



P-332 - AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL POR ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL GRAVE CON HALLAZGO DESCONCERTANTE

Velasco López, Rosalía; Sánchez González, Javier; Rodríguez Vielba, Paloma; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñoz, Katherine; Blanco Álvarez, José Ignacio

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: La enfermedad de Crohn es una inflamación gastrointestinal crónica de origen idiopático que puede asentar en cualquier localización del tubo digestivo. Su tratamiento, inicialmente, se basa en aminosalicilatos, acompañados o no de corticoides, en el tratamiento de los brotes agudos. Los pacientes que no logran controlar la enfermedad, precisan la adicción de inmunosupresores o anticuerpos monoclonales, los cuáles no están exentos de riesgo. Asimismo, la cirugía supone muchas veces el último recurso de la escala terapéutica, debiéndose reservar para las complicaciones de la enfermedad.

Caso clínico: Varón de 57 años, con antecedentes personales de enfermedad de Crohn con patrón estenosante-fistulizante, previamente tratado quirúrgicamente con resección segmentaria de colon sigmoide, y posteriormente de transversal, estrectoroplastia en sigma y dilatación endoscópica de estenosis de anastomosis yuxtaanal. Preciso múltiples drenajes perianales por abscesos e ileostomía derivativa temporal por enfermedad perianal grave incontrolable con tratamiento médico con azatioprina y ciprofloxacino. Dada la incontrolabilidad de su enfermedad perianal, se le propone para amputación abdominoperineal. Tras la dificultosa cirugía, en la cual, además, se cierra la ileostomía temporal, realizándose colostomía definitiva en fosa ilíaca izquierda, el paciente evolucionó favorablemente. El estudio de la pieza determinó afectación por enfermedad de Crohn con borde distal de colostomía afectado por proceso linfoproliferativo tipo linfoma de Hodgkin clásico VEB en probable relación a inmunosupresión por su enfermedad de base. El paciente fue remitido a Hematología, donde, tras realizarse biopsia de médula ósea que descartaba infiltración tumoral, se instauró tratamiento quimioterápico tipo ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbacina), y G-CSF (factor estimulante de colonias de granulocitos), con buena respuesta al mismo, encontrándose la enfermedad en remisión.

Discusión: La incidencia de linfoma entre los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ronda el 0,4%, siendo más frecuente entre los enfermos de Crohn que entre los afectados de colitis ulcerosa. Los pacientes con enfermedad más agresiva presentan riesgo aún mayor. El uso de tiopurinas, como la azatioprina o la 6-mercaptopurina, así como de antiTNF α , como el infliximab, en el tratamiento de la EII, se asocia con un aumento de la incidencia de linfomas no Hodgkin, principalmente en varones, llegando a ser hasta 4-6 veces mayor que en la población general. Su relación con el desarrollo de linfomas de Hodgkin es más controvertida. Además, existe

una alta asociación con el virus de Epstein-Barr (EBV), ya que el uso de inmunodepresores induce una toxicidad directa con inhibición de las células T citotóxicas y NK, lo cual favorece la proliferación de células inmortalizadas por el VEB. Pese a todo, los beneficios de este tipo de tratamientos en la EII superan los riesgos, por lo que se debe mantener su prescripción, eso sí, prestando especial atención al desarrollo de adenopatías u otras manifestaciones clínicas sugestivas de linfoma.