



medicina general y de familia

edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Clínica cotidiana

Obstrucción intestinal como comienzo de la enfermedad de Crohn



Julia Porcel Ruiz^{a,*}, Rocío Hernández Blaya^a, Álvaro Muñoz Galindo^b
y Belén Granados López^c

^a Centro de Salud Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

^b Centro de Salud Alamedilla, Salamanca, España

^c Centro de Salud La Merced, Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2015

Aceptado el 13 de mayo de 2015

On-line el 16 de junio de 2015

Palabras clave:

Enfermedad de Crohn

Obstrucción intestinal

Urgencias

Estreñimiento

Diagnóstico

R E S U M E N

Varón de 47 años de edad, con estreñimiento habitual de larga evolución. Acude a consulta con un cuadro de importante meteorismo, acompañado de vómitos posprandiales y dolor abdominal generalizado desde hace 10 días asociado a su estreñimiento de base.

En la exploración física presenta regular estado general; abdomen distendido con defensa abdominal y dudosa masa con la palpación en la fosa ilíaca derecha. La radiografía de abdomen muestra asas dilatadas centro-abdominales, por lo que es derivado para verificar la existencia de un cuadro obstructivo.

En urgencias se solicita TAC, en la que se evidencia posible proceso neoplásico estenótico que afecta al íleon terminal. Es intervenido de urgencia. Se aprecia una tumoración en el área íleo-cecal que afecta al ciego y a las asas intestinales adyacentes. Se realiza ileostomía en la fosa ilíaca derecha y fístula mucosa.

El resultado de la anatomía patológica informa de la existencia de enfermedad de Crohn.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bowel obstruction as the initial symptom of Crohn's disease

A B S T R A C T

The case is presented of a 47 year-old male with long-term chronic constipation. He came to the clinic with a clinical picture of significant meteorism accompanied by post-prandial vomiting and generalised abdominal pain for 10 days, associated with his underlying constipation.

In the physical examination he had a fair general health status, a distended abdomen with rigidity of the abdominal wall, and a suspicious mass on palpation in the right iliac fossa. The X-ray of the abdomen showed dilated loops in the mid-abdomen. Due to this finding, he was referred to hospital to verify that it was an obstruction.

Keywords:

Crohn's disease

Bowel obstruction

Emergency

Constipation

Diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliaporcelruiz@hotmail.com (J. Porcel Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.006>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A CT scan was requested in the Emergency Department, which showed evidence of a possible obstructive neoplastic process that affected the terminal ileum. He was operated on urgently. Tumour formations were observed in the ileocaecal area that affected the blind loop and the adjacent intestinal loop. An ileostomy in the right iliac fossa and a mucous fistula was performed.

The histopathology result reported that there was Crohn's disease.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 47 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo posquirúrgico tras tiroidectomía por cáncer papilar y folicular, en tratamiento con levotiroxina (150 mg/día).

En el último año se queja de estreñimiento habitual asociado de forma aislada a episodios de dolor abdominal difuso, para lo que sigue tratamiento con laxantes.

Acude a consulta refiriendo estreñimiento y meteorismo con dificultad para expulsión de gases desde hace 10 días, asociado en la última semana a vómitos alimenticios posprandiales y dolor abdominal generalizado. Profundizando en la anamnesis, el paciente refiere en los últimos meses pérdida de peso no cuantificada. Niega sangrado evidente con las deposiciones.

En la exploración física presenta regular estado general; abdomen distendido, timpánico, con dolor generalizado y defensa abdominal; con la palpación se percibe una dudosa masa, imposible de delimitar, en la fosa ilíaca derecha.

Se solicita radiografía simple de abdomen de urgencia. En ella se visualiza dilatación de asas centro-abdominales, por lo que se decide derivar a urgencias del hospital para verificar la existencia de un proceso obstructivo.

Es valorado por cirugía. Solicitan TAC abdómino-pélvica, en la que se evidencia un posible proceso neoplásico estenótico que afecta al íleon terminal. El informe refiere la presencia de un probable adenocarcinoma con obstrucción secundaria del intestino delgado y adenopatías mesentéricas.

Debido a su empeoramiento clínico, es intervenido de urgencia. Durante la intervención se aprecia la existencia de líquido libre intraperitoneal y una tumoración en el área íleo-cecal, que afecta al ciego y a las asas ileales adyacentes, con invasión de la pared abdominal y grandes adenopatías (su aspecto se asemeja al de un linfoma). Se toman muestras que son remitidas a anatomía patológica. Se realiza resección íleo-cecal con anastomosis mecánica látero-lateral.

Tras la intervención, el paciente sufre una complicación por peritonitis fecaloidea difusa y es preciso reintervenir y realizar ileostomía en la fosa ilíaca derecha y fístula mucosa en el hipocondrio derecho.

Tras recuperación progresiva, es dado de alta. El informe anatomopatológico final es de enfermedad de Crohn.

Comentario

El estreñimiento es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Más de 40% de los pacientes han consultado en alguna ocasión por este problema. La prevalencia mayor es

en el sexo femenino, y tiene tendencia a aumentar a partir de los 60 años.

No debemos olvidar que puede ser la primera manifestación de enfermedades orgánicas de relevancia clínica, entre las que se encuentran el cáncer colorrectal o las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn)¹.

Es necesario realizar una anamnesis y exploración física detallada y prestar especial atención a la presencia de signos de alarma, como inicio agudo a partir de los 50 años, pérdida de peso asociado, cambio en el calibre de las heces, sangrado, síntomas obstructivos, anemia o antecedentes familiares de enfermedad digestiva².

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico granulomatoso que puede afectar a todo el tracto digestivo. Tiene especial predilección por el íleon terminal y el colon. Cursa en brotes y produce afectación segmentaria con compromiso transmural³.

Su etiología es desconocida. Sobre ella influyen factores genéticos y ambientales. Puede presentarse a cualquier edad, pero especialmente entre los 20 y los 30 años. La prevalencia varía de 50-200 casos por cada 100.000 habitantes y su incidencia es creciente (6-15 casos por cada 100.000 habitantes al año)⁴.

Su inicio es insidioso. El diagnóstico se basa en datos clínicos, endoscópicos e histológicos. La presentación más frecuente suele ser la inflamatoria, caracterizada por diarrea crónica acompañada en un 50% de los casos de sangre o moco, tenesmo o urgencia defecatoria, dolor abdominal y pérdida de peso³.

También puede comenzar como un cuadro de abdomen agudo, y simular una apendicitis cuando el patrón inflamatorio es de localización ileal; o manifestarse como una masa o un absceso intraabdominal³.

Cuando el patrón de inicio es estenótico, los síntomas suelen ser los derivados de un cuadro suboclusivo, con dolor abdominal difuso, meteorismo, náuseas, vómitos, distensión abdominal y timpanismo en la exploración. Esta forma de inicio no es habitual, ya que previamente estos pacientes suelen haber presentado otras formas agudas de la enfermedad^{3,5}.

El diagnóstico se confirma con procedimientos endoscópicos y posterior estudio anatomopatológico, válido también para estudiar la extensión y gravedad de la enfermedad³.

El tratamiento debe ser individualizado. Entre los fármacos utilizados se encuentran los aminosalicilatos, los corticoides y los inmunomoduladores o anti-TNF. Su objetivo es la remisión de la actividad. La cirugía se reserva para complicaciones

agudas o enfermedad refractaria con fracaso terapéutico farmacológico^{6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrigues V, Gálvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: Agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol.* 2004;159:520-6.
2. Gassull MA, Nos P. Enfermedad inflamatoria intestinal, ¿cómo manejar al paciente en las formas de debut? *GETECCU.* 2004.
3. Hanauer SB, Sandborn W. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:635-41.
4. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* 2011;140:1785-94.
5. Suares F, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2011;106:1582-91.
6. Chaparro M, Gisbert JP. Tratamiento del brote de enfermedad de Crohn. *Medicine.* 2012;11:309-13.
7. Riestra S, de Francisco R, Pérez-Martínez I. Manejo extra-hospitalario de la enfermedad inflamatoria intestinal: papel de Atención Primaria. *Medicine.* 2012;11:293-300.