



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-360 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO SOBRE ENFERMEDAD DE CROHN

de la Cruz Cuadrado, Cristina; Antón Fernández, Ismael; López-Fernández, José; García Plaza, Gabriel; Hernández Hernández, Juan Ramón

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El primer caso de carcinoma de intestino delgado (CID) asociado a enfermedad de Crohn (EC) fue descrito por Ginzburg en 1956; desde entonces, tan solo se han publicado 220 casos en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con EC intervenido de urgencia por oclusión intestinal, en el que el estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma de intestino delgado.

Caso clínico: Varón de 68 años diagnosticado hacía 5 años de EC ileal estenosante y fistulizante en tratamiento con Infliximab® pero sin cirugías previas, que acudió a urgencias por vómitos y cese de deposiciones de 3 días de evolución. La exploración física reveló un abdomen con defensa y peritonismo generalizado, y la radiografía de abdomen mostró una imagen “en pila de monedas”. Se indicó cirugía urgente y se evidenció una gran dilatación intestinal, con un segmento estenótico en ileon distal y una fístula entero-entérica y entero-cólica. Se llevó a cabo una resección ileocecal y de sigma, con ileostomía terminal y fístula mucosa. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma intestinal sobre EC, aislándose 12 ganglios linfáticos sin metástasis (pT3pN0). Se completaron los estudios sin objetivarse enfermedad a distancia.

Discusión: Los pacientes con EC presentan un riesgo aumentado de CID, siendo factores predisponentes el tiempo de evolución de la enfermedad, zonas de estenosis y fístulas, áreas de exclusión intestinal o estricturoplastia previa, 6-mercaptopurina y los corticoides. La mediana de edad al diagnóstico es de 49 a 64 años, con predominio del sexo masculino. La forma de manifestación más frecuente es la obstrucción intestinal. Se debe tener alto grado de sospecha en los pacientes que tras periodos prolongados sin enfermedad activa, presentan síntomas con cambios en los patrones radiográficos, o estenosis o fístulas persistentes sin curación. La TC es la prueba de elección, siendo útiles la enteroRM y la enteroscopia, al permitir esta última, obtener muestras histológicas y localización con marcaje de la lesión. El tratamiento consiste en la resección del intestino y de los ganglios linfáticos correspondientes. Se ha descrito buena respuesta a 5-FU y FOLFOX. El pronóstico es pobre, con una mortalidad a los 5 años del 27% al 62%. Si bien la asociación entre EC y CID es muy poco prevalente, debe sospecharse ante todo paciente con EC y oclusión intestinal, para conseguir un manejo más precoz y mejorar el pronóstico de la enfermedad.