

Enfermedad de Crohn: Aspectos de interés para el cirujano

Dres. Fernando Castelli⁽¹⁾; Oscar Maglione⁽¹⁾; César Canessa⁽³⁾;
José Pedro Perrier⁽²⁾; Daniel Varela⁽²⁾.

Resumen

La enfermedad de Crohn a pesar de ser una patología fundamentalmente de tratamiento médico, requiere hasta en un 60% de los casos de procedimientos quirúrgicos, ya sea por falla del mismo o por la forma de presentación o por la presencia de complicaciones.

Es por eso que el conocimiento de esta patología por los cirujanos es importante ya sea en los aspectos patogénicos así como el enfoque terapéutico condicionado a la forma anatomopatológica adoptada o a sus complicaciones.

Se analizan diferentes casos clínicos tratados por los autores con diversas formas de presentación, estudio y tratamiento.

Palabras clave:

Enfermedad de Crohn

Clinica Quirúrgica "A", Prof. Director Francisco Crestanello. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

Abstract

Crohn's disease is basically a pathology requiring medical treatment; however in 60% of cases it has need of surgical procedures, be it to due to failure of the former or for the manner in which it presents itself or due to the presence of complications.

Consequently acquaintance with this pathology by surgeons is important, either due to its pathogenic aspects or because the therapy approach is conditioned by the anatomic-pathologic form adopted or by its complications.

The paper contains an analysis of clinical cases treated by the authors with various forms of presentation, study and treatment.

Key words:

Crohn disease

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de octubre de 2003.

⁽¹⁾ Asistente de Clínica Quirúrgica "A".

⁽²⁾ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica "A".

⁽³⁾ Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "A".

Correspondencia: Dr. Fernando Castelli

Concepción del Uruguay 1495/305

e-mail: flacocas@chasque.net

Importancia del Tema

Desde el inicio del siglo XX, donde surge la primera cita de esta enfermedad como tal, luego del artículo de Burril B. Crohn y colaboradores, los cirujanos han cumplido un rol importante en su

diagnóstico y tratamiento. Inicialmente se la agrupaba junto a otras enfermedades intestinales de origen poco conocido como Linfomas, Tuberculosis, Colitis Ulcerosa Crónica (CUC), etc.

El avance en los estudios radiológicos, endoscópicos y el conocimiento anatomopatológico, han logrado definir los elementos capitales que identifican a la enfermedad de Crohn.

A pesar que es una enfermedad principalmente inflamatoria y que con un tratamiento médico bien instituido se logra un correcto control y mejoría en los empujes, dos tercios de los mismos serán pasibles de un procedimiento quirúrgico. De éstos hasta un 80% presentan recurrencia de la enfermedad en algún momento de la evolución y requerirán de otro procedimiento quirúrgico cerca de la mitad de los casos. Por tales razones creemos sumamente importante su conocimiento por el cirujano, ya que forma parte primordial del equipo tratante y en muchas oportunidades debuta con un cuadro quirúrgico agudo.

Historia

La primera referencia en la historia acerca de esta enfermedad data de 1769 cuando Morgagni relata los hallazgos de la autopsia realizada a un joven de 20 años, que sufría de frecuentes deposiciones, y que precediendo al fallecimiento agregó enterorragia, fiebre y dolor abdominal. En ella destaca la presencia de múltiples perforaciones del intestino delgado sobre todo a nivel del ileon distal, el que además estaba afectado en su sector interno por una gangrena.

En 1813 Combe y Saunders comunican la aparición de un caso donde en el ileon distal existía una estructura rígida. Este tipo de hallazgo se repite y así es que en 1828 Abercrombie relata el caso de una adolescente de 13 años afectada de dolor abdominal y vómitos, en la que se encuentra un engrosamiento de las paredes del ileon, ulceración a nivel del ciego y afectación del colon ascendente por el proceso inflamatorio.

Fielding en una revisión de estudios anatomopatológicos de pacientes asistidos entre 1852 y 1899 en Hospitales Universitarios de Londres, halló entre 30 y 50 casos de enfermedad de Crohn. Esta afectaba intestino delgado, colon o ambos.

Dalziel en 1913 cita 9 casos publicados en la *British Medical Journal* con afectación de ileon, yeyuno o colon. Describe la presencia de células gigantes, que a la postre serán patognomónicas y los hallazgos viscerales no difieren de los de otros autores en pacientes con enfermedad de Crohn.

El primer trabajo en el que se cita el término "Ileítis Terminal" para describir esta afección inflamatoria intestinal, fue el publicado en el *Journal of the American Medical Association* en 1932 por Burril B. Crohn, Leon Ginzburg y Gordon D. Oppenheimer, basado en los hallazgos de 14 pacientes operados en el Mount Sinai Hospital de New York.

A partir del mismo aparecieron varias publicaciones refiriéndose ella. Diversos estudios epidemiológicos sobre todo en Europa y EE UU encontraron una predisposición a sufrirla ciertas poblaciones judías. También se realizaron estudios donde se comparaba esta patología con la colitis ulcerosa crónica (CUC), diferenciándola de esta última.

El hecho que se la llame Enfermedad de Crohn, surgió de la conveniencia y necesidad de unificar los términos en torno a esta patología cuando en 1950, Armitage y Wilson, observaron que: enteritis regional, ileítis regional, enterocolitis regional, enteritis cicatrizal y granuloma inespecífico eran diferentes formas de referirse a la misma entidad.

A partir de estos años la atención se centra en diferenciarla de la CUC. En 1952 Wells y en 1960 Lockhart-Mummery y Morson definen los elementos que diferencian a estas dos enfermedades. ^(1, 2, 3, 4, 7)

En los últimos años los avances se han centrado fundamentalmente en el campo de la terapéutica con la aparición de nuevos fármacos y el desarrollo de estudios preclínicos.

Patogenia

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria, recurrente, granulomatosa y fibrosante, que usualmente afecta al ileon terminal o al colon, pero que puede lesionar cualquier sector del tubo digestivo desde la boca al ano. Aunque es fundamentalmente una enfermedad entérica, tiene manifestaciones sistémicas por afectación de: piel, hueso, músculo estriado y pulmones.

Una característica típica es la afección salteada o segmentaria del intestino separada por sectores sanos.

Cuando la enfermedad de Crohn afecta al sector gastroduodenal, se encuentra asociada a afectación del intestino delgado, ileítis, en casi todos los casos.

Comienza por una inflamación localizada de la pared intestinal, que aumenta su grosor, asociando a nivel mucoso lesiones ulceradas tipo aftas, rodeadas de sectores con mucosa sana. Estas aftas ocurren sobre folículos linfoides preexistentes. Al progresar tienden a conectarse entre sí formando largas y finas úlceras, que al cruzar los pliegues mucosos le dan el aspecto de “empedrado”.

El sector afectado se vuelve rígido, tipo caño de plomo; la pared intestinal se engrosa (aumenta de espesor), presentando fibrosis cicatrizal y la luz intestinal se estrecha generando estructuras rígidas. El meso del asa se encuentra fibroso y más grueso, y la grasa tiende a envolver al asa intestinal en un fenómeno conocido como “creeping fat”.

La presencia de fístulas, así como de cicatrices fibrosas, son el resultado de úlceras profundas que comprometen toda la pared intestinal, pudiendo afectar otras vísceras vecinas. La apertura de esos trayectos fistulosos genera abscesos hasta en un 15 a 20 % de pacientes.

Desde el punto de vista microscópico hay un proceso inflamatorio e infeccioso en las glándulas de la mucosa intestinal, con infiltrados neutrofilicos, criptitis y abscesos, que al abrirse se trans-

forman en úlceras mucosas o aftas. Este proceso inflamatorio conlleva cambios crónicos como lo son la atrofia mucosa, la distorsión glandular y la plasmocitosis.

En cuanto a la distribución intestinal: el ileon y el colon se encuentran afectados aproximadamente en el 40% de los casos, solamente el colon en el 20%, el ileon distal y delgado proximal en el 13% de los casos y sólo el intestino delgado proximal en el 5%. La afectación perianal exclusiva llega hasta el 5%. Estas cifras presentan variaciones dependiendo de las series.

Desde el punto de vista etiopatogénico esta enfermedad es multifactorial invocándose entre ellos el genético, el infeccioso y el ambiental.

En lo evolutivo presenta diferentes formas clínicas: la inflamatoria, la estenosante y la penetrante, predominando en el paciente joven la estenosante y en los mayores la inflamatoria. ^(5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Etiopatogenia

A pesar de los múltiples avances su causa es aún desconocida. Múltiples factores se encuentran vinculados a ella como lo son los genéticos, los ambientales, los infecciosos, etc.

Del estudio de los pacientes afectados se desprende una incidencia de historia familiar de Crohn de 10 – 15%.

Se ha logrado determinar que el patrón de herencia de la enfermedad es autonómico recesivo y que depende de la afectación de más de 1 gen. como el

IBD 1 (vinculado al cromosoma 16), el IBD 2 (cromosoma 12), relacionados con la historia familiar, pero también otros, sin poder determinarse exactamente todos.

La hipótesis infecciosa se basa en el efecto de algunos microorganismos, como el virus del Sarampión y ciertos tipos de Mycobacterias, como desencadenantes del proceso inflamatorio intestinal.

A favor de lo ambiental estarían los hechos de su predominancia en etnias judías y en poblaciones del norte europeo, aunque se ha comprobado un aumento de ella en América Latina. (6, 7, 8, 9, 10, 11)

Aspectos relevantes para el cirujano

Generalmente el cirujano toma contacto con el enfermo portador de esta patología de diversas formas:

- Paciente con diagnóstico previo de enfermedad de Crohn, que ingresa por un empuje de la enfermedad y se manifiesta clínicamente como un cuadro agudo abdominal.
- Paciente con diagnóstico ya confirmado previamente, que ingresa por una complicación que tiene indicación quirúrgica.
- Paciente sin diagnóstico previo de enfermedad, que se manifiesta clínicamente como un cuadro agudo de abdomen. Es en estos cuadros en los que el cirujano debe tener en cuenta esta patología y conocer las opciones de aproximación paraclínica y terapéutica.

Estudios paraclínicos

La presencia del diagnóstico previo simplifica la aproximación paraclínica a estos pacientes complejos, ya que la misma difiere si se trata de un cuadro agudo abdominal o de un el paciente con diagnóstico confirmado y empujes crónicos.

En estos últimos los recursos paraclínicos son variados pudiendo utilizarlos en forma selectiva:

- **Estudios radiológicos contrastados del tubo digestivo**, como el tránsito de intestino delgado, enteroclisia o colon por enema de doble contraste. Ambos son estudios superiores en la valoración de la distribución segmentaria de la enfermedad, así como en la demostración de fistulas, fisuras, estricturas y la observación del ileon distal.
- **Pan-endoscopia, fibroesofagoscopia (FG), fibrocolonoscopia (FC)**. Las endoscopías

valoran la presencia de aftas y nódulos en la mucosa, además son fundamentales para el estudio de estricturas descartando lesiones cancerosas. La FC en particular permite realizar la endoscopia retrógrada del ileon terminal tomando biopsias de su mucosa.

- En los cuadros agudos estos estudios generalmente ocupan un segundo plano, siendo de indicación primaria la **Tomografía axial computada (TAC) abdominal**. Ella permite valorar el grado de engrosamiento parietal de las asas intestinales, con estricturas, así como la presencia de edema, abscesos, adenopatías mesentéricas y complicaciones y asociaciones lesionales extraintestinales como litiasis vesicular y urinaria, sacroileítis, hidronefrosis, etc. (12, 13, 14)

El uso de la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) no se justifica ya que las imágenes obtenidas por TAC helicoidal de abdomen son superiores.

La **ecografía endorrectal** tiene su aplicación en aquellos pacientes con complicaciones rectales.

El uso de la **fibrolaparoscopia (FL)** tiene su aplicación para aquellos cuadros de inicio agudo, dudosos en cuanto a la etiología, que puedan requerir cirugía inmediata, permitiendo diferenciarlos de una probable enfermedad de Crohn que no la necesite y puedan ser sometidos a otros estudios paraclínicos y a un tratamiento médico oportuno.

Existen estudios como la PCR, a 2 macro globulina, que pueden ser útiles para el diagnóstico de los empujes agudos aunque son inespecíficos y de ser negativos no invalidan el diagnóstico.

Se analizan a continuación varios cuadros clínicos que los integrantes del Servicio hemos tenido oportunidad de tratar o de participar en su tratamiento. Los mismos ponen de manifiesto lo variable que puede ser su presentación y los problemas que plantean para su diagnóstico y resolución.

Cuadros clínicos:

Recidiva anastomótica

M M, sexo femenino, 50 años, sin antecedentes familiares a destacar, 10 años antes presenta cuadro agudo de abdomen por el que fue operada realizándose la resección del ileon distal, ciego y parte del colon ascendente. La anatomía patológica (AP) confirma enfermedad de Crohn siendo medicada por ello. A fines del 2002, luego de situación personal de mucho stress y con repercusión importante en el estado nutricional comienza con un cuadro de dolor abdominal a predominio en FID, donde impresiona palpase una tumora-ción. Se la interna y trata como empuje agudo de su enfermedad de Crohn con medicación específica y apoyo nutricional mejorando francamente aunque persistiendo con dolores abdominales tipo cólico, sobre todo en FID.

Se solicita FC que no llega a la zona de la anastomosis y un tránsito de delgado que muestra una estenosis del íleon y de la zona anastomótica (Fig. 1).

Se decide intervenir para reseca el sector afectado (Fig. 2 y 3). Se encuentra un plastrón inflamatorio en vías de fistulización a la pared abdominal anterior que incluye el sector terminal del íleon y la anastomosis, con sus mesos, todos muy engrosados. Se reseca y se restablece la continui-



Fig. 1 - Estenosis de íleon y anastomosis ileocólica

dad intestinal mediante una nueva ileo-transverso anastomosis. Presenta una buena evolución siendo dada de alta sin complicaciones, con un correcto control hasta la fecha y con confirmación A.P. de la enfermedad de Crohn.



Fig. 2 Engrosamiento mesial



Fig. 3 Engrosamiento parietal y estenosis.

Estenosis de última asa ileal

MA, 31 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos a destacar que en octubre de 2000 ingresa por cuadro agudo de abdomen interpretado como apendicitis aguda. En la laparotomía se comprueba que el apéndice cecal está congestivo, así como también la última asa ileal, con escaso exudado no purulento. Se realiza la apendicectomía. La AP muestra elementos inflamatorios agudos e inespecíficos.

Tiene nuevas consultas por episodios de dolor abdominal tipo cólico acompañado de deposiciones diarreicas. Reingresa al año por dolor abdominal tipo cólico e intolerancia digestiva, acompañados de repercusión nutricional severa.

Ante la sospecha de una enfermedad de Crohn se inicia soporte nutricional y tratamiento en

base a de prednisona y luego mesalasa, mejorando el cuadro clínico. Persiste con la sintomatología de cuadro suboclusivo por lo que se le solicita un tránsito de intestino delgado. (Fig. 4) y una FC para valorar el ciego y si es posible el ileon. Se demuestra una estenosis significativa de la última asa ileal. Es operada resecándose dicha asa y el ciego, restableciéndose la continuidad digestiva mediante una ileo-ascendentostomía.

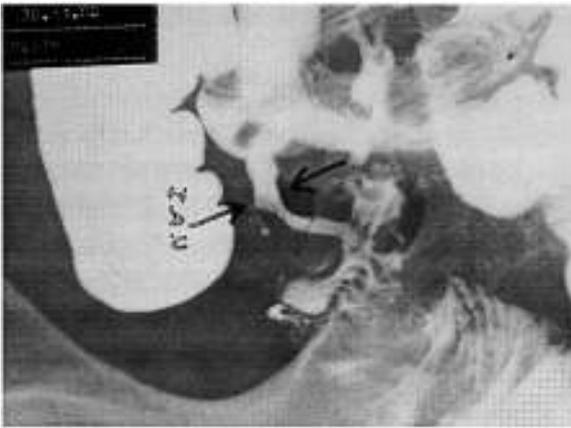


Fig. 4 Estenosis ileal

La paciente evoluciona favorablemente otorgándose el alta sin complicaciones. La AP: fue compatible con enfermedad de Crohn.

Estenosis ileal (2)

Sexo masculino, 40 años, apendicectomizado a los 15 años. Consulta por alteración del tránsito digestivo bajo con 4 a 6 deposiciones diarias de materias pastosas, amarillentas con olor rancio, acompañada de dolor tipo cólico y meteorismo. Al examen físico se encuentra febril, presenta dolor intenso a la palpación de FID, con dolor a la decompresión. TR: normal. Leucocitosis: 17000.

Se interpreta como enterocolitis aguda infecciosa y se inicia tratamiento en base a metronidazol y gentamicina mejorando el cuadro clínico. Se solicita una RX de abdomen y TAC abdominal. (Fig. 5) la cual muestra un engrosamiento de las paredes de la última asa ileal, sin colecciones líquidas intra peritoneales. Ante estos hallazgos y



Fig. 5 Engrosamiento parietal de asa ileal



Fig. 6 Estenosis ileal

con la sospecha de enfermedad de Crohn se solicita una FC que muestra 3 pólipos benignos en diversos sectores del colon y una válvula ileocecal pequeña continente, infranqueable. Luego un colon por enema. (Fig. 6) que permite documentar una estenosis de las últimas asas con la imagen de caño rígido.

Se comienza tratamiento en base a corticoides, mejorando. Posteriormente con el empuje en remisión y el paciente asintomático se realiza la resección del íleon terminal comprometido, con una ileo-ascendentostomía.

Panfistulosis perianal

LC, sexo femenino, 41 años, portadora de síndrome depresivo en tratamiento. Ingresa en marzo del 2001 por panfistulosis perianal que es tratada en lo local mediante drenaje de las fístulas con sedales de látex y antibióticos en forma sistémica, mejorando la sintomatología. En alguna oportuni-

dad presenta deposiciones diarreicas, sin dolor abdominal.

Con la sospecha diagnóstica de enfermedad de Crohn, se solicitan estudios endoscópicos. La FG es normal. La FC muestra un adenoma tubo-papilar en sigmoides, divertículos de colon derecho y no visualiza lesiones inflamatorias.

Reingresa en octubre del mismo año por supuración en varias de las fístulas anales algunas de las que son destechadas, otras drenadas y se biopsia una lesión ulcerada del orificio interno de una de las fístulas (Fig. 7). Su AP mostró un proceso inflamatorio crónico granulomatoso que podría corresponder a la enfermedad de Crohn a correlacionar con la evolución clínica.



Fig. 7 Panfistulosis perianal

En marzo 2003 se le diagnostica una poliartropatía secundaria a su enfermedad de Crohn y se trata con prednisona y sulfazalacina, mejorando.

En mayo 2003 reingresa por dolor de FID, sin fiebre ni leucocitosis.

La ecografía muestra dos imágenes quísticas en FID por delante del psoas, de 40 y 25 mm. No se visualizan colecciones. La TAC encuentra una litiasis renal izquierda. En FID y en relación con el ciego se ve una colección polilobulada de 6x3cm que llega a contactar con la vejiga. Se trata como empuje de su enfermedad de Crohn remitiendo el dolor.

El estudio radiológico del tránsito de delgado es normal.

En septiembre 2003 tiene nuevo ingreso por dolor perianal, fiebre y supuración de una de sus tantas fístulas perianales que requiere nuevo drenaje.

Fístula colónica

27 años, sexo femenino, procedente de Colonia. Sin antecedentes patológicos a destacar. En 1986 comienza con lesión de labio inferior acompañada de fiebre y adelgazamiento. Tratada con antibióticos no mejora. Concomitantemente agrega diarrea, rectorragia y dolor anal. RSC: compatible con CUC. Es tratada con corticoides. Reingresa a los 3 meses persistiendo las diarreas y la fiebre con repercusión nutricional severa expresada por adelgazamiento de 15 Kg.

FC: 2 ulceraciones laterales, profundas e indoloras desde la margen anal hasta el recto bajo. A partir del sigmoides ulceraciones aftoides, edema nodular con aspecto de empedrado.

AP: colitis crónica inespecífica en actividad. Debido a los hallazgos endoscópicos se sospecha enfermedad de Crohn y se realiza tratamiento específico mejorando.

Reingresa en 1987 por cuadro similar, siendo tratada con antibióticos, corticoides y nutrición parenteral total mejorando clínicamente

En 1992 presenta varias úlceras pequeñas en cara anterior de pierna. Las biopsias informaron pioderma gangrenoso. Tratadas con ciclosporina tiene buena evolución.

Durante varios meses en 2003 relata dolor abdominal tipo cólico que alivia con la expulsión de materias y gases acompañada de distensión abdominal, más un adelgazamiento de 5 Kg. Al examen tiene estado nutricional conservado y dolor leve a la palpación de FII. Al tacto rectal se comprueba una fisura anal posterior, con estenosis circunferencial del canal anal y disminución de la fuerza contráctil del esfínter.

FC: estenosis infranqueable a 20 cm del margen anal, mucosa ulcerada y con nodulaciones. La AP informa una colitis en actividad, sin malignidad.

Se decide realizar laparotomía para reseca el sector estenosado y descartar una lesión cancerosa. Se comprueba un proceso adherencial que involucra ciego, color transverso, sigmoides y vejiga. Se constata una fistula que compromete tres sectores del colon (Fig. 8). Se decide regularizar y cerrar el orificio fistuloso del ciego y realizar la resección del colon estenosado incluyendo los otros dos sectores fistulizados. Se restablece la continuidad intestinal mediante una colo-recto anastomosis término-terminal. Buena evolución postoperatoria.

AP: enfermedad de Crohn en actividad, sin malignidad.

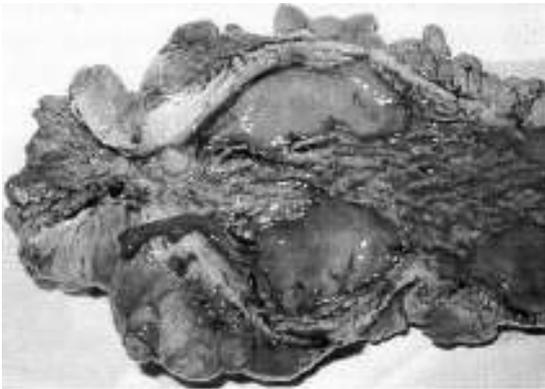


Fig. 8 Orificios fistulosos en colon

Fístula entero - cutánea (Fig. 9)

Sexo femenino, 34 años, epiléptica. En marzo del 2001 presenta cuadro agudo de abdomen dado por dolor hipogástrico, pujos y tenesmo vesical y fiebre. Al examen se destacan fascies tóxica y elementos de irritación peritoneal. Leucocitosis elevada. Se realiza una FL de urgencia que muestra una peritonitis difusa a predominio inframesocólico y pelviano, con el sigmoides adherido al anexo izquierdo y al fondo del útero. La laparotomía de urgencia encuentra un sigmoides con ele-

mentos inflamatorios, el meso suculento, no se observa macroperforación del sigmoides y si algunos divertículos. Se efectúa una sigmoidectomía con abocamiento del colon proximal, cierre del distal y toilette peritoneal y se deja una laparostomía con malla de poliuretano. Pasa las primeras 48 hs en CTI con evolución favorable. Se reopera entonces comprobándose ausencia de infección y de colecciones peritoneales y se cierra la pared abdominal. La AP muestra elementos inflamatorios agudos inespecíficos y una enfermedad diverticular leve con alteraciones de la mucosa caracterizados como de colitis inespecífica, sin encontrar perforaciones.

FC por ano: normal. FC por colostomía: en los 10 cm proximales elementos de colitis inflamatorios no específicos.

En abril de 2002 se reconstruye el tránsito resecando los últimos 15 cm de colon descendente y efectuando una anastomosis colorrectal.

AP: encuentra elementos sugestivos de enfermedad de Crohn y colitis inflamatoria crónica inespecífica, sin granulomas.

Al décimo día postoperatorio se manifiesta una fístula de material fecaloideo a través de la incisión mediana y por el orificio de colostomía, sin evidencias de peritonitis que evoluciona favorablemente con cuidados locales, sulfazalazina y corticoides.



Fig. 9 Fístula enterocutánea

Se reopera en agosto de 2003 demoliéndose las fístulas que comunican con la anastomosis colorrectal que tiene una falla en su sector anterior y está rodeada de un proceso granulomatoso.

Se reseca en bloque el conjunto lesional incluyendo los trayectos fistulosos y se restablece la continuidad digestiva mediante una transverso-rec-to anastomosis con buena evolución.

Peritonitis por perforación de delgado

J.C. No. Reg. 734368 27 años, sexo masculino.

Paciente con enfermedad de Crohn diagnosticada 3 años antes. Dos meses previo a su ingreso, consulta por repercusión general, diarrea y dolor abdominal. Se interpreta como un empuje de su enfermedad, por lo que se trata con corticoides y 5-ASA. Pero por aumento del dolor abdominal es internado y tratado además con antibióticos. Mejora parcialmente y se otorga el alta con igual tratamiento debiendo ser reingresando el 30/12/02 por presentar una peritonitis difusa aguda, corroborada por TAC, que además muestra un neumoperitoneo.

Se opera comprobándose la peritonitis difusa aunque no se encuentra perforación y sí intensas alteraciones del sector íleo-cecal que está fistulizado en el sigmoides. Se realiza una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica y se reseca el sector del sigmoides fistulizado, abocando el cabo proximal y cerrando el distal. Se reopera por falla de sutura al 5º día, demoliéndose la sutura ileo-cólica y confeccionado una ileostomía. Es reoperada en otra oportunidad por abscesos residuales. Tiene una buena evolución dándosele el alta en abril 2003

La AP confirmó que la enfermedad de Crohn ileocecal y sigmoidea, con afectación transmural y múltiples trayectos fistulosos.

Opciones terapéuticas

La mayoría de los pacientes portadores de empujes mejoran con tratamiento médico, basado en el uso de antibióticos, corticoides, aminosalicilatos e inmunosupresores. De esta forma disminuye el proceso inflamatorio y se logra corregir las alteraciones del medio interno, nutricionales e infecciosas.

En los casos en que dicho tratamiento falla o aparecen complicaciones como las estenosis fibrosas, oclusión intestinal, fístulas digestivas, surge la indicación de tratamiento quirúrgico. Generalmente se trata de una cirugía electiva y el procedimiento de elección es el resectivo, sabiendo que hay otras opciones para casos determinados como la estricturoplastia y el by pass.

En los casos en que el paciente presente una complicación de la enfermedad de Crohn o debute con un cuadro agudo abdominal con indicación de laparotomía de urgencia, ya sea por la presencia de abscesos, peritonitis o hemorragia, la resección debe ser la primera opción quirúrgica, debiendo definir entonces si se realiza anastomosis primaria o una ostomía. Se prefiere dejar esta última opción para aquellos pacientes sépticos, desnutridos severos, con peritonitis fecaloideas, en los cuales la chance de una falla de sutura es mayor, aumentando la morbi-mortalidad. En los casos de enfermedad fistulosa perianal se prefiere el uso de sedales debido a la alta tasa de recidiva sin el uso de estos. (7, 11, 15,17)

Estricturoplastia, márgenes de resección y riesgo de cáncer

En aquellos pacientes sometidos a resecciones intestinales previas se preve que a 10 años el 30% serán sometidos a otra resección, con lo cual el riesgo de síndrome de intestino corto se estima en hasta un 10 % para los portadores de una enfermedad de Crohn. Frente a ello y en aquellos

casos que se manifiesten como estenosis, se ha creado como opción alternativa a la resección, la estricturoplastia.

Esta alternativa está contraindicada en los pacientes portadores de abscesos intra-abdominales o fistulas así como en pacientes con desnutrición severa, y en aquellos en los que la estenosis se encuentra próxima a un sector intestinal que será resecado.

A su vez se deben realizar biopsias de la mucosa de ese sector para descartar el cáncer.

En cuanto a su confección es similar a la técnica usada para la piloroplastia de Heinecke-Mikulicz o Finney, preferentemente a puntos separados (Fig. 10).

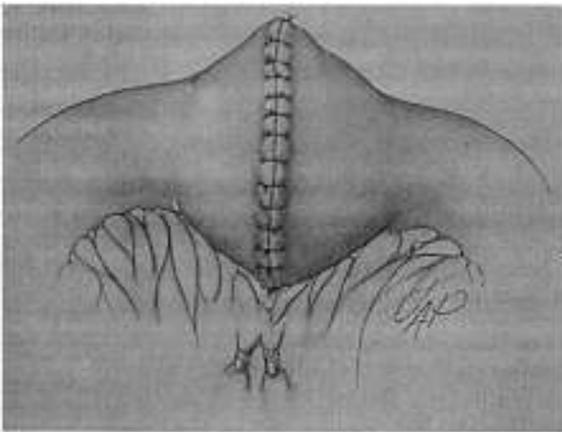


Fig. 10 Estricturoplastia

En cuanto a los márgenes de resección los mismos serán sobre tejido macroscópicamente sano, no debiendo exceder los 3 a 5 cm de lo patológico. Es discutible que la afectación microscópica implique mayor riesgo de recurrencia. (16, 17, 18)

El riesgo de presentar cáncer de intestino delgado y grueso se encuentra aumentado en la enfermedad de Crohn, aunque menos que en la CUC.

Conclusiones:

1. La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria granulomatosa con afectación sec-

torial del tubo digestivo, pudiendo afectarlo desde la boca al ano.

2. Su etiología es multifactorial invocándose factores genéticos, inmunológicos, ambientales e infecciosos.
3. El diagnóstico de Enfermedad de Crohn se realiza en base a la sumatoria de sospecha clínica, estudios imagenológicos y endoscópicos, no debiéndose aguardar los resultados que confirmen el diagnóstico para el inicio del tratamiento
4. La TAC abdominal es un excelente método de estudio para valorar la afectación intestinal, así como las complicaciones y manifestaciones extraintestinales de esta afección.
5. De no haber complicaciones, la oportunidad del tratamiento quirúrgico debe estar precedida por un tratamiento médico con la finalidad de disminuir el proceso inflamatorio y mejorar al paciente en lo local y general (nutricional, metabólico e infeccioso).
6. El tratamiento quirúrgico está indicado ante el fracaso del tratamiento médico y la presencia de complicaciones.
7. Se debe ser conservador en cuanto a la extensión de las resecciones intestinales debido a la tendencia a recurrencias de esta enfermedad. Sin embargo la magnitud de la resección estará dada por la extensión de la afección y el estado del paciente.
8. El tratamiento de estos complejos pacientes debe realizarse en equipos multidisciplinarios de gastroenterólogos, endoscopistas, radiólogos, nutricionistas, cirujanos y anatómo-patólogos para mejorar los resultados.

Bibliografía

- 1) Crohn BB, Grinzburg L, Oppenheimer G. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. J.A.M.A. 1932; 99: 1323-8.
- 2) Dalziel TK. Chronic interstitial enteritis. Br Med J. 1913; 2: 1068-70.

- 3) Aufses AH. The history of Crohn is disease. *Surg Clin North Am.* 2001; 81: 1: 1-11.
- 4) Lockhart-Mummery HE, Morson BC: Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and it's distinction from ulcerative colitis. *Gut* 1960; 1: 87- 105.
- 5) Kleer CG, Appelman HD. Surgical pathology of Crohn disease. *Surg Clin North Am.* 2001; 81: 13-30.
- 6) Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis. *Gastroenterology* 1998; 115: 182- 205.
- 7) Piñeyro A, Carriquiry L. Enfermedad de Crohn: Consideraciones etiopatogénicas y quirúrgicas a propósito de una serie personal. *Cir. Uruguay* 2002; 72(3): 225-36.
- 8) Iade B, Bianchi C, Espíndola F. Características clínicas de presentación y evolutivas de una cohorte de 48 pacientes con Enfermedad de Crohn. Presentado en el Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas, 28° Punta del Este 28 set - 3 oct. 2003.
- 9) Sandler RS, Eisen GM. Epidemiology of inflammatory bowel disease. In: Kirsner JB. *Inflammatory bowel disease.* 5th edition. Philadelphia: Saunders, 2000. p.89-112.
- 10) Riddell RH. Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease. In: Kirsner JB. *Inflammatory bowel disease.* 5th ed. Philadelphia: Saunders: 2000: p. 427-48.
- 11) Delaney CP, Fazio VW. Crohn's disease of the small bowel. *Surg Clin North Am.* 2001; 81: (1): 137-58
- 12) Rubesin SE, Scotinoitis I, Birnbaum BA, Ginsberg GG. Radiologic and endoscopic diagnosis of Crohn's disease. *Surg Clin North Am.* 2001; 81: (1): 39-70.
- 13) Herlinger H. The small bowel enema and the diagnosis of Crohn's disease. *Radiol Clin North Am.* 1982; 20: 721-42.
- 14) Goldberg HI, Gore RM, Margulis AR, et al. Computed tomography in the evaluation of Crohn's disease. *Am J Roentgenol.* 1983; 140 (2): 227-82.
- 15) Fazio VW, Aufses AH. Evolution of surgery for Crohn disease. A century of progress. *Dis. Colon Rectum* 1999; 42 (8): 979-88.
- 16) Fazio VW, Marchetti F, Church M, et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease. A randomized controlled trial. *Ann Surg.* 1996; 224 (4): 563-71.
- 17) Strong S, Fazio VW. The surgical management of Crohn's disease. In: Kirsner JB. *Inflammatory bowel disease.* 5th ed. Philadelphia: Saunders. 2000; p 658-709.
- 18) Katariya RN, Sood S, Rao PG. Strictureplasty for tubercular strictures of the gastrointestinal tract. *Br J Surg.* 1977; 64 (7): 496-8.