



11209 6  
21

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA  
ENFERMEDAD DE CROHN**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**CIRUGIA GENERAL**

P R E S E N T A :

**DR. JUAN CARLOS ARANDA ALDECO**

ASESOR: DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNANDEZ



**IMSS**

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON  
FALLA DE CROHN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

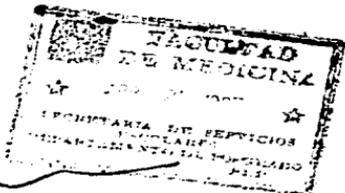


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.



Doctor

**NIELS H. WACHER RODARTE**  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



Doctor

**ROBERTO BLANCO BENAVIDES**  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



Doctor

**PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNANDEZ**  
ASESOR  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

## **DEDICATORIAS**

**A ti Padre:**

por darme las armas y mostrarme el camino para lograr lo que ahora soy.

**A ti Madre:**

por tu apoyo incondicional, tu paciencia y amor.

**A la memoria de**

**Memo y Chun.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional por una meta cumplida.**

**Muy en especial Al DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES, mi admiración y respeto. Gracias por sus enseñanzas y su Filosofía.**

## **INDICE**

**Pág.**

<b>DEFINICION</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES HISTORICOS</b>	<b>2</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>31</b>

## **DEFINICION**

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que se localiza a cualquier nivel del tubo digestivo, que compromete a todas las capas de la pared intestinal y que afecta de manera fundamental a personas jóvenes. Su etiología y patogenia no son aún bien conocidas, su curso clínico es prolongado en cuanto a manifestaciones clínicas, con frecuentes complicaciones sistémicas y locales y su tratamiento no es específico, dirigiéndose a mejorar las manifestaciones clínicas y calidad de vida de los pacientes. La cirugía es necesaria en un elevado número de casos, y el pronóstico de la enfermedad se condiciona de manera negativa por la aparición de recurrencia después de la intervención quirúrgica.(1).

## **ANTECEDENTES HISTORICOS**

Al parecer la más antigua descripción de las lesiones inflamatorias del Intestino delgado son las de Morgagni en 1769, aparecidas en su obra de Sedibus Et Causis Marmorum.(2).

Durante el siglo XIX y comienzo del XX, diversas publicaciones describieron las características de lo que hoy se conoce como enfermedad de Crohn.(2)

Pero fue hasta 1932 en que Crohn y cols, describieron en forma minuciosa la correlación clínica con los cambios anatomopatológicos de la enfermedad que ellos denominaron ileitis terminal.

A través de los años se han tratado de dar diferentes denominaciones a la enfermedad, para llamarla en forma más apropiada como son; enteritis regional, ileitis, ileocolitis, enteritis transmural, enteritis esclerosante, enteritis ó colitis granulomatosa, y colitis segmentaria. La mayoría de estas designaciones son de tipo descriptivo, pero que no pueden ser generalizadas por lo que en honor a su primera y más completa descripción se ha decidido denominarla enfermedad de Crohn.(3).

## **MARCO TEORICO**

### **EPIDEMIOLOGIA**

La enfermedad de Crohn es un proceso de distribución universal que aparece más frecuentemente entre la segunda y tercera décadas de la vida y que afecta a ambos sexos de manera similar.

Se ha observado un incremento en su incidencia en los últimos dos decenios, alcanzando en la actualidad un índice estabilizado anual de 3 a 6 casos cada 100,000 habitantes. Con una prevalencia de 20 a 70 casos por 100,000 y un índice de mortalidad del 5 al 10%.<sup>(6)</sup>

No se han encontrado asociaciones con grupos sanguíneos específicos ó HLA, excepto en los pacientes con Espondilitis Anquilosante, que además presentan características familiares marcadas.<sup>(7)</sup>

## **ANATOMIA PATOLOGICA**

**LOCALIZACION ANATOMICA.** La enfermedad puede afectar a cualquier tramo del aparato digestivo y las localizaciones más frecuentes son:

- Localización a nivel de intestino delgado.
- Localización a nivel de intestino delgado y colón.
- Localización a nivel de colón.
- Localización a nivel anorectal.

**ANATOMIA MACROSCOPICA.** Los hallazgos más importantes son los siguientes:

- Engrosamiento de la pared intestinal, dando lugar a un estrechamiento de la luz del organo afectado y con frecuencia a estenosis únicas ó múltiples.
- Existen zonas enfermas que alternan con otras sanas entre ellas.
- Presencia de ulceras ó fisuras que penetran e incluso sobrepasan la submucosa.
- La serosa aparece granulosa, mate y a menudo se encuentra recubierta por la grasa mesentérica.
- El mesenterio se encuentra engrosado, retraído y a menudo existen ganglios linfático agrandados.(8)

**ANATOMIA MICROSCÓPICA.**

Se caracteriza por un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, histiocitos y células plasmática que se extienden por todas las capas de la pared intestinal. Además de linfedema submucoso y la hiperplasia linfoide, puede haber granulomas no caseificantes; que se encuentran formados por acumulo de células epitelioides alrededor de células gigantes tipo langerhans en 50 a 60% de los casos. (8)

**ETIOLOGIA Y PATOGENIA**

Aún no se sabe a ciencia cierta la etiología de la enfermedad, aunque se han propuesto varias hipótesis, como son las siguientes;

**AGENTES INFECCIOSOS:** Se ha tratado de involucrar a diversos gérmenes en la etiología de la enfermedad, de Crohn como son; la *Yersinia Enterocolitica*, *Campylobacter fetus*, *E.Coli*, *Pseudomonas*, Citomegalovirus, Chlamidia del Linfogranuloma Venéreo, y más recientemente la presencia de una micobacteria paratuberculosis no bien identificada. (9)

**MECANISMOS INMUNES:** Se han postulado múltiples y muy complejos mecanismos inmunológicos como intermediadores, de las lesiones histicas y que van desde; Reacciones gobernadas por anticuerpos, Reacciones gobernadas por linfocitos activados, hipersensibilidad Inmediata, marcadores Inmunes de agentes etiológicos y más recientemente se ha dado un papel importante a las Citokinas. (10,7).

**FACTORES DIETETICOS:** Se ha tratado de implicar a ciertos componentes de la dietas como son; conservadores químicos, metales pesados como el mercurio, carbohidratos muy refinados, etc. (11).

#### **CUADRO CLINICO**

La enfermedad de Crohn es variable en cuanto a severidad, curso clínico y pronostico, en general la severidad varia dependiendo de la extensión del proceso y afección a la pared intestinal.

La presentación clínica de la enfermedad depende del segmento del tubo digestivo que se encuentre afectado, sin embargo el dolor abdominal y la diarrea son las manifestaciones más constantes. El dolor está en relación a la fase en que se encuentra la enfermedad, si el proceso se encuentra en fase estenotica se

asociara a náusea y vómito. Y la diarrea es producto de varios mecanismos entre ellos el síndrome de mala absorción con su consiguiente desnutrición secundaria.(13). En el 50% de los casos hay fiebre de origen no determinado. (13). Se ha estimado que el promedio de duración de los síntomas antes del diagnóstico es de 2.5 años ya que la mayoría se catalogan como síndrome de colon irritable(14).

Las manifestaciones se clasifican en sistémicas y locales:

**MANIFESTACIONES LOCALES.** Son las de mayor frecuencia y condicionan el pronóstico de la enfermedad, entre las cuales se encuentran; Lesiones perianales, estenosis de la luz intestinal; siendo la complicación más frecuente, fístulas internas, fístulas externas, abscesos en cavidad, perforación libre; siendo esta una complicación muy rara, hemorragia masiva, divertículos del Intestino delgado, y el megacolon tóxico.

Existe un aumento cada vez mayor con la asociación de neoplasias malignas, siendo mas frecuente en trayectos intestinales excluidos quirúrgicamente.(15)

**MANIFESTACIONES SISTÉMICAS O EXTRAINTESTINALES.** Se clasifican en tres grupos:

- A. Colitis dependiente; se incluyen las articulares, dermatológicas, bucales y oculares.
- B. Relacionado con la fisiopatología del intestino delgado; siendo el síndrome de mala absorción, litiasis biliar, nefrolitiasis e hidronefrosis no calculosa.
- C. Inespecíficas: Como son; Osteoporosis, hepáticas, úlcera péptica, amiloidosis. (17).

#### **DIAGNOSTICO**

Se basa en una combinación de los aspectos clínicos, bioquímicos, radiológicos, endoscópicos y anatomopatológicos.

Dentro de los datos de LABORATORIO se puede encontrar anemia hipocromica, macrocítica, secundaria a la pérdida crónica de sangre y deficiencia en la absorción de folatos y B12. La Leucocitosis y la VSG elevada están en relación al grado de actividad de la enfermedad o presencia de complicaciones sépticas. Puede haber hipoalbuminemia secundaria a la pérdida de proteínas en la luz intestinal o a su mala absorción.

**La ENDOSCOPIA juega un papel importante dentro del diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Los cambios colónicos tempranos pueden ser muy sutiles, y se caracterizan por; ulceraciones planas aftoideas, aspecto granuloso y opacidad de la mucosa.(2). Cuando se sospeche la afección gastroduodenal es recomendable realizar la panendoscopia. Siendo los siguientes hallazgos los más frecuentes: Nodularidad de la mucosa, ulceraciones aftosas ó lineales, aplanamiento de los pliegues gástricos antrales, rigidez e hipoperistalsis, así como estenosis duodenales. (18)**

**Los estudios de RX contrastados son esenciales en todo paciente en quien se sospeche enfermedad de Crohn, permiten obtener datos muy sutiles en cuanto a la extensión y gravedad de la afección.**

**En cuanto a el UESG, recientemente se han publicado trabajos evaluando su utilidad y reportando una sensibilidad del 89% y especificidad del 94%, enfocado a distinguir actividad de la enfermedad contra engrosamiento de la pared intestinal.(19). Pero pienso que el verdadero valor está en relación con la detección de complicaciones como; abscesos o travectos fistulosos.**

**La TAC es el estudio de mayor utilidad, ya que permite evaluar en forma precisa la extensión y gravedad de la enfermedad, gracias a su alta resolución densitométrica y espacial. Permitiendo observar las alteraciones murales, serosas y del mesenterio. (20)**

## **TRATAMIENTO**

Se dirige a mejorar la sintomatología del paciente y se divide en:

### **MEDIDAS GENERALES**

Corrección de los síndromes carenciales, control de la diarrea y administración de dietas especiales.

### **MEDICO.**

Se debe valorar inicialmente la localización y grado de actividad clínica del proceso. Se basa principalmente en la administración de Sulfazalazina, corticosteroides, inmunosupresores, inmunoestimulantes, antimicrobianos, agentes fijadores de sales biliares y fármacos antidiarreicos inespecíficos.

La Sulfazalazina es la droga más ampliamente usada, y actualmente existe un derivado el Ac. 5 ASA, al parecer su metabolito activo: no se conoce con precisión su mecanismo de acción, al parecer inhibe la motilidad de los leucocitos.(2).

La utilización de antibióticos del tipo metronidazol y sulfas se basa en la eliminación de la infección bacteriana partiendo de las consecuencias inmunológicas que desencadena.(21)

Recientemente se ha postulado la utilización de agentes inmunosupresores con eficacia en sitios específicos, recalándose la posibilidad de inducción de síndromes mieloproliferativos con uso prolongado. Al parecer la asociación de Azatioprina y 6-mercaptopurina, son los primeros agentes que demuestran utilidad en la enfermedad refractaria, así como disminución en el índice de recidiva.(21)

#### **APOYO NUTRICIONAL**

En los últimos 25 años ciertas terapias nutricionales se han propuesto como tratamiento específico en la enfermedad activa.(22). Sin embargo se encuentra establecida la necesidad de la terapia nutricional enteral cuando es posible, por la tendencia a la desnutrición que provoca la enfermedad de Crohn. En ocasiones por la gravedad y extensión del proceso es necesario la administración de NPT, para mejorar condiciones nutricionales, en especial a aquellos pacientes que serán sometidos a tratamiento quirúrgico.(23).

#### **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

A pesar de que el tratamiento quirúrgico debe ser tomado como el último recurso, la mayor parte de los pacientes requieren alguna intervención quirúrgica. La probabilidad de necesitar una intervención es del 6 al 7% por año.(2).

Las indicaciones se derivan de dos principales razones:

1. Fracaso al tratamiento medico,
2. Corrección de las complicaciones. Y dependiendo de la localización de la enfermedad sera el procedimiento a realizar. (24).

Tradicionalmente se hacían resecciones amplias encaminadas a extraer toda la patología macroscópicamente visible, si embargo se ha observado que el pronóstico, morbilidad e índice de recidiva no varían cuando existen límites quirúrgicos con enfermedad micro o macroscópica residual(25). Por lo que actualmente se realizan cirugías más conservadoras encaminadas a aliviar la sintomatología obstructiva como son las estenoplastias cortas o ampliadas.(26,27).

Se ha postulado ampliamente la realización de apendicectomía incidental en aquellos pacientes sometidos a laparatomía exploradora con hallazgos de enteritis regional, siempre y cuando no exista afección del ciego. (28). Si embargo otros trabajos reportan alta morbilidad y baja incidencia de apendicitis subsecuente.(29). Así como también algunas series sugieren la resección ileocolónica en el momento de la apendicectomía como medio para disminuir el índice de recidiva postquirúrgica.(24).

La enfermedad perianal impone difíciles decisiones para su manejo, con altos índices de recidiva y complicaciones infecciosas locales, por lo que en ocasiones se aconseja, en ausencia de enfermedad colónica la desvición del tracto intestinal en forma de ileostomía o colostomía y llegado el caso puede ser necesaria una proctectomía.(30).

**OBJETIVO**

**CONOCER LA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN, en los últimos 13 años en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN XXI.**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional, en el servicio de Gastrocirugía del HE CMN XXI. En 17 pacientes tratados quirúrgicamente y con enfermedad de Crohn corroborada, entre enero de 1984 y diciembre de 1996.

Se obtuvo la información de los expedientes clínicos buscando las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Antecedente de Tabaquismo.
- Síntomas más frecuentes.
- Manifestaciones Extraintestinales.
- Método Diagnóstico utilizado.
- Tiempo de retardo en el Diagnóstico.
- Evolución del padecimiento desde su Diagnóstico.
- Tratamiento médico previo.
- Sospecha de Enfermedad de Crohn preoperatoriamente.
- Diagnóstico preoperatorio erróneo más frecuente.
- Tipo de Cirugía (Urgente o Electiva).
- Segmento Intestinal afectado.
- Procedimiento realizado.
- Morbilidad y Mortalidad Postquirúrgica.
- Reintervenciones por complicación
- Seguimiento
- Recidiva de la Enfermedad.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó por medio de medidas de resumen, frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión.

## **RESULTADOS**

Entre enero de 1984 y diciembre de 1996, 17 pacientes con Enfermedad de Crohn corroborada histopatológicamente, fueron tratados quirúrgicamente. De los cuales se logró obtener la información completa de los expedientes en 16 pacientes.

Los resultados de las variables analizadas se muestran a continuación.

Tabla No. 1

### **DISTRIBUCION POR SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>NO. PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>FEMENINOS</b>	10	62.50 %
<b>MASCULINO</b>	6	37.50 %
<b>TOTAL</b>	16	100 %

En cuanto a la edad el rango fue de 22 a 85 años en el momento de la intervención quirúrgica, con una media de  $60.18 \pm 18.8$  años.

Se encontró antecedente de tabaquismo en 8 pacientes (50%).

La evolución de la sintomatología hasta su diagnóstico se muestra en la siguiente tabla.

**TABLA No. 2**

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS  
SINTOMAS HASTA SU DIAGNOSTICO**

<b>TIEMPO/AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
< DE 1	3	18.75 %
1 A 2	9	56.25 %
2.1 A 5	3	18.75 %
> 5.1	1	6.25 %
TOTAL	16	100 %

A continuación se muestran las manifestaciones clínicas más frecuentes

**TABLA. No. 3****MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES**

<b>SINTOMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DOLOR	12	75 %
PERDIDA DE PESO	15	93.75%
NAUSEA	6	37.50 %
VOMITO	4	25 %
OCCLUSION INTESTINAL	9	56.25%
FIEBRE	5	31.25%
DIARREA	8	50%
COSTIPACION	5	31.25%
TUMOR	1	6.35%
FISTULA	3	18.75%

**TABLA No. 4****MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES**

<b>MANIFESTACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	2	12.50 %
ERITEMA NODOSO	1	6.25 %
PSORIASIS	1	6.25 %
CONJUNTIVITIS	1	6.25 %
PIODERMA GANGRENOSO	1	6.25 %
HIGADO GRASO	1	6.25 %
CARDIOPATIA	1	6.25 %
UVEITIS	2	12.50 %
ARTRITIS REUMATOIDE	2	12.50 %
NINGUNA	4	25 %

**Se encontró que solo 6 pacientes (37.50%) tenían establecido algún esquema de tratamiento médico específico.**

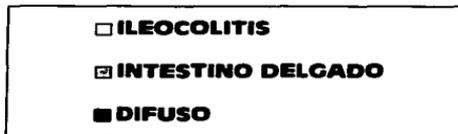
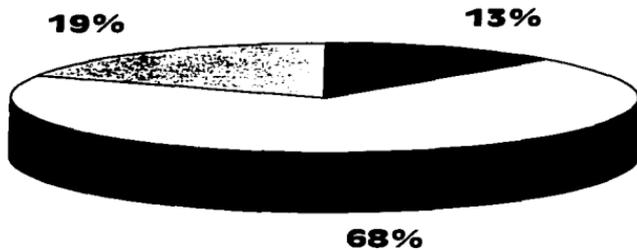
**Solo se sospechó la Enfermedad de Crohn en 6 pacientes (37.5%) antes de la cirugía, siendo los diagnósticos erróneos más frecuentes: Oclusión Intestinal en 4 pacientes (25%), TB Intestinal en 1(6.25%), Linfoma Intestinal en 1(6.25%), Carcinoma de colon en 2(12.50%), CUCI en 1(6.25%), Enfermedad Diverticular en 1(6.25%).**

**Se realizó cirugía de urgencia en 7 pacientes (43.75%) y electiva en 9 (56.25%).**

**El segmento intestinal afectado se muestra en la gráfica No.1**

## SEGMENTO INTESTINAL AFECTADO

GRAFICA No. 1



**TABLA No. 5****PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO**

<b>PROCEDIMIENTO QUIRURGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
RESECC. INTESTINAL + APENDICECTOMIA	14	6.25
RESECC. ILEAL + HEMICOLECTOMIA	1	87.50
FISTULECTOMIA PERIANAL	1	6.25
RESECC. SEGMENTARIA DE COLON	1	6.25
PLASTIA DE PARED	1	6.25

Se presentaron complicaciones postquirurgicas en 9 pacientes (56.25%), que fueron desde; la infección de la herida quirurgica, ileo prolongado, TEP, Sepsis abdominal, oclusión Intestinal, hasta el síndrome de Intestino corto.

Teniendo una mortalidad postquirúrgica en 3 pacientes (18.75 %)

Requiriendose reintervención quirúrgica por complicación en 8 pacientes con una frecuencia de 2.5 veces.

El seguimiento de los pacientes se muestra en la siguiente tabla:

**TABLA NO. 6**

**SEGUIMIENTO EN AÑOS**

<b>TIEMPO EN AÑOS</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
2	1	6.25 %
3	1	6.25 %
4	1	6.25 %
6	2	12.50 %
7	1	6.25 %
11	2	12.50 %
12	1	6.25 %
13	3	18.75 %
<b>NO SE PUDO REALIZAR</b>	4	25 %
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>75 %</b>

**TABLA NO. 7****RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD**

<b>TIEMPO EN AÑOS</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
< 2 AÑOS	4	25
2.1 - 5	1	6.25
5 ó más	3	18.75
FALLECIO	4	25
ASINTOMATICOS	4	25
TOTAL	16	100

## **DISCUSION**

**Dentro de los resultados del presente trabajo se pudo observar que la incidencia de la Enfermedad de Crohn en nuestro medio es baja, ya que nuestro servicio y hospital se considera de concentración para la especialidad de cirugía gastrointestinal, llamando la atención que el numero de pacientes en nuestro grupo es pequeño, siendo de solo 17 pacientes en 13 años, con un relación femenino masculino de 2:1. Y una edad promedio de 60.18 años en contraste a lo reportado en la literatura.(6).**

**Se encontró el antecedente tabaquismo en el 50% de los pacientes, ya que se ha tratado de demostrar como factor predisponente (31). El tiempo de evolución promedio entre la aparición de la sintomatología hasta el diagnostico de la enfermedad fue de 2.5 años, similar a lo que reporta Farmer (14); ya que en ocasiones no se sospecha y los pacientes son catalogados crónicamente como portadores de trastorno funcionales del Intestino.**

**El diagnóstico de Enfermedad de Crohn solo se sospecho en 6 pacientes 37.5 % en forma preoperatoria, siendo el resto llevados a cirugía bajo otros diagnósticos, dentro de ellos el más frecuente fue; la oclusión intestinal en el 25%, a pesar de los métodos diagnósticos utilizados incluso**

en los pacientes de cirugía urgente como son; Tránsito intestinal en 15 pacientes 93.75%, colonoscopia en 11(68.75%), colon por enema en 9(56.25%), panendoscopia en 7(43.75%), SEG D en 5(31.25%), y TAC en 2(12.50%).

Admans (13) reporta en acuerdo con la literatura mundial, como síntomas más constantes el dolor y la diarrea. Sin embargo en nuestro grupo las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: la pérdida de peso en un 93.75%, como consecuencia del síndrome de mala absorción, probablemente por lo avanzado de la enfermedad secundario a la falta de Diagnóstico temprano en la mayoría de los pacientes, en segundo lugar el dolor abdominal en un 75%. Llamando la atención que en 9 (56.25%) pacientes se presentó cuadro de oclusión intestinal, con resolución del mismo en forma conservadora en 3 pacientes y requiriéndose intervención quirúrgica urgente en los otros 6, así como en un paciente más por Hemorragia de tubo digestivo.

Michelassi (32), reporta en su serie hasta un 90% de compromiso del íleon terminal y solo en el 31% la enfermedad queda confinada a el íleon terminal. En nuestro grupo se encontró que en 11 pacientes 68.75% tenían afección ileocolónica, 3 (18.75%) a intestino delgado exclusivamente y 2 (12.50%) con compromiso difuso. El procedimiento quirúrgico más

frecuentemente realizado fue; la resección ileal más hemicolectomía derecha, en 14 pacientes, resección intestinal segmentaria más apendicectomía en 1(6.25%), Plastia de pared en 1(6.25%), quién tenía el antecedente de resección ileal más hemicolectomía derecha años antes fuera de la unidad, con producción de hernia incisional secundaria: A uno de los pacientes con resección ileal más hemicolectomía derecha además se le realizó resección segmentaria de sigmoides por compromiso difusa.

Se observaron complicaciones postoperatorias mayores en solo tres pacientes sometidos a cirugía urgente 21%, y en 4 de los de cirugía electiva 44%. La mortalidad postoperatoria se presentó en 2 pacientes de cirugía electiva y uno de urgencia. Por lo que no se demostró mayor asociación de morbimortalidad en el grupo de cirugía urgente.

La reintervención quirúrgica por complicación fue necesaria en 8 pacientes 50%, con una frecuencia de 2.5 veces. Encontrándose dentro las causas más frecuentes; la oclusión intestinal y la dehiscencia anastomótica.

El seguimiento se pudo realizar en 12 pacientes y fue de 2 a 13 años con una media de 4.8 años. Observándose que 4 de ellos se encuentran asintomáticos, 7 con recidiva sintomática y 2 han requerido de reintervención quirúrgica: Uno en dos ocasiones y otro en 7.

De los 8 pacientes con recidiva de la enfermedad 7 se encuentran recibiendo algún esquema de tratamiento medico desde el periodo postoperatorio.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## **CONCLUSIONES**

- LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CROHN EN NUESTRO MEDIO ES BAJA.
- ES FRECUENTE QUE EL PACIENTE CURSE VARIOS AÑOS CON LA SINTOMATOLOGIA SIN QUE SE REALICE EL DIAGNOSTICO.
- LA FORMA DE PRESENTACION E INDICACION MÁS FRECUENTE PARA CIRUGIA FUE LA OCLUSION INTESITAL.
- GRAN PARTE DE LOS PACIENTES SON SOMETIDOS A CIRUGIA DE URGENCIA POR COMPLICACION DE LA ENFERMEDAD Y BAJO OTRO DIAGNOSTICO.
- NO HUBO ASOCIACION ENTRE LA CIRUGIA DE URGENCIA Y LAS COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS, NI LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Abreu L., Chantar C.; Enfermedad de Crohn. en: Chantar C., Rodés J.; **Enfermedades del Aparato Digestivo**. 1a ed. Edit. Interamericana, 1989, cap. 24:246-257.
2. Lange D., Efron G., **Enfermedad Inflamatoria del Intestino**; en: Shackelford, **Cirugía del Aparato Digestivo**. 3a ed. Edit: Panamericana: 1993, Cap;26:550-618.
3. Kewenter J., Hultén L., Kock NC., **The Relationship and Epidemiology of Acute Terminal Ileitis and Crohn's Disease**: Gut, 1984;15:801-4.
4. Cameron JL, Stanley R, Hamilton; et al: **Patterns of Ileal Recurrence in Crohn's Disease**: Ann Surg, 1992;215:(5):546-552.
5. Sagar PM, Roger RD, Wolff BC; et al: **Long-Term Results of Ileal Pouch-Anal Anastomosis in Patients with Crohn's Disease: Dis Colon Rectum**,1996;39:(8):893-898.
6. Drew PA, Labroy JT, Shearman DJC: **In vitro Immunoglobulin Synthesis by Human Intestinal Lamina Propria Lymphocytes**: GUT, 1984;25:649-655.

7. **Mendeloff AI: The Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease: Clin. Gastroenterol, 1980:9:259.**
8. **Robins, Cotran: Intestino Delgado; en: Robins, Cotran: Patología Estructural y Funcional. 2a ed, edit. Interamericana pp.888-892.**
9. **Thayer WR, Coutu JA, Chiodini RJ, Van Kruinigen HJ, Merbal R: Possible Role of Mycobacteria in Inflammatory Bowel Disease part II: Mycobacterias Antibodies in Crohn's Disease. Dig Dis Sci,1988:29: 1080-1083.**
10. **Sher ME, D'Angelo aJ, Stein TA: Cytokines in Crohn's Colitis: The Am J Surg, 1995:169:133-136.**
11. **Thronton JR, Emmett PM, Heaton KW: Diet and Crohn's Disease: Characteristics of the Pre-Illnes Diet. Br Med J,1979:2;762.**
12. **Eilson CO, Machelsky E, Weiserbs DB: T Cell-B Cell Regulation in the Intestinal Lamina Propia in Crohn's Disease. Gastroenterology, 1985:89:321-327.**

13. **Admans H, Whorwell PJ, Wright R: Diagnosis of Crohn's Disease: Dig Dis Sci, 1980:25:911.**
14. **Farmer RG: Clinical Features and Natural History of Inflammatory Bowel Disease: Med Clin North Am, 1980:64:1103.**
15. **Grestein AJ, Sachar DB, Aucillo A; et al: Cancer y Crohn's Disease After Diversionary Surgery. A Report of Seven Carcinomas Occurring in Excluded Bowel: Am J Surg, 1978:135:86-90.**
16. **Abreu L, Chantar C, Barrios C; y cols: Manifestaciones Extraintestinales de la Enfermedad de Crohn. Estudio de 110 casos: Gastroenterol y Hepatol, 1981:4:165-169.**
17. **Greinstein AJ, Janowitz Hd, Sachar DB: The Extraintestinal Complications of Crohn's Disease; a Study of 700 Patients: Medicine, 1976: 55:401-412.**
18. **Joseph T, Danzl MD, Richard G: et al; Endoscopic Features of Gastroduodenal Crohn's Disease; Gastroenterology, 1976:70:9-13.**

19. Maconi G, Parente F, Bollani S; et al: Abdominal Ultrasound In the Assessment Of Extent and Activity of Crohn's Disease: Clinical Significance and Implication of Bowel Wall Thickening: Am J Gastroenterol:1996;91:8:1604-1608.
20. Berliner L, Redmond P, Purow E; et al: Computer Tomography In Crohn's Disease: Am J Gastroenterol: 1982;77:548.
21. Linn FV, Peppercorn MA: Drug Therapy for Inflammatory Bowel Disease: Part II. The Am J Surg: 1992;164:178-185.
22. O'Morain CA: Does Nutritional Therapy In Inflammatory Bowel Disease Have a Primary or and Adjunctive Role?: Scand J Gastroenterol: 1990;25:172:29-34.
23. Bernstein CN, Shanahan F: Critical Appraisal of Enteral Nutrition as Primary Therapy Adults With Crohn's Disease: 1996;91:10:2075-2079.
24. Lynn A, Weston PR, Schoetz DJ;et al:Ileocolic Resection for Acute Presentation of Crohn's Disease of the Ileum: Dis Colon Rectum:1996;39:8:842-846.

25. **Kotanagi H, Kramer K, Victor W; et al: Do Microscopic Abnormalities at Resection Margins Correlate with Increased Anastomotic Recurrence In Crohn's Disease?: Dis Colon Rectum, 1991:34:10:909-915.**
26. **Michelass F: Side To Side Isoperistaltic Strictureplasty for Multiple Crohn's Strictures: Dis Colon Rectum, 1996:39:3:345-349.**
27. **Sasaki I, Funayama Y, Naito H: Extended Strictureplasty for Multiple Short Skipped Strictures of Crohn's Disease: Dis Colon Rectum, 1996:39:3::342-344.**
28. **Frederick W, Marx JR: Incidental Appendectomy With Regional Enteritis: Arch Surg, 1964:88:546-551.**
29. **Siminowitz DA, Rush VW, Stevenson JK: Natural History of Incidental Appendectomy in Patients With Crohn's Disease Who Required Subsequent Bowel Resection: Am J Surg, 1982:143:171-173.**
30. **McKee RF, Keenan RA: Perianal Crohn's Disease--Is It All Bad News?: Dis Colon Rectum, 1996:39:2:136-142.**

31. Caprilli R, Corrao G, Taddel G: et al: Prognostic Factors for Postoperative Recurrence of Crohn's Disease: Dis Colon Rectum, 1996;39(3)335-341.
32. Michelassi F, Balestracci T, Chappell R: et al: Primary and Recurrent Crohn's Disease, Experience with 1379 Patients: Ann Surg, 1991;214(3)230-238.
33. Farmer RC, Whelan G, Fazio WW: Long-Term Follow-Up of Patients With Crohn's Disease: Gastroenterology, 1985;88:1818-25.