

# ENFERMEDAD DE CROHN ESTENÓTICA RESUELTA MEDIANTE DILATACIÓN ENDOSCÓPICA

## STENOTIC CROHN DISEASE RESOLVED THROUGH ENDOSCOPIC DILATATION

A. Roa-Colomo, A. Caballero-Mateos, P. Martínez-Tirado

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

### Resumen

Las estenosis intestinales son una de las complicaciones de la enfermedad de Crohn (EC) más frecuentes. Pueden aparecer por la evolución de la enfermedad (patrón estenosante) o sobre una anastomosis de una intervención quirúrgica previa. La estenosis puede provocar cuadros oclusivos que si no se resuelven con tratamiento médico, requieren cirugía. La dilatación endoscópica con balón es una alternativa terapéutica efectiva y con baja tasa de complicaciones.

A continuación, se expone un caso clínico ilustrativo de este tipo de complicación con unas imágenes llamativas para el lector.

**Palabras clave:** enfermedad de Crohn, estenosis inflamatoria, dilatación endoscópica.

### Abstract

Intestinal stenosis is one of the most frequent complications of the Crohn's disease (CD). It can appear due to the evolution of the disease (stenosing pattern) or secondary to a previous surgical intervention. The stenosis can cause occlusive symptoms which require surgery in case of an unsuccessful medical treatment. Endoscopic balloon dilation is an effective therapeutic alternative with a low rate of complications.

We present an illustrative clinical case of this kind of complication with striking images for the reader.

**Abstract:** Crohn's disease, inflammatory stenosis, endoscopic dilatation.

### CORRESPONDENCIA

Amparo Roa Colomo  
Hospital Universitario San Cecilio  
18016 Granada.  
[amparo.roa.colomo@gmail.com](mailto:amparo.roa.colomo@gmail.com)

Fecha de envío: 19/12/2018

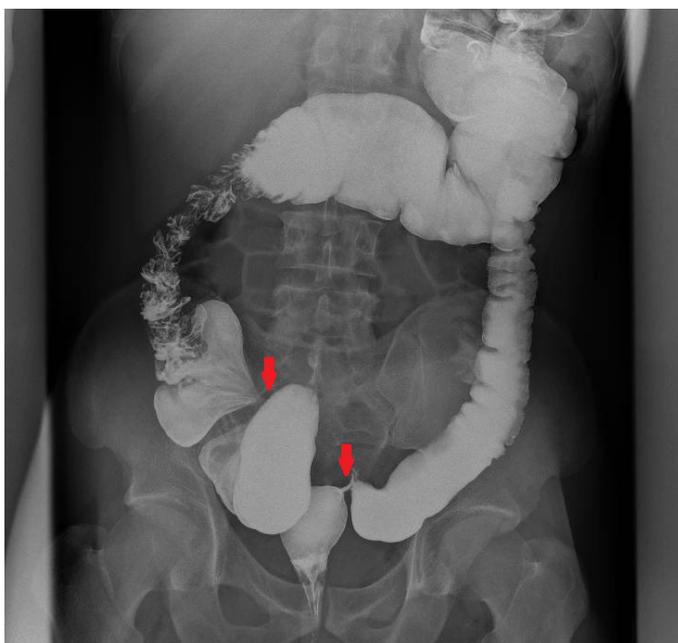
Fecha de aceptación: 14/01/2019

### Caso clínico

Varón de 43 años con enfermedad de Crohn de intestino delgado y grueso desde los 19 años en tratamiento con infliximab, ingresa en Digestivo por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda y distensión abdominal tras las comidas en las últimas dos semanas. Estreñimiento de varios días de evolución con ventoseo conservado,

náuseas sin vómitos. Además, anorexia con pérdida de 10 Kg en el último mes. Sin fiebre ni otra sintomatología. En la exploración física destaca abdomen distendido y doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin peritonismo. No se palpan masas.

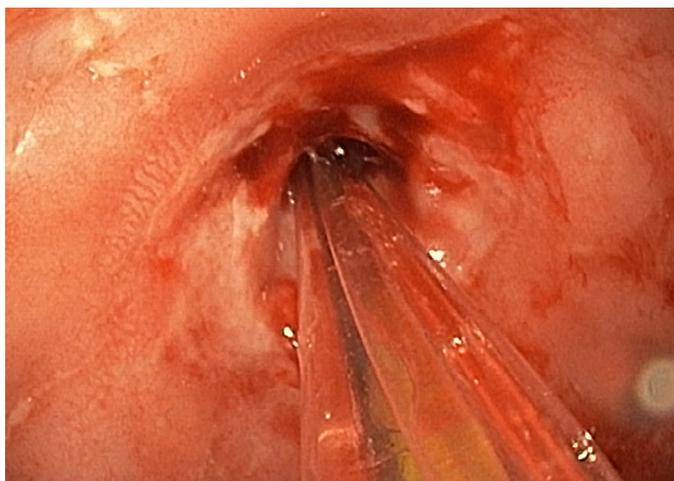
Se realiza colonoscopia en la que a 10 cm de margen anal se observa una estenosis de aspecto inflamatorio, con fibrina alrededor y puntiforme, infranqueable al paso del endoscopio. Se toman biopsias y el análisis anatomopatológico informa de tejido de granulación y fibrinoinflamatorio correspondiente a fondo ulceroso. En enterorRM se describe engrosamiento de asa de íleon terminal de 15 cm de longitud y 11 mm de grosor, con signo del peine e intensa captación homogénea de contraste, compatible con enfermedad de Crohn con signos de actividad grave (score radiológico: 14). Estenosis de la luz intestinal sin obstrucción del intestino delgado. No se observan signos patológicos en colon. Se realiza enema opaco en el que se aprecia estenosis de 3,5 cm de longitud y calibre de 5 mm a 10 cm de margen anal de aspecto inflamatorio e irregular, y estenosis en ciego, también de aspecto inflamatorio, de 1,5 cm de longitud y calibre mínimo de 7 mm (**Figura 1**). Resto del colon sin alteraciones.



**Figura 1**

Imagen de enema opaco en el que se aprecia estenosis de 3,5 cm de longitud y calibre de 5 mm a 10 cm de margen anal y estenosis en ciego, de 1,5 cm de longitud y calibre mínimo de 7 mm (flechas).

Se decide en comité de expertos realizar una dilatación endoscópica en ambas estenosis. Se realiza colonoscopia donde se localiza la estenosis previamente descrita que se dilata de forma progresiva hasta 13 mm (**Figura 2**), tras lo cual permite el paso del endoscopio donde se observa tramo de 4 cm con desgarro estable (**Figura 3**). Se localiza segunda estenosis anillada previa a ciego y de mayor calibre pero infranqueable que se dilata progresivamente hasta 15,5 mm, con desgarro estable y paso del endoscopio sin dificultad (**Figura 4**).



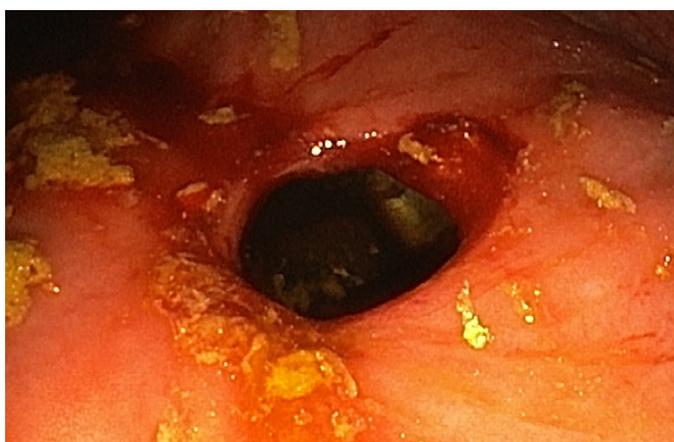
**Figura 2**

Imagen endoscópica de estenosis rectal dilatándose con balón hasta 13 mm.



**Figura 3**

Imagen endoscópica de estenosis rectal tras dilatación con balón. Se observa desgarro estable de 4 cm de longitud.



**Figura 4**

Imagen endoscópica de estenosis en ciego tras dilatación con balón. Se observa desgarro estable.

Tras la dilatación endoscópica el paciente evoluciona favorablemente, tolerando dieta oral de forma progresiva. Recibe el alta hospitalaria con dieta oral sin residuos y suplementos orales. Continúa seguimiento en consultas de Nutrición y de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

## Discusión

En la EC el tratamiento médico puede mejorar las áreas afectadas en las que predomina la inflamación, pero difícilmente las estenosis con gran componente fibrótico responden al mismo.

Aproximadamente, un 80% de los pacientes con EC requieren tratamiento quirúrgico en algún momento, con una tasa de recurrencia del 50% a los diez años<sup>1</sup>. La cirugía se reserva para los casos en los que falla el tratamiento médico y para las complicaciones como la obstrucción intestinal o los abscesos. Desafortunadamente, en muchas ocasiones la enfermedad recurre después de la resección o aparecen estenosis en las anastomosis que requieren de nuevo cirugía. Para evitar los riesgos de la resección quirúrgica, se ha desarrollado la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas como una alternativa eficaz y segura a la cirugía.

El éxito de la dilatación se define como la capacidad de conseguir el paso del endoscopio a través de la estenosis dilatada. Se consiguen mejorar los síntomas durante el seguimiento en el 64% de los pacientes<sup>2</sup>. Según la literatura publicada, se evita la cirugía hasta en un 67% de los casos y en aproximadamente uno de cada tres pacientes con sólo una dilatación<sup>2</sup>. La variable que se ha asociado a la eficacia de la dilatación es la longitud de la estenosis, que debe ser menor o igual a 4 cm<sup>2</sup>. Las complicaciones descritas en la literatura varían entre el 0 y el 25%<sup>3</sup>, siendo la más frecuente la perforación, que puede requerir tratamiento quirúrgico.

Concluimos que la dilatación endoscópica de las estenosis secundarias a EC es una alternativa eficaz que permite retrasar o evitar la cirugía con un bajo porcentaje de complicaciones. Nuestro caso clínico constituye un ejemplo de estenosis intestinal secundaria a EC tratada de forma exitosa mediante dilatación endoscópica.

## Bibliografía

1. VanrellGarau, M; GinardVicens, D; Llopart Rigo, A; et al. Impactación de un cuerpo extraño en un paciente con enfermedad de Crohn. *GastroenterolHepatol*, 2009; 32(5):339-342.
2. Hassan C, Zullo A, De Francesco V, Ierardi E, Giustini M, PitidisA, et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. *Aliment PharmacolTher*. 2007;26:1457-64.
3. Nomura E, Takagi S, Kikuchi T, Negoro K, Takahashi S, Kinouchi Y, et al. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilation for Crohn's strictures. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:559-67.