



## P-531 - ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON ANTI TNF-ALFA

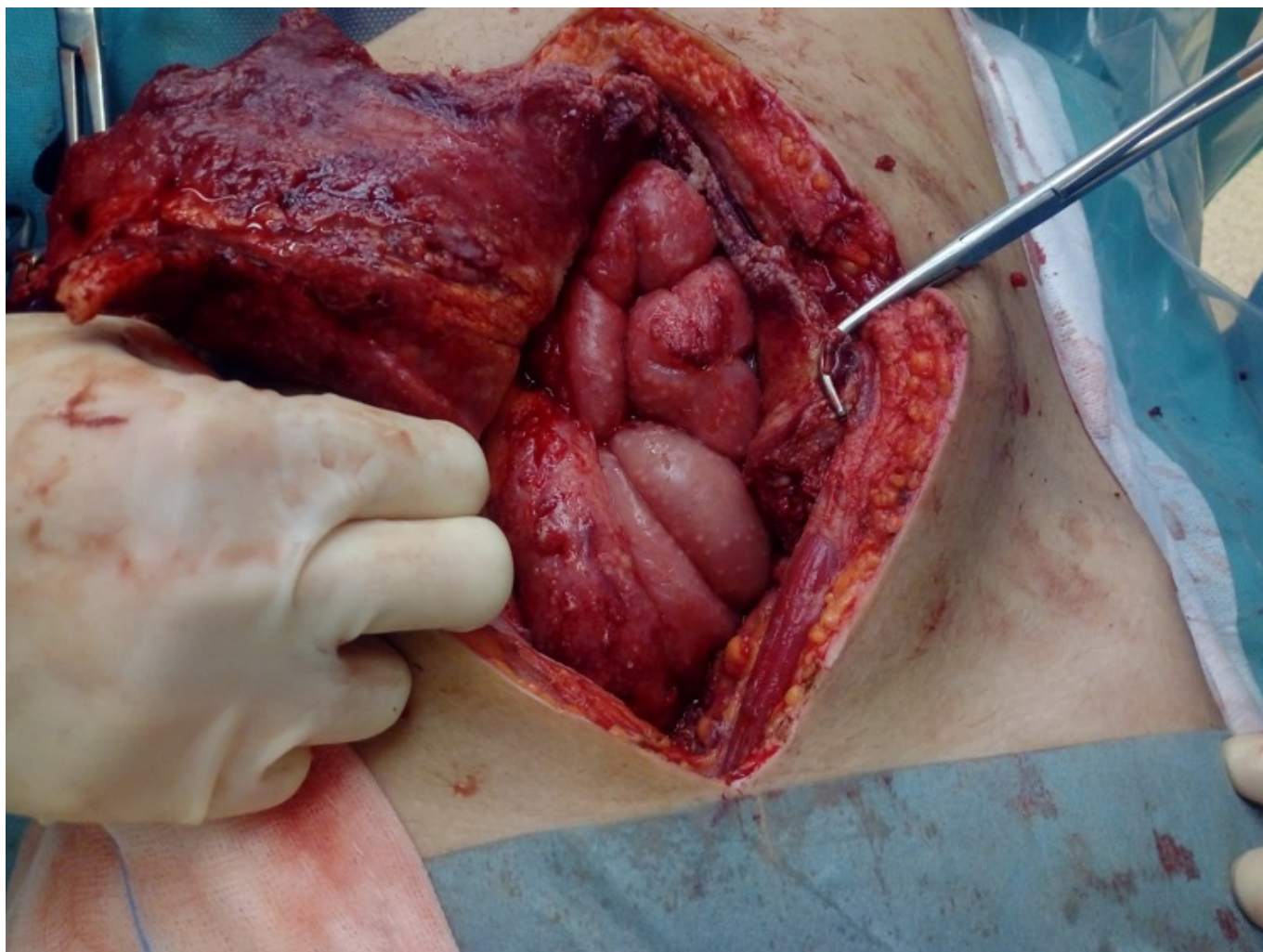
Moreno Arciniegas, Alejandra; Dulanto Vargas, Marcia Magaly; Landra Dulanto, José Piero; Sánchez Sánchez, Ana María; El Malaki Hossain, Lotfi Yalal; Chaaro Benallal, Dina; Herrera del Castillo, Juan Carlos; Fernández Fernández, José Manuel

Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) tiene una prevalencia ascendente en España (225/100.000 habitantes). Su tratamiento ha mejorado desde la incorporación al arsenal terapéutico de la inmunoterapia. Sin embargo la inmunosupresión que esta última provoca, acarrea el riesgo de reactivar infecciones latentes, en algún caso indistinguible de la enfermedad inflamatoria original. Presentamos un caso de indicación quirúrgica urgente con diagnóstico presuntivo de EC complicada.

**Caso clínico:** Paciente de 16 años, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado hacía 8 meses de EC ileal con enfermedad perianal asociada, mediante estudio anatomopatológico de biopsia endoscópica. Con buena respuesta inicial a corticoides, el Servicio de Digestivo continúa tratamiento ambulatorio con adalimumab previo panel de serología infecciosa negativa, obteniendo remisión completa de la actividad inflamatoria en el control colonoscópico. Ingresa por dolor abdominal en hipogastrio sin otros hallazgos clínicos; presenta analítica con aumento de reactantes de fase aguda y TAC de abdomen con rarefacción de la grasa que rodea a las asas intestinales, engrosamiento e irregularidad de íleon terminal y colección en Douglas de 9 cm de diámetro, compatibles con reactivación de EC complicada con absceso intraabdominal. Radiología intervencionista considera que no dispone de ventana adecuada para tratamiento percutáneo. A las 48 horas la paciente presenta agravamiento con distensión abdominal y defensa generalizada pese al tratamiento instituido. Se decide intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica que requiere conversión por dificultades técnicas. Los hallazgos fueron: pared abdominal engrosada, epiplón indurado, tipo "omental cake", adherido a peritoneo parietal y asas de delgado que se encuentran edematizadas y friables con lesiones puntiformes en serosa de aspecto miliar (Imagen 1) y colección de líquido serohemático en Douglas correspondiente a zona descrita en TAC de abdomen. Se toman muestras para cultivo y biopsia de epiplón. La conducta quirúrgica se limitó a lavado de cavidad abdominal y drenaje. El posoperatorio cursó sin incidencias. El estudio PCR del líquido abdominal correspondió a *Mycobacterium tuberculosis* resistente a rifampicina, por lo que se inicia tratamiento tuberculostático intrahospitalario. A los 6 meses del alta se encuentra sin sintomatología abdominal, tránsito intestinal normal pero mantiene dolor perianal sin evidenciar lesiones; con tratamiento en base a corticoides y antibioticoterapia oral antituberculosa.



**Discusión:** La tuberculosis en España presenta una baja incidencia (20 casos/100.000 habitantes). La forma peritoneal (TP) tiene una clínica y hallazgos radiológicos de difícil diferenciación con EC. Los factores asociados en pacientes con EC para el desarrollo de TP son: hospitalización reciente y tratamiento biológico en el último año, con aumento de incidencia, en estos últimos, a 54 casos/100.000 habitantes, requiriendo tratamiento antituberculoso inmediato con buena respuesta clínica en general. Se debe considerar la tuberculosis peritoneal (TP) ante un paciente en tratamiento biológico con anticuerpos monoclonales para el factor de necrosis tumoral que presenta una aparente reactivación de su enfermedad inflamatoria, incluso con abdomen agudo quirúrgico, siendo indispensable la obtención de muestras microbiológicas para el correcto diagnóstico y tratamiento.