

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ENFERMEDAD DE CROHN. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dr. Rey Cosme Rodríguez Vázquez<sup>1</sup>, Dra. Leonila Noralis Portal Benítez<sup>2</sup> y Dr. Rafael Fleites Pérez<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [cosme@capiro.vcl.sld.cu](mailto:cosme@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC
3. Residente de segundo año de Cirugía General. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

ENFERMEDAD DE CROHN

*Subject headings:*

CROHN DISEASE

La ileítis regional o enfermedad de Crohn fue descrita por Crohn y Openheimer en 1932, en varios pacientes con signos de edema, adenopatías y obstrucción del íleon terminal; posteriormente, se encontró en todo el tubo digestivo y se le llamó enteritis granulomatosa, de causa no precisada; actualmente se considera que es autoinmune, se acompaña frecuentemente de colitis ulcerativa que tiene igual origen, pero se diferencia en que solo afecta la mucosa y submucosa, y la enteritis o Crohn lesiona todas las capas<sup>1</sup>.

La enfermedad de Crohn (EC) es una inflamación crónica transmural de origen desconocido, en cuya patogenia participa una alteración de la respuesta inmune. Puede afectar la totalidad del tracto digestivo y asociarse con manifestaciones sistémicas y extraintestinales. Presenta determinados patrones clínicos que cursan con una distribución segmentaria a lo largo del intestino, una naturaleza focal y ocasionalmente granulomatosa de las lesiones microscópicas. Su carácter transmural y cicatrizal explica el desarrollo frecuente de estenosis y fístulas. En la evolución natural de la enfermedad se alternan frecuentemente brotes de actividad inflamatoria con períodos de remisión, y existe una elevada tendencia a la recurrencia tras la resección quirúrgica de los tramos afectados<sup>2,3</sup>.

La enfermedad se ha clasificado de acuerdo con:

- Su localización (estómago-duodeno, yeyuno, íleon, colon, anal)
- Su extensión (localizada o difusa)
- Su evolución (inflamatoria, obstructiva o fistulizante)
- Su antecedente quirúrgico (primario o recurrente)

Para el diagnóstico se utilizan los criterios de Lennard-Jones, ya que no existen elementos patognomónicos. Deben excluirse las causas infecciosas (microorganismos entéricos, parásitos, Clostridium difficile, entre otros) y otras enfermedades que evolucionen con inflamación intestinal

(isquemia, radiación, etc.). El diagnóstico se realiza con el conjunto de datos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos; estos últimos son obtenidos de las biopsias, del examen de la muestra quirúrgica o ambos<sup>5,6</sup>.

El tratamiento es médico de forma general y tiene sus indicaciones quirúrgicas muy precisas: intratabilidad (diarreas rebeldes y pérdida de peso), intolerancia al tratamiento médico, estenosis con crisis intestinales de obstrucción, fístulas, hemorragias, perforación libre, cáncer, crisis tóxica y masa tumoral<sup>7</sup>.

#### Presentación del paciente

Se trata de un paciente de 34 años de edad, sexo masculino y raza blanca, que ingresa el 18 de octubre de 2005 por gran distensión abdominal. Entre los antecedentes patológicos personales refiere haber sido operado de litiasis vesicular hace algunos años, además de padecer de pancreatitis crónica no confirmada. Hace siete años presentó constipación de más de una semana de duración y gran distensión abdominal, por lo que ocasionalmente ha requerido ingresos con medidas descompresivas, seguido de diarreas, con pujos, tenesmos y sensación de angustia. Ha perdido más de 20 libras de peso en un período de dos meses. Durante todos estos años ha tenido tratamiento médico con esteroides y antibióticos, pero no ha logrado su mejoría, lo que ha generado trastornos en su vida personal. Al examen físico se pudo observar que el paciente estaba caquético, su abdomen tenía gran distensión, se visualizaban asas en movimiento, no se palpaba tumor, y a la percusión había timpanismo; los ruidos hidroaéreos eran normales y no se halló reacción peritoneal. Se le indicaron exámenes complementarios: los hematológicos resultaron normales, solo es de señalar la Hb = 9,8g/L; el ultrasonido abdominal no reveló alteraciones. Se le realizó un tránsito intestinal, donde se observó gran distensión de asas delgadas, con imagen de fragmentación en su porción terminal. Se le practicó colonoscopia (Fig 1), donde se informó estenosis a los 50 cm; se tomó muestra para biopsia y se halló moderado infiltrado crónico y displasia.

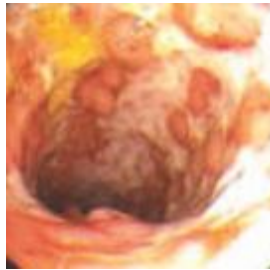


Fig 1 Colonoscopia

Se mejoró el estado nutricional por vía enteral y parenteral y se decidió la intervención quirúrgica por no haber resuelto con tratamiento médico y padecer de oclusiones intestinales frecuentes. Fue operado el 3-11-2005 y se encontró estenosis de íleon terminal (Figs 2,3), que tomaba el ciego por proceso inflamatorio. Se resecó íleon y colon ascendente y se continuó con anastomosis íleon-colónica término-terminal en dos planos (Fig 4); el resto del colon fue normal. Se realizó biopsia No. 6220-05, donde se informó aspecto macroscópico característico de enfermedad de Crohn, asociado a inflamación transmural con fibrosis, formación de folículos linfoides y toma evidente del meso, lo que confirma la enfermedad de Crohn. El paciente presentó una evolución satisfactoria y se le dio el alta a los ocho días del postoperatorio. Se continuó su evolución por consulta (en tres ocasiones), donde se comprobó aumento de peso (más de 15 libras); refirió diarreas ocasionales y escasas, pero no existía distensión abdominal; en la actualidad lleva una vida útil y normal.



Fig 2 Se señala estenosis marcada en íleon terminal



Fig 3 Se observa proceso estenótico a nivel de íleon terminal y ciego.



Fig 4 Anastomosis final íleo-colónica.

#### Comentario

El paciente llevaba más de siete años con crisis de diarreas y obstrucción, pérdida de peso y tratamiento intenso con esteroides, lo cual lo llevó a una caquexia y a una vida social y personal no útil; se valoró todo lo anterior y se decidió la intervención quirúrgica, que fue exitosa. La bibliografía consultada concuerda con la clínica, así como con la conducta tomada y posterior evolución<sup>8,9</sup>. El paciente se integró nuevamente a la vida social.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Heust RD. Management of small bowel Crohn disease. *Probl Gen Surg.* 1999;16(2):58-67.
2. Colcock BP, Braasch JW. Cirugía del intestino delgado en el adulto. En: *Problemas actuales de la cirugía clínica vol.5.* Barcelona: Científico-Médica; 1969. p. 312-401.
3. Kornbluth A, Sachar DB, Salomón P. Enfermedad de Crohn. En: *Sleisenger F. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas.* Buenos Aires: Panamericana; 2000. p. 204-7.
4. Persson PG, Ahlbom A, Hellers G. Diet and inflammatory bowel disease: a case-control study. *Epidemiology.* 2002;3:47-52.
5. Brandes JW, Lorenz-Meyer H. Sugar free diet: a new perspective in the treatment of Crohn disease? Randomized, control study. *Z Gastroenterol.* 2003;19:1-12.
6. Vergara M, Casellas F, Badia X, Malagelada JR. Assessing the quality of life of household members of patients with inflammatory bowel disease: development and validation of a specific questionnaire. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1429-37.
7. Shoda R, Masueda K, Yamato S, Umeda N. Epidemiologic analysis of Crohn's disease in Japan: increased dietary intake of n-6 polyunsaturated fatty acids and animal protein relates to the increased incidence of Crohn's disease in Japan. *Am J Clin Nutr.* 2005;63:741-5.

8. Riordan AM, Hunter JO, Cowan RE. Treatment of active Crohn's disease by exclusion diet: East Anglian Multicentre Controlled Trial. *Lancet*. 2003;342:1131-4.
9. O'Morain C, Segal AW, Levi AJ. Elemental diet as primary treatment of acute Crohn's disease: a controlled trial. *Br Med J*. 2004;288:1859-62.