

PRESENTACIÓN DE CASO

Enfermedad de Crohn

Crohn's disease

Dra. Alina Torreblanca Xiques*

*Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Medios Diagnósticos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Alina Torreblanca Xiques, correo electrónico: alinatb@ltu.sld.cu.

RESUMEN

La enfermedad de Crohn se produce por una respuesta inmune desproporcionada del intestino, frente a un agente aun no claramente identificado, en individuos genéticamente susceptibles, lo que produce una reacción inflamatoria crónica descontrolada de la mucosa intestinal, progresiva y destructiva. Se presenta el caso de una mujer de 52 años, intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones, con formación de fístulas a la piel del abdomen tras las dos cirugías. Los síntomas cardinales fueron la diarrea, flatulencia, astenia, caída del cabello y dolores articulares. Los hallazgos en las heces fecales, las radiografías simples y contrastadas y la videocolonoscopía fueron muy sugestivos de enfermedad de Crohn. El estudio histológico confirmó el diagnóstico. La paciente ha mejorado con el tratamiento farmacológico administrado, a la espera de la solución quirúrgica de las fístulas.

Palabras clave: ENFERMEDAD DE CROHN; ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL; COLONOSCOPIA.

Descriptores: ENFERMEDAD DE CROHN; ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO; COLONOSCOPIA; COLONOGRFÍA TOMOGRFICA COMPUTARIZADA.

SUMMARY

Crohn's disease is the consequence of a disproportionate immune response of the intestine against a not yet clearly identified agent in genetically susceptible individuals, which leads to an excessive, progressive, destructive and chronic inflammatory reaction of the intestinal mucosa. This is a case of a 52-year-old woman who underwent two surgeries, suffering, afterwards, from fistula to the skin of the abdomen. The cardinal symptoms were diarrhea, flatulence, asthenia, hair loss and joint pains. Findings in fecal tests, simple and contrasted radiographies and video-colonoscopy were highly suggestive of Crohn's disease. The histological examination confirmed the diagnosis. The patient has evolved with the administered pharmacological treatment, expecting the surgical solution to the fistulas.

Key words: CROHN'S DISEASE; INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASE; COLONOSCOPY.

Descriptors: CROHN DISEASE; INFLAMMATORY BOWEL DISEASES; COLONOSCOPY; COLONOGRAPHY, COMPUTED TOMOGRAPHIC.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es parte de las llamadas enfermedades inflamatorias del colon; se produce por una respuesta inmune desproporcionada del intestino, frente a un agente medioambiental relacionado con gérmenes enteropatógenos, en individuos genética e inmunológicamente susceptibles que conlleva a una reacción inflamatoria crónica descontrolada de la mucosa intestinal, progresiva y destructiva. Se caracteriza por el compromiso transmural fistulizante que puede afectar todo el tracto digestivo y la región perianal. El

síntoma fundamental es la diarrea con o sin sangre, pero se asocia a manifestaciones heterogéneas con periodos de exacerbación y remisión, que incluyen dolor abdominal, pérdida de peso, anemia, fiebre, astenia, anorexia y, en algunos casos, obstrucción intestinal, fístulas peri-anales y rectovaginales que son complejas y suelen no cicatrizar, abscesos y manifestaciones extradigestivas. (1, 2)

La etiología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es desconocida, posiblemente multifactorial, por factores genéticos, inmunitarios, vasculares y medioambientales. Una de las teorías es que un



antígeno ¿microbiano? penetra en el epitelio intestinal y genera una respuesta inmune alterada en un individuo predispuesto genéticamente, desencadenando la afección. Entre un 12 y un 18 % de los pacientes con EII tienen algún familiar con la enfermedad. Con el desarrollo y la modernización de la sociedad, se incrementa la colitis ulcerosa y se estabiliza un cierto número de afectados; luego aparece la enfermedad de Crohn y su número aumenta en valores mayores que la colitis ulcerosa. (2-4)

Es probable que el aumento de la incidencia de esta enfermedad se deba a un conjunto de factores medioambientales y económicos que incluyen la mejoría en las condiciones sanitarias, la dieta más rica en grasas y carbohidratos y baja en fibras, junto al uso de condimentos y mejores condiciones de conservación. (5, 6) Se trata de una enfermedad que afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 52 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo controlados, que comienza con un dolor abdominal agudo, valorada en cirugía y llevada al salón con el diagnóstico de una apendicitis aguda. En el acto quirúrgico se define como una peritonitis por un divertículo perforado; la paciente sale del salón con la herida quirúrgica abierta y es llevada a cuidados intensivos; 24 horas después fue reintervenida para el cierre de la herida; tiene una mejoría clínica aparente, pero a las 48 horas hace una dehiscencia de la herida en un punto de la sutura de piel y se interpreta como un posible rechazo a los puntos internos.

Se da de alta mejorada y a los 17 días se abre un trayecto fistuloso a la piel de la pared anterior del abdomen, con secreción fibrinoamarillenta; se le indica tratamiento y vigilancia. Dos años después es operada nuevamente con el diagnóstico de un posible granuloma y una hernia incisional en la cicatriz postquirúrgica; en el acto quirúrgico se tomó muestra de íleon para buscar una posible enfermedad de Crohn. La biopsia confirma el diagnóstico. En breve se abrió un trayecto fistuloso hacia la piel con tres orificios, de donde brota una secreción fibrinosa y algo fétida (**figura 1**).

En su evolución posterior mantiene cuadros diarreicos por crisis, acompañados de cólicos abdominales y flatulencia casi siempre con tenesmo; también, astenia, piel seca, caída del cabello, dolores articulares y los tres orificios fistulosos en la cicatriz postquirúrgica. Llega a la consulta de gastroenterología sin un diagnóstico definido; se le indican estudios para determinar el grado de actividad de la enfermedad en ese momento y tomar una conducta médica.

FIGURA 1. Fístulas en la pared abdominal anterior



En el examen físico se encontraron como signos positivos las mucosas hipocoloreadas y la piel seca, áspera y agrietada; el pelo era escaso con tendencia a la caída. En el abdomen se comprobaron tres orificios fistulosos en la cicatriz postquirúrgica a nivel del mesogastrio, de los cuales drenaba una secreción fibrinosa amarillenta, algo fétida. No tenía dolor a la palpación ni visceromegalia. Los signos vitales fueron normales.

Los resultados de los exámenes complementarios arrojaron lo siguiente:

- Hemoglobina: 9,5 g/l.
- Eritrosedimentación: 60 mm/h.
- Glicemia: 4,4 mmol/L.
- Creatinina: 120 mmol/L.
- Proteína C reactiva: positiva.

Adicionalmente, el ácido úrico estaba elevado, el hierro sérico disminuido, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia con fosfatasa alcalina normal. El examen directo de las heces fecales mostró abundantes hematíes, leucocitos, moco y picitos. El cultivo de la secreción de las fístulas fue positivo con aislamiento de *Escherichia coli*.

La radiografía simple de abdomen encontró ausencia de materia fecal formada. En el estudio de colon por enema se informó reflujo de bario en el íleon terminal con irregularidades, patrón empedrado, nódulos, rigidez, separación entre las asas intestinales, estrechamiento de la luz y fístulas. El estudio imaginológico del tránsito intestinal reportó una velocidad acelerada con llegada al colon a los 30 minutos y lesiones similares a las encontradas en el colon por enema (**figura 2**).

FIGURA 2. Imagen de la radiografía contrastada del tránsito intestinal



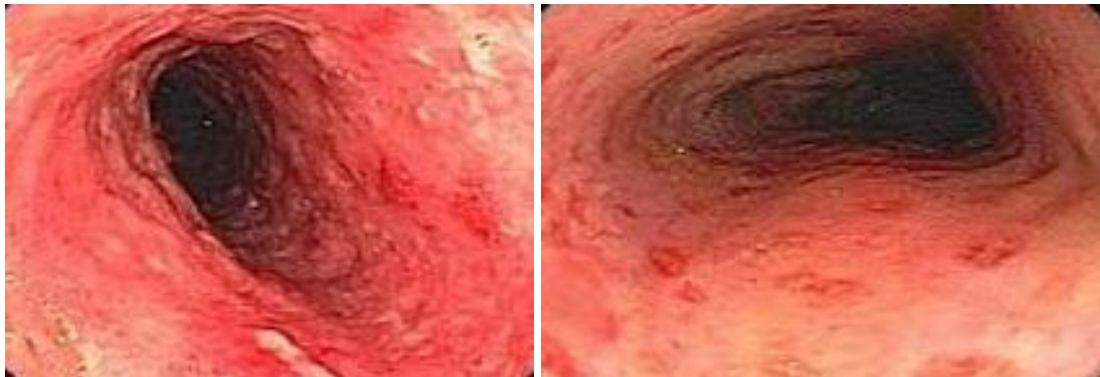
La colonoscopia de los seis segmentos del colon, incluyendo el íleon, reveló un patrón inflamatorio discontinuo, ulceraciones serpiginosas, la mucosa con aspecto de empedrado que alterna con zonas normales, sin estenosis ni masa tumoral visible (figura 3).

En el examen histológico se describió la presencia de inflamación crónica local discontinua, deformidad de las criptas, inflamación transmural, granulomas y aumento de los linfocitos intraepiteliales.

DISCUSIÓN

Llama la atención en el caso aquí presentado, los antecedentes de dos cirugías de abdomen, la primera de urgencia por peritonitis y la segunda electiva debido a una hernia incisional, que se asociaron con fístulas abiertas a la piel. Los síntomas acompañantes referidos y los signos encontrados al examen físico coinciden con la bibliografía consultada. (3, 4) Las lesiones observadas en el diagnóstico endoscópico y el patrón histológico descrito confirmaron el diagnóstico de enfermedad de Crohn.

FIGURA 3. Aspecto empedrado y lesiones ulcerosas de aspecto serpiginoso de la mucosa del colon



La historia clínica y el examen de las heces permiten un diagnóstico de presunción de esta afección, que debe confirmarse siempre. Las radiografías simples del abdomen pueden ayudar a estimar la gravedad y la extensión proximal de la enfermedad de Crohn al mostrar la desaparición de la imagen austral, el edema de la mucosa y la ausencia de heces formadas en el intestino enfermo; el enema de bario, al igual que la colonoscopia, no suele ser imprescindible antes del tratamiento y puede ser peligroso en las etapas activas por el riesgo de perforación. En la actualidad se dispone de métodos imaginológicos más avanzados, que deben ganar espacio en los protocolos de atención de la enfermedad. (7) No obstante, durante el curso posterior de la enfermedad debe evaluarse todo el colon, para determinar la extensión de la afectación; la colonoscopia total es el método más sensible y ampliamente utilizado, aunque el enema de bario puede ser informativo. Los estudios con bario

muestran reflujo de bario en el íleon terminal con irregularidades, patrón empedrado, nódulos, rigidez, separación entre las asas intestinales, estrechamiento de la luz y fístulas. Tras una duración de varios años puede observarse a menudo un colon rígido y acortado, con una mucosa atrófica o tumoraciones. (1)

La biopsia es obligatoria para valorar la naturaleza de la inflamación; puede ayudar también a distinguir una colitis ulcerosa de una enfermedad de Crohn, si la inflamación está muy localizada o si se observa un granuloma. (5, 6) Generalmente este último es crónico, con exacerbaciones y remisiones repetidas. Un ataque inicial rápidamente progresivo puede volverse fulminante en aproximadamente un 10 % de los pacientes, con complicaciones como hemorragia masiva, perforación o sepsis y toxemia. (1, 2)

Las terapias de la EII son un área en expansión, en la cual se ensayan diversas alternativas como los anticuerpos monoclonales, otros productos biológicos

y las células madre. (3, 8) Los ajustes nutricionales conforman uno de los pilares básicos del cuidado de estos enfermos. (6, 9, 10)

La paciente descrita en el presente reporte está en fase de tratamiento farmacológico, con el uso de la azulfidina a dosis máxima, además de antibióticos y corticoides; se espera llevarla al quirófano para la reconstrucción de las fístulas.

La evolución crónica de cuadros inflamatorios abigarrados debe hacer sospechar la existencia de alguna de las variantes de enfermedad inflamatoria intestinal. Con la realización de una videocolonoscopia y el estudio histológico se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Crohn en una paciente con dos intervenciones quirúrgicas, ahora estable con tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Baños F, Vélez M, Arango J, Gómez J, Zuluaga J, Velayos F, *et al.* Fenotipo e historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia en Medellín-Colombia. (Spanish). *Revista Colombiana De Gastroenterología* [revista en internet]. 2010, Jul [citado 12 de febrero 2015]; 25(3): 240-251. Disponible en: *MedicLatina*.
2. Cantú Llanos E, Ochoa Rodríguez G, López Betancourt G, Ayala Gaytán J, Ulloa Ortiz O. Gangrena de Fournier en la enfermedad de Crohn: reporte de un caso. (Spanish). *Medicina Interna De Mexico* [revista en internet]. 2012, Nov [citado 12 de febrero 2015]; 28(6): 608-611. Disponible en: *MedicLatina*.
3. Cabezuelo J, Egea J, Ramos F, Torrella E, Muray S, Alcázar C. Utilidad del infliximab en el tratamiento de la amiloidosis secundaria en la enfermedad de Crohn. (Spanish). *Nefrología* [revista en internet]. 2012, Jun [citado 12 de febrero 2015]; 32(3): 385-388. Disponible en: *MedicLatina*.
4. Fernández Rodríguez A, Fernández I, Navas García N. Systemic Lupus Erythematosus and Crohn's Disease: A Case Report. *Reumatología Clínica* [revista en internet]. 2012, May [citado 12 de febrero 2015]; 8(3): 141-142. Disponible en: *MedicLatina*.
5. Juliao Baños F, Agudelo Zapata Y, Yepes Delgado C. Variación en el cuidado de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): resultado de una encuesta. (Spanish). *Revista Colombiana De Gastroenterología* [revista en internet]. 2014, Enero [citado 12 de febrero 2015]; 29(1): 11-18. Disponible en: *MedicLatina*.
6. Navas López V, Martín de Carpi J, Segarra O, García Burriel J, Díaz Martín J, Juste M, *et al.* Present; Prescription of Enteral Nutrition in pediaTric Crohn's disease in Spain. *Nutricion Hospitalaria* [revista en internet]. 2014, Mar [citado 12 de febrero 2015]; 29(3): 537-546. Disponible en: *Academic Search Premier*.
7. Romero Sánchez G, Díaz Zamudio M, Yamamoto Furusho J, Romero Trejo C, Téliz Meneses M, Vázquez Lamadrid J, *et al.* Enfermedad de Crohn: evaluación con enterorresonancia magnética. (Spanish). *Anales De Radiología, Mexico* [revista en internet]. 2014, Enero [citado 12 de febrero 2015]; 13(1): 59-72. Disponible en: *MedicLatina*.
8. Ordás I, García Bosch O, Ricarte E, Panés J. Tratamiento con células madre para la enfermedad de Crohn. (Spanish). *Medicina Universitaria* [revista en internet]. 2010, Abr [citado 12 de febrero 2015]; 12(47): 120-124. Disponible en: *MedicLatina*.
9. Solar Boga A, Bautista Casasnovas A, Bousoño García C. Alimentación y enfermedad inflamatoria intestinal. Tratamiento y control nutricional de la EII en pediatría. Parte 1. (Spanish). *Acta Pediátrica Española* [revista en internet]. 2012, Sep [citado 12 de febrero 2015]; 70(8): 299-311. Disponible en: *MedicLatina*.
10. Solar Boga A, Bautista Casasnovas A, Bousoño García C. Alimentación y enfermedad inflamatoria intestinal. Tratamiento y control nutricional de la EII en pediatría. Parte 2. (Spanish). *Acta Pediátrica Española* [revista en internet]. 2012, Oct [citado 12 de febrero 2015]; 70(9): 357-368. Disponible en: *MedicLatina*.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.