Crohn detectado después de cirugía abdominal

Crohn's disease detected after abdominal surgery

Axel Mena-Quintero*

Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Unidad Médica de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán, México

Resumen

La enfermedad de Crohn suele detectarse por primera vez como un hallazgo quirúrgico por cirugía de abdomen de urgencia. Esto implica la toma de decisiones terapéuticas inmediatas muy diferentes a las de una cirugía abdominal por causa ajena a enfermedad inflamatoria intestinal. El presente caso clínico y revisión tienen como objetivo ilustrar el proceso de toma de decisiones que se debe llevar a cabo para obtener los mejores resultados posibles y evitar la recaída temprana de la enfermedad.

Palabras clave: Cirugía abdominal. Crohn. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Abstract

Crohn's disease is frequently found during surgery in an acute abdomen. Therapeutical decisions must be taken, following a different path than the traditional- non inflammatory bowel disease surgery. The present case and review aim to understand the process of therapeutical decisions which are made in order to obtain the best results for the patient and avoid early disease recurrence.

Key words: Inflammatory bowel disease. Crohn's disease. Abdominal surgery.

Caso clínico

Hombre de 32 años de edad con antecedentes de espondilitis anquilosante de seis años de evolución, que había recibido tratamiento con etanercept, sulfasalazina y etoricoxib. Además, tabaquismo positivo a razón de 4-5 cigarrillos al día. Recibía suplementos de hierro y ácido fólico por anemia persistente. Cuadros repetitivos de dolor abdominal, de moderado a intenso culminando finalmente en laparotomía exploratoria con sospecha de diverticulitis aguda ante hallazgo tomográfico de proceso inflamatorio en región del sigmoides y datos de adherencias de intestino delgado alrededor de la región afectada. Se demostraron abscesos

intraabdominales como hallazgo transoperatorio, realizándose sigmoidectomía con colo-colo anastomosis y resección de un segmento de íleon por adherencias con el colon. Reporte de histopatología: enfermedad diverticular con diverticulitis aguda y crónica asociada a absceso pericolónico y peritonitis aguda y crónica, íleon terminal con peritonitis aguda y crónica, epiplón con peritonitis aguda y crónica.

Evolución

El paciente fue dado de alta por cirugía, continuando con cuadros de dolor. A los 16 meses nuevamente dolor abdominal agudo, con cuadro de oclusión intestinal. El

Correspondencia:

*Axel Mena Quintero,
E-mail: amenaquintero@gmail.com
2696-6867 / © 2021 Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-07-2021

Fecha de aceptación: 04-08-2021

DOI: 10.24875/IMIDS.M21000009

Disponible en internet: 25-10-2021

Rev Mex Enf Inm Inmunomed. 2021;95(3):85-89

www.IMIDSMexico.com

ultrasonido demostró datos de plastrón en fosa ilíaca derecha. Ingresa nuevamente a laparotomía exploratoria con sospecha de apendicitis. Se realizó hemicolectomía derecha y resección de íleon terminal, con ileocoloanastomosis latero-lateral ante hallazgo de ileocolitis.

El reporte de histopatología fue de enfermedad de Crohn que afecta íleon y colon, con peritonitis aguda fibrinopurulenta y crónica con reparación, nueve ganglios con hiperplasia sinusoidal y folicular de grado variable, íleon terminal de 8.5 cm de longitud.

Es hasta un año posterior a dicha cirugía que logra ser enviado a servicio de gastroenterología de su institución, referido desde reumatología, donde, ante hallazgo histopatológico, se propone manejo conjunto, sugiriendo manejo con adalimumab a 40 mg subcutáneo (SC) c/14 días.

Colonoscopia de control mostraba en íleon terminal actividad Rutgeerts 2 (al menos 25 úlceras aftosas en 15 cm de íleon terminal explorado, con friabilidad de la mucosa). Anastomosis con presencia de eritema y friabilidad. Se realizó protocolo para terapia biológica, decidiéndose finalmente iniciar adalimumab con esquema de inducción a la remisión tradicional para enfermedad de Crohn de 160 mg en semana 0 y 80 mg en semana 2 para posteriormente continuar con mantenimiento a 40 mg c/14 días. Inició terapia combinada de anti-factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) + azatioprina, la cual mantiene, habiéndose disminuido ya dosis de azatioprina hasta 1.5 mg/kg.

El paciente suspendió el hábito tabáquico por decisión propia tras su primera intervención quirúrgica. Actualmente en remisión endoscópica, como se muestra en la **figura 1**, habiendo recibido más de seis años de terapia de mantenimiento con adalimumab a dosis descrita. Tiene dos a tres evacuaciones al día de características normales, con ausencia de cuadros de dolor abdominal. Laboratorios con proteína C reactiva de 0.1 mg/dl, albúmina de 4.5 g/dl y hemoglobina de 14.6 g/dl.

La enfermedad de Crohn continúa siendo un reto diagnóstico. En sus primeras etapas los pacientes pueden cursar un periodo clínicamente asintomático, agregándose posteriormente con mayor frecuencia cuadros de dolor abdominal. A diferencia de la colitis ulcerativa, la hematoquecia y la anemia no son tan frecuentes, por lo que es común que sea confundida con otros cuadros gastrointestinales más frecuentes por grupo etario, como el síndrome de intestino irritable o infecciones gastrointestinales, sin ser debidamente estudiada por los médicos de primer contacto¹. En el mundo se ha demostrado un aumento en la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en diferentes

proporciones según la región. Sin embargo, el factor común es un mayor reconocimiento de la existencia de dicha enfermedad, y la prevalencia más alta de lo que se creía a nivel global².

A pesar de estos hallazgos epidemiológicos, la preparación en las escuelas de medicina, así como en los cursos de especialidad de medicina familiar en cuanto a enfermedad inflamatoria intestinal ha sido pobre en contenido y más aún reducida en tiempo de enseñanza. Programas especiales de educación médica continua con tema único de enfermedad inflamatoria intestinal ayudan a los médicos de primer contacto a identificar síntomas de alarma que orientan al diagnóstico temprano de estas patologías. Sin embargo, dichos cursos no han logrado realizar un cambio en cuanto a conductas terapéuticas de dichos médicos. Sigue habiendo una clara incomodidad al uso de medicamentos que requieren un seguimiento específico, como son la terapia biológica y los inmunomoduladores³.

Aunado a esto, en muchos sitios existe una baja disponibilidad de estudios diagnósticos como la ileocolonoscopia o el acceso a marcadores inflamatorios específicos de intestino (como la calprotectina y lactoferrina fecal), lo cual dificulta el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Se debe de tomar en cuenta que debido al alto costo que implica la terapia biológica, incluso teniendo un diagnóstico certero, muchos pacientes no han logrado acceder a dichos tratamientos de forma oportuna. Una parte de esta imposibilidad diagnóstica y terapéutica de los sistemas de salud se debe a la falta de reconocimiento que tiene aún la enfermedad inflamatoria intestinal como problema emergente de salud pública mundial y como patología potencialmente incapacitante, con alto costo de años de vida productiva, de no ser tratada a tiempo⁴.

Si se toma en cuenta que la resección intestinal es algo sumamente frecuente, habiendo series que describen hasta una necesidad de al menos una cirugía en un 70 a 90% de los pacientes en los primeros 15 años de diagnóstico, con una probabilidad de cirugía en el primer año del 20 al 40%, es evidente que la enfermedad de Crohn detectada como hallazgo tras una resección intestinal y que inicia con necesidad quirúrgica de urgencia es un fenómeno usual. A pesar de no ser curativa se sabe que la cirugía puede dar al menos una remisión clínica duradera, siendo esta incluso más alta en porcentaje que la remisión obtenida con terapia médica tradicional. Económicamente la relación costo-efectividad tiende a dar la ventaja a la terapia médica. Se sabe que los costos quirúrgicos contribuyen hasta en un 44% de los costos de

Figura 1. Imágenes de endoscopia posquirúrgica tardía.

Figura 2. Tiempo de los diferentes tipos de recaída.

tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en un solo paciente en toda su vida. Es así como los objetivos hoy en día en el manejo de enfermedad inflamatoria intestinal están encaminados a detección temprana y terapia médica con alto índice de efectividad o tratamiento hacia objetivos (*treat to target*)⁵.

Casos de pacientes que requieren cirugía como primera manifestación de enfermedad inflamatoria intestinal son y probablemente seguirán siendo frecuentes. Después de una primera cirugía, los síntomas de la enfermedad tienden a recurrir. Dependiendo de si se

considera una recurrencia microscópica, endoscópica o clínica, el tiempo de esta será de menos a más prolongado, como se muestra en la **figura 2**. Así, para la recurrencia clínica (determinada por síntomas) la incidencia es del 28 al 45% a los 5 años y del 36 al 61% a los 10 años. Si lo comparamos con la recurrencia endoscópica, los índices son mayores: 50% a los 5 años, 75% a los 10 años y más del 90% a los 15 años⁶, pero se conoce que la media para la necesidad de una segunda cirugía es de 10 años. La terapia médica ha logrado reducir la recurrencia postoperatoria de la enfermedad⁵.

Figura 3. Algoritmo de riesgo perioperatorio.
TNF: factor de necrosis tumoral.

Es importante identificar los factores de riesgo para recurrencia posquirúrgica, los cuales se enlistan a continuación. Indiscutibles resultan los primeros cuatro, pues se ha demostrado su asociación en diversos estudios⁷:

- Tabaquismo. Riesgo de 2.5 mayor para recurrencia quirúrgica en los primeros 10 años⁸.
- Enfermedad de tipo penetrante/fistulizante.
- Duración de la enfermedad.
- Historia de cirugía previa.
- Antecedente heredofamiliar de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Tipo de anastomosis utilizada. Se ha demostrado en algunos estudios la superioridad de las anastomosis funcionales con grapas, termino-terminales, a las suturadas⁹.
- Sitio de afección de la enfermedad. Existen conflictos aún en este punto, pero al parecer afección ileal o de yeyuno tienen una mayor recurrencia.
- Afección perianal.
- Extensión de la enfermedad. Resección que muestre afección de más de 20 cm de la enfermedad tienden a recaer.

Tabla 1. Porcentajes de recaída con diferentes tipos de terapia

Fármaco	Recaída clínica	Recaída endoscópica
Placebo	25 a 77%	53 a 79%
5-ASA	24 a 58%	63 a 66%
Budesonida	19 a 32%	52 a 57%
Nitroimidazol	7 a 8%	52 a 54%
Metronidazol + azatioprina	43%	69%
Azatioprina/mercaptopurina	34 a 50%	42 a 44%
Anti-TNF- α	12.9% en un año	21.7 a 24 en un año

5-ASA: ácido 5-aminosalicílico; TNF- α : factor de necrosis tumoral alfa.

- Edad al diagnóstico de la enfermedad. Menores de 40 años tiene mayor riesgo y aún mayor los menores de 25 años.
- La **tabla 1** muestra el potencial de recurrencia que se obtiene en la enfermedad de Crohn según el tratamiento utilizado en el posoperatorio^{10,11}.

Se debe destacar que, aunque poco utilizado, el metronidazol (250 mg cada 8 h o 500 mg cada 12 h) o algún otro imidazol debe ser obligatoriamente utilizado posterior a la cirugía por un lapso de al menos tres meses. Esto reduce sustancialmente la recaída temprana¹¹. El principal problema es el desarrollo de eventos adversos como la neuropatía. Sin embargo, como se aprecia en la **tabla 1**, los índices de recurrencia endoscópica a largo plazo rebasan el 50%, excepto en el caso de inmunomoduladores y terapia anti-TNF- α .

Es así como actualmente se acepta dividir a los pacientes en dos grupos, alto riesgo para recaída y bajo riesgo. Se consideran factores de riesgo alto el tabaquismo activo, historia de perforación o fenotipo penetrante de la enfermedad, historia de dos cirugías previas y edad menor de 30 años. Así, en riesgo moderado quedan los pacientes con resección intestinal por con afección de más de 10 cm de longitud y tiempo a la primera cirugía de menos de 10 años desde el diagnóstico. Para la toma de decisión de conducta terapéutica sigue el algoritmo presentado en la **figura 3**¹².

El caso anteriormente comentado es un ejemplo de éxito. Al ser un paciente con dos cirugías previas era obligatorio el uso de terapia biológica. En este caso, además, se logró con éxito la suspensión del tabaquismo. Si bien se muestra una endoscopia libre de enfermedad, se debe de tomar en cuenta que esto no sucede con todos los pacientes. El tiempo habrá de colocar a las nuevas terapias biológicas diferentes de anti-TNF en su lugar para evitar la recurrencia quirúrgica.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Investigación clínica remunerada por Roche, AbbVie, Novonordisk y Zydus. Apoyo para congresos y educación médica continua por AbbVie, Janssen, UCB,

Gilead y Roche. Desarrollo de educación médica continua remunerada por Abbvie, Janssen y UCB.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Referencias

1. El Mouzan MI, Al Saleem B, Hasosah MY, Al Hussaini AA, Al Anazi AH, Saadah OI, et al. Diagnostic delay of pediatric inflammatory bowel disease in Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol.* 2019;25(4):257-61.
2. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* 2012;142:46-54.
3. Alharbi R, Almahmudi F, Makhdoom Y, Mosli M. Knowledge and attitudes of primary healthcare physicians toward the diagnosis and management of inflammatory bowel disease following an educational intervention: A comparative analysis. *Saudi J Gastroenterol.* 2019;25(5):277-85.
4. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(1):17-30.
5. Latella G, Coco A, Angelucci E, Viscido A, Bacci S, Nexozione S. Clinical course of Crohn's disease first diagnosed at surgery for acute abdomen. *Dig Liver Dis.* 2009;41(4):269-76.
6. Buisson A, Chevaux JB, Allen PB, Bommelaer G, Peyrin-Biroulet L. The natural history of postoperative Crohn's disease recurrence. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35:625-33.
7. Swoger JM, Regueiro M. Preventive therapy in postoperative Crohn's disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010;26:337-43.
8. Reese GE, Nanidis T, Borysiewicz C, Yamamoto T, Orchard T, Tekkis PP. The effect of smoking after surgery for Crohn's disease: A meta-analysis of observational studies. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23:1213-21.
9. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J Gastroenterol.* 2005;11:3971-79.
10. Regueiro M. Management and prevention of postoperative Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:1583-90.
11. D'Haens GR, Vermeire S, van Assche G, Noman M, Aerden I, et al. Therapy of metronidazole with azathioprine to prevent postoperative recurrence of Crohn's disease: A controlled randomized trial. *Gastroenterology.* 2008;135:1123-29.
12. Barnes EL, Lightner AL, Regueiro M. Perioperative and postoperative management of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18(6):1356-66.