

REPORTE DE CASO : ENFERMEDAD DE CROHN PRESENTÁNDOSE COMO MASA INFLAMATORIA ILEOCECAL POSTQUIRÚRGICA; CLÍNICA CIES-ENERO DE 2024; SUCRE-BOLIVIA

CASE REPORT: Crohn's disease presenting as a postoperative ileocecal inflammatory mass; CIES Clinic - January 2024; Sucre, Bolivia

Autor:

1. Mauricio Díaz José

Coautor:

2. Antonio Gonzáles Caba

Filiación institucional:

1. Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Cirujano de Emergencias. Jefe de Departamento de Especialidades Quirúrgicas del Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre, Bolivia.
Correo electrónico: maudiaz265@gmail.com
2. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca; Facultad de Medicina; Docente de Cirugía General; Especialista en Cirugía General y Laparoscopia.
Monitor de Cirugía General del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Sucre, Bolivia.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) puede manifestarse como masa abdominal, simulando complicaciones posquirúrgicas. Caso clínico: Mujer de 30 años intervenida por quistectomía y apendicectomía, presentó dolor en fosa ilíaca derecha (FID), masa palpable y pérdida de peso. Estudios iniciales sugirieron absceso residual. La laparotomía reveló tumoración ileocecal, y la histopatología confirmó EC con granulomas no caseificantes.

Conclusión: La EC debe incluirse en el diagnóstico diferencial de masas en FID postquirúrgicas. La confirmación histológica es crucial para el manejo adecuado.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, absceso abdominal, granuloma no caseificante, ileítis, diagnóstico diferencial.

SUMMARY

Introduction: Crohn's disease (CD) can present as an abdominal mass, mimicking postsurgical complications.

Clinical case: A 30-year-old woman undergoing cystectomy and appendectomy presented with right iliac fossa (RIF) pain, a palpable mass, and weight loss. Initial studies suggested a residual abscess. Laparotomy revealed an ileocecal mass, and histopathology confirmed CD with noncaseating granulomas.

Conclusion: CD should be included in the differential diagnosis of postsurgical RIF masses. Histological confirmation is crucial for proper management.

Keywords: Crohn's disease, abdominal abscess, noncaseating granuloma, ileitis, differential diagnosis.

Recepción 10 de junio 2025
Aceptación 20 de septiembre 2025

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico idiopático del tracto gastrointestinal, caracterizado por inflamación transmural, distribución segmentaria y potencial afectación desde la boca hasta el ano (1). Su fisiopatología implica interacciones complejas entre factores genéticos (mutaciones en NOD2/CARD15), disbiosis microbiana, desregulación inmunológica y factores ambientales (2).

Epidemiología Relevante

- **Incidencia global:** 0.3-24.3 por 100,000 habitantes, con aumento del 15% anual en países en desarrollo (3).
- **Distribución por edad:** Pico entre 20-40 años (70% de casos), con ligero predominio femenino (4).
- **Localización anatómica:** Íleon terminal (40%), colon (30%), ileocolónica (30%) (5).

Presentaciones Atípicas

Hasta el 25% de los casos debutan como masas inflamatorias abdominales, simulando:

- Abscesos posquirúrgicos
- Neoplasias (linfoma, adenocarcinoma)
- Apendicitis aguda
- Tuberculosis intestinal (6)

Estas formas requieren alto índice de sospecha, especialmente en pacientes jóvenes con síntomas persistentes tras cirugía abdominal (7).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente femenina de 30 años, profesora, con antecedente quirúrgico reciente (quistectomía ovárica derecha y apendicectomía incidental hace tres semanas atrás), referida por el servicio de ginecología de la clínica CIES de Sucre en fecha 15 de enero de 2024 hrs, por presentar dolor abdominal localizado en FID, irradiado a región dorsolumbar del mismo lado, distensión abdominal a predominio de hemiabdomen derecho, dificultad para eliminar gases y pérdida de peso.

Antecedentes relevantes:

Quirúrgicos: Laparotomía por quiste ovárico mayor a 5 cm + apendicectomía incidental hace tres semanas atrás.

- **Farmacológicos:** Ninguno crónico.
- **Familiares:** Sin antecedentes heredo familiares conocidas.
- Signos vitales al momento de su ingreso

Tabla 1. Signos vitales al ingreso

Parámetro	Valor
Presión Arterial	120/60 mmHg
Frecuencia Cardíaca	96 lpm (taquicardia sinusal)
Frecuencia Respiratoria	24 rpm
Temperatura	37°C axilar
Índice de masa corporal	21 kg/m ² (55 kg/160 cm).

Fuente: Elaboración propia

Al examen físico

Paciente en regular estado general, se observa palidez, mucosa oral seca, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, y dolor a la palpación profunda y masa palpable en FID de aproximadamente 8 cm de tamaño, consistencia dura y poco movable.

Abdomen:

- **Inspección:** Cicatriz hipogástrica limpia, distensión asimétrica (derecha).
- **Palpación:** Masa de 8 cm en FID, dolorosa a la palpación profunda.
- **Auscultación:** Borborigmos aumentados.
- **Percusión:** Timpanismo en flanco derecho.

Diagnóstico presuntivo:

- **ABSCESO RESIDUAL**

- ANEMIA
- DESHIDRATACIÓN AGUDA LEVE
- OBLITOMA??

Por lo que se decide realizar estudios complementarios:

Estudios Complementarios

Laboratorio:

Tabla 2. Resultados relevantes

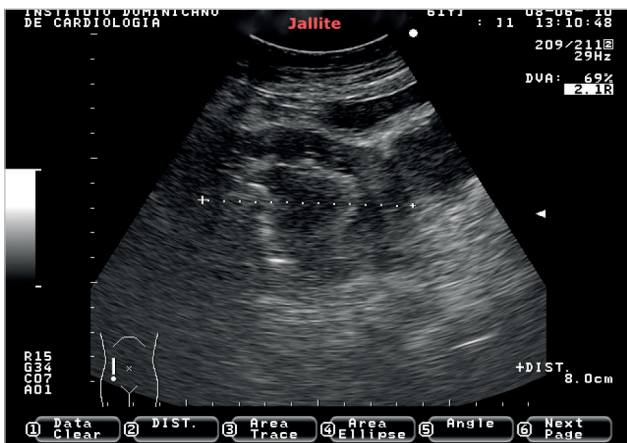
Parámetro	valor	Interpretación
Glóbulos blancos	11.000/mm ³	Leucocitosis reactiva
Neutrófilos	80%	Desviación a la izquierda
Hemoglobina	10 g/dl	Anemia moderada
Proteína C Reactiva	Elevada (cualitativo)	Inflamación sistémica

Fuente: Elaboración propia

Imágenes: (ver figura 1).

- **Ecografía abdominal:** Masa heterogénea de 8.5 x 7.3 cm en FID con componente líquido periférico y engrosamiento parietal intestinal.
- **Hallazgo clave:** Ausencia de gas intralesional (discrimina absceso organizado)

Fig. 1 ecografía abdominal.



Fuente: Servicio de Estadística Clínica CIES-Sucre 2024

Posterior a los estudios complementarios se decide tratamiento quirúrgico con los siguientes:

Diagnósticos pre operatorios:

- **ABSCESO RESIDUAL**
- **ANEMIA MODERADA**
- **OBLITOMA??**

Abordaje Quirúrgico

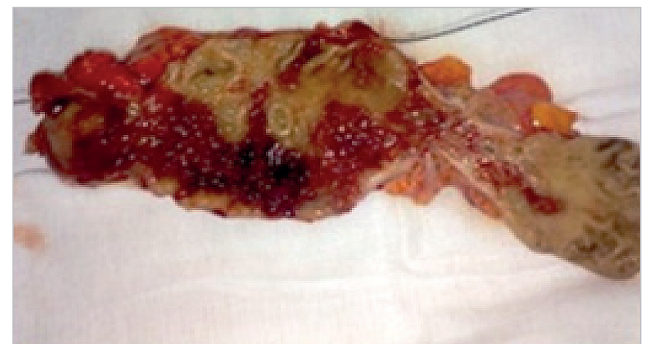
Hallazgos intraoperatorios:

- Plastrón inflamatorio adherencial en FID.
- Proceso inflamatorio importante
- Tumoración ileocecal de 9 x 8 cm con engrosamiento mesentérico.

Técnica quirúrgica:

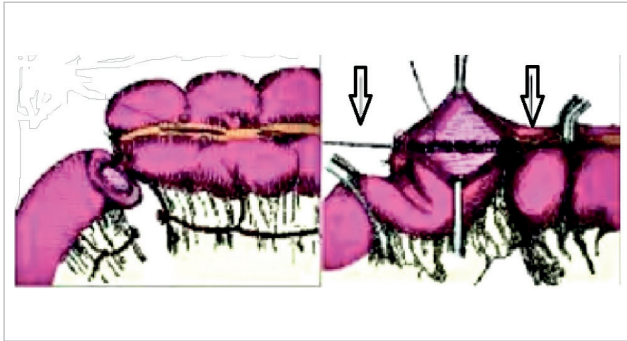
1. Movilización de íleon, ciego y colon ascendente proximal con apertura de fascia de Toldt
2. Resección en bloque de íleon terminal (15 cm) + colon ascendente (15 cm).
3. Cierre del cabo distal correspondiente a colon ascendente con sutura simple de puntos totales reforzados con puntos sero-serosos
4. Se realiza ojal sobre la tenia anterior del colon ascendente y Anastomosis del íleon al colon ascendente término-lateral manual en dos planos con hilo seda 3-0).
5. Drenajes tubulares: uno en fondo de saco de Douglas y otro dren a nivel de la anastomosis.
6. Revisión de hemostasia y cierre de pared abdominal por planos hasta piel.

Fig. 2 Pieza quirúrgica ileocecal ectomizada



Fuente: Servicio de Estadística Clínica CIES-Sucre 2024

Fig. 3 Imagen ilustrada de anastomosis termino lateral



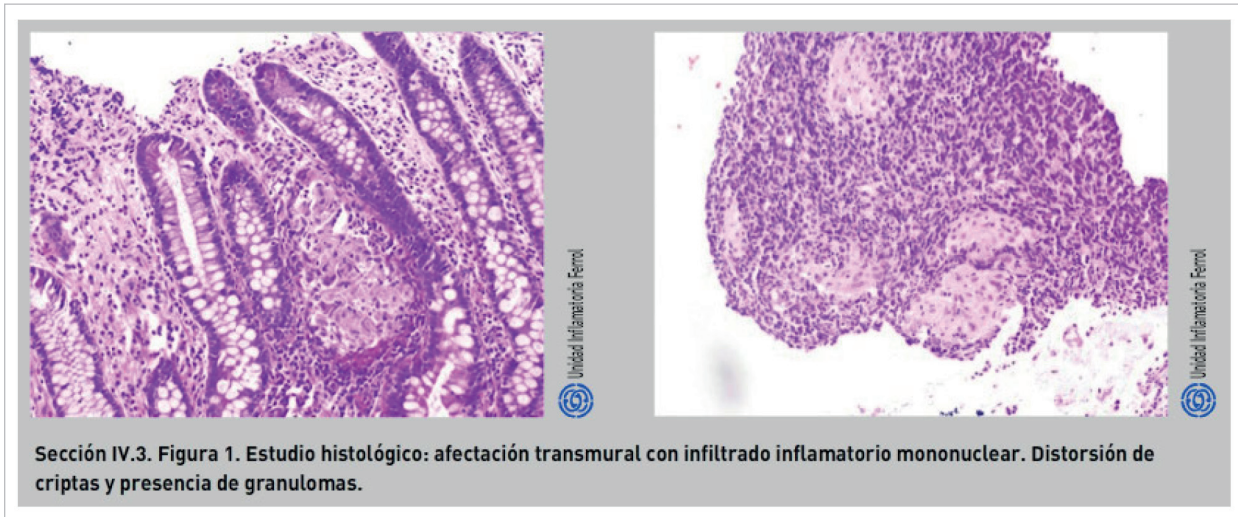
Fuente: Resecciones colónicas de Paulo Ramírez

Anastomosis término-lateral: Se colocan dos reparos (flechas) uno en el borde mesentérico y otro en el antimesentérico del intestino delgado sobre la tenia anterior del colon a 1cm del cierre del muñón colónico. Se abre el colon sobre la tenia y se realiza la anastomosis con una sutura que permita la inversión.

Diagnóstico postoperatorio:

- Masa tumoral de origen a determinar

Fig. 4 Imagen ilustrada de anatomía patológica



Sección IV.3. Figura 1. Estudio histológico: afectación transmural con infiltrado inflamatorio mononuclear. Distorsión de criptas y presencia de granulomas.

Fuente: 2000 - 2019 gastrointestinalatlas.com

Manejo Postoperatorio

■ Postoperatorio mediato:

- Antibioticoterapia: ciprofloxacina + metronidazol × 5 días EV.
- Analgesia con: quetorol EV, tramadol SC
- Soporte nutricional hiperproteico.

- **Alta hospitalaria:** Día 5 con tratamiento ambulatorio con omeprazol, ciprofloxacina, metronidazol, quetorol.

En los controles por consulta externa, se recibe el **informe histopatológico que reporta:**

- **Macroscopía:** Engrosamiento parietal difuso, ulceraciones serpiginosas acompañado de proceso inflamatorio relevante.

- Microscopía (H&E):
- Inflamación transmural con infiltrado linfocitario.
- Granulomas no caseificantes en submucosa.
- Focos de fibrosis en serosa.

- **Diagnóstico definitivo:** Enfermedad de Crohn (Clasificación de la OMS).

DISCUSIÓN:

La enfermedad de Crohn tiene una prevalencia creciente en todo el mundo, con un pico de incidencia en adultos jóvenes. Su etiología es multifactorial, involucrando factores genéticos, inmunológicos y ambientales (3)

La localización ileocecal, como en el presente caso, es una de las más frecuentes. En su forma estenosante o infiltrativa, puede simular procesos infecciosos, neoplásicos o incluso complicaciones quirúrgicas recientes (8). La característica histológica distintiva es la inflamación transmural y la presencia de granulomas no caseificantes (9).

El diagnóstico suele basarse en la combinación de la clínica, endoscopía, imágenes y biopsia. No obstante, casos como este, que se manifiestan como abdomen agudo o masa inflamatoria abdominal, la resección quirúrgica puede ser necesaria como primera medida diagnóstica y terapéutica (10).

Aunque la cirugía no es curativa, es necesaria en caso de complicaciones como obstrucción, perforación o abscesos intrabdominales. El manejo posterior incluye tratamiento inmunosupresor y seguimiento por gastroenterología (10,11).

CONCLUSIONES:

- Este caso demuestra la importancia de considerar a la enfermedad de Crohn como parte del **diagnóstico diferencial** en masas inflamatorias del FID, incluso en pacientes postoperatorios.
- **El manejo quirúrgico:** aunque inicialmente terapéutica, fue clave para el diagnóstico definitivo; las resecciones limitadas con anastomosis término-lateral minimizan complicaciones.
- **La histopatología es el gold standard:** Los granulomas no caseificantes tienen especificidad >95% para EC cuando se acompañan de inflamación transmural.
- **El tratamiento médico postoperatorio es esencial:** Reduce la tasa de recurrencia a 5 años del 70% al 30% (Peyrin-Biroulet et al., 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet*. 2017;389(10080):1741–55. doi:10.1016/S0140-6736(16)31711-1
2. Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12(4):205–17. doi:10.1038/nrgastro.2015.34
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century. *Lancet*. 2017;390(10114):2769–78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0
4. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time. *Gastroenterology*. 2012;142(1):46–54. e42. doi:10.1053/j.gastro.2011.10.001
5. Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):22. doi:10.1038/s41572-020-0156-2
6. Rieder F, Zimmermann EM, Remzi FH, Sandborn WJ. Crohn's disease complicated by strictures. *Gut*. 2017;66(6):1063–73. doi:10.1136/gutjnl-2016-312079
7. Ganzberg S, et al. Crohn's disease diagnosed after appendectomy: A population-based cohort study. *Am J Surg*. 2019;218(4):657–62. doi:10.1016/j.amjsurg.2019.07.00
8. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012;380(9853):1590–605. doi:10.1016/S0140-6736(12)60026-9
9. Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, Griffiths A, Levine A, Escher JC, Turner D. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8(10):1179–1207. doi:10.1016/j.crohns.2014.04.005

10. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, Van der Woude CJ, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1. *J Crohns Colitis*. 2017;11(1):3–25. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw168
11. Peyrin-Biroulet L, et al. Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE-II). *Gastroenterology*. 2020;158(6):1520–35. doi:10.1053/j.gastro.2020.02.006