

IMAGEN DEL MES

Enfisema subcutáneo secundario a perforación intestinal en paciente con enfermedad de Crohn



Subcutaneous emphysema secondary to intestinal perforation in a patient with Crohn's disease

Diego Casas Deza^{a,*}, Marta Gascón Ruiz^b, Rosa García Fenoll^c y Santiago García López^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

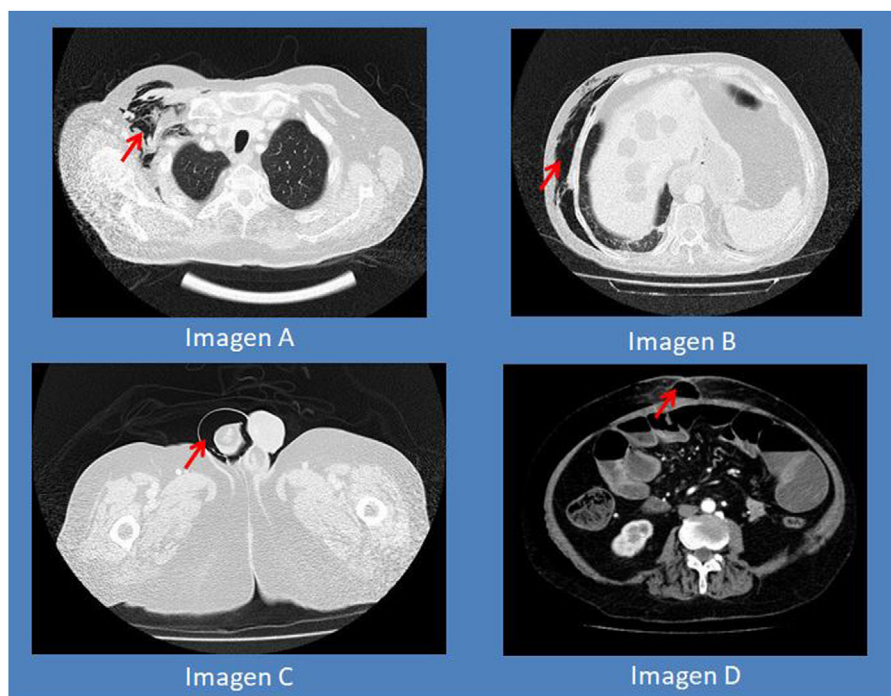


Figura 1 En las imágenes A, B y C se observa el enfisema subcutáneo que alcanza desde el hueco axilar (A) hasta el testículo derecho (C). En la imagen D se visualiza el asa viscerada donde se produjo la perforación que originó dicho enfisema.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegocasas8@gmail.com (D. Casas Deza).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.07.004>

0210-5705/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Presentamos el caso de un varón de 71 años con enfermedad de Crohn de larga evolución (A2B2L3), con estenosis de íleon distal que condiciona dilatación de intestino delgado. En tratamiento con golimumab, azatioprina y prednisona. Ingresó por un cuadro de oclusión parcial con evolución lentamente favorable. De manera súbita el paciente presentó mal estado general y dolor abdominal, objetivándose en la exploración crepitación del tejido subcutáneo. Se realizó un escáner urgente que mostró los hallazgos que se presentan a continuación (fig. 1).

En las imágenes se observa un enfisema subcutáneo que se extiende desde la región axilar derecha hasta el testículo ipsilateral, procedente de una perforación espontánea originada en un asa eviscerada. Dicha perforación se objetivó en quirófano y se corrigió mediante sutura simple.

La perforación intestinal es una complicación rara (1,5%)¹, incluso durante la realización de colonoscopias², pero grave de la enfermedad de Crohn, siendo la prueba más sensible para su diagnóstico la tomografía computarizada^{3,4}. Como en nuestro paciente, suele ser única y en pacientes con patrón estenosante/fistulizante. El tratamiento de

esta complicación es quirúrgico, habitualmente de urgencia. Concomitantemente debe optimizarse el tratamiento médico mediante cobertura antibiótica de amplio espectro y soporte nutricional⁵.

Bibliografía

1. Kim JW, Lee HS, Ye BD, Yang SK, Hwang SW, Park SH, et al. Incidence of and Risk Factors for Free Bowel Perforation in Patients with Crohn's Disease. *Dig Dis Sci*. 2017;62:1607–14.
2. Makkar R, Bo S. Colonoscopic perforation in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2013;9:573–83.
3. Griffey RT, Fowler KJ, Theilen A, Gutierrez A. Considerations in Imaging Among Emergency Department Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Ann Emerg Med*. 2017;69:587–99.
4. Bagga B, Kumar A, Chahal A, Gamanagatti S, Kumar S. Traumatic Airway Injuries: Role of Imaging. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1067/j.cpradiol.2018.10.005>.
5. Patil SA, Cross RK. Medical versus surgical management of penetrating Crohn's disease: The current situation and future perspectives. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;11:843–8.