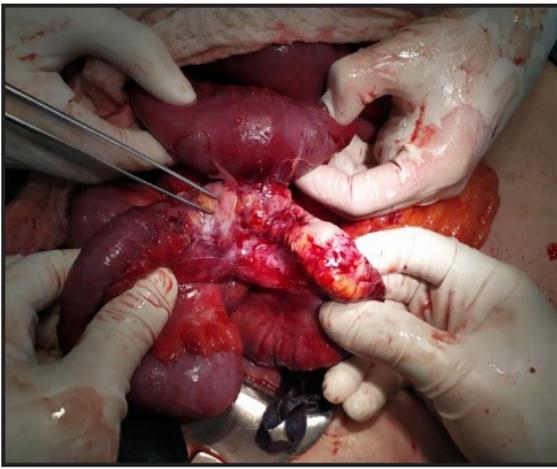
En los análisis de laboratorio rutinarios se constata anemia normocítica y normocrómica, sin otras alteraciones. Se solicita radiografía de abdomen de pie donde se constata dilatación central de asas delgadas con niveles hidroaéreos. Se solicita además tomografía de abdomen en la que se evidencia dilatación global de las asas delgadas con una zona de transición localizada entre el yeyuno terminal e íleon proximal, donde se constata engrosamiento parietal (Figura 1).



**Figura 1.** Zona de transición localizada entre el yeyuno terminal e íleon proximal.

Se indica la cirugía debido a oclusión intestinal completa sin respuesta al tratamiento conservador. En el acto quirúrgico se constata útero, ovarios y trompas sin particularidades. Lesiones en forma de nodulillos (¿Metástasis?, ¿Lesión secundaria a radiación?, ¿Fibrosis?) de 0.5cm en segmentos VI y VII del hígado los cuales se biopsian, estómago sin particularidades; se constata gran ovillo de asas delgadas con adherencias al colon sigmoides las cuales se consiguen liberar con maniobras

romas. Se identifica lesión blanquecina, estenótica, indurada de 20 cm a 100cm de la válvula ileocecal (Figuras 2 y 3). Se procede a resección intestinal de 30 cm con confección de ileostomía y fistula mucosa exteriorizadas en flanco derecho. No se optó por realizar anastomosis primaria debido a que la paciente presentó inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores a dosis medias durante la cirugía.



**Figura 2 y 3.** Lesión blanquecina, estenótica, indurada de 20 cm aproximadamente a 100cm de la válvula ileocecal.

La anatomía patológica informa cambios compatibles con una enteritis por radiación. No se observa proceso neoplásico maligno luego de múltiples secciones e inclusiones. Nodulillos hepáticos con tejido fibrótico hialinizado con tejido fibroconectivo y cristales de colesterol en el centro sin evidencia de malignidad. Se indica el alta en su decimoséptimo día post operatorio ante buena evolución, en planes de controles por consultorio y retornar en 6 meses para restitución del tránsito.

## DISCUSION

La enteritis por radiación es una complicación secundaria al uso de radioterapia para tratamiento de tumores pélvicos que presenta una fase aguda con síntomas gastrointestinales que generalmente se autolimitan al terminar el tratamiento con la radioterapia<sup>1</sup>, y una fase crónica que aparece durante los primeros 5 años, sin embargo, existen casos hasta 25 años posterior a la radioterapia<sup>4,5</sup>, en el

caso presentado vemos una presentación tardía luego de 15 años de tratamiento con radioterapia.

La incidencia y la severidad dependen de la dosis de radioterapia, el tamaño de la lesión, la frecuencia de tratamiento, el tipo de radiación y el tiempo de seguimiento<sup>1-3</sup>. Algunos factores de riesgo relacionados son edad, tabaquismo, operación previa, enfermedad inflamatoria pélvica preexistente y administración de quimioterapia conjunta<sup>1</sup>. La prevención sigue siendo el mejor tratamiento. Avances recientes en radioterapia (dosis bajas de radiación, volumen tisular limitado irradiado) y las indicaciones precisas (que favorecen el período preoperatorio para los cánceres del tracto digestivo) han reducido el riesgo<sup>6</sup>. La radioterapia afecta a todas las capas de la pared intestinal pero el daño es más grave en la mucosa debido a su rápida proliferación celular, lo que induce a un rompimiento del ciclo celular con la subsecuente atrofia de vellosidades,

inflamación aguda y fibrosis<sup>7</sup>. La vasculitis obliterante progresiva induce isquemia por trombosis vascular con fibrosis y necrosis de la pared intestinal<sup>8,9</sup>.

Estos pacientes deberían ser evaluados por el gastroenterólogo, sin embargo, aproximadamente solo el 20% de los pacientes son enviados a consulta por gastroenterología debido a que los síntomas son subestimados o no reconocidos<sup>3</sup>.

La cirugía en pacientes con enteritis por radiación crónica debe evaluarse en presencia de complicaciones, ya que está relacionada con una alta morbilidad y estancia hospitalaria prolongadas, así como posibilidad de reoperación<sup>9</sup>. Existe un riesgo importante de morbilidad después de la cirugía, especialmente síndrome del intestino corto<sup>10</sup>. En el caso presentado optamos por cirugía debido a la oclusión intestinal completa sin respuesta al tratamiento clínico, planteándonos el diagnóstico de recidiva tumoral o enteritis por radiación teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente. La anatomía patológica finalmente reveló cambios compatibles con enteritis actínica. La paciente finalmente fue dada de alta y retornará en 6 meses en planes de restitución del tránsito. En la revisión de la literatura nacional no encontramos casos similares publicados. En conclusión, el objetivo principal es prevenir el desarrollo de secuelas tardías asociadas al uso de radioterapia, principalmente reduciendo la dosis de radiación y el volumen de tejido sano irradiado limitando las indicaciones para radioterapia postoperatoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Turina M, Mulhall AM, Mahid SS, et al. Frequency and surgical management of chronic complications related to pelvic radiation. *Arch Surg*. 2008;143:46--52.
2. Shadad AK, Sullivan FJ, Martin JD, Egan LJ. Gastrointestinal radiation injury: prevention and treatment. *World J Gastroenterol*. 2013;19:199-208.
3. Stacey R, Green JT. radiation-induced small bowel disease: Latest developments and clinical guidance. *Ther Adv Chronic Dis*. 2014;5:15--29.
4. Ruiz Tovar J, Morales V, Hervás A, et al. Late gastrointestinal complications after pelvic radiotherapy: Radiation enteritis. *Clin Trans Oncol*. 2009;11:539--43.
5. Navajas-León FJ, Lucendo-Villarín AJ, Erdozain-Sosa JC, et al. Eosinofilia y enteritis actínica secundarias a radioterapia por adenocarcinoma de próstata. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:759--61.
6. Martínez-Ares D, González-Conde B, Souto-Ruzo J, et al. Obscure gastrointestinal bleeding: A complication of radiation enteritis diagnosed by wireless capsule endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:132--4.
7. Hussain A, Mahmood H, Thomas A, et al. Does chronic radiation enteritis pose a diagnostic challenge? A report of three cases. *Hong Kong Med J*. 2008;14:327--30.
8. Nguyen NP, Antoine JE, Dutta S, et al. Current concepts in radiation enteritis and implications for future clinical trials. *Cancer*. 2002;95:1151--63.
9. Romero-Vázquez J, Caunedo-Álvarez A, Rodríguez-Téllez M, et al. Previously unknown stricture due to radiation therapy diagnosed by capsule endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:449--54.
10. Regimbeau JM, Panis Y, Gouzi JL, Fagniez PL, French University Association for Surgical Research. Operative and long term results after surgery for chronic radiation enteritis. *Am J Surg* 2001;182(3):237-42.