



ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR ENFERMEDAD DE CROHN: CASO CLINICO

**Dr. Oscar Diego Rossel Fernández*

Cirujano general y Laparoscópico -, Hospital Virgen Milagrosa-Fundación Hombres Nuevos

RESUMEN

La Enfermedad de Crohn es una entidad de origen idiopático relativamente infrecuente en nuestro medio que puede sorprender a más de un cirujano cuando se lo encuentra en el intraoperatorio por lo que se debe conocerla para poder ofrecer un correcto tratamiento. Esta patología compromete enormemente la calidad de vida de los pacientes incrementando la morbi-mortalidad.

La finalidad de este artículo es informar el caso clínico y revisión de la literatura de paciente de sexo masculino de 69 de edad con antecedente de dolor abdominal crónico de seis meses de evolución, mal localizado, difuso que posteriormente se asocia a periodos de distensión abdominal posterior a la ingesta de alimentos.

Se realiza exámenes complementarios de laboratorio e imagen (Radiografía y tomografía de abdomen).

En este caso se realiza tratamiento quirúrgico laparotomía exploratoria, enterectomía de intestino delgado-íleon y anastomosis terminal con evolución favorable.

Se recibe resultado de anatomía patológica que reporta Enfermedad de Crohn.

Se realiza interconsulta con gastroenterología quien realiza tratamiento médico con Azatioprina para evitar la recaída y, mantener la remisión de la enfermedad con excelente evolución.

SUMMARY

Crohn's disease is a relatively infrequent entity of idiopathic origin in our environment that can surprise more than one surgeon when it is found intraoperatively, so it must be known to be able to offer a correct treatment. This pathology greatly compromises the quality of life of patients, increasing morbidity and mortality. The purpose of this article is to report the clinical case and review of the literature of A 69-year-old male patient with a six-month history of chronic punctate pain, poorly located, diffuse that is later associated with periods of abdominal distension after eating food, which is completed with ultrasound and abdominal CT examinations. Concluding it is about intussusception in this case, surgical treatment was performed exploratory laparotomy, enterectomy of the small intestine-ileum and end-to-end anastomosis with favorable evolution.

Result of pathology anatomy is received that reports Crohn's disease. Consultation with a gastroenterologist is performed, who performs medical treatment with Azatiopine to avoid relapse and maintain remission of the disease with excellent evolution.

PALABRAS CLAVES: *Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, anastomosis*

KEY WORDS: *Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, anastomosis*



INTRODUCCIÓN

La enfermedad intestinal inflamatoria (EII) comprende dos principales categorías de enfermedades:

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), dos entidades que pueden tener características que se superponen y características clínicas y patológicas claramente diferenciadas.

Si bien la patogenia de la EII no se comprende específicamente, se sabe que intervienen factores genéticos y ambientales tales como alteración de las bacterias luminales y aumento de la permeabilidad intestinal, factores que actúan desregulando la inmunidad intestinal, lo que lleva a lesión gastrointestinal. (1). La incidencia de EC en Sud América alcanzó un promedio de 1–3 por 100.000 elevándose a 3–4/100.000 en áreas urbanas más desarrolladas en Brasil [1,2]. Si bien hay pocos datos epidemiológicos de los países en desarrollo, la incidencia y la prevalencia de EII están aumentando con el tiempo y en las diferentes regiones del mundo — indicando su surgimiento como enfermedad a nivel mundial. (2)

La EC es una enfermedad inflamatoria transmural, recidivante, que puede afectar uno o más segmentos del tracto gastrointestinal, desde la boca al ano, siendo el compromiso ileocecal el que se reportó como más frecuente mundialmente. estenosante y una modalidad perforante que presenta fístulas y abscesos. (3) Los síntomas más frecuentes en la EC son: abdominalgia (a menudo postprandial de tipo cólico, periumbilical o en cuadrante inferior derecho), diarrea y retraso del crecimiento y desarrollo. La palpación de efecto de masa abdominal inflamatoria en fosa iliaca derecha es característica. (3,4,5)

INDICE DE HARVEY- BRADHSAW (6)
» Estado general
<ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno 0 • Regular 1 • Malo 2 • Muy malo 3 • Terrible 4
» Dolor abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 0 • Leve 1 • Moderado 2 • Intenso 3
» Número de deposiciones al día =
» Masa abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • No 0 • Dudosa 1 • Definida 2 • Dolorosa 3
» Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Artralgia 1 • Uveítis 1 • Eritema nodoso 1 <ul style="list-style-type: none"> • Aftas 1 • Pioderma 1 • Fístula anal 1 • Absceso 1 • Otras fístulas 1
Se suman todos los puntos, y en general < 5 es inactivo, 6 o más es activo, > 10 es grave.

El índice de Harvey-Bradshaw (HBI) es el más utilizado en la evaluación clínica de los pacientes con EC, pues requiere la anamnesis y el examen físico que se desarrolla en una visita (Tabla 3). (6,7)

Si hay síntomas altos, se debe realizar una endoscopia digestiva alta, en la que se tomarán biopsias de estómago y duodeno. En muchas ocasiones, y de forma casi obligatoria en los brotes graves, está indicado hacer una TC.

Esta permite detectar lesiones extraintestinales, y sobre todo identificar abscesos.

El uso juicioso de las exploraciones complementarias, tiene como objetivos: establecer el diagnóstico, valorar la actividad, valorar la extensión y valorar las complicaciones (6,7,8).

En el brote leve ileal o ileocecal a pesar del uso de la mesalazina oral en el pasado, la nueva evidencia sugiere que es mínimamente efectiva en comparación con placebo y menos efectivo que la budesonida o corticoides convencionales (9,10,11).

En el brote moderado, sea cual sea la localización, los esteroides son, probablemente, la mejor alternativa.

En los brotes ileales o ileocecales se puede empezar con budesonida 9 mg/día), y si en dos semanas no se observa

ninguna mejoría o la enfermedad se localiza en el colon, se debe utilizar prednisona (o equivalente) a una dosis de 1 mg/kg/día, para reevaluar al paciente en unas dos semanas. (9,10,11)

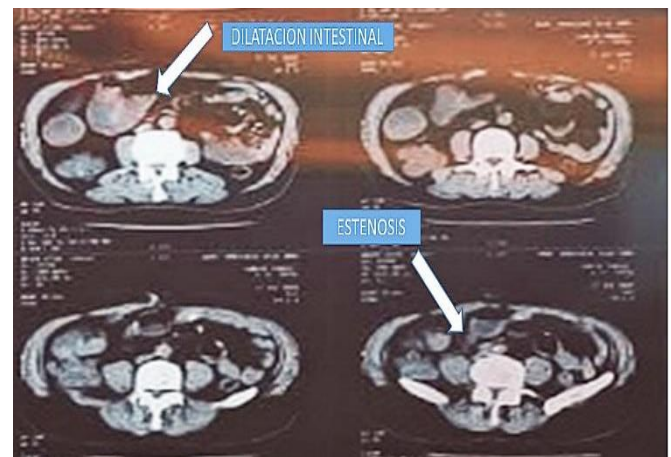
El tratamiento del brote grave se basa en los esteroides (probablemente sea mejor utilizar la vía intravenosa en estos casos para asegurar la ausencia de problemas de biodisponibilidad), prevenir las complicaciones, y en el uso de agentes biológicos y/o la cirugía en casos concretos. La cirugía no representa una curación y lo habitual es que la enfermedad "recurra", por lo que en muchos pacientes operados también es prudente el tratamiento de mantenimiento, siendo, probablemente, la mejor opción la azatioprina indefinida, combinada con metronidazol los tres primeros meses, los esteroides no deben ser usados para mantenimiento (9,10,11)

Figura 1: Distensión abdominal

Figura 2: Radiografía abdomen



Figura 3: Tomografía de abdomen s/c





CASO CLINICO:

Paciente Masculino de 65 años de edad; ingresa al Hospital Virgen Milagrosa con antecedentes de colecistectomizado hace 6 meses, presenta cuadro clínico caracterizado episodios intermitentes de distensión abdominal, presenta exacerbación de cuadro clínico 7 días antes de la cirugía, refiriendo dolor cólico punzante, localizado en mesogastrio de moderada a gran intensidad, asociado además náuseas que llegan al vomito bilioso y falta de eliminación de gases. (Figura 1)

Se solicitan exámenes de gabinete:
Exámenes de Laboratorio:
Hemograma: Glóbulos blancos: 8.300/dl; Hto. 41.2%, Hb 11.1gr/dl, plaquetas 320.000/dl. TP 73.4 seg, INR 1.03; Glicemia 99 mgr/dl, creatinina 0.1 gr/dl
Proteínas totales:7,2, Albumina:4,1
Radiografía abdominal: se observa escasos niveles Hidro aéreos a nivel de las asas del yeyuno e íleo.(Figura 2)
Se realiza Tomografía abdominopélvica sin contraste donde informa lo siguiente: Imagen sugestiva de invaginación intestinal. (Figura3)

Al examen físico:
Abdomen globoso, Ruidos Hidroaéreos positivo (de lucha) con timpanismo a la percusión, doloroso a la palpación superficial y profunda en mesogastrio y en hemi-abdomen inferior. Se decide realizar tratamiento quirúrgico de tipo laparotomía exploratoria donde se realiza enterectomía de segmento de íleon más anastomosis termino-terminal, en el postoperatorio se inicia la dieta líquida a las 48 horas, permanece internado durante 5 días y se obtiene el alta hospitalaria sin interurrencias. Se envía la pieza quirúrgica a anatomía

patológica la cual informa lo siguiente:
MICROSCOPIA: En los diferentes cortes histológicos se observa mucosa intestinal con vellosidades, revestido de epitelio cilíndrico simple y áreas de erosión e inflamación. (Figura 4 y 5)

Diagnóstico Patológico:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal
2. Enterocolitis crónica compatible con enfermedad de Crohn de tipo estenosante
3. sin displasia glandular
4. Bordes quirúrgicos distal y proximal se encuentran libres
5. Ganglios mesentéricos: se examinan 16 ganglios con hiperplasia sinusal reactiva

Figura 3: Pieza de íleon reseca

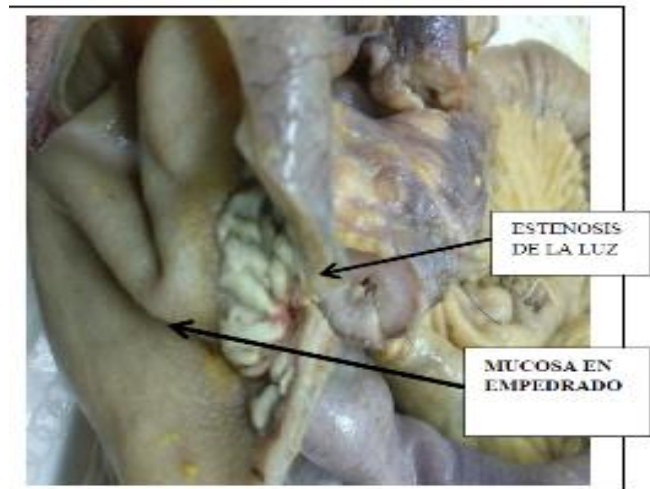
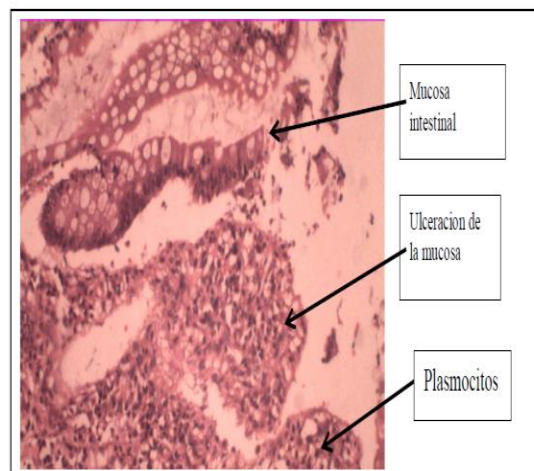


Figura 4: Microscopia de íleon del paciente



TECNICA QUIRURGICA

- Incisión mediana supra-infraumbilical, por planos hasta cavidad peritoneal
- Se evidencia liquido libre escaso de aspecto inflamatorio.
- Se procede a revisar compartimiento supramesocolico sin alteraciones
- Revisión de intestino delgado desde el ángulo de treitz a válvula ileocecal evidenciando dilatación y discreto edema de las asas de yeyuno e íleo.
- Aproximadamente 40 cm de la válvula ileocecal se evidencia lesión estenosante de consistencia indurada transmural de aproximadamente 10 x 5 cm, (Figura 5 y 6)
- Se revisa el mesenterio evidenciando múltiples adenopatías yuxtaintestinales, mesentéricas y centrales se realiza exéresis de adenopatía más grande (Figura 7)
- Se decide realizar enterectomía 20 cm de íleon y del segmento afectado con resección de mesenterio contiguo hasta el nacimiento del tronco ileocolico.

Figura 5 : Segmento de íleon distal



- Se realiza anastomosis termino terminal con puntos continuos de connell de prolene 4.0 en un solo plano (Figura 8)
- Se realiza prueba neumática de la anastomosis verificando su hermeticidad.
- Se deja drenaje tubular ofrecido a la anastomosis y exteriorizado por contra abertura
- Síntesis por planos hasta piel
- Fin del procedimiento sin intercurencias

Figura 6: Estenosis de segmento de íleon



Figura 7: Adenopatias mesentericas



Figura 8: Anastomosis termino-terminal





DISCUSION

La incidencia de la Enfermedad de Crohn en Bolivia no se conoce con precisión, y a pesar de esta baja incidencia, el gastroenterólogo y el cirujano también en la práctica clínica de nuestro país pueden enfrentarse a este tipo de pacientes, y es importante tomar en cuenta esta patología para así poder sospecharla.

Puede sumarse un mayor retraso en el diagnóstico por la falta de sospecha clínica que puede originar mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad que ya de por sí puede ser muy grave.(12)

El tipo de procedimiento quirúrgico a realizar depende del sitio anatómico y patrón de afección que presenten los pacientes.

Debido a la mayor frecuencia de afección ileocecal, la resección de esta porción anatómica es el procedimiento de elección más frecuentemente realizado cuando se presentan las complicaciones.(13)

La gravedad de las complicaciones de esta enfermedad y su complejidad de manejo se ven reflejadas en la alta morbilidad quirúrgica, lo que enfatiza la importancia de conocer las indicaciones y alternativas quirúrgicas de manera estricta.

En la literatura se enfatiza la realización de procedimientos plásticos de las estenosis o «stricturoplastías».(14)

Si bien este tipo de procedimientos se reconocen como una muy buena alternativa, usualmente están indicados en pacientes que tienen múltiples áreas de estenosis al momento de la intervención o en intervenciones recurrentes.

La posibilidad de enfermedad recurrente en la evolución subsecuente es un riesgo bien reconocido en la literatura, que inclusive puede presentarse en áreas anatómicas diferentes.

Por ello es que se enfatiza que las resecciones deban ser limitadas, y nunca buscar el tener márgenes microscópicos negativos, ya que resecciones extensas, de manera repetida con las recurrencias pueden originar un riesgo muy importante de síndrome de intestino corto. Debido al riesgo de reoperaciones en estos pacientes se ha propuesto que la cirugía laparoscópica podría ocupar un papel muy importante en los pacientes con EC, aunque es aún controvertido, recientemente se demostraron ventajas en un estudio controlado al azar del método laparoscópico comparado con el método abierto para resecciones ileocecales.(14,15)

Mediante lo anterior el caso clínico expuesto de nuestro paciente fue abordado siguiendo las opciones terapéuticas según lo descrito en la literatura, mejorando su calidad de vida y supervivencia.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guideline World Gastroenterology Organization, 2015
- 2.- Victoria CR, Sassak LY, Nunes HR de C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arq Gastroenterol* 2009; 46:20–5.
- 3.- *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019;48(4):263-270
- 4.- Enrique Medina Benítez, Daniel Fuentes Lugo, Lucrecia Suárez Cortina, Gerardo Prieto Bozano. Hospital 12 de octubre. Madrid, Hospital Ramón y Cajal. Madrid, Universitario La Paz. Madrid Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
- 5.- *Rev Col Gastroenterol* / 27 (3) Supl 2012
- 6.-Fernando Gomollón, Miquel Sans, Gastroenterologia y Hepatologia. Problemas Comunes en La Practica Clinica
- 7.-Hugo Monrroy B.1 y Patricio Ibáñez L.1,2 *Gastroenterol. latinoam* 2013; Vol 24, Nº 2: 85-90
- 8.- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Crohn en la población adulta, instituto mexicano del seguro social,2014
9. -Tratamiento médico para enfermedad inflamatoria intestinal, Fabián Juliao Baños, Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología
- 10.-*Revista médica de costa rica y centro america* lxxix (601) 153-156, 2012
- 11.-Julia Porcel Ruiza,,Rocío Hernández Blayaa, Álvaro Muñoz Galindob,y Belén Granados López,Obstrucción intestinal como comienzo de la enfermedad de Crohn, m e d g e n y f a m . 2 0 1 5;4(1):22–24, Elsevier,espana.
12. -Takeshi Takahashi-Monroy, Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn, *Gac Méd Méx* Vol.141 No. 5, 2005
- 13.-Guillermo Otoy Moreno, a, Luis Borda b, Luis Chiroque, b, María Grazia Venturelli, Enfermedad de Crohn: presentación de caso clínico y revisión de la literatura, *Rev Gastroenterol Perú*. 2014;34(4):339-44
- 14.-<https://sacp.org.ar/revista/index.php/23-numeros-antiores/volumen-28-numero-1/164-capitulo-4-enfermedad-de-crohn-de-intestino-delgado>
- 15.-Rodrigo Azolas Marcos,Mauricio Díaz Beneventi, Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn,Escuela de medicina universidad finis terr