

REPORTE DE CASO CLINICO

¿Son necesarios los granulomas para el diagnóstico definitivo de enfermedad de Crohn?

Díaz Ferrer, Javier*; Lavado, Glicería**; Prado, Willian***; López, Ruben.**;
Carballo, Fernando**

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente varón de 38 años, natural y procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 3 años, caracterizado por dolor abdominal, diarrea, baja ponderal y fiebre. Se le practica una colonoscopia, siendo el diagnóstico endoscópico cáncer de colon por lo que es operado. El diagnóstico histopatológico concluyó severa ileocolitis aguda y crónica ulcerada, sugestiva de enfermedad de Crohn. Un mes después vuelve a presentar dolor abdominal, diarrea y fiebre, por lo que se realiza otra colonoscopia consistente con enfermedad de Crohn: úlceras múltiples en ileon y área anastomótica. La biopsia reveló proceso inflamatorio agudo y crónico. Se realizó también estudio radiográfico de colon, el que demostró defecto de relleno e irregularidad en ciego. En la endoscopia alta se encontraron úlceras esofágicas. Además se realizaron coprocultivo, VIH, y BK en esputo y heces, y dosaje de CEA, siendo los resultados negativos; asimismo la radiografía de tórax normal fue normal.

El diagnóstico se define como enfermedad de Crohn y se da tratamiento con mesalacina, siendo la evolución favorable, aumenta de peso y sale de alta 7 días después. La anatomía patológica nunca confirmó el diagnóstico, por ello se plantea la pregunta:

¿siempre es necesario los granulomas para el diagnóstico definitivo de enfermedad de Crohn?

PALABRAS CLAVE. - Enfermedad de Crohn, Granulomas, Dolor abdominal, diarrea.

SUMMARY

A case of a 38 year-old male patient, from Lima, with a three-year period illness, characterized by abdominal pain, diarrhea, ponderal weight loss and fever is showed. He is examined by colonoscopy, with endoscopic diagnosis of colon cancer and undergoes surgery. The histopathological diagnosis was severe acute and chronic ulcerative ileocolitis, suggesting Crohn disease. A month later he again showed abdominal pain, diarrhea and fever, so a new colonoscopy is performed revealing multiple ileum ulcers and in the anastomotic area. The biopsy revealed an acute and chronic inflammatory process. The colon radiography showed a filling defect and irregularity in the cecum, and the upper endoscopy revealed esophageal ulcers. In addition, a number of analyses were carried out, such as: coproculture, HIV, and VK on sputum and feces, as well as CEA dosage, resulting all of them negative. The thorax radiography was also normal. He was diagnosed with Crohn's disease and was treated with mesalacin. Evolution was fast, showing weight gain, which allowed the discharge of the patient from the hospital seven (7) days later. The anatomical pathology never did confirm the final diagnosis, which brings us to the question:

Are the granulomas always necessary for the final diagnosis of Crohn's disease?

KEY WORDS: Crohn disease, granulomas, abdominal pain, diarrhea.

* Médico Residente de Gastroenterología HN2M
* Médico Internista HN2M
** Médico Gastroenterólogo HN2M

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una inflamación transmural crónica, de causa desconocida, y poco frecuente en el medio peruano. Los reportes de esta patología son escasos, quizá debido a un subdiagnóstico. Puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal (TGI), siendo las manifestaciones más frecuentes dolor abdominal y diarrea; en ocasiones puede complicarse con trayectos fistulosos o cuadros de obstrucción intestinal. La distribución de las lesiones en el tubo digestivo es clásicamente asimétrica y segmentaria con tendencia a la recurrencia, y de localización preferentemente intestinal. Su actual denominación reemplaza términos más antiguos tales como: Enteritis granulomatosa o ileítis terminal, dado que la enfermedad no siempre se asocia a granulomas, y además no siempre compromete al íleon. Aunque los granulomas parecen constituir una característica patognomónica, su ausencia de ninguna manera descarta el diagnóstico ya que solo en la mitad de los casos documentados estos suelen encontrarse; en la mayor parte de los casos restantes solo se observa una inflamación transmural inespecífica. El diagnóstico diferencial entre otras patologías suele hacerse con tuberculosis intestinal, enfermedad de alta prevalencia en el Perú y de la cual se han publicado muchos reportes en los últimos 20 años y cuyas características clínicas más frecuentes suelen ser dolor abdominal y diarreas y las lesiones endoscópicas muchas veces pueden ser indiferenciables de la enfermedad de Crohn.

Se presenta la observación clínica de un paciente con una enfermedad inflamatoria intestinal agranulomatosa y recurrente compatible con Crohn y que respondió adecuadamente al tratamiento con mesalacina.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 38 años, procedente de Lima, al momento de la evaluación inicial refiere 3 años de enfermedad, caracterizada por dolor abdominal tipo hincada en cuadrante inferior derecho, no irradiado de moderada intensidad, asociado a diarrea sin moco, sin sangre, sin pujo ni tenesmo, fiebre y pérdida de peso. Dos años antes del ingreso presenta úlceras en mucosa oral y lengua, muy dolorosas.

Es hospitalizado con diagnóstico presuntivo de Neoplasia de Colon, siendo intervenido quirúrgicamente. Un mes después presenta dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, diarrea y fiebre, por lo que es referido al Hospital Dos de Mayo (HN2M)

Antecedentes: Apendicectomía a los 11 años, consumo de tabaco (40 cigarrillos diarios), marihuana, cocaína y PBC en forma frecuente. Padre con psoriasis y tía paterna con diabetes.

Examen físico: Hemodinámicamente estable, presencia de múltiples ulceraciones profundas en mucosa oral que comprometen ambos labios. Resto sin alteraciones.

Exámenes Auxiliares

Radiografía de Colon: Fase de relleno sugestiva de proceso infiltrativo en íleon terminal. Fase a doble contraste demuestra defecto de relleno, irregularidad en ciego, sin aparente compromiso del íleon terminal

Ecografía Abdominal y Radiografía de Tórax normales. Antígeno carcinoembrionario 1,5 ng/ml (normal)

Colonoscopia: lesión proliferativa y ulcerada que altera la arquitectura del colon ascendente, consistente con cáncer de Colon (Figura 1 y 2).

Biopsia de colon: Reacción inflamatoria crónica y aguda severa.

GSRh A negativo Hb 13,7 gr/dL. Hematocrito 41% Leucocitos: 7,600 (Abast. 1% Segm. 82% Eosin 2% Linf 13%) Plaquetas 323,000

Serología negativa para VIH y Sífilis

Informe operatorio: Cáncer de Colon vs. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Anatomía Patológica: Ileocolitis aguda y crónica severa ulcerada, sugestiva de enfermedad de Crohn.

Evaluación posoperatoria en HN2M
Hb 12,6 Leuc 8,800 (Eos 2% Ab 4% Sg: 81% Linf 11%) VSG 40 mm/h

Glucosa 90 Urea 30 Creatinina 0,90
BK en heces (-), Coprocultivo (-), Perfil Hepático Normal, VIH (-)

Endoscopia alta: Úlcera Esofágica, Úlcera en Hipofaringe
Biopsia Esofágica: Esofagitis Crónica inespecífica Ulcerada.
Colonoscopia: Lesiones ulceradas múltiples en íleon y zona de anastomosis.

Evolución: El paciente estuvo hospitalizado 28 días recibe mesalacina y después de 7 días mejoraron los síntomas, siendo dado de alta. En el control de diciembre 2002 aun manifiesta diarreas esporádicas y continua en tratamiento con mesalacina.

DISCUSIÓN

Se ha definido la enfermedad de Crohn como una enfermedad, granulomatosa, segmentaria, transmural, recurrente y fistulizante, predominantemente en gente joven y extranjeros, que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Las evidencias epidemiológicas apuntan a un papel del medio y la herencia en la patogenia de la enfermedad. Agentes infecciosos, como el virus del sarampión y el *Micobacterium Paratuberculosis*, han atraído últimamente gran atención. Los signos y síntomas están en relación con las consecuencias de la inflamación transmural crónica: dolor cólico en cuadrante inferior derecho o hipogastrio, diarrea, fiebre, hemorragia macroscópica,

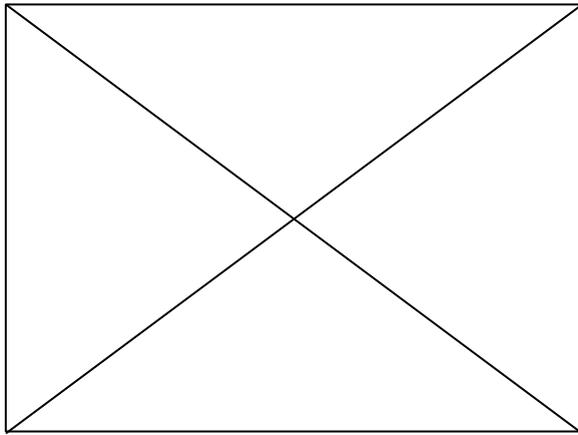


Figura 1

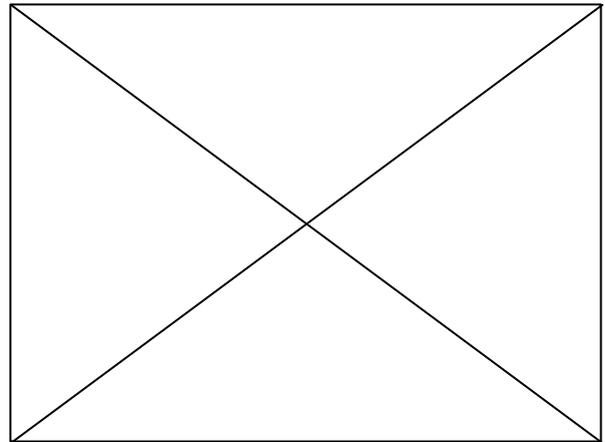


Figura 2

fístulas, abscesos perianales, obstrucción y manifestaciones extraintestinales, etc. Los estudios baritados, la endoscopia y las imágenes de tomografía axial o resonancia magnética nuclear son muy importantes en la ayuda diagnóstica.

Aunque los granulomas parecen constituir, una característica patognomónica de la enfermedad, su ausencia no descarta el diagnóstico y sólo en la mitad de los casos documentados se encuentran estos en las piezas quirúrgicas. Los aspectos macroscópicos tempranos consisten en hiperemia, edema, ulceraciones o aftas separadas, mas tardíamente la pared intestinal se hace mas gruesa y se torna fibrótica rígida y estenótica. La endoscopia es muy útil para obtener tomas biópsicas de las estrecheces o tumoraciones, pero sin embargo la posibilidad de diagnosticar la enfermedad de Crohn por medio de una biopsia endoscópica es limitada, por la poca profundidad de las muestras de tejido, porque la mucosa aislada carece de muchos elementos diagnósticos de esta enfermedad como por ejemplo: inflamación transmural, edema submucoso, trayectos fistulosos, etc; De tal modo que el diagnóstico clínico basado en datos simples mencionados anteriormente y el diagnóstico diferencial acertado descartando otras patologías de presentación similar, se convierten en el principal elemento diagnóstico: una biopsia endoscópica de mucosa sin granulomas pero sugerente de enfermedad de Crohn no debería alejarnos esta posibilidad ya que como se ha mencionado en el mejor de los casos estos sólo se encuentran en la mitad de los pacientes y no son necesarios de ninguna manera para el diagnóstico de enfermedad de Crohn.

BIBLIOGRAFÍA

1. FIOCCHI C. Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis. *Gastroenterology* 1998;115:182-205.
2. CHO JH, BRANT SR. Genetics and genetic markers in inflammatory bowel disease. *Curr Opin Gastroenterol* 1998;14:283-288.
3. SACHAR DB, ADREWS HA, FARMER RG, et al. Proposed classification of patient subgroups in Crohn's disease. *Gastroenterol Int* 1992;5:141-154.
4. STEINHART AH, GIRGRAHN, MCLEOD RS. Reliability of a Crohn's disease clinical classification scheme based on disease behavior. *Inflamm Bowel Dis* 1998;4:228-234
5. COLOMBEL J, GRANDBASTIEN B. Clinical Characteristics of Crohn's disease in 72 families. *Gastroenterology* 1996;111:604-606
6. POLITO II J, CHILDS B. Crohn's disease: Influence of age at diagnosis on site clinical type of disease. *Gastroenterology* 1996; 11:580-584
7. MONSEN U, BURNELL O. Prevalence of Inflammatory bowel disease among relatives of patient with Crohn's disease. *Scand. J. Gastroenterology*;199126:302-306.
8. E LOUIS, A COLLARD, A F OGER. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. *Gut* 2001;49:777-782
9. PD BUTCHER, JJ MCFADDEN AND J HERMON-TAYLOR. Investigation of mycobacteria in Crohn's disease tissue by Southern blotting and DNA hybridisation with cloned mycobacterial genomic DNA probes from a Crohn's disease isolated mycobacteria. *Gut* 1988, Vol 29, 1222-1228
10. P RYAN¹, M W BENNETT. PCR detection of Mycobacterium paratuberculosis in Crohn's disease granulomas isolated by laser capture microdissection. *Gut* 2002;51:665-670

11. F CARBONNEL, G MACAIGNE. Crohn's disease severity in familial and sporadic cases. *GUT* 1999;44:91-95
12. VICUÑA RÍOS, HUGO; CONCEPCIÓN URTEAGA, LUIS; ZAVALETA GUTIÉRREZ, FRANCISCA; BARDALES CASTILLO, CAROLINA. Características clínicas de la tuberculosis en pacientes VIH seropositivos. *Soc. Peru. Med. Interna*;13(3):137-42, 2000. tab
13. CHAHUD ISSE, ALFREDO. Tuberculosis digestiva. *Rev. gastroenterol. Perú*;11(1):72-89, ene.-abr. 1991
14. IWAKI CHÁVEZ, ROBERTO; BUSSALLEU RIVERA, ALEJANDRO. Tuberculosis intestinal y peritoneal / Intestinal and peritoneal tuberculosis. *Rev. Gastroenterol. Peru*;14(2):99-113, mayo-ago. 1994
15. CHAHUD, ALFREDO; ZEGARRA, CLAUDIO; CAPCHA, RAÚL; DÍAZ, ALBERTO; PICHILINGUE, OSCAR. Tuberculosis digestiva. *Rev. gastroenterol. Perú*;6(1):13-26, ene.-abr. 1986
16. ESTREMADOYRO ROBLES, O; LLAZA LOAYZA, E. G. Tuberculosis intestinal: aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev. gastroenterol. Peru*;4(2):104-12, mayo-ago. 1984
17. SOTELO, BERTHA; VILLALTA, GLADIS; CALLER, AÍDA; PORTUGAL, JOSÉ; VILDÓSOLA, HEMÁN. Tuberculosis abdominal: estudio retrospectivo de 28 casos en el Hospital Arzobispo Loayza. *Rev. gastroenterol. Peru*;5(2):74-80, abr.-jun. 1985