

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **69**

Número
Number **6**

Octubre-Diciembre
October-December **2001**

Artículo:

Enfermedad de Crohn. Informe de un caso pediátrico

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Enfermedad de Crohn.

Informe de un caso pediátrico

**Dr. Rafael Alvarado-García,* Dr. David G Uribe-Ramos,*
Dr. Jorge A Benavides,* Dr. Jorge E Gallego-Grijalva***

Resumen

Introducción: la enfermedad de Crohn se ha considerado una enfermedad de adolescentes y adultos jóvenes, sin embargo en la actualidad cerca de 50% de los casos se detecta en la niñez. La frecuencia estimada de esta entidad es de 3 por cada 10,000 nacidos vivos. **Presentación del caso:** escolar de ocho años quien inicia con sintomatología clásica, 8 meses previos a su ingreso, con dolor abdominal, evacuaciones diarreicas con moco, pérdida de peso, náusea, vómito y anemia, fue multitratado sin lograr mejoría. Es enviado al CMN "20 de Noviembre" donde se somete a un estudio sistemático, encontrando por medio de estudios contrastados, endoscopia, estudios histopatológicos y cirugía, una forma fibrostenótica de la enfermedad de Crohn, en la región ileocólica. **Discusión:** ningún tratamiento médico o quirúrgico es curativo. Se comenta sobre la clasificación de esta patología y el origen de la anemia. Un abordaje sistemático siempre deberá implementarse para evitar retrasos en el diagnóstico y ofrecer un tratamiento más eficaz.

Palabras clave: Crohn, fibrostenótica, anemia, ileocólica.

Summary

Introduction: Crohn's disease is considered to be suffered by teens and young adults, although lately, nearly 50% of the cases reported are detected during childhood. Estimated frequency is 3 of 10,000 births. **Case report:** We present the case of an 8-year-old child whose symptoms are classical, he began 8 months previous to his hospital appointment with abdominal pain, diarrhea with mucus, weight loss, nausea, vomiting, and anemia. He was under several treatments without improvement. He was sent to the 20 de Noviembre National Medical Center, then submitted to a systematic study, finding by contrasts studies, endoscopy, histopathologic studies, and surgery a fibrostenotic form of Crohn's disease of the ileocolic region. **Discussion:** No medical or surgical treatment is curative. We provide discussion of the classification of this pathology and etiology of the anemia. A systematic approach should always be used to avoid delay of diagnosis and to offer effective treatment.

Key words: Crohn, Fibrostenotic, Anemia, Ileocolic.

Introducción

Esta rara entidad patológica fue descrita por primera vez en 1913 por un cirujano inglés llamado Dalziel⁽¹⁾, sin embargo fueron Crohn, Ginsberg y Oppenheimer en 1932⁽²⁾, quienes describieron los criterios generales para esta enfermedad, que hasta la actualidad son aceptados.

La frecuencia informada de la enfermedad de Crohn es aproximadamente de 3 por cada 10,000 nacidos vivos^(1,3). Esta enfermedad se ha considerado una patología de adolescentes y adultos jóvenes, sin embargo, en nuestra experiencia en los ca-

sos revisados, en poco menos de la mitad de ellos, la sintomatología se ha presentado por primera vez, antes de los 10 años. El retraso en el diagnóstico sucede por la falta de sensibilización en el clínico para pensar en esta patología. Otra causa en el retraso en el diagnóstico, es el inicio de la enfermedad con manifestaciones extraintestinales, frecuente en la edad pediátrica⁽⁴⁾, lo que ha provocado que los pacientes sean referidos erróneamente con el oftalmólogo, dermatólogo o endocrinólogo.

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad de Crohn fibrostenótica de localización ileocólica y se realiza una revisión de la literatura.

Presentación del caso

Paciente masculino de 8 años sin antecedentes de importancia, quien inicia su padecimiento actual ocho meses previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico intermitente principalmente en epigastrio sin irradiaciones, que en ocasiones llevaba a interrumpir el sueño, pérdida de peso de 26% del peso inicial, en un periodo de seis meses, aparentemente secundario a una ingesta disminuida por disfagia que por períodos de se-

* Servicio de Cirugía Pediátrica Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE.

Solicitud de sobretiros:
Dr. Rafael Alvarado García
Serafín Olarte 88 Col. Independencia CP 03630, México DF
Tel 55392503

Recibido para publicación: 17-05-2001.
Aceptado para publicación: 17-10-2001.

manas dificultaba el paso de la saliva, además de náusea y vómito, aunque no muy frecuentes, sí lo suficiente para disminuir la ingestión de nutrientes. La diarrea de seis meses de evolución también era líquida, con abundante moco sin sangre macroscópica y en número de 6 veces al día. Únicamente presentó melena en tres ocasiones. Fiebre de 38.3° C como máxima, de predominio vespertino y nocturno de 5 meses de evolución. Cuatro meses antes del ingreso al hospital se hace patente la palidez de tegumentos que se acentuó hasta ser lo más notable en su habitus exterior, además de astenia y adinamia.

Tres meses previos a su ingreso se tomaron cultivos de excremento, orina, biometría hemática y reacciones febris, de donde se descubre una parasitosis por *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*, para lo que recibe tratamiento específico.

Durante este periodo fue multitratado con de Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol, Tofranil, Furoxona, Libertrin, suero oral, Ranitidina, Debridat, leche sin lactosa, lactobacilos, Cisaprida, Sulfato ferroso y Hierro polimaltosado. Todo esto sin lograr una mejoría.

Es enviado al CMN “20 de Noviembre” para continuar su estudio encontrándose masculino caquético, con palidez de tegumentos +++, apático. Peso de 34 kg (25), talla 134 cm (25) Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen sin visceromegalias, con dolor a la palpación media y profunda perumbilical y en fossa ilíaca derecha, sin irradiaciones, peristalsis discretamente aumentada. Extremidades con masas musculares disminuidas. Neurológicamente íntegro.

Los estudios de laboratorio mostraron anemia microcítica hipocrómica arregenerativa, con leucocitos y neutrofilia, eosinofilia y trombocitosis. BAAR negativos en orina y expectoración.

Los estudios de gabinete mostraron en la radiografía simple de abdomen un segmento colónico discretamente disten-

dido. El colon por enema evidenció una zona fibrostenótica en el ciego y colon ascendente, y el resto de colon aparentemente normal (Figura 1). Se realizó colonoscopia que reportó ciego y colon ascendente con rigidez de la pared sin movilidad, con abundantes pliegues aumentados de tamaño, con lesiones excavadas con un exudado amarillo en la base. También se apreciaron lesiones polipoideas sésiles y múltiples. La válvula se aprecia de características normales. Hay eritema de la mucosa y se toma biopsia. Cerca del ángulo hepático se encuentra otra lesión ulcerosa de 3 cm de longitud con exudado amarillo en la base; con bordes engrosados (Figura 2). Colon transverso de forma, volumen, y distensibilidad adecuados con eritema y aumento de la vascularidad, de donde también se toman biopsias múltiples. Colon descendente y rectosigmoides de características normales, de donde también se toman biopsias. Se concluye estudio endoscópico con enfermedad inflamatoria intestinal, probable enfermedad de Crohn.

Ante la evidencia endoscópica de una lesión estenótica localizada se decide someter al paciente a hemicolectomía derecha desde ileón terminal hasta la mitad del colon transverso, procediéndose posteriormente a anastomosis terminal-terminal (ileocólica). Se obtiene pieza quirúrgica (Figura 3) que corrobora los datos obtenidos por la colonoscopía y los cortes histológicos.

Discusión

Este caso representa una de las múltiples facetas que presenta esta enfermedad, el dolor abdominal presente en 75% de los

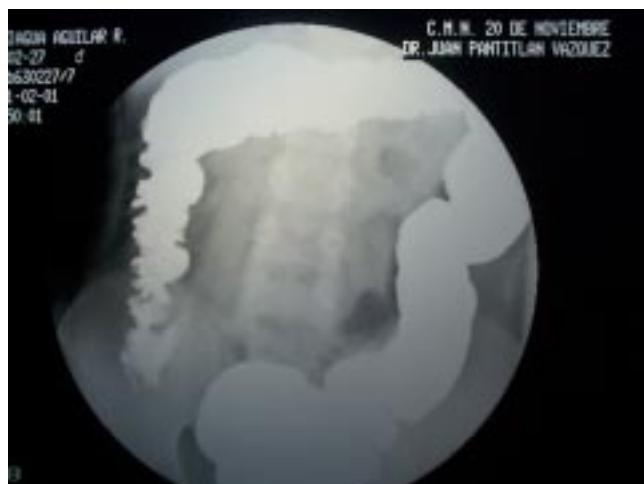


Figura 1. Colon por enema en el que se observa una zona de llenado irregular a nivel del ciego y colon ascendente.



Figura 2. Se observan algunas úlceras con exudado fibrinóide en su base.



Figura 3. Pieza quirúrgica en la que se observa la gran alteración de la morfología de la pared.

casos, la pérdida de peso, las evacuaciones con moco en 65%, la náusea y el vómito en 25% y la anemia en 20%^(5,6). Esta última, tiene, en este caso, una connotación especial, ya que las manifestaciones clínicas de ésta, fueron aparentes desde 4 meses antes, sin que remitiera a pesar del tratamiento con hierro. Esto se explica por el origen multifactorial de la anemia en esta patología. Los desórdenes hematopoyéticos en esta entidad se deben con mayor frecuencia a deficiencia de hierro, deficiencia de ácido fólico o deficiencia de vitamina B12, todo esto secundario al daño a nivel tisular intestinal que impide la absorción del hierro. Otra causa probable de anemia es la activación inmune con la elaboración de citocinas proinflamatorias que suprimen la producción eritrocitaria. Este mecanismo podría explicar la trombocitosis vista en estos pacientes⁽⁷⁾.

La enfermedad de Crohn se ha clasificado en subgrupos tomando en cuenta cuatro aspectos principales, la distribución anatómica, extensión de la enfermedad, comportamiento biológico y presencia de marcadores^(8,9). Los dos primeros aspectos se basan inicialmente en los estudios radiográficos, aunque en la actualidad la endoscopía ha dado un refinamiento en los casos en los que los estudios contrastados no habían mostrado anomalías. En ocasiones la cirugía nos da la localización exacta, en especial en las formas muy localizadas. El comportamiento biológico se divide en tres categorías: fistulizante, fibroestenótica e inflamatoria. El primero de ellos, incluye a todos los pacientes que presentan fistulas internas o externas, con excepción de las fisuras anales. El segundo grupo se refiere a los pacientes como el que presentamos, en los que el dolor abdominal es persistente y existe documentación de algún segmento estenótico del tubo digestivo. La tercera categoría contempla los pacientes que no cumplen con las características de los dos grupos anteriores. Las dos primeras categorías tienen un curso más agresivo y requieren con mayor frecuencia de intervención quirúrgica como fue en este caso. En cuanto a los marcadores biológicos se ha ob-



Figura 4. En este segmento se puede observar la transición de la mucosa alterada a la mucosa normal.

servado que un grupo de pacientes con enfermedad de Crohn con afectación en el colon izquierdo principalmente, presentan anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilo. En nuestro caso los anticuerpos fueron negativos, lo que coincide con lo referido en la literatura.

Ningún tratamiento médico o quirúrgico es curativo, aun 1% de los casos que no presenta nuevamente síntomas clínicos, persiste con lesiones microscópicas que requieren seguimiento estrecho⁽¹⁰⁾. Por lo que el incremento de la calidad de vida seguirá siendo la primera prioridad en el tratamiento de esta patología. Un abordaje sistemático siempre deberá implementarse para evitar retrasos en el diagnóstico y ofrecer un tratamiento más eficaz.

Referencias

1. Fazio VW. Regional enteritis (Crohn's disease): indications for surgery and operative strategy. *Surg Clin North Am* 1983;63:27-48.
2. Crohn BB, Ginsberg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *JAMA* 1932;106:1.
3. Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB. Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 614 cases. *Gastroenterology* 1975;69: 627-35.
4. Kirschner BS. Inflammatory bowel disease in children. *Pediatr Clin North Am* 1988;35:189-202.
5. Raine PAM. BAPS Collective review: chronic inflammatory bowel disease. *J Pediatr Surg* 1984;19:18-23.
6. Barton JR, Ferguson AA. Clinical features, morbidity and mortality in Scottish children with inflammatory bowel disease. *QJM* 1990; 75(4):423-439.
7. Means RT, Krantz SB. Progress in understanding the pathogenesis of the anemia of chronic disease. *Blood* 1992;80(3):1639-1647.
8. Perri FA, Napolitano G. Sub-groups of patients with Crohn's disease have different clinical outcomes. *Inflamm Bowel Dis* 1996;2:1-5.
9. Vasilakas EA, Plevy SE, Landers CJ. Perinuclear antineutrophil cytoplasmatic antibodies in patients with Crohn's disease define a clinical subgroup. *Gastroenterology* 1996;110:1810-1819.
10. Binder H, Hendriksen C, Kreiner S. Prognosis in Crohn's disease based on results from regional patient group from the county of Copenhagen. *Gut* 1985;26(2):146-150.