

Enfermedad de Crohn

Dres. Humberto Lorenzo y Losada †, Lorenzo Peri, Pedro Kaufmann, Eugenio R. Grunvald y Cándido Muñoz Monteavaro *

Se reeve la enfermedad de Crohn exponiendo una casuística de 14 casos, destacándose los elementos clínicos y paraclínicos que permiten el diagnóstico de certeza, y de presunción en cuadros clínicos no típicos (oclusión, diarrea crónica, tumoración abdominal, fistulosis). Se considera el tratamiento médico quirúrgico de los casos sintomáticos complicados y no complicados.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Colitis.

Hasta fecha reciente la enfermedad de Crohn era poco conocida en nuestro medio; en consecuencia se creía que era una enfermedad poco frecuente. Esto no es así.

En una recopilación de casos conocidos se logró en corto tiempo reunir 14; posteriormente tenemos conocimiento de la existencia de alrededor de 8 pacientes más. Si tenemos en cuenta que estos casos fueron reunidos en el ambiente hospitalario de la ciudad de Montevideo solamente, es lícito pensar que su número debe ser aún mayor a nivel de la población del país.

Como consecuencia de no tener en cuenta esta enfermedad, el diagnóstico a menudo se hizo en el acto quirúrgico o en el estudio histológico de la pieza de resección, incluso en algunos casos, sólo se estableció el diagnóstico retrospectivamente, al rever documentos radiológicos, endoscópicos e histológicos.

Surge de lo antedicho el interés de analizar los casos a nuestro alcance, jerarquizando sus características clínicas y evolutivas, así como valorizar los elementos que permiten su diagnóstico.

Con el nombre de Enfermedad de Crohn definimos a la afección inflamatoria crónica, generalmente granulomatosa, de etiología desconocida, de evolución recidivante, que puede afectar a cualquier sector del tubo digestivo, y que fue descrita como entidad nosológica en 1932 por Crohn en su localización ileal, con la denominación de ileítis regional.

La literatura médica registra casos probables de esta afección desde el siglo XVIII. El

Clinica de Nutrición y Digestivo (Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

mérito de Crohn es haber individualizado y descrito esta enfermedad, aunque limitándola a su localización en el ileón terminal. Posteriormente se describe su localización en otros sectores del intestino delgado y más tarde en el colon, estómago y esófago.

La etiología de la enfermedad de Crohn permanece aún desconocida. La similitud de las lesiones con las que se observan en algunos procesos bacterianos específicos, unido a la presencia de partículas probablemente bacterianas que se encontraron en aquéllas, hicieron pensar en la etiología bacteriana del proceso. Sin embargo hasta el momento no se ha demostrado fehacientemente su origen infeccioso.

También se ha planteado la posibilidad de causa inmunitaria. Sin duda existen alteraciones inmunitarias en esta enfermedad, pero persiste la duda de que éstas sean las causantes de la misma (1).

No es imposible que múltiples factores etiológicos diferentes puedan desencadenar una reacción que culmine en esta afección.

Sea una u otra, la etiología, pareciera que el mecanismo lesional primario estaría dado por la obstrucción linfática con el edema y el ensanchamiento de la submucosa consiguiendo (2).

Nuestro propósito no es analizar estos aspectos, sino mostrar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los 14 casos estudiados.

CASUISTICA Y DISCUSION

Debido a la falta de un criterio diagnóstico preciso, determinar la frecuencia de esta enfermedad resulta un problema difícil a nivel mundial (6).

La tasa de incidencia (casos nuevos de la enfermedad por año, por 100.000 habitantes) en EE.UU. es de 1.8 en 1960-63, y en Inglaterra es de 3.4 en 1963-68. La prevalencia (número de personas vivas que han tenido o tienen la enfermedad, en un momento dado, por 100.000 habitantes) es de 9.0 en 1960 en Inglaterra y de 27.1 en Suecia en 1967.

Resulta evidente que se diagnostican año a año mayor número de casos de esta enfermedad, pero no sabemos si se trata de un aumento real de su incidencia o si ello es con-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de agosto de 1975.

* Profesor Agregado de Gastroenterología, Profesor Adjunto de Gastroenterología, Asistentes de Gastroenterología y Ex-Profesor de Gastroenterología.

Dirección: Río Negro 1173 ap. 404, Montevideo (Dr. Kaufmann).

secuencia de un mayor conocimiento de la misma, que hace que se diagnostique más.

En nuestro medio se carece de estudios fidedignos al respecto. Podemos obtener una idea aproximada, del hecho de que en un corto período de tiempo y en un área restringida de nuestra población se encontraron 22 casos.

De éstos, hemos analizado 14 que estuvieron a nuestro alcance.

Edad: Las diversas estadísticas muestran que esta enfermedad afecta fundamentalmente al adulto joven, aunque hay casos descritos en las edades extremas de la vida, siendo éstos menos frecuentes.

Nuestra serie es concordante con estas observaciones, encontrándose la mayor cantidad de casos entre la segunda y quinta década, con un pico en la cuarta.

ENFERMEDAD DE CROHN (14 casos)

Edad de comienzo	Nº casos
10 - 19 años	3
20 - 29 años	2
30 - 39 años	4
40 - 49 años	3
50 - 59 años	1
60 - 69 años	1

Sexo: En coincidencia con las publicaciones mundiales, no hemos encontrado predominancia de sexos: 7 son hombres y 7 mujeres.

Localización: La localización más frecuente de la enfermedad de Crohn es la ileal. Esto fue lo observado en nuestra serie:

ENFERMEDAD DE CROHN (14 casos)

Sexo:	
Mujeres	7
Hombres	7
Localización:	
Ileales	6
Ileo-colónica	2
Colónica	3
Recto-colónicas	3
Intervalo entre 1er. síntoma y diagnóstico:	0 a 20 años

Clínica

La enfermedad de Crohn tiene una sintomatología múltiple, la cual depende fundamentalmente de la localización de la misma, siendo la expresión de la propia afección o de alguna de sus complicaciones. De ahí que los afectados por esta enfermedad pueden presentarse bajo distintas formas clínicas: como una diarrea crónica; como un cuadro agudo de fosa ilíaca derecha; como una tumoración abdominal; como una oclusión intestinal; como una fistulosis o como un síndrome febril prolongado.

Del análisis clínico de los 14 casos, observamos que existen síntomas que estuvieron presentes en casi todos, como se observa en la tabla siguiente:

ENFERMEDAD DE CROHN (14 casos)

CLÍNICA

—Dolor abdominal	13
—Repercusión general	11
—Diarrea	10
—Fiebre	9
—Enterorragias	6
—Tumor abdominal	5
—Sub-oclusión	3
—Fistulas perianales	2
—Oclusión	1
—Seudo-diarrea	1

El dolor abdominal estuvo presente en la mayoría de los casos. Este puede ser un dolorimiento difuso, aunque predominantemente se refiere a la región periumbilical o a la fosa ilíaca derecha.

Cuando ocurre la complicación oclusiva, el dolor adquiere un franco carácter cólico. Fuera de esta situación el dolor es de menor intensidad. En la presentación aguda, el dolor puede localizarse en fosa ilíaca derecha simulando una apendicitis aguda.

La repercusión general de grado variable, está presente en casi todos los casos. Esta depende fundamentalmente de la etapa evolutiva de la enfermedad, pudiendo apreciarse en etapas avanzadas y con complicaciones, verdaderos estados de caquexia.

La diarrea estuvo presente en 10 de los 14 enfermos, pero no desde el inicio de la enfermedad, ni en forma permanente. Generalmente apareció después de años de evolución, luego de un período variable de fiebre, dolor abdominal o fistulosis, con los caracteres de una diarrea crónica, intermitente, de mediana intensidad.

Señalamos dos características de las materias diarreicas de nuestros pacientes: por un lado, se distingue un tipo de diarrea que caracteriza la aceleración total del tránsito, presentando heces líquidas o semilíquidas de color claro, con lentería, no muy voluminosas. En otros, se acompañaba de elementos lesionales del sector colónico tales como, enterorragias, síndrome ano-recto-sigmoideo y mucorrea. En algunos casos se acompañaba de seudodiarreas.

La verdadera diarrea se observa con más frecuencia cuanto más alta es la localización, es decir, en intestino delgado y colon proximal.

La fiebre: en nuestros casos, apareció como un elemento acompañante en algunas etapas; sólo en una, aparece como sintomatología primaria, precediendo por años a la instalación completa del cuadro. Habitualmente es una febrícula intermitente a predominio vespertino, siendo más intensa y constante en los casos que se acompañan de fistulosis con o sin abscesos. Solamente cinco casos cursaron sin fiebre.

La enterorragia: en nuestros pacientes nunca llegó a ser un síntoma capital; estuvo presente en 6 en algún momento de la evolución.

En general fueron enterorragias leves, que no anemizaron ni requirieron transfusiones.

El tumor abdominal: palpable, es expresión del proceso inflamatorio crónico en cualquiera de sus localizaciones, ya sea ileal o colónica, o de sus complicaciones, tales como un absceso como se vio en uno de nuestros casos. Cinco pacientes tenían un tumor palpable a localización variable; fosa ilíaca derecha; región infraumbilical; región paraumbilical izquierda; hipocondrio derecho, y Douglas. En general el tumor es firme, doloroso y de límites imprecisos.

La complicación oclusiva: se encontró en cuatro casos, en uno, total, y en tres, intermitentes. De los cuatro casos, tres eran Crohn de localización ileal y el restante de colon sigmoide. En dos, la oclusión aparece después de largo tiempo de evolución de la enfermedad, mientras que en otros dos, la complicación oclusiva es el síntoma de comienzo de la misma.

Las fístulas perianales: se describen como una manifestación clínica corriente de la enfermedad de Crohn. Sólo dos de los 14 enfermos presentaron esta complicación. La fistulosis aparece como una manifestación clínica temprana de la enfermedad; en uno de los dos casos fue el primer signo, en tanto que en el otro, apareció concomitantemente con el síndrome diarreico.

Formas clínicas

Dentro de la sintomatología múltiple que presentan los pacientes afectados de una enfermedad de Crohn, en el transcurso de la misma, podemos configurar distintos cuadros clínicos según su forma de presentación; y así en nuestra serie encontramos las formas indicadas en la siguiente tabla:

FORMAS CLINICAS (14 casos)

—Diarrea crónica	7
—Oclusión intestinal	2
—Tumoral	1
—Seudo apendicular	3
—Fistulosis	1

Describiremos de cada una de estas formas, casos representativos de las mismas.

Diarrea crónica: A. N., sexo masculino. 32 años. Diarrea crónica de 7 años de evolución con periodos de agravación y periodos de remisión. En los periodos de agravación la diarrea estaba constituida por 6 a 7 deposiciones diarias líquidas, verdosas, a veces con gleras o sanguisiciones; pujos y tenesmos. Fiebre de hasta 38 grados; sudoración y escalofríos; toque del estado general con adelgazamiento marcado. Poliartralgias y uveítis bilateral. No se palpa tumoración abdominal. Colon por enema: estenosis sigmoidea extensa, con alteraciones parietales y del relieve mucoso. Rectosigmoidoscopia: a los 18 cm: Mucosa acartonada, brotante, de aspecto adoquinado, frágil, sangrante, con placas de color blanco grisáceo adherentes. Biopsia:



FIG. 1.—Enfermedad de Crohn; estenosis sigmoidea. (A. N. 32 años).

mucosa rectal sin ulceraciones con denso infiltrado linfomonocitario, plasmocítico y polimorfonuclear, con hiperplasia del tejido linfoide parietal; el exudado toma también el fragmento de mucosa visible, donde además se observa un tejido de granulación.

En suma: Crohn colónico a localización recto-sigmoidea.

Forma pseudo-apendicular: S. R., sexo femenino. 57 años. Ingresa a un servicio de urgencia con cuadro agudo de F. I. D., estableciéndose el diagnóstico clínico de apendicitis aguda. En la intervención se comprueba apéndice sano y una ileítis terminal, efectuándose el diagnóstico intraoperatorio de enfermedad de Crohn.

Posteriormente el estudio radiológico de intestino delgado, reveló las alteraciones típicas de esta enfermedad: estenosis de últimas asas ileales con signo de la cuerda. El estudio cinematográfico de estas lesiones evidenció disminuciones permanentes del calibre de las últimas asas ileales, traduciendo zonas estenosadas. Por encima de las mismas se observó dilatación e hiperperistaltismo.

Como antecedentes, esta paciente presentaba desde hacía 8 años, episodios diarreicos de mediana intensidad con dos a tres deposiciones diarias durante algunos días, acompañado en oportunidades de dolores cólicos intensos, sin síndrome ano-recto-sigmoideo; leve repercusión sobre el estado general.

Se trata pues de una enfermedad de Crohn evolucionada, expresada clínicamente por alteraciones del tránsito intestinal, de moderada intensidad, que en determinado momento adquiere las características de un cuadro agudo de abdomen, que motiva la intervención.

Distinta es la presentación del siguiente caso, que comienza como un verdadero cuadro agudo de F. I. D. sin encontrar en los antecedentes ninguna otra sintomatología referida al sector intestinal:



FIG. 2.—Enfermedad de Crohn: Localización ileal. Tránsito de delgado con signo de la cuerda (S.R. 57 a.)

C.G., sexo masculino, 27 años. Comienza un día antes del ingreso en pleno estado de salud, y sin antecedentes patológicos a destacar, con dolor en F.I.D., fiebre y vómitos. Diagnóstico del Servicio de Emergencia: apendicitis aguda. Intervención: última asa ileal tumefacta, congestiva, de paredes engrosadas. Apéndice sano.

En suma: enfermedad de Crohn aguda a forma pseudo-apendicular.

Oclusión intestinal: Los dos casos que presentaremos a continuación expresan las distintas modalidades en que puede manifestarse la oclusión intestinal. En uno, la oclusión acontece en un paciente que 8 años antes había tenido un cuadro agudo de F.I.D. comprobándose una ileítis terminal en la intervención: en el otro, la oclusión aparece como primera manifestación clínica.

M.R., sexo masculino, 34 años. Hace 8 años: cuadro agudo de F.I.D., intervención: apéndice sano; última asa ileal congestiva; zona indurada en el mesenterio del tamaño de un huevo de gallina; ganglios congestivos y agrandados. Pasa 7 años bien, hasta que, 6 meses antes del ingreso comienza con dolor periumbilical y ruidos hidroaéreos; dos meses después, síndrome infeccioso con fiebre de hasta 40 grados y gran repercusión sobre el estado general, con adelgazamiento de 15 kg. Posteriormente el dolor cambia de carácter pasando a ser de tipo cólico localizado en F.I.D. con sensación de reptación y ruidos hidroaéreos.

En la laparotomía se encuentra la última asa ileal tumefacta, engrosada y estenosada; se hace hemicolectomía derecha y resección de 20 cm del íleon.

Anatomía patológica: hendiduras y ulceraciones supuradas que atraviesan todas las capas del íleon hasta subserosa; proceso inflamatorio crónico de toda la pared con nódulos linfocitarios.

En suma: Crohn ileal de comienzo pseudo apendicular que evolucionó hasta la oclusión intestinal.

G.L., sexo masculino, 35 años. Comienza hace un mes, en aparente buen estado de salud, con dolor tipo cólico de localización infraumbilical, acompañado de distensión abdominal y ruidos hidroaéreos. El dolor

calmaba con la expulsión de gases. No presentó en su comienzo ninguna alteración del tránsito intestinal. El día anterior al ingreso, exacerbación del cuadro doloroso; aumento de la distensión abdominal; detención del tránsito para materias y gases; vómitos. El examen en el momento del ingreso muestra un enfermo con buen estado general, bien hidratado. Abdomen doloroso, asimétrico, con distensión predominante en hemiventre izquierdo. Con el diagnóstico de oclusión intestinal y sin diagnóstico etiológico, el enfermo es intervenido, encontrándose: distensión de asas delgadas hasta 8 cm del ciego; a ese nivel se comprueba un



FIG. 3.—Enfermedad de Crohn: Localización ileal. Asa resecada con necrosis. (G.L. 35 años)



FIG. 4.—Enfermedad de Crohn: mismo caso; asa abierta: engrosamiento parietal, estenosis de la luz y ulceraciones.



FIG. 5.—Enfermedad de Crohn: doble estenosis sigmoidea.



FIG. 6.—Enfermedad de Crohn: mismo caso; pieza de resección.

Finalmente no debe dejar de plantearse dentro de las posibilidades diagnósticas, el Crohn, frente a estenosis colónicas únicas, en las cuales la semiología radiológica no apunta firmemente a un neoplasma, a una colopatía diverticular o a una colitis ulcerosa crónica.

Endoscópico: La enfermedad de Crohn ileal está fuera del alcance de la endoscopia convencional, si bien ya se han publicado algunos trabajos de ileoscopias, técnica que por lo complicada y trabajosa, aún no se ha incorporado a la metodología usual gastroenterológica.

El Crohn colónico sí, está al alcance de la endoscopia clásica o del fibrocolonoscopio, y tiene ciertas imágenes típicas (8, 11, 14), si bien no siempre presentes: nos referimos a la imagen del empedrado, que es el aspecto dado por zonas de mucosa sana o ligeramente congestiva, pecturadas por el proceso inflamatorio subyacente, y segmentada por ulceraciones lineales.

De los 14 casos de esta serie, 6 tenían su lesión en área recto-sigmoidoscópica; solamente dos de ellos tenían el aspecto típico de empedrado.

Histológico: El estudio histológico de las lesiones de la zona afectada, permite en general establecer el diagnóstico, ya sea por presencia de los granulomas sin caseosis característicos de este proceso, o por la afectación inflamatoria crónica de todas las capas del intestino con infiltración fundamentalmente linfocitaria, y también polimorfonuclear (10, 12). A ello se agregan las dilataciones linfáticas, las ulceraciones profundas —que pueden atravesar la capa muscular—, así como la presencia de abscesos también profundos. Puede haber un grado variable de fibrosis y estenosis de la luz. Distinto a la colitis ulcerosa, el proceso inflamatorio es predominantemente de la submucosa, mientras que la capa mucosa, si bien inflamada, en general no presenta la destrucción que se ve en aquélla; además es característico la alternancia de zonas sanas con zonas afectadas. Los granulomas con caseosis, si bien son característicos, no siempre están presentes, encontrándose en alrededor de un 50 a 60 % de los casos.

De los once casos que tienen estudios histológicos de nuestra serie, cuatro tenían estos granulomas.

Operatorio: De los 11 pacientes que fueron operados, 10 presentaron lesiones macroscópicas características de la enfermedad de Crohn, y en uno el aspecto era el de un tumor. De los 10 con lesiones características, en 8 se hizo diagnóstico intraoperatorio; en tanto que en dos no se planteó este diagnóstico.

Es indudable que las dificultades diagnósticas vividas eran debidas en gran parte al desconocimiento de esta enfermedad; de tal manera a menudo se llegó al diagnóstico recién en el acto quirúrgico en muchos casos, y en otros, luego de un prolongado estudio de la pieza por parte del patólogo o en un reexamen de la misma, recién se pudo establecer el diagnóstico final.

El diagnóstico de enfermedad de Crohn, puede estar facilitado en algunos casos cuando a una historia clínica típica, se le suman elementos radiológicos, endoscópicos e histológicos que le son absolutamente característicos, tales como un signo de la cuerda, una imagen de empedrado —ya sea radiológica o endoscópica—, o la presencia de granulomas. Otros, que no presentan estos elementos tan definitivos, necesitarán de la conjunción de las características clínico-evolutivas, de la asocia-

ción de complicaciones, del análisis de las localizaciones del proceso y finalmente de las posibilidades de descartar otras enfermedades, para poder hacer en definitiva, el diagnóstico de Crohn.

Es demostrativo de las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad, el hecho observado en nuestra casuística, de que de los 14 casos, cuando se dio la circunstancia de que estaban todos los elementos para hacer el diagnóstico, éste se efectuó solamente en cinco. De los otros nueve casos, en cinco, el diagnóstico se hizo retrospectivamente al replantear las posibilidades diagnósticas de estos pacientes, y en los cuatro restantes, en sucesivas consultas surgió gradualmente la posibilidad diagnóstica de enfermedad de Crohn, la cual fue posteriormente confirmada.

Si analizamos el tiempo transcurrido desde el comienzo de la sintomatología hasta el momento en que se contó con suficientes elementos clínicos y paraclínicos que permitían hacer el diagnóstico, podemos observar que:

- 6 casos llevaban menos de un año de evolución,
- 3 casos llevaban de 1 a 2 años, y
- 5 casos llevaban de 5 a 15 años de evolución.

Destacamos el hecho de que en los 6 casos que, a menos de un año de evolución contaban con los elementos suficientes para ser diagnosticados, sólo UNO fue diagnosticado como Crohn en ese momento.

Por otro lado, en aquellos pacientes en los cuales el diagnóstico se hizo diferido, después de tener ya los elementos suficientes para el mismo, pero en los cuales por uno u otro motivo éste no se efectuó, el diagnóstico se estableció en un período que oscila entre 2 y 8 años de consultas sucesivas.

Finalmente, en cuanto a la sintomatología de comienzo de nuestros casos, señalamos la importancia de los cuadros diarreicos intermitentes de apariencia banal, encontrados como antecedentes en tres pacientes; estos cuadros llevaban de 6 meses a 9 años de evolución, sin haber motivado un estudio completo del proceso, habiéndose diagnosticado el mismo recién cuando se presentaron las complicaciones quirúrgicas.

Evolución

De los 14 pacientes de nuestra casuística, 8 fueron resecaos y 6 no fueron resecaos. Veremos su evolución por separado:

Los 8 resecaos tuvieron un postoperatorio inmediato muy bueno. En cuanto a su evolución alejada encontramos lo siguiente:

- 3 de los 8 recidivaron: 1 al año; 1 a los 2 años y 1 a los 3 años.
- 3 no recidivaron y están asintomáticos en un período de control de 2, 5 y 16 años respectivamente.
- En 2 la evolución alejada nos es desconocida.

En cuanto a los 6 pacientes que no fueron resecaos, encontramos:

- 2 tuvieron una evolución continua progresiva de su enfermedad.
- 1 presentó una evolución a empujes con remisiones clínicas parciales.
- 2 tuvieron una evolución a empujes con remisiones clínicas totales entre ellos.
- 1 caso no tiene control alejado.

Los períodos de remisión de la enfermedad en estos pacientes no resecaos, fueron de 1 a 8 años.

No encontramos correlación evidente entre localización y modalidad evolutiva.

En cuanto a la mortalidad de los enfermos cuya evolución conocemos, encontramos lo siguiente:

- 2 murieron por afecciones intercurrentes, uno en uremia por nefropatía crónica y otro en coma hepático por hepatitis aguda.
- Ninguno murió por el Crohn.

Finalmente, en cuanto al carácter invalidante que puede tener la enfermedad, hemos comprobado que en 3 casos existió una evolución progresiva que crea un deterioro severo, que se acentuó a medida que evolucionó la enfermedad. En otros, el hecho de evolucionar por empujes, con períodos intercalares oligo o asintomáticos, crea una invalidez intermitente.

Tratamiento

Médico: El tratamiento médico sólo puede por ahora, aspirar a controlar la enfermedad pero no puede llevarla a la curación por su sola acción. Se consigue sí, proporcionarle al paciente una vida aceptable y compatible con un modo de vivir que no lo haga considerarse a sí mismo como un inválido. Pero el tratamiento médico en general, no altera la evolución de la enfermedad, ni es capaz de evitar las recidivas (4).

Conviene decir que en las formas asintomáticas, a pesar de poder tener evidencias radiológicas o de otro orden de existencia de enfermedad, es razonable no indicar tratamientos que en esa etapa serían inoperantes. Esto incluye a las formas agudas de la afección, que se presentan frecuentemente con la máscara de una apendicitis aguda. Esta forma se considera que en un 50 % de los casos no evoluciona en el futuro.

Pero hay gran cantidad de casos sintomáticos que merecen tratamiento. Este tratamiento será médico mientras no se compliquen, porque en este último caso, la mayor parte más tarde o más temprano serán resueltos por vía quirúrgica.

El tratamiento médico incluye por un lado, el intento de corrección de los síntomas, así como también, por el otro lado, el intento de actuar sobre factores patogénicos de la afección.

Dieta: No existe una dieta propia de Crohn, sino que la misma debe ajustarse a cada ca-

so (5). No es lo mismo tratar dietéticamente un paciente con un delgado estenosado con síntomas de origen mecánico, o tratar un delgado que —teniendo o no, una estenosis— tiene sí, síntomas de disturbios de la absorción, con todo su cortejo de efectos nutricionales. No es lo mismo tratar una colopatía granulomatosa con diarreas que un colon que ha generado constipación con o sin pseudo diarreas.

La dietética puede variar entre extremos de la casi estrictamente parenteral en las complicaciones agudas, hasta las pocas restricciones dietéticas de los casos puramente rectales.

Además el criterio dietético debe ser evolutivo, porque el enfermo también evoluciona y de una diarrea se puede pasar a una constipación o viceversa.

El Crohn —de delgado o colon, con diarrea pero sin mala absorción franca—, debe recibir una dieta sin residuos, sin irritantes, blanda, carente de fermentescibles, hipercalórica, hiperproteica e hipograsa. En caso de mala absorción, se eliminarán las grasas comunes y se administrarán ácidos grasos de cadena corta.

En caso de diarrea grave puede ser necesario la supresión de la vía oral, pasándose a alimentación parenteral.

El Crohn colónico con constipación recibirá una dieta con suficientes alimentos cocidos ricos en celulosa.

Corticoides: Aún no está totalmente determinado el efecto terapéutico de los corticoides en el Crohn. Su indicación surge de su efecto general estimulante, y de su acción antiinflamatoria y eventualmente, inmuno-depresora. No estarían indicados en el Crohn con complicaciones supurativas. Quizás su indicación más adecuada es en el Crohn ileal no ocluido y sin fistula. Además, si es posible, su utilización debe correlacionarse al estudio del estado inmunitario del paciente. Algunos pacientes de esta serie, recibieron corticoides, en distintas dosis y por diferentes periodos de tiempo; no hemos encontrado modificaciones evidentes en la evolución de los pacientes que recibieron y que no recibieron la droga, aunque los casos son pocos y no comparables.

Antibióticos y sulfas: Los antibióticos de amplio espectro están indicados por supuesto en pacientes con procesos supurativos, y si es posible, deben administrarse según el antibiograma. No está comprobada la utilidad de los antibióticos de amplio espectro por vía oral en cuanto a su acción sobre la propia enfermedad, si bien varios de los pacientes de esta serie fueron medicados con ellos.

Las sulfas no absorbibles se utilizan en los casos de diarrea, con la finalidad de corregir un microbismo exacerbado.

En algunos casos se ha utilizado la salazopiridina, sin apreciarse, a diferencia de la C.U.C., un efecto francamente beneficioso.

Sicoterapia: Hasta el momento no se ha evidenciado en forma concluyente una relación entre las alteraciones psicológicas y patogenia de la enfermedad de Crohn. Esto obviamente

no excluye la necesidad del tratamiento sicoterápico y la administración de tranquilizantes en algunos pacientes, ya que en varios de ellos, por el solo hecho de ser portadores de una enfermedad crónica a menudo parcial o totalmente invalidante, existen importantes alteraciones sico-emotivas, que mejorarán con este tratamiento, tal como hemos comprobado en algunos de nuestros casos.

Terapia general y de reposición: No difiere en esta enfermedad de cualquier otra afección crónica exfoliativa. Incluirá según los casos, transfusiones, plasma, sueros con aminoácidos, vitaminas y anabolizantes. Se señala que en algunos casos puede ser necesario la utilización de una terapia de hiperalimentación parenteral. Debemos señalar que no hemos encontrado en nuestros casos, a pesar de que existieron pacientes con severos compromisos del estado general, grandes alteraciones del metabolismo hidro-electrolítico.

Medicación inmunodepresora e inmunoestimulante: No se han utilizado inmunodepresores del tipo del Imurán en los pacientes de esta serie; en cuanto a los inmuno-estimulantes, se utilizó en forma empírica el BCG seriado en dos casos; en uno de ellos existió una evolución francamente favorable, pero es obvio que no podemos atribuir la misma sólo a esta medicación.

Consideramos que su uso debe estar supeeditado a un completo y correcto estudio del estado inmunitario humoral y celular de los pacientes.

Quirúrgico: De los 14 pacientes, 12 fueron operados, aunque solamente 8 fueron resecaados. En resumen se efectuaron las siguientes intervenciones:

- Resección ileal: 3 casos.
- Resección ileo-colónica parcial: 2 casos.
- Resección colónica segmentaria: 3 casos.
- Colostomía: 1 caso.
- Exploración: 3 casos.

Ya se ha señalado anteriormente que de los 8 resecaados se conoce la evolución de 6, y que de éstos, tres recidivaron.

La indicación quirúrgica de las resecciones fue la siguiente:

- Oclusión intestinal completa o incompleta: 4.
- Estenosis de colon: 3.
- Laparotomía por supuesta apendicitis aguda, encontrándose íleon enfermo: 1.

Como norma general es aceptado por la mayoría de los autores que un Crohn no complicado no debe operarse. Si se encuentra en el curso de una laparotomía por un cuadro agudo de F.I.D., una lesión con el aspecto de un Crohn ileal, se acepta generalmente, que, si no hay oclusión, no es aconsejable resecaar. Las complicaciones y fundamentalmente la estenosis, obviamente requieren tratamiento quirúrgico (2, 13, 15).

No hay en nuestros casos ninguno que haya requerido intervención por enterorragia masiva.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Crohn es más frecuente en nuestro medio de lo que podría creerse; hemos presentado 14 casos recogidos en un ambiente restringido y sabemos de la existencia de varios casos más.

El conocimiento preciso de la enfermedad es necesario para aumentar el porcentaje de diagnósticos correctos, y evitar de que éste se haga recién con la anatomía patológica o retrospectivamente, como sucedió en algunos de estos casos.

Esta enfermedad debe ser tenida en cuenta como factible en todo cuadro de F.I.D. o de oclusión intestinal, aunque no tenga historia anterior de diarreas.

Debe ser sospechada con firmeza en toda diarrea crónica con tumoración abdominal o con fistulosis.

En las estenosis colónicas segmentarias múltiples debe plantearse el Crohn; igualmente en estenosis colónicas únicas, en las cuales no surgen elementos radiológicos que señalen firmemente hacia una neoplasia, diverticulitis, CUC o colitis isquémica.

Cuando se completa el estudio del paciente, si aparecen signos típicos, como el signo de la cuerda, un empedrado o granulomas en la biopsia, el diagnóstico podrá asegurarse fácilmente; empero en los casos en que esto no sucede, el diagnóstico presuntivo debe basarse en la historia clínica, la evolución de la enfermedad, y los elementos radiológicos, endoscópicos e histológicos, tomados en conjunto.

No deben tratarse los casos asintomáticos, aunque se haya objetivizado la lesión; hay casos agudos que curan solos, y hay casos crónicos en los cuales las remisiones clínicas son muy prolongadas.

La enfermedad de Crohn, con síntomas, pero no complicada, es de tratamiento médico: dietas, sulfas y antibióticos, sedantes, eventualmente corticoides, pero los casos complicados —oclusión, abscesos, etc.— son de tratamiento quirúrgico.

La medicación inmunodepresora o inmunestimulante, sólo debe ser usada sobre la base de un estudio inmunológico humoral y celular completo, que demuestre su indicación.

Mientras se desconozca la etiología del Crohn, no se pueden establecer normas terapéuticas realmente útiles, y nos tendremos que limitar a tratar de controlar la enfermedad, proporcionándole al paciente un modo de vida lo más aceptable posible.

RESUME

Maladie de Crohn

Les auteurs font la revision de la maladie de Crohn à propos de 14 cas en remarquant les éléments cliniques et complémentaires que permettent le diagnostic

certain et même présuntif en face de formes cliniques atypiques (occlusion, diarrhée, tumeur abdominal fistuleuse). On considère le traitement médico-chirurgical des formes symptomatiques compliquées et non compliquées.

SUMMARY

Crohn's disease

A revision is made of Crohn's disease with reference to a case material which includes 14 patients. Clinical and paraclinical elements permit certainty in diagnosis and presumption of atypical clinical symptoms (occlusion, chronic diarrhea, abdominal masses fistulosis). Medico-surgical treatment of complicated and non complicated symptomatic cases is discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERNIER JJ, MODIGLIANI R, RAMBAUD JC. Diarrhées et pathologie du système immunitaire intestinal. *Rev Pract* (Paris), 23: 3811, 1973.
2. BOCKUS HL. Gastroenterología, Barcelona, Salvat, 1966, T. 2, p. 232.
3. DAVENPORT HW. Fisiología de la digestión. Buenos Aires, Interamericana, 1968, 2ª edic.
4. DYER NH. Medical management of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol*, 1: 449, 1972.
5. ESPEJO SOLA J. Manual de dietoterapia de las enfermedades del adulto. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
6. GRIMLEY EVANS J. The epidemiology of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol*, 1: 335, 1972.
7. JERZY GLASS GB. Progresos en gastroenterología, Barcelona. Científico Médica, 1973, v. 2.
8. LOCKHART-MUMMERY HE. Anal lesions of Crohn's diseases. *Clin Gastroenterol*, 1: 377, 1972.
9. MARSHAK RH, LINDNER AE. Roentgen features of Crohn's diseases. *Clin Gastroenterol*, 1: 411, 1972.
10. MONCHET A, GUIRARCH M. Iléite terminale et maladie de Crohn. *Rev Pract* (Paris), 18: 3115, 1968.
11. MORSON BC. Pathology of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol*, 1: 265, 1972.
12. PUIG R, CASSINELLI JF, REISSENWEBER N, OTERO JP, ASINER B, BALBOA O. Ileitis y colitis granulomatosa (Enfermedad de Crohn). *Cir Urug*, 41: 447, 1971.
13. TRUELOVE SC, JEWELL DP. Topics in gastroenterology. 1: 231, 1973.
14. VALDES DAPENA AM, STEIN GN. Morphologic pathology of the alimentary canal: gross, radiographic and microscopic. Philadelphia. Saunders, 1970, p. 411.
15. WILLIAMS JA. Surgery and the management of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol*, 1: 469, 1972.

DISCUSION

DR. ROBERTO PERDOMO.— Considero muy interesante esta revisión de la enfermedad de Crohn, lo cual nos permite replantear interrogantes sobre sus diferentes formas clínicas especialmente las agudas.

En la urgencia, en diferentes oportunidades, hemos encontrado lesiones segmentarias tanto en el ileon terminal, yeyuno y colon, realizando en ciertos casos resecciones y en otros, el reintegro intestinal de asas viables. En todos los casos afortunadamente la evolución de los enfermos fue buena. Pero en ningún caso con la pieza estudiada nos fue posible hacer diagnosticar al anatomopatólogo si era un futuro Crohn. Tenemos una real preocupación por saber si realmente esa es una enfermedad aguda que ha de evolucionar en el sector que abandonamos, o en otro sector cuando resecamos el intestino, hacia una enfermedad crónica. Realmente ni en las comunicaciones que existen ni en lo que uno oye esto está perfectamente

aclarado. Y no diría perfectamente, diría ni medianamente aclarado. Pienso que de esas enteritis agudas que enfrentamos, algunas puede ser que evolucionen a la etapa crónica y pasen a constituir una enfermedad de Crohn, pero que ello no es predecible y que no podemos llamarlas Crohn inicial o en etapa aguda. Son enteritis agudas o colitis agudas que son factibles de evolucionar hacia una enfermedad de Crohn algunas de ellas y otras nunca. Se nos escapan por completo los factores que determinan ese pasaje a la cronicidad en ciertos casos. De ahí la pregunta de si en las formas agudas, que creo que dentro de los casos que ha presentado el colega son aquellas que fueron catalogadas como pseudoapendiculares (y sobre todo una de ellas en la que no había antecedentes) ¿si se hizo resección de ese segmento, si pudo hacerse diagnóstico al firme como creo haber entendido que sucedió, y cómo se hizo tal diagnóstico de enfermedad de Crohn en etapa aguda?

DR. ALBERTO VALLS.—Lo que quería destacar es esa tendencia recidivante de la enfermedad de Crohn y además descartar el hecho de que no es solamente del intestino sino que puede localizarse en otros sectores del tubo digestivo. Nosotros en el año 57 o 58 operamos un enfermo que tenía un episodio anterior de colitis segmentaria derecha, estudiado por el Prof. Varela Fuentes. Se le hizo la resección, era una colitis granulomatosa y después hizo una gastritis crónica hemorrágica que lo llevó a operar dos veces, la segunda vez lo reintervine yo y tenía una gastritis muy importante y le hice una gastrectomía. Ya en la vez anterior se le había encontrado que tenía un hígado con un aspecto particular cuya biopsia había mostrado una infiltración linfo-monocitaria en los espacios porta. Al reoperarlo le hice otra biopsia de hígado y encontré que ya no eran focos linfo-monocitarios sino que eran focos supurados a nivel de los espacios porta. Es decir que la enfermedad de Crohn pasa a ser una enfermedad de todo el tubo digestivo y hasta de sus anexos. Este enfermo no volvió a sangrar, pero evolucionó a la caquexia, a la insuficiencia hepática y murió de insuficiencia hepática. —Era una enfermedad de tipo evolutivo y con recidivas. Es por eso que se tiene miedo de hacer la resección y que aparezca la enfermedad en otro lugar. El porcentaje de recidivas es bastante grande si se siguen a la larga. Ese enfermo para hacer la recidiva demoró como cinco años.

DR. LUIS FALCONI.—El tema de la enfermedad de Crohn es muy vasto y la presentación casi monográfica de los autores, evidentemente abarca puntos sumamente importantes, y da una casuística sumamente importante para nuestro medio. Ya la Sociedad de Cirugía junto con Anatomía Patológica hace unos años había revisado el tema y evidentemente no se recogió toda la casuística. En días recientes estamos revisando nuestra casuística y la del Dr. Cassinelli a propósito de un coloquio que va a haber en Buenos Aires. El concepto patológico de esta enfermedad ha variado y ha sufrido históricamente toda una revisión, desde la exigencia ortodoxa del granuloma tuberculoide para hacer su diagnóstico se ha llegado a una serie de hechos operatorios macroscópicos e histológicos que hacen más laxo y que permiten catalogar formas agudas, subagudas o crónicas según sus caracteres. Los granulomas se encuentran pocas veces y a veces tra-

bajosamente. Lo fundamental es el engrosamiento de la submucosa, la tumefacción de los epitelios.

Por último, en cuanto al diagnóstico se ha avanzado en cuanto a la búsqueda endoscópica, y días pasados, tuvimos el enorme placer de poder hacer el diagnóstico por una biopsia endoscópica de enfermedad de Crohn en un paciente que clínicamente presentaba hechos muy sugestivos de ella. Y hace dos días tuvimos también la sorpresa de encontrar una enfermedad de Crohn en un apéndice en un paciente que clínicamente se sospechaba y se encontraron los granulomas en la submucosa. Curiosamente a nosotros nos llegan por empujes piezas de resección (de colon sobre todo) con enfermedad de Crohn. En los últimos meses hemos estudiado 4 o 5. Una, del Dr. Priario que le hizo una resección segmentaria de colon que luego por fibrocolonoscopia se pudo comprobar biópticamente en otros sectores lesiones similares a las vistas en la pieza operatoria.

DR. MUZIO MARELLA.—Quisiera referirme en particular a una localización del Crohn que es muy poco frecuente, que es la localización en el colon. He tenido oportunidad de ver dos en Montevideo. Uno era del colon transversal, una lesión que fue catalogada como posible neoplasma y que se le hizo una resección. El Crohn se comprobó plenamente con la anatomía patológica. La evolución de este enfermo no la conozco. Otra es un enfermo que lo vi, de 20 años, con cuadro doloroso de fosa ilíaca derecha que evolucionaba en forma subaguda que le hice un colon por enema y mostró una falta de relleno del ciego. No sabíamos si la lesión que tenía era un neoplasma y le repetimos el estudio 20 días después y la lesión era más extensa y había una invasión mayor del ciego que se extendía hasta la válvula ileocecal. A ese enfermo lo intervinimos con el diagnóstico de posible neoplasma de ciego, y le hicimos una hemicolectomía derecha. El corte de la pieza nos permitió en primer término reconocer que aquello no era un neoplasma del tipo del adenocarcinoma. Esa pieza fue estudiada por la Dra. Piovano que corroboró e hizo el diagnóstico de enfermedad de Crohn. Lo seguimos mucho tiempo y no tuvo recidiva, evolucionando bien. Naturalmente, de acuerdo a lo que hemos leído los enfermos con enfermedad de Crohn hay que seguirlos porque la posibilidad de recidiva y, particularmente en aquellos que tienen una localización colónica, la posibilidad de que hagan fístulas anales y perianales es frecuente.

DR. PEDRO KAUFMANN. (Cierra la discusión).—Contestando la pregunta del Dr. Perdomo, es interesante lo que él dice y es absolutamente cierto. En lo concreto, algunos de los casos supuestamente agudos en la histología eran Crohn típicos por ejemplo uno de los casos de fosa ilíaca derecha, se va a operar y se encuentra la lesión que ustedes han visto, que se reseca y que histológicamente es un Crohn completo con los granulomas, etc. Ese es uno. Otro no tiene histología pero lo opera el Dr. Luis Praderi, encuentra la ileítis no la toca se va de ese vientre y a la semana se le hace un estudio radiológico y aparece una placa que ustedes vieron ahí con el signo de la cuerda.

Es seguro que hay enteritis o colitis agudas segmentarias que retroceden y que curan y las cifras andan en el 40 o 50 % de los casos.