



P-417 - ENFERMEDAD DE CROHN QUE DEBUTA CON GRAN MASA ABDOMINAL

I.G. Paredes Chambi, J.A. Flores García, M.J. Matitos Díaz, I.M. Gallarín Salamanca, M. Arribas Jurado, R.A. Fernández Anzules, J. Santos Naharro, E. Barzola, I. Rebollo, J.L. Jiménez Redondo y J. Salas Martínez

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica transmural de etiología desconocida. Puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo y asociarse a manifestaciones sistémicas y extra intestinales. Su carácter transmural y su tendencia a la fibrosis explica el desarrollo frecuente de fístulas y estenosis. Los síntomas son el dolor abdominal y la diarrea, también pueden presentarse rectorragia, pérdida de peso, fiebre, dolores articulares y afectación anal, entre otros. Se presenta caso clínico cuyo objetivo es realizar una descripción del caso con apoyo de imágenes de radiodiagnóstico. Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras clave "Enfermedad de Crohn masa inflamatoria", en bases de publicaciones biomédicas.

Caso clínico: Paciente de 47 años sin antecedentes personales de interés, que acude por dolor abdominal difuso cólico, tenesmo rectal, heces con contenido mucoso, sensación de distensión abdominal, estreñimiento, molestias a la micción de 2 meses de evolución pérdida de peso de hasta 8 Kg. Exploración buen estado general, abdomen globuloso, con ligero dolor a la palpación en hemiabdomen inferior donde se palpa masa suprapúbica. No signos de irritación peritoneal. Analítica no alterada. Se solicita TAC abdominal que revela a nivel de hipogastrio un extenso proceso infiltrativo que compromete colon sigmoide, asas ileales y vejiga en su cara superior con múltiples adenopatías retroperitoneales interaortocava y mesentéricas, que sugieren proceso tumoral maligno. Se realiza colonoscopia: a 25 cm del margen anal evidencia de formación de aspecto vegetante, eritematoso y edematosa, que colapsa totalmente la luz (10 cm), se toma biopsia con informe de AP Infiltrado inflamatorio de lamina propia. Se realiza cistoscopia y RTU donde se observan múltiples lesiones bullosas, edematosas impresionan de solidas A. patológica mucosa vesical con inflamación aguda y crónica en lámina propia. Se plantea cirugía programada cuyos hallazgos fueron tumoración suprapubica dura que afecta íleon terminal, apéndice, sigma y parte de vejiga. Dado el grado de compromiso se realiza resección de 20 cm de íleon, y reconstrucción iliocólica L-L, apendicetomía y resección de 25 cm de sigma con reconstrucción lateroterminal, Ileostomía derivativa. Resección de vejiga con liberación de uréteres y técnica de Bricket. AP postoperatoria segmento colónico con zonas de abscesificación con focos de fistulización y perforación de pared, respuesta inflamatoria mixta de submucosa, apéndice mismos hallazgos, vejiga inflamación mixta. Linfadenitis reactiva. En postoperatorio presenta hematoma en pelvis que precisa evacuación por laparotomía, a los 25 días es alta. Restitución de ileostomía a los 5 meses.

Discusión: El diagnóstico de enfermedad de Crohn es complejo, no existe una prueba o

determinación que suponga patrón oro, se establece con una combinación no estrictamente definida de datos clínicos, endoscópicos, radiológicos, histológicos y de hallazgos en pieza quirúrgica. La EC es un proceso crónico e incurable; la historia natural y el pronóstico se encuentran modificados por múltiples opciones de tratamiento médico y quirúrgico que pueden ofertarse. Ante la presencia de una masa abdominal dolorosa a la exploración es importante diferenciar entre proceso inflamatorio que permite actitud conservadora con corticoterapia o absceso que requerirá drenaje quirúrgico o por ecografía o TC. La cirugía debe ser considerada ante fracaso del tratamiento médico, también puede estar indicada en estadios precoces de la enfermedad en localización ileal o ileocecal limitada, con o sin sintomatología de obstrucción, así como en la enfermedad de Crohn complicada.