



P-147 - ESTENOSIS PRE-PILÓRICA COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN

C. San Miguel Méndez, M.J. Álvarez Martín, A.B. Bustos Merlo, J. Valdivia Risco, A. García Navarro y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de estenosis pilórica secundaria a enfermedad de Crohn (EC).

Caso clínico: Mujer de 29 años diagnosticada hace siete de EC ileocólica con afectación grave. Refería historia de náuseas y pesadez postprandial de años de evolución, empeorando esta sintomatología en el último año, asociando además distensión, dolor cólico abdominal, anorexia y pérdida de peso (17 Kg). Endoscopia digestiva alta (EDA): esofagitis grado B, estenosis pilórica puntiforme infranqueable de aspecto inflamatorio, estómago de retención. Biopsia: inflamación crónica inespecífica. EnteroRM: enfermedad crónica de colon ascendente y válvula ileocecal, leve dificultad al tránsito intestinal sin signos de actividad inflamatoria activa. Sin trayectos fistulosos ni colecciones. Gran distensión gástrica con estómago retencionista, importante reducción del calibre de la luz intestinal en región pilórica, primera porción duodenal. Tras tres meses de tratamiento con procinéticos e inhibidores de la bomba de protones, y ante la persistencia de la sintomatología, se repitió la EDA mostrando persistencia de la estenosis puntiforme-infranqueable de píloro por lo que se decidió realizar dilatación endoscópica de la misma. Se consiguió dilatar hasta 12 mm franqueando la estenosis corta con gastroscopio estándar sin complicaciones. Tras periodo corto de mejoría, un mes, recidivó la sintomatología y fracasó un segundo intento de dilatación; por lo cual se decidió intervención quirúrgica. Mediante laparotomía media se evidenció gran dilatación gástrica con hipertrofia de su pared, estenosis prepilórica sin afectación serosa del antro, y píloro aparentemente normal. Reacción inflamatoria en los últimos centímetros de íleon terminal. Se realizó una incisión longitudinal sobre el píloro, visualizando a 1 cm proximal a éste una estenosis circunferencial del antro con una luz de 7-8 mm de diámetro, hipertrofia de la pared gástrica con aspecto típico en empedrado. Se prolongó la incisión longitudinal sobre la estenosis con toma de biopsia. Cierre transversal posterior según la técnica de Heineke-Mikulicz. Anatomía Patológica: Fragmentos de mucosa gástrica con moderada inflamación crónica inespecífica, displasia epitelial leve y focos de ulceración. Postoperatorio inmediato sin complicaciones, adecuada reinstauración de la ingesta oral y tránsito de control con buen paso del contraste a duodeno. Tras un año de seguimiento continua asintomática.

Discusión: La afectación gastroduodenal en la EC está presente en el 30% de los casos, siendo ésta sintomática sólo en el 0,5-4% de los mismos, la mayoría con afectación simultánea del íleon terminal

o del intestino grueso, como fue nuestro caso. En estos pacientes, la presencia de dolor continuo, asociado a náuseas y vómitos junto con pérdida de peso y anorexia deben sugerirnos dificultad en el vaciamiento gástrico probablemente por estenosis gastroduodenal. La EDA + biopsia es fundamental para su diagnóstico, aunque los hallazgos histológicos en la EC-gastrointestinal son frecuentemente inespecíficos, con distribución irregular, y sin los característicos granulomas no caseificantes, como ocurrió en nuestra paciente. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento médico y dilataciones endoscópicas (un tercio de los casos) está indicada la cirugía. Aunque el bypass gástrico, gastroyeyunostomía con vagotomía, constituye el tratamiento de elección, en pacientes seleccionados puede realizarse con éxito, una resección gástrica o una estricturoplastia como en nuestro caso.