



P-362 - DEBUT DE LA ENFERMEDAD DE CROHN CON PATRÓN FISTULIZANTE DURANTE EL EMBARAZO

Romero Triana, Diego; Herreros, María Dolores; Guijo, Ismael; Domínguez Tristancho, José Luis; Suárez Alonso, Mar; Carrillo Peña, Jeison; Rojo Villardón, Enrique; García-Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El rango de debut y diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se encuentra entre los 25 a 35 años, edades en las cuales está comprendida la mayor etapa reproductiva y por ende, sus repercusiones fisiopatológicas y de los tratamientos para el control de la misma, que suponen factores importantes a la hora de la toma de decisiones. A su vez, el patrón fistulizante ocurre en un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y según su localización y sintomatología, pueden requerir manejo médico o quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 34 años en segundo trimestre de gestación, consultó por fiebre y dolor abdominal asociado a alteraciones analíticas (leucocitosis, anemia, elevación de PCR), motivo por el cual, ginecología inició tratamiento antibiótico empírico. Tras aparición de clínica digestiva (distensión y vomito), se decidió realizar RNM abdominopélvica que evidenció importantes cambios inflamatorios alrededor de íleon terminal con formación de colección y masa inflamatoria, concluyendo como primera posibilidad la existencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) complicada con enfermedad penetrante fistulizante. Con esta presunción, se escaló el antibiótico a amplio espectro, se inició corticoterapia y se realizó drenaje ecoguiado de dicha colección. La RNM de control mostró disminución de la colección descrita y aparición de una nueva a nivel subhepático, drenada por la misma técnica. La paciente fue dada de alta con mejoría casi completa. Tras remisión del brote agudo y con edad gestacional de 36,4 semanas, presentó parto eutócico con neonato varón vivo y sin complicaciones. Dos meses después del parto, tras múltiples estudios de seguimiento por Aparato Digestivo sin un diagnóstico concluyente (colonoscopia informa trayectos fistulosos que drenan importante cantidad de contenido purulento en sigma distal y en colon ascendente proximal; anatomía patológica sin malignidad o criterios de EII), y a pesar de tratamiento con adalimumab, presentó brotes inflamatorios con aparición de colecciones a nivel de fosa iliaca derecha y compromiso de músculo iliopsoas ipsilateral. Dichas colecciones fueron tratadas con drenajes guiados por técnicas de imagen con resolución parcial. Dada evolución tórpida y ausencia de resolución completa del cuadro, se decidió realizar resección ileocecal abierta y rectosigmoidectomía asociada, evidenciándose un gran plastrón inflamatorio en FID que implica unión rectosigmoidea y 30 cm de íleon terminal. La anatomía patológica de la pieza es compatible con enfermedad de Crohn activa y ausencia de signos de malignidad. El seguimiento posquirúrgico mostró mejoría clínica completa, sin reaparición de colecciones y adecuada respuesta a tratamiento biológico en monoterapia.



Discusión: A pesar de que las mujeres con EC en edad reproductiva o durante el embarazo presentan mayores tasas de complicación respecto a la población general (partos prematuros, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, bajo peso al nacer, abortos espontáneos), la adecuada toma de decisiones en el tratamiento médico y quirúrgico, tanto preconcepcional como durante la gestación y posterior al parto, permiten que variantes graves de la EII se traten de manera adecuada y no interfieran en la madre ni en el menor.