

Caso Clínico: Abordaje Quirúrgico de la Enfermedad de Crohn

Miryam Cristina Becerra Palacios¹, Cinthya Elizabeth Carrasco Encalada¹, Diego Mauricio Ordoñez Ruilova¹, David Augusto Andrade Zamora², Fernando Vinicio Benítez Pardo², Enrique Augusto Moscoso Toral³.

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
2. Servicio de Gastroenterología. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
3. Servicio de Cirugía. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Cinthya Elizabeth Carrasco Encalada
Correo electrónico: cinthya_elizabeth.07@hotmail.com

Dirección: Av. José Carrasco Arteaga entre Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Azuay – Ecuador.
Código Postal: EC010210
Teléfono: [593] 072 861 500

Fecha de Recepción: 01-02-2017
Fecha de Aceptación: 15-06-2017
Fecha de Publicación: 28-07-2017

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Becerra M, Carrasco C, Ordoñez D, Andrade D, Benítez F, Moscoso E. Caso Clínico: Abordaje Quirúrgico de la Enfermedad de Crohn. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 191 - 194. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.cc.31>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2017 Carrasco et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Public License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original y bajo la misma licencia del original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn es infrecuente en nuestro medio, su etiología se desconoce, y se caracteriza por afectar cualquier parte del tubo digestivo. El 30% de los pacientes con enfermedad de Crohn tienen afectación del intestino delgado (en particular el íleon terminal), otro 20% el colon, y hasta un 45% tienen afectación en ambos (intestino delgado y colon). El objetivo de la publicación de este caso fue describir el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente masculino de 71 años de edad con múltiples comorbilidades que presentó un cuadro clínico con síntomas digestivos de 6 años de evolución; fue diagnosticado con enfermedad de Crohn 3 años antes y recibió tratamiento a base de corticoides y biológicos durante dos años, sin presentar una respuesta satisfactoria; por ello, se decidió realizar una hemicolectomía derecha + íleo-transverso anastomosis termino-lateral por vía laparoscópica.

EVOLUCIÓN: Tres meses después presentó una fístula entero-cutánea de 24 mm a nivel de sitio quirúrgico que requirió resolución quirúrgica. Quince meses después de la primera intervención se realizó un control colonoscópico que evidenció reactivación de la enfermedad, por lo que se reinició tratamiento con terapia biológica.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Crohn tiene un alto índice de recidiva y el riesgo se incrementa según los hábitos del paciente. Los objetivos principales de la cirugía son aliviar las complicaciones y contribuir a mejorar en lo posible la calidad de vida del paciente.

***DESCRITORES DeCS:** ENFERMEDAD DE CROHN, TERAPÉUTICA, CIRUGÍA GENERAL.

ABSTRACT

Case Report: Surgical Approach to Crohn's Disease.

BACKGROUND: Crohn's disease is not frequent in our environment; its etiology is unknown and may affect any part of the digestive tube. 30% of patients with Crohn's disease have small intestine affection (particularly of the terminal ileum), other 20% only the colon, and around 45% of them have both affected. The aim of this case report was to describe the surgical treatment of this disease.

CASE REPORT: It is about a 71-years old male patient with much comorbidity who had digestive symptoms for 6 years. He was diagnosed with Crohn's disease 3 years before and was treated with corticosteroids and biological medicine for 2 years with no-satisfactory response; so a right hemicolectomy + ileum-transverse end-to-side anastomosis was performed by laparoscopy.

EVOLUTION: The patient developed a 24 mm enterocutaneous fistula three months later; it was located at the surgical site and required surgical resolution. A colonoscopy was performed fifteen months after first intervention; it evidenced Crohn's reactivation so the biological therapy was restarted.

CONCLUSION: Crohn's disease has a high recurrence rate and the risk increases in relation of patient's habits. The main objectives of surgery are to relieve complications and contribute to improve life quality as possible.

KEYWORDS: CROHN DISEASE, THERAPEUTICS, GENERAL SURGERY.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una condición inflamatoria crónica que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano; tiene una mayor propensión a afectar el íleon distal. Aproximadamente el 30% de los casos de enfermedad de Crohn tienen afectación del intestino delgado, en particular el íleon terminal, otro 20% solamente el colon y hasta en un 45% de los casos el intestino delgado y el colon están afectados [1, 2]. El tratamiento está enfocado en la paliación de la sintomatología, inicialmente a base de un tratamiento médico para inducir la remisión de la enfermedad; el tratamiento quirúrgico se reserva cuando no existe una respuesta satisfactoria al tratamiento médico o cuando hay complicaciones. Se estima que entre el 50% y 70% de pacientes requieren intervención quirúrgica y más de la mitad de los que se someten a cirugía, necesitarán más de una intervención [1].

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 71 años de edad, mestizo, casado y residente en Cuenca. Se detallan como antecedentes patológicos personales: alergia al medio de contraste yodado; Psoriasis diagnosticada 31 años antes y en tratamiento a base de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) + Metotrexate + biológicos; Espondiloartritis de 30 años de evolución; evento cerebro-vascular (ECV) isquémico hace 29 años con hemiplejía izquierda como secuela; taquicardia supraventricular paroxística con tratamiento a base de ácido acetilsalicílico (ASA) 100 mg; hipertensión arterial (HTA) de 5 años de evolución tratada con Atenolol 50 mg. Síndrome Coronario Agudo no especificado hace 3 años; Lipomatosis múltiple diagnosticada 4 meses antes del ingreso; gastropatía eritematosa y erosiva de 6 años de evolución tratado con inhibidores de la bomba de protones; y enfermedad de Crohn diagnosticada 3 años antes.

Como antecedentes quirúrgicos destacan: amigdalectomía hace 41 años; safenectomía hace 21 años; colecistectomía hace 10 años; apendicectomía hace 7 años; reparaciones de hernias discales lumbares por 6 ocasiones; reparación de hernias incisionales por 4 ocasiones (última 6 años antes); excéresis de lipomas (15 en tórax y espalda) hace 3 años; polipectomía hace 3 años; ligadura de hemorroides hace 2 años; resección transuretral de próstata hace 2 años y medio por esclerosis de cuello vesical. Hábitos: fumador de 6 cigarrillos diarios por 10 años.

Paciente refirió cuadro clínico de 6 años de evolución caracterizado por epigastralgia urente, sensación de plenitud gástrica, dolor abdominal insidioso en flancos abdominales, episodios de diarrea y constipación, alza térmica y hematoquecia intermitente. Se realizó un estudio con cápsula endoscópica que evidenció estenosis del 60% de apariencia intrínseca a nivel de íleo terminal, varias úlceras serpiginosas sin sangrado además de polipomatosis, siendo diagnosticado con enfermedad de Crohn. Se instauró tratamiento a base de Adalimumab, Prednisona 60 mg/día y Azatioprina 200 mg/día sin obtener respuesta, por lo que se decidió resolución quirúrgica. Se realizó hemicolectomía derecha más íleo transverso anastomosis termino-lateral laparoscópica. Hallazgos: íleo afectado de aspecto acartonado aproximadamente unos 40 cm desde la válvula íleo-cecal, adherencias de colon transverso hacia pared abdominal y adherencias de epiplón hacia lecho vesicular; se coloca dren de Penrose.

Anatomía patológica: la muestra correspondió a un segmento de intestino de 48 cm de longitud por 2.5 cm en el borde de resección

proximal y 3 cm en el borde de resección distal. La serosa con apariencia deslustrada, color marrón grisáceo. A la apertura del espécimen se aprecian múltiples lesiones ulceradas de bordes irregulares de entre 1.5 y 2 cm con áreas cicatriciales ubicadas a 8 cm del borde de resección distal y 5 cm del borde de resección proximal; del tejido adiposo adyacente se aislaron 2 nodulaciones con medidas entre 0.5 y 1 cm de diámetro mayor. Diagnóstico: hemicolectomía derecha, enfermedad inflamatoria intestinal y ganglios linfáticos con hiperplasia linfoide.

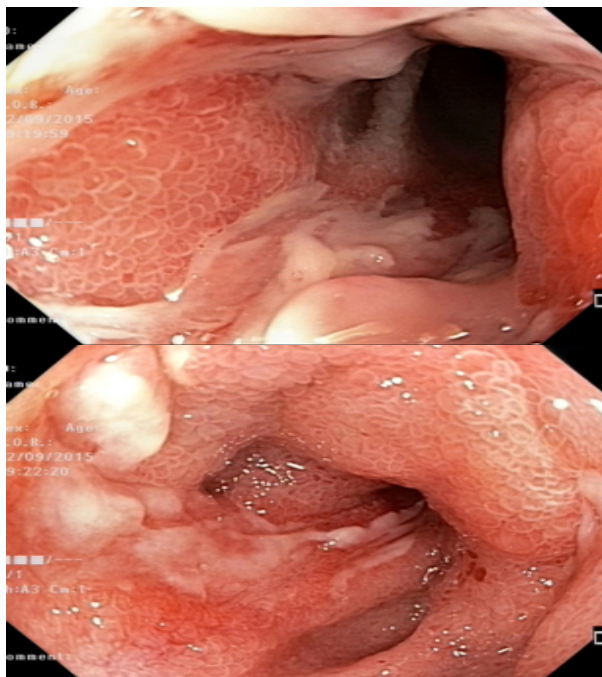
EVOLUCIÓN

Dos días después de la intervención quirúrgica presentó un pico febril de 39°C, dolor, distensión abdominal y peristaltismo disminuido; al cuadro se sumó leucocitosis con neutrofilia, anemia e hipoalbuminemia. Se realizó laparoscopia exploratoria y se visualizó líquido cetrino (aproximadamente 200 ml); el cultivo tuvo un resultado negativo. Se descartó la presencia de una fuga en la anastomosis y se colocó un dren tipo Jackson-Pratt en el lecho anastomótico, mismo que fue retirado después de una semana.

Tres meses luego de la intervención se evidenció la presencia de una fistula entero-cutánea de 24 mm a nivel de la herida que mantuvo contacto entre la piel y el íleon terminal; se instauró tratamiento con biológicos (Adalimumab – Infliximab) durante 5 meses sin obtener respuesta, por lo que se decide realizar una nueva intervención quirúrgica con cierre de la fístula entero-cutánea + resección de anastomosis ileo-colónica + nueva anastomosis latero-lateral ileo-colónica.

Luego de 15 meses desde la primera intervención se realizó un control colonoscópico (imagen 1) que evidenció erosiones y ulceraciones con mucosa congestiva distribuidas en forma parcelar a nivel de íleon. Se reinició tratamiento con biológicos (Adalimumab + Prednisona).

Imagen 1. Colonoscopia (íleon terminal): úlceras irregulares cubiertas con fibrina, rodeadas de tejido inflamado. Se observa deformidad de la luz por estenosis.



Pronóstico: debido a las altas tasas de recidiva, el paciente posee un alto riesgo de precisar una nueva intervención quirúrgica; al momento presenta una reactivación clínica de la enfermedad y se encuentra en tratamiento con biológicos.

DISCUSION

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica inflamatoria que cursa con períodos de remisión y recaída que puede afectar todo el tracto digestivo. Su etiología no ha sido completamente dilucidada y se estima que su incidencia anual está entre 5 y 10 casos por 100.000 habitantes [3]. La edad de aparición tiene una distribución bimodal con el primer pico entre los 15 y 30 años de edad, y el segundo entre los 60 y 70 años [1].

La inflamación crónica deteriora la capacidad de los órganos afectados para funcionar correctamente, dando lugar a síntomas como calambres abdominales, diarrea, sangrado rectal y fatiga [1, 2]. Los pacientes pueden presentar anemia por múltiples causas incluyendo inflamación crónica, malabsorción de hierro, vitamina B-12 o folatos y pérdida crónica de sangre; la hipoalbuminemia es un hallazgo de laboratorio común en pacientes con enfermedad de Crohn debida a tratamiento subóptimo [1].

La enfermedad de Crohn altera todo el espesor de la pared intestinal, la anomalía inicial consiste en hiperemia y edema de la mucosa involucrada; más tarde se desarrollan úlceras superficiales sobre los agregados linfoides. Pueden convertirse en úlceras profundas, serpiginosas, localizadas transversalmente y longitudinalmente sobre una mucosa inflamada con áreas sanas entre los segmentos intestinales afectados [4].

El tratamiento de la enfermedad de Crohn ha cambiado en los últimos años gracias al desarrollo de agentes anti-TNF biológicos (por ejemplo: Infliximab y Adalimumab) y ha mejorado la inducción y el mantenimiento de la remisión clínica en los pacientes; si falla la terapia médica para la enfermedad de Crohn activa, la resección quirúrgica del intestino inflamado, con restauración de la continuidad, está indicada [5].

Más del 70% de individuos con enfermedad de Crohn necesitarán cirugía a lo largo de su vida [1]. La resección intestinal puede calmar los síntomas, sin embargo entre 85% y 90% de los individuos desarrollan recurrencia de la enfermedad dentro del primer año postoperatorio [6-9]. La enfermedad tiende a repetirse en el lugar

de la anastomosis, y ocasionalmente se trata con éxito mediante inmunomoduladores o terapia biológica [10].

Dentro de los cinco primeros años desde el diagnóstico de enfermedad de Crohn, la yeyunoileítis y la colitis requieren cirugía en hasta 50% de los casos, mientras que en la ileocolitis este porcentaje asciende al 75%. Algunas indicaciones para la intervención quirúrgica incluyen: síntomas persistentes a pesar de las altas dosis de corticosteroides, fístulas médicamente intratables, obstrucción, hemorragia intratable, perforación, megacolon tóxico y cáncer [11].

Las fístulas entero-cutáneas espontáneas son muy raras (0.3%) y suelen presentarse con alto débito, hipoalbuminemia y malnutrición [12]. Aproximadamente en 30-40% de los casos las fístulas responden al tratamiento con inmunomoduladores, pero extraordinariamente sanan con corticosteroides [11]. Si la fístula es posquirúrgica y aparece en los primeros 7 días, será menester reintervenir al paciente; sin embargo, si aparece después pero sin exceder los 60 días, puede tratarse de forma conservadora [13].

Al retirar la porción enferma del intestino, la inflamación puede reaparecer adyacente al sitio de la cirugía, incluso si esa parte del intestino fue normal antes de la cirugía. Los objetivos principales de la cirugía para la enfermedad de Crohn son aliviar las complicaciones y contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente [10].

Existen dificultades técnicas que se presentan durante la cirugía, incluyen: problemas para localización de planos, presencia de fístulas, presencia de masas inflamatorias, mesos engrosados o friables (hemorragia), y un elevado porcentaje de adherencias [11].

La complicación posquirúrgica más común en la enfermedad de Crohn es la aparición de adherencias intraperitoneales; adicionalmente los pacientes que se someten a cirugía abdominal, están en mayor riesgo de desarrollar fístulas entero-cutáneas como resultado de su cirugía [1].







CONCLUSIÓN

La enfermedad de Crohn representa un desafío terapéutico debido a la recurrencia de sus síntomas y complicaciones. La indicación para el tratamiento quirúrgico resultó ser la presencia de hemorragia persistente en el caso presentado; la edad del paciente y su estado general contribuyeron a las complicaciones posquirúrgicas.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

CB, CC y DO: redacción del manuscrito, revisión bibliográfica y análisis crítico. DA: diagnóstico, tratamiento clínico y seguimiento del caso. EM: tratamiento quirúrgico del paciente, seguimiento del caso y análisis crítico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Miryam Cristina Becerra Palacios. Médica General. Centro de Salud Achupallas. Alausí, Chimborazo – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9558-9871>
- Cinthya Elizabeth Carrasco Encalada. Médica General. Centro de Salud El Valle. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2794-5066>
- Diego Mauricio Ordoñez Ruilova. Médico General. Subcentro Tacamoros. Sosoranga, Loja – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1956-3228>
- David Augusto Andrade Zamora. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2227-4016>
- Fernando Vinicio Benítez Pardo. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5055-4579>
- Enrique Augusto Moscoso Toral. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General, Digestiva y Hepatobiliar. Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7916-1653>

ABREVIATURAS

ASA: ácido acetilsalicílico; AINES: anti-inflamatorios no esteroideos; ECV: evento cerebro-vascular; HTA: hipertensión arterial; mg: miligramos; cm: centímetros; mm: milímetros.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento escrito del paciente para la publicación del caso y sus imágenes.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado


CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Becerra M, Carrasco C, Ordoñez D, Andrade D, Benítez F, Moscoso E. Caso Clínico: Abordaje Quirúrgico de la Enfermedad de Crohn. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 191 - 194. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.cc.31>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/1032926>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghazi L. Crohn Disease Treatment & Management. Medscape. 2016. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/172940-treatment#d14>.
2. García de Tena J, Manzano L, Leal JC, Álvarez-Mon M. Enfermedad de Crohn. Manifestaciones clínicas. *Medicine*. 2004; 9: 341-348.
3. Carter M, Lobo A, Travis S. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53(Suppl.5): v1-v16. Disponible en: http://www.gastrocentro.unicamp.br/endo/colon/management_of_inflammatory_bowel_disease.pdf. DOI: 10.1136/gut.2004.043372
4. Gardenbroek T, Tanis P, Buskens C, Bemelman W. Surgery for Crohn's disease: New developments. *Dig Surg*. 2012; 29: 275-80. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/PDF/341567>. DOI: 10.1159/000341567
5. Rubin DT, Panaccione R, Chao J, Robinson A. A practical, evidence-based guide to the use of adalimumab in Crohn's disease. *Curr Med Res Opin*. 2011; 27(9): 1803-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809894>. DOI: 0.1185/03007995.2011.604672
6. Markowitz J, Markowitz JE, Bousvaros A, Crandall W, Faubion W, Kirschner B, et al. Workshop report: prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2005; 41(2): 145-51. Disponible en: http://journals.lww.com/jpgn/Citation/2005/08000/Workshop_Report__Prevention_of_Postoperative.1.aspx.
7. Alós R, Hinojosa J. Timing of surgery in Crohn's disease: a key issue in the management. *World J Gastroenterol*. 2008; 14(36): 5532-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18810772>. DOI: 10.3748/wjg.14.5532
8. Simillis C, Yamamoto T, Reese G, Umegae S, Matsumoto K, Darzi A, et al. A meta-analysis comparing incidence of recurrence and indication for reoperation after surgery for perforating versus non perforating Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2008; 103(1): 196-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17900320>. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01548.x
9. Shen B. Managing medical complications and recurrence after surgery for Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep*. 2008; 10(6): 606-611. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11894-008-0109-5>. DOI: 10.1007/s11894-008-0109-5
10. Crohn's & Colitis Foundation of America. Surgery for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis [página web]. 2010. Disponible en: <http://www.cdfa.org/resources/surgery-for-crohns-uc.html?referrer=https://www.google.com.ec/>.
11. Strong S. Surgical management of Crohn's disease. In: Holzheimer RG, Manick JA, editors. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*. Munich: Zuckschwerdt; 2001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6934/>.
12. Gómez-Senent S, Barreiro-de-Acosta M, García-Sánchez V. Fístulas enterocutáneas en la enfermedad de Crohn: características clínicas y respuesta al tratamiento. *Rev. esp. enferm. dig.* 2013; 105(1): 3-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000100002. DOI: 10.4321/S1130-01082013000100002
13. Kessler H, Mudter J, Hohenberger W. Recent results of laparoscopic surgery in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2011; 17(9): 1116-1125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063903/>. DOI: 10.3748/wjg.v17.i9.1116