

11209.
2 ej. 37



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores de Postgrado

Hospital General Lic. Adolfo López Mateos
I. S. S. S. T. E.

EXPERIENCIA QUIRURGICA EN LA
ENFERMEDAD DE CROHN

T E S I S

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Presenta

DR. HOMERO GUILLEN ALFONZO



FRANJA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

| | Página. |
|--|---------|
| I- INTRODUCCION | 1 |
| II- OBJETIVOS | 4 |
| III- MATERIAL Y METODOS | 4 |
| IV- RESUMENES DE CASOS CLINICOS | 5 |
| V- RESULTADOS | 13 |
| a) Edad y Sexo | 13 |
| b) Antecedentes | 14 |
| c) Cuadro Clínico | 15 |
| d) Diagnóstico | 17 |
| e) Diagnóstico Diferencial | 23 |
| f) Procedimientos Quirúrgicos | 25 |
| g) Localización de la Enfermedad | 32 |
| h) Mortalidad | 33 |
| i) Sobrevida | 35 |
| j) Aspectos Histopatológicos | 36 |
| VI- COMENTARIOS | 41 |
| VII- CONCLUSIONES | 43 |
| VIII- BIBLIOGRAFIA | 45 |

INTRODUCCION

La Enfermedad de Crohn es un trastorno crónico inflamatorio activo, de causa desconocida y de curso natural incierto, - que ocurre en cualquier parte del tubo gastrointestinal, - a veces asociado con manifestaciones sistémicas y que hasta el momento actual no existe tratamiento definitivo para la erradicación total, ni tal vez para influir en el curso natural de la enfermedad.

Se atribuye a Morgagni la presentación del primer caso en 1769, posteriormente en 1806 Combe y Saunders reportaron un caso como "singular estrechez y engrosamiento del ileon" -- ante el Real Colegio de Médicos de Londres.

Las referencias de Granulomas Inespecíficos Inflamatorios-- empezaron a aparecer a principios de este siglo; en 1904 el Doctor Braun reconoce esta enfermedad y lo reporta en la literatura alemana; en Gran Bretaña, el Doctor Dalziel y Scottish en 1913 publicaron seis casos, tratados quirúrgicamente.

El paso del tiempo y el mejor conocimiento de la enfermedad dió como resultado la publicación de más reportes sobre la misma, dos de los trabajos citados con mayor frecuencia -- fueron los de Wilensky y Moschowitz reportados en 1923.

Posteriormente el Doctor Burrill B. Crohn, presenta en 1932 ante la Asociación Médica Americana, una revisión sobre catorce casos de lo que él llamó ILEITIS REGIONAL, luego le siguieron con más reportes los doctores Leon Ginsburg y Gordon Oppenheimer.

Poco y mucho se puede hablar de la etiología de esta enfermedad, ya que aún sigue siendo desconocida, la causa es la terrible escasez de información, de una falta de investigación controlada; ya que todavía no se cuenta con un modelo animal satisfactorio de laboratorio. Dicha etiología se le ha invocada a varios agentes para explicar su origen, como son: factores raciales, factores genéticos, agentes infecciosos bacterianos y/o virales, mecanismos inmunológicos alterados, traumatismos intestinales, absorción de sustancias tóxicas contenidas en los alimentos, etc., por lo cual existe gran controversia.

En los últimos años se ha observado un aumento en la frecuencia de la enfermedad, pero es difícil saber si se debe a un aumento real en el número de casos ó a mejoras en las técnicas diagnósticas y epidemiológicas.

Epidemiológicamente la Enfermedad de Crohn es relativamente poco frecuente, la cual varía de 0.8 a 3.5% por 100 000 habitantes, siendo el índice de prevalencia de 30 a 40 pacientes por 100 000 habitantes y un índice de mortalidad de aproximadamente 10 por cada 100 enfermos.

Esta enfermedad es más frecuente en los habitantes de Europa noroccidental y la región noreste de los Estados Unidos, sin embargo existen ya reportes bien fundamentados sobre el padecimiento en Latinoamérica.

Janowitz reportó que la frecuencia es baja en negros, indios americanos e hispanoamericanos, pero seis veces mayor en judíos que en otros grupos. Esta enfermedad tiene clara tendencia a ocurrir en las mismas familias y en sus consanguíneos se llega a presentar hasta en un 10%, por lo que genéticamente se dice que el factor predisponente pueda ser poligénico.

El sitio de compromiso inicialmente descrito al ileon terminal ha quedado muy atrás, pues la participación colónica de esta enfermedad es un hecho frecuente y sabemos que puede — comprometer cualquier parte del tracto gastrointestinal. Los reportes de manifestaciones extraintestinales continúan aumentando, por lo que las consecuencias de la enfermedad sobre el organismo pueden tener una repercusión severa.

Dada la importancia de esta enfermedad, en los Estados Unidos de Norteamérica, se formó la Cooperativa Nacional para el Estudio de la Enfermedad de Crohn, donde actualmente se sugieren los métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

OBJETIVO

Con el objetivo de correlacionar la resección intestinal como procedimiento quirúrgico en la Enfermedad de Crohn y su evolución, se realizó el presente trabajo el cual se basa en una revisión de doce años (1973-1984), sobre la experiencia que se tiene en el tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Crohn. Esta investigación se llevó a cabo en los servicios de Cirugía General y Patología del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en la Ciudad de México, D.F.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra experiencia de esta enfermedad se basa en cinco casos tratados quirúrgicamente y con comprobación histopatológica; dichos casos fueron tomados de un total de 12,500 pacientes intervenidos quirúrgicamente por padecimientos abdominales, en el lapso de tiempo señalado. Cabe mencionar que se encontraron 25 expedientes con el diagnóstico clínico de Enfermedad de Crohn, entre los cuales se encontraban los de nuestro grupo estudiado.

La sospecha diagnóstica fue basada siguiendo los criterios clínicos y apoyada en los estudios radiológicos y/o endoscópicos y confirmada por el estudio histopatológico, por lo que sólo se incluyeron los cinco pacientes ya referidos en base a los criterios descritos por la Cooperativa Nacional para el -

Estudio de la Enfermedad de Crohn; efectuando en ellos un análisis integral.

A los cinco pacientes que entraron al estudio, se les aplicó la hoja de recolección de datos y se clasificaron de acuerdo a: edad, sexo, lugar de origen, antecedentes personales, signos y síntomas predominantes, tiempo transcurrido de los síntomas, datos observados a los Rx y endoscopia, complicaciones, localización de la enfermedad, tratamiento médico recibido, tipo de tratamiento quirúrgico y seguimiento de la evolución.

RESUMEN DE LOS CASOS CLINICOS

CASO No.1 (381-07143/1) - (Q-4476-83, Q-4518-83).

Paciente masculino de 59 años de edad, originario de Chiapas y residente del Distrito Federal durante los últimos 33 años; abogado, medio socioeconómico medio alto.

Tiene como antecedentes de importancia: espina bífida L5 - S1, paludismo en su infancia, operado de varicocele (1943), amigdalectomía (1943); colecistectomía por litiasis vesicular (1974), apendicectomía (1974), H.A.S. desde 1970.

Inició su padecimiento a los 34 años de edad caracterizado por cuadros diarreicos intermitentes, con evacuaciones líquidas, sanguinolentas ocasionalmente, con periodos de 5 a 6 veces por año, que se acompañaba de dolor abdominal, así como de masa abdominal palpable, sin poder determinar fecha de aparición, hipertermia hasta de 40°C con duración de uno a dos días y periodos de 1 a 2 veces por año, así como náuseas. Presenta rectorragia en septiembre de 1982.

Se ingresa para estudio. Desde el punto de vista radiológico se sospechó Enfermedad de Crohn y/o carcinoma de colon, que pudiera estar localizado en colon ascendente e ileon terminal, se le realizó también colonoscopia con toma de biopsia sin haberse podido confirmar la sospecha diagnóstica. Previamente había recibido tratamiento con azulfidina refiriendo mejoría durante la administración.

Se le interviene quirúrgicamente en forma electiva realizándole ileotransversoanastomosis término-terminal y se le diagnosticó Enfermedad de Crohn localizada a ileon terminal, ciego y colon ascendente. Como probable complicación inherente a la Enfermedad de Crohn presentó sangrado de tubo digestivo bajo. Hasta el momento su evolución ha sido satisfactoria, recibiendo tratamiento exclusivamente a base de dieta.

CASO No.2 (383-06779/5) - (Q-1823-83).

Paciente masculino de 51 años de edad, originario y residente del D.F., comerciante, medio socioeconómico medio.

Tiene como antecedentes de importancia: diabetes mellitus - desde los 49 años de edad, controlada con hipoglucemiantes orales y dieta.

Inició su padecimiento 6 meses previos a su ingreso, con cuadros diarreicos hasta 20 evacuaciones en 24 horas, sin sangre con heces acintadas con moco, alternando con periodos de constipación. Se acompañaba de dolor abdominal difuso, así como de náuseas, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificable.

Ingresó por presentar cuadro oclusivo intestinal. Desde el punto de vista radiológico se sospechó carcinoma de colon (sigmoides) o Enfermedad de Crohn.

Se le interviene quirúrgicamente en forma electiva (ya que - la evolución así lo permitió), realizándole colostomía proximal y bolsa de Hartman a nivel de sigmoides. Se le diagnosticó Enfermedad de Crohn localizada a sigmoides. Cuatro meses después se le realiza coloproctoanastomosis con evolución satisfactoria hasta el momento actual, siendo manejado únicamente a base de dieta.

Como complicación de la Enfermedad de Crohn, presentó absceso parietocólico izquierdo con estenosis del sigmoides.

CASO No.3 (382-06115/1) - (Q-1493-82).

Paciente masculino de 44 años de edad, originario de Yucatán y residente del D.F. durante los últimos 28 años, profesor de educación media, medio socioeconómico medio.

Tiene como antecedentes de importancia: haber padecido palidismo en su infancia.

Inició su padecimiento 24 horas antes de su ingreso con datos clásicos de proceso apendicular agudo; radiológicamente se presenta datos de abdomen agudo que hacen sospechar apendicitis aguda.

Se le interviene quirúrgicamente de urgencia realizándose apendicectomía con resección de ileon terminal y anastomosis término-terminal a 5 cm. de la válvula ileocecal por perforación del ileon a 20 cm. de la válvula ileocecal y datos de periapendicitis lo cual corresponde a una complicación inherente de la Enfermedad de Crohn.

Su evolución hasta el momento ha sido satisfactoria, siendo tratado exclusivamente a base de dieta.

Se le diagnosticó Enfermedad de Crohn localizada al ileon terminal.

CASO No.4 (374-0717/6) - (Q-1528-76).

Paciente femenina de 50 años de edad, originaria de Guanajuato y residente del D.F desde los 25 años de edad, dedicada al hogar, medio socioeconómico medio.

Tiene como antecedentes de importancia: menarca a los 12 años, ritmo 28x4, dismenorreica, G-VI,P-VI, FUM:1974;alérgica a la penicilina.

Plastía inguinal derecha..... a los 31 años de edad

Insuficiencia venosa de a los 35 años de edad
extremidades inferiores .

Plastía umbilical a los 40 años de edad

Cistoplastía a los 41 años de edad

Histerectomía (fibroma benigno)..... a los 42 años de edad

Colecistectomía (litiasis vesicular) a los 47 años de edad

Resección de divertículo duodenal... a los 48 años de edad

Operada de divertículo a los 49 años de edad
duodenal recidivante (Dx.preoperatorio)

Se le realizó: vagotomía troncular

gastroyeyunoanastomosis

gastrostomía

resección de ileon terminal con ileocoloanastomosis. Se le diagnosticó Enfermedad de Crohn localizada a ileon terminal.

Se reinterviene por dehiscencia.... a los 50 años de edad de la anastomosis realizándose cierre de estómago y yeyuno.
(Muere en el transoperatorio)

Inició su padecimiento a los 35 años de edad, caracterizado por períodos de constipación y diarrea (con moco), acompañado de dolor abdominal difuso, cambiante, en ocasiones localizado a cuadrante inferior derecho. Náuseas y vómitos ocasionales, pirosis, astenia, adnomania e hiporexia, con pérdida de peso no cuantificable; fiebre ocasional no cuantificada, lo que ameritó múltiples internamientos. Desde el punto de vista radiológico sólo se le pudo diagnosticar gastritis atrófica y por endoscopia, gastritis crónica. Recibió múltiples tratamientos y dentro de ellos con salicilazosulfapiridina refiriendo mejoría durante su administración.

En la penúltima operación se le intervino de urgencia y se diagnosticó Enfermedad de Crohn localizada al ileon terminal, por lo que se le realiza ileocoloanastomosis término-terminal.

Fue reintervenida quirúrgicamente al año, por dehiscencia de la gastroyeyunoanastomosis y murió durante el transoperatorio por insuficiencia cardíaca congestiva, con cuadro peritoneal difuso y estado de choque séptico por complicaciones de cirugía previa.

CASO No. 5 (377-01613/1) - (Q-62-78).

Paciente masculino de 50 años de edad, originario del D.F., profesionista, medio socioeconómico medio.

Únicamente tiene como antecedente de importancia: 5 años de evolución con sintomatología ácido-péptica de presentación irregular, manejado con sintomáticos.

Inició su padecimiento a los 40 años de edad, caracterizado por cuadros diarreicos sin moco, intermitente (5 a 6 veces por año), acompañado de pirosis, astenia, adinamia e hiporexia con pérdida de peso de 13 kilos aproximadamente en sus últimos tres meses.

Se le detectó sangre oculta en heces y anemia progresiva, presentando en algunas ocasiones evacuaciones sanguinolentas.

Ingresó por insuficiencia cardiaca congestiva venosa y probable renopatía.

Desde el punto de vista radiológico se sospechó compresión extrínseca del fundus gástrico por un probable tumor renal o pancreático. Endoscópicamente se le detectó gastritis crónica.

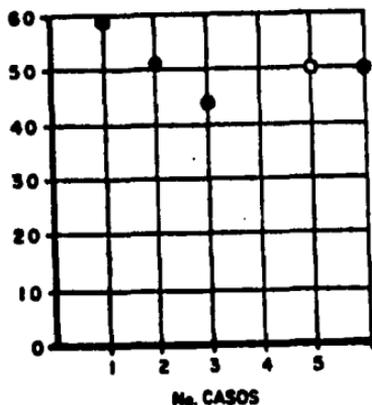
Se le interviene quirúrgicamente de urgencia por cuadro oclusivo intestinal mismo que desarrolló durante su internamiento, por lo que se le realiza ileocoloanastomosis término-terminal. Se le diagnosticó Enfermedad de Crohn loca-

lizada al ileon terminal. Falleció en el postoperatorio inmediato (6 horas) por insuficiencia cardiaca congestiva y problema metabólico.

RESULTADOS

EDAD Y SEXO.- La edad de nuestros cinco pacientes fluctuó →

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN



\bar{x} DE EDAD 50.8 AÑOS

● MASCULINO
○ FEMENINO

FIGURA No.1

entre los 44 y 59 años (Figura No.1), que hace una edad promedio de 50.8 años, diferente al predominio de edad que se reporta en la mayoría de las publicaciones, donde se menciona que el índice de frecuencia en relación a la edad es en la -

tercera década de la vida; prácticamente es una enfermedad - que se presenta con frecuencia desigual en todas las pobla - ciones.

Por lo que se refiere al sexo, en nuestra revisión predominó el sexo masculino, 4:1, cabe mencionar también que se ha reportado mayor incidencia en la mujer cuando la localización de la enfermedad es en el colon, sin embargo nosotros no lo encontramos.

A N T E C E D E N T E S

Los cinco pacientes son de clase media alta, con una dieta - bien balanceada, ninguno pertenece a familias de raza judía, dos de ellos padecieron paludismo en su infancia, y a otros - dos se les realizaron más de cuatro intervenciones quirúr - gicas abdominales previas, sin relación aparente con la Enfer - medad de Crohn.

Llama la atención que tres de nuestros pacientes son profe - sionistas, un comerciante y una ama de casa, que se han de - sarrollado en un medio urbano; esto en relación al tipo de - actividad y dieta. Dos de nuestros pacientes habían recibido tratamiento médico previo a base de salicilazosulfapiridina, cediendo la sintomatología durante su administración (Figu - ra No.2).

TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

3 CASOS _____ MULTIPLE

(ANTIAMIBIANOS, SINTOMATICOS, HOMEOPATICO, ETC.,)

2 CASOS _____ SALICILAZOSULFAPIRIDINA.

FIGURA No. 2

CUADRO CLINICO

En el cuadro clínico predominó la diarrea de aparición brusca, con un predominio de 6 a 8 evacuaciones en 24 horas, líquidas, acompañadas de dolor abdominal difuso y náuseas en la mayoría.

En uno de ellos el dolor se localizó exclusivamente en la fo
sa iliaca derecha con masa abdominal palpable, como se seña
la en la Figura No.3. Se observaron además pirosis, astenia,
adinamia y anorexia, fiebre y evacuaciones sanguinolentas.

CUADRO CLINICO DE 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

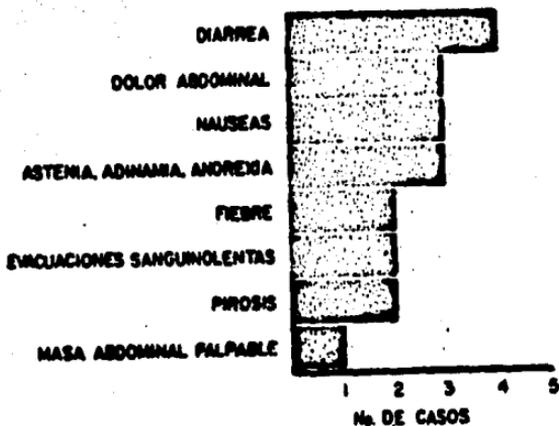


FIGURA No. 3

DIAGNOSTICO

La evolución de esta enfermedad generalmente es crónica, con periodos de remisiones y exacerbaciones. Nosotros encontramos un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, de 24 horas a 25 años (Figura No.4).

TIEMPO DE EVOLUCION
DE LOS SINTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

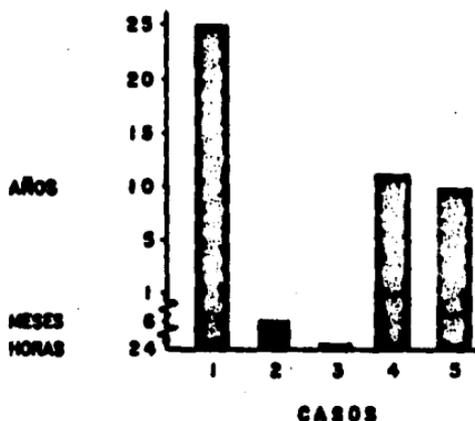


FIGURA No. 4



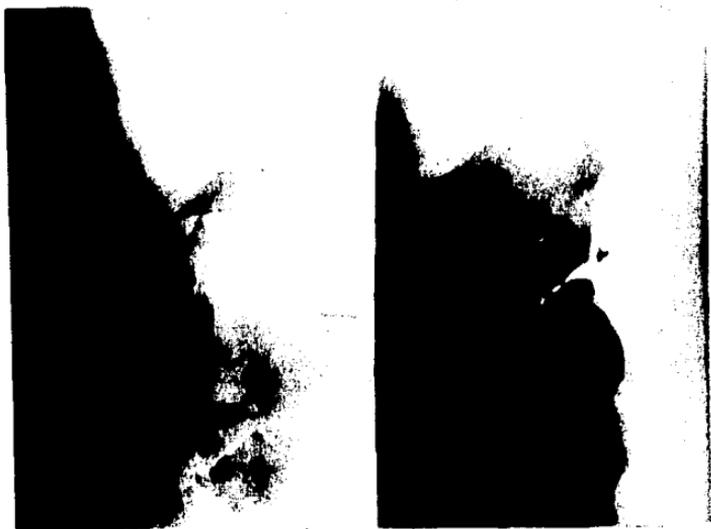
CASO No. 2.-En el presente estudio radiológico (colon por enema), podemos observar que el medio de contraste se detiene a nivel de sigmoides, defectos de llenado e imágenes pseudodiverticulares, que hacen sospechar carcinoma de colon.

FOTOGRAFIA No. 1 (a)



CASO No. 1.-En el presente estudio radiológico (colon por enema), podemos observar pérdida de las austraciones dando una imagen tubular, el medio de contraste se detiene antes de llegar al angulo hepatico.

FOTOGRAFIA No. 1 (b)



CASO No. 1.-Acercamiento del proceso obstructivo del estudio anterior. Se puede observar un estrechamiento del colon hacia el ileon, dando una -- imagen parecida a la "Cuerda de Kantor".

FOCROGRAFIA No. 1 (c)

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis, neutrofilia y bandemia, en tres de los casos, y que correspondieron a los que desarrollaron abdomen agudo. Los estudios radiológicos que se practicaron en estos pacientes se limitaron a la placa simple de abdomen, de pie y en decúbito, y tele de tórax, donde encontramos signos comunes de cuadro abdominal agudo, difuso, con peritonitis. En los otros dos casos por su evolución crónica nos hicieron sospechar Enfermedad de Crohn, con la posibilidad de descartar un proceso neoplásico.

De los estudios radiológicos, en el colon por enema, se apreciaron defectos de llenado parecidos a los que muestra un carcinoma de colon o bien imágenes filiformes, así como diverticulares y pérdida de la anatomía colónica (Fotografía - No.1).

De los estudios endoscópicos, la colonoscopia únicamente nos brindó apoyo diagnóstico cuando el padecimiento se encontró localizado en colon. Sin embargo, cuando el padecimiento se encontró localizado en intestino delgado, generalmente ileon terminal, se recurrió al estudio radiológico de tránsito intestinal. Finalmente, el estudio que más certeza diagnóstica nos puede ofrecer es la toma de biopsia, que en nuestra serie sólo se pudo realizar en uno de los casos, como se señala en la figura No.5.

**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**

| | Nº ESTUDIOS | SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ENFERMEDAD DE CROHN |
|---|--------------------|--|
| TRANSITO INTESTINAL | 1 / 5 | 1 |
| COLON POR ENEMA | 2 / 5 | 1 |
| COLONOSCOPIA | 1 / 5 | 1 |
| SERIE ESOFAGO GASTRODUODENAL | 2 / 5 | 0 |
| GASTROSCOPIAS | 2 / 5 | 0 |
| BIOPSIA POR ENDOSCOPIA | 1 / 5 | 0 |
| TOTAL: | 9 | 3 |

FIGURA No.5

- * De los estudios preoperatorios, en solamente dos pacientes se sospechó Enfermedad de Crohn. Dos de los estudios correspondieron a un solo paciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En estos pacientes que cursaron con enfermedad inflamatoria intestinal del tipo Enteritis Regional, el diagnóstico diferencial tuvimos que establecerlo con otras posibles causas de dolor abdominal. En ocasiones con apendicitis aguda, la cual figura entre los antecedentes de esta enfermedad en un porcentaje estimable. Sin embargo, tomamos en cuenta enfermedades que pudieran originar obstrucción intestinal parcial o completa, así como el síndrome de mala absorción.

Cuando la enfermedad se sospechó limitada al colon, en el diagnóstico diferencial se consideró a la diverticulitis, carcinoma, colitis ulcerosa crónica inespecífica o colitis isquémica. Sin embargo, en ocasiones fue difícil fundamentar el diagnóstico.

Dada la dificultad diagnóstica de este padecimiento, se han tomado en consideración las siguientes entidades patológicas dentro del diagnóstico diferencial, las cuales se señalan en la figura No.6 que a continuación se presenta.

**PADECIMIENTOS CON LOS CUALES SE DEBE HACER EL
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LA ENFERMEDAD DE CROHN**

- Gastroenteritis eosinofílica
- Síndrome urémico hemolítico
- Enterocolitis por yersinia
- Leucemia linfocítica
- Linfoma - linfosarcoma
- Shigellosis
- Salmonellosis
- Amebiasis
- Gonorrea
- Esquistosomiasis
- Sífilis
- Tuberculosis
- Campylobacter fetus
subspecie jejuni
- Enterocolitis inducida por oro
- Enfermedad de inclusión por
citomegalovirus
- Linfogranuloma venéreo
- Histoplasmosis
- Balantidium coli
- Colitis antibiótica
- Colitis por radiación
- Colitis isquémica
- Vasculitis
- Escleroderma
- Amiloidosis
- L.E.S.
- Proctitis química
- Síndrome de Behcet
- C.U.C.I.
- Colitis idiopática
- Agangliosis

FIGURA No. 6

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

En tres de nuestros pacientes la intervención quirúrgica fue un procedimiento de urgencia, por los siguientes diagnósticos: oclusión intestinal baja por bridas en un caso, sospecha de apendicitis aguda con perforación del ileon terminal en otro caso, y un cuadro abdominal agudo no específico en el último de los casos.

En el momento de la intervención, los hallazgos quirúrgicos fueron similares encontrando: engrosamiento de la pared intestinal, aumento de la grasa mesentérica que prácticamente envolvía los bordes antimesentéricos, así como "acartonamiento" del mesenterio y alteraciones en la mucosa intestinal; y en el caso del paciente con sospecha de apendicitis aguda se encontraron datos de periapendicitis y perforación del ileon terminal a 20 cm. de la válvula ileocecal (Fotografía No.2).

Los dos pacientes restantes fueron llevados a cirugía en forma electiva por el padecimiento crónico, y en ambos los diagnósticos sospechados eran de Enfermedad de Crohn y/o cáncer de colon. Sin embargo, finalmente, los hallazgos quirúrgicos fueron los relacionados con la Enfermedad de Crohn, con localización del proceso en colon. En uno de ellos, con localización en sigmoideos, encontrándole un absceso parietocólico.



CASO No.2.- Pieza quirúrgica (sigmoides) en la cual se observa engrosamiento de la pared intestinal, edema, estrechamiento de la luz intestinal, así como -- pérdida de la anatomía.

FOTOGRAFIA No.2 (a)



CASO No.2.- Acercamiento de la pieza quirúrgica - anterior en el sitio de la lesión, en donde se puede observar el franco engrosamiento de la pared intestinal y alteraciones de su anatomía.



CASO No.4.- Pieza quirúrgica de ileon terminal-
observando el engrosamiento importante de la pa
red intestinal, así como el patrón longitudinal
que ha tomado la mucosa.

FOTOGRAFIA No. 2 (c)



CASC No.3.- Pieza quirúrgica de ileon terminal -
en donde se aprecia aumento de la grasa mesenté-
rica y franca estrechez de la luz intestinal, así
como imagen granulomatosa.

En la Figura No.7 que se presenta a continuación, vemos claramente que las indicaciones quirúrgicas, en los casos de urgencia están representadas por las complicaciones de la enfermedad, dando como resultado cuadro abdominal agudo, y en los casos de indicación quirúrgica electiva encontramos que están determinadas por el fracaso al tratamiento médico conservador, obstrucción intestinal incompleta o sospecha diagnóstica.

**INDICACION QUIRURGICA
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**

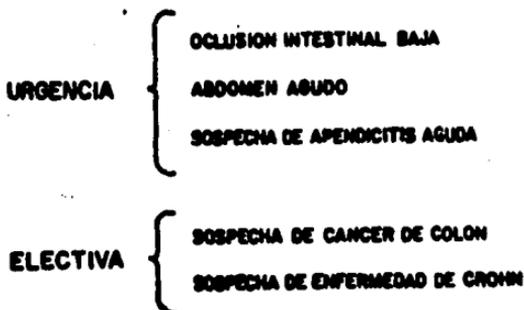


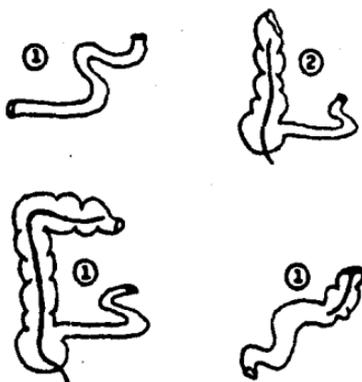
FIGURA NO. 7

Las técnicas quirúrgicas fueron variables según la localización de la enfermedad, pero en todos ellos el criterio que se aplicó fue el de resecar la lesión con un perímetro de -- cuando menos 25 cm. a partir de donde terminaba macroscópicamente la lesión, corroborado finalmente por el estudio histopatológico de que no existía proceso patológico en la superficie de corte.

En los casos de cirugía de urgencia, hubo que valorar la --- reacción peritoneal para el tipo de procedimiento quirúrgico que se llevaría a cabo.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: 1) Resección de ileon terminal, ciego y colon ascendente en dos casos, realizándose ileocoloanastomosis término-terminal; 2) Hemicolectomía derecha y resección del ileon terminal en un caso, realizándose ileotransversoanastomosis término-terminal; 3) Resección del ileon terminal con apendicectomía (por perforación del ileon a 20 cm. de la válvula ileocecal y datos de peria - pendicitis) donde se realizó ileoanastomosis término-terminal, a 5 cm. de la válvula ileocecal; y 4) Resección del sigmoides - con colostomía proximal y bolsa de Hartman en el último caso, realizándose posteriormente a los 4 meses coloproctoanastomosis con resultados satisfactorios (Figura No. 8)

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**



**No. DE CASOS Y PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO REALIZADO**

FIGURA No. 8

LOCALIZACION DE LA ENFERMEDAD

La localización de la enfermedad correspondió a tres casos -- al ileon terminal, otro al ileon terminal, ciego y colon ascen-
dente, y otro más al sigmoides como se ilustra en la figura -
No.9.

**LOCALIZACION
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**

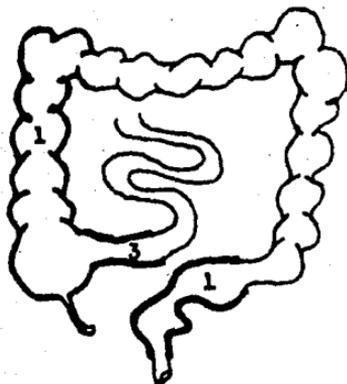


FIGURA No. 9

MORTALIDAD

De los cinco pacientes uno falleció durante el transoperatorio por insuficiencia cardíaca congestiva, con cuadro perito

neal difuso y estado de choque séptico por complicaciones de cirugía previa; y otro en el postoperatorio inmediato (a las 6 horas) por insuficiencia cardíaca congestiva y problema me tabólico (Figura No.10).

**EVOLUCION Y SEGUIMIENTO
EN 5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**

SOBREVIDA POSTOPERATORIA 3/5 (60%)

14 MESES

15 MESES

4 AÑOS

MORTALIDAD TRANSOPERATORIA 1/5 (20%)

**MORTALIDAD POSTOPERATORIA
INMEDIATA 1/5 (20%)**

FIGURA No. 10

S O B R E V I D A

Los tres casos restantes han tenido una sobrevida; el menor de 14 meses y el mayor de 4 años, evolucionando hasta el momento sin sintomatología en relación a la enfermedad, y continúan siendo vistos en la consulta externa de nuestro servicio(Figura No.10).

ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

Desde el punto de vista morfológico destacan varios hechos. Las alteraciones más constantes fueron la fibrosis submucosa, la hipertrofia de la muscular de la mucosa y de la circular externa, los nódulos linfoides submucosos y el infiltrado inflamatorio mixto, con predominio de células plasmáticas y eosinófilos que afecta invariablemente la mucosa. La presencia de úlceras se demostró solamente en el 60% de nuestros casos y en ninguno de ellos encontramos las úlceras profundas en fisura. No obstante hubo abscesos parietales en dos casos que pudieran estar en relación con dichas lesiones no advertidas.

Únicamente en un caso encontramos un pequeño granuloma inespecífico en la serosa y en general fueron excepcionales en nuestra serie. La ectasia linfática con hiperplasia de vasos linfáticos, alteraciones epiteliales de diferente índole y el edema, principalmente submucoso, siguieron en frecuencia a las alteraciones mencionadas. Hubo formación de pólipos en dos casos.

Los ganglios linfáticos regionales mostraron hiperplasia folicular de grado variable en tres de los casos y nunca la consideramos intensa. En dos casos, uno de ellos sin actividad folicular, se observó ectasia de los sinusoides con abun-

dante líquido linfático y numerosas células linfoides transformadas, algunas inmunoblastos, en los mismos.

Como lesiones acompañantes se observaron pseudodivertículos en el colon de uno de nuestros casos de localización en colon sigmoide y en el ileon en otro de ellos. En este último caso fue una lesión única en el espesor de la pared intestinal y probablemente corresponda a una recpitelización de -- una fistula incipiente, ya que había fibrosis en su pared.

A continuación, presentamos una tabla en la que podemos apreciar las características morfológicas principales.

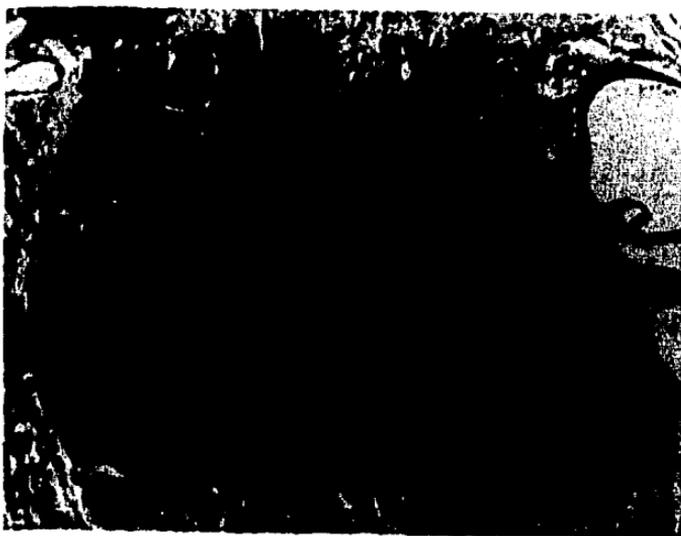
**CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS PRINCIPALES EN INTESTINOS RESECADOS DE
5 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**

| | | Leve | Modorada | Intensa | Total |
|---|------------------------------------|------|----------|---------|-------|
| A) FIBROSIS | Mucosa | 1 | - | - | 1 |
| | Submucosa | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | Subserosa | 4 | - | - | 4 |
| B) EDEMA | Mucosa | - | 2 | 1 | 3 |
| | Submucosa | - | 1 | 2 | 3 |
| | Subserosa | - | 1 | - | 1 |
| C) HIPERTROFIA MUSCULAR | Muscular de la mucosa | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | Circular externa | - | 4 | 1 | 5 |
| | Longitudinal externa | 1 | - | - | 1 |
| D) NODULOS LINFÓIDES | Submucosa | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | Muscular | 2 | - | - | 2 |
| | Serosa | 3 | 1 | - | 4 |
| E) GRANULOMAS | | 1 | - | - | 1 |
| F) ULCERAS | Superficiales (mucosa y submucosa) | - | 2 | - | 2 |
| | Profundas (en fisura) | - | - | - | 0 |
| | Erosión | 1 | - | - | 1 |
| G) ABSCESOS | Microabscesos en criptas | 1 | - | - | 1 |
| | Abscesos parietales submucosa | - | 1 | - | 1 |
| | subserosa | 1 | - | - | 1 |
| H) ECTASIA E HIPERPLASIA LINFÁTICA | | 2 | 1 | 1 | 4 |
| I) ALTERACIONES EPITELIALES | Hiperplasia | - | - | 4 | 4 |
| | Metaplasia | - | - | 4 | 4 |
| | Atrofia | - | 3 | - | 3 |
| | Pólipos | 2 | - | - | 2 |



Pared intestinal de ileon con engrosamiento in
tenso por edema, fibrosis submucosa e hipertro-
fia de la capa muscular. Obsérvese los nódulos
linfoides y la estasia linfática en la submuco
sa.

FOTOGRAFIA No. 3 (a)



Acercamiento de la submucosa del espécimen anterior. Se identifica la congestión vascular, los vasos linfáticos y los nódulos linfoides con centros germinales activos.

FOTOGRAFIA No. 3 (b)

COMENTARIOS

Preferimos efectuar un comentario sobre este trabajo antes de realizar las conclusiones, ya que nuestro número de casos es pequeño y porque el tiempo máximo de observación que tenemos es de 4 años.

Respecto a la frecuencia con otros procesos morbosos inflamatorios intestinales, es menor del 1% en nuestra casuística es significativo señalar que todos son adultos mayores, con un promedio de 50.8 años de edad, 60% profesionistas, desarrollados en un medio urbano y por lo tanto sometidos a un mayor stress y tipo de dieta, que pudiera relacionarse con la etiología de esta enfermedad.

Pensando en esta entidad patológica, en todos los pacientes estudiados que tenían historia de cuadros diarreicos no específicos, nos llevó a realizar estudios como el colon por enema hasta la colonoscopia y toma de biopsia, de acuerdo a los criterios marcados por la Cooperativa Nacional para el Estudio de la Enfermedad de Crohn.

Como se señala en el trabajo, los síntomas tuvieron una evolución mínima de 24 horas y máxima de 25 años, los tratamientos médicos previos en la mayoría de los casos estuvieron enfocados a procesos infecciosos y parasitarios; lo que demuestra la dificultad para el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial en esta enfermedad, incluye causas de abdomen agudo cuando se trata de urgencias quirúrgicas, y - en los casos crónicos, el cáncer de colon y la colitis ulcerosa crónica inespecífica son dos entidades que siempre hay que tomar en cuenta.

El manejo quirúrgico de este proceso ha sido encaminado a resolver la complicación aguda, como en nuestros tres primeros casos, el cuadro peritoneal que comprometía la vida del paciente, y donde una vez establecida la sospecha diagnóstica - de Enfermedad de Crohn por los hallazgos macroscópicos y corroborados posteriormente por el estudio histopatológico; se realizaron en dos de ellos resección intestinal y en otro, una operación derivativa (colostomía proximal y bolsa de Hartman).

En los dos últimos casos y pensando en este proceso se efectuaron los estudios adecuados y se tomó la decisión de realizar el acto quirúrgico después de conocer la historia clínica y de encontrar imágenes radiológicas que tendieron a la estenosis o a la deformación anatómica intestinal, y sobretodo en el caso en que la biopsia nos indicaba un proceso inflamatorio crónico con la posibilidad de un carcinoma de colon o Enfermedad de Crohn.

Se tomó como parámetro el resecar como mínimo 25 cm. del lugar macroscópico de la lesión, teniendo una evolución satisfactoria en nuestros tres casos que aún viven, a los cuales -

se les ha observado 13,14 y 48 meses respectivamente, tratán-
dolos únicamente con dieta hiperproteica, hipercalórica, baja-
en grasas y baja en residuos.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha observado un aumento de la frecuen-
cia de la enfermedad, de acuerdo a los informes mundiales. -
aunque desde el punto de vista epidemiológico es relativamen-
te poco frecuente.

En América Latina los informes aún siguen siendo escasos. En
nuestro Hospital al investigar dicho padecimiento encontra-
mos un total de 5 casos durante un periodo de 12 años (1973-
1984), tomados de un total de 12.500 pacientes intervenidos-
quirúrgicamente por padecimientos abdominales, lo cual cons-
tituye un 0.04% de incidencia de este padecimiento en nues-
tra población quirúrgica.

Debido a la inespecificidad de los síntomas los pacientes --
fueron sometidos a diversos estudios preoperatorios. Cuando
el padecimiento se localizó en colon el estudio radiológico-
que más apoyo nos ofreció fue el colon por enema. Respecto a
la colonoscopia, es de hacer notar que pese a que este estu-
dio se acompañó de toma de biopsia, no pudimos fundamentar -

el diagnóstico en uno de los casos, hecho que confirma la dificultad en el diagnóstico preciso de esta entidad.

En los casos en que la enfermedad se localizó en el ileon terminal, el estudio radiológico de tránsito intestinal fue el que más utilidad nos brindó ante la sospecha diagnóstica.

Hasta el momento actual ninguno de nuestros pacientes ha recibido tratamiento farmacológico postoperatorio como pudiese ser la azatioprina, prednisona y/o salicilazosulfapiridina. Su manejo ha sido exclusivamente a base de dieta, llevando un seguimiento longitudinal estricto.

Respecto al procedimiento quirúrgico, tal parece que la resección intestinal es la que nos ofrece un menor índice de recurrencias. Consideramos que el límite de resección de 25 cm. libre de lesión es un procedimiento quirúrgico adecuado, sin las complicaciones de las resecciones amplias. Hasta el momento, hemos obtenido los mismos resultados que lo informado en la bibliografía internacional.

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Aufses A. F. Jr.: Inflammatory bowel disease. The first fifty years. Mount Sinai J Med, 1983; 50: 99-200.
- 2.-Best W. R., Bechtel J. M. y Singleton J. W.: Rederived-Values of the eight coefficients of the Crohn's Disease activity index. Gastroenterology, 1979; 77: 843-846.
- 3.-Block G. E.: Surgical management of Crohn's Colitis. - N Engl J Med, 1980; 302: 1068-1070.
- 4.-Flaser H. J., Moverson B. y Ely I. G.: Studies of campylobacter jejuni in patients with inflammatory bowel-disease. Gastroenterology, 1984; 86: 33-38.
- 5.-Moeryd E. A., Dolin T. y Sjödahl K.: The influence of-disease at the margin of resection of the outcome of - Crohn's Disease. Br J Surg, 1983; 70: 519-521.
- 6.-Cunsolo A., Vecchi R. y Fragaglia T. R.: The surgical-management of Crohn's disease of the colon. Int Surg,- 1984; 69: 159-162.
- 7.-Illis L., Calhoun P., Kaiser J., Rudolf L. y Hanks J.: Postoperative recurrence in Crohn's Disease. The effect of the initial length of bowel resection and operative procedure. Ann Surg, 1984; 199: 340-347.

- 8.-Seehard W. L., Greenberg H. P., Sing M. y Henry P.: --
Acute viral enteritis and exacerbations of inflammatory
bowel disease. Gastroenterology, 1983; 83: 1207-1209.
- 9.-Golaberg M. I., Caruthers S. P., Nelson J. A. y Single
ton J.: Radiographic findings of the National Coopera-
tive Crohn's Disease Study. Gastroenterology. 1979; 77:
925-937.
- 10.-Greenstein A. J., Sachar D. B. y Tzakis A.: Course of-
enterovesical fistulas in Crohn's Disease. Am J Surg,-
1984; 147: 788-792.
- 11.-Melzer J. E., Chamnas S. y Morlan C.: A study of the -
association between Crohn's Disease and Psychiatric ---
illnes. Gastroenterology, 1984; 86: 324-330.
- 12.-Kingham J., Levinson D., Fall J. y Dawson A.: Micros--
copic colitis--a cause of chronic watery diarrhoea. --
Br Med J, 1982; 285: 1601-1604.
- 13.-Kirsner J. B. y Shorther R. G.: Recent developments in
"nonspecific" inflammatory bowel disease. N Engl J Med,
1982; 306: 775-784.
- 14.-Kirsner J. B. y Shorther R. G.: Recent developments in
"nonspecific" inflammatory bowel disease. N Engl J Med,
1982; 306: 837-847.

- 15.-Morelitz I.: Epidemiological and psychosocial aspects-- of inflammatory bowel disease with observations on children, families and pregnancy. Am J Gast, 1982; 77: 929-33.
- 16.-Kushner R. F., Craig R. M.: Intense nutritional support in inflammatory bowel disease, a review. J Clin Gast, -- 1982; 4: 511-520.
- 17.-Malchow H., Ewe K., Brandes J. W., Goebell H., Ehms H., Sommer H. y Jesdinsky M.: European Cooperative Crohn's Disease Study (ECODS): Results of drugs treatment. Gastroenterology, 1984; 86: 249-266.
- 18.-Mekhjian H. S., Switz D. M., Melnyk C.S., Rankin G.G. y Brooks R. K.: Clinical features and natural history of Crohn's Disease. Gastroenterology, 1979; 77: 898-906.
- 19.-Mekhjian H.S., Switz D.M., Watts D., Beren J.J., Katon R.M. y Heran F.M.: National Cooperative Crohn's Disease Study: Factors determining recurrence of Crohn's Disease after surgery. Gastroenterology, 1979; 77: 907-913.
- 20.-Kucha P. Jr. y Gozois R.R.: Inflammatory bowel disease.- Current problems in surgery. 1979.
- 21.-Rankin G.S., Watts D.M., Melnyk C.S. y Kelley M.L.: National Cooperative Crohn's Disease Study: Extraintestinal manifestations and perianal complications. Gastroenterology, 1979; 77: 914-920.

- 22.-Rubio C.A.: Ectopic colonic mucosa in ulcerative colitis and in Crohn's Disease of the colon. Dis Colon Rect, 1984; 27: 102-100.
- 23.-Surawicz C.M. y Pelic L.: Rectal biopsy helps to distinguish acute self limited colitis from idiopathic bowel disease. Gastroenterology, 1984; 86: 104-113.
- 24.-Sachar D.B., Wolfson J., Greenstein A.J., Goldberg J., Styczynski R. y Janowitz H.N.: Risk factor for postoperative recurrence of Crohn's Disease. Gastroenterology, 1983; 85: 917-921.
- 25.-Sanfer N., Kayless W. y Cameron J.: Crohn's Disease of the colon. Is there a role for limited resection. Am J Surg, 1984; 147: 33-42.
- 26.-Shiloni E. y Freund H.N.: Total parenteral nutrition in Crohn's Disease. Dis Colon Rect, 1983; 26: 275-270.
- 27.-Slater G. I., Greenstein A. y Aufses A.: Anal carcinoma in patients with Crohn's Disease. Ann Surg, 1984; 199: 349-350.
- 28.-Summers R.W., Switz D.M., Sessions J.P.: National Cooperative Crohn's Study: results of drug treatment. Gastroenterology, 1979; 77: 847-869.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 49 -

- 29.-Braka Y.M., Glotzer E.J., Masdon E.J., Goldman H., Steer-
M.L. y Goldman L.D.: The long-term outcome of restorative
operation in Crohn's disease. Influence of location, prog-
nostic factors and surgical guidelines. Ann Surg, 1982; --
199: 345-355.
- 30.-Waterman I.P., Peña A.S.: Familiar incidence of the Crohn's
Disease in the Netherlands. Gastroenterology, 1984; 86: -
449-452.
- 31.-Wolf D., Beart R. y Frydenberg H.: The importance of di-
sease. Dis Colon Rect, 1983; 26:239-243.