



Reporte de caso/Case report/Relatório do caso

Perforación de íleon por enfermedad de Crohn en adolescente sin diarrea previa: reporte de caso

Perforation of the ileum due to Crohn's disease in a teenager without previous diarrhea: case report

Perfuração do íleo por doença de Crohn em adolescente sem diarreia prévia: relato de caso

Jorge López Claros^{1a}

Walther Barriga Manrique^{1a}

Fabrizio Bardales^{1a}

Jorge Luis López Arce^{2b}

Anais López Arce^{3c}

Jorge Antonio López Arce^{3c}

Resumen

La enfermedad de Crohn es de origen inmunológico, en la cual se produce un cuadro inflamatorio que puede localizarse en cualquier parte del intestino, especialmente en la parte ileocecal. Se caracteriza generalmente por presentar cuadros diarreicos y dolorosos con pérdida de peso. El presente caso es de una joven de 15 años de edad que debuta de forma brusca con dolor abdominal en fosa iliaca derecha (FID) lo que sugiere un cuadro apendicular, por lo que fue operada. En días posteriores, presentó vómitos persistentes, sospechándose de un cuadro obstructivo. Al realizarse una segunda intervención quirúrgica se observa un cuadro inflamatorio a nivel ileocecal, por lo que se realiza una colostomía e ileostomía. La biopsia mostró lesiones compatibles con la enfermedad de Crohn. Se realizó un tratamiento con mesalazina y azatioprina, lográndose una remisión del cuadro. Seis meses después se realizó una anastomosis con una evolución favorable de la paciente.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, perforación intestinal, enfermedades Inflamatorias del Intestino

Abstract

Crohn disease is of immunological origin, in which an inflammatory condition occurs that can be located anywhere in the intestine, especially in the ileocecal part. It is usually characterized by diarrhea and pain with weight loss. The present case is of a 15-year-old girl who abruptly debuts with abdominal right iliac fossa (RIF) pain, which suggests an appendicular condition, so she underwent surgery. In later days, he presented persistent vomiting, suspected of an obstructive condition. A second surgical intervention shows an inflammatory condition at the ileocecal level, so a colostomy and ileostomy are performed. Biopsy showed lesions consistent with Crohn's disease. Treatment with mesalazine and azathioprine was performed, achieving a remission of the picture. Six months later an anastomosis was performed with a favorable evolution of the patient.

Keywords: Crohn's disease, intestinal perforation, inflammatory bowel diseases

Resumo

A doença de Crohn é de origem imunológica, na qual se produz um quadro inflamatório que pode

¹ Hospital Daniel Alcides Carrión, EsSalud Tacna. Tacna, Perú

² Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho. Lima, Perú

^a Médico Gastroenterólogo

^b Médico Reumatólogo e Inmunólogo

^c Médico Internista





localizar-se em qualquer parte do intestino, especialmente na parte ileocecal. É geralmente caracterizada por quadros diarreicos e dolorosos com perda de peso. O presente caso é de uma jovem de 15 anos de idade que debuta de forma brusca com dor abdominal em fossa iliaca direita (FID), o que sugere um quadro apendicular, pelo que foi operada. Nos dias seguintes, apresentou vômitos persistentes, suspeitando-se de um quadro obstrutivo. Ao realizar uma segunda intervenção cirúrgica observa-se um quadro inflamatório a nível ileocecal, pelo que se realiza uma colostomia e ileostomia. A biópsia mostrou lesões compatíveis com a doença de Crohn. Realizou-se um tratamento com mesalazina e azatioprina, conseguindo-se uma remissão do quadro. Seis meses depois, foi feita uma anastomose com uma evolução favorável da paciente.

Palavras-chave: doença de Crohn, perfuração intestinal, doenças inflamatórias do intestino

Introducción

La enfermedad de Crohn tiene característica inflamatoria crónica a nivel intestinal, su etiología es desconocida y se relaciona con una respuesta inmunológica alterada con periodos de actividad y remisión. Afecta a cualquier parte del tracto gastrointestinal de forma transmural y parcheada. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, diarrea y se puede asociar a pérdida de peso.¹

Un estudio realizado por Lim W-C et al., en el 2010, tuvo como objetivo evaluar la eficacia de los aminosalicilatos comparados con el placebo, los corticosteroides y otros aminosalicilatos para el tratamiento de la enfermedad de Crohn leve a moderadamente activa. Los autores reportaron que, en comparación con placebo, la sulfasalazina proporciona solo un beneficio moderado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn de leve a moderadamente activa, la mesalazina y las preparaciones de mesalamina no son eficaces para inducir la remisión en la enfermedad de Crohn activa. Los investigadores concluyeron que la sulfasalazina solo es moderadamente efectiva con una tendencia

hacia un beneficio sobre el placebo y es inferior a los corticosteroides para el tratamiento de la enfermedad de Crohn, de leve a moderadamente activa. Se necesitan ensayos controlados aleatorios grandes a futuro para aportar pruebas definitivas sobre la eficacia de los aminosalicilatos en la enfermedad de Crohn activa.²

Por otra parte, un estudio realizado por Gjuladin-Hellon T. et al., en el 2019, tuvo como objetivo evaluar la eficacia y la seguridad de los análogos de purina (AZA y 6-MP) para el mantenimiento de la remisión de la EC inducida quirúrgicamente. Los autores reportaron que un estudio fue de alta calidad, mientras que seis estudios fueron de calidad inferior y tres estudios no presentaron suficiente información para emitir un juicio sobre la calidad. Los investigadores concluyeron que hay evidencia de certeza moderada, de que la azatioprina y la 6-MP pueden ser superiores al placebo para el mantenimiento de la remisión inducida quirúrgicamente en los participantes con enfermedad de Crohn y se justifica la realización de investigaciones adicionales que evalúen la eficacia y seguridad de la azatioprina y la 6-MP en comparación con otra medicación activa en la remisión de la EC inducida quirúrgicamente.³

Caso clínico

Paciente mujer de 15 años que en forma brusca presenta dolor en fosa iliaca derecha por lo que acude al hospital donde le diagnosticaron apendicitis, por lo que fue intervenida quirúrgicamente por laparoscopia, el hemograma mostró leucocitosis 16 000 con 6 abastionados, el resto de exámenes fueron normales. Al tercer día sale de alta y presenta dolor, vómitos alimentarios persistentes, viaja a Lima y es intervenida en una clínica privada con un cuadro oclusivo, al realizar la operación laparotomía se encuentra perforación a nivel de íleon por lo que se hace una ileostomia y colostomia proximal, con cobertura antibiótica por un cuadro séptico con metronidazol y ceftriaxona, se enviaron muestras a patología donde se diagnóstica lesiones compatibles con enfermedad de Crohn, por lo que inicia



tratamiento con mesalazina 500 mg cada 8 horas, la evolución fue favorable, dos meses después se agrega azatioprina 1 por día. Seis meses después, la paciente es sometida a una colonoscopia por la boca anastomótica, y enteroscopia no

evidenciándose lesión en la mucosa, por lo que se realiza anastomosis íleo colonia sin complicaciones. Actualmente, continúa con tratamiento con mesalazina y azatioprina con evolución favorable.



Figura 1. Imagen referencial de granulomas epitelioides no caseificantes en una muestra de colectomía de la enfermedad de Crohn



Figura 2. Imagen de paciente con ileostomía y colostomía



Discusión

La EC, es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que afecta toda la extensión del tracto gastrointestinal, desde la cavidad bucal hasta el ano, predominantemente se observa en íleon terminal y colon proximal, en raras ocasiones en el estómago.⁴

Su etiología es compleja, aunque se conocen factores genéticos y ambientales, aún hay factores desconocidos o en investigación.^{5,6} Es importante para dirigir a un tratamiento adecuado de la paciente. En la EC, se demostró el rol importante del TNF- α como mediador proinflamatorio,⁷ ocasionando activación de citocinas secundarias e inflamación de la mucosa intestinal.

Es un caso raramente visto en Perú, por tal motivo, no se han avanzado investigaciones relacionadas al tratamiento de la EC.

La EC se caracteriza por inflamación transmural del tracto gastrointestinal, según Peppercorn M.A.⁸ en 80 % de los casos presenta inflamación del intestino delgado (íleon distal o solo ileítis); en 50 % presenta afectación del íleon y colon (ileocolitis); en 20 % solo limitada al colon; 5-15 % afecta boca y área gastroduodenal. Un tercio presenta enfermedad perianal.

La EC presenta recaídas y remisiones. También se asocia a manifestaciones sistémicas y extraintestinales.⁹

La paciente de 17 años; diagnosticada con gastritis (HHUT), enfermedad de Crohn (EC) hace 2 años en Lima, a pesar que la paciente no presentó diarreas, donde se le realizó una ileostomía en asa (40 cm de la válvula ileocecal), por presencia de heces impactadas en pared de íleon y obstrucción intestinal. Luego se observó la calprotectina fecal, que es un biomarcador de inflamación intestinal, muchas veces usado en sospecha de EC,¹⁰ siendo el valor normal < 50 ug/g, en los resultados de la paciente nos indica con un valor aumentado de 218 ug/g, que estaría sobrepasando los valores normales e

indicaría inflamación intestinal, esto nos lleva a sospechar de una EII.

Ileostomía

Cuando se realizó la ileostomía a la paciente en el año 2019 fue por obstrucción intestinal. Algunas indicaciones para la ileostomía son:¹¹ perforación intestinal; abscesos y hemorragias refractarios al tratamiento, estenosis que causa obstrucción intestinal, fístulas, cáncer de intestino delgado o inflamación persistente. En el caso de niños, si presenta retraso de crecimiento.

Tratamiento recomendado

El tratamiento que recomendaron en la paciente fue prednisona y mesalazina, en agosto de 2019. Posteriormente, se recomienda azatioprina 500 mg 3 tabletas/día¹² para mejorar la EC activa.

La medicación usada antiguamente para la EC eran los glucocorticoides, pero presentaban efectos secundarios e incremento de infecciones de enfermedades oportunistas.¹³

Según las guías del Instituto AGA¹⁴ recomiendan el uso de corticosteroides sistémicos o un fármaco anti-TNF- α para aliviar rápidamente los síntomas de moderadas a severas; esto debido a la lenta respuesta de las tiopurinas, como la azatioprina. Entonces lo razonable es usar las tiopurinas y corticoides hasta el alivio sintomático. A su vez, los fármacos anti-TNF- α se usan con mayor efectividad para la remisión de EC, pero el costo de esta, evitó este tratamiento en la paciente.

La terapia biológica es eficaz para EII, buscan la cicatrización de la mucosa, previene la remisión, la mayoría de investigaciones son relacionados a agentes anti-TNF- α , como infliximab, adalimumab y certolizumab.¹⁵ En especial, el infliximab, una inmunoglobulina IgG1 monoclonal compuesta de secuencias de 75 % humanas y 25 % murinas, ha mostrado ser eficaz en tratamiento de fístulas en pacientes con EC.¹⁶

Afortunadamente, la paciente evidenció mejoría con prednisona y la azatioprina, con disminución de la calprotectina fecal a 25 ug/g, y en la ileoscopia, del



26 de octubre de 2019, donde se observó mucosa normal en las asas intestinales revisadas. Esto debido a que la azatioprina tiene efectos inmunosupresores de síntesis de purinas y proteínas, estos teniendo efecto terapéutico en EII.^{17,18}

Clasificación de Montreal

De acuerdo a la clasificación de Montreal¹⁹ (Tabla

1), que clasifica la enfermedad de Crohn según: edad al diagnóstico (A), localización (L) y patrón evolutivo (B), en el caso clínico presentado de la menor, clasifica en A1 (< 17 años), L3 (ileocólica), B1 (no obstructivo-no fistulizante. Inflamatorio); al presentar lecho ulceroso, superficial, lámina propia con inflamación crónica y congestión vascular ileal.

Tabla 1

Clasificación de Montreal de la enfermedad de Crohn (EC)

Edad al diagnóstico (A)		
A1	16 años o menos	
A2	17-40 años	
A3	> 40	
Localización (L)		
L1	íleon terminal	L1+L4 (íleon terminal + tracto digestivo alto)
L2	colon	L2+L4 (colon + tracto digestivo alto)
L3	ileocólica	L3+L4 (ileocólica + tracto digestivo alto)
L4	tracto digestivo alto	
Patrón clínico (B)		
B1	no estenosante, no fistulizante, o inflamatorio	B1p (inflamatorio con infección perianal asociada)
B2	estenosante	B2p (estenosante con afección perianal asociada)
B3	fistulizante	B3p (fistulizante con afección perianal asociada)

References: Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005;19 Suppl A: 5-36



Cierre de ileostomía, anastomosis

Se esperaba el cierre de la ileostomía programada para marzo de 2020, pero se frustra debido a la situación de la pandemia por COVID-19.

La paciente reingresa el 10 de junio de 2021, por motivo de cierre de la ileostomía, se encuentra clínicamente estable, con la mucosa normal, presentando EC no activa, por lo cual es un adecuado momento para el cierre de la ileostomía.

Se puso en conocimiento el caso, para discutir posibles opciones de tratamiento médico y complicaciones postquirúrgicas del cierre de la ileostomía, según la investigación de Mengual-Ballester M. con 89 pacientes,²⁰ entre las complicaciones más comunes están: obstrucción intestinal con un 32,6 %, diarrea e infección postquirúrgica en un 6 %, y la fístula enterocutánea, en tercer lugar, que padecieron 4 pacientes (4,5 %). La reintervención fue necesaria en 3 casos, por la apertura espontánea de la sutura.

Pronóstico

La enfermedad de Crohn establecida rara vez se cura. Aunque algunos cursan períodos de dolor, un minucioso tratamiento médico o combinado con tratamiento quirúrgico, ocasiona que la mayoría se adapten exitosamente. La mortalidad es baja. Algunas causas son: cáncer digestivo y las complicaciones tromboembólicas en EC activa. 10 % de las personas afectadas por la EC, están incapacitadas debido a las complicaciones que ocasiona.²¹

Conclusiones

El objetivo de un tratamiento quirúrgico es aliviar los síntomas y preservar el intestino. Esta enfermedad no solo atenta su salud, sino también el bienestar físico-emocional y social.

Una de las razones para apoyar el cierre de la ileostomía en una paciente con 17 años, es para mejorar su calidad de vida, pero tiene que ser debidamente informada de que esta operación no es una solución a la EC, sino una manera de aliviar síntomas.

A su vez, un motivo para aceptar la operación sería que el tratamiento realizado en la paciente con prednisona y azatioprina tuvo un efecto positivo, ya que la paciente se encuentra clínicamente estable y en la ileoscopia realizada nos muestra una mucosa normal.

La pronta expiración del seguro de la paciente también motiva a una pronta intervención quirúrgica para realizar la anastomosis.

En ese sentido, el objetivo final de la revisión ha sido, con las evidencias disponibles, confirmar el diagnóstico de EC y posibles complicaciones postquirúrgicas del cierre de la ileostomía. La reintervención por la probable apertura espontánea de la sutura es una preocupación, por las recaídas y remisiones en la EC.

Fue de mucha importancia investigar y realizar la discusión para poder decidir el plan de trabajo más adecuado y que éste no retrase la mejoría de la calidad de vida de la paciente.

Referencias

1. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Crohn's disease. Med Clin (Barc). 13 de julio de 2018;151(1):26-33.
2. Aminosalicilatos para la inducción de remisión o respuesta en la enfermedad de Crohn - Lim, WC - 2016 | Cochrane Library [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008870.pub2/full/es>
3. Gjuladin-Hellon T, Iheozor-Ejiofor Z, Gordon M, Akobeng AK. Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of surgically-induced remission in Crohn's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 [citado 3 de noviembre de 2021];(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010233.pub3/full/es>
4. Rodríguez MG, editor. ENFERMEDAD DE CROHN [Internet]. Vols. LXIX, 153-156. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA; 2012 [citado el 28 de





- junio de 2021]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6928967/enfermedad-de-crohn>
5. Silva F, Gatica T, Pavez C. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. *Rev médica Clínica Las Condes*. 2019;30(4):262–72.
 6. Torreblanca Xiques A. Enfermedad de Crohn. *Rev. electron. Zoilo* [Internet]. 2015 [citado 25 Jun 2021]; 40(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/92>
 7. Van Deventer SJ. Tumour necrosis factor and Crohn's disease. *Gut*. 1997 Apr;40(4):443-8. doi: 10.1136/gut.40.4.443. PMID: 9176068; PMCID:PMC1027115.
 8. Mark A Peppercorn, MD Sunanda V Kane, MD, MSPH. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of Crohn disease in adults [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado el 28 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults?search=Clinical%20manifestations,%20diagnosis,%20and%20prognosis%20of%20Crohn%20disease%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 9. Dip DP. "Varón de 39 años con enfermedad de Crohn, síndrome febril y desnutrición." [Internet]. Com.ar. 16 de octubre de 2014 [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/SemCentral/373/SemCentral_373_Pag2.htm
 10. Rodríguez-Moranta F, Lobatón T, Rodríguez-Alonso L, Guardiola J. Calprotectina fecal en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2013 [citado el 28 de junio de 2021];36(6):400–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-calprotectina-fecal-el-diagnostico-enfermedades-S0210570513000046>
 11. Chande N, Townsend CM, Parker CE, MacDonald JK. Azathioprine or 6-mercaptopurine for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10(10):CD000545.
 12. Otoyá Moreno G, Borda L, Chiroque L, Grazia Venturelli M. Crohn's disease: clinical case and review of the literature. *Rev Gastroenterol Perú*. 2014; [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Jun 27] 34(4):339–44.
 13. Terdiman JP, Gruss CB, Heidelbaugh JJ, Sultan S, Falck-Ytter YT; AGA Institute Clinical Practice and Quality Management Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the use of thiopurines, methotrexate, and anti-TNF- α biologic drugs for the induction and maintenance of remission in inflammatory Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2013 Dec; 145(6):1459–63. doi: 10.1053/j.gastro.2013.10.047. PMID: 24267474.
 14. Furusho JKY. Terapia biológica en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista de gastroenterología de México*. 2010 noviembre;75(S2).
 15. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, Hanauer SB, Mayer L, van Hogezaand RA, et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med*. 1999;340(18):1398–405.
 16. Moreau AC, Paul S, Del Tedesco E, et al. Asociación entre los niveles de nucleótidos de 6-tioguanina y la remisión clínica en la enfermedad inflamatoria: un metaanálisis. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20: 464.
 17. Bermejo F, Aguas M, Chaparro M, Domènech E, Echarri A, García-Planella E, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre el uso de tiopurinas en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(3):205–21.
 18. B. HM, L. y. PI. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. *Gastrolat.org*. [citado el 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2013n200006.pdf>
 19. Mengual-Ballester M, García-Marín JA, Pellicer-Franco E, Guillén-Paredes MP, García-García ML, Cases-Baldó MJ, et al. Protective ileostomy: complications and mortality



- associated with its closure. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012;104(7):350–4.
20. Phillip R Fleshner, MD, FACS. Operative management of Crohn disease of the small bowel, colon, and rectum [Internet]. Uptodate.com. [citado el 28 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/operative-management-of-crohn-disease-of-the-small-bowel-colon-and-rectum?search=Operative%20management%20of%20Crohn%20disease%20of%20the%20small%20bowel,%20colon,%20and%20rectum&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 21. Walfish AE, Companioni RAC. Enfermedad de Crohn [Internet]. *Msdmanuals.com*. 2020 [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/enfermedad-de-crohn>

Correspondencia:

jlopezc@unjbg.edu.pe

Fecha de recepción: 13/11/2021

Fecha de aceptación: 1/12/2021

