



26  
2ej.  
11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

MANEJO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE  
CROHN EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

**T E S I S**

QUE PRESENTA LA

DRA. ADRIANA ESPINOSA JARAMILLO

EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. JORGE FERNANDEZ ALVAREZ

MEXICO, D. F.

269493

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

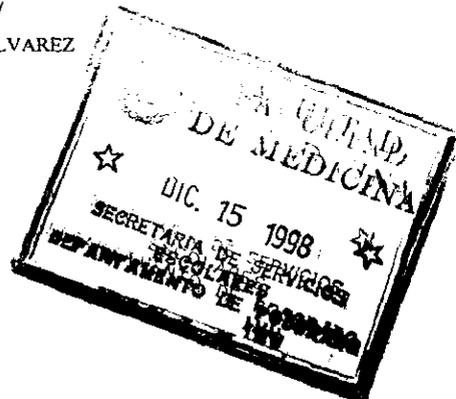
CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

  
DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA  
JEFE DE ENSEÑANZA

  
DR. ARMANDO BAQUERO CENDON  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
CIRUGIA GENERAL



  
DR. JORGE FERNANDEZ ALVAREZ  
ASESOR DE TESIS



## **AGRADECIMIENTOS**

*Con todo respeto y admiración a mis maestros quienes en mayor o menor grado participaron en varias etapas de mi preparación como cirujano.*

*Y en especial a los doctores : Armando Baqueiro C., Oscar Villazón D., Jorge Fernández A.*

*A mis padres por su confianza y apoyo incondicional durante toda mi preparación como médico y cirujano*

*Y sin olvidar a mi esposo y familiares cercanos por sus consejos y comprensión.*

## INTRODUCCION

### DEFINICION

La enfermedad de Crohn se describe como una enfermedad inflamatoria, recurrente, granulomatosa y fibrosante, que usualmente afecta el íleon terminal o al colon , pero que puede lesionar cualquier nivel del tubo digestivo desde la boca hasta el ano. ( 1).

Dentro de las enfermedades inflamatorias intestinales, se encuentra la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn , que son enfermedades crónicas del tracto gastrointestinal. Son identificadas y diagnosticadas por su aparente estado clínico, por endoscopia y sus características histo - patológicas.

La respuesta inflamatoria en la colitis inflamatoria está confinada a la mucosa y sub mucosa pero en la enfermedad de Crohn se extiende a lo largo de la pared intestinal mucosa y serosa .

En la enfermedad de Crohn puede afectar solo un segmento del intestino inicialmente , y posteriormente afectar gran parte del tracto gastrointestinal. La resección de la sección inflamada no es curativa y la inflamación puede recurrir después de ésta. (2)

Aunque es primariamente una enfermedad entérica, resulta ser sistémica en su distribución. Las lesiones se han observado en piel, fémur , músculo estriado y pulmones (3). Se acompaña de muchas afectaciones como artritis (sacroileítis y espondilitis anquilosante), uveítis, eritema nodoso, diversos cambios inflamatorios en el hígado, colelitiasis, y otras alteraciones extra intestinales. (4)

La enfermedad de Crohn se caracteriza por tener cuadros de exacerbaciones y remisiones, y hay un pico de edad en la cual se presenta más frecuentemente que puede ser entre la segunda y cuarta década.

El paciente típico es aquel joven con una larga historia de dolor abdominal crónico, diarrea y pérdida de peso. El diagnóstico es frecuentemente retardado, con un promedio de tres años entre los primeros síntomas y el tiempo en que se establece el diagnóstico. El dolor abdominal es tipo cólico y constante. La diarrea es intermitente, explosiva, con restos de comida, y nocturna. La pérdida de peso aparece tardíamente, y es el resultado de la disminución en la ingesta de la vía oral y puede resultar como consecuencia una desnutrición por la disminución en la ingesta y en la mala absorción. (5)

Puede haber un incremento en la enfermedad la cual se ve relacionada con la agregación familiar lo cual sugiere que tiene una base genética. (6).

La incidencia de enfermedad de Crohn en familiares en primer grado, de acuerdo con diversos informes, varía de 3 al 18%. (7)

Debido a que esta enfermedad implica una gran revisión de los aspectos epidemiológicos clínicos y comportamiento se explicaran por separado en cada apartado, con lo más actualizado sobre el tema y ayudar a comprender lo complejo del tema.

## MARCO HISTORICO

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica granulomatosa del tracto gastrointestinal descrito como ileítis por Crohn , Ginzburg, and Openheimer en 1932, que basaron la descripción en una serie de 14 casos . Antes de esta publicación habían aparecido algunos trabajos esporádicos con descripciones de lo que podían haber sido casos de enfermedad de Crohn . S u trabajo, ahora clásico, diferenció claramente la enfermedad de Crohn de la tuberculosis ileocecal hiperplásica, y desde entonces los casos informados de tuberculosis intestinal han sido raros, por lo menos en muchos países desarrollados.

En su informe inicial se describió lo siguiente :

*“Nosotros proponemos describir con detalles clínicos y patológicos una enfermedad que afecta al íleon terminal principalmente en adultos jóvenes caracterizado por una inflamación cicatrizal y necrosis crónica o subaguda. La ulceración de la mucosa se acompaña de una reacción del tejido conectivo desproporcionada de las paredes restantes del intestino afectado, un proceso que frecuentemente deja estenosis luminal del intestino asociada a la formación de múltiples fistulas.*

En su informe original Crohn y col. describieron esta condición como afectando sólo el intestino delgado distal y por ende acuñaron el término “ileítis terminal” . Debido al conocimiento de que otras partes del intestino están afectadas, más adelante fue reemplazado por “enteritis regional”.

En 1960 gran parte de la confusión en cuanto a la enfermedad intestinal inflamatoria del colon se aclaró cuando Lockhart Mummery y Morson demostraron que la enfermedad de Crohn también involucra el colon, estableciendo una base para la diferenciación de la enfermedad de Crohn del colon ( colitis transmural, colitis granulomatosa ) de la colitis ulcerosa crónica ( colitis mucosa ).( 20 , 21 )

## EPIDEMIOLOGIA

Uno de los aspectos más interesantes de la enfermedad de Crohn es su distribución global irregular y varía gradualmente con la distribución geográfica.

Para un mejor entendimiento de la incidencia de la enfermedad se realizó un estudio prospectivo en 20 centros de Europa en 1996. El cual menciona que es más frecuente entre la población caucásica, en el norte de Europa, y Norte América, y que es menor en el sur de Europa ; y en Sud América, Asia y Africa es mucho menos frecuente. Dentro de la distribución geográfica hay variaciones étnicas y raciales. La enfermedad es tres a ocho veces más común entre judíos. Sin embargo la incidencia es mayor en judíos americanos y europeos que en los judíos de Israel. (8) Esto es condicionado también por las condiciones del clima; las áreas con un clima más frío tienen una incidencia mayor. Por ejemplo, es alta en Escandinavia, las islas Británicas , y Alemania. (9).

Un estudio realizado en Grecia mostró un incremento en la incidencia anual entre 1990 y 1994. Se observó una alta incidencia entre fumadores, personas urbanas, y con un alto nivel de educación.(10)

Es un poco difícil determinar los cambios en la incidencia ya que muchas veces los pacientes pueden diagnosticarse como colitis ulcerativa en el pasado. En muchas áreas geográficas en los cuales la enfermedad había sido insignificante ahora se ha incrementado.

Algunas series indican que existe una aproximación equilibrada entre la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, entre hombres y mujeres , pero otras series indican que es mayor en mujeres por un 30% más. El pico de edad es entre los 15 y 25 años . Y en otras series se muestra un segundo

pico de edad entre los 55 y 65 años. Se presenta en adolescentes aunque es mucho menos frecuente antes de los 15 años. La colitis ulcerativa en cambio es mucho más común en menores de 10 años que el Crohn.

Como se describe anteriormente, la incidencia entre los fumadores en la enfermedad de Crohn es mayor que en la población general. (11)

Otro dato importante en los estudios realizados internacionalmente se observó en 1996, entre los centros participantes de Bélgica, Dinamarca, Francia, Estados Unidos y el Reino Unido, que de 25 y 53 familias caucásicas con un mínimo de dos miembros afectados por Crohn fueron estudiadas encontrándose susceptibilidad en el locus en el cromosoma 16. (12)

Otro estudio similar en el Reino Unido en 1996, demostró similitud entre 150 gemelos idénticos que desarrollaron enfermedad inflamatoria intestinal en contraste con los gemelos no idénticos. (13) En un estudio alemán se determinó que el HLA - DRB 1 alelo \*07 se asoció con el aumento en el riesgo para enfermedad de Crohn especialmente en pacientes jóvenes. Hallazgos similares se demostraron en un estudio francés donde se observó que en el HLA- DRB 1 alelo \*01 tanto como en el HLA DRB1 alelo\* 07 fueron asociados con incremento en la susceptibilidad para enfermedad de Crohn.

En un estudio de Holanda los autores analizaron que una apendicectomía previa podía modificar el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal que también fue analizado en el estudio de Oxford en donde no se encontró ninguna diferencia entre los sujetos controles y los pacientes con Crohn, sin embargo se encontró una fuerte protección para los pacientes con colitis ulcerativa. (14) En cuanto a las variaciones de clima en un estudio de Noruega se observó que prevalecía más la enfermedad en los periodos de otoño e invierno.

Y en cuanto a la ocupación en Dinamarca determinaron que no existe ninguna relación con el tipo de actividad pero si con un trabajo sedentario el cual lo incrementa (15 y 16).

## ETIOLOGIA

Las teorías sobre el origen de la enfermedad inflamatoria intestinal se dividen en tres grupos : 1) las que invocan un agente infeccioso, 2) las que sostiene que un mecanismo inmunológico inicia y perpetúa la enfermedad y 3) un grupo de conceptos que implican mecanismos psicossomáticos, dietéticos, vasculares, traumáticos , etc. Las teorías más aceptadas se encuentran dentro de los dos primeros grupos.

Se citan numerosos microorganismos como posibles causas de enfermedad inflamatoria intestinal, pero ninguno ha sido confirmado hasta la fecha .(19)

Los candidatos más probables siguen siendo los rotavirus, virus de Epstein Barr, citomegalovirus y virus RNA citopáticos intestinales no caracterizados. También han sido implicadas bacterias como pseudomona, anaerobios entéricos , Mycobacterium kansasii carente de pared celular, clamidias y Yersinia enterocolítica, aunque al igual que los virus no se han logrado aislar.

El factor inmunológico ya se ha mencionado en la sección previa. Un punto de vista sugiere que un cierto grado de déficit inmunológico conduce a una reacción exagerada e incontrolada frente a distintos antígenos intestinales, lo que produce el daño de la mucosa . De hecho se han comunicado casos de inmunodeficiencia asociada a enfermedad de Crohn como el déficit aislado de Ig A en la mucosa intestinal o la disfunción de los macrófagos.

El resto de las teorías son poco valorables como los factores psicossomáticos, dado que algunos tipos de personalidad(inmadura, dependiente, pasiva), se han asociado al llamado "colon irritable". Pero no existe evidencia de que tales trastornos intestinales de origen emotivo conduzcan a enfermedades orgánicas. (20)

## PATOL O G I A

Uno de los rasgos macroscópicos más peculiares de la enfermedad de Crohn consiste en una clara delimitación de la afectación intestinal segmentaria que puede aparecer a cualquier nivel del tubo digestivo. En la forma clásica están afectados los últimos 15 a 25 cm de ileon terminal. En ocasiones distintos segmentos lesionados, claramente delimitados se encuentran separados por intestino normal, produciendo las lesiones "salpicadas". Se caracteriza por un engrosamiento edematoso, eritematoso, o hiperémico de la pared del intestino delgado. En este estadio la mucosa puede presentar únicamente úlceras hiperémicas diminutas "aftosas". A medida que la enfermedad evoluciona hacia la fase clásica, los segmentos afectados aparecen engrosados y rígidos, de tal forma que pueden compararse con una manguera de goma. La superficie serosa es granular y gris mate, y a menudo la grasa mesentérica esta sobre el intestino virtualmente cubierto, de la misma manera el mesenterio esta engrosado, edematoso y a veces fibrótico. La luz intestinal esta casi siempre estrechada. menudo existen fisuras muy estrechas que pueden pasar inadvertidas entre los pliegues de la mucosa. En los casos crónicos, las úlceras o fisuras pueden penetrar profundamente llegando a formar tractos fistulosos con otras asas intestinales. En otros casos, la penetración de la pared del intestino delgado puede producir abscesos, tanto en la cavidad peritoneal como en la grasa mesentérica.

En el colon es muy variable, se encuentran afectados el ciego y una porción del colon derecho en continuidad con la lesión ileal y en otras múltiples segmentos aislados. En un pequeño porcentaje se limita a la región anorectal o a todo el intestino grueso.

Los rasgos histológicos más característicos de la enfermedad de Crohn son : 1) Inflamación transmural ( en forma de infiltrados inflamatorios crónicos y fibrosis ) que afecta a todas las capas hasta la serosa, 2) la aparición de granulomas no caseificantes que guardan íntima semejanza con

los de la sarcoidosis, 3) dilatación o esclerosis de vías linfáticas y 4) agregados linfoides ( con centros germinales) a todos los niveles de la pared intestinal. Otras variedades son vellosidades acortadas , fusionadas y engrosadas y la microvellosidades muestran engrosamiento de sus extremos con necrosis de células epiteliales. Las lesiones anales son en forma de úlceras o grietas indolentes que a veces penetran profundamente y producen fistulas . También incluyen formación de granulomas y presencia de muchas células gigantes multinucleadas. (23).

## INMUNOLOGIA

Existen numerosas líneas en las que se sugiere que los linfocitos T particularmente los que se encuentran en la mucosa intestinal juegan un rol importante en la patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal. El número de células T son significativamente mayor en las lesiones gastrointestinales y hay una evidencia de la activación anormal y producción de citocinas en la enfermedad inflamatoria intestinal. Las células T pueden jugar múltiples roles incluyendo reconocimiento de la enfermedad y antígenos específicos o auto antígenos, citotoxicidad y regulación de la respuesta inflamatoria inmunológica. En adición la deficiencia en la función de las células T puede predisponer a la enfermedad. (17)

En cuanto a las citoquinas, estudios previos sugieren que éstas juegan un papel importante en la lesión medida por respuesta inflamatoria en el tracto gastrointestinal. Múltiples estudios demuestran incremento en interleucina - 1, interleucina -6, y factor de necrosis tumoral en la mucosa .

Por otra parte las células presentadoras de antígenos juegan un papel importante en la respuesta inflamatoria . La activación de las células T requiere no solo de la presentación de antígenos por el complejo mayor de histocompatibilidad, sobre la superficie del antígeno presentado por las células sino que también la presencia de una molécula co estimuladora que intervenga con otras células T ligadas a la superficie.

El oxido nítrico es una molécula pequeña lábil que tiene numerosos efectos fisiológicos en la respuesta inflamatoria, algunos de los cuales pueden ser protectores y en otros puede ser nocivo . El oxido nítrico es el producto de

la acción enzimática de la óxido nítrico sintetasa. La óxido nítrico sintetasa es producido en las células inflamatorias por mediadores inflamatorios tales como lipopolisacáridos y citokinas, pero su papel en la enfermedad inflamatoria es incierta . (18)

## CUADRO CLINICO

Es una entidad compleja y difícil particularmente por la diversidad de sitios afectados los cuales se detectan por sus diversas presentaciones y curso clínico. Existen tres patrones de distribución en el íleon y ciego 40%, confinado al intestino delgado un 30%, y al colon 25%. Mucho menos frecuente se ve afectada la porción proximal del tracto gastrointestinal ( boca, lengua, esófago, estómago y duodeno ).

Los síntomas que predominan son diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso cualquiera de estos tres puede predominar, a diferencia de la colitis ulcerosa en donde predomina la diarrea.

La presentación inicial puede ser insidiosa y el dolor abdominal puede acompañarse por meses o años de síntomas vagos, diarrea intermitente antes del diagnóstico.

En los pacientes con afección al colon especialmente anorectal, la diarrea se presenta en poca cantidad con urgencia y tenesmo.

En los pacientes en que afecta al íleon terminal y en pacientes con resección de éste pueden tener diarrea con sales biliares o en casos severos franca esteatorrea.

La estenosis del intestino delgado puede incrementar el número de bacterias con disminución en la conjugación de sales biliares y mal absorción de grasas. Si la diarrea es producto de la mal absorción de grasas la frecuencia y severidad de la misma esta en función del patrón de grasas ingeridas.

La localización del dolor se relaciona con el sitio afectado, y aparece después de comer y probablemente se relaciona con porciones parcialmente obstruidas. El dolor es causado por estrechamiento de la pared en un segmento dilatado proximal a la obstrucción y por contracciones intensas de la musculatura en un intento por hacer avanzar el contenido a través de la obstrucción. La distensión abdominal, náusea y vómito pueden acompañar al dolor en esta circunstancia. El dolor visceral puede resultar de la *inflamación de la serosa*.

La pérdida de peso se presenta según la localización. Y mas del 20% de pérdida ocurre en 10% a 20%, que puede ser producto de mala absorción o de mala ingesta .

La afección colónica se asocia a una alta incidencia de sangrado rectal y perianal pero a una baja incidencia de fistulas internas y obstrucción .

A la exploración física los hallazgos pueden variar de acuerdo a la severidad del cuadro. Cuando el cuadro esta activo el paciente luce pálido, débil y crónicamente enfermo y si se asocia a malnutrición hay desgaste interóseo. El abdomen puede estar sensible principalmente sobre el área de actividad, se puede palpar una masa por engrosamiento de las asas, mesenterio o abscesos. En la presentación perianal se observan fistulas abiertas, induración, hiperemia e hipersensibilidad anal.

El laboratorio frecuentemente es inespecífico, en ocasiones con anemia, deficiencias nutricionales y una modesta elevación de leucocitos que indica que hay actividad del padecimiento, pero si la leucocitosis es importante, sugiere alguna complicación supurativa. La hipoalbuminemia es un buen indicador de la severidad que traduce mal nutrición. La enfermedad ileal resulta en la disminución de la vitamina B 12 por falta de absorción.

Cuando afecta a estómago y duodeno , hay dolor epigástrico tipo úlcera duodenal y a la endoscopia se pueden observar úlceras lineales en el antro.(22)

## **HISTORIA NATURAL**

**La enfermedad de Crohn puede cursar con actividad intermitente . Aproximadamente el 30% de los pacientes tratados con actividad media a moderada presentan remisión dentro de los primeros cuatro meses. Contrariamente, si un grupo de pacientes con enfermedad de Crohn en remisión y sin tratamiento es seguido, aproximadamente un 70% tendrá remisión al año y 50% a los dos años. Dentro de los primeros diez años al diagnóstico el 60 % de los pacientes habrá sido sometido a alguna cirugía . Post operatoriamente , hay signos de recurrencia en 70% de los pacientes al hacer endoscopia dentro del primer año, y reaparición de los síntomas en 40-50% a los 4 años de la cirugía. De aquellos pacientes operados 45% requerirán de nueva operación.**

**Muchos pacientes con enfermedad de Crohn sufren discapacidad importante debido a su enfermedad, y muchos de ellos pueden cambiar sus actividades como resultado de su enfermedad. (22)**

## **MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES**

**Aunque en la colitis ulcerativa y en la enfermedad de Crohn la enfermedad se desarrolla primariamente en el intestino , ambas se asocian con manifestaciones en otros órganos y sistemas.**

**Estas pueden ser tan importantes, que incluso sean más molestas para el paciente que las manifestaciones intestinales, como en el caso de colangitis esclerosante y la espondilitis anquilosante.**

**Las manifestaciones extra intestinales se pueden dividir en dos grupos :**

- 1) enfermedades que acompañan a la enfermedad intestinal como la formación de fistulas enterocutáneas, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, alteraciones de líquidos y electrolitos, enfermedad perianal como fistulas rectales, y sus complicaciones como abscesos, fistulas vaginales, y manifestaciones urológicas como fistulas entero vesicales.**
- 2) y las enfermedades que no se relacionan con la actividad intestinal como : pericolangitis, manifestaciones articulares como artritis migratoria, espondilitis anquilosante, manifestaciones oculares, como blefaritis, uveitis, y úlcera de córnea. Y además las manifestaciones cutáneas como el eritema nodoso, y pioderma gangrenoso.**

**Dentro de las manifestaciones extraintestinales como la artritis colítica que es una artritis migratoria que afecta tobillos, cadera, rodillas, muñeca y codos ; usualmente menor de 6 articulaciones están afectadas.**

**En la espondilitis anquilosante, que dura pocas semanas y deformidad ósea en menos del 25% de los casos habitualmente se tratan con anti inflamatorios y con terapia física, para mantener la función. El éxito de tratar la inflamación del intestino , puede mejorar las manifestaciones articulares . La artritis colítica responde bien a corticoesteroides .**

**La artritis colítica, la uveitis y el eritema nodoso se observan juntos frecuentemente.**

La sacroileitis y la espondilitis anquilosante se ven en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pero la actividad intestinal no sigue la actividad articular y el tratamiento intestinal no mejora la espondilitis . La espondilitis anquilosante se presente con rigidez por la mañana y dolor en la espalda en la porción inferior, y al agacharse. Las radiografías muestran borramiento de la articulación sacroiliaca, y sindesmofitos en la cara lateral dando el aspecto de bambú.

La colangitis esclerosante es una enfermedad colestásica con marcada fibrosis de los conductos biliares y ocurre en Crohn y colitis, esto habitualmente llega a cirrosis hepática.

Estos pueden cursar con litiasis renal formadas por oxalato de calcio por un síndrome de intestino corto ya sea por la enfermedad en sí o después de cirugía. También se habla de pericolangitis asintomática con solo elevación de fosfatasa alcalina.

Hay dos lesiones urinarias asociadas como la oclusión de los ureteros por extensión retroperitoneal de la inflamación intestinal lo cual conlleva a hidronefrosis, y la otra es la formación de fistulas desde el intestino hasta vejiga con infecciones concomitantes.

La manifestación cutánea más frecuente es el eritema nodoso con más frecuencia en niños, se caracteriza por nódulos en la superficie anterior de la tibia. Y el tratamiento responde con el tratamiento de la afección intestinal, y otra de las lesiones en la piel con el pioderma gangrenoso, el cual es un lesión extensa con úlceras con base necrótica, en extremidades inferiores, y puede drenar material purulento estéril. Se resuelven con corticoesteroides.

Las lesiones oculares son la uveitis y epiescleritis, . La uveitis se presenta en la cámara anterior presentándose con dolor de cabeza, visión borrosa, dolor ocular, fotofobia, y edema y células en la cámara anterior. La epiescleritis es una lesión menos grave, observándose lesiones en quemadura, las cuales responden efectivamente al tratamiento con esteroides tópicos.

La amiloidosis asociada puede llevar a insuficiencia renal que no responde a terapia y puede ser mortal.

Hay alteraciones tromboembólicas asociadas, por trombositosis . (22).

## **DIAGNOSTICO**

**Desafortunadamente no hay una prueba de laboratorio específica para Crohn. Entre los reactantes de fase aguda, la cuantificación de proteína C reactiva es el más específico para Crohn y útil para distinguir de Crohn y síndromes intestinales.**

**El diagnóstico más frecuente se hace por radiografía visualizando la porción de íleon terminal por colon por enema o por tránsito intestinal .**

**La colonoscopia es el procedimiento de preferencia para documentar afección colónica, la lesión más temprana es la úlcera aftosa pero no es patognomónica, posteriormente se convierte en tipo lineal dejando áreas de mucosa normal junto a mucosa ulcerada. Las biopsias deben de realizarse siempre que sea una lesión sospechosa.(24)**

**Un buen endoscopista puede tomar biopsia de íleon terminal a través de la válvula ileocecal y se espera que pronto la enteroscopia sea una realidad.**

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El síndrome de intestino irritable es el diagnóstico más frecuente para pacientes jóvenes . La presencia de pérdida de peso, anemia, sangre oculta en heces, sudoración nocturna o rango elevado de sedimentación o proteína C reactiva puede sugerir Crohn.

Debido a que la enfermedad de Crohn muestra unos de sus picos de presentación entre la sexta y la séptima década de la vida y en más viejos, la enfermedad diverticular y el cáncer de colon son importantes de diagnosticar. Se debe diferenciar entre SIDA individualmente, y enteritis microbacteriana.(24) .

## TRATAMIENTO MEDICO

Esta se puede dividir en dos grandes fases : 1) cuando el paciente presenta el primer episodio y 2) la enfermedad recurrente.

Durante la primera el 5- aminosalicilato es la primera linea de tratamiento. Para la enfermedad localizada en el ileon y el colon la mesalamina es la mejor opción , por que libera 5 ASA tanto en el intestino grueso como en el delgado. Para la enfermedad confinada al colon, la sulfasalazina o la olsalazina deben ser las elegidas por que liberan el 5-ASA debido a la actividad hidrolitica de las bacterias crónicas. La toxicidad del 5- ASA por sí misma es mínima, sin embargo la sulfasalazina es más tóxica que las otras drogas que contienen la sal.(24)

Hay varias propuestas para explicar el mecanismo de acción de la sulfasalazina sin embargo la más reciente se relaciona a los metabolitos del ácido araquidónico, los leucotrienos. Se ha observado que la sulfasalazina y el 5 - ASA inhiben la lipo- oxigenasa y por lo tanto la síntesis de prostaglandinas .(22)

### ANTIBIOTICOS

Ciertamente son útiles en la enfermedad de Crohn. El metronidazol es la alternativa de primera elección en la enfermedad de leve a moderada tanto en intestino grueso como en delgado pero con una acción casi milagrosa en el Crohn perianal, sin embargo la respuesta se observa solo en aproximadamente 25% de los pacientes, 50% con respuesta parcial y otro 25% sin respuesta alguna . Otras alternativas son el trimetoprim con sulfametoxazol y la ciprofloxacina. Los tres usados con prednisona pueden ser usados para mantener la remisión de la enfermedad de Crohn.

## PREDNISONA

En pacientes con enfermedad de moderada a severa con manifestaciones de fiebre, sudación nocturna, artralgias, y pérdida ponderal, es el medicamento más efectivo. Una dosis inicial de 40-60 mg. al día puede mantener asintomático al paciente si su respuesta es adecuada ; sin embargo dos tercios de los pacientes que inician con prednisona dependerán de ésta indefinidamente, y si la suspenden tendrán una recidiva de la sintomatología. La mayor parte de los pacientes podrán mantenerse asintomáticos con una combinación de los tres, 5- ASA, antibiótico y prednisona.

En la segunda fase, es decir, enfermedad recurrente la elevación de las dosis de supresión de 5- ASA puede ser útil, así como la elevación en las dosis de prednisona y el reinicio de un antibiótico, si ya se había suspendido, pero a pesar de ello los episodios recurrentes tienden a ser cada vez más resistentes al tratamiento médico por lo que es conveniente el uso en estos casos de inmunosupresores como la azatioprina y la 6-mercaptopurina que han probado ser útiles. Desafortunadamente estos medicamentos actúan lentamente promediando hasta tres meses para mostrar un efecto benéfico. Por otra parte para lograr un efecto máximo es necesario dar estos fármacos a dosis que se acercan a la toxicidad de la médula ósea.

Por último cabe mencionar que la remisión puede mantenerse con 5-ASA a la mitad de la dosis usadas en eventos agudos, así mismo su asociación con dosis bajas de prednisona o de ésta última con azatioprina son útiles pero presentan recidiva hasta en un 70% si se suspenden. (25)

## TERAPIA NUTRICIONAL

El aspecto más importante del tratamiento a largo plazo es el *mantenimiento de una nutrición adecuada* y el tratamiento sintomático de la diarrea.

Con respecto al primer punto la dieta debe ser rica en calorías y pobre en fibras, particularmente en pacientes con obstrucción intestinal parcial. El suspender leche y sus derivados es una acción completamente empírica ya que estos más bien parecen mejorar la diarrea del paciente lo cual se puede explicar por una deficiencia de lactasa.

En años recientes el uso más frecuente de nutrición parenteral en el tratamiento de cuadros agudos severos ha beneficiado notablemente a los pacientes con una enfermedad muy severa, principalmente en aquellos que serán sometidos a cirugía, y contrario a lo que se creía su uso en el cierre de fistulas no es adecuado debido a que puede resultar prohibitivamente costoso ya que no cerrarán.(26,27)

Aunque no hay avances importantes hasta el momento en el tratamiento de Crohn , hay evidencias concluyentes de que los esteroides son substancialmente superiores. La demostración de que la vitamina D disminuye el desgaste óseo y en pacientes que reciben esteroides crónicos es importante. (26)

## TRATAMIENTO EN EPISODIOS AGUDOS

El paciente es hospitalizado, con ayuno, con líquidos intravenosos y esteroides parenterales en dosis de 40 mg por día . Y para los pacientes que no responden o que requieren de un largo periodo de tiempo de ser administrados, se recomiendan los inmunosupresores . Adicionalmente a los

inmunosupresores se permite que se vayan reduciendo los esteroides para mantener una remisión clínica.

Un periodo prolongado de tratamiento, debe ser considerado cuando se contempla el uso de inmunosupresores antes de la respuesta clínica inicial .

La decisión de usar inmunosupresores o continuar los esteroides está influido por la dosis y duración de los esteroides y la presencia de efectos adversos . Para iniciar se da 6- mercaptopurina o azatioprina en 50 mg por día el cual se puede incrementar gradualmente hasta una dosis de 2 mg por kilo por día si el paciente lo tolera. El desarrollo de leucopenia leve a moderada indica que el paciente está en la dosis máxima tolerada.

Los corticoesteroides son continuados con el inmunosupresor hasta que el paciente se ha inmunosuprimido de 4-6 meses. La falta de respuesta clínica o la inhabilidad para ir disminuyendo los esteroides, indican que el inmunosupresor no ha sido efectivo y debe ser suspendido. Y por otro lado los pacientes que responden al inmunosupresor deben permanecer con el de 1 a 3 años. Algunos pacientes tiene recurrencia de la enfermedad después de que se suspende el inmunosupresor.

Si el curso de los esteroides es prolongado o el inmunosupresor es requerido para mantener una remisión clínica, la posibilidad de tratamiento quirúrgico se debe considerar. ( 2).

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

### INDICACIONES

A diferencia de otras enfermedades inflamatorias de intestino, la cirugía en la enfermedad de Crohn no es curativa, en consecuencia ahora se trata de ser mas conservador con respecto a la cantidad de tejido a resear. ( 2).

Este puede ser dividido en dos grupos principalmente :

#### a) enfermedad de Crohn ileo- colónica

fistulas internas y abscesos	38%
obstrucción intestinal	37%
fistulas perianales	15%
pobre respuesta al tratamiento médico	6%

#### b) enfermedad de Crohn en el colon

fistulas internas y abscesos	25%
enfermedad perianal	23%
enfermedad severa con pobre respuesta al tratamiento	21%
megacolon tóxico	19%
obstrucción intestinal	12%

referencia (5)

Maingot refiere además otras como masa abdominal, retardo en el crecimiento, obstrucción ureteral etc.

En años recientes la cirugía se hace más tempranamente, debido a que la experiencia con esteroides, inmunosupresores, y nutrición parenteral no han mostrado respuestas satisfactorias.

Actualmente se acepta que una tasa de recurrencias luego de cirugía es una consideración menos importante que dar a los pacientes una mejor calidad de vida durante los intervalos libres de síntomas. (7).

## **PREPARACION DEL PACIENTE**

La preparación previa a la cirugía es tan importante como el procedimiento quirúrgico mismo, sin embargo cabe mencionar que no siempre es posible debido a las condiciones críticas del paciente. Si la cirugía no es urgente deberá corregirse inicialmente el estado de hidratación y de nutrición del paciente.

Una a dos semanas previas a la cirugía se da alimentación parenteral ya que además de mejorar los niveles de proteínas totales contribuye importantemente a prevenir posibles infecciones por inmunodeficiencia.

Inmediatamente antes de la cirugía se debe administrar una dosis de antibiótico de preferencia una cefalosporina de tercera generación o bien una combinación de neomicina, eritromicina y metronidazol y continuarlo durante las primeras 24 horas posteriores al procedimiento.

Los pacientes que reciben esteroides deben continuar con ellos antes y después de la cirugía.

Si el segmento afectado es ileon terminal o colon es necesario realizar enemas evacuantes hasta aclarar la noche previa. No se debe iniciar con estos lavados varios días antes por la depleción importante de líquidos y electrolitos y proteínas que causaría este régimen .

## PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

La incisión más frecuentemente utilizada es en línea media, ya que permite la visualización completa del abdomen, es posible prolongarla si así se requiere y permite la extracción de estomas a ambos lados de la pared abdominal sin interferir.

Se deben revisar la totalidad de los órganos intrabdominales y buscar lesiones salteadas revisando minuciosamente el colon, el intestino delgado, estómago y porción intrabdominal del esófago.

La resección dependerá del órgano afectado sin embargo no importa cual sea esta debe ser limitada y siempre que sea posible respetar un margen de dos centímetros de tejido sano y no más. ( 5, 7, 12).

Recientemente se hizo un estudio randomizado prospectivo comparando márgenes de dos y doce centímetros se crearon dos grupos respectivamente. Después de un seguimiento a 56 meses se observó que no había diferencia significativa, ni en los porcentajes de recurrencia de estenosis ni de afección microscópica de tal manera que no hay ventajas al resecar mayor cantidad de tejido y se debe ser mas conservador. (30)

### ESTENESOPLASTIA ( “ Estricturoplastia “)

A pesar de que la resección del segmento afectado sigue siendo el procedimiento más frecuente, la tendencia a ser mas conservador ha llevado a crear nuevos procedimientos que preservan incluso el segmento afectado realizando una plastia en el sitio de la estenosis “estricuroplastia”. En la Cleveland clinic se han llevado a cabo análisis recientes de estos procedimientos revisando 162 pacientes sometidos a 698 plastias en 191 operaciones con un seguimiento de aproximadamente 42 meses encontrándose un 4% de sepsis como principal complicación. Al comparar la tasa de

recurrencias de pacientes sometidos a resección con los operados de plastias se observaron un 27 y 31% respectivamente , lo cual no es significativo ; sin embargo aún hay varias consideraciones al respecto de esta nueva modalidad como por ejemplo

la necesidad de biopsiar los sitios estenóticos en busca de un carcinoma oculto, el riesgo de desarrollar un carcinoma en el segmento preservado, los riesgos que conlleva dejar segmentos afectados como perforación o falta de resolución del proceso inflamatorio . (34)

Básicamente son dos tipos de plastias, las que se llevan a cabo en forma de anastomosis latero lateral con sutura manual o engrapadora, y aquellas que forman una bolsa continente ; aparentemente las primeras tienen menos complicaciones ya que las bolsas continentes permiten la proliferación bacteriana y con ello aumenta el riesgo de perforación y fistulas .(31)

### **MANEJO DE LA ENFERMEDAD PERIANAL**

Una de las complicaciones en la enfermedad de Crohn es la manifestación perianal Aunque la mayoría pueden ceder con manejo médico a base de antibióticos y medicamentos varios tienen que someterse a cirugía. Mc Kee y Keenan estudiaron a 127 paciente con afección perianal durante 10 años de los cuales a 32 se les realizó proctectomía pero siempre se encontró asociada a afección colónica, 28 pacientes presentaron lesiones únicamente en región perianal y de estos ninguno requirió manejo quirúrgico, lo cual pone de manifiesto que la devastadora reputación de la enfermedad perianal no está del todo justificada. (32).

Otra área controversial es el manejo quirúrgico de las fisuras perianales asociadas a enfermedad de Crohn, se dice que hay que evitar al máximo la cirugía por la gran incidencia de heridas que no cicatrizan, a este respecto los grupos de la Lahey clinic y de la Ferguson clinic encontraron que en la mayoría de los pacientes operados de fisurectomías y fistulectomías asociadas a enfermedad de Crohn cicatrizaron adecuadamente. Cuando la fistula se encuentra en tejido francamente enfermo es muy probable que la cicatrización no se lleve a cabo correctamente.

## LAPAROSCOPIA

La complejidad del manejo de las enfermedades inflamatorias del colon hace que el abordaje laparoscópico sea difícil, sin embargo varios autores ya han presentado series de pacientes lo suficientemente grandes para realizar un análisis de esta modalidad. A pesar de que el manejo de la enfermedad de Crohn es de mayor magnitud que otro tipo de cirugías por laparoscopia como la colecistectomía, apendicectomía etc. estos reportes confirman la seguridad de este abordaje.

Lui y colaboradores reportaron una serie de 5 pacientes operados por enfermedad de Crohn, 3 de ellos de ileocequectomía, uno de sigmoidectomía y otro más de estricturoplastia, todos ellos con anastomosis extracorpórea asistida por laparoscopia. En la Cleveland clinic Ludwig realizó 31 cirugías en enfermedad de Crohn, 12 ileostomías, 10 ileocequectomías, dos resecciones segmentarias del colon y 1 colectomía con ileorrecto anastomosis, seis de ellas debieron convertirse a cirugías abiertas por adherencias en dos casos y 4 debido a flemón; así mismo Reissman concluyó en su serie de 29 pacientes que la laparoscopia era segura y versátil. En ninguna de las series se reportaron muertes pero la tasa de complicaciones fue de 18% en este último estudio.

Aunque no cabe duda de que la laparoscopia es un método alternativo para el tratamiento en la enfermedad de Crohn, aún no está definido en que pacientes se debe realizar, pero quizá en los que el mesenterio se encuentra engrosado, o bien se encuentran abscesos y fistulas internas sean mejor tratados con cirugía abierta.

En la actualidad la laparoscopia diagnóstica ha permitido corroborar enfermedad de Crohn en pacientes con dolor abdominal agudo de etiología desconocida. (36, 37, 38).

### **CIRUGIA DE DERIVACION O "BY PASS".**

Este procedimiento consiste en excluir el segmento afectado por la enfermedad de Crohn realizándose entero-entero anastomosis latero-lateral entre los segmentos proximal y distal del sito afectado en uno o dos planos con lo que se logra librar en forma mecánica la obstrucción de la luz y permitir el libre paso del bolo al resto del tubo digestivo, sin embargo esta modalidad de tratamiento se esta dejando en desuso debido al alto riesgo de aparición de cáncer en el segmento intestinal excluido, que puede llegar a ser incluso de hasta el 20%, aunque este mismo riesgo se corre con la realización de estenesoplastias se puede disminuir con debido a que dicha cirugía permite tomar biopsias de la mucosa afectada en busca de un carcinoma oculto.

### **ESTOMAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN**

Post refiere en su amplia serie de pacientes operados por enfermedad de Crohn que de 746 pacientes tratados, 227 requirieron la realización de algún tipo de estoma, , siendo la indicación mas frecuente la afección rectal y perianal, las complicaciones se observaron mas frecuentemente en las colostomias que en las ileostomias, y la posibilidad de cierre de estomas a largo plazo fue del 75% pero las lesiones en ano o recto fueron predictores independientes de una baja posibilidad del cierre de estomas (39).

Por otro lado existe la posibilidad de una complicación ampliamente conocida que se conoce como síndrome de intestino corto, el cual ocurre en pacientes que requieren resección de varios segmentos afectados, esto puede presentarse en un cuadro inicial o en varias intervenciones quirúrgicas. Cuando esto sucede el manejo y las complicaciones no difieren de las tradicionales para intestino corto.

## MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones más frecuentes están : abscesos, fistulas, obstrucción y enfermedad perianal.

El absceso ocurre en 15-20% de los pacientes, principalmente en el ileon terminal, pueden ser diagnosticados por TC enema de bario , USG, o rastreo gamagrama , habitualmente causada por especies de estreptococos. El drenaje simple no es adecuado debido a que hay una comunicación persistente entre este y la luz intestinal por lo que solo se produciría una fistula entero cutánea por lo que lo adecuado es reseca el segmento de intestino delgado afectado.

Muchas de las fistulas no tienen gastos elevados debido a que son muy pequeñas, las fistulas asintomáticas no requieren tratamiento.

Si la fistula persiste a pesar del manejo médico intravenoso la cirugía será la mejor modalidad terapéutica. Solo se reseca el segmento afectado . Las fistulas entero cutáneas son más numerosas que las entero entéricas . Las entero vaginales se ven más frecuentemente cuando afectan al recto, y pueden ser tratadas adecuadamente con cierre primario y apoyo nutricional y ayuno. El tratamiento quirúrgico incluye la resección del área afectada en el intestino y el cierre primario, o menos comúnmente la resección del área afectada en vagina o vejiga.

En el caso de enfermedad perianal, es una complicación difícil de tratar que se acompaña de abscesos perirectales o fistulas crónicas . El manejo inicial es crónico con baños de asiento y antibióticos como el metronidazol con lo que se logra una curación hasta de 45% de los pacientes. Quirúrgicamente se tratan si no hay respuesta al tratamiento tratando de reseca el área afectada y de no ser posible solo drenar el absceso y marsupializar el trayecto fistuloso dejándolo abierto . (2)

## **CANCER ASOCIADO A CROHN**

Los pacientes con enfermedad de Crohn se encuentran en un riesgo más alto para desarrollar cáncer que la población general . Habitualmente estos pacientes presentan displasias en las áreas afectadas, pero también pueden ser lesiones metacrónicas y pueden ocurrir en sitios de cirugía previa.

Se calcula que el riesgo de padecer cáncer de colon en los pacientes con Crohn es 18 veces mayor .

La displasia en el Crohn es imposible de distinguir de la de colitis ulcerosa.

La colonoscopia en la colitis por Crohn es mucho más difícil debido a la morfología de Crohn por la estenosis.( 28)

**MANEJO QUIRURGICO DE LA  
ENFERMEDAD DE CROHN  
EN EL  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO**

## **DISEÑO DE ESTUDIO**

Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional,

**\*Universo de trabajo-** Pacientes de ambos sexos, intervenidos quirúrgicamente que demostraron enfermedad de Crohn corroborado por histopatología, en el Hospital Español de México de 1988 a 1998.

**\*Descripción de variables :**

a) Variables independiente - Antecedentes heredo familiares, antecedentes personales no patológicos, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades concomitantes.

b) Variable dependiente : cirugía abdominal y diagnóstico por patología.

**\*Criterios de selección :**

a) **Inclusión :** pacientes de ambos sexos, sin limite de edad, con diagnóstico de enfermedad de Crohn diagnosticada y confirmada por patología en el Hospital Español de México.

b) **Exclusión :** Pacientes diagnosticados como enfermedad de Crohn que no llegaron a cirugía que se trataron con manejo médico y observación y cualquier otro tipo de enfermedad.

## **PROCEDIMIENTO**

Pacientes del Hospital Español de México sometidos a cirugía con diagnóstico de Crohn.

Se recabaron datos en una hoja de colección , llenando en a base a los datos aportados por el expediente clínico.

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

## **OBJETIVOS**

- **Determinar cual fue la epidemiología de la enfermedad de Crohn en el Hospital Español de México.**
- **Observar su seguimiento y evolución de pacientes sometidos a cirugía.**
- **Analizar el tipo de cirugía.**
- **Analizar la morbimortalidad.**

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron pacientes en la división de cirugía general en el Hospital Español de México en su mayoría de origen europeo en un periodo de 10 años de enero de 1988 a Marzo de 1998, en todos los pacientes que se sometieron a cirugía y que quedaron registrados en el departamento de Patología .

Se estudiaron pacientes de ambos sexos sin limite de edad , documentados en los expedientes en el archivo clínico.

Se estudiaron 14 pacientes con enfermedad de Crohn que se sometieron a cirugía, 6 masculinos y 8 femeninos (1-1.6) con un promedio de edad de 52.07 años , con una moda de 61, y un rango de edad de 20 a 73 años

Se excluyeron los diagnosticados como Crohn que no ameritaron más que solo tratamiento médico.

Solo 5 pacientes se conocían como diagnosticados con enfermedad de Crohn y 9 pacientes se les diagnosticó en cirugía.

Se tomó en cuenta los datos generales del paciente como antecedentes, y de las variables estudiadas se encuentran tipo de medicamento actual, en el caso de Crohn conocido tiempo en que tomaba medicamento.

## DIAGNOSTICO

De 14 pacientes estudiados a 5 (35.7 %) se les hizo el diagnóstico de Crohn preoperatoriamente, y a los nueve (64.3 %) restante durante el transoperatorio.

A los cinco primeros se les tomó biopsia, tres por colonoscopia y a dos por cielo abierto durante intervenciones previas. De estos cinco el diagnóstico se obtuvo de seis meses a once años antes de la cirugía, con un promedio de 4.4 años.

Los nueve restantes fueron diagnosticados durante la cirugía confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Crohn con estudio histopatológico.

Cinco ( 64.2 % ) de éstos presentaban sintomatología previa a la operación en promedio durante 2.5 meses , y cuatro ( 35.8 %) tuvieron cuadro de abdomen agudo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico.

A 9 pacientes 64.8% se diagnosticaron en el momento de la cirugía confirmado por histopatología. De estos el tiempo de evolución entre el cuadro clínico y cirugía a 9 pacientes (64.2%) transcurrió un promedio de 2.5 meses y en 4 pacientes con cuadro de abdomen agudo.

Del cuadro clínico el dato que más se observó fue agudo en 4 (28.56%) y crónico en 9 (64.26%).

vómito 6 (42.8%)

Distensión abdominal 5 (35.7%)

Diarrea 4 (28.5%)

Fiebre solo en 3 (21.4%)

Fistula entero cutánea 3 ( 21.4% )

Los menos frecuentes con datos de interés para Crohn fueron :

Estenosis anal 1 (7.14%)

Sangrado de tubo digestivo bajo 2 (14.28%)

Estreñimiento 1 (7.14%)

Pérdida de peso 1 (7.14%)

Detención del crecimiento 1 ( 7.14 % )

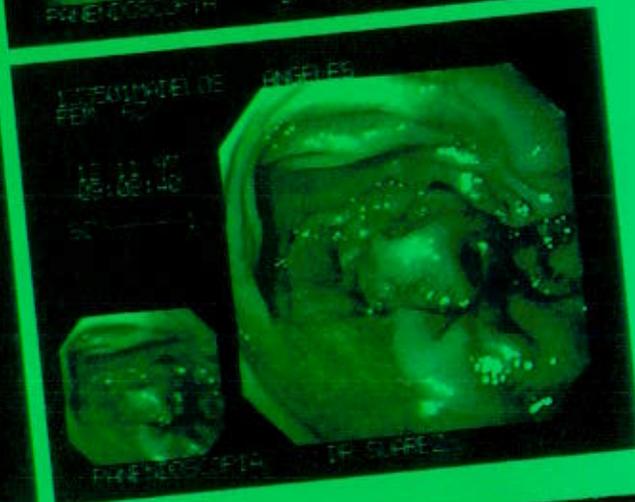
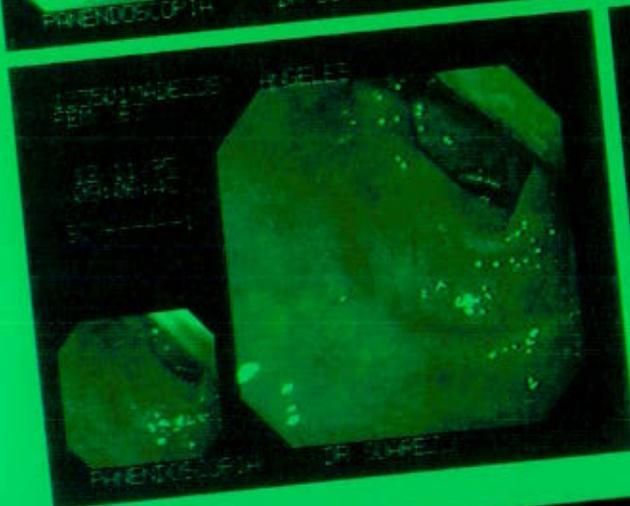
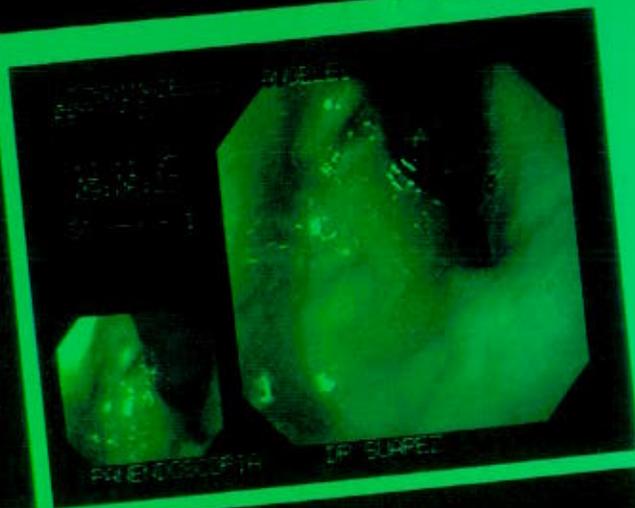
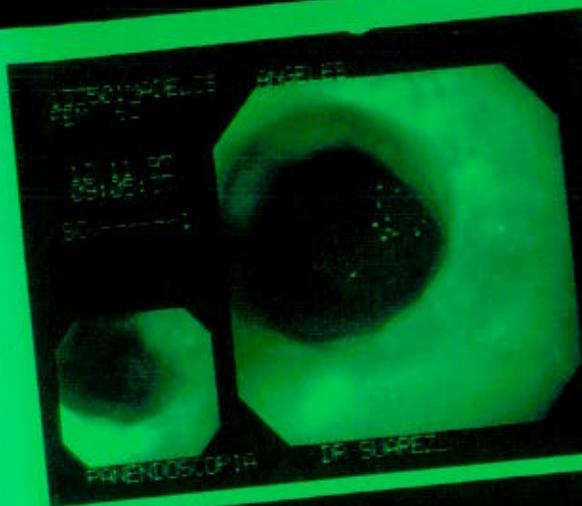
## **GABINETE**

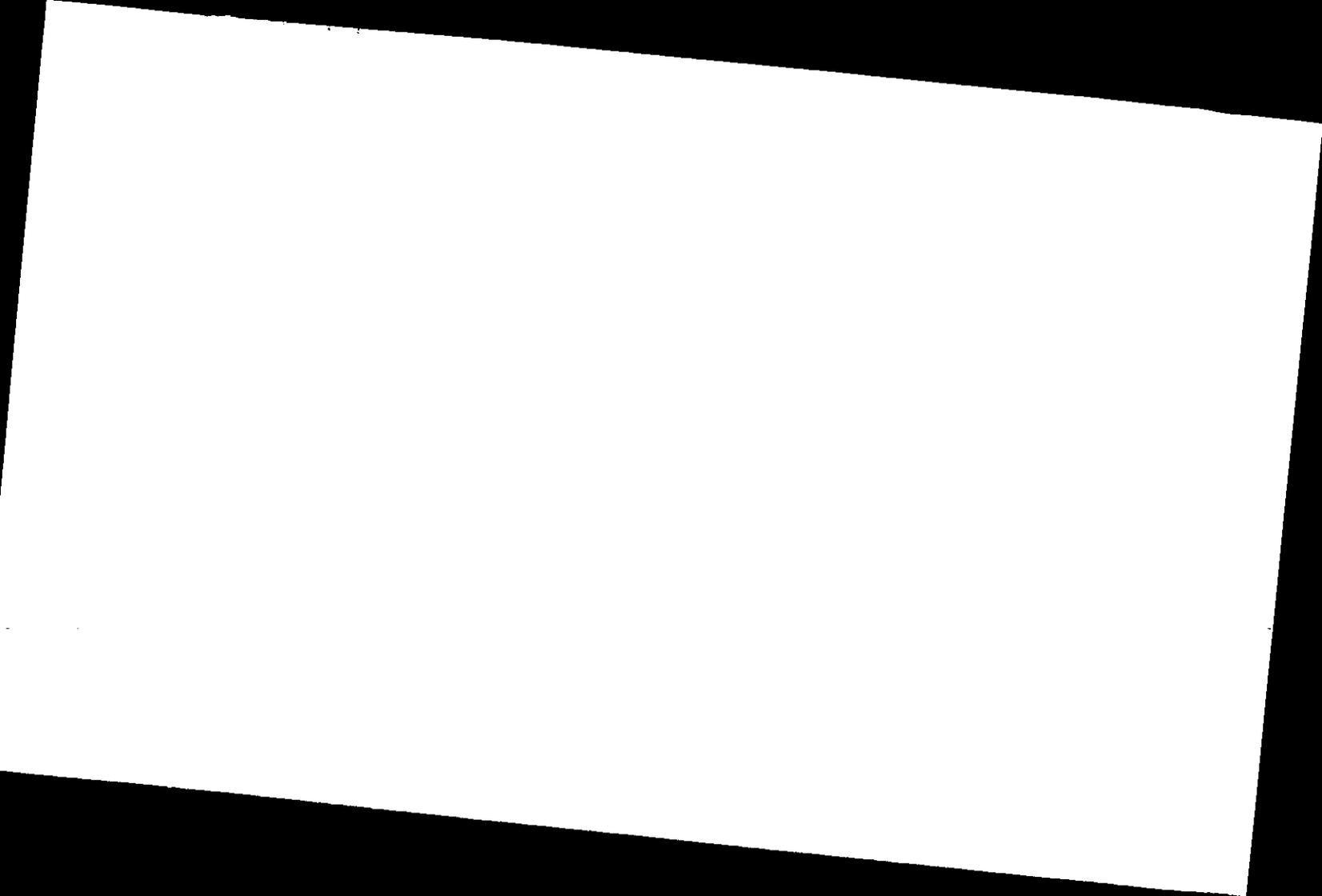
Se realizaron los siguientes estudios :

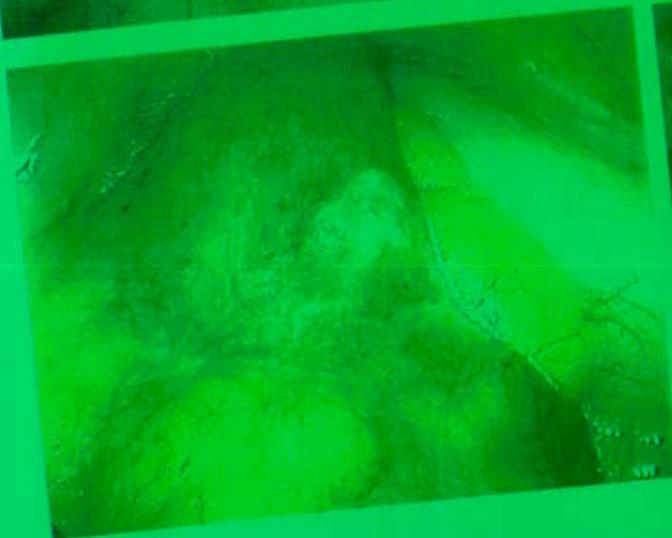
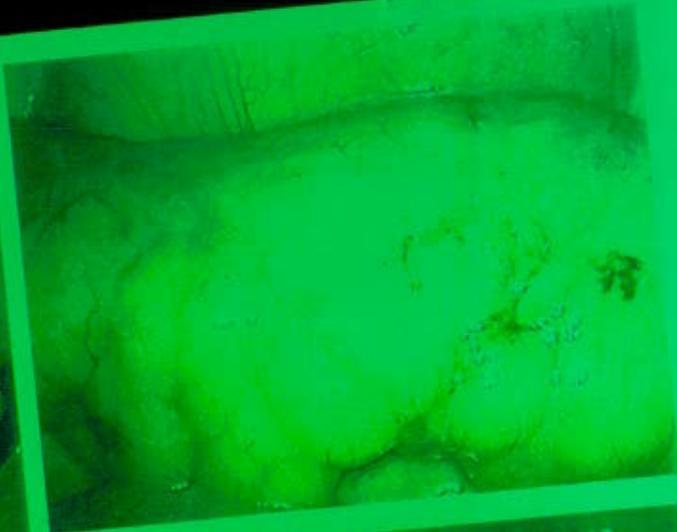
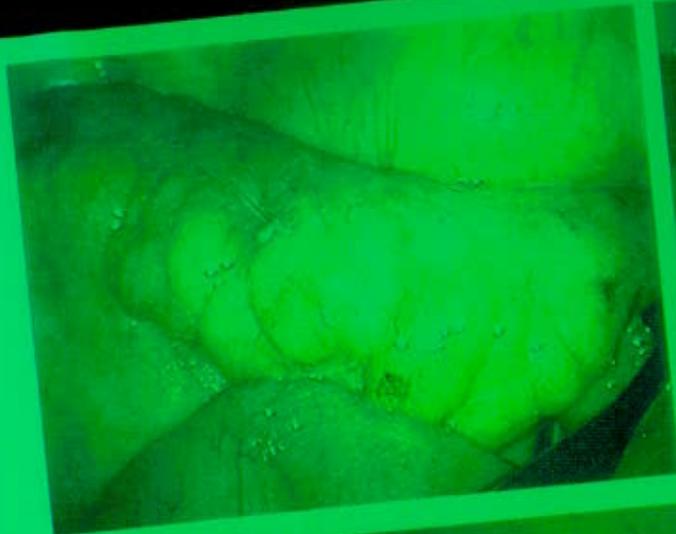
- Tomografía computada
- colonoscopia
- colon por enema y transito intestinal

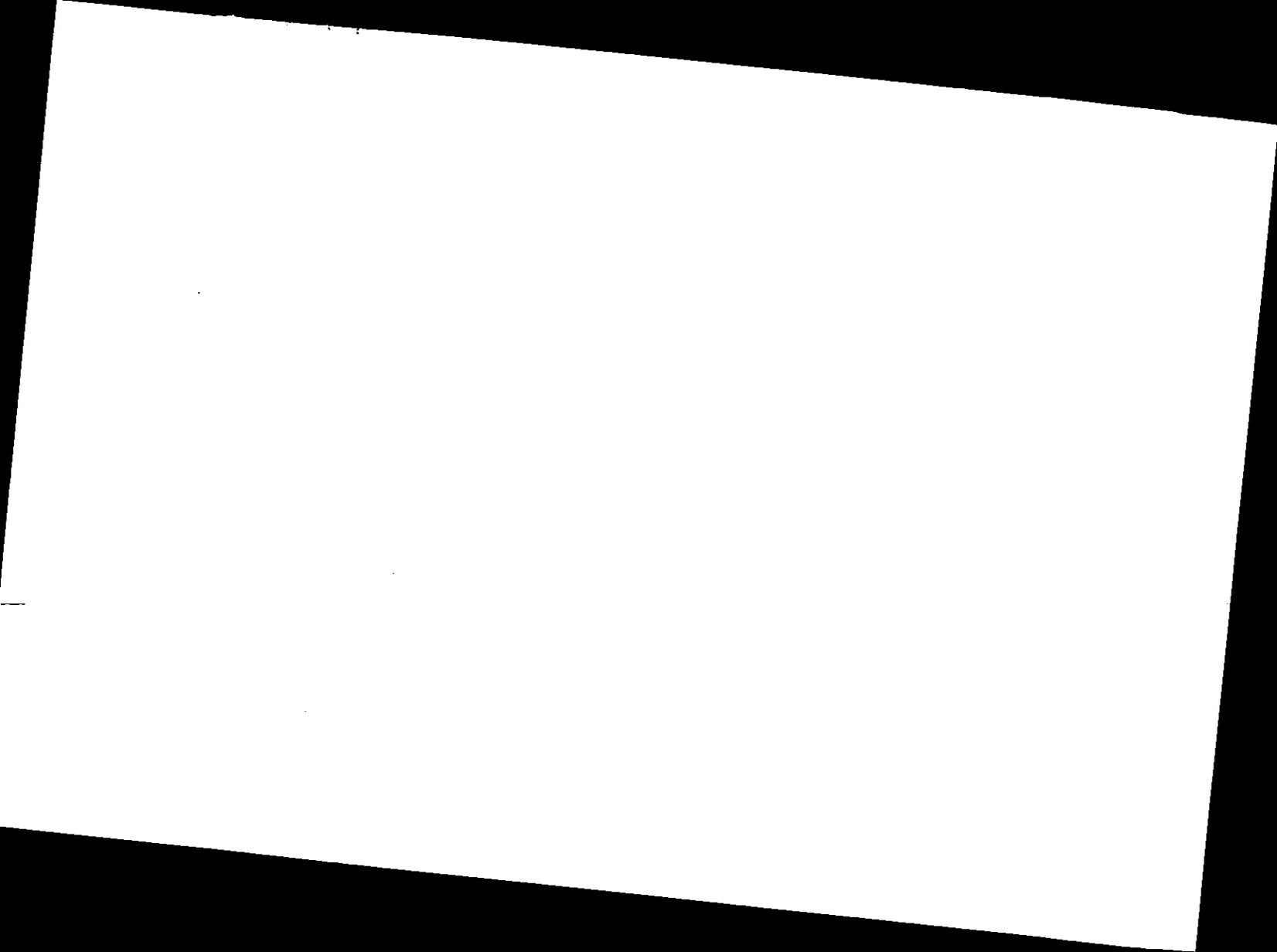
De los cuales el más utilizado fue la colonoscopia en 6 pacientes (42.84%)

**Tabla 1.**









LABORATORIO

DATO DE LABORATORIO

NUMERO

Leucocitosis	8
bandemia	10
Proteina C reactiva	1
anticuerpos antinucleares	1
anticuerpos anti enfermedad celíaca	1

## DIAGNOSTICO

De 14 pacientes estudiados a 5 (35.7 %) se les hizo el diagnóstico de Crohn preoperatoriamente, y a los nueve (64.3 %) restante durante el transoperatorio.

A los cinco primeros se les tomó biopsia, tres por colonoscopia y a dos por cielo abierto durante intervenciones previas. De estos cinco el diagnóstico se obtuvo de seis meses a once años antes de la cirugía, con un promedio de 4.4 años.

Los nueve restantes fueron diagnosticados durante la cirugía confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Crohn con estudio histopatológico.

Cinco ( 64.2 % ) de éstos presentaban sintomatología previa a la operación en promedio durante 2.5 meses , y cuatro ( 35.8 %) tuvieron cuadro de abdomen agudo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico.

A 9 pacientes 64.8% se diagnosticaron en el momento de la cirugía confirmado por histopatología. De estos el tiempo de evolución entre el cuadro clínico y cirugía a 9 pacientes (64.2%) transcurrió un promedio de 2.5 meses y en 4 pacientes con cuadro de abdomen agudo.

Del cuadro clínico el dato que más se observó fue agudo en 4 (28.56%) y crónico en 9 (64.26%).

vómito 6 (42.8%)

Distensión abdominal 5 (35.7%)

Diarrea 4 (28.5%)

Fiebre solo en 3 (21.4%)

Fistula entero cutánea 3 ( 21.4% )

Los menos frecuentes con datos de interés para Crohn fueron :

Estenosis anal 1 (7.14%)

Sangrado de tubo digestivo bajo 2 (14.28%)

Estreñimiento 1 (7.14%)

Pérdida de peso 1 (7.14%)

Detención del crecimiento 1 ( 7.14 % )

## **GABINETE**

Se realizaron los siguientes estudios :

- Tomografía computada
- colonoscopia
- colon por enema y transito intestinal

De los cuales el más utilizado fue la colonoscopia en 6 pacientes (42.84%)

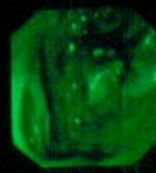
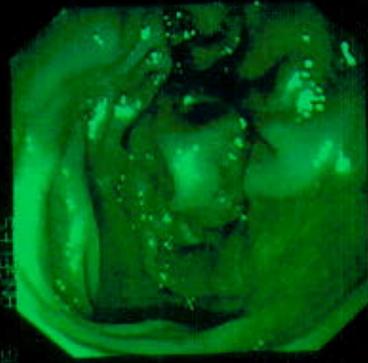
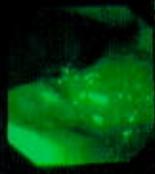
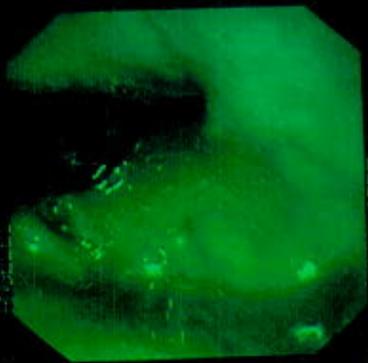
**Tabla 1.**

PERYCHINELLE HIGELLES

08.12.07

08.12.07

PERYCHINELLE HIGELLES



DR. SUPPE

DR. SUPPE

DR. SUPPE

DR. SUPPE



## LABORATORIO

DATO DE LABORATORIO	NUMERO
Leucocitosis	8
bandemia	10
Proteína C reactiva	1
anticuerpos antinucleares	1
anticuerpos anti enfermedad celiaca	1

## **TIPO DE CIRUGIA**

Se realizaron 4 resecciones de ileon terminal de las cuales dos fueron anastomosis latero lateral y dos con anastomosis termino - terminal.(28.5 %)

7 hemicolectomías derechas (50%) de los cuales una se realizó anastomosis latero lateral ileo cecal y 6 anastomosis termino terminal ileo cecal

Una resección ileon proximal por tumoración de yeyuno con anastomosis ileo ileal termino terminal. (7.14 %)

1 resección de colon por prolapso de transversostomía (7.14%)

1 Hemicolectomía izquierda (7.14%)

De las 14 cirugías a dos se les realizó laparoscopia diagnóstica , las cuales una se tomó biopsia para estudio con posterior cirugía abierta a los tres días con resección de ileon terminal antes citado y a la otra se convirtió con hemicolectomía derecha descrita previamente.

## **SITIO DE AFECCION**

El sitio más afectado fue íleon terminal en 9 pacientes (64.2%) ,

<b>Epiplón</b>	<b>1 (7.14%)</b>
<b>ciego</b>	<b>1 (7.14%)</b>
<b>Colon derecho</b>	<b>1 (7.14%)</b>
<b>anal</b>	<b>1 (7.14%)</b>
<b>yeyuno íleon</b>	<b>1 (7.14%)</b>
<b>Divertículo de Meckel</b>	<b>1 (7.14%)</b>

## **MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES**

**Desnutrición grave 1**

**Úlcera anal 1**

**Estenosis anal 1**

**sacroileítis 1**

## CAUSAS DE CIRUGIA

Aumento de fistula entero cutánea	6	(42.8%)
Oclusión intestinal	6	(42.8%)
Dolor abdominal en estudio abdominal agudo	4	(28.5%)
Perforación intestinal	1	(7.14%)
Drenaje de absceso	1	(7.14%)

De estas algunos son re operados .

## RESULTADOS

De los 14 pacientes estudiados, 6 masculinos y 8 femeninos, (1-1.6) prevaleció el sexo femenino, con un rango de edad de 20 -73 años.

De los 14 pacientes 8 (57.14%) tenían antecedentes de tabaquismo de más de una cajetilla diaria.

### Los antecedentes gastrointestinales son :

Tipo de padecimiento	Número	Porcentaje
gastritis	2	14.28 %
reflujo gastro esofágico	3	21.4 %
hemorroides	1	7.14 %
fistula anal	1	7.14 %
sangrado de TDA	1	7.14 %
ileitis infecciosa	1	7.14 %

## **MEDICAMENTOS**

De los que se conocían con enfermedad de Crohn, solo 4 pacientes tomaban azulfidina (21.4%) a pesar del tratamiento, todos ellos presentaron fistula entero cutánea hasta por 6 años.

## **COMPLICACIONES**

De las complicaciones quirúrgicas que requirieron reoperación se encuentra una obstrucción por adherencias, y dos fistulas entero cutáneas de difícil tratamiento.

Dentro de las complicaciones menores se observaron estancia prolongada con manejo de nutrición parenteral total.

## DISCUSION

De los 14 pacientes operados en 10 años, prevaleció el sexo femenino, con una relación de 8 femeninos y 6 masculinos 1.3 . Se observó un promedio de edad de 52 años, con un rango de edad de 20 - 73 años.

Indudablemente la suspensión del medicamento en el caso de los pacientes ya diagnosticados trajo graves consecuencias , algunas con repercusiones de difícil manejo.

En algunos de los casos el diagnóstico previo a enfermedad de Cronhn fue apendicitis con apendicectomía en tres de ellos fue el cuadro más marcado.

De los pacientes 8 tenían antecedentes de tabaquismo intenso como lo menciona la literatura.

El diagnóstico en la mayoría de los casos se realizó en el momento de la cirugía, ya que como se menciona algunos presentan cuadros iniciales, o de difícil diagnóstico y no se confirma hasta la biopsia.

El método de diagnóstico más utilizado fue la colonoscopia como lo dice la literatura es el más acertado con mayor sensibilidad.

En cuanto al tipo de cirugía predominó la resección ileal que por orden de frecuencia el sitio de localización es más frecuente en intestino delgado. Se observaron pocas complicaciones, sin embargo de los pacientes que tuvieron recaídas mostraron muy mala calidad de vida por la historia natural de la enfermedad .

De los 14 pacientes tuvimos una mortalidad de 14.7%, que fallecieron por complicaciones a largo plazo de cirugía en un caso por intestino corto y en otro por recaída de la enfermedad y complicaciones de cirugía.

Se observó una estancia intra hospitalaria en promedio de 21 días prolongada por la misma convalecencia de la cirugía y en algunos casos por complicaciones propias de la cirugía.

De los casos presentados en cuanto a los resultados de patología todos confirmaron Crohn en el momento de la cirugía, y un paciente además tenía adenocarcinoma de colon en un estadio B2.

En términos generales 11 pacientes tuvieron una evolución posterior a cirugía buena .

El promedio de presentación del cuadro clínico y la cirugía fue de 2.5 mese en 10 pacientes ya que 4 se presentaron con datos clínicos un día previo a su cirugía con abdomen agudo.

Como hallazgo se observó enfermedad en un paciente con divertículo de meckel.

En cuanto al seguimiento del tratamiento médico, es difícil valorarlo ya que muchos pacientes son seguidos en la consulta externa con su médico tratante respectivo, y son perdidos de los datos que aporta el archivo clínico.

## CONCLUSIONES

- La casuística de enfermedad de Crohn en nuestro hospital es al igual que en la mayor parte de los centros hospitalarios, relativamente rara.
- La gravedad de sus complicaciones y la elevada morbilidad postquirúrgica la hacen todavía una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento.
- A pesar de la baja incidencia de complicaciones en nuestros pacientes la calidad de vida en algunos de los que presentaron recurrencia no se ha podido mejorar debido a la progresión natural de la enfermedad.
- En nuestro hospital la resección del segmento afectado, intentando preservar la mayor parte de tejido funcional, ha sido el procedimiento más utilizado semejando lo que se hace en la mayor parte de los centros hospitalarios a nivel internacional.
- Se requiere un mayor seguimiento y un estudio prospectivo a largo plazo para determinar la evolución y el pronóstico de los pacientes con enfermedad de Crohn en nuestro hospital .

## REFERENCIAS

1. Robbins Patología estructural funcional 3a edición interamericana.
2. Tadataka Yamada Gastroenterology.
3. Kisner J. B. : Recent developments in "non specific" inflammatory bowel disease. N. England J. Med 306 : 775, 1982.
4. Janowitz h. d. Crohn disease 50 años later N. E. J Med 304 : 1981.
5. Schwartz. S. s. Principles of Surgery 6a edición. Mc graw Hill.
6. ver núm 2.
7. Maingot . Schwartz. Operaciones abdominales. 9a edición.
8. ver núm 2.
9. ver núm 7
10. Shivananda S. Incidence of ainflamatory bowel disease across Europe Gut 1996 39-690 697.
11. ver núm 2.
12. Tadataka Yamada Current Opinion in Gastroenterology vol 13 n.4 jul 1997 289-292.
13. Danze et al. Association of HLA clas s II genes cith susceptibility to Crohn disease . Gut 1996. 39 : 69-72
14. Smithson et al Apendicectomy and tonsillectomy in patients with inflammatory bowel disease. J. Clin Gastroenterology 1995, 21 : 283-286.
15. Frish et al Follow - up time bias and Crohn disease . Lancet 1996, 347 : 1551.
16. Moum B . et al. Seasonal variation of onset of ulcerative colitis Gut 1996 38, 376-378.
17. ver num 12.
18. ver num. 12
19. ver num 3.
20. ver nem num. 5
21. ver num 7
22. ver num. 2

23. ver num 1
24. Peter R. McNally et al. GI. Liver Secrets. 1996 277-284.
25. Donoghue et al. Double blind withdrawal trial of azathioprine as maintenance treatment. *Lancet* 2 : 955-959, 1978.
26. ver num 18.
27. ver num 7.
28. Vincent T. DeVita et al. *Cancer Principle & Practice of Oncology*.
29. Arch Ferrer J. Et al. Cirugía para enfermedad de Crohn en el Instituto nacional de la Nutrición. *Revista de Gastroenterología de México*. 1997. 62, 4 : 30.
30. Strong S et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn disease in the small bowel : a randomized, controlled trial. *Ann Surg*, 1996, 224 : 563 -573.
31. Ozuner G. et al. How safe is stricturoplasty in the management of Crohns disease ? *Am J surg* 1996, 171 :57-62
32. Mc Kee et al. Perianal Crohns disease . : Is it all bad news ? *Dis colon and rectum* 1996, 39 : 136-42.
33. Eisenberger C. S. et al . Estricturoplasty with a pedunculated jejunal patch in Crohns disease of the duodenum *Am Journal of Gastroenterology*. 1998 feb ; 93(2 :267-9).
34. Joo -j S et al . endorectal advancement flap in perianal Crohn disease *Am and surg*. 1998. Feb ; 64(2 ;147-50) .
35. Hanauer SB et al. Management of Crohn disease in adults . *Am J Gastroenterol* .;1997 abril ; 92(4 : 559-66).
36. Lui C . et al. Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease. *Am Surg* 1995, 61 :1054-1056
37. Ludwig K. et al. Preliminary experience with laparoscopic intestinal surgery for Crohn's disease. *Am Surg*. 1996, 171 :52-55.
38. Reissman P et al. Laparoscopic surgery in the management of inflammatory bowel diseases. *Am Surg*.1996, 171 :47-50
39. Post S. et al. Experience with ileostomy an colostomy in Crohn's disease *Br. J Surg*. 1995, 82 :1629-1633.